



МІНІСТЕРСТВО
ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я
УКРАЇНИ



USAID
ВІД АМЕРИКАНСЬКОГО НАРОДУ



Deloitte.



Funded by the European Union



співпраця з
німеччиною
DEUTSCHE ZUSAMMENARBEIT



Polish aid



ОПЕРАЦІЙНЕ КЕРІВНИЦТВО

ВИДАННЯ 1 КВІТЕНЬ 2018

ЯК ОРГАНІЗУВАТИ
СИСТЕМУ НАДАННЯ
ПЕРВИННОЇ
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ

КІЇВ-2018

ОПЕРАЦІЙНЕ КЕРІВНИЦТВО

ВИДАННЯ 1 КВІТЕНЬ 2018

ЯК ОРГАНІЗУВАТИ
СИСТЕМУ НАДАННЯ
ПЕРВИННОЇ
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ

Колектив авторів

Баценко Д.	Ляшко В.
Брагінський П.	Манзюк К.
Бучма М.	Одринський В.
Горошко А.	Пермяков В.
Гуцалова Х.	Пхиденко С.
Гурін М.	Решетняк О.
Джигір Ю.	Рябцева Н.
Довгопол М.	Самко М.
Дорошенко Н.	Хитрова О.
Дудкіна К.	Хомич Л.
Жигінас О.	Ябчанка О.
Котляревська С.	Яременко О.

Я44 Як організувати систему надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні. Операційне керівництво / Баценко Д., Брагінський П., Бучма М. та ін. Міністерство охорони здоров'я України, Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії», ТОВ «Агентство «Україна» К., 2018. 368 с.

ISBN 978-966-137-107-0

Операційне керівництво «Як організувати систему надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні» присвячено практичним аспектам впровадження реформи первинної медичної допомоги (ПМД) на рівні об'єднаних територіальних громад, міст і районів України. У 2017 році для вироблення політики у сфері охорони здоров'я відбулися всеукраїнські регіональні тури «ЗміниТи» і «ЗміниТи-2» за участ. Міністерства охорони здоров'я України, ГО «Центр UA» і коаліції ГО «Реанімаційний пакет реформ». Матеріали, зібрані під час публічних консультацій з медиками, керівниками медичних закладів та органами місцевого самоврядування, стали мотивацією та основою для створення цієї публікації. Керівництво розроблено Міністерством охорони здоров'я України за технічної підтримки міжнародних організацій, що працюють у сфері охорони здоров'я. Воно надає практичні рекомендації щодо організації системи ПМД на місцевому рівні та відповідає на найбільш поширені запитання закладів ПМД, зібрані по всій Україні протягом 2017 року. Керівництво охоплює питання зміни принципів фінансування сфери, надання послуг та планування мережі ПМД, юридичні питання та організаційно-правові моделі надання ПМД, управління закладами ПМД в нових умовах, організації системи комунікацій. Операційне керівництво призначене для органів місцевого самоврядування, районів та міст, які відповідають за надання первинної медичної допомоги, а також для керівників закладів охорони здоров'я, які надають допомогу первинного рівня.

Цю публікацію було підготовлено завдяки фінансовій підтримці Невідкладного плану Президента США з надання допомоги в боротьбі зі СНІДом (PEPFAR), Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) у рамках Угоди за Проектом «Реформа ВІЛ-послуг у дії» № AID-121-A-13-00007. Зміст цієї публікації, за яку несуть відповідальність винятково ТОВ «Делойт Консалтинг» та партнери-виконавці, не обов'язково є відображенням поглядів PEPFAR, USAID або Уряду США.

УДК 351.77:616-083.98](072)

ISBN 978-966-137-107-0

© Міністерство охорони здоров'я України, 2018
© Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії», 2018

ЗМІСТ

ВСТУП	7
СКОРОЧЕННЯ	10
ГЛОСАРІЙ	11

1. РЕФОРМА СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я **22**

1.1. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я	23
1.2. Програма медичних гарантій	28
1.2.1. Поняття програми медичних гарантій	28
1.2.2. Порядок розробки і затвердження програми медичних гарантій	29
1.3. Національна служба здоров'я України	31
1.3.1. Єдиний національний замовник медичних послуг	31
1.3.2. Рада громадського контролю	34
1.3.3. Управління якістю та прозорість	34
1.4. Фінансування первинної медичної допомоги	36
1.4.1. Джерела фінансування первинної медичної допомоги	36
1.4.2. Визначення обсягів фінансування: реєстри пацієнтів, капітаційна ставка	38
1.5. Медикаментозне забезпечення	41
1.6. Лабораторне забезпечення	44
1.7. Виконання програм громадського здоров'я на рівні ПМД	45

2. ПЛАНУВАННЯ МЕРЕЖІ АМБУЛАТОРІЙ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ **48**

2.1. Основні завдання первинної медичної допомоги	49
2.2. Законодавча база	61
2.3. Перелік послуг ПМД та організація їх надання	63
2.4. Принципи планування мережі ПМД	68
2.5. Організаційно-правові моделі надання ПМД	75
2.6. Джерела фінансування центрів ПМД	94

2.7. Розвиток інфраструктури: будівлі, транспорт, зв'язок, дороги, медичне обладнання	97
2.8. Моніторинг і оцінка мережі ПМД.	99

3. ЮРИДИЧНІ ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ НАДАВАЧІВ ПМД 112

3.1. Створення суб'єктів господарювання	113
3.1.1. Форми господарювання та реєстрація суб'єкта господарювання	113
3.1.2. Ліцензування.	120
3.1.3. Акредитація	123
3.1.4. Спрощена система оподаткування для надавачів приватної форми власності.	124
3.1.5. Найм персоналу та робота за цивільно-правовими договорами.	126
3.2. Автономізація медичних закладів	130
3.3. Податкова звітність	135
3.3.1. Податкова звітність для різних суб'єктів господарювання	135
3.3.2. Єдиний соціальний внесок на загальнообов'язкове державне соціальне страхування (ЄСВ)	139

4. УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ПМД 144

4.1. Принципи управління медичним закладом	145
4.2. Перелік послуг	157
4.3. Розрахунок кадрових потреб.	158
4.4. Залучення персоналу та стимули	163
4.5. Підписання декларацій про вибір лікаря	177
4.6. Забезпечення обладнанням та ліками	179
4.7. Телемедицина	181
4.8. Порядок отримання фінансування.	184
4.9. Складання бюджету	187
4.10. Підключення та ведення електронної системи охорони здоров'я	193
4.11. Ведення медичної звітності.	202
4.12. Якість послуг ПМД.	206
4.13. Культура сервісу та робота з клієнтами	214

5. ОРГАНІЗАЦІЯ СИСТЕМИ КОМУНІКАЦІЇ 222

5.1. Комунікація з клієнтами	223
5.2. Комунікація з персоналом	234
5.3. Принципи візуальної комунікації	244
5.4. Створення сайту-візитівки	246
5.5. Комунікація зі ЗМІ	251
5.5.1. Основні інструменти для комунікації зі ЗМІ.	251
5.5.2. Види ЗМІ та особливості комунікації з ними	258
5.5.3. Спікери	262
5.5.4. Організація роботи зі ЗМІ в медичному закладі	262

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ 264

ДОДАТКИ 266

Додаток 1. Порядок надання первинної медичної допомоги	267
Додаток 2. Примірний табель матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу	283
Додаток 3. Порядок формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги	289
Додаток 4. Порядок вибору лікаря з надання первинної медичної допомоги	300
Додаток 5. Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я (проект)	306
Додаток 6. Декларація про вибір лікаря з надання первинної медичної допомоги	324
Додаток 7. Стандарт сервісу для працівників медичного центру	328
Додаток 8. Анкета оцінки задоволеності клієнтів.	331
Додаток 9. Чек-лист оцінки якості сервісу ПМД	333
Додаток 10. Примірний статут комунального некомерційного підприємства, яке надає первинну медичну допомогу.	337

Додаток 11. Рекомендації щодо формування спроможної мережі надання первинної медичної допомоги в Царичанському районі Дніпропетровської області	351
Додаток 12. Коротка інструкція щодо роботи з інтерактивною картою КНП «Царичанський ЦПМСД» Царичанської селищної ради	363
Додаток 13. Модель оцінки ефективності ПМД	366

ВСТУП

Сфера охорони здоров'я України розпочинає системні зміни, які, серед іншого, включають зміну принципів фінансування галузі. Засади реформи фінансування системи охорони здоров'я викладено у відповідній Концепції, яку схвалено розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1013-р. У грудні 2017 року Президент України підписав прийняті Верховною Радою України закони, які започаткували реформу охорони здоров'я в Україні: «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»¹ та «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України»².

Реформа має на меті вирішити гострі проблеми сфери охорони здоров'я, такі як низька якість та ефективність надання медичних послуг, неефективне витрачання бюджетних коштів і, як наслідок, катастрофічні витрати домогосподарств на охорону здоров'я.

Основою для нової системи є пацієнт-центрична модель, що ґрунтується на таких принципах:

- забезпечення доступу до медичної допомоги;
- координація та інтеграція надання медичної допомоги;
- повага до потреб та очікувань пацієнтів;
- надання пацієнтам інформації щодо діагнозу та процесу лікування;
- емоційна підтримка;
- залучення сім'ї до процесу надання медичної допомоги.

Нова система зосереджена на чіткому визначенні ролей та відповідальності Уряду, місцевого самоврядування, керівників закладів охорони здоров'я.

Відповідно до законодавства України, до повноважень місцевого самоврядування належать управління закладами охорони здоров'я, організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення, організація медичного обслуговування

1 Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>.

2 Закон України від 07.12.2017 № 2233-VIII «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України». URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2233-19>.

та харчування в комунальних оздоровчих закладах, забезпечення в межах наданих повноважень доступності та безоплатності медичного обслуговування на відповідній території, а також розвиток усіх видів медичного обслуговування, зокрема розвиток мережі закладів охорони здоров'я, сприяння підготовці та підвищенню кваліфікації спеціалістів.

Зараз органи місцевого самоврядування стикаються з низкою перешкод для розвитку закладів охорони здоров'я: значні кошти з місцевих бюджетів спрямовуються на фінансування поточних видатків, а не на розвиток закладів та їхнього персоналу. Запровадження нової моделі дасть місцевому самоврядуванню можливості для повноцінного виконання своїх обов'язків у сфері охорони здоров'я. Передусім це буде досягнуто шляхом прозорого розмежування: з національного рівня фінансуватиметься програма медичних гарантій, тоді як кошти місцевих бюджетів буде спрямовано на покращення якості роботи закладів охорони здоров'я та впровадження місцевих програм.

Для запровадження реформи принциповим є забезпечення достатнього рівня управлінської та фінансової автономії закладів охорони здоров'я. На зміну командно-адміністративній моделі приходить контрактна модель, у рамках якої відносини замовника і надавача послуг (медичного фахівця) регулюються договорами про стратегічне замовлення медичної допомоги з визначеними параметрами фінансування та результату. Особлива увага приділяється професійному розвитку й забезпеченню гідних умов роботи медичного персоналу.

Це Операційне керівництво розроблено Міністерством охорони здоров'я України для підтримки впровадження реформи первинної медичної допомоги (ПМД) на рівні об'єднаних територіальних громад (ОТГ), міст і районів. Керівництво розроблено за технічної підтримки міжнародних організацій, що працюють у сфері охорони здоров'я.

Керівництво розроблено у відповідь на запит організаторів охорони здоров'я та представників органів місцевого самоврядування щодо практичних аспектів впровадження реформи охорони здоров'я. У ньому узагальнено відповіді на найбільш поширені запитання і надано практичну інформацію щодо впровадження реформи. Зокрема, охоплено таке коло питань:

- Огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я: стратегічне замовлення медичних послуг, впровадження програми медичних гарантій, фінансування ПМД, забезпечення роботи ПМД, виконання програм громадського здоров'я на рівні ПМД.

- Планування мережі закладів ПМД на рівні ОТГ, міст і районів.
- Організація надання послуг ПМД та звітності.
- Юридичні аспекти роботи мережі закладів, які надають ПМД.
- Управління мережею закладів, які надають ПМД: робота з персоналом, вимоги та забезпечення надання послуг, якість надання послуг, фінансові аспекти, робота в системі eHealth.
- Розбудова системи комунікації з медичним персоналом, пацієнтами, ЗМІ.

Операційне керівництво розроблено для органів місцевого самоврядування ОТГ, районів та міст, які відповідають за надання ПМД, а також для керівників закладів охорони здоров'я, які надають ПМД.

Ця версія Операційного керівництва є першою і базується на наявній нормативно-правовій базі станом на січень 2018 року. Видання оновлюватиметься з урахуванням відповідних змін у нормативно-правовій базі.

СКОРОЧЕННЯ

ЄП	Єдиний податок
ЄСВ	Єдиний соціальний внесок
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
ЗПТ	Зважений подушний тариф
КНП	Комунальне некомерційне підприємство
КПЕ	Ключові показники ефективності
Мінрегіон	Міністерство регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України
МІС	Медична інформаційна система
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я (України)
НСЗУ	Національна служба здоров'я України
ОТГ	Об'єднана територіальна громада
ПДВ	Податок на додану вартість
ПДФО	Податок на доходи фізичних осіб
ПМД	Первинна медична допомога
ТД	Територія доступності
ФОП	Фізична особа – підприємець
ЦПД	Цивільно-правовий договір
ЦПМД	Центр первинної медичної допомоги
ЦРЛ	Центральна районна лікарня

ГЛОСАРІЙ

Термін	Визначення
Автономізація медичних закладів	Процес перетворення державних та комунальних закладів охорони здоров'я з бюджетних установ на комунальні некомерційні підприємства, що надає менеджменту можливість вільного розпорядження фондами підприємства відповідно до плану розвитку, самостійного формування структури і штатного розпису тощо, а громаді – контроль за діяльністю закладу через наглядову раду.
Акумуляція коштів	Процес поступового накопичення грошових ресурсів особою, фірмою, країною.
Амбулаторія, групова практика	Регулярне місце надання ПМД не менше ніж двома лікарями, розташоване в межах центральної території доступності або периферійної території доступності першого порядку, визначеної відповідно до Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги.
Амбулаторія, монопрактика	Регулярне місце надання ПМД одним лікарем, розташоване в межах периферійної території доступності другого порядку, визначеної відповідно до Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги.
Вільний вибір сімейного лікаря	Процес вибору пацієнтом сімейного лікаря для себе та/або дітей, який не обмежений місцем проживання пацієнта.
Глобальна ставка	Ставка, що передбачає сплату надавачам медичних послуг фіксованої суми за визначену кількість послуг чи визначений період.
«Гроші ходять за пацієнтом»	Принцип фінансування первинної медичної допомоги, згідно з яким кошти за зваженим подушним тарифом нараховуються надавачу послуг пропорційно до кількості пацієнтів, які його обрали і внесені до його лікарського списку.
Групова практика ПМД	Команда з надання ПМД, до складу якої входять два чи більше лікарів з надання ПМД, або сукупність двох чи більше практик ПМД у межах одного надавача ПМД або кількох надавачів ПМД, які взаємодіють на підставі договору про спільну діяльність, укладеного між надавачами ПМД, іншого договору чи в інший спосіб, не заборонений законодавством.

Термін	Визначення
Декларація про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу (декларація)	Це заява пацієнта (його законного представника), яка підтверджує волевиявлення пацієнта на вибір лікаря, який надаватиме йому ПМД.
Договір на надання медичних послуг	Угода між Національною службою здоров'я України і надавачем послуг первинної медичної допомоги, яка є підставою для фінансування послуг за принципом «гроші ходять за пацієнтом».
Домашній візит	Відвідання медичними працівниками пацієнта вдома (в соціальному закладі). Такий візит повинен бути обґрунтованим, доцільним та безпечним. Рішення щодо визначення обґрунтованості, доцільності і безпечності приймає лікар, який знає пацієнта і спирається на медичні інструкції.
Доступність ПМД	Відповідність характеристик мережі надання ПМД потребам пацієнтів щодо отримання належного рівня медичного обслуговування, виражена через фактичну наявність; фізичну, в тому числі транспортну, доступність; фінансову доступність; зручність графіка роботи; комунікаційну прийнятність.
Електронна медична карта (ЕМК)	Електронний запис, доступний у режимі реального часу та орієнтований на потреби пацієнта, що забезпечує негайний і захищений доступ до інформації про пацієнта для зареєстрованих користувачів. ЕМК має першочергове значення в забезпеченні загального охоплення населення послугами охорони здоров'я, сприяючи процесам встановлення діагнозу та лікування пацієнта через надання оперативних, комплексних і актуальних даних про пацієнта безпосередньо на місці надання йому медичної допомоги.
Електронна система охорони здоров'я eHealth	Інформаційно-телекомунікаційна система, що забезпечує автоматизацію ведення обліку медичних послуг та управління медичною інформацією шляхом створення, розміщення, оприлюднення та обміну інформацією, даними і документами в електронному вигляді, до складу якої входять центральна база даних та електронні медичні інформаційні системи, між якими забезпечено автоматичний обмін інформацією, даними та документами через відкритий програмний інтерфейс (API).

Термін	Визначення
Електронний особистий кабінет пацієнта (кабінет пацієнта)	Інтерфейс електронної системи охорони здоров'я, через який пацієнт (його законний представник) має можливість отримати доступ до інформації про результати наданих пацієнтові медичних послуг, медичні записи, іншу інформацію про пацієнта, яка міститься в електронній системі охорони здоров'я, подати або анулювати декларацію та переглянути її статус, завантажити та роздрукувати необхідні документи та здійснювати інші дії, передбачені законодавством про електронну систему охорони здоров'я.
Заклад охорони здоров'я	Юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників.
«Зелений список»	Персоніфікований перелік пацієнтів, котрі подали надавачу медичних послуг декларації про вибір лікаря, який надає ПМД, згідно з даними електронної системи охорони здоров'я.
Зважений подушний тариф (ЗПТ)	Подушний тариф з коефіцієнтами, що враховують різні потреби в лікуванні; ЗПТ щорічно розраховується Національною службою здоров'я України (НСЗУ) та затверджується Кабінетом Міністрів України.
Капітаційна ставка	Єдиний тариф за первинне медичне обслуговування однієї людини, яка уклала з закладом охорони здоров'я відповідний договір (декларацію).
Клінічна настанова	Документ, який визначає вимоги до діагностичних, лікувальних, профілактичних та реабілітаційних методів надання медичної допомоги, їх зміст і послідовність.
Клінічний протокол	Документ, який визначає обсяг допомоги та описує, чому, де, ким і коли повинні надаватись послуги пацієнтам.
Ключові показники ефективності (КПЕ)	Фінансова та нефінансова система оцінки, яка допомагає організації визначити ступінь досягнення стратегічних цілей.

Термін	Визначення
Команда з надання ПМД	Група медичних працівників, що утворюється суб'єктом надання ПМД для забезпечення надання ПМД пацієнтам та яка складається не менше ніж з одного лікаря з надання ПМД та інших медичних працівників відповідно до довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників охорони здоров'я (лікарі інших спеціальностей, фельдшери, медичні сестри тощо). Під час утворення команди з надання ПМД рекомендовано включати до неї медичних працівників, які відповідають культурним, соціальним та психологічним очікуванням пацієнтів.
Критерії SMART	Критерії постановки завдань, наприклад у проектному управлінні, менеджменті та персональному розвитку. Скорочення SMART утворено зі слів англ. Specific, measurable, attainable, relevant, time-bound — конкретний, вимірюваний, досяжний, доцільний, обмежений у часі. Вважається, що відповідність завдань наведеним критеріям значно збільшує ймовірність їх виконання та досягнення загальної мети.
Лікар з надання ПМД	Лікар загальної практики – сімейний лікар, лікар-терапевт, лікар-педіатр, який перебуває у трудових відносинах із суб'єктом надання ПМД чи провадить господарську діяльність з медичної практики як фізична особа – підприємець та особисто надає ПМД.
Лікарі первинної ланки	Лікарі загальної практики – сімейної медицини, терапевти, педіатри та сімейні лікарі, які мають право надавати населенню України послуги первинної медичної допомоги.
Маршрут пацієнта	Документ для медичних працівників, пацієнтів та інших суб'єктів, залучених до надання послуг, у якому визначено різні завдання (втручання та послуги) і надано настанови з послідовності їх надання згідно зі стандартами якості та іншу відповідну інформацію.
Медична інформаційна система (МІС)	Інформаційно-телекомунікаційна система, яка є частиною електронної системи охорони здоров'я eHealth і забезпечує реєстрацію користувачів, автоматичне розміщення, отримання і передавання інформації та документів щодо надання медичних послуг, користування сервісами з автоматичним обміном інформацією, доступ до якого здійснюється за допомогою мережі Інтернет.

Термін	Визначення
Медичне обслуговування	Діяльність закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку, у сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежується медичною допомогою, але безпосередньо пов'язана з її наданням.
Медичний запис	Інформація про медичне обслуговування пацієнта або його результати, викладена в уніфікованій формі відповідно до вимог, встановлених законодавством.
Місце надання ПМД	Місце здійснення господарської діяльності надавача ПМД відповідно до отриманої ним ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики, яке може бути регулярним, у якому прийом пацієнтів відбувається в робочі дні, та нерегулярним, у якому прийом пацієнтів відбувається менше ніж п'ять робочих днів на тиждень.
Моніторинг	Збір та аналіз даних за попередньо визначеними кількісними та якісними індикаторами для визначення стану системи, проекту, процесу, послуги, програми. Моніторинг дозволяє акумулювати необхідну для оцінки інформацію та сприяє вчасному виробленню рішень.
Надавач медичних послуг ПМД	Заклад охорони здоров'я або фізична особа – підприємець, які у встановленому порядку отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та уклали договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій з Національною службою здоров'я України про надання медичних послуг на рівні ПМД.
Національна служба здоров'я України (НСЗУ)	Центральний орган виконавчої влади, основними завданнями якого є реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення; виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (далі – програма медичних гарантій); забезпечення функціонування електронної системи охорони здоров'я; внесення пропозицій щодо забезпечення формування державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення на розгляд Міністра охорони здоров'я України. Діяльність НСЗУ спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я України.

Термін	Визначення
Об'єднана територіальна громада (ОТГ)	Адміністративно-територіальна одиниця в Україні, утворена відповідно до Закону України «Про добровільне об'єднання територіальних громад». Об'єднана громада утворюється внаслідок добровільного об'єднання суміжних територіальних громад сіл, селищ, міст. Об'єднана територіальна громада, адміністративним центром якої визначено місто, є міською територіальною громадою, центром якої визначено селище міського типу, – селищною, центром якої визначено село, – сільською.
Обсяг практики ПМД	Кількість осіб, які здійснили своє право на вільний вибір лікаря, в установленому порядку обравши лікаря з надання ПМД і належать до однієї практики ПМД.
Оптимальний обсяг практики ПМД	Кількість осіб, яким лікар з надання ПМД може забезпечити надання якісної ПМД.
Охорона здоров'я	Система заходів, що здійснюються органами державної влади та органами місцевого самоврядування, їхніми посадовими особами, закладами охорони здоров'я, фізичними особами – підприємцями, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, медичними та фармацевтичними працівниками, громадськими об'єднаннями і громадянами з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя.
Оцінка	Процес визначення змін за результатами реалізації запланованої діяльності для з'ясування того, наскільки ефективними, результативними та стійкими є зміни, які відбулися за результатами реалізованої діяльності.
Пацієнт	Фізична особа, яка звернулася по медичну допомогу та/або якій надається така допомога.

Термін	Визначення
Пацієнт-орієнтованість	Надання послуг пацієнтові з тим ступенем індивідуалізації, яка відповідає його персональним потребам і ризикам, планування допомоги з залученням пацієнта до процесу прийняття рішень, раціональна організація діяльності надавачів, а також наявність механізмів управління та оптимізації з метою забезпечення найкращих результатів.
Первинна медична допомога (ПМД)	Медична допомога, що надається в амбулаторних умовах або за місцем проживання (перебування) пацієнта лікарем загальної практики – сімейним лікарем та передбачає надання консультації, проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, здійснення профілактичних заходів; направлення відповідно до медичних показань пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; надання невідкладної медичної допомоги в разі гострого розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, який не потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.
Перспективний план	Документ, який містить інформацію про спроможну мережу надання ПМД, викладену відповідно до проекту Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги, та який є інструментом стратегічного планування розвитку мережі надання ПМД.
Послуга медичного обслуговування населення	Послуга, що надається пацієнтові закладом охорони здоров'я або фізичною особою – підприємцем, яка зареєстрована та одержала в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та оплачується її замовником. Замовником послуги медичного обслуговування населення може бути держава, відповідні органи місцевого самоврядування, юридичні та фізичні особи, в тому числі пацієнт.

Термін	Визначення
Практика з надання ПМД	Лікар з надання ПМД та особи, які здійснили своє право на вільний вибір лікаря, в установленому порядку обравши цього лікаря з надання ПМД (особи, що належать до цієї практики).
Програма медичних гарантій	Програма, що визначає перелік та обсяг медичних послуг (включаючи медичні вироби) та лікарських засобів, повну оплату надання яких пацієнтам держава гарантує за рахунок коштів Державного бюджету України.
Програмне фінансування	Метод формування бюджету, орієнтований на досягнення результатів згідно з поставленими цілями та завданнями в рамках виконання бюджетних програм.
Процеси надання медичних послуг	Послідовність процедур надання послуги первинної медичної допомоги; оптимізація цих процесів зумовлює підвищення ефективності використання ресурсів надавачем медичних послуг.
Пулінг коштів	Консолідація всіх коштів, спрямованих на забезпечення надання медичних послуг населенню.
Пункт здоров'я	Нерегулярне місце надання ПМД одним лікарем, розташоване на периферійній території доступності першого або другого порядку як додаткова інфраструктура.
Реєстр лікарів (РЛ)	Перелік лікарів, зареєстрованих у Державній електронній системі управління медичною інформацією, які можуть створювати лікарські списки та надавати послуги первинної медичної допомоги населенню України; РЛ адмініструє Національна служба здоров'я України.
Реєстр пацієнтів (РП)	Перелік громадян України, зареєстрованих у Державній електронній системі управління медичною інформацією; РП адмініструє Національна служба здоров'я України.
Реєстр суб'єктів медичного обслуговування (РСМО)	Перелік підприємств, закладів та лікарів-ФОП, зареєстрованих у Державній електронній системі управління медичною інформацією, з якими Національна служба здоров'я України може укласти договір на надання медичних послуг населенню України; РСМО адмініструє Національна служба здоров'я України.

Термін	Визначення
Реімбурсація	Механізм повного або часткового відшкодування за рахунок коштів державного бюджету суб'єктам господарювання, які провадять діяльність із роздрібною торгівлі лікарськими засобами, вартості лікарських засобів, що були відпущені пацієнтові на підставі рецепта.
Список пацієнтів практики	Перелік пацієнтів сімейного лікаря, які вільно обрали цього сімейного лікаря та уклали з ним декларацію про надання медичних послуг; на основі кількості підписаних декларацій лікарю (або надавачу послуг ПМД, за яким він закріплений) нараховуються гроші з державного бюджету за принципом «гроші ходять за пацієнтом». Кількість підписаних декларацій може обмежуватись нижнім та/або верхнім порогом – мінімальною/максимальною кількістю пацієнтів, які можуть одночасно входити до списку.
Спроможна мережа надання ПМД	Сукупність закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку, що на певний момент часу перебуває в динамічному стані спроможності, забезпечуючи надання всебічної, комплексної, безперервної та орієнтованої на пацієнта ПМД відповідно до потреб населення, зумовлених його епідеміологічними та соціально-демографічними характеристиками та особливостями розселення на відповідній території планування.
Суб'єкт надання ПМД	Заклад охорони здоров'я або фізична особа – підприємець, яка одержала відповідну ліцензію в установленому законом порядку.
Супровід пацієнтів з хронічними захворюваннями	Динамічне спостереження за пацієнтом із діагностованим хронічним захворюванням, що включає комплекс діагностичних та лікувальних втручань, передбачених галузевими стандартами.
Табель матеріально-технічного оснащення ПМД	Мінімальний перелік обладнання, устаткування та медичних засобів, необхідних для надання первинної медичної допомоги.
Тариф ПМД	Ставка, що визначає розмір повної оплати медичних послуг та лікарських засобів, передбачених програмою медичних гарантій.

Термін	Визначення
Тарифна ставка за медичну послугу	Ставка, що визначає розмір повної оплати окремої медичної послуги, отриманої пацієнтом.
Тарифна ставка за пролікований випадок	Ставка, що визначає розмір повної оплати всіх медичних послуг, наданих для повного вилікування окремо взятого захворювання пацієнта.
Тарифна ставка за результатами виконання договорів про медичне обслуговування населення надавачем медичних послуг	Ставка, що визначає розмір повної оплати надавачу медичних послуг за результатами виконання умов договору про медичне обслуговування населення.
Територія доступності (ТД)	Сукупність територій населених пунктів у межах однієї території планування, відстань та шляхи сполучення між якими дозволяють забезпечити доступність ПМД найменшою можливою кількістю місць надання ПМД з урахуванням граничної потужності спроможної мережі надання ПМД та загальної кількості мешканців цих населених пунктів, відповідно до якої розрізняють центральну ТД та периферійні ТД першого та другого порядків, визначені відповідно до Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги.
Територія планування	Територія, для якої розробляється перспективний план та яка перебуває в адміністративних межах районів Автономної Республіки Крим, районів областей.
Уповноважена особа надавача медичних послуг	Працівник надавача медичних послуг, якого такий надавач уповноважив приймати декларації від пацієнтів, збирати і вносити дані пацієнтів до електронної системи охорони здоров'я, на якого покладено обов'язки щодо забезпечення захисту персональних даних і поширюється дія законодавства про лікарську таємницю.
Уповноважений орган	Центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення.

Термін	Визначення
Центр первинної медичної допомоги (ЦПМД)	Суб'єкт медичного обслуговування, заклад охорони здоров'я, що створюється з метою забезпечення потреб населення у первинній медичній допомозі. Є регулярним місцем надання ПМД не менше ніж сімома лікарями та розташований у межах центральної території доступності, визначеної відповідно до Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги.
Центральний компонент eHealth	Державна складова системи eHealth; єдиний реєстр медичних закладів, лікарів, пацієнтів та декларацій, з яким працюють медичні інформаційні системи для комунікації даних. Він є інструментом для реалізації реформи фінансування медичних закладів – капітації та реімбурсації.
«Червоний список»	Неперсоніфікована умовна кількість населення, що проживає на території адміністративно-територіальної одиниці обслуговування надавача медичних послуг державної або комунальної форми, розрахована відповідно до пункту 10 проекту Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік.
Швидкий тест	Медичний діагностичний тест, який проводиться за межами клінічної лабораторії в безпосередній близькості до місця, де пацієнт отримує допомогу. Приклади: тест на вагітність, глюкометрія, тест на ВІЛ.

1

РЕФОРМА СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я



1.1. ● КОНЦЕПЦІЯ РЕФОРМИ ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.2. ● ПРОГРАМА МЕДИЧНИХ ГАРАНТІЙ

1.2.1. ○ Поняття програми медичних гарантій

1.2.2. ○ Порядок розробки і затвердження
програми медичних гарантій

1.3. ● НАЦІОНАЛЬНА СЛУЖБА ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

1.3.1. ○ Єдиний національний замовник медичних послуг

1.3.2. ○ Рада громадського контролю

1.3.3. ○ Управління якістю та прозорість

1.4. ● ФІНАНСУВАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1.4.1. ○ Джерела фінансування первинної медичної допомоги

1.4.2. ○ Визначення обсягів фінансування:
реєстри пацієнтів, капітаційна ставка

1.5. ● МЕДИКАМЕНТОЗНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

1.6. ● ЛАБОРАТОРНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

1.7. ● ВИКОНАННЯ ПРОГРАМ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я НА РІВНІ ПМД

1.1. КОНЦЕПЦІЯ РЕФОРМИ ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я схвалено Урядом України в листопаді 2016 року. Метою цієї реформи є запровадження нової моделі фінансування системи охорони здоров'я, яка передбачає чіткі зрозумілі гарантії держави щодо медичної допомоги, кращий фінансовий захист для громадян у випадку хвороби, ефективний і справедливий розподіл ресурсів та скорочення платежів пацієнтів.

Міжнародно прийнятий підхід – розглядати системи фінансування в розрізі трьох основних функцій.

Три основні функції фінансування охорони здоров'я

Функція 1. Збір коштів

Ця функція визначає, яким саме способом кошти надходять до системи охорони здоров'я. Зазвичай говорять про такі основні джерела: загальні податки, кошти соціального (обов'язкового) або приватного (добровільного) страхування, особисті кошти домогосподарств, кошти донорів.

До сильних сторін української системи охорони здоров'я належить її фінансування за рахунок загальнодержавних податків. Податки є однією з форм передоплати медичного обслуговування та розподілу фінансових ризиків між великою кількістю осіб. Кожен громадянин заздалегідь сплачує до бюджету відносно невеликий податковий платіж, і натомість держава зобов'язується оплатити його лікування у випадку настання хвороби. По суті, така організація оплати медичних послуг втілює страховий принцип, причому «застрахованими» крізь систему загальнодержавних податків є всі без винятку громадяни. Це повинно забезпечувати універсальність покриття і рівність доступу до медичної допомоги незалежно від виду зайнятості, матеріального забезпечення і стану здоров'я. Фінансування медицини через державні податки поширене в багатьох європейських країнах, наприклад, у Великій Британії, Іспанії, Італії, Ірландії, усіх Скандинавських країнах. Така модель набуває дедалі більшої популярності.

До реформи

Після реформи

Функція 1. Збір коштів

Через загальні податки

Через загальні податки

Функція 2. Акумуляція та пулінг коштів

Ця функція визначає, на якому рівні відбуваються об'єднання та розподіл зібраних коштів. У 2017 році кошти охорони здоров'я було розподілено на 953 бюджети. Тобто більшість коштів розподіляється через бюджети на рівні міст, районів та об'єднаних територіальних громад, обсяг населення яких є недостатнім для ефективної консолідації (пулінгу) фінансових ризиків.

Кількість осіб, ризик хвороби яких покривається з єдиного страхового пулу, є дуже важливим критерієм його фінансової стійкості. Чим більшу кількість страхових внесків об'єднано в один нефрагментований бюджет (тобто в єдиний пул, з якого оплачуються страхові випадки), тим більша ймовірність того, що страховик зможе профінансувати кожен випадок хвороби, не банкрутуючи. Якщо кількість людей, чії внески об'єднуються в один бюджет, є недостатньою, відповідний бюджет або потрапляє в дефіцит, або змушений недоплачувати за лікування пацієнтів, порушуючи взяті зобов'язання.

Наслідком цих слабкостей у розподілі бюджетних коштів є ситуація, коли більшість платників податків не може розраховувати на вчасне і якісне безкоштовне лікування в комунальних лікарнях та поліклініках. Вони змушені доплачувати за медичну допомогу з власної кишені: сьогодні майже половину всіх видатків у цій галузі фінансують пацієнти шляхом додаткової оплати в момент отримання послуги. Це призводить до катастрофічних фінансових наслідків для домогосподарств, які стикаються з хворобами.

	До реформи	Після реформи
Функція 2. Акумуляція та пулінг коштів	Розподіл коштів на різні рівні бюджетів (національний, обласний, районний/міський/ОТГ)	Єдине джерело розподілу коштів на національному рівні + Можливості додаткового фінансування з місцевих бюджетів

Функція 3. Замоклення медичних послуг

Термін «замовлення медичних послуг» застосовується на позначення різних підходів до фінансування/оплати медичних послуг.

У світовій практиці є дві основні моделі замовлення медичних послуг: пасивне і активне (стратегічне).

Модель, що використовується в Україні, є пасивною і полягає в утриманні наявної мережі медичних закладів незалежно від кількості та якості фактично наданих ними послуг. Іншими словами, «гроші ходять за інфраструктурою», а не «за пацієнтом». Такий підхід не формує стимулів для покращення якості на рівні закладів, а також пояснює неефективність їх мережі (більшість закладів мають недостатнє навантаження, зношені основні фонди, застаріле медичне обладнання).

На противагу такому підходу, модель стратегічного замовлення медичних послуг полягає в тому, що держава в особі органів управління охороною здоров'я чи державного страхового фонду витрачає кошти платників податків, купуючи у медичних закладів, лікарів, аптек послуги та ліки за допомогою публічних контрактів. Модель стратегічних закупівель передбачає відповідь на три основні запитання:

- **Які послуги мають закуповуватися на кошти державного бюджету?** Ці рішення приймають на основі потреб пацієнтів, пріоритетів політики охорони здоров'я, даних про ефективність і результативність послуг.
- **У яких надавачів/закладів ці послуги мають закуповуватися?** Ці рішення приймають на основі даних про якість роботи закладів, їхню спроможність надавати такі послуги, забезпечення доступу населення до послуг.
- **Якими будуть механізми оплати послуг?** Ці рішення засновані на ефективності різних методів оплати для забезпечення якісних послуг для населення. Ці рішення також включають умови замовлення послуг.

	До реформи	Після реформи
Функція 3. Закупівля медичних послуг	Пасивне замовлення послуг: фінансування закладів на основі кошторисів. Фінансування не засноване на кількості та якості наданої допомоги.	Стратегічне замовлення послуг: рішення про закупівлю послуг приймається на основі даних про потреби пацієнтів та спроможність закладів надавати такі послуги.

У рамках реформи всі заклади охорони здоров'я зможуть укласти договори та отримувати кошти з державного бюджету. Проте обсяг договорів, перелік медичних послуг, які мають бути надані пацієнтам, та умови фінансування чітко визначатимуться цими договорами.

Основні принципи запровадження реформи фінансування системи охорони здоров'я

Реанімація української системи охорони здоров'я для досягнення рівного доступу громадян до якісних медичних послуг з гарантією фінансової безпеки вимагає комплексної реформи. Ключовими елементами цієї реформи мають бути зміна механізмів фінансування та усунення описаних вище недоліків. Для ефективного результату нова модель повинна відповідати таким вимогам:

1. Визначення предмету закупівлі – переліку та обсягу медичних послуг та лікарських засобів, визначених програмою медичних гарантій, оплата яких гарантується за рахунок коштів Державного бюджету України. Цей перелік включає послуги первинної, вторинної, третинної, екстреної, реабілітаційної та паліативної допомоги і необхідних медикаментів. Програма медичних гарантій, зокрема склад, обсяг та розмір фінансування, щорічно затверджується Верховною Радою України у складі закону про Державний бюджет України.
2. Універсальність покриття: доступ до послуг повинні мати всі громадяни країни незалежно від віку, статі, рівня достатку, стану здоров'я та місця проживання.
3. Консолідація в єдиний пул для оплати страхових внесків коштів від якомога більшої кількості застрахованих громадян.
4. Консолідація коштів для закупівлі послуг на такому рівні, який забезпечить замовнику (розпоряднику бюджетних коштів) достатню ринкову силу, щоб отримувати найкращу ціну за послуги та медикаменти.
5. Запровадження чітких правил здійснення оплати за кожним страховим випадком (методів оплати, стандартів надання послуг, медичних протоколів, механізмів контролю якості).
6. Організація закупівель медичних послуг у такий спосіб, щоб їх замовник (розпорядник бюджетних коштів), що діє від імені застрахованих громадян, був зацікавлений діяти в найкращих інтересах пацієнта, а не в найкращих інтересах надавача (закладу, лікаря).
7. Організація закупівель медичних послуг у такий спосіб, щоб їх замовник

(розпорядник бюджетних коштів), що діє від імені застрахованих громадян, не мав фінансового інтересу відмовляти застрахованим особам у виплаті.

8. Організація закупівель медичних послуг у такий спосіб, щоб після політичного затвердження програми медичних гарантій подальші рішення щодо виплат за цією програмою на лікування за окремими випадками приймались винятково на основі технічних критеріїв (медичних підстав, стандартів, правил оплати) і не залежали від політичного вибору на жодному рівні врядування.
9. Забезпечення прозорості та суворої підзвітності у використанні бюджетних коштів.
10. Забезпечення можливості вільного вибору закладів пацієнтом та конкуренції надавачів, яка мотивуватиме їх надавати більш якісні послуги, впроваджувати науково обґрунтовані та економічно ефективні методи роботи.

Для досягнення зазначеної мети реформа передбачає запровадження таких елементів:

1. Єдиний національний замовник медичних послуг: центральний орган виконавчої влади (Національна служба здоров'я України, НСЗУ), що виконує функції страховика та єдиного стратегічного замовника/закупівельника медичних послуг і лікарських засобів у рамках програми державних гарантій. НСЗУ утворюється Кабінетом Міністрів України.
2. Програма медичних гарантій: чітко визначений обсяг медичних послуг та лікарських засобів, які будуть оплачуватись за рахунок державного бюджету. Конкретний перелік послуг та лікарських засобів, що входять до програми медичних гарантій, і тарифи для їх оплати щорічно затверджуватимуться в рамках Державного бюджету України.
3. Нові механізми оплати медичних послуг за принципом «гроші ходять за пацієнтом»: перехід до фінансування медичних послуг і результатів наданої допомоги. Нові механізми запроваджуються поступово, починаючи з первинної медичної допомоги, яка переходить на фінансування за капітаційною ставкою з липня 2018 року.

Кожен з цих елементів детально описано у відповідних розділах Операційного керівництва.

1.2. ПРОГРАМА МЕДИЧНИХ ГАРАНТІЙ

1.2.1. Поняття програми медичних гарантій

Згідно з Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»³, програма державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій) визначає перелік та обсяг медичних послуг (включно з медичними виробами) та лікарських засобів, повну оплату, надання яких пацієнтам держава гарантує за рахунок коштів Державного бюджету України згідно з тарифом, для профілактики, діагностики, лікування та реабілітації у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами.

У межах програми медичних гарантій держава гарантує громадянам, іноземцям та особам без громадянства, які постійно проживають на території України, та особам, яких визнано біженцями або особами, які потребують додаткового захисту, повну оплату за рахунок коштів Державного бюджету України необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів, пов'язаних з наданням:

- 1) екстреної медичної допомоги;
- 2) первинної медичної допомоги;
- 3) вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги;
- 4) третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- 5) паліативної медичної допомоги;
- 6) медичної реабілітації;
- 7) медичної допомоги дітям до 16 років;
- 8) медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами.

Іноземцям та особам без громадянства, які тимчасово перебувають на території України, у межах програми медичних гарантій держава забезпечує оплату необхідних медичних послуг та лікарських засобів, пов'язаних з наданням екстреної медичної допомоги. Такі особи зобов'язані компенсувати державі повну вартість наданих медичних послуг та лікарських засобів у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України, якщо інше не передбачено міжнародними договорами чи законами України.

³ Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>.

Медичні послуги та лікарські засоби, пов'язані з наданням інших видів медичної допомоги, оплачуються іноземцями та особами без громадянства, які тимчасово перебувають на території України, за рахунок власних коштів, коштів добровільного медичного страхування чи інших джерел, не заборонених законодавством.

Програмою медичних гарантій визначаються перелік та обсяг медичних послуг та лікарських засобів, оплата яких гарантується за рахунок коштів Державного бюджету України.

Медичні послуги та лікарські засоби, що не включені до програми медичних гарантій, не підлягають оплаті за рахунок коштів Державного бюджету України, передбачених на реалізацію програми медичних гарантій, але можуть покриватися за рахунок коштів Державного бюджету України, передбачених на реалізацію відповідних державних програм та заходів, місцевих бюджетів, медичного страхування, юридичних і фізичних осіб та з інших джерел, не заборонених законодавством.

Звуження програми медичних гарантій не допускається, крім випадків, встановлених законом.

1.2.2. Порядок розробки і затвердження програми медичних гарантій

Програма медичних гарантій розробляється з урахуванням положень галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я. Порядок розробки програми медичних гарантій розробляє МОЗ за погодженням з Міністерством фінансів України.

Щороку програма медичних гарантій затверджується Верховною Радою України у складі закону про Державний бюджет України. При цьому обсяг коштів на реалізацію програми щорічно визначається у законі України про Державний бюджет України як частка валового внутрішнього продукту у розмірі не менше 5% ВВП⁴.

Видатки на програму медичних гарантій є захищеними статтями видатків бюджету. Перша програма медичних гарантій з'явиться з 2020 року.

Перелік гарантованих медичних послуг ПМД буде визначено у Порядку надання первинної медичної допомоги, проект якого наведено в **Додатку 1**.

4 Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>.

Розроблено зміни до постанови Кабінету Міністрів України від 17.09.1996 № 1138 «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах»⁵, якими буде регламентовано послуги, що не входять у програму медичних гарантій та можуть надаватися пацієнтам на платній основі.

⁵ <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1138-96-%D0%BF/para12#n12>.

1.3. НАЦІОНАЛЬНА СЛУЖБА ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ



Національна
служба здоров'я
України

1.3.1. Єдиний національний замовник медичних послуг

Згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1101 «Про утворення Національної служби здоров'я України»⁶, єдиним національним замовником є Національна служба здоров'я України (НСЗУ) – центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення.

Основними функціями національного замовника є:

- 1) реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою державних гарантій;
- 2) проведення моніторингу, аналізу і прогнозування потреб населення України у медичних послугах та лікарських засобах;
- 3) виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій;
- 4) розроблення проекту програми медичних гарантій, внесення пропозицій щодо тарифів і коригувальних коефіцієнтів;
- 5) укладення, зміна та припинення договорів про медичне обслуговування населення та договорів про реімбурсацію;
- 6) здійснення заходів, що забезпечують цільове та ефективне використання коштів за програмою медичних гарантій, у тому числі заходів з перевірки дотримання надавачами медичних послуг вимог, встановлених порядком використання коштів цієї програми і договорами про медичне обслуговування населення;
- 7) отримання та обробка персональних даних та іншої інформації про пацієнтів (у тому числі інформації про стан здоров'я, діагноз, а також відомостей, одержаних під час медичного обстеження пацієнтів) і надавачів медичних послуг, необхідних для здійснення його повноважень, з дотриманням вимог Закону України «Про захист персональних даних»;

⁶ <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/pro-utvorennya-nacionalnoyi-sluzhbi-zdorovya-ukrayini>.

- 8) забезпечення функціонування електронної системи охорони здоров'я;
- 9) здійснення відшкодування вартості лікарських засобів за договорами про реімбурсацію за програмою медичних гарантій;
- 10) аналіз звітності надавачів медичних послуг щодо переліку та обсягу наданих медичних послуг за договорами про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій та договорами про реімбурсацію;
- 11) інформування уповноважених державних органів про виявлені порушення умов договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій і договорів про реімбурсацію та звернення до суду у випадках, передбачених законом;
- 12) розгляд звернень і скарг з питань, що належать до її компетенції, та вжиття заходів для усунення причин, що призводять до подання скарг;
- 13) інформування Ради громадського контролю про запропонований склад програми медичних гарантій, тарифи та коригувальні коефіцієнти, розміри реімбурсації лікарських засобів, доведення позиції Ради громадського контролю з цього приводу до відома МОЗ;
- 14) забезпечення інформування населення про програму медичних гарантій, організація роз'яснювальної роботи, пов'язаної з практикою застосування законодавства з питань, що належать до компетенції НСЗУ;
- 15) забезпечення створення можливості для реалізації пацієнтами їхнього права на вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, шляхом надання роз'яснень стосовно надавачів медичних послуг, пов'язаних з наданням первинної медичної допомоги, та інформації про лікарів, які працюють у таких надавачів медичних послуг;
- 16) складання і подання фінансової, бюджетної звітності про отримання та використання бюджетних коштів у встановленому законодавством порядку;
- 17) проведення фінансового аналізу та довгострокового планування сталого фінансування програми медичних гарантій;
- 18) узагальнення інформації та розроблення стратегічних напрямів розвитку медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій з урахуванням впливу демографічної, етнічної, соціально-економічної ситуації, інфраструктури виробничої та невиробничої сфери.

Юридичний статус, права та повноваження

Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» визначено поняття Уповноваженого органу – центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Функціонування НСЗУ регулюється відповідною постановою Кабінету Міністрів України. НСЗУ діятиме як центральний орган виконавчої влади, що безпосередньо підпорядкований Кабінетові Міністрів України та активно взаємодіє насамперед з міністерствами охорони здоров'я та фінансів. НСЗУ забезпечуватиме рівний та якісний медичний захист громадян України в межах державних гарантій медичної допомоги шляхом стратегічних закупівель медичних послуг за рахунок коштів державного бюджету.

НСЗУ має статус центрального органу виконавчої влади, а отже, її діяльність буде некомерційною. Статус центрального органу виконавчої влади, відповідального за реалізацію, але не за формування державної політики, забезпечить незаангажованість і захищеність НСЗУ від політичного впливу при використанні коштів, виділених на фінансування програми медичних гарантій.

Передбачається, що НСЗУ щороку надаватиме пропозиції щодо програми медичних гарантій на найближчий (плановий) і наступні два роки, а також пропозиції щодо структури та рівня єдиних національних тарифів на послуги. НСЗУ перебуватиме на казначейському обслуговуванні та буде головним розпорядником коштів державного бюджету, передбачених на фінансування програми медичних гарантій, що розподіляє кошти між надавачами допомоги за єдиними правилами на засадах максимальної прозорості та підзвітності. НСЗУ також здійснює відповідний контроль за виконанням контрактів.

Структура НСЗУ: центральный апарат та регіональні відділення

Структура НСЗУ передбачає наявність центрального та регіональних відділень, взаємозв'язок яких подібний до інших органів виконавчої влади: центральне відділення виконує повний перелік функцій, а регіональні відповідають за підготовку договорів з місцевими надавачами послуг, контроль якості та інші функції. Регіональні відділення не будуть підпорядковані місцевим органам виконавчої влади. Це відповідає принципу розмежування повноважень замовника і надавача медичних послуг.

Єдиний національний замовник не володітиме закладами охорони здоров'я та не керуватиме ними. Це відповідає принципу розмежування функцій замовника і надавача медичних послуг.

1.3.2. Рада громадського контролю

Відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»⁷, при НСЗУ з метою забезпечення прозорості та громадського контролю за її діяльністю утворюється Рада громадського контролю у складі 15 осіб, яка формується на засадах відкритого та прозорого конкурсу на період двох календарних років.

Зараз Кабінетом Міністрів України розробляються Положення про Раду громадського контролю при НСЗУ та Порядок формування Ради громадського контролю при НСЗУ, які визначатимуть основні принципи відбору членів, етапи формування та основні функції Ради громадського контролю при НСЗУ.

Основними функціями Ради громадського контролю при НСЗУ передбачаються такі:

- (1)** здійснення громадського контролю за діяльністю НСЗУ;
- (2)** сприяння взаємодії НСЗУ з громадськими об'єднаннями, іншими інститутами громадянського суспільства у сфері медичного обслуговування населення;
- (3)** забезпечення прозорості діяльності НСЗУ;
- (4)** інформування НСЗУ про громадську думку стосовно формування та реалізації державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення та про програму державних гарантій медичного обслуговування населення.

1.3.3. Управління якістю та прозорість

НСЗУ здійснює заходи, що забезпечують цільове та ефективне використання коштів за програмою медичних гарантій, у тому числі заходи з перевірки дотримання надавачами медичних послуг вимог, визначених порядком використання коштів програми медичних гарантій і договорами про медичне обслуговування населення⁸. Для цього НСЗУ використовує електронну систему охорони здоров'я і залучає вчених і фахівців, працівників центральних та місцевих

7 Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>.

8 Див. постанову Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1101 «Про утворення Національної служби здоров'я України». URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/pro-utvorennya-nacionalnoyi-sluzhbi-zdorovya-ukrayini>.

органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, професійних спілок медичних та фармацевтичних працівників, підприємств, установ та організацій.

Прозорість роботи НСЗУ буде забезпечуватися за рахунок таких компонентів:

- Будь-які дії НСЗУ передбачають фіксацію в електронній системі.
- Кошти зберігаються на рахунках у Державному казначействі України, яке відповідає за безпосередні платежі закладам.
- НСЗУ щорічно публікує звіти про свою діяльність.
- При НСЗУ працює Рада громадського контролю.
- Контракти, укладені між НСЗУ і медичними закладами, є публічними та оприлюднюються на сайті НСЗУ протягом п'яти днів з моменту їх підписання.
- Забезпечення заходів щодо запобігання корупції та контроль за їх здійсненням в апараті НСЗУ, її територіальних органах, на підприємствах, в установах та організаціях, що належать до сфери управління.

1.4. ФІНАНСУВАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1.4.1. Джерела фінансування первинної медичної допомоги

Заклади охорони здоров'я, що надають ПМД, матимуть різні джерела фінансування, але основними будуть оплата за договорами з НСЗУ та кошти місцевих бюджетів.

Реформа фінансування системи охорони здоров'я розпочнеться зі зміни методів фінансування ПМД. Зокрема, у 2018 році впроваджено бюджетну програму «Надання первинної медичної допомоги населенню» (код 2308020)⁹.

Мета цієї бюджетної програми – забезпечення всіх громадян комплексною первинною медичною допомогою, що включає проведення діагностики, лікування найбільш поширених хвороб, направлення відповідно до медичних показань до спеціалізованої медичної допомоги, а також забезпечення громадян довготривалою медичною та профілактичною підтримкою, побудованою виходячи радше з індивідуальних потреб людини, ніж з потреб лікування окремої хвороби, а також підготовка юридичних осіб – суб'єктів надання первинної медичної допомоги – до переходу на фінансування за методом капітації.

Разом з тим, відповідно до Закону України «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України»¹⁰, протягом 2018–2019 років допускається фінансування первинної медичної допомоги комунальним закладам охорони здоров'я, що не уклали договори з НСЗУ, шляхом надання субвенцій з державного бюджету відповідним місцевим бюджетам. Умови, порядок та строки надання такої субвенції визначаються Кабінетом Міністрів України.

Тобто 2018 рік є перехідним роком, у якому в межах країни зберігаються дві форми фінансування ПМД:

- 1) за рахунок медичної субвенції;
- 2) за капітаційною ставкою, яка запроваджується з 1 липня 2018 року. Але

9 Закон України від 07.12.2017 № 2246-VIII «Про Державний бюджет України на 2018 рік». URL: zakon.rada.gov.ua/go/2246-19; розпорядження Кабінету Міністрів України від 17.01.2018 № 32-р «Про перелік бюджетних програм, порядки використання коштів державного бюджету за якими визначаються у 2018 році Кабінетом Міністрів України». URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/32-2018-%D1%80>.

10 URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2233-19>.

медичні заклади ПМД зможуть переходити на нову систему фінансування тільки одночасно в рамках одного місцевого бюджету (районом, містом або об'єднаною територіальною громадою). Це зумовлено тим, що субвенція перераховується на місцевий бюджет і, відповідно, може бути замінена повністю для цього бюджету, а не окремого закладу.

Головним розпорядником бюджетних коштів у рамках цієї програми буде Національна служба здоров'я України. Необхідними умовами для укладення договору між надавачем ПМД та НСЗУ будуть:

- отримання статусу комунального некомерційного підприємства (автономізація)¹¹;
- впровадження медичної інформаційної системи та перехід на електронний документообіг; підключення до національної електронної системи здоров'я¹²;
- оснащення закладів первинної медичної допомоги згідно з Табелем матеріально-технічного оснащення ПМД (Додаток 2);
- кадрове забезпечення закладів первинної медичної допомоги (лікар ПМД та середній медичний персонал);
- забезпечення закладів первинної медичної допомоги ліками невідкладної допомоги (розробляється МОЗ);
- забезпечення графіка надання невідкладної медичної допомоги 24/7 спільно з іншими закладами охорони здоров'я (ЗОЗ).

У жовтні та грудні 2018 року очікуються друге і третє «вікна можливостей» для переходу закладів ПМД на нову систему фінансування за капітаційною ставкою.

Починаючи з січня 2019 року, всі заклади, що надають первинну медичну допомогу, повинні мати укладені договори з НСЗУ.

Кошти на фінансування інших видів медичної допомоги до 2020 року використовуються за поточним принципом з пілотуванням нових методів оплати у цей перехідний період.

Детальніше про розподіл видатків між НСЗУ та місцевими бюджетами описано в **Розділі 4.7** цього Операційного керівництва.

11 Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства. Оновлена версія.
URL: http://moz.gov.ua/uploads/0/3562-moz_metod_recomendations_autonomization_2018_ua_final_web.pdf.

12 URL: <https://portal.ehealth-ukraine.org>.

Крім того, відповідно до Закону України від 14.11.2017 № 2206-VIII «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості»¹³, **держава виділяє у вигляді додаткової субвенції місцевим бюджетам 5 млрд гривень на покращення інфраструктури ЗОЗ у сільській місцевості**, зокрема на:

- будівництво, реконструкцію, капітальний ремонт комунальних закладів охорони здоров'я;
- придбання медичного обладнання, устаткування та засобів відповідно до таблиця матеріально-технічного оснащення;
- транспортну та телекомунікаційну інфраструктуру, в т. ч. Інтернет, комп'ютери, програми (eHealth, телемедицина);
- службове житло (будівництво, придбання), службовий автотранспорт (у т. ч. для обслуговування мешканців віддалених населених пунктів).

Розподіл субвенції на місцеві бюджети відбувається згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 06.12.2017 № 983 «Деякі питання надання субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення заходів, спрямованих на розвиток системи охорони здоров'я у сільській місцевості»¹⁴.

1.4.2. Визначення обсягів фінансування: реєстри пацієнтів, капітаційна ставка

Як уже зазначалось, у 2018 році заклади ПМД фінансуються за рахунок медичної субвенції, яка виділяється місцевим бюджетам (код 2311410 «Медична субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам» – 5,23 млрд грн), а також з липня 2018 року починає працювати програма «Надання первинної медичної допомоги населенню» (код 2308020) – 8,05 млрд грн.

Бюджетну програму «Надання первинної медичної допомоги населенню» було розроблено відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», згідно з яким тариф на медичні послуги, пов'язані з наданням первинної медичної допомоги, складається з двох частин: ставки на оплату медичної послуги і ставки на оплату діагностичних послуг, у тому числі лабораторних досліджень.

13 URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2206-19>.

14 URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/983-2017-%D0%BF>.

Оплата медичної послуги на рівні ПМД буде врахувати такі три основних показники:

1. Капітаційна ставка з урахуванням коефіцієнтів.

Тарифи за надання медичних послуг ПМД – це капітаційна ставка за обслуговування одного пацієнта протягом календарного року з відповідними коефіцієнтами, які регламентуються постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги» та переглядаються щороку.

Передбачається, що на першому етапі впровадження реформи коефіцієнти будуть різнитись тільки для вікових категорій пацієнтів, а також буде виділено коефіцієнт для населених пунктів, яким надано статус гірських. Згодом очікується впровадження більш комплексного підходу для визначення коефіцієнтів, який буде також враховувати стать пацієнта, показники його здоров'я тощо.

2. Кількість осіб, приписаних до цього закладу в «зеленому списку».

3. Кількість осіб, приписаних до цього закладу в «червоному списку».

«Зелений список» – це дані про кількість пацієнтів, що підписали декларації про вибір лікаря ПМД з лікарями відповідного закладу (або з відповідним ФОП). Цей реєстр почне формуватись після початку приписної кампанії і буде поступово наповнюватись. Очікується, що лікарі зможуть розпочати підписувати декларації з пацієнтами з квітня 2018 року.

«Червоний список» – це дані про кількість населення на території обслуговування закладу ПМД.

Розмір капітаційної ставки буде відрізнятись для «червоного» та «зеленого» списків (**Таблиця 1.4.2.1**). Зокрема, ставка «червоного списку» буде меншою, і для неї не будуть застосовані вікові коефіцієнти. Ставка «зеленого списку» буде більшою, для неї будуть застосовуватися коефіцієнти за віком, а також коефіцієнти для гірських територій (**Таблиця 1.4.2.2**).

Таблиця 1.4.2.1. Розмір капітаційної ставки на 2018 рік, грн¹⁵

Капітаційна ставка	«Зелений список»	«Червоний список»
Річна, грн	370,00	240,00
Місячна, грн	30,83	20,00

Таблиця 1.4.2.2. Розмір коефіцієнтів капітаційної ставки на 2018 рік, грн¹⁶

	Віковий коефіцієнт
0–5 років	4,0
6–17 років	2,2
18–39 років	1,0
40–64 років	1,2
65 років і старші	2,0
Гірський коефіцієнт	1,25

Остаточні значення тарифів капітаційної ставки та коефіцієнтів будуть відомі після затвердження бюджетної програми з надання ПМД та ухвалення постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги», проект якої зараз проходить обговорення та очікується до прийняття у березні-квітні 2018 року.

15 На обговоренні.

16 На обговоренні.

1.5. МЕДИКАМЕНТОЗНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

Складовою лікувального процесу на будь-якому рівні медичної допомоги є медикаментозне забезпечення.

Урядова програма «Доступні ліки»

Новим механізмом медикаментозного забезпечення пацієнтів первинної допомоги є повне або часткове відшкодування вартості лікарських засобів під час амбулаторного лікування осіб. Цей механізм отримав назву «Урядова програма «Доступні ліки»¹⁷ (або програма реімбурсації). Його було запроваджено з 1 квітня 2017 року.



Реімбурсація – це механізм повного або часткового відшкодування пацієнтам за рахунок коштів Державного бюджету України вартості лікарських засобів на підставі рецепта.

Фактично відшкодування є дієвим механізмом, який впливає на якість надання медичної допомоги, збільшує кількість звернень до сімейного лікаря (особливо це стосується пацієнтів з хронічними захворюваннями), зменшує кількість випадків невідповідального самолікування, позитивно впливає на прихильність до лікування і таким чином – на стан здоров'я і тривалість життя населення.

Які захворювання покриваються?

З 1 січня 2018 року відшкодування поширюється на три нозології: серцево-судинні захворювання, цукровий діабет II типу та бронхіальну астму.

До переліку препаратів, вартість яких відшкодовується, включено 21 міжнародну непатентовану назву (МНН). Відповідно до процедури, кожні півроку оновлюється і публікується на веб-сторінці МОЗ¹⁸ позитивний список лікарських засобів за

17 Постанови Кабінету Міністрів України від 09.11.2016 № 862 «Про державне регулювання цін на лікарські засоби» (URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/862-2016-n>); від 09.11.2016 № 863 «Про запровадження відшкодування вартості лікарських засобів» (URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/863-2016-n>); від 17.03.2017 № 152 «Про забезпечення доступності лікарських засобів» (URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/152-2017-n>).

18 URL: <http://liky.gov.ua>.

торгівельними назвами, формами випуску, дозуванням, розміром відшкодування та інформацією про повну вартість. Станом на 1 січня 2018 року до цього списку було включено 200 препаратів.

Пріоритетність надано лікуванню нозологій, що найбільше впливають на показники смертності населення або суттєво знижують якість життя пацієнта і ефективно лікуються на амбулаторному рівні.

Рецепт

Відшкодування здійснюється на підставі рецептів, виписаних закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності за місцем надання медичної допомоги пацієнтові на рецептурних бланках форми № 1. Строк дії рецепта становить 30 календарних днів з моменту виписки. Рецепт виписується із зазначенням:

- міжнародної непатентованої назви лікарських засобів; в одному рецепті дозволено зазначити лише одне найменування лікарського засобу;
- дозування та форми випуску;
- кількості одиниць для лікування.

Рецепт додатково засвідчується печаткою червоного кольору «Вартість підлягає відшкодуванню».

ЯК ОТРИМАТИ БЕЗКОШТОВНІ ЛІКИ?



ВАРТІСТЬ ЛІКІВ ПОВНІСТЮ АБО ЧАСТКОВО ОПЛАЧУЄ ДЕРЖАВА

Програма «Доступні ліки» та медичні гарантії

До 31 грудня 2019 року відшкодування здійснюється для визначеного Кабінетом Міністрів України переліку медичних станів у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

З 1 січня 2020 року буде запроваджено відшкодування вартості лікарських засобів, передбачених програмою медичних гарантії.

Забезпечення лікарськими засобами, які передбачено іншими законами України для певних категорій осіб, фінансується за окремими програмами за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів, цільових страхових фондів та інших джерел, не заборонених законодавством.

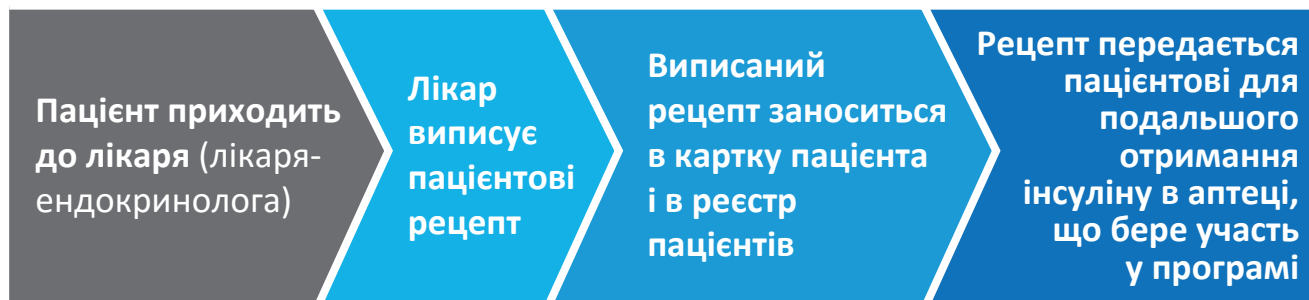
Приклад роботи програми відшкодування

Порядок відшкодування вартості препаратів інсуліну¹⁹ є яскравим прикладом відшкодування лікарських засобів за допомогою реєстру пацієнта й чітко визначених критеріїв пацієнтів, які підпадають під програму відшкодування.

Реєстр – це електронна централізована база даних, що містить інформацію про пацієнтів, які потребують інсулінотерапії, а також про рецепти, виписані таким пацієнтам.

Реєстр пацієнтів²⁰ забезпечує єдиний облік пацієнтів, які хворіють на цукровий діабет і потребують інсулінотерапії, здійснює достовірний облік препаратів інсуліну, вартість яких підлягає державному відшкодуванню, а також дозволяє збирати та аналізувати статистичну інформацію щодо пацієнта і його забезпечення препаратами.

Алгоритм відшкодування такий:



19 Постанова Кабінету Міністрів України від 23.03.2016 № 239 «Деякі питання відшкодування вартості препаратів інсуліну».

20 Наказ МОЗ України від 23.12.2015 № 890 «Про затвердження Положення про реєстр пацієнтів, що потребують інсулінотерапії».

За умови появи електронного рецепта і запуску eHealth на всіх рівнях рецепт буде не лише заноситися в електронну картку в реєстрі пацієнтів, а й надсилатися в аптеку, де пацієнт зможе отримати препарат. Таким чином, не буде паперового документообігу, що покращить прозорість і ефективність обліку та аналізу даних.

Зараз для впровадження такого механізму МОЗ вносить зміни до наказу від 19.07.2005 № 360 «Про затвердження Правил виписування рецептів на лікарські засоби і виробу медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків».

1.6. ЛАБОРАТОРНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

Лабораторне забезпечення ПМД може відбуватися за різними сценаріями відповідно до організаційної форми та наявних технічних можливостей центру ПМД чи сімейного лікаря-ФОП, який надає послуги з ПМД. Але незалежно від того, чи має надавач ПМД у своєму підпорядкуванні лабораторію, одним з його завдань є забезпечення пацієнтів лабораторними та інструментальними діагностичними дослідженнями відповідно до Порядку надання ПМД (проект Порядку див. у **Додатку 1**).

У 2018 році витрати на лабораторну діагностику на первинному рівні покриваються за рахунок медичної субвенції, яку отримують медичні заклади, що мають у своєму складі лабораторії. Але з 2019 року, коли заклади ПМД матимуть можливість перейти на нову систему фінансування, витрати на лабораторні дослідження на рівні ПМД будуть покриватись за рахунок капітаційної ставки, яка, відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», включає ставку на оплату діагностичних послуг, у тому числі лабораторних досліджень.

1.7. ВИКОНАННЯ ПРОГРАМ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я НА РІВНІ ПМД

Концепція розвитку системи громадського здоров'я, схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1002-р²¹, передбачає залучення працівників первинної медичної (медико-санітарної) допомоги до виконання окремих завдань у сфері громадського здоров'я та розширення їхніх повноважень щодо надання послуг у сфері громадського здоров'я (від профілактичних до паліативних).

Одночасно Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я, схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1013-р²², передбачає можливість надавати бонусні доплати за досягнення певних, встановлених договором про надання первинної медичної допомоги, результатів, зокрема за показники та індикатори, які належать до сфери громадського здоров'я (в перспективі та за умови передбачення видатків у державному бюджеті).

Отже, систему надання первинної допомоги буде залучено до виконання програм громадського здоров'я, які можна умовно поділити на два блоки: перший – питання, що стосуються інфекційних хвороб, другий – неінфекційних захворювань.

До завдань первинної медичної допомоги з виконання програм громадського здоров'я, що спрямовані на запобігання виникненню і поширенню **інфекційних хвороб людини**, локалізацію та ліквідацію їх спалахів, належать:

Профілактичні втручання

<p>Вакцинація (проведення медичних маніпуляцій та заохочення до проведення щеплень) відповідно до вимог календаря профілактичних щеплень</p>	<p>Проведення скринінгових програм, що спираються на доказову базу, для раннього виявлення інфекційних хвороб, які визначено пріоритетними на національному рівні</p>	<p>Проведення скринінгових програм для інших інфекційних хвороб, які на регіональному рівні визначено пріоритетними і які чинять найбільший негативний соціально-демографічний та економічний вплив на цей регіон</p>
---	---	---

21 URL: <http://www.kmu.gov.ua/control/uk/cardnpd?docid=249618799>.

22 URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80>.

Реагування

Подання екстрених повідомлень про інфекційну хворобу або харчове отруєння, незвичайну реакцію на щеплення	Робота в осередку окремо визначених інфекційних хвороб (окрім осередків особливо небезпечних інфекційних хвороб)	Локалізація та ліквідація спалаху інфекційної хвороби базового рівня (для проведення заключної дезінфекції органами місцевого самоврядування можуть створюватися окремі власні підрозділи або на договірних відносинах залучатися відповідні суб'єкти господарювання)	Амбулаторне лікування хворих на туберкульоз
--	---	--	---

Другий блок програм – **неінфекційні захворювання.**

Профілактичні втручання

Консультування щодо профілактики глобальних/ пріоритетних факторів ризику виникнення неінфекційних захворювань (тютюн, алкоголь, фізична інертність, нездорове харчування)	Участь у комунікаційних кампаніях (кожен лікар повинен стати їх складовою) з різних аспектів пропаганди здоров'я, формування здорового способу життя і мотивації населення до такого способу життя	Проведення скринінгових програм, що спираються на доказову базу, для раннього виявлення неінфекційних захворювань, які визначено пріоритетними на національному рівні	Проведення скринінгових програм для інших неінфекційних захворювань, які на регіональному рівні визначено пріоритетними і які чинять найбільший негативний соціально-демографічний та економічний вплив на цей регіон
---	---	---	---

Реагування

Внесення даних про встановлений діагноз до системи електронної охорони здоров'я через будь-які сумісні медичні інформаційні системи

2

ПЛАНУВАННЯ МЕРЕЖІ АМБУЛАТОРІЙ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ



- 2.1. ● **ОСНОВНІ ЗАВДАННЯ
ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**
- 2.2. ● **ЗАКОНОДАВЧА БАЗА**
- 2.3. ● **ПЕРЕЛІК ПОСЛУГ ПМД
ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ЇХ НАДАННЯ**
- 2.4. ● **ПРИНЦИПИ ПЛАНУВАННЯ МЕРЕЖІ ПМД**
- 2.5. ● **ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ МОДЕЛІ
НАДАННЯ ПМД**
- 2.6. ● **ДЖЕРЕЛА ФІНАНСУВАННЯ ЦЕНТРІВ ПМД**
- 2.7. ● **РОЗВИТОК ІНФРАСТРУКТУРИ:
БУДІВЛІ, ТРАНСПОРТ, ЗВ'ЯЗОК, ДОРОГИ,
МЕДИЧНЕ ОБЛАДНАННЯ**
- 2.8. ● **МОНІТОРИНГ І ОЦІНКА МЕРЕЖІ ПМД**

2.1. ОСНОВНІ ЗАВДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визнала первинну медичну допомогу (ПМД) найбільш важливим елементом національних систем охорони здоров'я (ОЗ). Доведено, що диспропорції між ПМД і спеціалізованою допомогою (стаціонари лікарень) у країнах з низьким і середнім рівнем доходів залишаються джерелом неефективності й нерівності в охороні здоров'я населення. В багатьох країнах стаціонари продовжують домінувати в наданні медичної допомоги. Диспропорції в системі охорони здоров'я (ОЗ) України призводять до переважного використання більш вартісної спеціалізованої допомоги в лікарнях, наслідком чого стає зниження якості медичних послуг при одночасному збільшенні суспільних витрат. Виходом з цієї ситуації ВООЗ визнала створення інтегрованої системи надання медико-санітарної допомоги, де на ПМД покладається функція вирішення всіх проблем, які можливо вирішити на її рівні, а стаціонарна допомога надається лише за умови неможливості вирішення проблем на рівні ПМД.

Моделі організації ПМД розрізняються в різних країнах, що зумовлено історичним розвитком національних систем ОЗ в різних соціальних, економічних і культурних обставинах. Однак єдиним для більшості систем ПМД базовим елементом була і залишається загальна практика – сімейна медицина (ЗП-СМ), яка найбільше відповідає змісту і функціям ПМД.

Визнано, що в рамках ПМД саме ЗП-СМ може забезпечити доступні і прийнятні послуги для пацієнтів; справедливий розподіл ресурсів охорони здоров'я; інтегроване і координоване надання комплексних лікувальних, реабілітаційних, паліативних та профілактичних послуг; раціональне використання технологій і ресурсів наступних ланок охорони здоров'я; рентабельність ПМД. Окремі елементи ЗП-СМ у системному поєднанні можуть значно підвищити ефективність ПМД завдяки ефекту синергії. Тому при розробці моделі ПМД на локальному рівні та її адаптації до місцевих умов необхідно передбачити всі необхідні елементи, навіть якщо на цьому етапі відсутні можливості для їх реалізації. Створення умов і пошук ресурсів під конкретні завдання наявної моделі ПМД (з усіма необхідними елементами) є основою її подальшого розвитку. Щоб визначити складові елементи моделі ПМД на місцевому рівні, необхідно знати **основні характеристики ЗП-СМ**, що притаманні високоефективним системам ОЗ.

Загальність (general) медичної допомоги, яку забезпечує ЗП-СМ, передбачає вирішення проблем зі здоров'ям усього населення незалежно від віку, статі, релігії, соціального стану чи інших особливостей пацієнта. Медична допомога надається за всім спектром розладів здоров'я чи захворювань і є легкодоступною з мінімальною втратою часу, без географічних, культурних, адміністративних або фінансових бар'єрів. У цьому контексті ПМД розглядається як ділянка системи медичної допомоги, розташована в районі проживання (перебування) пацієнта, де відбувається його перший контакт із системою охорони здоров'я.

Комплексність (comprehensive) послуг сімейного лікаря забезпечує інтегровану допомогу, яка включає зміцнення здоров'я, профілактику захворювань, лікування, реабілітацію та підтримку. Комплексність ЗП-СМ також забезпечує оцінку не тільки фізичних, але й психологічних та соціальних аспектів стану пацієнта.

Безперервність і тривалість (longitudinal and continuity) медичної допомоги в ЗП-СМ вказують, що допомога орієнтована на пацієнта (пацієнт-орієнтованість) в контексті його життєвих обставин, а взаємодія лікаря і пацієнта не обмежується окремим епізодом захворювання. Сфера діяльності сімейного лікаря охоплює час від народження (а іноді й від допологового періоду) до смерті пацієнта. Тим самим забезпечується безперервність медичної допомоги протягом усього життя пацієнта.

Координація (coordination) передбачає, що сімейний лікар є для пацієнта координатором і провідником у системі охорони здоров'я (на ринку медичних послуг).

Співробітництво (collaboration) – одна з найважливіших характеристик інтегрованої системи охорони здоров'я. Сімейні лікарі повинні бути готові працювати з іншими працівниками лікарень, центрів здоров'я, соціальних служб, за потреби делегуючи їм (з відповідною повагою до них) піклування про своїх пацієнтів.

Орієнтація на сім'ю підкреслює важливість впливу близького оточення пацієнта на його здоров'я. Сімейна медицина вирішує проблеми людей в контексті їхніх сімейних обставин, соціальної та культурної мережі, а також умов, у яких вони живуть і працюють. У своїй діяльності сімейний лікар враховує багато сімейних чинників, серед яких може бути форма сім'ї – повна сім'я, неповна сім'я, сім'я із трьох поколінь, одинаки, що втратили свою половину. Одним із найважливіших факторів є також ставлення сім'ї до здоров'я, що впливає в тому числі на прогноз дотримання пацієнтом лікарських призначень (compliance – готовність пацієнта до співробітництва). Сім'я, що нормально функціонує, є найкращим джерелом підтримки і найкращою групою самопомоги у випадку хвороби когось із її членів.

Орієнтація на громаду передбачає участь сімейного лікаря у вирішенні питань громадського здоров'я спільно та із залученням інших агенцій, секторів, груп самопомоги та громадських організацій.

Команда ПМД і список пацієнтів

При наданні традиційної амбулаторної допомоги надавач послуг (заклад в особі його медичних працівників) приймає на себе відповідальність за особу, що прийшла на консультацію. Однак залишаються пацієнти, які страждають від захворювання, але відкладають відвідування закладу ПМД. З різних причин такі пацієнти не мають доступу до медичної допомоги або, перебуваючи у групах ризику, не усвідомлюють цього та не звертаються до медичних закладів. Не беруться до уваги місцеві фактори, що сприяють погіршенню здоров'я, – соціальні, екологічні або пов'язані з умовами праці. Все це – втрачені можливості успішної охорони здоров'я.

Альтернативний підхід передбачає, що на кожну **команду ПМД** покладено чітко сформульовану відповідальність за певну громаду або групу населення. Найпростішим способом визначення такої відповідальності є виділення населення за територіальним принципом – класичний підхід у сільських районах. Однак попри простоту цього принципу, він має суттєві недоліки: не враховується наявність альтернативних надавачів послуг; адміністративна територія може не збігатися із соціологічною реальністю, особливо в міських районах, жителі яких відрізняються високою мобільністю і працюють зовсім не там, де живуть, що робить медичний центр поблизу дому незручним для відвідування; пацієнти цінують можливість вибору і можуть виражати невдоволеність прикріпленням до певного медичного закладу. Визначати групи населення для медичного обслуговування доцільніше на основі поєднання критеріїв територіальної близькості, принципу активної реєстрації (вибір лікаря і складання списків пацієнтів) та гарантій, що жоден з членів громади не залишиться поза увагою медичного закладу.

Встановлена і чітко сформульована всебічна відповідальність команди ПМД за стан здоров'я конкретної групи населення за наявності відповідних механізмів фінансової та адміністративної звітності приводить до зміни діяльності закладів ПМД. Центри (амбулаторії) ПМД розширюють спектр пропонованої допомоги, розробляючи заходи й програми, спрямовані на підвищення результативності, якими в інших випадках вони могли б знехтувати. Виникає необхідність інвестицій у профілактичні й оздоровчі заходи, а також охоплення сфер, яким звичайно не приділяється увага, наприклад охорона здоров'я в школах і на виробництві. Це змушує центри (амбулаторії) ПМД підтримувати зв'язок з організаціями та приватними особами в місцевій громаді, які служать посередниками між лікарями й пацієнтами, або мобілізувати групи активістів, соціальних працівників, групи самопомоги тощо.

Команді ПМД також доведеться надавати адресну допомогу в співпраці з іншими секторами, щоб охопити маргіналізовані й неохоплені групи населення, а також вирішувати більш широке коло проблем, пов'язаних з погіршенням громадського здоров'я. Як для окремих пацієнтів, так і для громади загалом формальний зв'язок з місцевим центром (амбулаторією) ПМД підвищує ймовірність формування довгострокових відносин, посилення уваги медичних закладів до дотримання основних принципів ПМД.

ПМД та спеціалізована допомога

Аналіз переорієнтації системи ОЗ на ПМД у пострадянських країнах засвідчує факт того, що, попри задекларовані принципи, системи ОЗ залишаються орієнтованими на надання спеціалізованої допомоги в лікарнях. В українському суспільстві закріпилася думка, що «по-справжньому» лікуватися можна лише в лікарні, де надають більш кваліфіковану медичну допомогу. Така теза віддзеркалює реальний стан справ в українській системі ОЗ, який не відповідає тенденціям розвитку медичної допомоги в розвинених країнах.

Найвідоміше дослідження, присвячене оцінці впливу системи первинної допомоги на різні показники здоров'я населення у 18 економічно розвинених країнах Організація економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР) протягом трьох десятиліть, виявила, що чим вищий рівень розвитку системи ПМД в країні, тим нижчі такі показники, як смертність від усіх причин, передчасна смертність від усіх причин, а також передчасна смертність від основних захворювань органів дихання й серцево-судинної системи²³. Чим вищу оцінку країна отримала за розвиток ПМД, тим кращі показники здоров'я населення вона мала. І навпаки, системи охорони здоров'я, більш орієнтовані на спеціалізовану допомогу (лікарні), характеризуються висщою загальною вартістю та зниженим рівнем доступу уразливих груп населення до послуг охорони здоров'я.

Первинна медико-санітарна допомога потребує менших ресурсів порівняно зі спеціалізованою допомогою. Лікарі ПМД дотримуються тих самих принципів клінічної практики, що й вузькопрофільні фахівці, але рідше вдаються до високотехнологічних методів діагностики й лікування. Вони призначають менше інвазивних процедур із застосуванням високовартісних технологій, рідше і на менш тривалі строки госпіталізують пацієнтів, приділяючи набагато більшу увагу профілактичним заходам. Це приводить до зниження загальних витрат на медичні послуги на тлі однакових результатів лікування та вищої задоволеності пацієнтів.

23 Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health services research*, 2003, 38(3):831-865.

Порівняння даних щодо країн з високим рівнем доходів показує, що збільшення числа лікарів загальної практики (сімейних лікарів), які працюють в амбулаторних закладах, супроводжується зниженням витрат громад і підвищенням якості послуг. У країнах, де акцент робиться на спеціалізовану допомогу, фрагментація допомоги посилює незадоволеність пацієнтів та збільшує й без того великий розрив між закладами охорони здоров'я й соціальними службами. Переміщення точки входу в систему охорони здоров'я зі спеціалізованих лікарень в амбулаторні заклади загального профілю створює передумови для всебічної, безперервної та пацієнт-орієнтованої допомоги, збільшуючи переваги такого переміщення. Особливо це стосується випадків, коли послуги надаються на базі мережі невеликих пунктів, розташованих у безпосередній близькості від населення, наприклад, у сільській місцевості.

Сучасна модель ПМД

Узагальнення світового досвіду реформування ПМД дозволяє виявити загальні тенденції розробки сучасної моделі ПМД, які відображають зміни практично всіх основних компонентів ПМД у прагненні до надання найбільш якісної та водночас економічно ефективної допомоги населенню у збереженні й відновленні здоров'я.

ВООЗ визначає 4 основні напрями розвитку первинної допомоги²⁴:

1. Сприяння досягненню рівності, солідарності та соціальної справедливості щодо здоров'я населення за рахунок забезпечення універсального доступу та соціального захисту здоров'я.
2. Забезпечення людино-орієнтованого підходу, що враховує потреби та очікування людей, з метою підвищення результативності та ефективності медичних послуг для населення.
3. Підвищення рівня здоров'я громад шляхом інтеграції ПМД і заходів громадського здоров'я.
4. Зміна принципів управління закладами ПМД шляхом відмови від командно-адміністративних методів управління та впровадження гармонізованого, репрезентативного, соціально інтегрованого, заснованого на переговорах методу управління.

Тому головним завданням надавача ПМД є забезпечення населення комплексними та інтегрованими послугами зі всебічної, безперервної і пацієнт-орієнтованої ПМД, спрямованої на задоволення потреб населення у відновленні та збереженні здоров'я, профілактику розвитку захворювань, зменшення потреби в госпіталізації та покращення якості життя.

24 The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever.

Організація та надання послуг з ПМД спирається на такі **принципи**:

- **безпе́чність** – надання послуг з ПМД у спосіб, що мінімізує ризики завдати шкоду пацієнтові, зокрема ту, якій можна запобігти, а також зменшує можливість медичних помилок;
- **результативність** – досягнення найкращих результатів через надання послуг з ПМД на основі наукових знань та принципів доказової медицини;
- **своєчасність** – зниження затримок у наданні послуг ПМД;
- **економічна ефективність** – надання послуг з ПМД таким чином, щоб максимізувати використання ресурсів та уникнути неефективних витрат;
- **недискримінація** – надання послуг ПМД, якість якої не відрізняється залежно від статі, гендеру, сексуальної орієнтації, раси, кольору шкіри, національності, місця проживання, майнового стану, соціального статусу, стану здоров'я, політичних, релігійних чи інших переконань, за мовними або іншими ознаками;
- **орієнтованість на людину** – надання послуг ПМД у спосіб, що враховує індивідуальні потреби осіб, яким ці послуги надаються.

Найбільш важливі тенденції реформування ПМД наведено в **Таблиці 2.1.1.**

Таблиця 2.1.1. **Світові тенденції в розробці сучасної моделі ПМД**

Аспекти	Традиційна модель ПМД	Сучасна модель ПМД
Основна діяльність	Діагностика і лікування гострих випадків захворювань Епізодична медична допомога	Профілактика, нагляд та підтримка при хронічних захворюваннях Всеохоплююча, безперервна допомога
Контакт	Реактивний (ініційований пацієнтом)	Більше проактивний (ініційований медпрацівником)
Фокус уваги	На хворобі пацієнта	На потребах пацієнта і громади у здоров'ї
Принцип виділення ресурсів на ПМД	Залежно від попиту на певні медичні послуги	Відповідно до потреб громади у здоров'ї («Здоров'я для всіх»)

Закінчення Таблиці 2.1.1

Аспекти	Традиційна модель ПМД	Сучасна модель ПМД
Підхід до надання ПМД	Уніпрофесійний (заснований лише на лікарській допомозі)	Мультипрофесійний (заснований на роботі команди різних фахівців)
Організація	Окремий лікар в амбулаторії	Команда професіоналів з надання ПМД
Стосунки «лікар-пацієнт»	Обмежуються епізодом звернення і часом консультації	Довгострокові особисті стосунки
Стиль консультування	Патерналістський, центрований на лікарі	Партнерський, центрований на пацієнті, інформована згода
Прийняття клінічних рішень	Клінічна «свобода» лікаря	Дотримання стандартів і протоколів Доказова медицина
Мета ведення медичної документації	Паперові нотатки для лікарів про надану медичну допомогу	Електронні бази даних щодо здоров'я пацієнтів з можливістю їх агрегації відносно цілої громади для роботи різних фахівців
Роль громадян	Пасивні споживачі медичних послуг	Громадяни є партнерами у вирішенні питань, що стосуються їхнього власного здоров'я і здоров'я громади загалом
Відповідальність за здоров'я громади	Покладається на медичний сектор	Застосовується міжсекторальний підхід із активним залученням самої громади.

У розробці сучасної моделі ПМД необхідно враховувати наведені тенденції як адаптацію найкращого світового досвіду до конкретних умов існування національної системи охорони здоров'я.

Особливості розвитку ПМД в сільській місцевості

Організація медичної допомоги в сільській місцевості має кілька особливостей: по-перше, мала кількість прикріпленого населення, яке проживає на значній території і з низькою щільністю, що не дозволяє населенню повною мірою реалізувати своє право вибору медичного закладу і лікаря; по-друге, спосіб життя сільських мешканців: ненормована в часі виробнича зайнятість; відсутність соціальних умов для повноцінного та здорового відпочинку і, як наслідок значна поширеність вживання алкоголю та інших шкідливих звичок, низька санітарна культура, більш часте використання методів самолікування і самопризначення лікарських засобів, ігнорування факторів ризику розвитку хронічних захворювань (наприклад, вживання жирної їжі або наявність зайвої ваги) та більш пізні звернення по медичну допомогу в разі виникнення розладів здоров'я.

Реорганізація системи ПМД в сільській місцевості передбачає насамперед зміну її організаційної структури з закладів від фельдшерсько-акушерських пунктів, сільських дільничних лікарень та лікарських амбулаторій на амбулаторії сімейного лікаря та групові практики. Такі зміни взаємопов'язані не тільки із суто медичними, але й з правовими, економічними та соціальними аспектами функціонування системи ПМД, врахування яких є основою комплексного підходу до реформування мережі сільської ОЗ.

Доступність первинної медичної допомоги

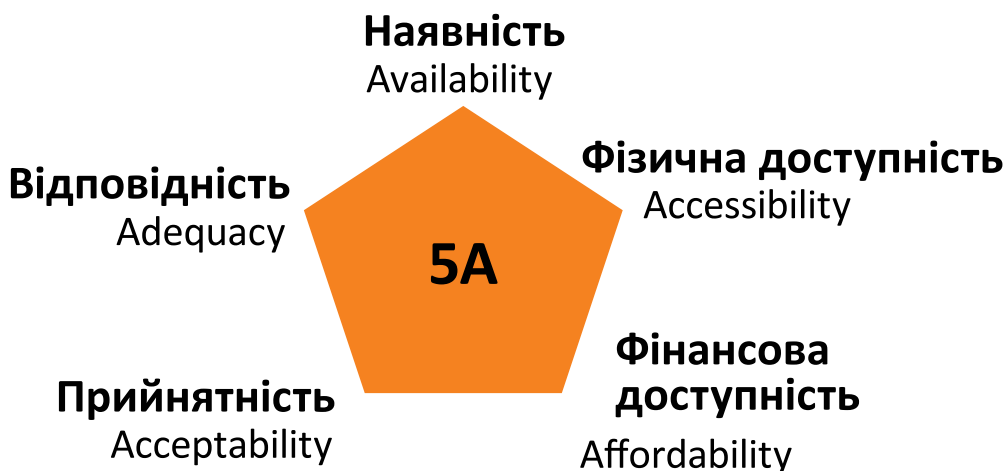
Доступність першого контакту визначається як можливість для пацієнта отримати медичну допомогу протягом часу, адекватного його стану. Саме сімейні лікарі можуть оцінити стан пацієнта і його потреби в медичній допомозі з урахуванням його особистих інтересів.

Доступність ПМД визначається такими параметрами:

- достатня кількість лікарів та медсестер (фельдшерів);
- територіальне розташування закладів ПМД відповідно до щільності проживання населення;
- години роботи закладу ПМД;
- можливості відвідування медперсоналом пацієнтів удома;
- відсутність фінансових бар'єрів для населення при відвідуванні закладів ПМД тощо.

Для комплексної оцінки доступності ПМД можна використати **інструмент 5А** (Рис. 2.1.1) (від англійських слів *availability, accessibility, affordability, adequacy, acceptability*). Оцінка доступності ПМД за всіма наведеними параметрами дозволить спланувати спроможну і дієву мережу надавачів послуг первинної ланки.

Рисунок 2.1.1. 5 параметрів доступності ПМД



Фактична наявність (availability) показує, наскільки система задовольняє потреби людей через забезпечення місцями надання послуг (зкладами, приміщеннями, персоналом) та самими послугами. Це не лише кількість пацієнтів на одного лікаря а й доступність медичного працівника конкретної статі, доступ до аптеки, лабораторних досліджень чи іншого додаткового обстеження тощо.

Фізична доступність (accessibility) відображає зіставлення географічного розташування пацієнтів та місць розташування закладів ПМД. Для оцінки фізичної доступності використовують такі характеристики, як просторова відстань, час проїзду, спосіб транспортування, тип доріг тощо. Фізична доступність стосується здатності людей подолати бар'єри дистанції, щоб скористатися послугами в закладі ПМД (нерухомій точці). Оцінка фізичної доступності в основному складається з трьох компонентів: людей (пацієнтів), місця надання послуг та способу транспортування, щоб пов'язати їх. Фізична доступність залежить від характеристик кожного з цих компонентів, а також від соціально-економічних характеристик людей та просторових вимірів.

Фінансова доступність (affordability) характеризує рівень витрат пацієнтів при отриманні ПМД. Це не лише прямі витрати (плата лікареві або неофіційні платежі), але й непрямі витрати (наприклад, вартість ліків або проїзду до амбулаторії). Якщо пацієнт знає, що призначене лікарем лікування потребуватиме придбання ліків в аптеці а він не має достатніх коштів, то це може призводити до відкладення необхідного візиту до закладу ПМД, отже попри фізичну доступність послуг ПМД, існує фінансовий бар'єр в їх отриманні. Для підвищення фінансової доступності мають значення програми (в т. ч. місцеві) реімбурсації вартості ліків, пільги для певних категорій населення, соціальний транспорт, різні види страхування.

Відповідність (adequacy) характеризує те, яким чином організація надання ПМД відповідає потребам людей. Доступність на рівні практики визначається насамперед годинами її роботи, зручністю запису на прийом, управлінням чергами, тривалістю часу перед призначенням консультації лікаря та часом очікування перед кабінетом лікаря. Наприклад, якщо години роботи закладу ПМД (прийому лікаря) та години роботи прикріплених до нього людей не збігаються, то це є додатковим бар'єром для отримання ПМД. Відповідність послуг потребам передбачає також організацію домашніх візитів та телефонних консультацій. Сучасні системи комунікацій між медперсоналом і пацієнтами, які включають мобільний зв'язок, електронну пошту, месенджери в смартфонах, дозволяють значно підвищити відповідність послуг ПМД.

Відповідність можна розглядати як субкомпонент наявності: навіть якщо люди мають достатній фізичний доступ до об'єкта, можуть існувати інші чинники, що створюють перешкоди (наприклад, мовний бар'єр).

Прийнятність (acceptability) стосується соціальних, культурних, релігійних особливостей людей. Такі фактори, як вік, стать, рівень освіти, раса чи етнічність, визначають рівень прийнятності надання послуг у великому діапазоні. Для людей, що сповідують певну релігію, може бути, наприклад, неприйнятним надання медичних послуг лікарем іншої статі, ніж пацієнт. Іншим прикладом може бути неприйнятність повідомлення або обговорення з лікарем ПМД симптомів психічного захворювання чим статевих проблем. Це залежить від особистого сприйняття людей, яке може варіювати в рамках однієї релігії або статі. Під час оцінки цього виміру доступності слід враховувати переконання та очікування різних груп людей, для яких планується мережа ПМД.

Безперервність первинної медичної допомоги

На відміну від інших видів медичної допомоги, взаємодія лікаря і пацієнта в ПМД не обмежується окремим епізодом захворювання. Охоплення ПМД конкретної людини має бути постійним: з моменту її народження (а іноді й раніше – наприклад, у випадку ведення вагітної) і до смерті (а іноді й пізніше – наприклад, до моменту виписки довідки про смерть). Це забезпечує безперервність догляду за пацієнтами впродовж усього їхнього життя.

Для кращого розуміння значення безперервності в ПМД виділяють окремі її аспекти.

Організаційна безперервність забезпечує найбільш ефективно надання допомоги конкретному пацієнтові з урахуванням усіх його наявних проблем зі здоров'ям. Це можливо за умови персонального закріплення пацієнта за конкретним лікарем, який добре знає і пацієнта, і місцеву систему охорони здоров'я (в тому числі кваліфікацію медичних працівників, котрі там працюють). Персональний лікар може забезпечувати доступність медичної допомоги пацієнтові, організовуючи та координуючи діяльність інших служб охорони здоров'я, коли не в змозі надати допомогу особисто.

Інформаційна безперервність забезпечує накопичення інформації про конкретного пацієнта як документованої (амбулаторна карта), так і в пам'яті сімейного лікаря, а також можливість передачі та отримання такої інформації за потреби (наприклад, при направленні пацієнта на стаціонарне лікування, на консультацію до інших фахівців або на проведення лабораторних та діагностичних досліджень).

Безперервність і тривалість стосунків «лікар–пацієнт» в умовах вільного вибору лікаря ЗП-СЛ часто розглядається як важливий терапевтичний чинник, а також свідчить про наявність довіри у взаєминах, що є запорукою успішного лікування. Амбулаторна карта містить об'єктивні дані про проведені консультації, але це тільки частина історії взаємин лікаря і пацієнта. Сімейні лікарі надають допомогу протягом значної частини життя своїх пацієнтів через багато окремих епізодів захворювань.

Координація з іншими ланками системи охорони здоров'я

Координаційна функція ПМД передбачає, що сімейний лікар є для пацієнта координатором і провідником у системі охорони здоров'я. Це пов'язано зі стримуванням надмірних витрат в системах охорони здоров'я, причиною яких є дублювання функцій різними ланками ОЗ, адже саме вільний доступ пацієнтів до спеціалізованої медичної допомоги призводить до такої ситуації. Надмірні витрати стосуються не тільки публічних коштів в ОЗ, але й насамперед витрат самих пацієнтів, які часто є катастрофічними для сімейних бюджетів.

З одного боку, пацієнт не є достатньо компетентним у виборі найбільш адекватної медичної допомоги відповідно до свого стану, а з іншого боку, найбільш вартісна допомога сприймається ним як найбільш бажана. Тому виконання лікарем ПМД функції «воротаря» (gatekeeper) забезпечує вертикальну інтеграцію первинного та інших рівнів медико-санітарної допомоги, сприяючи наданню допомоги на тому рівні і тим фахівцем, які найкращим чином відповідають захворюванню і стану пацієнта. Водночас, щодо інших надавачів соціальної та медичної допомоги сімейний лікар може виконувати функції менеджера, який координує їхню діяльність.

Співробітництво – одна з найважливіших характеристик інтегрованої системи охорони здоров'я. Сімейні лікарі мають бути підготовлені працювати з іншими працівниками лікарень, діагностичних центрів, соціальних служб, делегуючи їм за потреби піклування про своїх пацієнтів з відповідною повагою до компетентності інших дисциплін. Вони можуть зробити важливий внесок – узяти активну участь у міждисциплінарній команді і бути готовими брати на себе керівництво її роботою. В моделі групової роботи можуть бути різні ступені взаємодії медичних працівників: від паралельної діяльності до повністю інтегрованої медичної допомоги. Завдяки такій оптимізації шляхів пацієнтів знижується загальне навантаження на систему ОЗ і більш раціонально використовуються системні ресурси.

2.2. ЗАКОНОДАВЧА БАЗА

Діяльність з надання ПМД регламентується такими законодавчими та нормативними актами:

1. Конституція України²⁵.
2. Господарський кодекс України²⁶.
3. Цивільний кодекс України²⁷.
4. Податковий кодекс України²⁸.
5. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»²⁹.
6. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»³⁰.
7. Закон України «Про ліцензування видів господарської діяльності»³¹.
8. Закон України «Про державну реєстрацію юридичних осіб, фізичних осіб – підприємців та громадських формувань»³².
9. Постанова Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 № 285 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики»³³.
10. Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1101 «Про утворення Національної служби здоров'я України»³⁴.

25 URL: <http://zakon.rada.gov.ua/go/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>.

26 URL: <http://zakon.rada.gov.ua/go/436-15>.

27 URL: <http://zakon.rada.gov.ua/go/435-15>.

28 URL: <http://zakon.rada.gov.ua/go/2755-17>.

29 URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.

30 URL: <http://zakon.rada.gov.ua/go/2168-19>.

31 URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/222-19>.

32 URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/755-15>.

33 URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/285-2016-%D0%BF>.

34 URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF>.

11. Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1094 «Про затвердження Порядку проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров'я»³⁵.
12. Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1077 «Про спостережну раду закладу охорони здоров'я та внесення змін до Типової форми контракту з керівником державного, комунального закладу охорони здоров'я»³⁶.

Окрім того, на час розробки цього Керівництва перебувають на громадському обговоренні для подальшого затвердження такі проекти нормативних актів:

- проект наказу Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України «Про затвердження Порядку формування спроможних мереж надавачів первинної медичної допомоги»;
- проект наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги»;
- проект наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження таблиця матеріально-технічного оснащення місця надання ПМД»;
- проект наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження переліку скринінгових обстежень у межах ПМД»;
- проект постанови Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до Порядку ліцензування діяльності з медичної практики».

35 URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/1094-2017-%D0%BF>.

36 URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1077-2017-%D0%BF>.

2.3. ПЕРЕЛІК ПОСЛУГ ПМД ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ЇХ НАДАННЯ

Перелік послуг ПМД, правила та способи організації їх надання населенню регламентує Порядок надання ПМД (**Додаток 1**).

Порядок визначає поняття надавача ПМД як заклад охорони здоров'я будь-якої організаційно-правової форми, в тому числі, але не виключно, комунальні некомерційні підприємства, або фізичні особи – підприємці, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та забезпечують на її основі медичне обслуговування населення, безпосередньо пов'язане з наданням ПМД.

Основними послугами ПМД є:

1. Динамічне спостереження за станом здоров'я пацієнтів із використанням фізикальних, лабораторних та інструментальних досліджень відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.
2. Проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруень, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів.
3. Динамічне спостереження за пацієнтами з діагностованими хронічними захворюваннями (супровід пацієнтів з хронічними захворюваннями та станами), що включає комплекс діагностичних та лікувальних втручань, які передбачені галузевими стандартами.
4. Надання медичної допомоги в разі гострого розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнтам, які у зв'язку з таким розладом не потребують екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.
5. Направлення відповідно до медичних показань пацієнтів, які не потребують екстреної медичної допомоги, для надання їм вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.
6. Взаємодія з надавачами вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги з метою своєчасного діагностування та забезпечення лікування хвороб, травм, отруень, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів з урахуванням особливостей стану здоров'я пацієнта.
7. Проведення обов'язкових медичних втручань щодо пацієнтів з наявними факторами ризику розвитку окремих захворювань відповідно до цього Порядку.

8. Проведення профілактичних втручань, що включає: вакцинацію відповідно до вимог календаря профілактичних щеплень; підготовку та надсилання до закладів громадського здоров'я екстрених повідомлень про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення; проведення епідеміологічних обстежень поодиноких випадків інфекційних хвороб.
9. Надання консультативної допомоги, спрямованої на усунення або зменшення звичок і поведінки, що становлять ризик для здоров'я (вживання алкоголю, тютюну, інших психоактивних речовин, ризиковані статеві стосунки, нездорове харчування, недостатня фізична активність тощо) та формування навичок здорового способу життя.
10. Динамічне спостереження за неускладненою вагітністю та організація необхідних оглядів акушером-гінекологом.
11. Здійснення медичного спостереження за здоровою дитиною відповідно до вікових особливостей та потреб.
12. Надання окремих послуг паліативної допомоги пацієнтам усіх вікових категорій, що включає: регулярну оцінку стану важкохворого пацієнта та його потреб; оцінку ступеню болю та лікування больового синдрому; призначення наркотичних засобів та психотропних речовин відповідно до законодавства, включаючи оформлення рецептів для лікування больового синдрому; призначення лікування для подолання супутніх симптомів (закрепи, нудота, задуха та ін.); консультування та навчання осіб, які здійснюють догляд за пацієнтом; координацію із забезпечення медичних, соціальних, психологічних та духовних потреб пацієнта.
13. Направлення пацієнтів відповідно до медичних показань для надання їм паліативної допомоги в обсязі, що виходить за межі ПМД.
14. Призначення лікарських засобів та медичних виробів з оформленням відповідних документів згідно з вимогами законодавства для можливості отримання пацієнтами лікарських засобів в аптеках.
15. Ведення первинної облікової документації, оформлення затверджених форм довідок, листків непрацездатності та направлень для проходження медико-соціальної експертизи, а також лікарських свідоцтв про смерть (крім випадків обов'язкового проведення патологоанатомічного розтину відповідно до законодавства).
16. Взаємодія з соціальними службами для пацієнтів, соціальні умови життя яких впливають на здоров'я або здоров'я яких позначається на їхньому соціальному статусі.

17. Взаємодія з суб'єктами системи громадського здоров'я та іншими державними службами, діяльність яких може впливати на стан здоров'я населення.

Крім того, в рамках медичного обслуговування населення надавач ПМД повинен організувати забезпечення пацієнтів лабораторними та інструментальними діагностичними дослідженнями відповідно до переліку в Порядку надання ПМД, а в разі гострого розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, внаслідок якого той потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, якщо такий розлад стався під час прийому пацієнта лікарем з надання ПМД, цей лікар повинен викликати бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги та до її прибуття надати пацієнту відповідну медичну допомогу.

Незалежно від моделі створення та функціонування надавача ПМД, обсяг послуг ПМД та вимоги до їх надання населенню є однаковими.

Послуги ПМД надаються пацієнтам безпосередньо лікарем з надання ПМД відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я. Окремі послуги ПМД можуть надаватися іншими медичними працівниками, що входять до складу команди з надання ПМД, самостійно, спільно або під керівництвом лікаря з надання ПМД відповідно до рівня кваліфікації таких медичних працівників.

Наявність кваліфікованого медичного персоналу є важливою умовою формування суб'єктів надання ПМД та повинна розглядатися одночасно з прийняттям рішення про розбудову мережі ПМД.

Надавачі ПМД можуть утворювати групові практики ПМД для координації надання ПМД, забезпечення безперервності надання ПМД, раціонального та ефективного використання ресурсів на здійснення медичного обслуговування з надання ПМД. Надавач ПМД, незалежно від його організаційно-правової форми (ЗОЗ чи ФОП) має право залучати на підставі трудового або цивільно-правового договору третіх осіб для забезпечення надання ПМД. Кількість третіх осіб, які залучаються, та вимоги до їхньої кваліфікації визначаються самостійно надавачем ПМД. Організаційно-правові форми суб'єктів надання ПМД детально описано в **Розділі 2.5**.

Оптимальний обсяг практики ПМД становить дві тисячі осіб на одного лікаря загальної практики – сімейного лікаря або лікаря-терапевта; одну тисячу осіб на одного лікаря-педіатра. Обсяг практики може відрізнятись від оптимального з урахуванням соціально-демографічних, інфраструктурних та інших особливостей території, в межах якої мешкають особи, що належать до відповідної практики.

Надання ПМД може здійснюватися в окремій будівлі чи у приміщеннях, що

належать надавачу ПМД на праві власності, праві оренди чи на інших підставах, не заборонених законодавством, відповідно до переліку місць провадження господарської діяльності, зазначених в отриманій надавачем ПМД ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики.

Послуги ПМД надаються в години прийому пацієнтів лікарем під час особистого прийому пацієнта за місцем надання ПМД. Лікар також може прийняти рішення про надання окремих послуг ПМД за місцем проживання (перебування) пацієнта або з використанням засобів телекомунікації. В той же час, медичний персонал не повинен відвідувати пацієнтів удома для їхньої зручності. Домашні візити є неефективним використанням часу лікарів, що призводить до збільшення черг у медичних закладах.

З іншого боку, надавач ПМД повинен забезпечити географічну доступність для віддалених територій та населених пунктів, зокрема організувати:

- доїзд населення до сімейного лікаря;
- доїзд лікаря (наприклад, формування мобільної амбулаторії);
- роботу ФАПів/ФП, які є відокремленими структурними підрозділами амбулаторій;
- роботу медичного пункту тимчасового базування.

Години прийому пацієнтів лікарем з надання ПМД визначає надавач ПМД самостійно з урахуванням вимог законодавства. Населення повинно бути поінформоване про режим роботи лікарів загалом, а також щоразу, у випадку зміни графіка роботи або тимчасової заміни лікарів ПМД у зв'язку з відпусткою чи іншими обставинами, що зумовлюють тимчасову неможливість здійснювати прийом пацієнтів лікарем з надання ПМД.

Надавач ПМД може самостійно або спільно з іншим (іншими) надавачами ПМД утворити черговий кабінет ПМД для обслуговування населення поза годинами прийому пацієнтів лікарями (командами) з надання ПМД, а також надання ПМД у вихідні, святкові та неробочі дні. Ця умова є дуже важливою, оскільки вона є обов'язковою для переходу на нову систему фінансування ПМД та укладання договорів з НСЗУ.

Крім того, надавач ПМД повинен забезпечити можливість записатися на прийом до лікаря з надання ПМД особисто, телефоном, електронною поштою або іншими доступними засобами телекомунікації (онлайн-запис через інтернет-сайт надавача ПМД) і наявність переліку обладнання, устаткування та засобів, необхідних для

забезпечення надання ПМД, визначеного відповідним табелем матеріально-технічного оснащення, що також є обов'язковими умовами МОЗ для укладання договорів з НСЗУ.

У разі зміни місця надання ПМД або припинення діяльності надавач ПМД зобов'язаний поінформувати про це як осіб, що входять у практику, так і населення, яке він обслуговує, в терміни та способи, регламентовані проектом Порядку надання ПМД.

2.4. ПРИНЦИПИ ПЛАНУВАННЯ МЕРЕЖІ ПМД

Зараз структура закладів ПМД визначається наказом МОЗ України від 29.07.2016 № 801, яким затверджено:

1. Положення про центр ПМД.
2. Положення про амбулаторію.
3. Положення про фельдшерсько-акушерський/фельдшерський пункт.
4. Положення про медичний пункт тимчасового базування.

Центр ПМСД має у своєму складі:

- 1) адміністративну частину/управління;
- 2) господарську частину;
- 3) лікувально-профілактичну службу, що складається з амбулаторій, які є структурними або відокремленими структурними підрозділами ЦПМД;
- 4) у сільській місцевості та в окремих випадках у містах долікарську медичну допомогу можуть надавати ФАП/ФП, які є відокремленими структурними підрозділами амбулаторій.

Порядком формування спроможних мереж ПМД (**Додаток 3**) впроваджуються нові підходи до формування спроможних мереж ПМД, зміни до назв та переліку можливих структурних підрозділів мережі ПМД (місць надання ПМД). Зокрема, пропонується встановити такі типи місць надання ПМД:

1. Центр ПМД.
2. Амбулаторія групової практики.
3. Амбулаторія монопрактики.
4. Пункт здоров'я.

Перші три типи належать до **регулярних місць надання ПМД**, де прийом пацієнтів лікарем ПМД відбувається в робочі дні. Різниця між ними в кількості лікарів, які працюють в амбулаторіях, та, відповідно, кількості населення, яке вони обслуговують (**Табл. 2.4.1**).

Таблиця 2.4.1. Порівняння типів амбулаторій ПМД

Тип амбулаторії	Кількість населення, що обслуговується ³⁷	Кількість лікарів ПМД	Територія доступності
Центр ПМД	15 000 і більше	7 і більше	Центральна
Амбулаторія групової практики	3 000 і більше	2 і більше	Центральна, периферійна першого порядку
Амбулаторія монопрактики	2 000	1	Периферійна другого порядку

Пункт здоров'я (зараз ФАП, ФП) – нерегулярне місце надання ПМД, у якому прийом пацієнтів лікарем ПМД відбувається менше ніж п'ять робочих днів, але не менше двох повних робочих змін лікаря на тиждень. Пункт здоров'я може розташовуватись у населеному пункті з чисельністю наявного населення не менше 750 осіб.

Відповідно до Порядку формування мережі ПМД, **спроможна мережа надання ПМД** – це сукупність закладів охорони здоров'я всіх форм власності та фізичних осіб – підприємців, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, що на певний момент часу перебуває в динамічному стані спроможності, забезпечуючи надання всебічної, комплексної, безперервної та орієнтованої на пацієнта ПМД відповідно до потреб населення, зумовлених його епідеміологічними і соціально-демографічними характеристиками та особливостями його розселення на відповідній території планування.

Головна мета, якою повинні керуватись власники закладів ПМД при плануванні спроможної мережі ПМД, є забезпечення пацієнтам максимальної доступності до всебічної, комплексної, безперервної та орієнтованої на пацієнта кваліфікованої ПМД в умовах ефективного використання ресурсів. Саме ці фактори повинні братися до уваги для визначення місць надання ПМД і забезпечення формування спроможної мережі ПМД.

Формування спроможних мереж надання ПМД здійснюється, з **урахуванням наявних мереж надання ПМД** та визначення територій доступності ПМД (ТД) – сукупності територій населених пунктів у межах однієї території планування,

³⁷ Орієнтовні нормативи.

відстань та шляхи сполучення між якими дозволяють забезпечити доступність ПМД найменшою можливою кількістю місць надання ПМД з урахуванням граничної потужності спроможної мережі надання ПМД та загальної кількості мешканців цих населених пунктів, відповідно до якої розрізняють центральну ТД і периферійні ТД першого та другого порядків (див. **Додаток 3**).

При визначенні територіального розташування місць надання ПМД насамперед визначають територіальне розташування **регулярних місць надання ПМД**, а після цього – нерегулярних місць надання ПМД як додаткової інфраструктури, що дозволяє забезпечити доступність ПМД для населення відповідної ТД.

Регулярні місця надання ПМД визначаються в межах визначеної ТД ПМД, де амбулаторії відповідного типу (див. **Табл. 2.4.1**) розміщуються в найбільшому населеному пункті певної ТД та обслуговують населення цього населеного пункту і населення в радіусі 7 км.

При визначенні територіального розташування регулярних місць надання ПМД додатково враховуються такі параметри:

- перспектива наявності кваліфікованого персоналу ПМД (лікаря ПМД);
- необхідність оптимізації сукупних витрат на транспортування пацієнтів до місць надання ПМД у межах ТД;
- наявність усталених маршрутів громадського транспорту;
- історична традиційність територіального розташування місця надання ПМД.

При прийнятті рішення про утворення **нерегулярних місць надання ПМД** треба враховувати економічну доцільність їх утримання, зокрема порівняти вартість утримання конкретного нерегулярного місця надання ПМД у відповідному населеному пункті з вартістю транспортування пацієнтів з цього населеного пункту до найближчих регулярних місць надання ПМД в інших населених пунктах за методикою, яку наведено в Порядку формування мережі ПМД.

При прийнятті рішень про створення мережі закладів ПМД важливо пропонувати і розглядати **альтернативні варіанти**.

Наприклад, при вирішенні питання розміщення двох амбулаторій (на одного лікаря кожна) слід розглядати альтернативний варіант: створення однієї амбулаторії на двох лікарів у більшому (з кращою інфраструктурою) селі і запуск соціального транспорту з іншого села. Необхідно враховувати не тільки поточну ситуацію, але й динаміку розвитку населених пунктів, зміни в чисельності населення, зміни

умов проживання для медичного персоналу та ін. Такі альтернативні варіанти дозволять обрати найкращий з них з урахуванням як соціальних, так і економічних перспектив.

Інвестиції в соціальну інфраструктуру повинні виходити із забезпечення **максимальної ефективності** таких вкладень.

Тому, наприклад, недоцільно вкладати кошти в будівлю амбулаторії, яка не укомплектована медичним персоналом або не має прогнозу своєї роботи на найближчі роки. Якщо протягом останніх 10 років у населеному пункті не було лікаря, марно сподіватися, що він з'явиться лише завдяки ремонту амбулаторії. Отже, укомплектованість амбулаторії і бачення керівництвом її перспектив мають бути важливими критеріями вибору місця її розташування.

Зовнішня **експертна оцінка** планування мережі закладів ПМД є суттєвим чинником зменшення ризиків та помилок.

Прийняття рішень на основі наведених принципів потребує максимального залучення місцевих лідерів суспільної думки, постійного обговорення планів реорганізації з місцевими громадами та внесення коректив з метою **знаходження балансу** між інтересами всіх сторін.

Проведення таких консультацій потребує наявності у місцевих керівників знань щодо організації надання ПМД населенню і навичок прийняття рішень з використанням громадських консультацій. Відсутність таких знань і навичок може вказувати на недостатню компетентність керівників і є ризиком розвитку ПМД неналежної якості. Усвідомлення місцевими керівниками цих ризиків наснажить їх до залучення зовнішньої експертної оцінки та вивчення досвіду. Іншою перевагою зовнішньої експертизи є отримання місцевими керівниками різних альтернативних варіантів, які може надати «погляд збоку».

Карта мережі: принципи, приклади

Для того щоб правильно спланувати спроможну мережу ПМД, необхідно використовувати картування наявної мережі. Це унаочнює наявну мережу, прогалини в покритті послугами ПМД певного населеного пункту чи території та спрощує процес побудови проекту спроможної мережі.

Є багато програмних продуктів, за допомогою яких можна виконати картування. Це можна також зробити у безкоштовних та доступних всім програмах, таких як Google Maps (maps.google.com).

Що для цього необхідно?

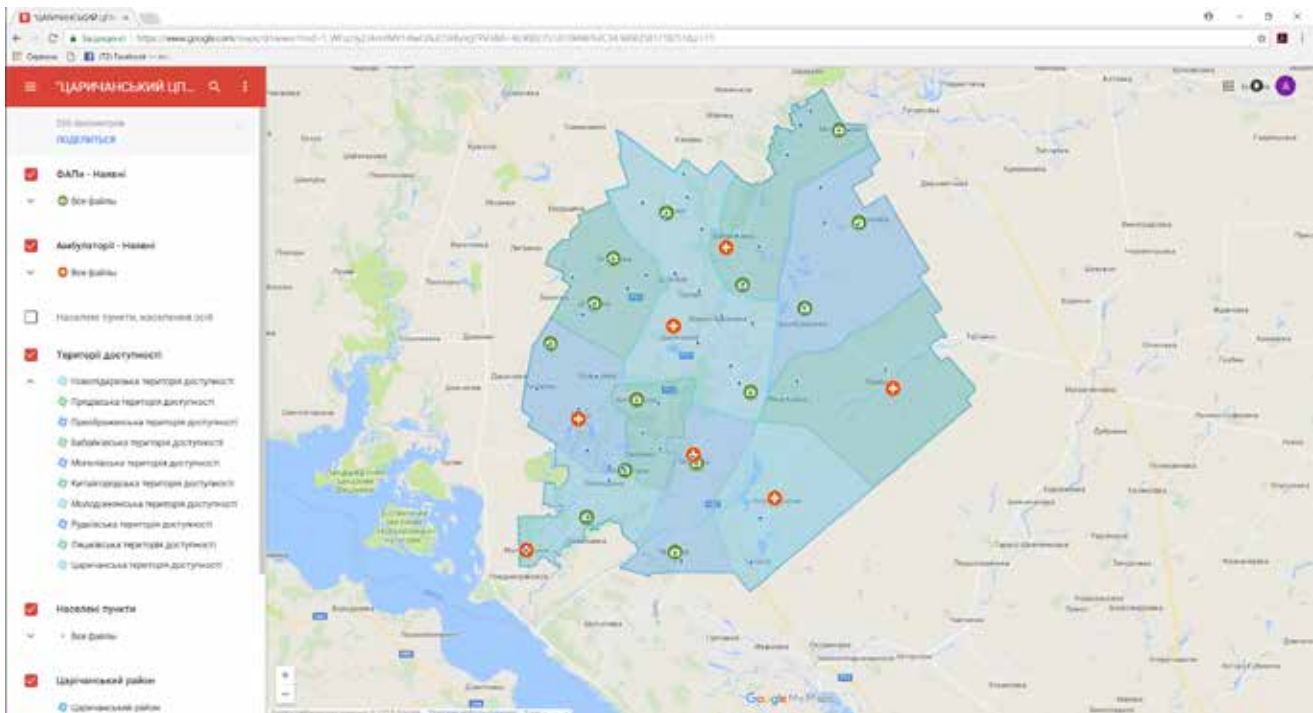
- 1) Контур визначеного населеного пункту чи території (шар даних).
- 2) Населені пункти з кількістю населення (шар даних).
- 3) Сформувати таблицю Excel з переліком усіх структурних підрозділів мережі ПМД з їхніми точними адресами та координатами (широта і довгота), а також з переліком населених пунктів та кількістю населення, що обслуговує кожний структурний підрозділ (див. **Табл. 2.4.1**).
- 4) Завантажити цю таблицю у програму в Google Maps, після чого структурні підрозділи зі всіма даними буде відображено на карті.

Таблиця 2.4.1. **Орієнтовний формат даних про мережу ПМД для нанесення на карту**

№	Назва території доступності (ТД)	Повна назва структурного підрозділу	Тип (ЦПМД, АМ, АГ, ПЗ)	Адреса	Довгота	Широта	Обслуговує к-сть населення	Обслуговує населені пункти	Кількість лікарів	Кількість середнього та молодшого медичного персоналу

На **Рис. 2.4.1** наведено приклад картування мережі ПМД Царичанського району Дніпропетровської області (наявна мережа). **Рис. 2.4.2** відображає проект спроможної мережі ПМД цього самого району, сформованої згідно з Порядком формування спроможних мереж ПМД (**Додаток 3**).

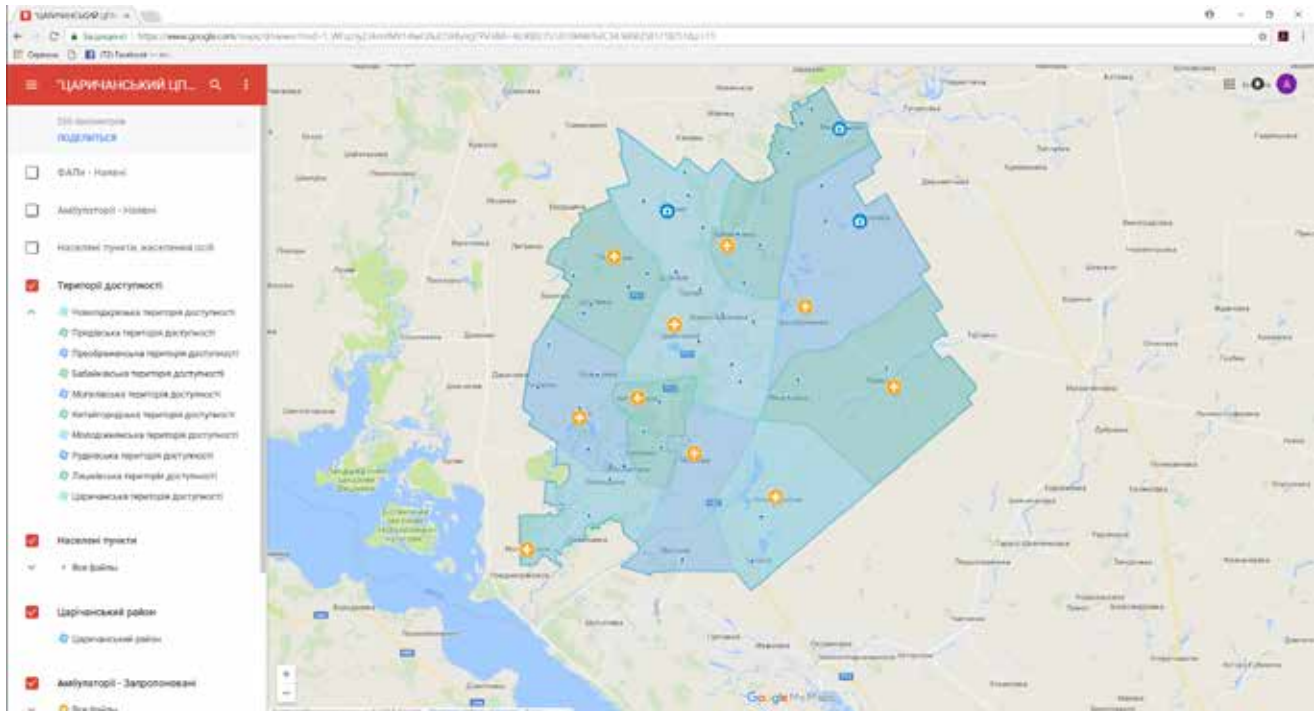
Рисунок 2.4.1. Карта наявної мережі КНП «Царичанський ЦПМСД» Царичанської селищної ради Дніпропетровської області



⊕ Амбулаторія

⊕ ФАП

Рисунок 2.4.2. Карта проекту спроможної мережі КНП «Царичанський ЦПМСД» Царичанської селищної ради Дніпропетровської області



⊕ Амбулаторія

⊕ Пункт здоров'я

У **Додатку 11** подано приклад аналізу наявної мережі КНП «Царичанський ЦПМСД» Царичанської селищної ради та рекомендації щодо формування спроможної мережі. У **Додатку 12** міститься інструкція про те, як працювати з інтерактивною картою мережі КНП «Царичанський ЦПМСД» Царичанської селищної ради.

2.5. ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ МОДЕЛІ НАДАННЯ ПМД

Порядок надання ПМД (**Додаток 1**), що передбачає викладення наказу МОЗ України № 801 «Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи»³⁸ у новій редакції, визначає, що суб'єктом надання ПМД є заклад охорони здоров'я або фізична особа – підприємець, яка одержала відповідну ліцензію в установленому законом порядку.

Статтю 16 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» встановлено, що залежно від форми власності, заклади охорони здоров'я утворюються та функціонують як державні, комунальні, приватні чи засновані на змішаній формі власності.

За організаційно-правовою формою заклади охорони здоров'я державної власності можуть утворюватися та функціонувати як казенні підприємства або державні установи; заклади охорони здоров'я комунальної власності – як комунальні некомерційні підприємства або комунальні установи.

Заклади охорони здоров'я приватної власності не обмежені у виборі організаційно-правової форми. Також медична практика може здійснюватися фізичною особою – підприємцем за умови отримання відповідної ліцензії. Така особа не має статусу закладу охорони здоров'я.

Сьогодні більшість закладів охорони здоров'я, які існують у формі бюджетних установ, не мають достатнього рівня самостійності при прийнятті рішень з питань поточного управління та діяльності закладу. Вони обмежені в можливості самостійного визначення цілей та пріоритетів для використання бюджетних ресурсів. Напрями використання бюджетних коштів жорстко регламентовано кошторисом. Навіть у разі екстреної необхідності заклади охорони здоров'я не можуть перерозподіляти кошти з однієї статті бюджету на іншу (наприклад, придбати додаткові ліки за рахунок економії на комунальних послугах). Це не стимулює керівників закладів охорони здоров'я до економії та оптимізації процесу надання медичної допомоги населенню.

При побудові мережі комунальних суб'єктів надання ПМД за організаційно-правовою формою доцільно створювати **комунальні некомерційні підприємства**. Це дозволить їм самостійно вирішувати всі питання організації власної діяльності, починаючи від визначення організаційної структури, штатів, потужності ліжкового фонду тощо.

38 URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1167-16>.

Існують три основні моделі організації ПМД, які може використовувати місцеве самоврядування. Крім того, можливі варіанти поєднання цих моделей.

Модель № 1. Комунальне некомерційне підприємство

(Рис. 2.5.1)

Опис моделі

Територіальна громада може створити власний заклад охорони здоров'я у формі комунального некомерційного підприємства (КНП). Наявні центри первинної медико-санітарної допомоги або амбулаторії загальної практики – сімейної медицини, які існують у формі комунальних установ, доцільно перетворити на комунальні некомерційні підприємства (інформацію про порядок перетворення наведено в **Розділі 3.2** цього Керівництва та Методичних рекомендаціях з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ на комунальні некомерційні підприємства, що були схвалені робочою групою з питань реформи фінансування МОЗ 14.04.2017).

У наведеній моделі КНП виступає надавачем ПМД на підставі укладеного з НСЗУ договору про медичне обслуговування населення. КНП може надавати ПМД будь-якій особі, а не лише мешканцям своєї територіальної громади. Тому в розділі «Предмет діяльності КНП», що зазначається в його статуті, рекомендовано не встановлювати обмежень щодо надання ПМД тільки жителям своєї територіальної громади. Це дозволить збільшити обсяг фінансування цього КНП, не втративши при цьому статусу неприбутковості.

Територіальна громада, яка не має наміру створювати власне КНП, може домовитися з КНП сусідньої громади про надання первинної медичної допомоги мешканцям своєї громади (за потреби КНП може відкрити структурний підрозділ або амбулаторію на її території).

Джерела фінансування

КНП отримуватиме кошти від НСЗУ на підставі укладеного договору про медичне обслуговування населення.

Обсяг фінансування залежатиме від кількості пацієнтів, які виберуть лікарів цього закладу шляхом подання декларації. Тобто плата за медичні послуги, надані лікарями КНП пацієнтам, які їх обрали, буде основним джерелом фінансування КНП.

Додатковими джерелами фінансування КНП можуть бути:

- кошти цільової програми органу місцевого самоврядування щодо підтримки надання медичної допомоги в частині профілактики або лікування окремих захворювань, властивих населенню цієї територіальної громади;
- кошти місцевої програми громадського здоров'я, за якою КНП призначають отримувачем коштів;
- кошти за договором про медичне обслуговування населення, який територіальна громада може укласти з КНП. За цим договором територіальна громада закупить у КНП надання додаткових медичних послуг, які не включено до програми медичних гарантій³⁹;
- кошти за цільовими програмами інших територіальних громад;
- кошти за договором про медичне обслуговування населення між КНП та іншою територіальною громадою (додаткові медичні послуги поза межами програми медичних гарантій);
- дотації з місцевого бюджету;
- оплата надання медичних послуг на підставі укладених договорів з юридичними особами, страховими компаніями (в межах виду допомоги, на яку отримано ліцензію);
- надання фізичним особам тих платних медичних послуг, які не увійшли до програми медичних гарантій (в межах ліцензії). Слід пам'ятати, що до 2024 року обсяг платних медичних послуг КНП не може бути більше 20% послуг, наданих у рамках програми державних медичних гарантій (ч. 10 ст. 10 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»).

Чинне законодавство дозволяє КНП отримувати благодійні внески та кошти від благодійних організацій.

Окремим джерелом фінансових надходжень КНП можуть бути кошти від надання послуг іншим закладам охорони здоров'я або фізичним особам – підприємцям (ФОП), які надають первинну або іншу медичну допомогу. Наприклад, КНП може вести бухгалтерський облік діяльності ФОП, продавати лікарям-ФОП лабораторні та діагностичні послуги.

³⁹ Така можливість буде реалізована після прийняття відповідної постанови Кабінету Міністрів України, що регламентує порядок укладання і типову форму договору про медичне обслуговування населення між головними розпорядниками бюджетних коштів та надавачами послуг ПМД.

Також джерелом фінансування КНП можуть бути кошти від передачі нерухомого або рухомого майна⁴⁰ в оренду або від надання послуг з тимчасового користування рухомим та нерухомим майном⁴¹. Можливість надання КНП зазначених послуг має бути передбачена в статуті (в розділі «Мета і предмет діяльності»), інакше існує ризик втрати КНП статусу неприбутковості.

Персонал

У цій моделі працівники перебувають у трудових відносинах з КНП. Керівник КНП повинен самостійно визначати структуру і штат закладу, виходячи з потреб господарської діяльності підприємства та з урахуванням вимог, які можуть бути викладені власником у статуті КНП.

Зауважимо, що у питаннях організації оплати праці КНП має право не дотримуватися вимог, передбачених чинним законодавством для бюджетних закладів охорони здоров'я. Тому на КНП не поширюється вимога статті 98 Кодексу законів України про працю (КЗпП) і статей 8, 13 Закону України «Про оплату праці». Відповідно, воно може не використовувати під час організації оплати праці постанову Кабінету Міністрів України від 30.08.2002 № 1298 «Про оплату праці працівників на основі Єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери» та наказу Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства охорони здоров'я України від 05.10.2005 № 308/519 «Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення». Підприємство розробляє власну систему оплати праці, спираючись на вимоги ст. 96, 97 КЗпП, ст. 15, 16 Закону України «Про оплату праці». Вона фіксується в укладеному колективному договорі, а якщо він не приймається, то слід розробити положення про оплату праці, узгодивши його з уповноваженими представниками трудового колективу, у т. ч. виборним органом первинної профспілкової організації, що представляє більшість найманих працівників.

У колективному договорі можливо встановити залежність конкретних розмірів заробітної плати лікарів, іншого медичного персоналу від кількості пацієнтів, які їх обрали, визначити формулу розрахунку заробітної плати, систему доплат, надбавок, премій тощо. Також у колективному договорі закріплюються інші питання організації використання найманої праці, визначені ст. 13 КЗпП, ст. 7 Закону України «Про колективні договори і угоди».

40 Відповідно до статті 287 Господарського кодексу України, керівник КНП може самостійно передавати в оренду до 200 кв. м нерухомого майна.

41 Детальну інформацію наведено в розділі «Можливі варіанти поєднання моделей з метою стимулювання розвитку ПМД в територіальній громаді та оптимізації витрат на її надання».

У разі необхідності КНП може співпрацювати з лікарем – фізичною особою – підприємцем, який має необхідну спеціалізацію та ліцензію, уклавши про це цивільно-правовий договір (підряду або про надання послуг). Укладаючи цивільно-правовий договір, КНП має враховувати, що на ФОП не поширюються правила трудового розпорядку і гарантії щодо надання оплачуваних відпусток, інакше такі відносини можуть визнаватися трудовими і на КНП може бути накладено штраф за неоформленого працівника.

Місце надання ПМД

Відповідно до проекту Порядку надання первинної медичної допомоги, що на момент розробки цього Керівництва перебуває на громадському обговоренні, ПМД надається під час особистого прийому за місцем провадження господарської діяльності надавача ПМД.

У момент утворення КНП або внаслідок перетворення комунального закладу на комунальне підприємство КНП за рішенням органу місцевого самоврядування отримує нерухоме майно на праві оперативного управління, яке може використовуватись для господарської діяльності з надання ПМД.

КНП також може отримати право користування нерухомістю, що перебуває у власності територіальної громади, шляхом укладення договору оренди. Відповідно до статті 19 Закону України «Про оренду державного та комунального майна», органи місцевого самоврядування (громади) самостійно встановлюють і затверджують методику розрахунку орендної плати за комунальне майно. В цій методиці може встановлюватися пільгова орендна ставка для закладу охорони здоров'я комунальної форми власності, що здійснює медичне обслуговування населення за договором з НСЗУ, наприклад, на рівні 0,1%, або за рішенням органу місцевого самоврядування може бути встановлено розмір орендної ставки 1 грн. Укладення договорів оренди такого майна відбуватиметься на конкурсній основі в порядку, передбаченому органом місцевого самоврядування.

Крім того, орган місцевого самоврядування не обмежений у своєму праві приймати цільові програми щодо капітального ремонту та реконструкції приміщень, переданих КНП в користування.

Обладнання

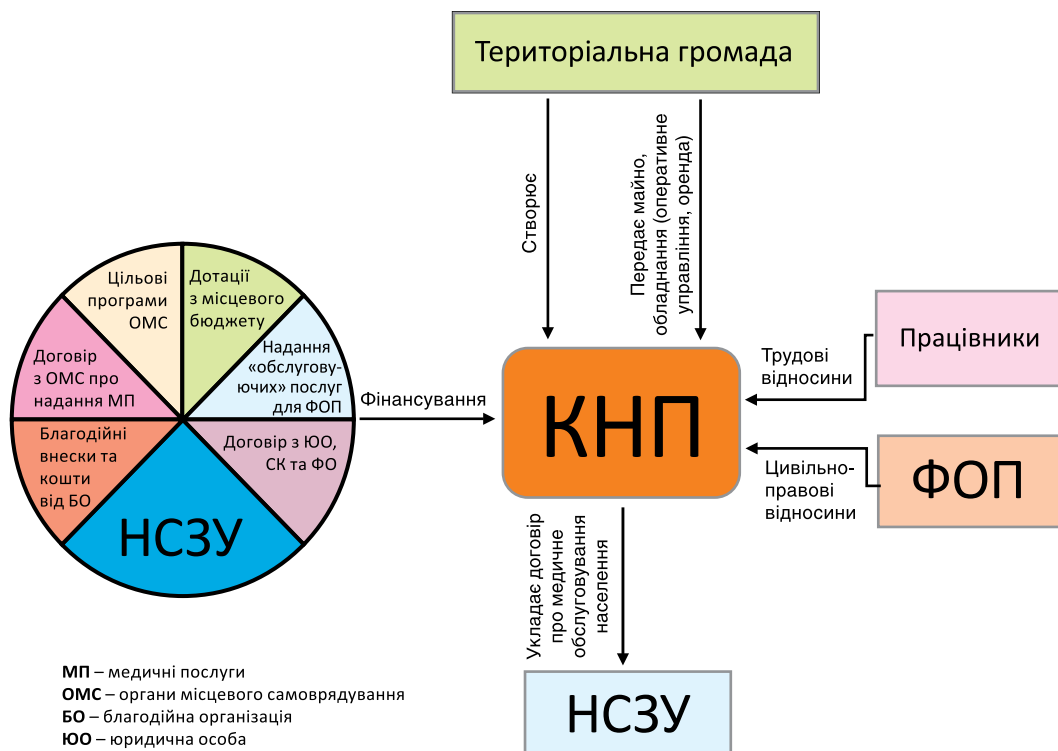
КНП може отримати інвентар, обладнання та інше рухоме майно на праві оперативного управління. З метою оновлення матеріально-технічної бази КНП громада може придбати обладнання та автотранспорт, необхідні для надання ПМД, та передати їх КНП на праві оперативного управління або за договором оренди.

Цивільна відповідальність

Відповідно до статті 1172 Цивільного кодексу України, юридична особа відшкодовує шкоду, завдану працівником під час виконання своїх трудових обов'язків. Тому в цій моделі відповідальність за матеріальну та моральну шкоду, спричинену лікарем пацієнтові, несе КНП. КНП має право зворотної вимоги (регресу) до працівника, з вини якого було завдано шкоду⁴². Але розмір відповідальності працівника перед КНП обмежується його середньомісячною заробітною платою, крім випадків, передбачених статтею 134 КЗпП (наприклад, якщо під час нанесення шкоди працівник перебував у нетверезому стані).

Якщо ж цивільна відповідальність КНП виникла на підставі неправомірних дій лікаря-ФОП, з яким КНП уклало цивільний договір, відповідальність перед особою, якій було завдано шкоду, також може нести КНП. Наприклад, КНП для надання ПМД уклало договір з лікарем-акушером-ФОП. Цей лікар надавав консультації щодо ведення неускладненої вагітності. Внаслідок таких консультацій вагітній було завдано шкоду. Оскільки вагітна отримувала допомогу в рамках договору, укладеного між КНП та НСЗУ, то нести відповідальність за завдану шкоду буде КНП. КНП має право регресу до ФОП щодо стягнення завданої шкоди в обсязі, передбаченому договором між ФОП та КНП.

Рисунок 2.5.1. Схематичне зображення Моделі № 1



42 Див. статтю 1191 Цивільного кодексу України.

Модель № 2. Фізична особа – підприємець (ФОП)

(Рис. 2.5.2)

Опис моделі

За цією моделлю надавачем ПМД є фізична особа – підприємець, яка має відповідну ліцензію (далі – ФОП). Використання цієї моделі дозволяє оптимізувати податкове навантаження на лікаря, його витрати на утримання адміністративно-господарського персоналу та інше. Робота в якості ФОП також дає можливість підвищити його дохід.

За цією моделлю ФОП самостійно укладає договір про медичне обслуговування населення з НСЗУ.

ФОП надає ПМД населенню територіальної громади та будь-яким іншим особам, які виберуть його лікарем, що надає ПМД.

У **розділах 3.1.1, 3.1.3** цього Керівництва описано процедуру оформлення ФОП та отримання відповідної ліцензії, а також наведено інформацію про порядок звітування.

Джерела фінансування

Джерелом фінансування ФОП будуть кошти, отримані від НСЗУ в рамках договору про медичне обслуговування. Обсяг цих коштів залежатиме від кількості пацієнтів, які обрали ФОП або його працівників як лікаря.

Усі витрати, пов'язані з господарською діяльністю, ФОП несе самостійно.

Як і в Моделі № 1, ФОП може бути отримувачем коштів за цільовими програмами фінансування медичної допомоги, громадського здоров'я та інших програм, які приймає орган місцевого самоврядування, а також може отримувати кошти за договором про надання медичних послуг юридичним особам і страховим компаніям.

ФОП також може отримувати оплату від фізичних осіб за надані медичні послуги, що не передбачені державною програмою медичних гарантій.

Чинне законодавство дозволяє ФОП отримувати кошти від благодійних організацій.

Персонал

Надання первинної медичної допомоги, відповідно до проекту Порядку надання ПМД, має забезпечувати команда, яка складається з лікаря та мінімум одного фахівця (сестри медичної, акушерки, фельдшера) і за потреби – інших медичних працівників. ФОП, який обрав третю групу платників податку або є платником податку на загальних підставах, може найняти необмежену кількість працівників за трудовим договором.

Такий трудовий договір відповідно до ст. 24 КЗпП повинен укладатися у письмовій формі. Під час його укладення слід використовувати Форму трудового договору між працівником і фізичною особою, яка використовує найману працю, затверджену наказом Міністерства праці та соціальної політики України від 08.06.2001 № 260. У трудовому договорі ФОП за домовленістю з працівником визначає розмір оплати праці з дотриманням мінімальних гарантій оплати праці, встановлених законом. ФОП, який використовує працю найманих працівників, забезпечує сплату податків та зборів, обов'язкових відрахувань з виплаченої (нарахованої) заробітної плати працівників. Детальну інформацію щодо звітності та системи оподаткування, яку може використовувати ФОП, наведено в **Розділі 3.3.2.**

Окрім середнього медичного персоналу, ФОП може найняти лікаря для надання ПМД. Цей лікар також зможе отримувати декларації пацієнтів та заміщувати ФОП на період його відпустки або хвороби.

Якщо ФОП недоцільно створювати постійне місце роботи для лікаря, для вирішення питання надання ПМД на період його відсутності ФОП може: 1) укласти строковий трудовий договір з лікарем або 2) укласти цивільний договір з іншим лікарем-ФОП, який має відповідну ліцензію (договір підряду чи договір з надання медичних послуг).

ФОП, який сплачує єдиний соціальний внесок, не втрачає статусу застрахованої особи за Законом України «Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування», йому продовжує нараховуватися страховий стаж. Тому при досягненні пенсійного віку ФОП матиме право на отримання пенсії, допомоги по безробіттю, тощо.

Працівники, за яких ФОП сплачує єдиний соціальний внесок, також зберігають статус застрахованої особи, їм продовжує нараховуватися страховий стаж. Відповідно, вони мають усі трудові й соціальні права, закріплені за працівниками закладів охорони здоров'я.

Місце надання ПМД

ФОП самостійно організовує процес надання ПМД відповідно до умов договору з НСЗУ та Порядку надання ПМД.

Орган місцевого самоврядування, передаючи приміщення в оренду на пільгових умовах, може мотивувати лікаря-ФОП обслуговувати мешканців громади. Для цього, як і в моделі № 1, орган місцевого самоврядування може затвердити методику розрахунку орендної плати, в якій встановити ставку оренди для ФОП, що здійснює медичне обслуговування населення за договором з НСЗУ, наприклад, на рівні 0,1% від вартості орендованого майна, або за рішенням органу місцевого самоврядування може бути встановлено розмір орендної ставки 1 грн. Укладення

договорів оренди такого майна буде відбуватися на конкурсній основі в порядку, передбаченому органом місцевого самоврядування.

Альтернативним варіантом, за яким ФОП може отримати право користування нерухомістю, може бути договір про надання права тимчасового користування рухомим та нерухомим майном КНП. Детальну інформацію про цей договір наведено у варіанті № 2 підрозділу «Можливі варіанти поєднання моделей з метою стимулювання розвитку ПМД в громаді та оптимізації витрат на її надання» цього розділу.

Ще один варіант, за яким ФОП може отримати право користування приміщенням, – це укладення договору про управління відповідним майном комунальної власності (ст. 1029–1045 Цивільного кодексу України).

За цим договором управління ФОП бере на себе зобов'язання управляти нерухомим майном комунальної громади в її інтересах. Наприклад, частину майна, що перебуває в його управлінні, він передає в оренду, а на іншій частині майна може організувати місце надання ПМД. За управління таким майном ФОП має отримувати оплату. Договір управління нерухомим майном підлягає нотаріальному посвідченню та державній реєстрації.

Для укладення договору управління майном законом не встановлена обов'язкова конкурсна процедура. Порядок укладення договору управління має регулюватися локальними нормативними актами територіальної громади⁴³.

Обладнання

ФОП також самостійно організовує надання ПМД відповідно до умов договору з НСЗУ та Порядку надання ПМД, у тому числі самостійно вирішує питання щодо приміщення, обладнання, автотранспорту, необхідних для надання ПМД. Додатково територіальна громада може придбати та передати в оренду такому ФОП обладнання, автотранспорт, необхідні для надання ПМД. Ставка орендної плати за договором оренди обладнання такого майна може визначатися на мінімальному рівні згідно з методикою.

Аналогічно до організації місця надання ПМД, ФОП може отримати право тимчасового користування обладнанням на праві договору з КНП (див. підрозділ «Можливі варіанти поєднання моделей з метою стимулювання розвитку ПМД в громаді та оптимізації витрат на її надання»).

43 Для розробки локального порядку передачі майна в управління може використовуватись за аналогією постанова Кабінету Міністрів України від 11.04.2012 № 296 «Про затвердження Порядку укладення державними підприємствами, установами, організаціями, а також господарськими товариствами, у статутному капіталі яких частка держави перевищує 50 відсотків, договорів про спільну діяльність, договорів комісії, доручення та управління майном».

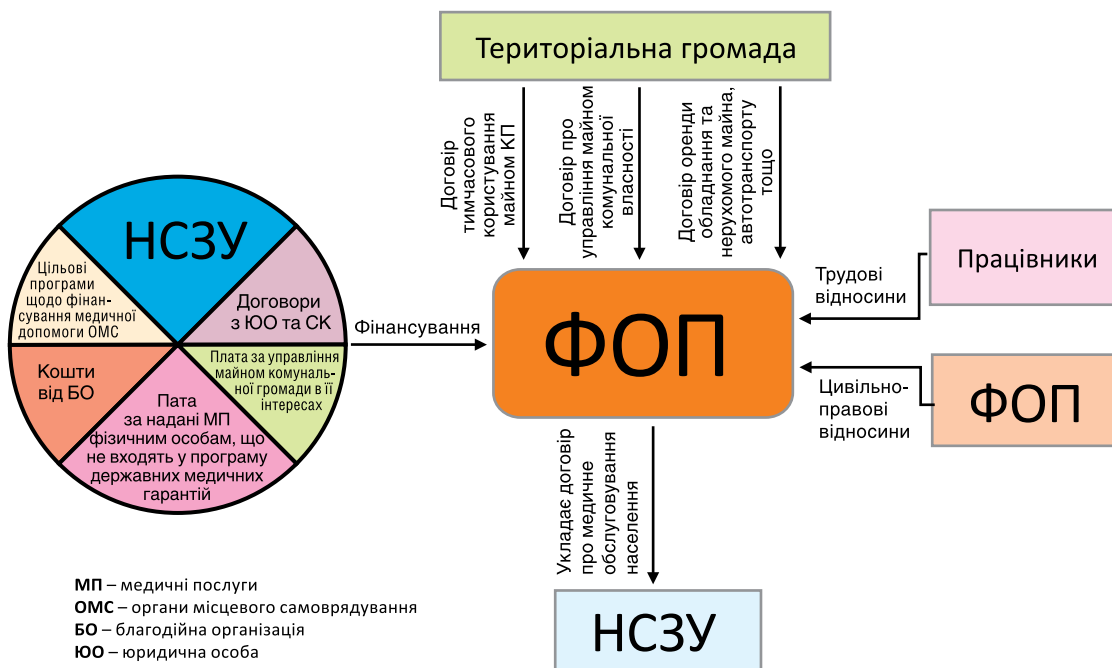
Цивільна відповідальність

ФОП самостійно відповідає за шкоду, яку він або його працівники завдали пацієнтові (ст. 1172 Цивільного кодексу України).

Аналогічно до Моделі № 1, ФОП має право зворотної вимоги (регресу) до працівника, з вини якого було завдано шкоду⁴⁴. Розмір матеріальної відповідальності працівника перед ФОП обмежується його середньомісячною заробітною платою, крім випадків, передбачених статтею 134 КЗпП (наприклад, якщо під час завдання шкоди працівник перебував в нетверезому стані, та інші).

Якщо підставою для притягнення ФОП до цивільної відповідальності є дії іншого лікаря, з яким ФОП уклав цивільний договір, то ФОП може стягнути з лікаря, що завдав шкоду пацієнтові, розмір відшкодованої шкоди пацієнтові в порядку та обсязі, передбачених цим цивільним договором. Наприклад, ФОП для надання ПМД уклав договір з лікарем офтальмологом-ФОП. Цей лікар надавав консультації з перевірки гостроти зору в рамках ПМД. Внаслідок таких консультацій пацієнтові було завдано шкоду. Оскільки пацієнт отримував допомогу за договором між ФОП та НСЗУ, то нести відповідальність за завдану шкоду буде ФОП. Але ФОП має право регресу до лікаря-офтальмолога щодо стягнення завданої шкоди в обсязі, передбаченому договором між цими лікарями-ФОП.

Рисунок 2.5.2. Схематичне зображення Моделі № 2



44 Див. статтю 1191 Цивільного кодексу України.

Модель № 3. Приватний заклад охорони здоров'я (Рис. 2.5.3)

Опис моделі

Обслуговування населення громади за цією моделлю здійснює заклад охорони здоров'я приватної форми власності, який укладе відповідний договір з НСЗУ.

Територіальна громада може не створювати власного комунального підприємства – закладу охорони здоров'я, а домовитися з приватним закладом охорони здоров'я про обслуговування населення громади за договором з НСЗУ.

Аргументами у переговорах з боку територіальної громади можуть бути пільговий режим оренди комунального майна (приміщень та обладнання), додаткове фінансування з місцевого бюджету та інше.

Джерела фінансування

Аналогічно до попередніх моделей, джерелом фінансування приватного закладу охорони здоров'я, що надає ПМД, будуть кошти, отримані в рамках договору з НСЗУ. Також джерелом фінансування можуть бути власні кошти засновників цього приватного закладу.

Чинне законодавство не забороняє приватному закладу охорону здоров'я бути отримувачем коштів за місцевими бюджетними програмами територіальних громад (наприклад, щодо підтримки надання медичної допомоги, громадського здоров'я тощо).

Приватний заклад охорони здоров'я також може отримувати:

- кошти за договором про медичне обслуговування населення, укладеним з будь-якою територіальною громадою;
- кошти за договором про надання медичних послуг юридичним особам та страховим компаніям.

Приватний заклад охорони здоров'я також може отримувати плату від фізичних осіб за надані медичні послуги, що не входять до програми державних медичних гарантій.

Також не забороняється отримання приватним закладом охорони здоров'я коштів від благодійних фондів.

Персонал

Приватний заклад охорони здоров'я вільний у формуванні свого штату і встановлення рівня заробітної плати.

Але для укладення договору з НСЗУ штат приватного закладу охорони здоров'я має відповідати вимогам Порядку надання ПМД. Тобто первинну медичну допомогу має забезпечувати команда, яка складається з лікаря та мінімум однієї медичної сестри, а за потреби – інших медичних працівників.

Також приватний заклад охорони здоров'я повинен забезпечити мінімальні гарантії, встановлені для всіх працівників (немедичних), зокрема щодо оплати праці, робочого часу та часу відпочинку, надання відпусток тощо.

Місце надання ПМД

Для забезпечення надання ПМД приватний заклад охорони здоров'я може придбати, взяти в оренду або управління відповідне приміщення.

Територіальна громада може стимулювати приватний заклад обслуговувати її жителів шляхом надання приміщення в оренду на пільгових умовах. Для цього, як зазначалось у Моделі № 1, орган місцевого самоврядування має затвердити методичку розрахунку орендної плати, в якій встановити ставку оренди для закладу охорони здоров'я будь-якої форми власності, що здійснює медичне обслуговування населення за договором з НСЗУ, наприклад, на рівні 0,1% від вартості орендованого майна, або за рішенням органу місцевого самоврядування може бути встановлено орендну ставку в розмірі 1 грн. Укладення договорів оренди такого майна буде відбуватися на конкурсній основі в порядку, передбаченому органом місцевого самоврядування.

Інший варіант, за яким приватний заклад охорони здоров'я може отримати право користування приміщенням, – це укладення договору про управління відповідним майном комунальної власності. Договір управління нерухомим майном підлягає нотаріальному посвідченню та державній реєстрації.

За цим договором управління приватний заклад охорони здоров'я бере на себе зобов'язання управляти нерухомим майном комунальної громади в її інтересах. За управління приватний заклад охорони здоров'я має отримувати плату, яка може формуватися з доходу від управління майном.

Для укладення договору управління майном відсутня обов'язкова конкурсна процедура. Порядок укладення договору управління має регулюватися локальними нормативними актами територіальної громади⁴⁵.

45 Для розробки локального порядку передання майна в управління може використовуватись за аналогією постанова Кабінету Міністрів України від 11.04.2012 № 296 «Про затвердження Порядку укладення державними підприємствами, установами, організаціями, а також господарськими товариствами, у статутному капіталі яких частка держави перевищує 50 відсотків, договорів про спільну діяльність, договорів комісії, доручення та управління майном».

Обладнання

Аналогічно до місця надання ПМД, приватний заклад охорони здоров'я може придбати за власні кошти, взяти в оренду або управління рухоме майно, необхідне для надання ПМД.

Алгоритм отримання майна в оренду може бути аналогічним до алгоритму, описаного в моделях № 1 і № 2.

Алгоритм отримання рухомого майна в управління аналогічний до алгоритму отримання нерухомого майна в управління.

Цивільна відповідальність

Приватний заклад охорони здоров'я має відшкодувати шкоду, яку його працівники завдали пацієнтові (ст. 1172 Цивільного кодексу України).

Аналогічно до Моделі № 1, розмір матеріальної відповідальності працівника перед приватним закладом охорони здоров'я обмежується його середньомісячною заробітною платою, крім випадків, передбачених статтею 134 КЗпП (наприклад, у разі наявності договору про повну матеріальну відповідальність або якщо під час завдання шкоди працівник перебував у нетверезому стані тощо).

Рисунок 2.5.3. Схематичне зображення Моделі № 3



Можливі варіанти поєднання моделей з метою стимулювання розвитку ПМД в територіальній громаді та оптимізації витрат на її надання

Варіант № 1. Спільна діяльність ФОП (Рис. 2.5.4)

Ця модель передбачає, що ФОП, які уклали договір зНСУ про медичне обслуговування населення і працюють на території однієї територіальної громади, домовляються спільно діяти для ефективного надання ПМД шляхом об'єднання (або без об'єднання) внесків (майна), певних професійних знань, досвіду роботи без створення юридичної особи. Ці домовленості закріплюють у письмовому договорі про спільну діяльність.

Внесками ФОП можуть бути право користування нерухомістю, обладнанням, грошові кошти на щомісячне відшкодування експлуатаційних витрат тощо. Право користування майном, яке ФОП отримав в оренду від територіальної громади, може бути передано у спільну діяльність. З метою уникнення конфлікту варто про факт передачі права користування майном у спільну діяльність повідомити власника майна – відповідну територіальну громаду. В будь-якому разі, право користування за договором про спільну діяльність не може бути передано на строк, що перевищує строк дії договору оренди між ФОП та громадою.

Сторони договору самостійно оцінюють внесок кожної сторони у спільну діяльність.

Договір може визначати порядок поділу між ФОП витрат і доходів від спільної діяльності, наприклад, залежно від розміру внеску кожної сторони. Для цього в договорі слід визначити частку кожного ФОП в отриманні прибутку.

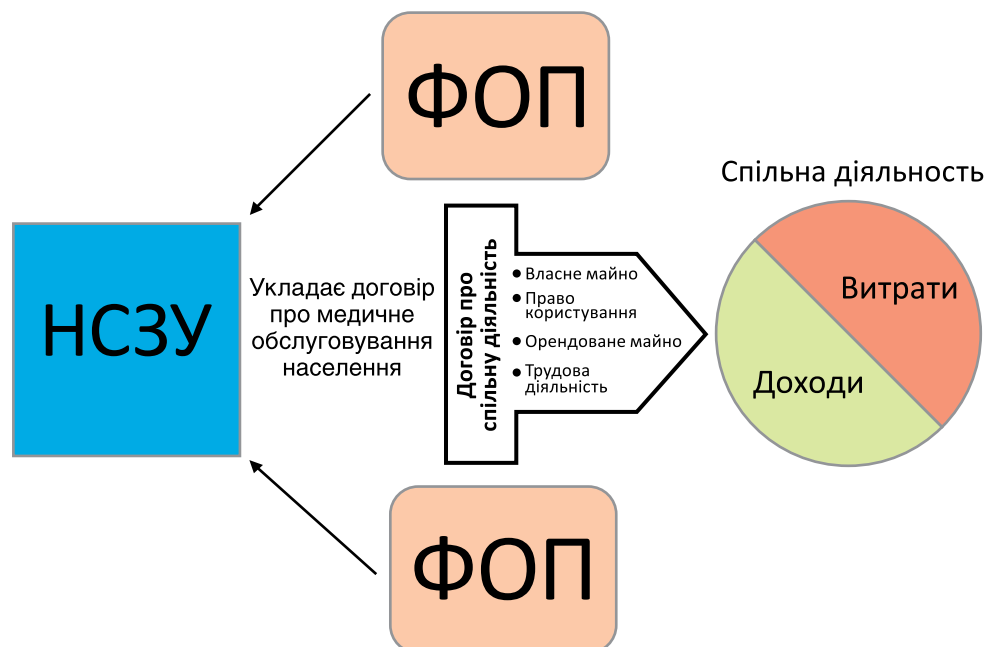
Описана модель дозволяє забезпечити доступність і безперервність ПМД для пацієнтів лікаря-ФОП на час його відпустки, хвороби або відрадження: інший ФОП, з яким він укладе договір про спільну діяльність, надаватиме ПМД його пацієнтам у цей період.

Така модель дозволяє економити на витратах. Наприклад, після укладення договору лікарі-ФОП можуть наймати реєстратора в рамках спільної діяльності та ділити витрати на нього в порядку, передбаченому договором. Витрати на утримання іншого персоналу, який бере участь у спільній діяльності, можуть ділитись між лікарями-ФОП у порядку, визначеному договором про спільну діяльність.

У договорі про спільну діяльність можна не встановлювати управителя спільної діяльності: якщо такий договір не містить інформації про управителя, він не обліковується в контролюючих органах, а кожен учасник такого договору

перебуває на обліку в контролюючих органах і виконує обов'язки платника податків самостійно. У цьому випадку учасник спільної діяльності – ФОП повинен враховувати дохід від провадження такої діяльності у загальному порядку разом з результатами діяльності від провадження власної господарської діяльності, тобто оподатковувати отриманий дохід єдиним податком за відповідною ставкою.

Рисунок 2.5.4. Схематичне зображення Варіанта № 1



Варіант № 2. Комунальне підприємство – ресурсний центр (Рис. 2.5.5)

Крім надання медичних послуг, КНП може надавати лікарям-ФОП, які мають договір з НСЗУ про медичне обслуговування населення, такі послуги:

- 1) бухгалтерські, юридичні, лабораторні та діагностичні послуги;
- 2) оренда нерухомого майна;
- 3) право тимчасового користування нерухомим та рухомим майном;

Надання КНП бухгалтерських, юридичних, лабораторних та діагностичних послуг

Діяльність лікаря-ФОП вимагає ведення бухгалтерського обліку, подання фінансової, податкової та іншої звітності, організації сплати податків, зборів та єдиного соціального внеску.

Крім того, під час діяльності у ФОП можуть виникнути юридичні питання щодо особливостей надання первинної медичної допомоги, укладення договорів, правомірності дій контролюючих органів та інше.

Такі послуги може на платній основі надавати КНП, у штаті якого є юрист та відповідна кількість бухгалтерів з досвідом роботи в цій сфері.

Також ФОП за договором з НСЗУ має забезпечити надання лабораторних та діагностичних послуг. Для надання таких послуг своїм пацієнтам ФОП може укласти відповідний договір з КНП (якщо є база для проведення лабораторних досліджень і надання діагностичних послуг).

Про можливість надання КНП бухгалтерських, юридичних, лабораторних та діагностичних послуг третім особам має бути зазначено в статуті КНП. В іншому випадку існує ризик втрати КНП статусу неприбуткової організації.

Надання КНП в оренду нерухомого майна

КНП може передати в оренду ФОП чи приватному закладу охорони здоров'я частину приміщень, які перебувають у його оперативному управлінні та не використовуються. Рішення про передачу в оренду частин приміщення площею до 200 кв. м приймає керівник КНП, приміщень більшої площі – орган місцевого самоврядування⁴⁶ за конкурсною процедурою. Вартість оренди визначається органом місцевого самоврядування і може встановлюватися на мінімальному рівні (за зразком моделей № 1 і № 2).

Договір оренди на термін три і більше років підлягає нотаріальному посвідченню, а право оренди – державній реєстрації.

Надання права тимчасового користування нерухомим та рухомим майном ФОП

КНП має право передати в тимчасове користування на праві оперативного управління нежитлові приміщення та рухоме майно, які використовує тільки частково. З метою ефективного використання комунального майна окремі кабінети лікаря з наявним обладнанням можуть передаватися (на підставі договору про організацію робочого місця) в тимчасове користування лікарям-ФОП, які уклали договір про медичне обслуговування населення з НСЗУ або надають платні медичні послуги фізичним чи юридичним особам, наприклад, лікувальний масаж.

КНП в особі керівника укладає в письмовій формі з лікарем-ФОП договір про послуги з організації робочого місця на базі нежитлових приміщень та рухомого майна, які перебувають в оперативному управлінні КНП, у тій частині, які фактично ним не використовуються.

⁴⁶ Див. статтю 287 Господарського кодексу України.

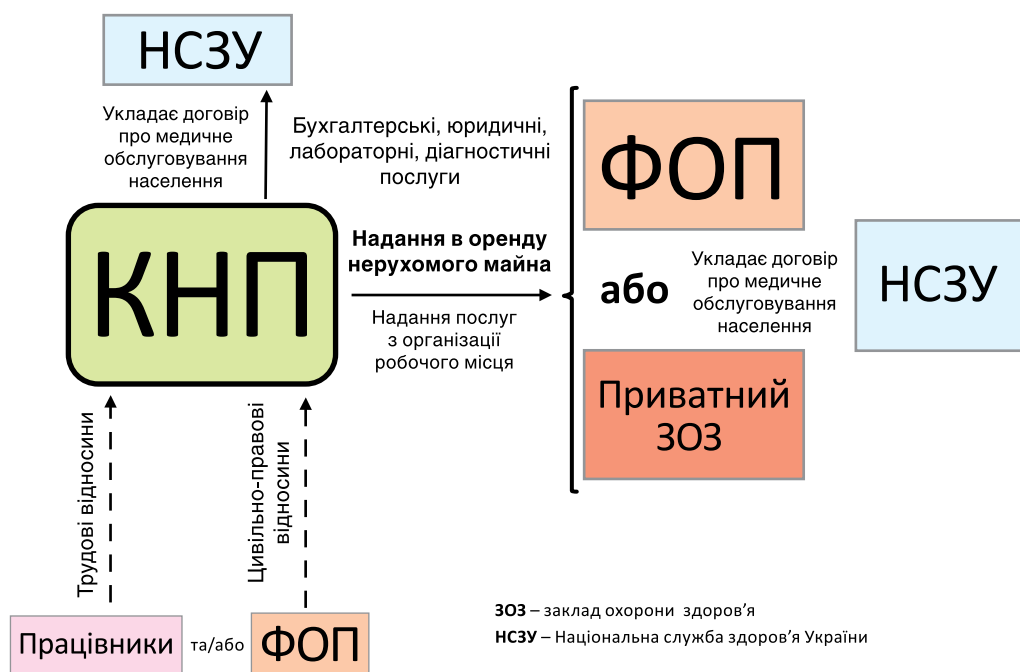
Існує ризик, що такий договір оплатного тимчасового користування нежитловим приміщенням та рухомим майном суд може визнати удаваним правочином, оскільки містить ознаки договору оренди комунального майна. Звернутися до суду з таким позовом може особа, яка вважає, що такі договори порушують її права (наприклад, особа, яка претендує на отримання в оренду таких приміщень).

Щоб запобігти цьому ризику, в статуті КНП необхідно зазначити право його керівника надавати послуги з організації робочих місць для надання медичних послуг (укладати договори тимчасового користування майном).

Також рада територіальної громади під час перетворення закладу охорони здоров'я на КНП (автономізації) може прийняти рішення про погодження права передачі комунального майна, яке перебуває в оперативному управлінні КНП та не використовується цим підприємством, у тимчасове користування лікарям-ФОП, які уклали договір про медичне обслуговування населення з НСЗУ або надають платні медичні послуги фізичним чи юридичним особам.

Слід зазначити, що описані варіанти співпраці ФОП та КНП щодо надання майна в оренду або тимчасове користування можуть бути елементом моделі, яка дозволяє оптимізувати податкове навантаження та підвищити дохід лікаря. Наприклад, частина лікарів може залишатися в трудових відносинах з КНП, а частина, яка виявила бажання, може зареєструватись ФОП, укласти зазначені вище договори оренди або користування майном, отримати відповідну ліцензію, а також замовити у КНП платні бухгалтерські та юридичні послуги.

Рисунок 2.5.5. Схематичне зображення Варіанта № 2



Варіант № 3. Комунальне некомерційне підприємство передає майно в управління (Рис. 2.5.6)

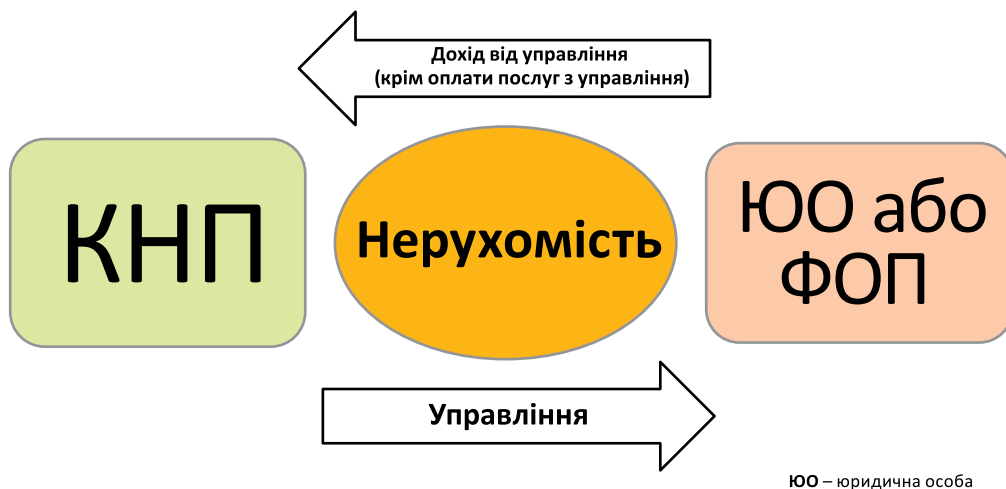
Якщо КНП тільки частково використовує нежитлові приміщення, якими володіє на праві оперативного управління, то з метою ефективного використання комунального майна такі приміщення може бути передано в управління будь-якій юридичній особі чи фізичній особі – підприємцю.

За договором управління особа, яка прийняла майно в управління, зобов'язана управляти ним в інтересах власника, за що управитель має отримувати плату, яка може формуватися з доходу, отриманого від управління майном. Розрахунки, пов'язані з управлінням майном, здійснюються на окремому банківському рахунку.

Договором управління можуть передбачатися обмеження щодо управління. Наприклад, управитель майном може відкрити на базі цього нерухомого майна спортивний зал, послугами якого на платній основі будуть користуватися мешканці громади.

Договір управління нерухомим майном підлягає нотаріальному посвідченню та державній реєстрації. Для укладення договору управління майном закон не вимагає обов'язкової конкурсної процедури. Порядок укладення договору управління має регулюватися локальними нормативними актами територіальної громади⁴⁷.

Рисунок 2.5.6. Схематичне зображення Варіанта № 3



47 Для розробки локального порядку передачі майна в управління може використовуватись за аналогією постанова Кабінету Міністрів України від 11.04.2012 № 296 «Про затвердження Порядку укладення державними підприємствами, установами, організаціями, а також господарськими товариствами, у статутному капіталі яких частка держави перевищує 50 відсотків, договорів про спільну діяльність, договорів комісії, доручення та управління майном».

Наведений перелік варіантів взаємодії моделей не є вичерпним, можливі інші варіанти поєднання: наприклад, спільна діяльність КНП та ФОП чи приватного закладу охорони здоров'я, укладення територіальною громадою на конкурсній основі договору про державно-приватне партнерство з приватним закладом щодо приміщень КНП – закладів охорони здоров'я, які не використовуються за цільовим призначенням.

2.6. ДЖЕРЕЛА ФІНАНСУВАННЯ ЦЕНТРІВ ПМД

Заклади охорони здоров'я, що надають ПМД, матимуть різні джерела фінансування, але основними будуть оплата за договорами з НСЗУ та кошти місцевих бюджетів.

1. Надходження за принципом капітації в конкретний період

(кошти бюджетної програми «Фінансування первинної медичної допомоги» за принципом капітації).

Розмір надхожень залежить від таких факторів (див. Табл. 2.6.1, 2.6.2):

- 1) розмір тарифу за надання медичних послуг ПМД у вигляді капітаційної ставки за обслуговування одного пацієнта протягом календарного року з відповідними коефіцієнтами, які регламентуються постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги» та переглядаються щороку. Передбачається, що на першому етапі впровадження реформи коефіцієнти будуть різнитись тільки для вікових категорій пацієнтів, а також буде виділено коефіцієнт для населених пунктів, яким надано статус гірських; надалі очікується впровадження більш комплексного підходу для визначення коефіцієнтів, який також враховуватиме стать пацієнта, показники його здоров'я та результативності;
- 2) кількість осіб, приписаних до цього закладу в «зеленому списку»;
- 3) кількість осіб, приписаних до цього закладу в «червоному списку».

Таблиця 2.6.1. Прогноз надходжень практики сімейного лікаря⁴⁸
(приклад таблиці)

Вік	Населення, осіб	Коефіцієнт при фінансуванні за принципом капітації	Ставка капітації («зелений список»)	Населення, яке підписало декларації, осіб	Надходження за «зеленим списком», грн	Ставка капітації («червоний список»)	Населення, яке не підписало декларації, осіб	Надходження за «червоним» списком, грн	Загальна сума, грн
0–5 років									
6–17 років									
18–39 років									
40–65 років									
Від 65 років									
ЗАГАЛОМ									

⁴⁸ Тариф капітаційної ставки та коефіцієнти є орієнтовними та регламентуються Порядком реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на кожен окремий рік.

Таблиця 2.6.2. Приклад прогнозу надходжень практики сімейного лікаря

У прикладі використовується базова ставка 370 гривень. Тут також припускається, що всі пацієнти в «зеленому» списку.

Категорія населення	Кількість, осіб	%	Віковий коефіцієнт	Капітаційна ставка, грн	Надходження за місяць, грн	Частка категорії в надходженнях
0–5 років	111	6%	4	1 480	13 690	15%
6–17 років	196	10%	2,2	814	13 295	14%
18–39 років	587	29%	1	370	18 099	19%
40–65 років	776	39%	1,2	444	28 712	31%
65+ років	320	16%	2	740	19 733	21%
Загалом	1 990	100%			93 530	100%

Варто врахувати, що сума надходжень може змінюватись протягом року, оскільки пацієнти можуть змінювати свого сімейного лікаря і обирати тих, хто працює в інших закладах. Причинами зміни лікаря можуть бути як зміна місця проживання, так і переорієнтація на інших сімейних лікарів у випадку невдоволення обслуговуванням лікарями закладу.

2. Інші цільові програми національного та регіонального рівнів

Приклади програм національного рівня:

- Урядова програма «Доступні ліки» (реімбурсація), запроваджена з 1 квітня 2017 року;
- бонусні доплати за досягнення певних, встановлених договором про надання первинної медичної допомоги, результатів, зокрема за певні значення показників, які належать до сфери громадського здоров'я (передбачені Концепцією реформи фінансування системи охорони здоров'я, яку схвалено розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1013-р).

Прикладом програми регіонального рівня є програма «Здоров'я Слобожанщини» на 2017–2018 роки.

3. Надходження з місцевих бюджетів

Прикладом місцевого бюджету може бути міська цільова програма «Здоров'я киян». Зараз бюджет громад також відшкодовує видатки на комунальні послуги ЗОЗ.

4. Надходження від платних послуг для пацієнтів

Додаткові надходження можливі для автономізованого закладу за надання медичних послуг, що не входять у програму медичних гарантій. Варто вивчати попит мешканців на додаткові медичні послуги, сприяти розвитку нового портфеля послуг на платній основі.

5. Доброчинна допомога, гранти

Існують широкі можливості залучення ресурсів з міжнародних фондів. Гранти та технічна допомога (консалтинг, експертиза, дослідження, надання обладнання та інше) надаються на безоплатній основі. Грантодавці завчасно оголошують конкурс, його умови, у тому числі терміни. При цьому заявник повинен якісно підготувати заявку. Наявність стратегії розвитку закладу, погодженої з громадою, дасть можливість бути більш успішними в конкурсах на отримання грантів.

Серед найкращих джерел інформації:

- Ресурсний центр «Гурт»: <http://gurt.org.ua/>;
- Ініціатива «Децентралізація влади»: <http://decentralization.gov.ua/>;
- Всеукраїнська асоціація сільських та селищних рад: <http://vassr.org/grants>.

Каталог донорських організацій розміщено на сайті: <http://sbiz.club/8252/granty2017>.

Залучення ресурсів буде можливим для автономізованого закладу. Варто розвивати стосунки з бізнесом та громадянами, які небайдужі до розвитку медицини, і визначити особу, відповідальну за цей напрям роботи у вашому закладі ПМД.

2.7. РОЗВИТОК ІНФРАСТРУКТУРИ: БУДІВЛІ, ТРАНСПОРТ, ЗВ'ЯЗОК, ДОРОГИ, МЕДИЧНЕ ОБЛАДНАННЯ

Велика кількість міжнародних досліджень показує, що успіх громади у покращенні здоров'я свого населення безпосередньо залежить від якості життя цієї громади. Отже, для того щоб населення стало більш здоровим фізично, психологічно та морально, необхідно не тільки покращувати доступність і якість медичних послуг, але й забезпечити всі умови якісного життя в громаді, покращувати інфраструктуру, будувати дороги, розвивати транспортне сполучення, створювати нові робочі місця тощо.

Доступні спортивні майданчики, паркові зони, басейни, велодоріжки тощо, які населення може використовувати для занять спортом, – це вже частина заходів з формування прихильності до здорового способу життя та профілактики хронічних захворювань. Мережа якісних доріг та регулярного розвиненого транспортного сполучення, зокрема зі стратегічно важливими населеними пунктами, де розташовано медичні центри, школи, адміністративні служби, наявність якісного інтернет-зв'язку, телекомунікаційних мереж і техніки, сучасного медичного обладнання покращать не тільки доступність, оперативність отримання, якість та ефективність медичних і важливих немедичних послуг, але й задоволеність населення та якість його життя, а також зменшать витрати громади. Це, у свою чергу, слугуватиме «візитною картою» громади, привертатиме увагу і залучатиме нову робочу силу з інших громад/населених пунктів. Крім того, для посилення ефекту і залучення якомога більшої кількості сімейних лікарів можна розробити «мотиваційний пакет», який громада пропонуватиме сімейним лікарям (наприклад, безкоштовне житло, професійний розвиток, залучення до наукових досліджень та розробок, участь у міжнародних наукових та професійних конференціях). Належні умови праці (кондиціонована будівля, зручний кабінет, наявність якісних санітарних вузлів усередині будівлі, водопостачання та каналізація тощо), якісна медична апаратура та обладнання, з якими лікар працює, також є досить значущим важелем для прийняття лікарем рішення щодо переїзду.

Держава усвідомлює важливість розвитку інфраструктури громад, тому існує низка державних програм, що підтримують громади, їх розбудову та покращення якості життя. Одним з нещодавно прийнятих законів є Закон України від 14.11.2017 № 2206-VIII «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування

у сільській місцевості»⁴⁹, в рамках якого держава виділяє у вигляді додаткової субвенції місцевим бюджетам 5 млрд гривень на 2017–2018 рр. для покращення інфраструктури ЗОЗ у сільській місцевості, зокрема на:

- будівництво, реконструкцію, капітальний ремонт комунальних закладів охорони здоров'я;
- придбання медичного обладнання, устаткування та засобів відповідно до таблиця матеріально-технічного оснащення;
- транспортну і телекомунікаційну інфраструктуру, в т. ч. Інтернет, комп'ютери, програми (транспортне сполучення, eHealth, телемедицина);
- службове житло (будівництво, придбання), службовий автотранспорт (у т. ч. для обслуговування мешканців віддалених населених пунктів).

Розподіл субвенції на місцеві бюджети відбувається згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 06.12.2017 № 983 «Деякі питання надання субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення заходів, спрямованих на розвиток системи охорони здоров'я у сільській місцевості»⁵⁰. При виділенні субвенції місцевим бюджетам беруться до уваги досвід та спроможність місцевої влади використати кошти за призначенням, а також забезпечити життєву стійкість впроваджених змін.

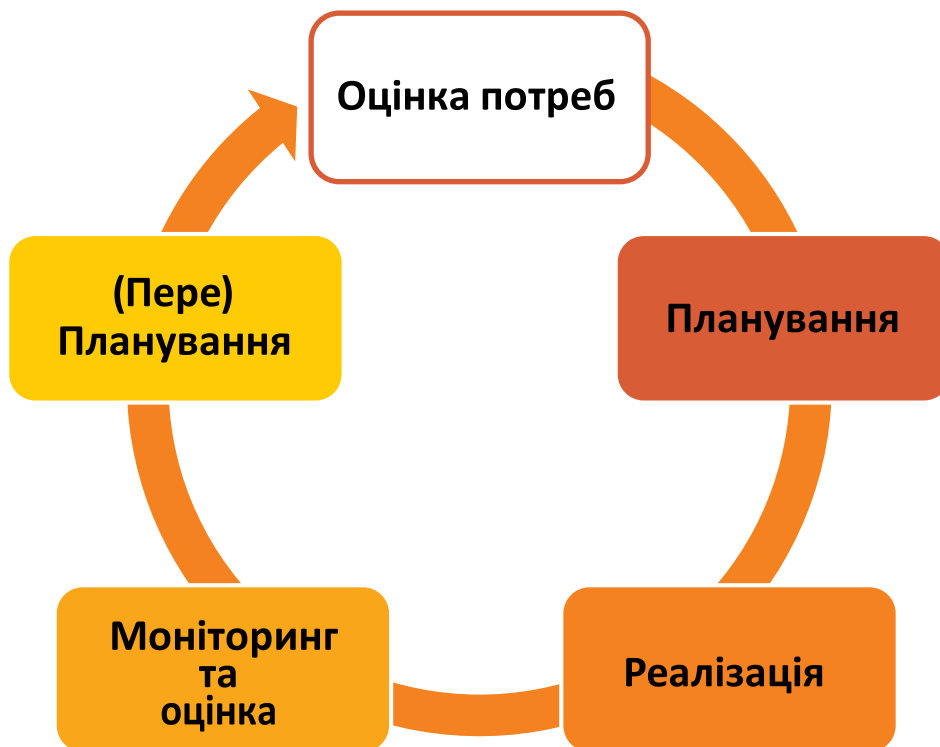
49 URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2206-19>.

50 URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/983-2017-%D0%BF>.

2.8. МОНІТОРИНГ І ОЦІНКА МЕРЕЖІ ПМД

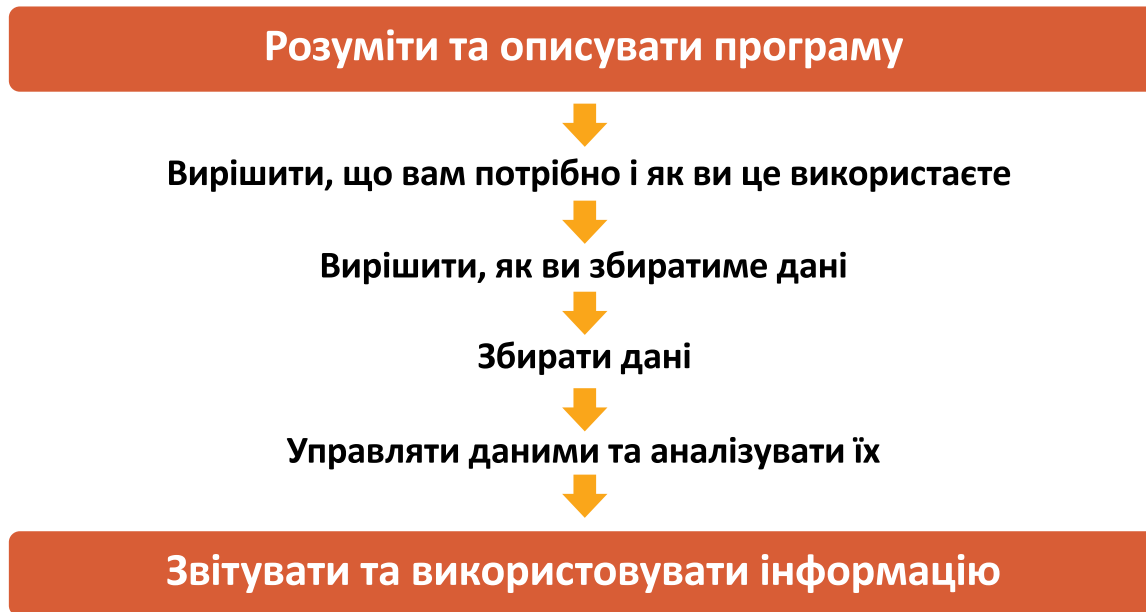
Моніторинг і оцінка діяльності окремого надавача та/або мережі ПМД є невід'ємною складовою управлінського циклу (Рис. 2.8.1).

Рисунок 2.8.1. Цикл управління



Управляти можна тільки тим, що можна ВИМІРЮВАТИ, тому невід'ємним першочерговим завданням керівника мережі є постановка цілей (визначення очікуваного результату) на певний період діяльності. Важливими є також інші елементи організації роботи: наявність плану (стратегічного, операційного) діяльності та чіткої системи відстеження та оцінки результатів (система МіО); налагодження чіткого розподілу обов'язків та існування системи комплементарності та взаємодоповнення/заміщення функціоналу; письмово закріплена відповідальність і система винагород та покарань; для кожного завдання чітко визначений очікуваний результат та індикатор, за яким вимірюється цей результат; критерії оцінки ефективності зрозумілі та діяльність регулярно оцінюється; проблеми, які виявляються, своєчасно вирішуються; налагоджена система внутрішньої та зовнішньої комунікації. Основні кроки організації системи МіО зображено на **Рис 2.8.2**.

Рисунок 2.8.2. Дорожня карта МіО



Система моніторингу та оцінки виконує функції управління, вдосконалення та забезпечення підзвітності за такими позиціями:

- **ресурси/внески** (персонал, фінанси, обладнання та інші внески в діяльність закладу/мережі);
- **заходи** (безпосередня діяльність закладу/мережі);
- **результати** (наслідки діяльності закладу/мережі – те, що відбувається внаслідок вкладення ресурсів та виконання роботи в рамках проекту чи програми);
- **якість** даних та надання послуг.

Моніторинг – це процес відстеження того, наскільки заплановані зміни відбуваються згідно з планом і наскільки вони відповідають очікуваним результатам та цілям діяльності. Дієвий моніторинг дає змогу виявити труднощі, які виникають, достатньо рано для того, щоб ужити заходів для виправлення ситуації. У моніторингу діяльності окремого проекту/програми і мережі ПМД використовуються різні підходи та інструменти, зокрема логічні моделі, плани діяльності, графіки, фінансовий моніторинг.

Цілі та очікувані результати мають бути чіткими та вимірюваними, прив'язаними до певного періоду та відповідати критеріям SMART (Табл. 2.8.1). Важливо розробити ключові показники ефективності (КПЕ), або індикатори, і системно відстежувати їх досягнення, коригуючи діяльність.

Таблиця 2.8.1. Критерії SMART для цілей

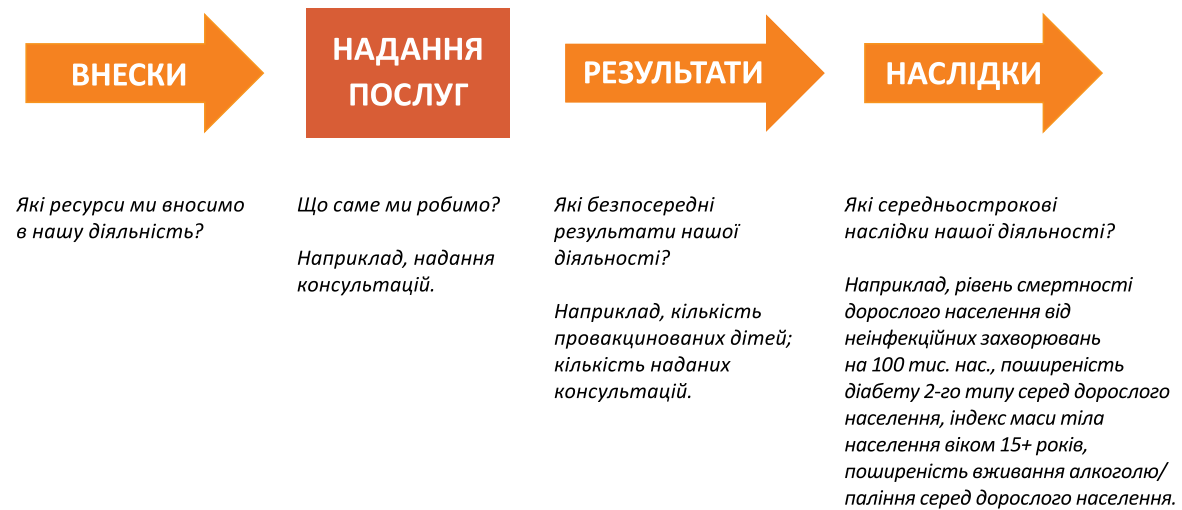
S (Specific) – конкретна	Ціль має бути чітка, нерозпливчаста і чітко сформульована. Ви маєте чітко знати: <ul style="list-style-type: none"> • Хто має її виконувати і кого слід залучити до цього? • Що я хочу виконати і чому? • Вибрати місцезнаходження.
M (Measurable) – вимірювана величина	Потрібно визначити критерії, за якими буде визначатися, чи досягнуто цілі. Завжди має бути можливість проконтролювати прогрес виконання, в іншому випадку ціль втрачає сенс.
A (Achievable) – досяжна	При постановці цілі ви маєте бути впевнені в тому, що вона досяжна. Але потрібно ставити ціль таким чином, щоб вона була на грані можливості, щоб ви весь час виходили зі своєї зони комфорту. Стисло кажучи, «Важко, але можливо». Ви повинні психологічно погодитися з ціллю та прийняти її.
R (Result-oriented) – орієнтована на результат	Ціль має бути орієнтована на результат, а не на зусилля, які ви будете витратити для її досягнення. Результат – це ваша мотивація, це те, чого ви прагнете!
T (Timed) – орієнтована на певний термін	Зафіксуйте час, до якого ціль має бути виконана. Не перебільшуйте і не недооцінюйте часу!

Продуктивність/результативність та ефективність мережі залежать від результативності й ефективності кожної з амбулаторій та визначаються навичками організовувати роботу персоналу та управляти зусиллями інших людей, тому оцінку результативності та ефективності варто проводити на кількох рівнях:

- на індивідуальному рівні;
- на рівні командної роботи.

Система пов'язаних між собою індикаторів, що дають розуміння реалізації мережею своєї цілі та завдань, доповнює логічну модель реалізації проекту чи програми. Іншим дієвим підходом є побудова логічної моделі реалізації стратегії та формування системи показників для моніторингу та оцінки реалізації кожного зі структурних елементів моделі (Рис. 2.8.3).

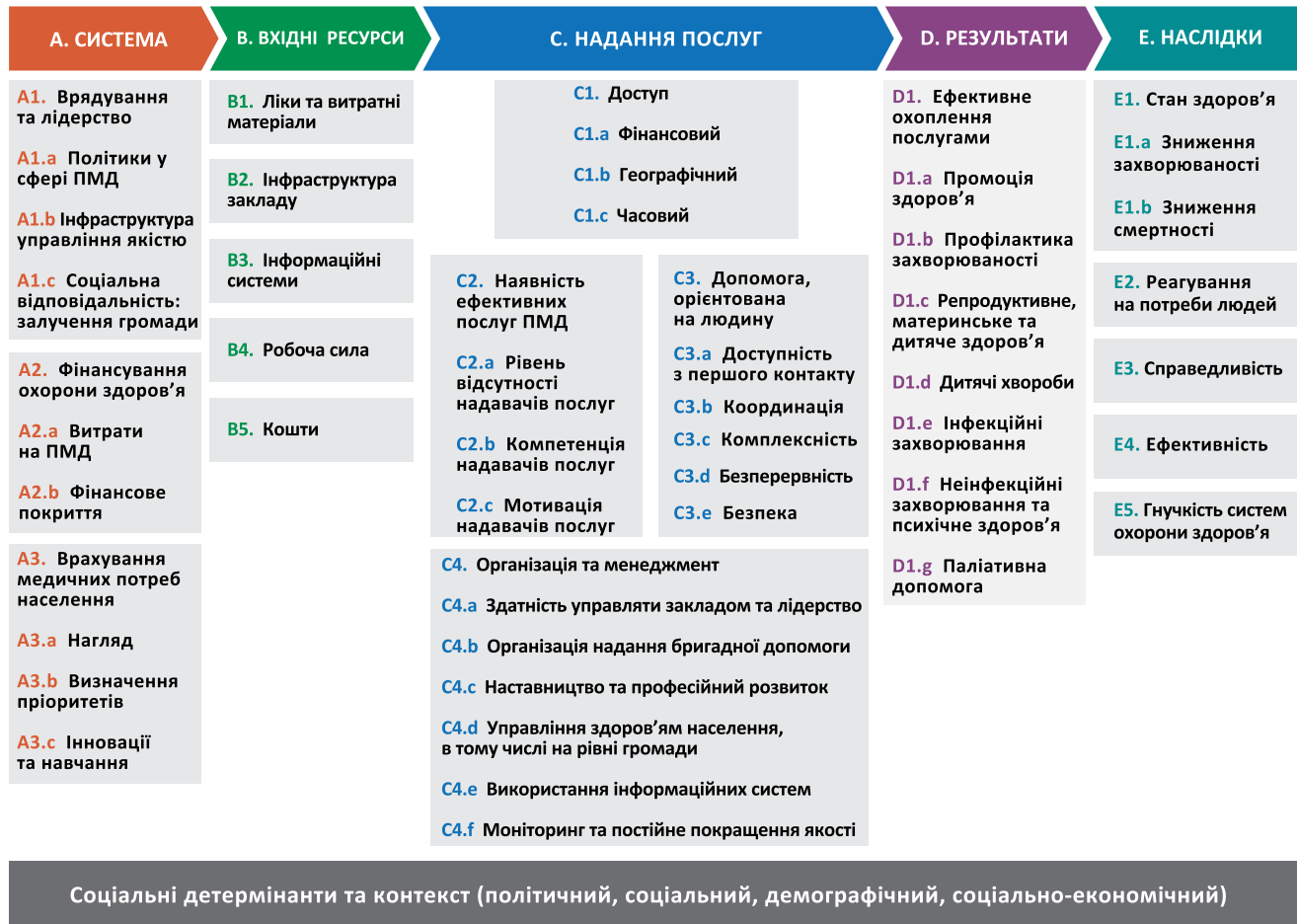
Рисунок 2.8.3. Рівні логічної моделі та її індикаторів



Основні зусилля, спрямовані на розробку нових практичних способів вимірювання послуг ПМД, фокусуються на таких аспектах (Рис. 2.8.4):

- **доступність**: чи мають пацієнти доступний та своєчасний доступ до ПМД, який є географічно зручним?
- **наявність ефективних послуг ПМД**: чи функціонують заклади ПМД з мотивованими, компетентними працівниками та чи достатньо вони оснащені для надання ПМД?
- **орієнтована на людину допомога**: чи пропонує система добре налагоджені основні функції ПМД, включаючи доступність з першого контакту (з точки зору користувача), координацію, повноту, безперервність і безпеку?
- **організація та управління**: чи належним чином система організовує важливі елементи надання ПМД та управляє ними, включаючи командну допомогу, підтримувальний нагляд, управління здоров'ям населення території та використання інформаційних систем, які допомагають проводити моніторинг послуг і постійно покращують якість?

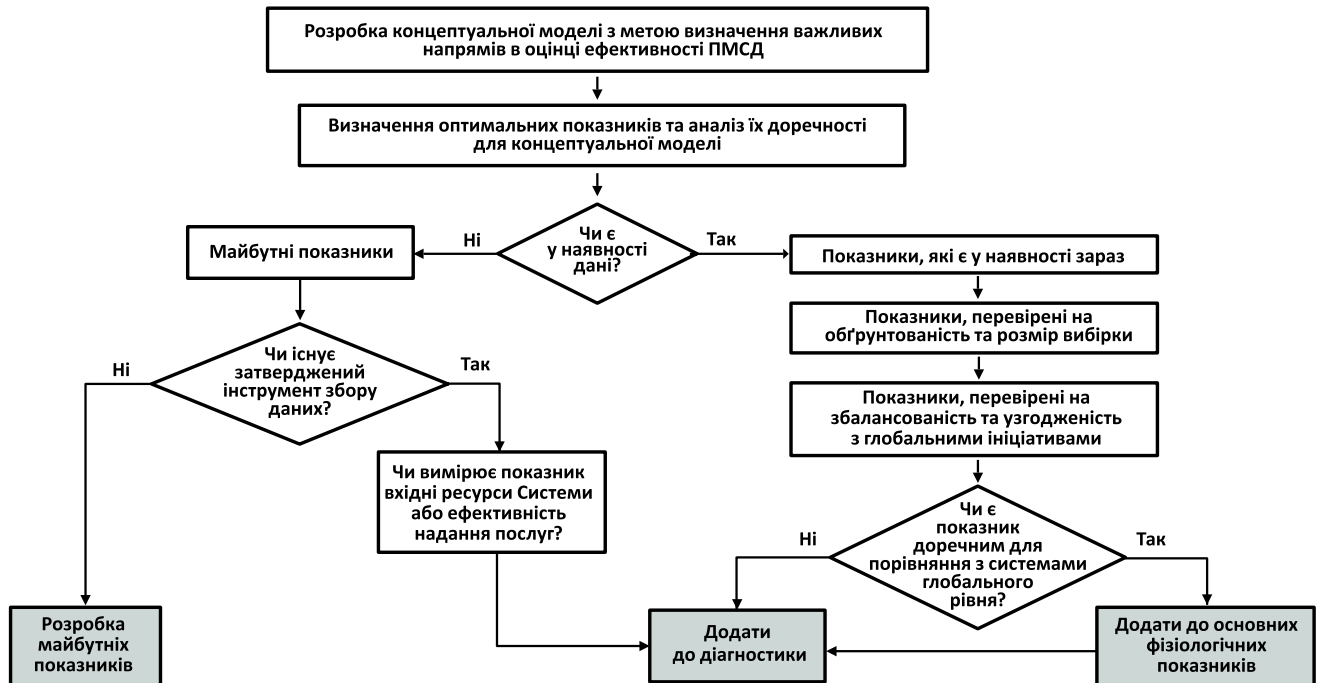
Рисунок 2.8.4. Концепція моделі моніторингу діяльності мережі ПМД⁵¹



Алгоритм формування системи показників для оцінки ефективності діяльності закладу/мережі наведено на **Рис. 2.8.5**.

51 PHCPI, 2008.

Рисунок 2.8.5. Процес підбору показників МіО



У контексті трансформаційних процесів, які відбуваються в ході реформування, необхідно насамперед відстежувати реалізацію ключових принципів реформи на рівні мережі за індикаторами, які використовуються в тому числі на загальнодержавному рівні для моніторингу реформи фінансування охорони здоров'я, затвердженими Концепцією реформи фінансування системи охорони здоров'я (Табл. 2.8.2).

Таблиця 2.8.2. Індикатори прогресу впровадження ключових принципів реформи

Індикатор	Ключові принципи реформи
Частка витрат на медичне обслуговування, яка покривається самими пацієнтами під час отримання медичних послуг або придбання ліків	Фінансовий захист
Частка населення, яка повідомила про відмову від лікування через брак фінансових ресурсів (відсоток домогосподарств, де будь-який член потребував медичної допомоги протягом останніх 12 місяців, але не мав доступу до неї)	Універсальне охоплення медичними послугами та рівний доступ до медичної допомоги

Закінчення Таблиці 2.8.2

Індикатор	Ключові принципи реформи
Частка населення, яка уклала особисту угоду (підписала декларацію) про надання первинної медичної допомоги з лікарем загальної практики	Універсальне охоплення медичними послугами та рівний доступ до медичної допомоги
Відсоток населення, яке проживає в межах 60-хвилинного доїзду до лікарні інтенсивного лікування, що відповідає Рамковим вимогам до закладів вторинної медичної допомоги, затвердженим Міністерством охорони здоров'я	Універсальне охоплення медичними послугами та рівний доступ до медичної допомоги
Показники смертності від серцево-судинних захворювань, <i>смертей на 100 тис. населення</i>	Результативність
Раннє виявлення раку, <i>відсотків</i>	Результативність
Охоплення вакциною АКДП (коклюш, дифтерія, правець), <i>відсотків</i>	Результативність
Охоплення вакцинацією проти поліомієліту, <i>відсотків</i>	
Середня тривалість перебування в лікарні, <i>днів</i>	Результативність
Рівень задоволеності населення вітчизняною системою охорони здоров'я	Результативність
Рівень доходу працівників медичної сфери, <i>грн</i>	Результативність
Рівень задоволеності медичних працівників умовами роботи	Результативність
Кількість лікарів загальної практики у приватній практиці	Конкуренція між надавачами послуг
Кількість медичних закладів приватної форми власності	Конкуренція між надавачами послуг

Для моніторингу діяльності мережі ПМД на перших етапах функціонування варто зосередити увагу на тих ключових критеріях та принципах, які лягли в основу Порядку формування спроможних мереж надавачів ПМД (**Додаток 3**). Зокрема, індикатори можуть бути такі такими:

- обсяг практики ПМД з дезагрегацією на лікаря загальної практики – сімейного лікаря або лікаря-терапевта і на лікаря-педіатра;

- кількість відмов від надання ПМД пацієнтові;
- кількість випадків надання послуг ПМД за місцем проживання пацієнта з дезагрегацією за кожною окремою практикою ПМД;
- кількість та відсоток надавачів ПМД мережі з повним укомплектуванням згідно з переліком обладнання, устаткування і засобів, необхідних для забезпечення надання ПМД, визначеним відповідним табелем матеріально-технічного оснащення.

Індикатори для моніторингу діяльності та оцінки ефективності мережі ПМД на чотирьох рівнях логічної моделі можуть формуватися для конкретної мережі ПМД відповідно до пріоритетності (див. **Табл. 2.8.3**).

Таблиця 2.8.3. **Індикатори ефективності мережі ПМД на чотирьох рівнях логічної моделі МіО**

Рівень логічної моделі МіО	Напрямок	Індикатор
Внески	В1. Лікарські засоби та витратні матеріали	Наявність базового обладнання
		Наявність основних лікарських засобів
		Наявність вакцин
	В2. Інфраструктура закладу	Щільність закладів ПМД на 100 тис. населення
		Кількість незаповнених вакансій через дефіцит штатних працівників за рік
	В4. Робочі кадри	Щільність лікарів, медсестер та акушерів на 1 тис. населення
Надання послуг	С1. Доступ	Бар'єр у доступі у зв'язку з витратами на лікування
	С2. Наявність ефективних послуг ПМД	Рівень відсутності надавача послуги
		Діагностична точність: кількість правильно діагностованих випадків серед усіх обстежених пацієнтів
		Робоче навантаження на одного надавача послуги
С3. Допомога, орієнтована на людину	Відсоток дітей 2-4-місячного віку, які не отримали трьох доз АКДС (дифтерія-правець-коклюш)	

Закінчення Таблиці 2.8.3

Рівень логічної моделі МіО	Напрямок	Індикатор
Результати	D1. Ефективне охоплення послугами	Охоплення вакцинацією АКДС
		Відсоток дітей, які отримали коректне лікування діареї
		Відсоток жінок репродуктивного віку, які використовують будь-який сучасний метод контрацепції
		Охоплення послугою скринінгу шийки матки, % жінок віком 20–69 років
		Охоплення послугою скринінгу молочної залози, % жінок віком 50–69 років
		Середня тривалість перебування в лікарні, днів
Наслідки	E1. Стан здоров'я ⁵²	Материнська смертність, на 100 тис. дітей, народжених живими
		Смертність дорослих від неінфекційних захворювань, на 100 тис. населення
		Смертність дітей віком до 5 років, на 1 тис. дітей, народжених живими
	E4. Ефективність	Смертність дітей віком до 5 років у співвідношенні з витратами ПМД на душу населення

Для моніторингу діяльності доцільно обирати індикатори, які є унікальними та уніфікованими до використання як на національному, так і на міжнародному рівнях. Це дозволяє порівнювати заклади, мережі ПМД, територіальні об'єднання, області та країни між собою. Переглянути та обрати індикатори для моніторингу та оцінки здоров'я можна на ресурсі електронної бібліотеки Організації економічного співробітництва та розвитку (OECD⁵³).

52 Варто зауважити, що показники рівня наслідків логічної моделі є непрямими показниками ефективності тієї чи іншої діяльності і повинні розглядатися як опосередковані результати, на які впливає також низка зовнішніх факторів. Зміни у значеннях показників на рівні наслідків зазвичай спостерігаються через 3-5 років з початку впровадження певного втручання чи заходу.

53 URL: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance_19991312.

Приклад системи індикаторів діяльності за різними компонентами наведено на **Рис. 2.8.6.**

Рисунок 2.8.6. Приклад системи індикаторів діяльності за різними компонентами

КЛІЄНТИ та ПОСЛУГИ
<ul style="list-style-type: none"> • Цільова кількість пацієнтів, осіб • Задоволеність клієнтів, % • Інформаційні кампанії щодо здорового способу життя, кількість
БІЗНЕС-ПРОЦЕСИ ОРГАНІЗАЦІЇ
<ul style="list-style-type: none"> • Впровадження системи управлінського обліку • Розробка операційних планів діяльності та системний контроль за ними
РОЗВИТОК
<ul style="list-style-type: none"> • Забезпеченість закладу/мережі кваліфікованими медичними кадрами, % • Середні доходи на співробітника за категоріями, грн
ФІНАНСИ
<ul style="list-style-type: none"> • Оптимізація адміністративних витрат, % • Досягнення надходжень до бюджету від капітації, грн

У **Додатку 13** наведено моделі оцінки діяльності закладу/мережі ПМД за вісьмома напрямками.

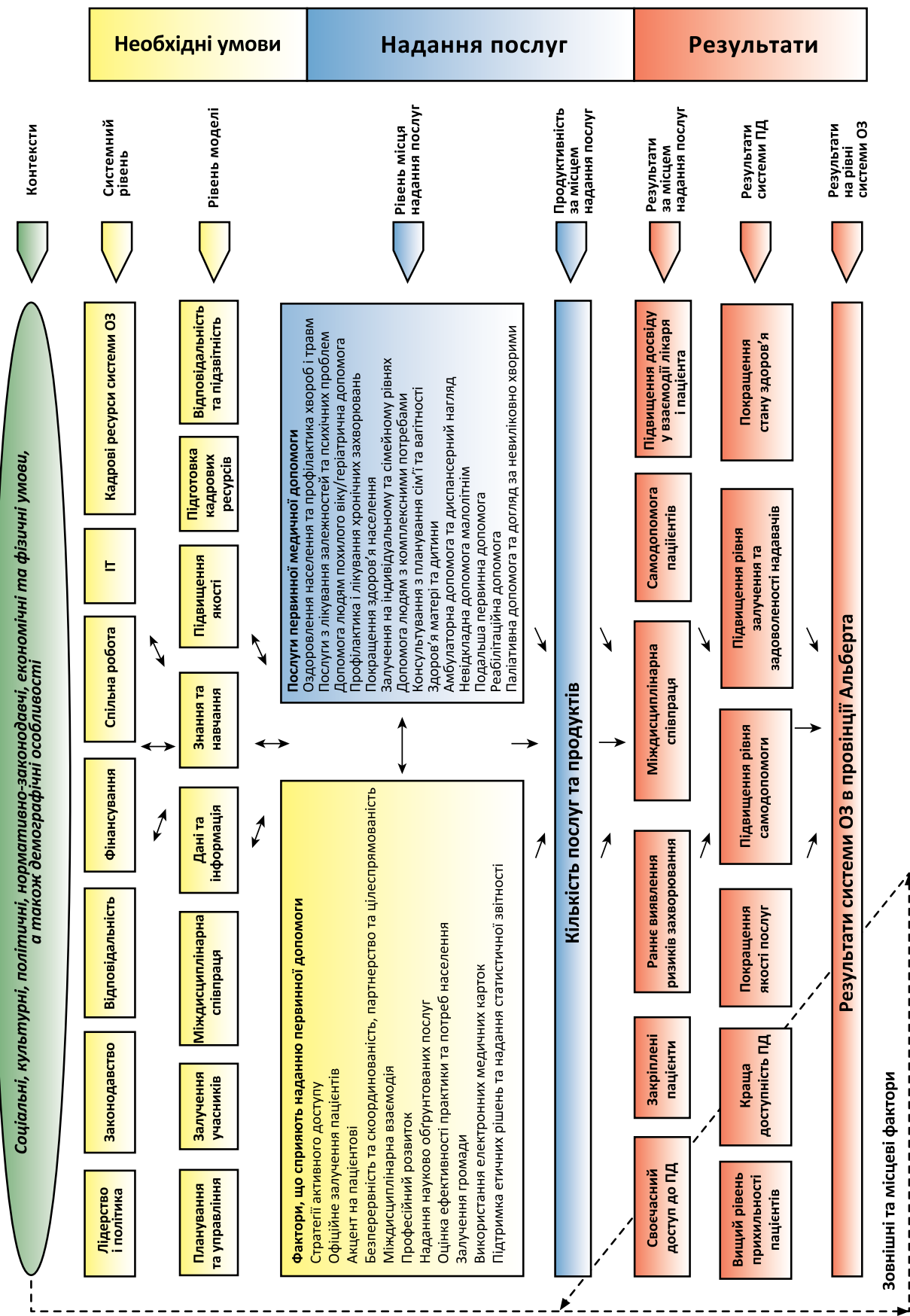
Для оцінки ефективності діяльності мережі ПМД можна використовувати також комплексну логічну модель функціонування мережі ПМД з урахуванням факторів, що сприяють діяльності, надання послуги ПМД і наслідків від провадження медичної діяльності⁵⁴ (**Рис 2.8.7**).

У наведеному підході до оцінки ефективності ключовими питаннями/критеріями оцінки є такі:

1. Чи мають жителі території поліпшений доступ до ПМД?
2. Чи мають жителі території прихильність отримувати ПМД у цьому закладі/мережі?
3. Чи отримують жителі території якісну допомогу?

54 Primary Health Care Evaluation Framework, Branch 2013.

Рисунок 2.8.7. Логічна модель мережі ПМД

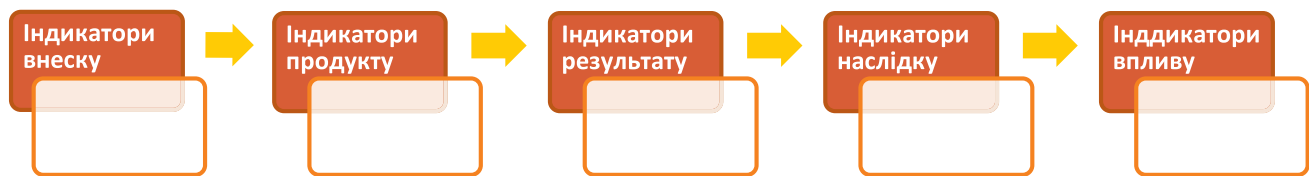


4. Чи покращився стан здоров'я жителів території?
5. Чи покращились практики мережі для жителів території?
6. Чи стали жителі території практикувати більш здоровий спосіб життя та зменшили практики ризикованої поведінки?
7. Чи має мережа повну укомплектованість кадрами відповідно до потреби та нормативів?
8. Чи є використання виділених ресурсів економічно ефективним?
9. Чи збільшилась підзвітність закладу/мережі?

Двома основними компонентами стратегії оцінки за такого комплексного підходу є вимірювання основних індикаторів результатів діяльності та факторів, що сприяють/дозволяють діяльності закладу/мережі. Домени, ідентифіковані в логічній моделі для сприятливих факторів та наслідків, узагальнюють компоненти, які можна оцінити індивідуально або комплексно. Індикатори результату діяльності повинні відображати сукупність кількісних та якісних підходів до оцінки, які мають відношення до вимірювання критичних структур, процесів та результатів у трансформованій системі ПМД.

Відповідно, обравши одну з моделей підходів до оцінки ефективності, варто розробити континуум індикаторів для відстежування прогресу та оцінки ефективності (Рис. 2.8.8).

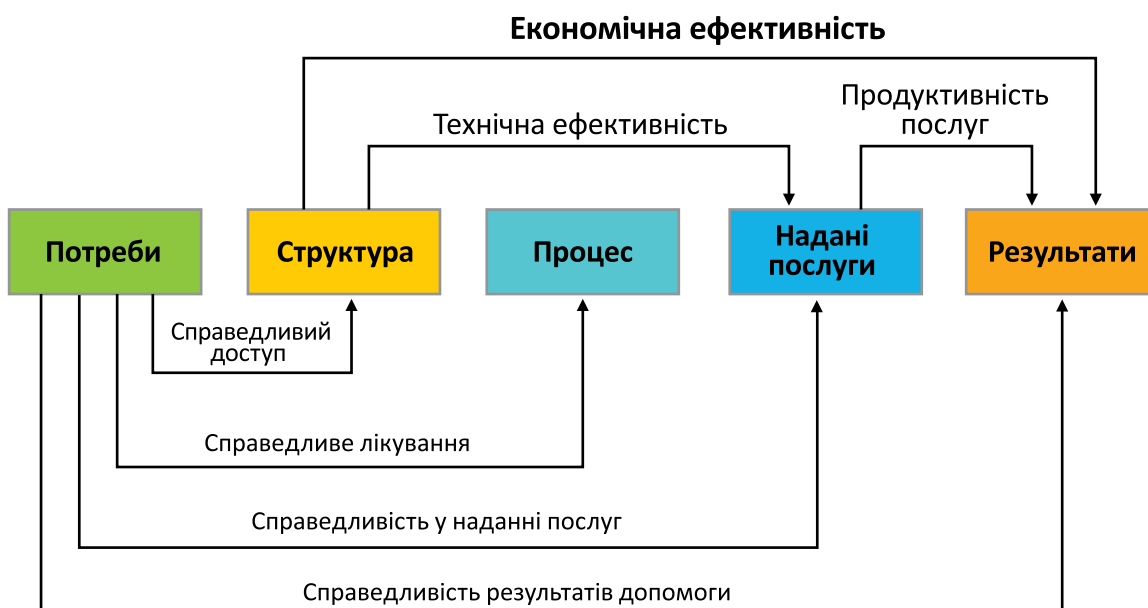
Рисунок 2.8.8. Континуум індикаторів відповідно до логічної моделі



Традиційно моніторинг відповідає за відстеження індикаторів внеску, продукту та результату, а індикатори рівня наслідків та впливу використовуються для оцінки довготривалого непрямого ефекту від діяльності. Таким чином, на етапі формування спроможної мережі ПМД варто зосередити увагу на розробці та моніторингу прямих індикаторів на рівнях внеску, продукту та результату діяльності для розуміння того, чи впроваджується діяльність належним чином та відповідно до запланованих масштабів, темпів тощо.

Для подальшої оцінки економічної ефективності діяльності мережі ПМД на наступних етапах можна використовувати концептуальну модель оцінки результативності надавачів ПМД (Рис. 2.8.9)

Рисунок 2.8.9. Концептуальна модель оцінки результативності мережі надавачів ПМД



ЮРИДИЧНІ ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ НАДАВАЧІВ ПМД



3.1. ● СТВОРЕННЯ СУБ'ЄКТІВ ГОСПОДАРЮВАННЯ

- 3.1.1. ○ Форми господарювання та реєстрація суб'єкта господарювання
- 3.1.2. ○ Ліцензування
- 3.1.3. ○ Акредитація
- 3.1.4. ○ Спрощена система оподаткування для надавачів приватної форми власності
- 3.1.5. ○ Найм персоналу та робота за цивільно-правовими договорами

3.2. ● АВТОНОМІЗАЦІЯ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

3.3. ● ПОДАТКОВА ЗВІТНІСТЬ

- 3.3.1. ○ Податкова звітність для різних суб'єктів господарювання
- 3.3.2. ○ Єдиний соціальний внесок на загальнообов'язкове державне соціальне страхування (ЄСВ)

3.1. СТВОРЕННЯ СУБ'ЄКТІВ ГОСПОДАРЮВАННЯ

3.1.1. Форми господарювання та реєстрація суб'єкта господарювання

Стаття 16 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»⁵⁵ визначає, що, залежно від форми власності, заклади охорони здоров'я утворюються та функціонують як **державні, комунальні, приватні чи засновані на змішаній формі власності**.

Також медичну практику може здійснювати **фізична особа – підприємець (ФОП)** за умови отримання відповідної ліцензії. Така особа не має статусу закладу охорони здоров'я.

Організаційно-правова форма (форма господарювання) – тип суб'єкта права, що визначає форму провадження ним господарської діяльності. Стаття 16 Закону встановлює вимоги до вибору організаційно-правової форми залежно від форми власності суб'єкта.

За організаційно-правовою формою заклади охорони здоров'я **державної власності** можуть утворюватися та функціонувати як казенні підприємства або державні установи.

За організаційно-правовою формою заклади охорони здоров'я **комунальної власності** можуть утворюватися та функціонувати як комунальні некомерційні підприємства або комунальні установи.

Підприємство є організаційно-правовою формою з більшим рівнем автономії, ніж установа. Підприємство може самостійно вирішувати значну частину питань щодо господарської діяльності (в межах повноважень, визначених статутом), у процесі діяльності використовує більш гнучкий (порівняно з кошторисом) фінансовий план, має право відкривати власні рахунки в банках, на які здійснюватиметься оплата НСЗУ за договорами про медичне обслуговування.

У той же час, для бюджетного функціонування пунктом 2 прикінцевих та перехідних положень Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»⁵⁶ передбачено, **що лише тимчасово**, протягом 2018–2019 років, за рішенням Кабінету Міністрів України допускається фінансування (шляхом надання

55 URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.

56 URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>.

субвенцій з державного бюджету відповідним місцевим бюджетам) надання первинної медичної допомоги комунальними закладами охорони здоров'я, що не уклали договорів з уповноваженим органом про медичне обслуговування населення.

Заклади охорони здоров'я **приватної власності** не обмежені у виборі організаційно-правової форми (будь-яка форма, передбачена законом).

Реєстрація суб'єкта господарювання здійснюється в порядку, визначеному Цивільним кодексом України⁵⁷, Господарським кодексом України⁵⁸, Законом України «Про державну реєстрацію юридичних осіб, фізичних осіб – підприємців та громадських формувань»⁵⁹, Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»⁶⁰.

Перед прийняттям рішення про створення нового суб'єкта необхідно розглянути можливі варіанти реорганізації наявних ЗОЗ і залучення приватних ЗОЗ до надання первинної медичної допомоги (детальніше див. **Розділ 2.4**).

Процес створення **нового суб'єкта** полягає у проходженні організаційно-розпорядчих та формальних процедур, які потрібно вчинити поетапно.

Крок 1. Визначитись, який заклад має бути створено

Власник повинен прийняти рішення про те, яким саме буде його заклад охорони здоров'я, підготувати проекти установчих документів, для чого відповісти на запитання:

- **Якою буде організаційно-правова форма закладу?**

Вибір організаційно-правової форми залежить від власника, який створює майбутній заклад охорони здоров'я. Стаття 16 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»⁶¹ визначає, що для державної форми власності допускається створення державної установи або казенного підприємства, для комунальної – утворення комунальної установи або комунального некомерційного підприємства. Суб'єкт приватного права не обмежений у виборі організаційно-

57 URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/435-15>.

58 URL: <http://zakon.rada.gov.ua/go/436-15>.

59 URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/755-15>.

60 URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2801-12..>

61 URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.

правової форми. Фізична особа також має право зареєструватись підприємцем.

Для суб'єктів державної та комунальної форм власності істотне значення має вид організаційно-правової форми. Суб'єкти, що мають статус підприємства, можуть мати набагато ширшу автономію порівняно з суб'єктами, що мають статус установи.

● Яким буде найменування новоствореного суб'єкта?

Найменування закладу охорони здоров'я повинно містити його організаційно-правову форму (наприклад, слова «комунальне некомерційне підприємство») та вказівку на орган місцевого самоврядування, до сфери управління якого належить це підприємство.

Оскільки суб'єкт має отримати статус закладу охорони здоров'я, то його назва повинна відповідати Переліку закладів охорони здоров'я, який затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28.10.2002 № 385⁶².

Відповідно до статті 90 Цивільного кодексу України, найменування юридичної особи вказується в її установчих документах і вноситься до єдиного державного реєстру.

● Яким буде статут суб'єкта?

Заклад охорони здоров'я провадить свою діяльність на підставі статуту, що затверджується власником закладу (уповноваженим ним органом). Стаття 57 Господарського кодексу України передбачає, що в установчих документах (статуті) повинні бути зазначені найменування суб'єкта господарювання, мета і предмет господарської діяльності, склад і компетенція його органів управління, порядок прийняття ними рішень, порядок формування майна, розподілу прибутків та збитків, умови його реорганізації та ліквідації, якщо інше не передбачено законом.

При написанні статуту власник повинен визначити:

- Якими є мета і завдання діяльності суб'єкта?
- Які дії керівник може здійснювати самостійно?
- Як керівник затверджує штатний розпис: самостійно чи після погодження із власником?
- Які будуть обмеження в діяльності суб'єкта?
- Чи будуть утворюватися філії чи представництва?

62 URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0892-02>.

- **Де буде розташовано новостворений суб'єкт?**
- **Яким майном він буде користуватись?**

При створенні закладу охорони здоров'я необхідно визначитися з місцезнаходженням підприємства, інформація про яке міститься у статуті та вказується при державній реєстрації.

Окрім того, необхідно визначитися з матеріальним забезпеченням закладу. Зокрема, пересвідчитись у можливості отримання ним ліцензії (табелі оснащення), з'ясувати розмір статутного капіталу, його формування, джерела фінансування діяльності закладу на початковому етапі (статутний капітал, бюджетне фінансування або інші шляхи отримання доходу).

- **Хто буде керівником новоствореного закладу охорони здоров'я?**

Стаття 16 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» передбачає, що керівники державних та комунальних закладів охорони здоров'я призначаються на посаду уповноваженим виконавчим органом управління власника закладу охорони здоров'я на конкурсній основі шляхом укладання з ними контракту на строк від трьох до п'яти років. Порядок проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров'я та порядок укладання контракту з керівником державного, комунального закладу охорони здоров'я, а також типова форма такого контракту затверджуються Кабінетом Міністрів України.

До закладів охорони здоров'я, що не належать до державної чи комунальної форми власності, вимоги про проведення конкурсу не застосовуються.

Постановою Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1094 «Про затвердження Порядку проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров'я»⁶³ передбачено, що до оголошення конкурсу або на період проведення конкурсу орган управління тимчасово покладає виконання обов'язків або призначає виконувача обов'язків керівника закладу.

Тобто до проведення конкурсу необхідно призначити особу, яка буде тимчасово виконувати обов'язки керівника закладу охорони здоров'я, керуватиме до проведення конкурсу та виконає дії з державної реєстрації закладу.

63 URL: <http://zakon.rada.gov.ua/go/1094-2017-п>.

● Чи буде створено опікунську або спостережну раду?

При закладах охорони здоров'я з метою сприяння їх діяльності можуть утворюватися **опікунські ради**, до складу яких (за їхньою згодою) можуть включатися благодійники, представники громадськості та громадських об'єднань, благодійних, релігійних організацій, органів місцевого самоврядування, засобів масової інформації, волонтери та інші. Рішення про створення опікунської ради при закладі охорони здоров'я та положення про неї затверджуються наказом керівника закладу охорони здоров'я або уповноваженого органу.

Порядок функціонування, права та обов'язки опікунської ради визначається положенням про неї. Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 23.07.2014 № 517 затверджено Примірне положення про опікунську раду при закладі охорони здоров'я⁶⁴.

Примірним положенням до функцій опікунської ради віднесено:

- сприяння ефективній діяльності закладу охорони здоров'я шляхом участі у визначенні напрямів його розвитку та підготовці пропозицій з удосконалення його діяльності;
- участь у плануванні та здійсненні заходів щодо залучення додаткових ресурсів на цільові потреби закладу охорони здоров'я і пацієнтів;
- залучення коштів, які надійшли у вигляді благодійної допомоги, та інших ресурсів, залучення яких не заборонено законодавством України;
- здійснення громадського нагляду за використанням коштів, що надійшли до закладу охорони здоров'я у вигляді благодійної допомоги та з інших джерел, не заборонених законодавством України;
- надання потенційним благодійникам об'єктивної та обґрунтованої інформації (рекомендацій) щодо закупівлі медичного обладнання, медикаментів, необхідних для закладу охорони здоров'я;
- встановлення та підтримка взаємодії закладу охорони здоров'я з відповідними структурами, в тому числі закордонними, та сприяння в організації заходів з обміну досвідом;
- інформування громадськості про діяльність закладу охорони здоров'я та опікунської ради;
- представництво інтересів, захист прав пацієнтів та працівників закладу охорони здоров'я відповідно до законодавства України;
- інші завдання, пов'язані з розвитком громадянського суспільства, забезпеченням прав на охорону здоров'я та розвитком галузі охорони здоров'я, що мають важливе суспільне значення.

64 URL: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20140723_0517.html.

Оскільки положення є примірним, воно має рекомендаційний характер. За потреби на опікунську раду можуть покладатися також інші функції в межах, не заборонених законом.

Спостережна рада створюється за рішенням власника закладу охорони здоров'я вторинного і третинного рівнів. За бажанням власника спостережна рада може утворюватися в закладі ПМД.

Порядок утворення, права, обов'язки спостережної ради закладу охорони здоров'я і типові положення про неї затверджуються Кабінетом Міністрів України.

Метою діяльності спостережної ради є сприяння реалізації права громадян на участь в управлінні охороною здоров'я. До складу спостережної ради закладу охорони здоров'я, крім представників власника закладу охорони здоров'я (уповноваженого ним органу) та відповідних органів виконавчої влади та/або органів місцевого самоврядування, входять (за їхньою згодою) депутати місцевих рад, представники громадськості та громадських об'єднань, діяльність яких спрямована на захист прав у сфері охорони здоров'я, організацій, що здійснюють професійне самоврядування у сфері охорони здоров'я.

Спостережні ради розглядають питання, зокрема, щодо дотримання прав та забезпечення безпеки пацієнтів, додержання вимог законодавства при здійсненні медичного обслуговування населення закладом охорони здоров'я, фінансово-господарської діяльності закладу охорони здоров'я.

Крок 2. Прийняти рішення про утворення закладу охорони здоров'я

Після визначення та погодження проектів установчих документів власник приймає рішення, яким:

- затверджує (схвалює) рішення про створення суб'єкта;
- затверджує статут новоствореного суб'єкта;
- призначає керівника (тимчасового виконувача обов'язків керівника);
- передає майно (формує статутний капітал) закладу.

Крок 3. Провести державну реєстрацію

Порядок державної реєстрації новоствореного суб'єкта визначено статтею 17 Закону України «Про державну реєстрацію юридичних осіб, фізичних осіб – підприємців та громадських формувань». При поданні документів для державної реєстрації закладу охорони здоров'я закон допускає за принципом «єдиного вікна» одночасне обрання системи оподаткування. У випадку неподання документів одночасно з реєстрацією систему оподаткування необхідно буде обирати (реєструвати) окремо в органах Державної фіскальної служби України в строки, визначені законом для відповідної системи оподаткування.

Для державної реєстрації юридичної особи подаються такі документи:

- заява про державну реєстрацію створення юридичної особи;
- заява про обрання юридичною особою спрощеної системи оподаткування та/або реєстраційна заява про добровільну реєстрацію як платника податку на додану вартість, та/або заява про включення до Реєстру неприбуткових установ та організацій за формами, затвердженими відповідно до законодавства, – за бажанням заявника;
- примірник оригіналу (нотаріально засвідчену копію) рішення засновників, а у випадках, передбачених законом, – рішення відповідного державного органу про створення юридичної особи;
- установчий документ юридичної особи – у разі створення юридичної особи на підставі власного установчого документа.

Вимагати інші документи державному реєстраторові заборонено.

Після подання відповідної заяви державному реєстратору (або в електронному вигляді), за умови дотримання формальних вимог законодавства, відбувається внесення інформації про новостворений суб'єкт до Єдиного державного реєстру, і заклад може функціонувати.

У випадку якщо медичну практику здійснюватиме фізична особа – підприємець (ФОП), то реєстрація відбувається у більш спрощений спосіб.

Для реєстрації фізичної особи – підприємця необхідно подати державному реєстраторові (або в електронному вигляді):

- заяву про державну реєстрацію фізичної особи підприємцем;
- заяву про обрання фізичною особою спрощеної системи оподаткування та/або реєстраційну заяву про добровільну реєстрацію як платника податку на додану вартість за формою, затвердженою центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної податкової та митної політики, – за бажанням заявника.

Після подання відповідної заяви державному реєстраторові (або в електронному вигляді), за умови дотримання формальних вимог законодавства, відбувається внесення інформації про новостворений суб'єкт до Єдиного державного реєстру.

3.1.2. Ліцензування

Процедура отримання ліцензії визначається Законом України «Про ліцензування видів господарської діяльності» в редакції від 28.09.2017 № 222-19⁶⁵, постановою Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 № 285 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики»⁶⁶ та постановою Кабінету Міністрів України № 282 в редакції від 06.09.2016 «Деякі питання ліцензування господарської діяльності з культивування рослин, включених до таблиці I переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, затвердженого Кабінетом Міністрів України, розроблення, виробництва, виготовлення, зберігання, перевезення, придбання, реалізації (відпуску), ввезення на територію України, вивезення з території України, використання, знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, включених до зазначеного переліку»⁶⁷.

Закон України «Про ліцензування видів господарської діяльності» визначає виключний перелік документів, які подаються для отримання ліцензії, з урахуванням відповідних постанов. Вимагати додаткові документи забороняється.

65 URL: <http://zakon.rada.gov.ua/go/222-19>.

66 URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/285-2016-%D0%BF>.

67 URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/282-2016-%D0%BF>.

Відповідно до законодавства, для отримання **ліцензії на здійснення медичної практики** до Міністерства охорони здоров'я України подаються:

- заява про отримання ліцензії;
- відомості про стан матеріально-технічної бази та наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня. Перелік необхідної матеріально-технічної бази визначається відповідними наказами Міністерства охорони здоров'я про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення центру первинної медико-санітарної допомоги або сімейного лікаря (ФОП) відповідно. Слід звернути увагу, що вимірювальна техніка має пройти метрологічну повірку. До відомостей також вносяться реквізити документа, на підставі якого здійснюється користування приміщенням, та реквізити акта санітарно-епідеміологічного обстеження об'єкта. Якщо заклад надає виключно ПМД - реквізити акту санітарно-епідеміологічного обстеження не вказуються. Сторінки відомостей нумеруються, прошиваються, засвідчуються підписом уповноваженої особи та скріплюються печаткою суб'єкта господарювання (за наявності);
- опис документів, що подаються для одержання ліцензії (у двох примірниках).

Якщо фізична особа – підприємець відмовилась від отримання реєстраційного номеру облікової картки платника податків, до заяви додається копія паспорта керівника здобувача ліцензії (або довіреної особи) з відміткою в паспорті про право здійснювати будь-які платежі за серією та номером паспорта.

У разі провадження фізичною особою – підприємцем або юридичною особою медичної практики в декількох місцях відомості про стан матеріально-технічної бази, наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня заповнюються для кожного місця провадження окремо.

Форми заяви, додатків, а також вимоги до діяльності суб'єктів, що мають ліцензію, затверджено постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики».

Зараз розглядаються зміни до вказаної постанови, які спрощують умови та процес отримання ліцензії, зокрема в разі створення закладу охорони здоров'я внаслідок процедури реорганізації шляхом перетворення. Ці зміни передбачають можливість отримання ліцензії протягом двох місяців після реорганізації у спрощеному порядку на підставі розпорядчих рішень власника щодо процедури перетворення.

Окрім того, спрощується процедура отримання ліцензії на медичну практику фізичною особою – підприємцем.

Для отримання ліцензії на роботу з прекурсорами, наркотичними та психотропними речовинами необхідно подати до Державної служби України з лікарських засобів та контролю за наркотиками такі документи:

- заяву про отримання ліцензії;
- копію свідоцтва (посвідчення, сертифіката спеціаліста), що підтверджує професійну придатність керівника юридичної особи або керівника відповідного підрозділу юридичної особи, фізичної особи – підприємця, яка має ліцензію на провадження медичної або ветеринарної практики, для зайняття діяльністю з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, що ліцензується;
- довідку відповідного державного або комунального закладу охорони здоров'я про відсутність у працівників, які за своїми службовими обов'язками отримують (чи мають) доступ безпосередньо до наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, психічних розладів, пов'язаних зі зловживанням алкогольними напоями, наркотичними засобами чи психотропними речовинами, а також про відсутність серед зазначених працівників осіб, визнаних непридатними до виконання окремих видів діяльності (робіт, професій, служби), пов'язаних з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;
- довідку МВС про відсутність у працівників, які за своїми службовими обов'язками отримують (чи мають) доступ безпосередньо до наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, не знятої чи не погашеної в установленому порядку судимості за вчинення середньої тяжкості, тяжкого та особливо тяжкого злочину або за злочин, пов'язаний із незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, у тому числі вчинених за межами України;
- дозвіл Національної поліції на використання об'єктів та приміщень, призначених для провадження діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та їх відповідність встановленим вимогам;
- копію документа, що підтверджує право власності, або право користування, або спільного користування на об'єкти, на яких провадиться господарська діяльність з культивування рослин, включених до списку № 3 таблиці I переліку;
- відомості про стан матеріально-технічної бази суб'єкта господарювання, наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня. Сторінки відомостей нумеруються, прошиваються, засвідчуються підписом уповноваженої особи та скріплюються печаткою суб'єкта господарювання (за наявності);
- опис документів, що додаються до заяви про отримання ліцензії, у двох примірниках.

Форми заяви, додатків та вимоги до діяльності суб'єктів, що мають ліцензію, затверджено відповідною постановою Кабінету Міністрів України.

3.1.3. Акредитація

Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» внесено зміни до ст. 16 Закону України «Основи законодавства про охорону здоров'я», якими визначено, що заклади охорони здоров'я можуть добровільно проходити акредитацію в порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України. Новий порядок проходження акредитацій зараз розробляється.

Фізичні особи – підприємці, які здійснюють медичну практику, акредитацію не проходять.

Згідно з чинним порядком, перша акредитація закладу проводиться через два роки від початку провадження діяльності, наступні акредитації проводяться кожні три роки.

Порядок проходження акредитації затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 15.07.1997 № 765 «Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров'я»⁶⁸.

Акредитацію закладів проводять Головна акредитаційна комісія МОЗ та акредитаційні комісії, що утворюються при Міністерстві охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурних підрозділах охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських держадміністрацій. Акредитаційні комісії проводять акредитацію закладів (крім аптечних закладів) комунальної форми власності, що надають первинну та вторинну медичну допомогу, та приватної форми власності, що надають первинну медичну допомогу.

Для проведення акредитації до акредитаційної комісії подаються такі документи:

- заява про проведення акредитації;
- копія положення (статуту) закладу, засвідчена в установленому законодавством порядку (крім статуту, який оприлюднюється на порталі електронних сервісів відповідно до Закону України «Про державну реєстрацію юридичних осіб, фізичних осіб – підприємців та громадських формувань»);
- копії документів, що підтверджують речові права на нерухоме майно, в якому розташований заклад охорони здоров'я, та копії документів, що підтверджують право користування обладнанням, необхідним для надання медичної допомоги, засвідчені в установленому законодавством порядку;

68 URL: <http://zakon.rada.gov.ua/go/765-97-%D0%BF>.

- затверджена структура закладу;
- звіт про медичні кадри (за формою, затвердженою МОЗ);
- звіт закладу про лікувальну роботу та/або фармацевтичну діяльність, проведена за останні три роки, а в разі першої акредитації – за останні два роки (за формою, затвердженою МОЗ, відповідно до типу закладу);
- результати аналізу діяльності закладу щодо якості медичної допомоги та/або фармацевтичної діяльності та критерії її оцінки.

Відповідна головна акредитаційна або акредитаційна комісія у двомісячний строк з дня подання закладом заяви про проведення акредитації здійснює розгляд поданих закладом документів на предмет їх відповідності переліку, визначеному Порядком, та формує експертні групи для проведення оцінки відповідності закладу стандартам акредитації (далі – експертна оцінка).

На підставі розгляду поданих закладом документів, експертних висновків відповідна головна акредитаційна або акредитаційна комісія у місячний строк приймає рішення або про акредитацію закладу та присвоєння закладу певної акредитаційної категорії (другої, першої вищої), або про відмову в акредитації, або про необхідність проведення у місячний строк повторної експертної оцінки.

Відповідна головна акредитаційна або акредитаційна комісія протягом 10 робочих днів інформує заклад про прийняте рішення.

3.1.4. Спрощена система оподаткування для надавачів приватної форми власності

З метою зменшення податкового навантаження доцільно застосовувати спрощену систему оподаткування.

Спрощена система оподаткування, обліку та звітності – особливий механізм справляння податків та зборів, що встановлює заміну сплати окремих податків та зборів на сплату єдиного податку в порядку та на умовах, визначених Податковим кодексом України⁶⁹, з одночасним веденням спрощеного обліку та звітності (див. **Табл. 3.1.4.1**).

Юридична особа (наприклад, ЗОЗ) чи фізична особа – підприємець (наприклад, лікар) може самостійно обрати спрощену систему оподаткування, якщо така особа відповідає вимогам та реєструється платником єдиного податку в порядку,

⁶⁹ URL: <http://zakon.rada.gov.ua/go/2755-17>.

встановленому Податковим кодексом. Суб'єкти господарювання, які застосовують спрощену систему оподаткування, обліку та звітності, поділяються на чотири групи платників єдиного податку, дві з яких можуть бути застосовані при провадженні діяльності з медичної практики.

Таблиця 3.1.4.1. **Порівняльна таблиця ФОП та юридичної особи (III група) на спрощеній системі оподаткування**

ФОП (III група)	Юридична особа (III група)
Ставка встановлюється у відсотках від доходу (відсоткові ставки).	Ставка встановлюється у відсотках від доходу (відсоткові ставки).
<ul style="list-style-type: none"> ● 3% доходу – в разі сплати податку на додану вартість; ● 5% доходу – в разі включення податку на додану вартість до складу єдиного податку. 	<ul style="list-style-type: none"> ● 3% доходу – в разі сплати податку на додану вартість; ● 5% доходу – в разі включення податку на додану вартість до складу єдиного податку. <p>Операції з постачання медичного обслуговування закладами охорони здоров'я звільняються від сплати податку на додану вартість, окрім переліку послуг, визначених ст. 197.1.5 Податкового кодексу України.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Обсяг доходу не перевищує 5 000 000 гривень 	<ul style="list-style-type: none"> ● Обсяг доходу не перевищує 5 000 000 гривень

Єдиний соціальний внесок для фізичних осіб – підприємців, які обрали спрощену систему оподаткування, нараховується на суми, що визначаються такими платниками самостійно для себе, але не більше максимальної величини бази нарахування єдиного внеску. При цьому сума єдиного внеску не може бути меншою за розмір мінімального страхового внеску.

Платники єдиного податку звільняються від обов'язку нарахування, сплати та подання податкової звітності з таких податків та зборів:

- 1) податку на прибуток підприємств;
- 2) податку на доходи фізичних осіб у частині доходів (об'єкта оподаткування), що отримані в результаті господарської діяльності платника єдиного податку;

- 3) податку на додану вартість з операцій з постачання товарів, робіт та послуг, місце постачання яких розташоване на митній території України, крім податку на додану вартість, що сплачується фізичними особами та юридичними особами;
- 4) податку на майно (в частині земельного податку), крім земельного податку за земельні ділянки, що не використовуються платниками єдиного податку першої–третьої груп для провадження господарської діяльності та платниками єдиного податку четвертої групи для ведення сільськогосподарського товаровиробництва.

Порядок обрання спрощеної системи оподаткування

Суб'єкти господарської діяльності набувають статусу платника єдиного податку на підставі заяви.

Зареєстровані в установленому порядку фізичні особи – підприємці, які до закінчення місяця, в якому відбулася державна реєстрація, подали заяву про обрання спрощеної системи оподаткування та ставки єдиного податку, встановленої для другої групи, вважаються платниками єдиного податку з першого числа місяця, наступного за місяцем, у якому відбулася державна реєстрація.

Зареєстровані в установленому законом порядку суб'єкти господарювання (новостворені), які протягом 10 днів з дня державної реєстрації подали заяву про обрання спрощеної системи оподаткування та ставки єдиного податку, встановленої для третьої групи, яка не передбачає сплату податку на додану вартість, вважаються платниками єдиного податку з дня їх державної реєстрації.

3.1.5. Найм персоналу та робота за цивільно-правовими договорами

Трудовий договір

Заклад охорони здоров'я (ЗОЗ) приймає на роботу працівників з числа громадян України, іноземців та осіб без громадянства шляхом укладання з ними трудового договору відповідно до Кодексу законів про працю України⁷⁰.

Іноземці та особи без громадянства, які постійно проживають в Україні, а також

⁷⁰ URL: <http://zakon.rada.gov.ua/go/322-08>.

яким надано статус біженця в Україні, мають право працювати в ЗОЗ на підставах і в порядку, встановлених для громадян України. Іноземці та особи без громадянства, які прибули в Україну для працевлаштування на певний строк, можуть бути прийняті на роботу тільки за наявності отриманої у встановленому порядку посвідки на тимчасове проживання.

При прийнятті на роботу працівник зобов'язаний надати:

- паспорт або інший документ, що посвідчує особу (тимчасове посвідчення, що підтверджує особу громадянина; дипломатичний паспорт; посвідку на постійне або тимчасове проживання тощо);
- картку платника податків про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків (раніше – ідентифікаційного номера), крім осіб, які мають право здійснювати будь-які платежі за серією та номером паспорта і мають про це відмітку в паспорті;
- диплом або інший документ про освіту або професійну підготовку;
- свідоцтво про загальнообов'язкове державне соціальне страхування (не пред'являють особи, які працевлаштовуються вперше);
- військовий квиток або тимчасове посвідчення (для військовозобов'язаних);
- посвідчення про приписку до призовної дільниці (для призовників);
- трудову книжку (за винятком випадків, коли працівник влаштовується на роботу вперше або на умовах сумісництва).

З перерахованих вище документів знімаються копії (окрім трудової книжки), оригінали документів повертаються працівнику.

Укладення трудового договору оформлюється наказом ЗОЗ, виданим на підставі особистої письмової заяви працівника про прийом на роботу. У наказі зазначаються: посада відповідно до штатного розпису; дата, з якої працівник приступає до виконання службових обов'язків; тривалість випробувального строку, якщо такий встановлюється; особливості режиму роботи тощо. Працівник під підпис ознайомлюється з таким наказом.

Працівнику присвоюється табельний номер, на нього оформлюється особова картка (типова форма П-2, затверджена спільним наказом Державного комітету статистики України та Міністерства оборони України від 25.12.2009 № 495/65671), та формується особова справа. До особової справи вносяться копії вищезазначених документів, заява працівника про прийом на роботу, витяг із наказу про прийом на роботу та інші документи.

71 URL: http://ukrstat.gov.ua/norm_doc/2009/495/495_2009.htm.

Важливо: до початку роботи працівника за укладеним трудовим договором до територіальних органів Державної фіскальної служби України за місцем обліку ЗОЗ як платника єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування подається повідомлення про прийняття працівника на роботу (постанова Кабінету Міністрів України від 17.06.2015 № 41372 «Про порядок повідомлення Державної фіскальної служби та її територіальних органів про прийняття працівника на роботу»).

У перший день виходу працівника на роботу до початку робочого дня відповідальний представник ЗОЗ зобов'язаний:

- ознайомити працівника під підпис з правилами внутрішнього трудового розпорядку та роз'яснити йому його права та обов'язки;
- визначити працівнику робоче місце, забезпечити його всіма необхідними для роботи засобами;
- проінструктувати під підпис щодо правил техніки безпеки, охорони праці та протипожежної безпеки;
- ознайомити з посадовою інструкцією.

Важливо: фізичні особи – підприємці обов'язково мають укласти трудові договори у письмовому вигляді. (п. 6 ч. 1 ст. 24 КЗпП). Форма договору визначена наказом Міністерства праці та соціальної політики України від 08.06.2001 № 26073.

Виконання робіт за цивільно-правовим договором

Для виконання статутних завдань ЗОЗ можуть залучати: фізичних осіб (для виконання робіт, які не підлягають ліцензуванню), фізичних осіб – підприємців, юридичних осіб на підставі цивільно-правових договорів (ЦПД).

При укладенні договору з фізичною особою – підприємцем або юридичною особою необхідно отримати:

- виписку (витяг) з Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб – підприємців та громадських формувань;
- витяг з Реєстру платника єдиного податку (якщо фізична особа – підприємець або юридична особа перебуває на спрощеній системі оподаткування);
- ліцензію на здійснення медичної практики (за потреби).

72 URL: <http://zakon.rada.gov.ua/go/413-2015-п>.

73 URL: <http://zakon.rada.gov.ua/go/z0554-01>.

Договір про виконання робіт (надання послуг), як правило, укладається у простій письмовій формі.

Важливо правильно визначати предмет договору, коли договір укладається з фізичною особою, оскільки трудовий договір і цивільно-правовий договір із залучення спеціаліста мають суттєві відмінності. Неточність формулювання умов договору може мати наслідком зауваження з боку Державної фіскальної служби.

Метою укладання трудового договору є організація процесу праці. Відповідно, предметом є сам процес праці, тобто виконання певної роботи (певних трудових функцій) за конкретною кваліфікацією, професією, посадою. За ЦПД процес організації праці залишається за його рамками, метою договору є отримання певного матеріального результату.

Відповідно до вимог трудового договору, роботодавець зобов'язаний регулярно виплачувати заробітну плату за виконану роботу в установлені для її виплати строки, а її розмір не може бути нижчим за мінімальну заробітну плату.

Водночас, за ЦПД оплачується не процес праці, а її результати, котрі визначаються після закінчення роботи і оформлюються актами здавання-приймання виконаних робіт (наданих послуг), на підставі яких провадиться їх оплата. Договором також може бути передбачено попередню або поетапну оплату.

Слід пам'ятати, що ЗОЗ (або ФОП), який уклав договір підряду з фізичною особою, виступає його податковим агентом (тобто є відповідальним за облік та сплату податків та обов'язкових платежів за цю особу).

3.2. АВТОНОМІЗАЦІЯ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

Цей розділ стосується державних та комунальних закладів охорони здоров'я, які мають намір змінити організаційно-правову форму з метою отримання більшої управлінської автономії та переходу на нову модель фінансування у рамках реформи охорони здоров'я.

У розділі описано процедуру реорганізації шляхом перетворення. Цивільний кодекс України визначає ще такі види реорганізації, як поділ, виділ, злиття та приєднання, які загалом є менш актуальними для процедури реорганізації ЗОЗ.

Перетворення ЗОЗ на комунальні некомерційні підприємства сприяє збільшенню господарської та фінансової автономії (самостійності) та управлінської гнучкості комунальних закладів охорони здоров'я, формуванню у них стимулів для поліпшення якості медичного обслуговування населення і водночас підвищення економічної ефективності використання активів.

Чинне законодавство України надає можливість власникам публічних закладів охорони здоров'я (відповідним територіальним громадам, від імені яких право комунальної власності здійснюють відповідні місцеві ради) перетворювати належні їм на підставі зазначеного права ЗОЗ, що нині мають статус бюджетних установ, на комунальні унітарні некомерційні підприємства.

Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» (Закон про автономізацію), що був прийнятий 06 квітня 2017 року № 2002-VIII спростив процедуру перетворення до кінця 2018 року

МОЗ підготовлено оновлену версію Методичних рекомендацій з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ на комунальні некомерційні підприємства⁷⁴, які враховують зміни до законодавства.

Методичні рекомендації детально розглядають питання:

1. Створення КНП внаслідок перетворення.
2. Правового регулювання діяльності КНП.
3. Фінансування.

⁷⁴ Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства. Оновлена версія. URL: http://moz.gov.ua/uploads/0/3562-moz_metod_recomendations_autonomization_2018_ua_final_web.pdf

В цьому Операційному керівництві наведено дорожню карту процесу перетворення.

Процедура автономізації полягає у проходженні формальної процедури зміни організаційно-правової форми суб'єкта з одного виду – установи – на інший – підприємство (див. **Розділ 3.1.1**).

Реорганізація підприємства включає два етапи та вісім основних кроків (див. **Табл. 3.2.1**):

- 1) підготовчий етап (кроки щодо припинення установи 1–6);
- 2) утворення підприємства- правонаступника (кроки 6–8).

Таблиця 3.2.1. **Основні кроки реорганізації закладу охорони здоров'я з установи в підприємство**

№	Дія	Суб'єкт, який вчиняє дію	Коментар
1.	Прийняття рішення про перетворення	Власник (орган, до відання якого належить ЗОЗ)	Рішення має містити такі положення: <ol style="list-style-type: none"> 1. Перетворення ЗОЗ з установи на відповідне підприємство. 2. Встановлений строк для заявлення вимог кредиторами (від 2 до 6 місяців). 3. Персональний склад комісії з перетворення.
2.	Подання державному реєстратору заяви про початок процедури перетворення (здійснюється протягом трьох днів)	Голова комісії з перетворення	Важливо: до комісії з перетворення переходять повноваження з управління підприємством.
3.	Проведення інвентаризації майна закладу	Комісія з перетворення	

Продовження Таблиці 3.2.1

№	Дія	Суб'єкт, який вчиняє дію	Коментар
4.	Оцінка майна	Комісія з перетворення / суб'єкт оціночної діяльності	Важливо: у період до 31.12.2018 не застосовуються положення про обов'язкову оцінку майна (перехідні положення Закону України від 06.04.2017 № 2002 «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» ⁷⁴).
5.	Підготовка передавального акта	Комісія з перетворення	Акт визначає майно та зобов'язання, які передаються до підприємства- правонаступника.
6.	Прийняття рішення про затвердження: <ul style="list-style-type: none"> • передавального акта; • статуту нового підприємства (Додаток 10) 	Власник (уповноважений орган) / виконавчий орган	Рішення може приймати виконавчий орган відповідної ради, якщо його було на це уповноважено (див. п. 1). Важливо: це рішення є за своєю суттю рішенням про створення нового суб'єкта (про створення закладу охорони здоров'я див. Розділ 3.1.1).
7.	Подання державному реєстратору заяви про реєстрацію новоствореної юридичної особи у зв'язку з перетворенням	Голова комісії з перетворення	Разом з поданням відповідних документів щодо перетворення є можливість подати заяву про внесення підприємства до реєстру неприбуткових установ, організацій. З моменту проведення реєстраційної дії правонаступник є створеним.

75 URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/2002-19>.

Закінчення Таблиці 3.2.1

№	Дія	Суб'єкт, який вчиняє дію	Коментар
8.	Внесення статутного капіталу, визначеного рішенням та статутом	Власник (або уповноважений орган)	
	Внесення змін до фінансової документації	Фінансове управління власника	За необхідності внесення змін до бюджету власником
	Внесення змін до трудових книжок працівників ЗОЗ	Відділ кадрів ЗОЗ	Вноситься запис про зміну найменування ЗОЗ у зв'язку з проведенням реорганізації.
	Відкриття рахунків у банках, приведення у відповідність рахунків у Державному казначействі	Керівник ЗОЗ	
	Підготовка і подання документів для отримання ліцензії на здійснення медичної практики і роботу з наркотичними речовинами та прекурсорами	Керівник ЗОЗ	Згідно з ч. 4 ст. 15 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності», ліцензії зберігають свою дію протягом трьох місяців з дня реєстрації правонаступника. За цей час необхідно отримати нові ліцензії.

Важливо: пунктом 3 Прикінцевих положень Закону України від 06.04.2017 № 2002 «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» було встановлено, що до 31 грудня 2018 року:

- 1) кредитори державних та комунальних закладів охорони здоров'я, що реорганізуються, не вправі вимагати від них виконання незабезпечених зобов'язань, припинення або дострокового виконання зобов'язання або забезпечення виконання зобов'язання. Згода кредитора на заміну боржника у зобов'язанні у такому разі не вимагається;

- 2) обов'язкова оцінка майна, передбачена Законом України «Про оцінку майна, майнових прав та професійну оціночну діяльність в Україні», для закладів охорони здоров'я, що реорганізуються, не застосовується;
- 3) звільнення працівників закладів, що реорганізуються, допускається лише у разі, якщо неможливо перевести працівника за його згодою на іншу роботу;
- 4) казенні підприємства та комунальні некомерційні підприємства, що утворюються в результаті реорганізації державних та комунальних закладів охорони здоров'я – бюджетних установ, є правонаступниками всіх прав та обов'язків відповідних бюджетних установ. Органи, що здійснюють управління майном відповідних державних та комунальних закладів охорони здоров'я – бюджетних установ, передають відповідним казенним підприємствам та комунальним некомерційним підприємствам, що утворюються в результаті реорганізації таких установ, майно, що входить до цілісного майнового комплексу державного чи комунального закладу охорони здоров'я – бюджетної установи, яким користувалися на законних підставах ці заклади. Майно, що передається від державних та комунальних закладів охорони здоров'я – бюджетних установ відповідно до казенних підприємств та комунальних некомерційних підприємств, утворених у результаті реорганізації, закріплюється за ними на праві оперативного управління;
- 5) передача нерухомого майна від державних та комунальних закладів охорони здоров'я – бюджетних установ до казенних підприємств та комунальних некомерційних підприємств, що утворюються в результаті реорганізації таких закладів, здійснюється на підставі даних бухгалтерського обліку відповідних бюджетних установ щодо такого майна та результатів обов'язкової його інвентаризації.

3.3. ПОДАТКОВА ЗВІТНІСТЬ

3.3.1. Податкова звітність для різних суб'єктів господарювання

Звітний (податковий) період для платників єдиного податку (ЄП) III групи (юридичних осіб та ФОП) — календарний квартал (три місяці).

Важливо! ФОП повинен подавати звітність навіть тоді, коли не провадиться діяльність і не отримується дохід.

Податкова звітність подається одним зі способів (особисто, поштою або в електронному вигляді; див. **Рис. 3.3.1.1**) раз на квартал протягом 40 календарних днів, що настають за останнім календарним днем звітного (податкового) кварталу (пп. 49.18.2 Податкового кодексу України⁷⁷). Якщо останній день подання припадає на вихідний або святковий день, подати декларацію можна наступного за ним робочого дня.

Податкова декларація

- за I квартал декларація подається до 10 травня;
- за півріччя — до 9 серпня;
- за три квартали — до 9 листопада;
- за чотири квартали (річна) — до 9 лютого за минулий звітний рік.

Форми податкової декларації відрізняються для ФОП та юридичної особи (чинні версії документів затверджено наказом Міністерства фінансів України від 19.06.2015 № 578)⁷⁸.

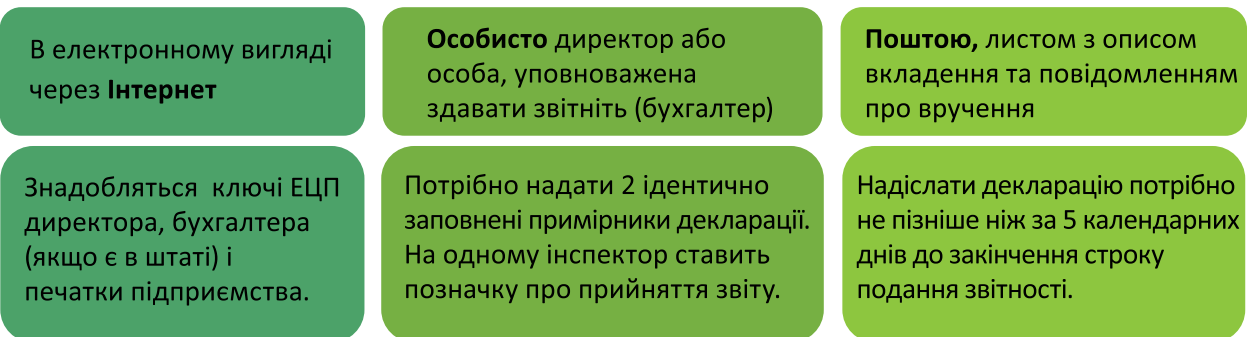
Податкова декларація, заповнена наростаючим підсумком з початку року у гривнях з двома десятковими знаками після коми, подається до контролюючого органу за місцем податкової адреси.

Декларація ПДВ (для платників ПДВ) надається щомісяця протягом 20 календарних днів після закінчення звітного місяця або щокварталу (40 календарних днів після закінчення звітного кварталу).

77 URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2755-17/page10>.

78 URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0799-15>.

Рисунок 3.3.1.1. Способи подання податкової декларації до контролюючого органу



Задекларовану суму єдиного податку (ЄП) (та ПДВ для платників ПДВ) потрібно сплатити протягом 10 днів від дня закінчення строку подання декларації, тобто не пізніше 50 днів після завершення звітного кварталу. Якщо останній день сплати припадає на вихідний, то останнім днем строку вважається попередній йому робочий день (Табл. 3.3.1.1).

Таблиця 3.3.1.1. Порівняльна таблиця звітності та податків ФОП та юридичної особи (III група) на загальній системі оподаткування

	Кількість співробітників	Звітність	Податки на 1 найманого співробітника
ФОП (III група)	Необмежена	<ul style="list-style-type: none"> Звіт ЄСВ: щомісяця до 20-го числа. Звіт 1ДФ: 1 раз на квартал не пізніше 40 календарних днів після закінчення кварталу. 	<ul style="list-style-type: none"> ЄСВ: 22% від мінімальної заробітної плати (за рахунок ФОП). ПДФО (18%) та військовий збір (1,5%) від нарахованої заробітної плати співробітника.
Юридична особа (III група)	Необмежена	<ul style="list-style-type: none"> Звіт ЄСВ: щомісяця до 20-го числа. Звіт 1ДФ: 1 раз на квартал не пізніше 40 календарних днів після закінчення кварталу 	<ul style="list-style-type: none"> ЄСВ: 22% від мінімальної заробітної плати (за рахунок юридичної особи). ПДФО (18%) та військовий збір (1,5%) від нарахованої заробітної плати співробітника.

Стаття 47 Податкового Кодексу України⁷⁹ регламентує перелік осіб, які несуть відповідальність за неподання, порушення порядку заповнення документів податкової звітності, порушення строків їх подання контролюючим органам, недостовірність інформації, наведеної в зазначених документах.

Штраф за неподання або невчасне подання звітності (податкової декларації з ЄП або з ПДВ) – 170 гривень, при повторному порушенні протягом року – 1 020 гривень за кожне таке неподання або несвоєчасне подання (п. 120.1 Податкового кодексу України⁸⁰).

Штраф за неподання або невчасне подання звітності з ЄСВ – 170 гривень (ст. 25 Закону України «Про збір та облік єдиного внеску на загальнообов’язкове державне соціальне страхування»⁸¹ (Табл. 3.3.1.2)).

Таблиця 3.3.1.2. Санкції за несвоєчасну сплату (несплату) податків⁸²

Вид порушення	ФОП (III група)	Юридична особа на спрощеній системі
Несвоєчасна сплата або несплата ЄСВ (ст. 25 Закону України «Про збір та облік єдиного внеску на загальнообов’язкове державне соціальне страхування» ⁸²)	На суму недоїмки нараховується пеня з розрахунку 0,1% суми недоплати за кожний день прострочення платежу. Штраф у розмірі 20% своєчасно не сплачених сум.	На суму недоїмки нараховується пеня з розрахунку 0,1% суми недоплати за кожний день прострочення платежу. Штраф у розмірі 20% своєчасно не сплачених сум.
Несвоєчасна сплата або несплата ПДФО та ЄП (ФОП) / ПДФО, податку на прибуток, ПДВ та ЄП (юридична особа)	При затримці оплати до 30 днів – штраф 10% від суми недоплати. При затримці оплати до 60 днів – штраф 20% від суми недоплати. На суму податкового боргу нараховується пеня 120% річних.	При затримці до 30 днів – штраф 10% від суми недоплати. При затримці оплати до 60 днів – штраф 20% від суми недоплати На суму податкового боргу нараховується пеня 120% річних.

79 URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2755-17/page9>.

80 URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2755-17/page17>.

81 URL: <https://zakon.help/law/2464-VI/nopagination>.

82 Підприємець може добровільно сплачувати підвищену ставку ЄСВ. Для цього необхідно укласти договір з фіскальною службою, тоді сплачувати внесок доведеться щомісяця, якщо це обумовлено договором.

Перелік податків, які повинен сплачувати суб'єкт господарювання зі спрощеною системою оподаткування (III група) залежно від форми господарювання, наведено в Табл. 3.3.1.3.

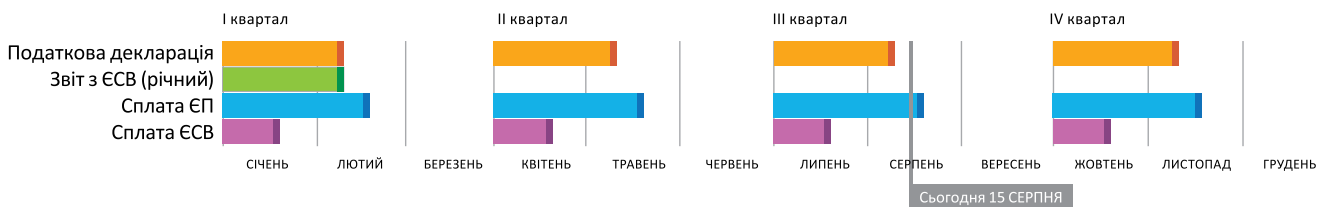
Таблиця 3.3.1.3. **Перелік податків, які повинен сплачувати суб'єкт господарювання зі спрощеною системою оподаткування (III група) залежно від форми господарювання**

Вид податку	Фізична особа – підприємець	Юридична особа	Термін сплати
Єдиний податок (5%)	+	+	Щоквартально (не пізніше 50 календарних днів після закінчення кожного кварталу)
ЄСВ (22%)	+	+	Щоквартально (до 20 числа місяця, наступного за звітним кварталом)
ПДФО з дивідендів (5%)		+	У день виплати доходу
ПДФО (18%)	-/+*	+	У день виплати зарплати
Військовий збір (1,5%)	-/+*	+	У день виплати зарплати / доходу

* У випадку наявності найманих працівників: за кожного працівника за рахунок ФОП сплачується ЄСВ (22%), за рахунок співробітника сплачуються ПДФО (18%), військовий збір (1,5%).

Податковий календар для платників єдиного податку (ЄП) III групи (юридичних осіб та ФОП) наведено на Рис. 3.3.1.2.

Рисунок 3.3.1.2. **Календар подання звітів до відділення Пенсійного фонду та податкової служби?**



3.3.2. Єдиний соціальний внесок на загальнообов'язкове державне соціальне страхування (ЄСВ)

Єдиний соціальний внесок (ЄСВ) – обов'язкові відрахування на загальнодержавне соціальне страхування. Він є внеском у загальнодержавну систему соціального страхування з метою захисту у випадках, передбачених законодавством, прав застрахованих осіб на отримання страхових виплат. Єдиний соціальний внесок сплачується на рахунки органів доходів і зборів за місцем обліку підприємця.

Підприємець сплачує ЄСВ за себе і за кожного найманого робітника. Для підприємців на спрощеній системі застосовується ставка 22%. Розмір бази оподаткування підприємці на спрощеній системі можуть обирати самостійно в межах від мінімальної заробітної плати до 25 прожиткових мінімумів для працездатних осіб. Враховується мінімальна заробітна плата, встановлена для місяця, за який здійснюється відрахування. Сплата ЄСВ з мінімальної заробітної плати гарантує підприємцю мінімальну пенсію.

Основні відомості про єдиний соціальний внесок на загальнообов'язкове страхування для ФОП на єдиному податку подано в **Табл. 3.3.2.1.**

Таблиця 3.3.2.1. **ЄСВ для ФОП на спрощеній системі оподаткування (єдиному податку)**

Частота сплати внеску	Раз на квартал.
Розмір	За місяць у мінімальному розмірі 22% ⁸³ від мінімальної заробітної плати, встановленої на момент сплати.
Термін	Не пізніше 20-го числа місяця, наступного за кварталом, за який він сплачується.
Штрафні санкції за невчасну сплату або несплату внеску	Крім суми боргу, необхідно сплатити: <ul style="list-style-type: none"> ● штраф у розмірі 20% несплачених або невчасно сплачених сум ЄСВ; ● пеню, що становить 0,1% суми недоплати ЄСВ за кожен день прострочення платежу.
Хто звільнений від сплати ЄСВ	ФОП, які обрали спрощену систему оподаткування, якщо вони є пенсіонерами за віком або особами з інвалідністю та отримують відповідно до закону пенсію за віком або соціальну допомогу інвалідів (ч. 4 ст. 4 Закону України «Про збір та облік єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування»)

⁸³ Підприємець може добровільно сплачувати підвищену ставку ЄСВ. Для цього необхідно укласти договір з фіскальною службою, тоді сплачувати внесок доведеться щомісяця, якщо це обумовлено договором.

Основні відомості про звітність за ЄСВ для ФОП на єдиному податку наведено в Табл. 3.3.2.2.

Таблиця 3.3.2.2. Звітність за ЄСВ для ФОП на спрощеній системі оподаткування (єдиному податку)

Звітний період	Календарний рік.
Частота подання звітності	1 раз на рік.
Звітна форма	Звіт про суми нарахованого доходу застрахованих осіб та суми нарахованого єдиного внеску подається за формою № Д5 згідно з Додатком 5 до Порядку формування та подання страхувальниками звіту щодо сум нарахованого єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування із зазначенням типу форми «Початкова» (обов'язкові платежі з внеску, які ФОП сплачує за себе як застрахована особа).
Термін подання	До 10-го лютого, наступного за звітним періодом. Якщо останній день подання звіту припадає на вихідний, святковий або неробочий день, то граничний строк переноситься на наступний за ним робочий день (п. 14 розд. II Наказу Мінфіну «Про затвердження Порядку формування та подання страхувальниками звіту щодо сум нарахованого єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування» № 441 ⁸⁴).
Місце подання	До органів доходів і зборів.
Штрафні санкції за невчасне подання або неподання звітності з ЄСВ	170 грн.
Хто подає	Усі підприємці, які сплачують внесок, незалежно від того, провадять вони підприємницьку діяльність чи ні (п. 13 розд. II наказу Міністерства фінансів України «Про затвердження Порядку формування та подання страхувальниками звіту щодо сум нарахованого єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування» № 441). При цьому сума внеску, сплачена ФОП-єдинником і відображена у звіті, не може бути меншою за розмір мінімального внеску.
Хто звільняється від подання звітності	ФОП, які обрали спрощену систему оподаткування, якщо вони є пенсіонерами за віком або особами з інвалідністю та отримують відповідно до закону пенсію за віком або соціальну допомогу.

84 URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0460-15>.

Страхувальники, які використовують працю фізичних осіб на умовах трудового договору (контракту) або на інших умовах, передбачених законодавством, чи за цивільно-правовими договорами (крім цивільно-правового договору, укладеного з ФОП, якщо виконувані роботи (надавані послуги) відповідають видам діяльності, зазначеним у Єдиному державному реєстрі юридичних осіб, фізичних осіб – підприємців та громадських формувань), у частині подання звіту за таких осіб, зобов'язані формувати та подавати до органів доходів і зборів звіт протягом 20 календарних днів, що настають за останнім днем звітного періоду. Звітним періодом є календарний місяць.

Звіт про суми нарахованої заробітної плати (доходу, грошового забезпечення, допомоги, компенсації) застрахованих осіб та суми нарахованого єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування до органів доходів і зборів подається за формою № Д4 згідно з додатком 4 до наказу Міністерства фінансів України № 441 «Про затвердження Порядку формування та подання страхувальниками звіту щодо сум нарахованого єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування».

Звіт до органів доходів і зборів подається страхувальником або відповідальною особою страхувальника за місцем взяття на облік як платника єдиного внеску в органах доходів і зборів одним зі способів: особисто, в електронному вигляді або поштою (див. Рис. 3.3.2.2).

Рисунок 3.3.2.2. **Способи подання звітності щодо ЄСВ**

А. Засобами електронного зв'язку в електронній формі

Знадобляться ключі ЕЦП.

Надсилається не пізніше закінчення останньої години дня, в якому спливає граничний строк подання звіту.

Б. Звітна форма на паперових носіях, засвідчена підписом керівника страхувальника та скріплена печаткою (за наявності) + електронна форма на електронних носіях.

Якщо у страхувальника кількість застрахованих осіб **не перевищує 5:**

В. На паперових носіях

Г. Надсилання поштою з повідомленням про вручення та з описом вкладення

Якщо юридична особа або ФОП не використовує працю фізичних осіб на умовах трудового договору (контракту) або на інших умовах, передбачених законодавством, звіт за найманих працівників до органів доходів і зборів не подається.

Заповнення звіту за формою № Д5

Діє форма № Д5 «Звіт про суми нарахованого доходу застрахованих осіб та суми нарахованого єдиного внеску за ____ рік». Слід пересвідчитися, що при звітуванні використано останню редакцію цієї форми. На сьогоднішній день актуальною є редакція форми в редакції наказу Міністерства фінансів України від 11.04.2016 № 441⁸⁵.

Подаються титульна сторінка і Таблиця 2 форми № Д5. Якщо у звіті не заповнено обов'язкових реквізитів або не подано всіх необхідних таблиць, він вважається неподаним.

Заповнювати звіт потрібно українською мовою, суми вносити у гривнях з копійками. Порожні рядки слід прокреслювати.

Якщо звіт заповнюється від руки, необхідно:

- використовувати ручку з чорним або синім чорнилом;
- писати друкованими літерами;
- не виходити за межі клітинок;
- проставляти знаки (крапки, коми тощо) в окремі клітинки.

Юридичні особи III-ї групи не можуть провадити діяльність без найманих працівників. Хоча б один працівник – директор – на підприємстві має бути обов'язково. За найманих працівників підприємство зобов'язане сплачувати єдиний соціальний внесок на загальних підставах, як і будь-який роботодавець.

Також юридична особа виконує функції податкового агента, коли нараховує (виплачує) доходи, що обкладаються податком на доходи фізичних осіб (ПДФО), на користь фізичної особи, що перебуває з нею у трудових або цивільно-правових відносинах.

85 URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0460-15/paran449#n449>.

4

УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ПМД



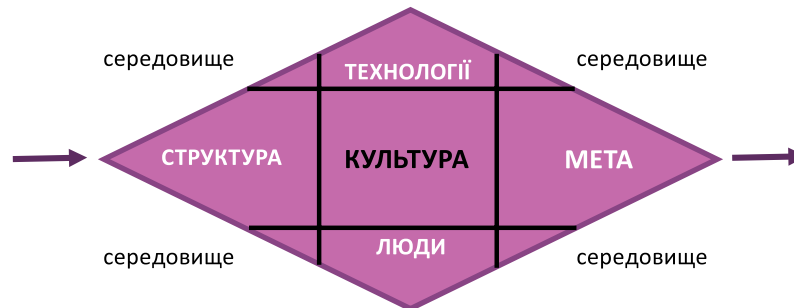
- 4.1. ● ПРИНЦИПИ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМ ЗАКЛАДОМ
- 4.2. ● ПЕРЕЛІК ПОСЛУГ
- 4.3. ● РОЗРАХУНОК КАДРОВИХ ПОТРЕБ
- 4.4. ● ЗАЛУЧЕННЯ ПЕРСОНАЛУ ТА СТИМУЛИ
- 4.5. ● ПІДПИСАННЯ ДЕКЛАРАЦІЙ ПРО ВИБІР ЛІКАРЯ
- 4.6. ● ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОБЛАДНАННЯМ ТА ЛІКАМИ
- 4.7. ● ТЕЛЕМЕДИЦИНА
- 4.8. ● ПОРЯДОК ОТРИМАННЯ ФІНАНСУВАННЯ
- 4.9. ● СКЛАДАННЯ БЮДЖЕТУ
- 4.10. ● ПІДКЛЮЧЕННЯ ТА ВЕДЕННЯ ЕЛЕКТРОННОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
- 4.11. ● ВЕДЕННЯ МЕДИЧНОЇ ЗВІТНОСТІ
- 4.12. ● ЯКІСТЬ ПОСЛУГ ПМД
- 4.13. ● КУЛЬТУРА СЕРВІСУ ТА РОБОТА З КЛІЄНТАМИ

4.1. ПРИНЦИПИ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМ ЗАКЛАДОМ

Менеджмент у медичному закладі первинного рівня

Менеджмент – це організація праці закладу для досягнення визначених цілей. Організація розглядається як відкрита система, розвиток якої визначається її взаємодією із зовнішнім середовищем (див. **Рис. 4.1.1**). Швидкість пристосування організації до змін зовнішнього середовища визначає її успішність.

Рисунок 4.1.1. Внутрішнє та зовнішнє середовище організації



Культура організації – це сукупність сталих патернів (стереотипів) думки та поведінки персоналу, що визначають сутність організації. Культуру ще інколи визначають словами «Тут у нас так прийнято...» Культура формується разом з організацією та впливає на її подальшу діяльність на всіх рівнях, зберігаючи її єдність, але й заважаючи змінам.

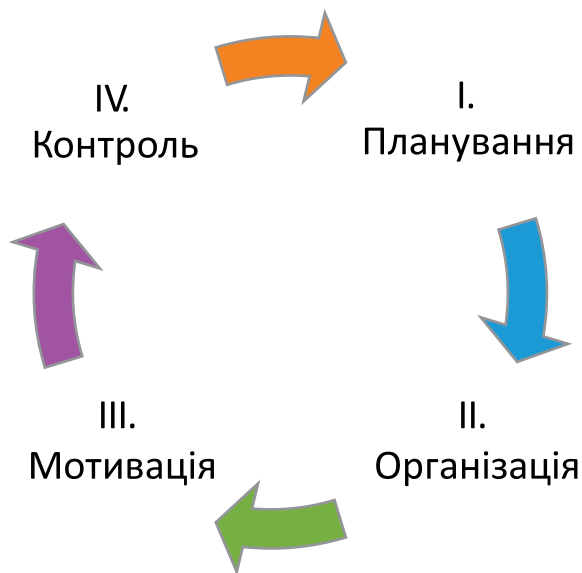
Через те що всі без винятку медичні заклади України сформувались в адміністративно-командній культурі, керівництво стикатиметься з типовими проблемами трансформації цієї культури, основними рисами якої в закладах первинного рівня медичної допомоги є:

1. Абсолютна централізація всіх управлінських рішень, концентрація повноважень «нагорі».
2. Тарифна сітка як принцип визначення мотивації персоналу, за яким стимулюються лояльність до професії та категорія лікаря, що за умов напівзруйнованої системи підвищення кваліфікації веде до зрівнялівки, повністю відірваної від реальної кваліфікації лікаря.

3. Наслідком перших двох рис є виняткова пасивність і несаможиттєвість персоналу у вирішенні організаційних питань.
4. Наслідком другої риси є цілковита відсутність інтересу медичних працівників до пацієнта (в кращому випадку в ньому бачать «випадок», хворобу, але не людину з її пріоритетами та бажаннями), що, у свою чергу, зумовлює відсутність клієнтського сервісу в закладах охорони здоров'я.
5. Відсутність виокремленої управлінської функції: директором організації є головний лікар, який часто є ще й практикуючим лікарем, що в більшості випадків призводить до конфлікту між управлінською та виконавчою функціями; головний лікар часто є радше адміністратором, ніж менеджером або лідером.
6. Визначеність «згори» певних параметрів, які для автономних закладів встановлює керівник закладу (наприклад, принципи та розмір мотивації персоналу, інвестиції тощо).

Нова система фінансування кидає виклик усім цим особливостям корпоративної культури і, зокрема, вимагає від головного лікаря навичок оперативного і стратегічного менеджменту, здатності очолити радикальні перетворення, допомогти персоналу адаптуватись до нових вимог. Від персоналу вимагається зосередженість на клієнті, вибір якого визначатиме обсяг фінансування практики сімейного лікаря.

Рисунок 4.1.2. Цикл управління



Ключові дії менеджера розкриваються в моделі «Цикл управління» (див. Рис. 4.1.2).

Розглянемо послідовно всі чотири фази циклу менеджменту в контексті управління медичним закладом.

Планування

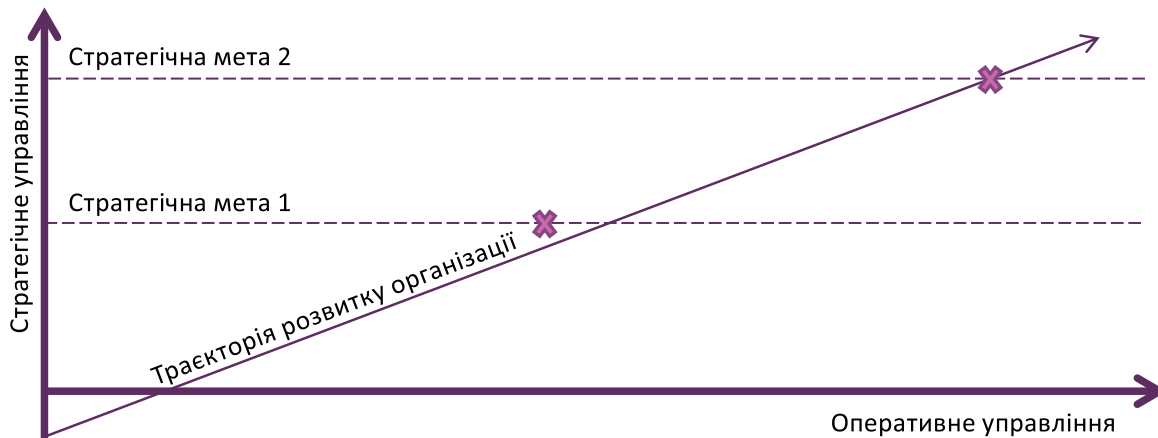
У процесі планування організація визначає мету свого існування, довгострокові та короткострокові цілі, а також необхідні кроки для реалізації цілей із залученням ресурсів.

В організації виділяють два рівні управління:

- стратегічне управління;
- оперативне управління (наприклад, управління часом прийому пацієнтів, управління ресурсами).

Стратегічне управління забезпечує визначення напрямку розвитку організації, а оперативне управління забезпечує сталий рух компанії у цьому напрямі (див. **Рис. 4.1.3**).

Рисунок 4.1.3. Співвідношення стратегічного та оперативного управління в організації



Стратегічне планування – це визначення напрямку розвитку організації на довгостроковий (три роки) та короткостроковий (один рік) період. Продуктами стратегічного планування є бачення (також використовують термін «візія») – «картинка» бажаного майбутнього організації, місія та цінності (базові принципи організації та сенс її буття), а також стратегії (способи) реалізації бачення з урахуванням зовнішніх та внутрішніх обставин.

Попри певну декларативність, базові документи компанії відіграють важливу роль у процесі планування: погоджені принципи і напрям розвитку дають можливість зосередитись на виборі стратегії. Стратегічне планування, здійснене вперше, – досить тривала та трудомістка процедура, оскільки під час зустрічей робочої групи формуються засади іншої культури, стратегічна команда вчиться приймати управлінські рішення та перевіряє задекларовані цінності на справжність. Спільно напрацьовані в колективі бачення та місія формують міцний фундамент подальшого розвитку компанії.

Приклад місії педіатричного центру

Дбати про здоров'я дітей, забезпечуючи найсучасніше і якісне педіатричне обслуговування від народження до 18 років.

Приклад цінності педіатричного центру

ПАРТНЕРСТВО

У процесі терапевтичної співпраці ми поділяємо відповідальність за здоров'я і життя малюка з його сім'єю; ми діємо в його інтересах, вислуховуючи, розуміючи і визнаючи його потреби, залучаючи клієнта до прийняття рішень шляхом розвитку батьківської компетентності та медичної обізнаності.

Приклад бачення системи охорони здоров'я в громаді

Мешканці задоволені медичним обслуговуванням у громаді, довіряють сімейним лікарям, самостійно звертаються по профілактику, дотримуються здорового способу життя.

Громада має найкращі в області показники здоров'я населення: найнижчі рівні смертності, захворюваності на серцево-судинну патологію та онкозахворювання.

Підвищився рівень народжуваності: молоді сім'ї залишаються жити у громаді, зокрема тому, що мають доступ до якісних медичних послуг.

Медичні працівники працюють у сучасно обладнаних закладах на основі міжнародних протоколів, співпрацюють з фахівцями вторинної-третинної медицини через систему телекомунікації.

У нашій громаді дбають про людей похилого віку, надаючи медичні послуги у відділенні сестринського догляду.

Медицина в нашій громаді доступна і якісна.

Наступне питання – як рухатиметься організація в бік реалізації свого бачення. Для цього треба визначити особливості середовища, в якому працює організація, та внутрішні особливості, що заважають або допомагають рухатись у бік бачення (SWOT-аналіз – аналіз сильних та слабких сторін, можливостей та загроз).

Часто медичні заклади мають серед **сильних** сторін мотивовану управлінську команду, відремонтовані приміщення, наявність сучасного обладнання тощо, а серед **слабких** – велику частку пенсіонерів у складі колективу, застаріле обладнання, надлишок площ тощо. Серед **можливостей** відзначають наявність міжнародної технічної підтримки (гранти), зміну відносин у галузі завдяки принципу «гроші ходять за пацієнтом», активізацію громадянського суспільства, активну підтримку з боку керівництва громади тощо, а серед **загроз** – непослідовність реалізації реформи, конфліктні відносини з вторинною медициною або керівництвом громади, активне старіння населення та від'їзд працездатного населення.

Кожна громада має своє унікальне поєднання факторів внутрішнього та зовнішнього середовища. Після їх аналізу слід визначити, як саме (за рахунок чого) доведеться долати слабкі сторони і як використати сильні сторони, боронитись від загроз і використовувати можливості, – звідси з'являться стратегії.

Наприклад, ми визначили, що наша слабка сторона – низька енергоефективність приміщень ЦПМСД, а можливість – наявні міжнародні програми, в яких ми не беремо участі через відсутність необхідної експертизи (ще одна слабка сторона). Тоді визначаємо стратегію: залучення міжнародної допомоги через створення центру управління грантовими програмами при адміністрації громади (зверніть увагу, що стратегічне планування діяльності первинної медицини повинно проводитись із залученням профільного представника громади).

Кілька стратегічних пріоритетів визначатимуть розвиток медичного закладу на найближчі 2-3 роки. Важливо перетворити стратегічні пріоритети (наміри) на цілі, тобто оцифрувати їх. У вищенаведеному прикладі стратегічна мета – *створити повноцінний центр управління грантовими програмами зі щонайменше одним фахівцем на повну ставку і залучити грантове фінансування на термомодернізацію приміщення ЦПМСД до кінця 2018 року.*

Найбільш ефективні організації створюють систему пов'язаних між собою показників, що визначають реалізацію закладом своєї стратегії. Так, у своєму звіті компанія Accenture⁸⁶ виділяє дві групи індикаторів (відповідно до двох базових стратегічних завдань) – якість послуг та ефективність (**Табл. 4.1.1**). Компанія наполягає, що найкращі медичні організації вдало поєднують ці два стратегічні завдання – забезпечення високої якості послуг та збереження ефективності.

86 Fit for the Future. A Road Map to High Performance in US Health Care.

Таблиця 4.1.1. Ключові індикатори медичного закладу від компанії Accenture⁸⁷

Якість послуг		Ефективність	
Клінічна якість	Задоволеність клієнта	Операційна ефективність	Фінансова довговічність
Безпека пацієнта	Задоволеність пацієнта	Пропускна здатність	Зростання обсягу продажів
Відповідність протоколам	Задоволеність лікарів/персоналу	Продуктивність	Управління прибутком
Відповідність регуляторним нормам	Задоволеність платника	Джерела персоналу	Управління витратами

Далі до кожної стратегічної цілі пропонуються заходи та ініціативи, спрямовані на її реалізацію. У вищенаведеному випадку це:

- створення центру управління грантовими програмами;
- подання пропозиції на отримання гранту на термомодернізацію.

За кожною ініціативою закріплюють відповідального, погоджують реалістичні терміни виконання.

Надалі реалізацію ініціатив ділять на кроки, розробляють план, де до кожного кроку призначають відповідального, ресурси і термін виконання.

Отримані плани погоджують на вищому рівні, про них інформують персонал, який не був залучений до планування.

Організація

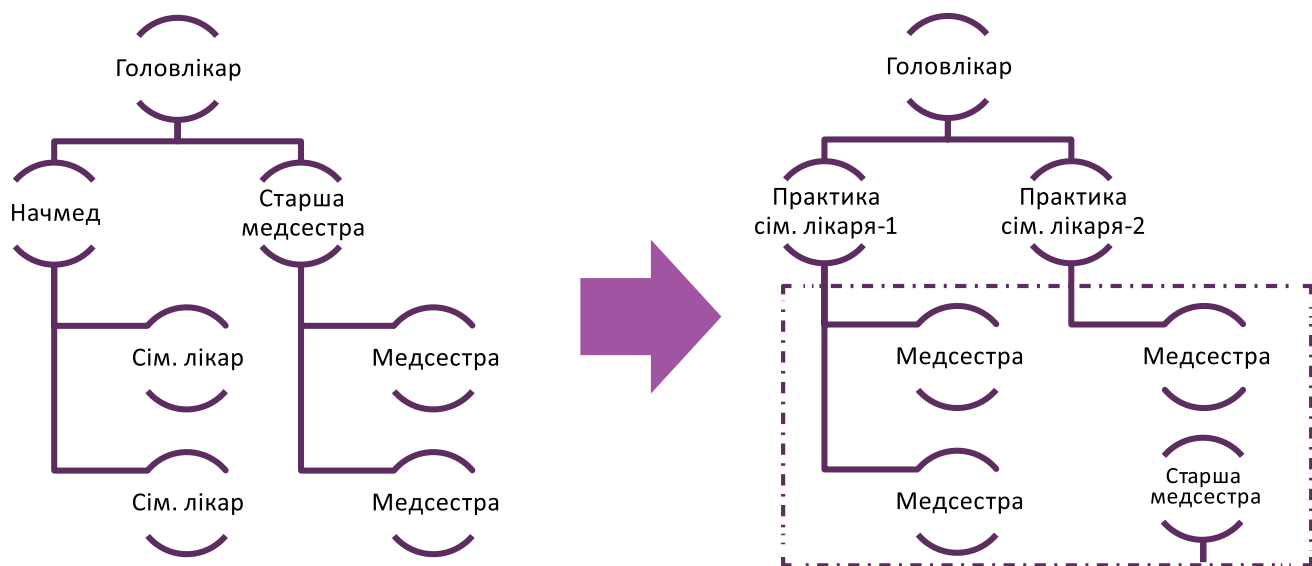
Уже на етапі визначення стратегічних пріоритетів та цілей варто проаналізувати організаційну структуру медичного закладу. Важливо розуміти, що організаційна структура є втіленням стратегії організації, тобто повинна відповідати стратегії та змінюватися разом з нею. Наприклад, ми визначили стратегічним пріоритетом клієнтський сервіс, тобто покращення відносин медичного персоналу з пацієнтами. Як раніше згадувалось, тотальне ігнорування «людської» сторони відносин між лікарем та пацієнтом є яскравою особливістю нашої культури. Тож для того щоб у

⁸⁷ Fit for the Future. A Road Map to High Performance in US Health Care.

цій царині почалися зміни, нам потрібна людина, яка відповідатиме за них, матиме у своєму розпорядженні важелі впливу та ресурси. Організація може призначити **відповідального за сервіс**, чиїм обов'язком буде вимірювати сервіс, пропонувати системні заходи з його покращення тощо. Можна призначити на цю роль людину, яка має досвід перебування за кордоном та контакту з розвинутою системою медичного сервісу.

Інший приклад налаштування оргструктури на стратегію – зміцнення ролі практики **сімейного лікаря** – одиниці, яка досі фактично не існувала. Внаслідок впровадження принципу «гроші ходять за пацієнтом» практика сімейного лікаря (сімейний лікар, до якого приписуються пацієнти і утворюють лікарський список, разом із середнім та молодшим медичним персоналом, який працює з ним для обслуговування клієнтів його **списку**), стає «центром прибутку» у складі ЦПМСД (тобто генерує надходження коштів), решта підрозділів виконує допоміжні функції, отримуючи гроші від практики. За цих обставин структура, в якій медсестри підпорядковуються старшій медсестрі, стає неадекватною (див. **Рис. 4.1.4**).

Рисунок 4.1.4. Зміни організаційної структури відповідно до стратегії



У зміненій структурі закладу роль старшої медсестри необов'язково скасовується: вона може опікуватись професійним розвитком медичних сестер, додавши ці обов'язки до обов'язків медичної сестри однієї з практик та отримуючи плату зі загального фонду ЦПМСД.

Отже, після розроблення стратегії обов'язково переконайтеся, що поточна організаційна структура їй не заважає. Визначте роль кожного з підрозділів щодо загальної місії організації. Надалі індикатори, що визначають результат роботи підрозділу, необхідно буде гармонізувати з роллю підрозділу в реалізації місії організації. Наприклад, роль спеціаліста з ІТ може полягати в тому, щоб **забезпечувати зручне та безперебійне використання комп'ютерної мережі медичним персоналом**. Відповідно, індикаторами, що визначатимуть результат його роботи, можуть бути:

- кількість збоїв, що виникли в комп'ютерній мережі,
- задоволеність медичного персоналу взаємодією з комп'ютерною мережею (зручність) тощо.

Мотивація

Мотивація – це система стимулів та процес стимулювання бажаної (з точки зору стратегії організації) поведінки працівників. Важливо підкреслити, що:

- зв'язки мотиваційних стимулів зі стратегією повинні бути чіткими та зрозумілими;
- мотивація має бути не тільки матеріальною (система стимулів).

Продовжуючи наведений раніше приклад про ІТ-фахівця, порівняйте оплату його праці за тарифною сіткою (3 200 грн + випадкові преміальні, щоб не перейшов до ІТ-фірми) з такою формою оплати: базова ставка + змінна частина за досягнення цільових показників (максимальні показники задоволеності медичного персоналу від користування комп'ютерною технікою). В якому випадку він працюватиме на організацію ефективніше?

Принцип «гроші ходять за пацієнтом» потребує змін традиційних мотиваційних схем для сімейних лікарів. У комунальних підприємствах можуть застосовуватись такі **мотиваційні схеми для лікарів** (комунальні заклади охорони здоров'я мають тарифні сітки і не можуть застосовувати гнучкі мотиваційні схеми):

- **«Ринкова схема»:** кожен пацієнт, який приписався до лікаря, має затверджену внутрішню капітаційну ставку (ВКС), що визначається як відсоток від капітаційної ставки (відсоток, що залишається закладу, покриває всі витрати, пов'язані з оперативною діяльністю закладу та утриманням управлінської команди); орієнтовно така ВКС може становити 20-25% від капітаційної ставки.

Переваги такої схеми: простота, прозорість, гнучкість (не потрібно перераховувати суми щоразу після зміни капітаційної ставки або щоквартального перерахунку кількості пацієнтів).

Недоліки: знадобиться кілька ітерацій, щоб визначити відсоток, який залишатиметься лікареві за пацієнта; необхідно визначити джерела фінансування тих лікарів, які за кількістю приписаних пацієнтів не добиратимуть зарплату до мінімальної; щокварталу зарплата лікарів буде змінюватись.

Варіацією «ринкової схеми» може бути можливість для лікаря визначити кількість працівників з числа молодшого медичного персоналу, які з ним працюють, і розміри оплати їхньої праці.

- **«Змішана схема»**: до базової ставки, яка гарантує кожному лікареві мінімальну зарплату з можливою корекцією на стаж роботи в закладі, додається змінна частина, що формується за «ринковою схемою» з меншими ВКС (з урахуванням виплат базових ставок).

Переваги такої системи: вона враховує компенсацію всім лікарям, які працюють на медичний заклад, без потреби додатково знаходити гроші на їх фінансування.

Недоліки: «зрівнялівка», що відбирає гроші у лікарів, які більше та якісніше працюють.

- **«Тарифна сітка»**: заклад виплачує зарплату за постійними ставками, прив'язаними до категорій і стажу роботи лікаря в закладі.

Переваги такої схеми: простота нарахування.

Недоліки: негнучкість, відсутність стимулів для лікаря набирати більше пацієнтів під час надання послуг, слабка кореляція між категорією лікаря та якістю його роботи.

Вибір системи матеріальної мотивації в комунальному підприємстві залежатиме від керівної команди закладу, але варто зазначити, що тарифна сітка руйнує будь-які можливості управляти якістю надання послуг сімейними лікарями через матеріальну мотивацію. Також важливо не переоцінити значення фактору оплати праці для залучення фахівців, оскільки, як свідчить звіт ВООЗ, результати застосування фінансових стимулів виявились неоднозначними: в деяких регіонах збільшилась кількість лікарів та медсестер загальної практики, а в інших регіонах залишився дефіцит кадрів; це свідчить про те, що індивідуальний дохід не є єдиним фактором, який впливає на залучення медичних працівників⁸⁸.

⁸⁸ Attracting and retaining health workers in the Member States of the South-eastern Europe Health Network, A policy brief, p. 10.

Зводить мотивацію тільки до грошової винагороди є настільки ж спрощенням, як і зводить людину до функцій споживання їжі та справляння фізіологічної потреби. Свого часу Ф. Херцберг, фахівець із мотивації, запропонував модель, за якою ставка (фіксована частина оплати праці) аж ніяк не є мотиваційним фактором, а визначає, залишиться людина на роботі чи піде в інше місце. До таких «гігієнічних» факторів, за Херцбергом, зокрема, належать: умови праці, оплата праці (фіксована ставка), розпорядок і режим роботи, відносини (з керівництвом та в колективі). Інша група факторів – мотиватори – зумовлюють саме мотивацію людини: досягнення успіху, визнання заслуг, кар'єрне зростання, професійний розвиток, творчий характер праці.

Як бачимо, питання мотивації не в тому, **скільки платити**, а в тому, **як платити**. Хоча ставка належить до групи «гігієнічних» факторів, досягнення успіху, що має також грошовий еквівалент, – фактор мотиваційний. Механічне підвищення зарплати навіть удвічі не зробить поганого лікаря хорошим і не зацікавить його підвищувати свою кваліфікацію. **Для того щоб мотивація запрацювала як рушійна сила в бік реалізації стратегії вашої організації, потрібно:**

- чітко визначити бажану поведінку фахівця (наприклад, *«дотримується протоколів лікування»* або *«посміхається пацієнтові»*) та результати його діяльності (відсутність скарг; частка щеплень серед цільової аудиторії не нижча 90%);
- знати ринковий рівень зарплати у вашому регіоні на цій посаді (в організаціях різної форми власності), наближати базову ставку фахівця до середньоринкової;
- зробити прозорими механізми оцінки діяльності фахівця та визначення змінної складової оплати праці.

Делегування

З оперативним управлінням пов'язаний процес делегування – передача керівником завдань та повноважень підлеглим. Наслідками недосконалого делегування в організації є невиконання розпоряджень, їх неправильне чи невчасне виконання.

При делегуванні варто дотримуватись **10 правил ефективного делегування**.

1. **Будьте терплячими.** Коли ви вперше доручаєте будь-яке завдання, майже напевно його виконання триватиме довше, ніж ви б зробили це самі. Це НОРМАЛЬНО. З часом буде легше та швидше.

2. **Не зловживайте делегуванням.** Делегування – це не перекладання роботи, яку повинні робити ви, на плечі інших, а зняття тих завдань, які ви НЕ повинні робити, з ваших плечей. Важливо знати різницю. Ретельно вибирайте завдання для делегування.
3. **Добирайте правильних людей.** Переконайтеся, що людина, якій ви доручаєте роботу, кваліфікована для цього. Ще краще – делегуйте завдання, які використовуватимуть сильні сторони ваших людей. Наприклад, хтось любить спілкуватися з людьми – відправте його пояснювати нові правила пацієнтам. Або хтось любить цифри – попросіть працівника проаналізувати звернення пацієнтів за півроку.
4. **Поясніть, чому ви делегуєте.** Коли ви вибрали людину для передачі завдання, поясніть їй, чому саме її ви обрали для цього завдання і як це допоможе її професійному росту. Допоможіть людині побачити в делегованому завданні можливість розвинути навички та професійно зрости.
5. **Будьте конкретними.** Будьте дуже конкретними щодо делегованого завдання: строки виконання, очікувані результати, можливі обмеження тощо. Розмиті інструкції дадуть погані результати.
6. **Забезпечте навчання.** Делегування – це не тільки передача завдання: переконайтеся, що ваш член команди має необхідні ресурси для виконання завдання. Найкраще правило тренінгу – «Я роблю, ми робимо, ти робиш» (тобто «Дивись, як я це роблю, тепер зробимо це разом, тепер робиш ти, а я спостерігаю і даю зворотний зв'язок»).
7. **Забезпечте контроль.** У ході виконання завдання чи проекту завжди закладайте «контрольні точки». Чим складніше завдання, тим частіше їх потрібно ставити. В «контрольній точці» підлеглий звітує про проміжні результати, свої перемоги та проблеми.
8. **Але залиште простір.** Коли ви делегували, навчили, створили графік «контрольних точок», відстороніться від проекту. Щоб бути успішним (і щоб були успішними ваші підлеглі), вам потрібно «відпустити» ситуацію і дати свободу підлеглому.
9. **Запропонуйте зворотний зв'язок.** Щоразу, як ви доручаєте завдання, надайте зворотний зв'язок після його виконання (позитивний і негативний). Наступного разу підлеглий краще виконає завдання.
10. **Дякуйте.** Агов, підлеглий заощаджує ваш час та створює цінність. Подякуйте йому!

Контроль

Врешті-решт, жодна система не запрацює без контролю. В організації контроль повинен набути системних форм і складатися з періодичних нарад, на яких заслуховуються та обговорюються звіти про реалізацію планів та показників. Важливою рисою таких нарад повинна бути культура спільного пошуку та навчання: їхня мета не в тому, щоб когось покарати, а в тому, щоб зрозуміти, чи достатньо швидко ми рухаємось у визначеному напрямі і що потрібно змінити, якщо рухаємось не туди. Саме тому всі відповідальні приходять на наради вже з підготовленим аналізом своїх показників і пропозиціями щодо подальших дій. Наприклад, якщо з'ясувалося, що задоволеність клієнтів упала до критичного мінімуму, відповідальний менеджер повинен мати пояснення цього та пропозиції щодо збору інформації чи вжиття заходів, які, на його думку, забезпечать підвищення задоволеності.

Контроль також повинен охоплювати реалізацію рішень кожної наради. Система полягає в тому, що всі рішення наради чітко формуються за принципом «Що? Хто? Коли?» Секретар контролює виконання і доповідає на наступній нараді. Проводиться аналіз виконання рішень.

Для того щоб в організації ефективно працювала система контролю, необхідно:

- мати стратегічний план;
- чітко розуміти організаційну структуру та розподіл зон відповідальності;
- для кожного підрозділу (а в ідеалі – працівника) визначити ключові показники діяльності (механізм їх визначення, періодичність виміру та норми), що відповідають стратегії;
- створити систему нарад, на яких усі відповідальні менеджери періодично звітують про виконання планів та показників;
- дотримуватись культури спільного пошуку та навчання, щоб стимулювати самостійне вирішення проблем менеджерами, а не приховування їх від керівництва.

Висновки після заходів контролю повинні враховуватись при наступному циклі стратегічного планування.

4.2. ПЕРЕЛІК ПОСЛУГ

Перелік послуг та видів медичної допомоги, які надають заклади ПМД і які оплачено з державного бюджету, визначаються двома основними документами:

- Порядком надання ПМД;
- Програмою медичних гарантій для надання ПМД.

Програма медичних гарантій для надання ПМД буде затверджуватися щорічно у складі закону про Державний бюджет України. Відповідно до Закону України від 19.10.2017 № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»⁸⁹, програма медичних гарантій розробляється з урахуванням положень галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я, в цьому випадку – Порядку надання ПМД (див. **Додаток 1**). Програма медичних гарантій міститиме інформацію про перелік та обсяг медичних послуг та лікарських засобів, оплата яких гарантується за рахунок коштів Державного бюджету України, а також розмір капітаційної ставки.

Відповідно до Закону України від 07.12.2017 № 2233-VIII «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України»⁹⁰, місцеві адміністрації можуть фінансувати додаткові послуги, не включені до програми державних гарантій, зокрема запроваджувати місцеві та регіональні програми надання населенню медичних послуг, місцеві та регіональні програми громадського здоров'я. Тобто перелік послуг, що надаються на рівні ПМД, може бути розширено за рахунок коштів місцевих бюджетів та відповідно до рішень місцевих адміністрацій.

89 URL: <http://zakon.rada.gov.ua/go/2168-19>.

90 URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2233-19>.

4.3. РОЗРАХУНОК КАДРОВИХ ПОТРЕБ

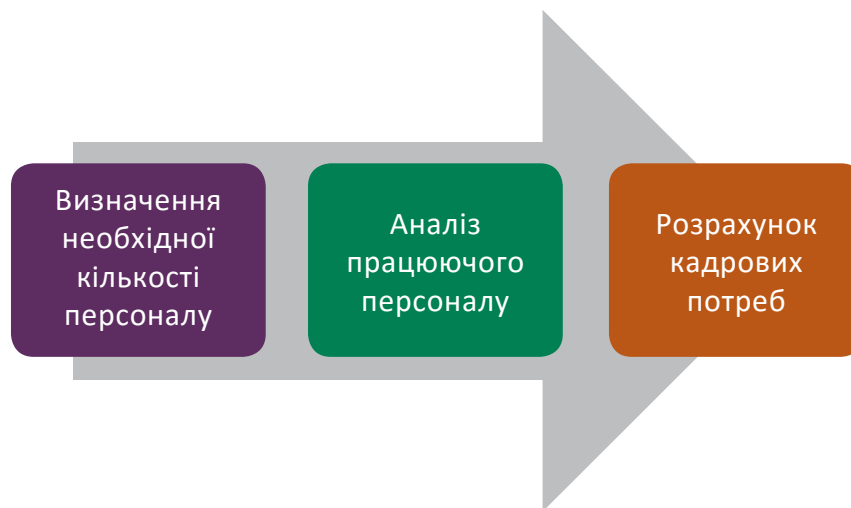
Розрахунок кадрових потреб – формування запиту на залучення і розвиток персоналу на основі поточних процесів та стратегічного розвитку медичного закладу.

На рівні ЦПМСД розрахунок кадрових потреб проводиться в рамках стратегічного планування (див **Розділ 4.1**) після розроблення перспективного плану розвитку спроможної мережі надання ПМД (див **Розділ 2.3**).

Суттєва відмінність від поточної процедури розрахунку кадрових потреб полягає у відсутності жорстких «норм» персоналу. Цифри, що містяться в проектах нормативних документів⁹¹, – 2 тис. населення на одного сімейного лікаря (див. **додатки 1 і 3**), є розрахунковими для використання при плануванні персоналу. Кожен автономний заклад та його підрозділи визначають потребу в персоналі самостійно, виходячи зі стратегії та фінансової спроможності закладу.

Примірний алгоритм розрахунку кадрових потреб наведено на **Рис. 4.3.1**.

Рисунок 4.3.1. Етапи розрахунку кадрових потреб



Далі розглянемо кожен з етапів більш детально.

⁹¹ Проект Порядку надання ПМД та проект Порядку формування спроможних мереж надання ПМД.

1. Визначення необхідної кількості персоналу

Визначення необхідної кількості працівників здійснюється на 1-3 роки наперед за категоріями:

1.1. Сімейні лікарі. Обчислюється на основі планової кількості місць надання ПМД (див. Табл. 4.3.1) та кількості населення, що мешкає на відповідній території доступності (з розрахунку 1,5-2 тисячі населення на одного сімейного лікаря).

1.2. Середній та молодший медичний персонал (для кожної практики окремо). Обчислюється спільно з сімейними лікарями цих практик на основі планової кількості місць надання ПМД (див. Табл. 4.3.1).

Таблиця 4.3.1. Приклад розрахунку кількості необхідного персоналу для закладів ПМД⁹²

Вид закладу	Кількість населення	Кількість сімейних лікарів	Кількість середнього та молодшого медичного персоналу	Допоміжний персонал
Центр ПМД	15 тис. і більше	7 і більше	1-2 медсестри на сімейного лікаря	Управлінська структура
Амбулаторія групової практики	3 тис. і більше	2 і більше	1-2 медсестри на сімейного лікаря	Рецепція
Амбулаторія монопрактики	2 тис. і більше	1	1-2 медсестри	—
Пункт здоров'я	750 і більше	—	Медсестра або фельдшер	—

⁹² Відповідно до Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги (див. Додаток 3).

2. Визначення управлінської структури

Варто зазначити, що склад управлінської надбудови визначається обсягами практик сімейного лікаря у складі підприємства і стратегією підприємства. Для автономних практик сімейного лікаря управлінська надбудова не потрібна, замість неї частину управлінських функцій беруть на себе сімейні лікарі (наприклад, керуючий партнер у груповій практиці), частину можна віддати на аутсорсинг⁹³. Наприклад, функцію бухгалтерського обліку для автономної практики сімейного лікаря може виконувати ЦПМСД, розташований поруч, або бухгалтерська служба місцевого самоврядування. Функцію системного адміністрування для амбулаторії може виконувати окреме ІТ-підприємство на умовах субпідряду.

У центрі первинної медико-санітарної допомоги, до складу якого входять кілька амбулаторій сімейного лікаря, можуть бути, зокрема, такі підрозділи або окремі фахівці:

- фінансист;
- бухгалтер;
- фахівець по роботі з персоналом;
- ІТ-фахівець;
- завгосп (або господарський відділ);
- рецепція (реєстратура).

3. Розрахунок потреби в персоналі

Це порівняння необхідної кількості сімейних лікарів з наявною кількістю. Наявний персонал аналізується з урахуванням кількох чинників (див. **Табл. 4.3.2**).

Таблиця 4.3.2. **Фактори обмеження доступності персоналу**

Фактор обмеження доступності персоналу	Джерела інформації щодо фактору
Довгострокове навчання/стажування	План професійного розвитку*
Перспектива звільнення за власним бажанням (внаслідок зміни місця проживання, хронічної хвороби тощо)	Індивідуальні співбесіди з працівниками*

93 Аутсорсинг (англ. outsourcing) – передача організацією частини її завдань або процесів стороннім виконавцям на умовах субпідряду. Аутсорсинг має додаткову цінність для організації завдяки: а) здешевленню послуги через ефект масштабу; б) покращенню якості через професіоналізм спеціалізованого виконавця.

Закінчення Таблиці 4.3.2

Фактор обмеження доступності персоналу	Джерела інформації щодо фактору
Перспектива звільнення через невідповідність вимогам закладу	Результати оцінки*/атестації персоналу
Перспектива кар'єрного зростання	План кар'єрного розвитку*
Вихід у відпустку по догляду за дитиною	Індивідуальні співбесіди з працівниками*
Вихід на пенсію	Вік працівника, індивідуальні співбесіди з працівниками

* Див. Розділ 4.4.

Такий аналіз дозволяє керівникові враховувати не тільки поточні кадрові потреби, але й прогнозувати їх.

За результатами аналізу поточний персонал розподіляється на групи:

- **основний персонал:** працівники, які мають не менше двох років стажу роботи за фахом та не більше двох років до досягнення пенсійного віку, відповідають вимогам закладу за мотивацією та кваліфікацією, лояльні до закладу; основний персонал становить «ядро» колективу підприємства: очолює нові напрями розвитку, виконує ролі наставників для молодих фахівців тощо;
- **основний персонал з імовірністю тривалого переривання професійної діяльності:** персонал, що відповідає критеріям основного, але має обмеження для професійної діяльності на найближчий час у вигляді запланованої відпустки по догляду за дитиною або тривалого стажування за кордоном; щодо такого персоналу варто формувати плани тимчасового заміщення;
- **персонал з перспективою виходу на пенсію:** співробітники, які мають близький до пенсійного вік (два і менше років до пенсійного віку), демонструють зниження мотивації до роботи та професійного розвитку та/або декларують бажання залишити професійну діяльність після досягнення пенсійного віку; щодо такого персоналу варто формувати плани заміщення;
- **персонал з кваліфікаційними обмеженнями:** співробітники, що не відповідають посаді або не планують далі працювати в закладі; щодо такого персоналу варто формувати плани заміщення.

Таблиця 4.3.3. Матриця розрахунку кадрових потреб за категоріями персоналу

Категорія персоналу	Поточна кількість	З них основного персоналу	Необхідна кількість	Кадрові потреби закладу
1	2	3	4	5
	Наявна кількість персоналу в цій категорії	З них ті, що мають ознаки основного персоналу	Необхідна кількість персоналу (п. 1 алгоритму)	Різниця між показниками стовпчиків 4 і 3
Сімейний лікар				
Педіатри, терапевти, лікарі інших спеціальностей				
Сімейна медична сестра				
Фельдшер				
Бухгалтер				
Економіст				
Адміністратор				
...				

Кадрові потреби закладу включають дані про кількість персоналу, якого не вистачає ЦПМД (стовпчик 5 **Табл. 4.3.3**), опис вимог до відповідної категорії персоналу (містяться в посадовій інструкції, моделі компетенцій за наявності такої в закладі) та терміни для виходу відповідного персоналу на роботу згідно з планами розвитку підприємства або заміщення працюючого персоналу. Кадрові потреби – це вхідні дані для процесу найму персоналу (див. **Розділ 4.4**).

4.4. ЗАЛУЧЕННЯ ПЕРСОНАЛУ ТА СТИМУЛИ

Згідно з офіційною статистикою⁹⁴, у 2016 році забезпеченість населення лікарями загальної практики – сімейними лікарями в середньому в Україні становила 3,4 на 10 тис. населення, що в перерахунку на одного лікаря становить 2 941 особу. Така пропорція менша за офіційно рекомендований обсяг списку практики сімейного лікаря – 2 тис. пацієнтів⁹⁵ без урахування терапевтів та педіатрів, які працюють у поліклініках там, де не відбувся розподіл на первинну та вторинну ланки медичної допомоги. Крім того, цей розподіл має регіональні диспропорції: наприклад, на одного сімейного лікаря у Вінницькій області припадає 1 782 пацієнти, тоді як у Херсонській області – 4 500 пацієнтів. Нестача кадрів на первинній ланці медичної допомоги менше відчувається для середнього медичного персоналу (укомплектованість за поточними нормативами – 92% в середньому в країні), аніж для сімейних лікарів (укомплектованість – 72%). Часто працівники мають пенсійний або передпенсійний вік.

Втім, така ситуація не є унікальною для України. Як зазначено у звіті ВООЗ, тенденція медичних працівників розміщуватись і практикувати в міських зонах через кращі умови життя та праці є викликом для урядів в всьому світі⁹⁶.

В Україні факторами, що визначають таку диспропорцію, зокрема, є:

- низька оплата праці та відсутність можливості додаткового заробітку на первинному рівні в селі (через нижчий рівень життя в селі можливість доплат «з кишені» тут мінімальна);
- низький престиж професії сімейного лікаря;
- значна диспропорція в якості життя в місті та селі (особливо у віддалених селах);
- низький рівень підготовки медичних менеджерів, що не дозволяє їм застосовувати стандартні практики управління людськими ресурсами.

Значною мірою ситуацію відпущено на самоплив, лише останнім часом об'єднані територіальні громади почали вживати заходів для залучення молодих лікарів до своїх медичних закладів.

94 Медичні кадри та мережа закладів охорони здоров'я системи МОЗ України за 2015–2016 роки. ДЗ «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України». Київ, 2017.

95 Див. Порядок надання первинної медичної допомоги (**Додаток 1**).

96 Health systems financing: the path to universal coverage, WHO, 2010.

У цьому розділі висвітлено три рівні втручань, спрямованих на управління ситуацією з наявністю кадрів на первинному рівні:

- обласний (обласні департаменти охорони здоров'я, ради та обласні програми тощо);
- рівень громади;
- рівень медичного закладу.

В управлінні людськими ресурсами є поняття «цикл життя персоналу в організації», тобто фази, які проходить людина в організації:

- **Фаза найму:** позиціонування організацією себе на ринку праці, інформування про вакансію, залучення та відбір кандидатів.
- **Фаза адаптації:** оформлення співробітника, інформування про організацію та правила, період зниженої продуктивності, що пов'язано з пристосуванням до нових умов.
- **Фаза утримання та розвитку:** найбільш продуктивний період перебування людини в організації: молодий фахівець на цьому етапі набуває достатнього досвіду та впевненості, щоб почати шукати нову роботу, якщо поточні умови його не задовольняють. Тому моніторинг та управління задоволеністю персоналу мають на цьому етапі критичне значення.
- **Фаза звільнення:** відбувається як перехід в інший медичний заклад, вихід на пенсію, загальне розчарування та вихід з ринку медичних послуг. Управління відносинами у фазі звільнення також критичне для обох сторін, бо працівник, який звільняється, може згодом повертатись або рекомендувати організацію іншим.

На кожній з фаз циклу існують втручання, що дозволяють мінімізувати ризик втрати працівника.

НАЙМ ПЕРСОНАЛУ

Крок 1. Визначення пулу потенційних фахівців

Джерелом медичних кадрів для вашої організації можуть бути:

- Інтерни чи студенти старших курсів медичних вишів.

Можливі переваги таких кандидатів: висока мотивація і готовність розвиватись.

Недоліки: відсутність досвіду та самостійності, слабкі соціальні навички через невеликий життєвий досвід; також зверніть увагу на різну якість підготовки студентів у різних вишах.

- Сімейні лікарі, педіатри або терапевти, які працюють в інших медичних закладах.

Переваги: фахівець готовий відразу розпочати практику без необхідності підготовки.

Недоліки: сталі звички, що можуть суперечити культурі вашого закладу, неготовність розвиватись.

- Лікарі вузькопрофільних спеціальностей, які через додаткове навчання можуть перекваліфікуватись на сімейного лікаря.

Переваги: спеціалізація, що робить лікаря цінним не тільки для пацієнтів, а й для колективу як джерело досвіду.

Недоліки: філософія первинної та вторинної медицини є абсолютно різною, сформований на «вторинці» світогляд може завадити такому фахівцю стати повноцінним сімейним лікарем.

І хоча можна розглядати всі три групи як джерело кандидатів, варто зазначити, що вони мають різні інтереси, тож ціннісна пропозиція для них повинна бути різною.

Крок 2. Формування ціннісної пропозиції для співробітників (ЦПС)

Поняття ЦПС введено компанією McKinsey в історичній роботі «Війна за таланти» (1997). Воно означає унікальну пропозицію певної організації своїй цільовій аудиторії, яку ця цільова аудиторія справді цінує. ЦПС має формуватись вашою організацією на етапі стратегічного планування і базуватись на сильних сторонах як вашої організації, так і громади загалом. Ціннісна пропозиція є важливим поняттям, оскільки виводить керівника за межі «зарплатної війни», тобто презумпції, що людей приваблює та мотивує тільки зарплата. Зазвичай ЦПС утворюють кілька елементів, серед яких можуть бути:

- екологічно чистий район (особливо привабливо для людей старшого віку, які мешкають у місті);
- повільний ритм життя (особливо привабливо для людей старшого віку, які мешкають у місті та хотіли б більше часу приділяти собі й родині);

- згуртована громада (спільні свята, традиції громади тощо) – привабливо для містян, оскільки в місті люди зазвичай роз'єднані;
- наявність природних атракцій (річка, гори тощо);
- розташування поблизу великих населених пунктів (близькість або легкість комунікації до великого населеного пункту передбачає можливість регулярно відвідувати «світське життя»);
- розвинена дитяча інфраструктура: дитячі садки, школи, гуртки тощо (особливо привабливо для молодих сімей);
- розвинена спортивна інфраструктура (спортмайданчики, зали, футбольне поле тощо) – привабливо для людей різного віку, що цінують активний спосіб життя;
- висока зарплата (можлива також за рахунок дотацій від громади);
- можливість заробити (це не одне й те саме, що висока зарплата, бо передбачає гроші в обмін на додаткові зусилля, тоді як зарплата – це стабільно гарантований обсяг винагороди);
- кар'єра: це поняття може включати можливість посісти відповідальний пост, який у селі є вищим, ніж у місті (за дефіциту кадрів молодий лікар у сільській місцевості може стати завідувачем АЗПСМ вже за 1-2 роки, тоді як у місті такої посади можна чекати всі 10 років), причому цінність такого призначення для молодшої людини може полягати не в грошовій винагороді, а саме в більшій відповідальності та можливостях самостійного прийняття рішень;
- авторитет: молоді фахівці в селі часто кажуть, що тут вони для людей більш значущі та авторитетні фігури, ніж у місті, що пов'язано з особливим підходом людей на селі;
- житло: громада може надавати лікареві відомче житло з можливістю отримати його у власність через, наприклад, 10 років роботи в громаді; можлива повна чи часткова компенсація комунальних витрат (може бути привабливим для сімейних лікарів, терапевтів чи педіатрів, які через невелику зарплату в місті не мають перспектив отримати власне житло);
- компенсація витрат, пов'язаних з переїздом з іншого місця чи навіть регіону: це можуть бути так звані «підйомні» (сума, яку медичний працівник отримує відразу після зарахування на роботу), допомога в компенсації витрат на переїзд, також можлива допомога у працевлаштуванні членів родини (додатковим бонусом громаді може бути родина медиків);
- професійне середовище та можливість розвитку: попри вдавану відсутність

цих факторів у віддалених регіонах, цілком реально створити такі можливості для молодих фахівців, у тому числі шляхом:

- активних клінічних розборів та обміну досвідом;
- внутрішніх семінарів, у тому числі із залученням фахівців вторинного-третинного рівнів;
- системи наставництва;
- політики відвідання зовнішніх семінарів тощо;
- участі в обмінах фахівцями та стажуванні за кордоном (через грантові програми).

Виберіть під час стратегічного планування кілька факторів з перелічених вище та створіть ціннісну пропозицію для співробітників свого медичного закладу. Для цього вам знадобиться підтримка громади, оскільки деякі пункти передбачають залучення додаткових ресурсів. Створивши ЦПС та визначивши цільову аудиторію, донесіть свою ЦПС до цільової аудиторії, використавши різні канали комунікації та партнерства. Для цього вам часто будуть потрібні яскрава презентація та/або відеоролик про вашу громаду та медичний заклад.

Крок 3. Поширення інформації про вакансії та залучення фахівців

Сталою практикою залучення молодих фахівців є заявки на вакансію до обласних департаментів охорони здоров'я або безпосередньо у виші. Слід зазначити, що така практика є неефективною через те, що системи розподілу випускників, на яку вона раніше спиралася, вже не існує. Більше того, заявка не дозволяє залучити саме тих людей, які вам потрібні через донесення ЦПС.

Існує багато можливостей донесення до цільової аудиторії інформації про вакансії та залучення фахівців до вашого медичного закладу, зокрема (наведені тут у порядку від більш активних і затратних до менш затратних):

- формування партнерської програми з профільними кафедрами медичних вишів (слід пам'ятати про необхідність вибору тієї кафедри та вишу, де найкраще готують фахівців потрібного вам профілю); ці програми можуть включати такі елементи:
 - створення бази для практики у вашому медичному закладі;
 - проведення представником вашого закладу практичних занять студентам у рамках певного курсу;
 - організовані візити студентів до вашого медичного закладу;

- організація поїздок до громади груп студентів з викладачами з проведенням екскурсій, зустрічей з населенням і навчальних модулів на базі ЦПМД;
- виступ за домовленістю перед студентами, де ви можете розповісти як про свою громаду, так і про роботу сімейного лікаря в селі;
- відвідання профільних заходів у вишах (наприклад, ярмарку вакансій) для презентації студентам свого медичного закладу як привабливого роботодавця.

Громадам варто працювати на довгострокову перспективу, тобто визначати дітей шкільного віку, які мешкають у громаді й зацікавлені в лікарській діяльності, та сприяти їх вступу до профільного вишу з проходженням практики в ЦПМД. Медичні гуртки з медичної справи для школярів на базі ЦПМД також сприятимуть профорієнтаційній роботі з молоддю.

Якщо вашою цільовою аудиторією є фахівці вторинної ланки чи сімейні лікарі в інших закладах, прямі контакти є найефективнішим шляхом їх залучення до роботи у вашому медичному закладі.

Сайт вашого ЦПМД повинен бути орієнтованим не тільки на пацієнтів, а й на кандидатів на роботу у вашому закладі, тобто містити ціннісну пропозицію або й навіть окремий розділ для тих, хто хоче тут працювати, що містить умови праці, детальну інформацію для подання резюме/заявки або електронну форму такої заявки тощо.

Невеликим громадам, де небагато ресурсів, але й потреба в персоналі незначна, для активного залучення фахівців варто об'єднувати зусилля або долучатись до обласних програм.

Значний потенціал для залучення фахівців мають обласні програми. Так, обласний департамент охорони здоров'я, аналізуючи в динаміці статистику забезпечення населення області сімейними лікарями, може реагувати на негативні тренди втручаннями, зокрема:

- ініціювати обласну програму «Медичні кадри», яка підтримуватиме приплив молодих сімейних лікарів у віддалені регіони області;
- стимулювати проведення в медичних вишах ярмарків вакансій для студентів та інтернів спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина» та присутність там представників віддалених громад;
- створювати онлайн-ресурси вакансій для медичних працівників у віддалених районах області тощо.

Крок 4. Відбір кандидатів

Окрім стандартних вимог (освіта, готовність переїхати до вашого регіону), варто звернути увагу на мотивацію кандидата і готовність до професійного розвитку. Стандартні інструменти відбору кандидатів:

- резюме/вступна анкета: варто створити свою анкету, оскільки культура написання резюме все ще не є поширеною серед студентів медичних вишів;
- співбесіда: можна визначити мотивацію до роботи, ставлення до професії, готовність розвиватись і подальші плани;
- випробувальний термін: найнадійніший інструмент, який дозволяє подивитись на кандидата безпосередньо в робочих ситуаціях (взаємодія з пацієнтами, іншими працівниками закладу), дізнатись, як сприймають нового лікаря різні працівники: лікарі, медсестри, санітарки. Стажування може цілковито замінити випробувальний термін, надавши змогу колективу ознайомитися з кандидатом.

Не варто поспішати запрошувати нового лікаря на роботу: краще мати час на зважене рішення, адже в поточній системі набагато складніше звільнити людину, аніж узяти її на роботу, та й наслідки невдалого рішення для колективу будуть негативними.

Слід зауважити, що при прийомі на роботу не тільки заклад обирає фахівця, але й відбувається зворотний процес, тобто фахівець обирає заклад. Тому при співбесіді потрібно надати кандидатові достовірну інформацію про роботу в закладі, залучити до співбесіди інших співробітників.

АДАПТАЦІЯ НОВОГО ПЕРСОНАЛУ

У період адаптації (від двох місяців до півроку), коли працівник «входить у колію», тобто пристосовується до нового колективу, умов праці, середовища тощо, він є найуразливішим до впливу негативних факторів, що може призвести до подовження терміну адаптації або й передчасного звільнення.

Частиною процесу адаптації повинні бути:

- чіткі інструкції щодо характеру очікувань від працівника та процесів у закладі;
- знайомство з колективом;
- можливість новому працівникові ставити запитання та ділитись проблемами.

Перший місяць життя нового працівника в колективі керівник жодним чином не повинен відпускати на самоплив. Для покращення адаптації працівника варто зробити такі кроки:

- видати працівникові всі документи/інструкції, які можуть бути важливими для роботи;
- закріпити наставника (в маленькому колективі для лікаря це частіше за все буде головний лікар, для середнього медперсоналу – старша медична сестра);
- призначити години, коли новий працівник може спілкуватися з наставником щодо своїх питань та проблем;
- на загальних зборах колективу представити нову людину (зробити це якомога неформальніше), привітати її в колективі,
- особисто провести екскурсію закладом, ознайомити з неформальними правилами в колективі;
- якщо головний лікар не є наставником нового працівника, періодично (не рідше ніж раз на тиждень) спілкуватися з ним, надавати йому зворотний зв'язок, запитувати про проблеми, з якими він стикається.

Важливим фактором адаптації є реакція колективу на нового співробітника. На жаль, у колективі старшого віку новий молодий лікар може сприйматись як загроза становищу працюючих лікарів. Дізнатись про негативне ставлення можна тільки з відвертих розмов з новим лікарем. Слід допомогти йому знайти в громаді коло спілкування за віком та інтересами через громадські організації або особистих знайомих.

УТРИМАННЯ ТА РОЗВИТОК ПЕРСОНАЛУ

На цьому етапі працівник врешті-решт відпрацьовує вкладені в нього ресурси та зусилля. Він при звичаївся до умов праці, посів своє місце в колективі, зменшилися побоювання та страхи. Тут на перший план виходять винагорода за працю, можливість професійного та кар'єрного розвитку. Для утримання лікаря на цьому етапі важливо створити:

- справедливі умови винагороди праці;
- можливості професійного розвитку;
- кар'єрну перспективу.

Справедливі умови винагороди праці

Новий механізм фінансування медичних послуг на первинному рівні передбачає кілька важливих елементів:

- вільний вибір лікаря пацієнтом;
- закріплення пацієнта за лікарем на певний термін, тривалість якого визначається задоволеністю пацієнта послугами лікаря;
- нарахування закладові певної суми (капітаційної ставки) за кожного пацієнта, що закріпився за лікарем, який працює в цьому закладі (капітаційні ставки можуть змінюватись, але не частіше ніж раз на рік);
- капітаційні ставки мають коригувальні коефіцієнти на вік пацієнта;
- лікар може надавати послуги як у складі медичного закладу, так і як автономний лікар у статусі ФОП.

Відповідно, мотиваційні схеми для лікарів повинні враховувати наведені вище фактори. В комунальних підприємствах можуть застосовуватись мотиваційні схеми для лікарів «Ринкова схема», «Змішана схема» і «Тарифна сітка» (див. **Розділ 4.1**). Комунальні заклади охорони здоров'я мають тарифні сітки і не можуть застосовувати гнучких мотиваційних схем.

При зміні системи оплати праці важливо не тільки повідомити про це колективу, але й спільно розрахувати різні варіанти оплати відповідно до тієї чи іншої кількості пацієнтів, а також обговорити інструменти залучення пацієнтів для збільшення особистих надходжень.

Можливості професійного розвитку

Не останню чергу в демотивації молодих фахівців до роботи у віддалених регіонах відіграють менші можливості професійного розвитку. Завдання керівника – створити в медичному закладі середовище, що підтримує незалежний професійний розвиток кожного фахівця (не тільки лікарів). Інструментами для створення такого середовища можуть бути:

- активна робота з сучасними міжнародними протоколами (доступність, обговорення);
- доступ до сучасної літератури і статей у міжнародних професійних журналах (тут може бути корисною співпраця з кафедрами сімейної медицини у вишах, якщо немає власних англомовних співробітників);

- регулярні клінрозбори та обговорення літератури;
- відвідання профільних конференцій та зовнішніх семінарів, у тому числі дистанційно (бажано, щоб хтось відстежував такі можливості та поширював цю інформацію в колективі);
- внутрішні семінари, які проводять фахівці первинної чи вторинної ланки за сферами своєї спеціалізації;
- взаємне відвідування та спільні прийоми (особливо це важливе для пар «новий та досвідчений лікар» або «педіатр і терапевт»);
- періодичне обговорення нещодавно засвоєних уроків з наставником.

Загалом важливо, щоб у закладі було звичним цікавитись новим та розвиватись. Жодне навчання не компенсує прагматичного та цинічного середовища фахівців, в якому «нікому нічого не потрібно». Середовище насамперед залежить від особистих звичок керівника. Розвивальне середовище, зокрема, формують такі звички керівника:

- постійно читати, відвідувати конференції самому та інформувати про це лікарів;
- вивчати іноземну мову і заохочувати до цього підлеглих;
- розглядати питання розвитку на зустрічах колективу, організовувати клінрозбори, надавати доступ до літератури;
- заохочувати розвиток підлеглих, надаючи ресурси для поїздок;
- шукати грантові можливості для участі колективу в програмах обміну, міжнародних семінарах тощо;
- регулярно запитувати підлеглих про те, хто з них що прочитав чи дізнався нового в професійному плані;
- залучати та втілювати ідеї підлеглих щодо організації процесів у медичному закладі.

Можливості кар'єрного розвитку

Кожна молода людина бажає мати перспективу кар'єрного розвитку, що пов'язано не лише з ростом матеріальної мотивації, але й з розширенням кола повноважень та відповідальності, можливостей впливати на процеси, що відбуваються навколо, та прийняття самостійних рішень. Важливо розуміти, що кар'єра – це не тільки «підвищення» в стандартному розумінні цього слова, а й зміна виду діяльності відповідно до особистих амбіцій, можливостей та вподобань людини. Кар'єрні

можливості для сімейного лікаря, який працює в сільській амбулаторії, можуть бути такими:

- очолити амбулаторію;
- виділитись в автономну практику;
- перейти до іншого закладу (наприклад, переїхати в місто; в міру розвитку первинної медицини молоді сімейні лікарі будуть запитувані приватними медичними закладами).

Часто на заваді повноцінному кар'єрному розвитку стає невміння молодого (та й не тільки) фахівця думати на майбутнє, планувати свою кар'єру. За глибоко вкоріненими стереотипами, думка про те, щоб претендувати на місце, наприклад, головного лікаря закладу, вважається неприйнятною, принаймні відкрито. Відповідно, керівник має створити атмосферу, в якій молоді фахівці можуть не тільки відверто висловлювати свої ідеї, але й говорити про кар'єрний розвиток:

- запитувати час від часу молодого фахівця, яким він бачить своє професійне майбутнє, яку посаду і в якому закладі хотів би обіймати за 3-5 років;
- делегувати завдання, які вимагають розвитку і застосування навичок, необхідних для кар'єрного зростання (наприклад, спілкування з громадою, постачальниками);
- виносити на обговорення управлінські рішення не тільки для залучення думки підлеглих, але й для того, щоб показати механізм прийняття управлінських рішень;
- припускати можливість «мирного» та позитивного переходу підлеглого на вищу посаду до іншого закладу.

Слід пам'ятати, що відсутність у підлеглих розмов про кар'єрні плани не означає відсутності в них амбіцій, а їхні рішення можуть стати несподіванкою для керівника закладу.

ЗВІЛЬНЕННЯ ПЕРСОНАЛУ

Далі розглянуто тільки ті аспекти звільнення, які важливі для залучення та утримання персоналу. Зараз у більшості закладів первинної медицини питання звільнення повністю віддане «на відкуп» самим медичним працівникам, тобто людина працює, доки сама не прийме рішення піти з посади на пенсію або звільнитися за власним бажанням. Не впливає на ситуацію й те, що лікар може не дотримуватись правил, погано поводитись з пацієнтами або надавати неякісні

послуги. Такий стан справ можуть зумовлювати кілька факторів:

- складна процедура звільнення та відсутність прозорої судової процедури розгляду відповідних скарг;
- незахищеність працівників після виходу на пенсію («мушу працювати, щоб себе утримувати»);
- небачення альтернатив («Де ми візьмемо іншого лікаря?»);
- небажання головного лікаря створювати собі проблеми, ініціюючи звільнення, не тільки у стосунках з працівником, якого звільняють, але й з громадою (так би мовити, «збільшувати соціальне напруження»);
- невміння головних лікарів професійно комунікувати з підлеглим під час звільнення.

Але така ситуація зумовлює низку управлінських проблем, зокрема:

- непередбачуваність вивільнення посад і виникнення потреби в персоналі;
- відсутність дієвих механізмів дисциплінарного впливу на лікарів (у деяких випадках дисциплінувати людину може тільки реальна загроза втратити роботу);
- створення негативного середовища, в якому молодь бачить, що недотримання вимог можливе і за це не буде наслідків;
- відсутність реальної кар'єрної перспективи для молодих активних лікарів (процес вивільнення посад непередбачуваний).

Отже, для головного лікаря важливо:

- індивідуально оцінювати лікарів та планувати (спільно) вихід на пенсію;
- залучати ресурси громади для підтримки медичних працівників, які вийшли на пенсію;
- з'ясувати (із залученням юристів) процедуру звільнення за невідповідність і створити показовий прецедент (якщо проблемою є працівники, що не дотримуються вимог, але керівник не може їх звільнити);
- планувати нові робочі місця згідно з планами виведення на пенсію лікарів закладу.

Таблиця 4.4.1. Алгоритм дій керівника на різних фазах залучення персоналу

Рівень		
заклад	громада/район	область
Залучення і найм		
<ul style="list-style-type: none"> ● Визначте потребу в персоналі на найближчі 2-3 роки з урахуванням виходу на пенсію. ● Визначте вимоги до нових працівників. ● За участю представників адміністрації громади створіть ціннісну пропозицію для співробітників. ● Зробіть яскраві матеріали про громаду та роботу сімейного лікаря (відео, презентація). ● Створіть відповідний розділ на сайті. ● Визначте медичні виші, випускників яких ви б хотіли залучити на роботу. ● Сформуйте партнерські стосунки з профільними кафедрами (можливо, спільно з сусідніми громадами). ● Регулярно беріть участь у заходах для студентів цих вишів. ● Запросіть студентів відвідати громаду, влаштуйте їм незабутній прийом. ● Працюйте зі школярами, які цікавляться медициною. ● Продумайте процедуру відбору, використовуйте стажування або випробувальний термін. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Допоможіть медичному закладу створити привабливі умови для молодих спеціалістів (житло, переїзд, загальне середовище). ● Візьміть участь у розробці плану закладу. ● Допоможіть поширювати інформацію про вакансії. ● Підтримайте поїздки представників ЦПМСД до профільних вишів. ● Підтримайте створення у громаді гуртків для школярів, які цікавляться медициною. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Аналізуйте статистику кадрових потреб медичних закладів первинного рівня області для планування втручань. ● Створіть та поширюйте базу даних вакансій лікарів, середнього та молодшого медперсоналу. ● Ініціюйте та підтримуйте різні форми співпраці між вишами та медичними закладами. ● Стимулюйте в медичних вишах заходи, що сприяють свідомому вибору студентами місця роботи (ярмарки вакансій, дні кар'єри тощо). ● Популяризуйте роботу і життя у віддалених громадах, запроваджуючи конкурси «Найкраща громада області».

Закінчення Таблиці 4.4.1

Рівень		
заклад	грумада/район	область
Адаптація		
<ul style="list-style-type: none"> ● Зберіть усі документи/інструкції для нового працівника. ● Створіть програму наставництва (самі станьте наставником). ● Надайте змогу новому працівнику розповісти про складнощі. ● Представте нову людину колективу. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Допоможіть інтегрувати нового лікаря в громаду (якщо він приїжджий). ● Підтримайте переїзд і працевлаштування членів родини лікаря. 	
Утримання		
<ul style="list-style-type: none"> ● Створіть справедливі умови винагороди за працю. ● Створіть можливості для професійного та кар'єрного розвитку. ● Відстежуйте рівень задоволеності працівника. ● Вивчайте досвід інших закладів. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Допоможіть закладу знайти гранти або надайте ресурси для професійного розвитку лікарів (поїздки тощо). 	<ul style="list-style-type: none"> ● Створюйте регіональні програми професійного розвитку лікарів. ● Заохочуйте активну діяльність лікарського самоврядування. ● Створіть програму «Сімейний лікар року» з прозорим конкурсом та залученням громад. ● Поширюйте найкращий досвід.
Звільнення		
<ul style="list-style-type: none"> ● Активно керуйте виходом лікарів на пенсію та звільненням за невідповідність. ● Залучайте фахову підтримку юристів. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Допоможіть створити привабливі умови виходу медичних працівників на пенсію. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Створіть постійну правову підтримку медичних закладів (консультації фахових юристів з питань КЗпП).

4.5. ПІДПИСАННЯ ДЕКЛАРАЦІЙ ПРО ВИБІР ЛІКАРЯ

Декларація – це документ, який підтверджує, що пацієнт хоче обслуговуватись саме у цього лікаря. Підписуючи декларацію з конкретним лікарем, він повідомляє державу в особі Національної служби здоров'я, що плата за обслуговування має знаходити в медичний заклад, де працює цей лікар або на його особистий рахунок, якщо він фізична особа-підприємець.

Декларація не підписується «раз і назавжди»: пацієнт зможе укласти декларацію з іншим терапевтом, педіатром чи сімейним лікарем. У такому випадку не треба скасовувати попередню декларацію: достатньо просто укласти нову декларацію з обраним лікарем, а зміни автоматично зафіксуються в системі.

Пацієнт вільний у своєму виборі: не обов'язково підписувати декларацію за місцем реєстрації чи проживання. Якщо пацієнтів схиляють обирати свого дільничного лікаря або прямо відмовляють у вільному виборі – це протизаконно.

За недієздатних осіб та дітей до 14-річного віку вибір робить законний представник.

Лікар може відмовити пацієнтові у підписанні декларації, якщо він уже набрав оптимальну кількість пацієнтів. Сімейний лікар може обслуговувати 1 800 пацієнтів, терапевт – 2 000 пацієнтів, педіатр – 900 пацієнтів. Ця цифра може бути дещо більшою для лікарів, які працюють у селах. Наприклад, якщо в селі мешкає 2 000 осіб, то всі вони зможуть підписати декларацію з сімейним лікарем. Це питання контролює Національна служба здоров'я України.

Керівництво закладу має надати пацієнтові всю інформацію, необхідну для вибору лікаря:

про заклад:

- повне найменування юридичної особи або прізвище, ім'я, по батькові фізичної особи – підприємця;
- код ЄДРПОУ або реєстраційний номер облікової картки платника податків (для ФОП);
- інформацію про наявність ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики;

про лікарів, які працюють у цьому закладі:

- прізвище, ім'я, по батькові лікаря;
- освіта;
- лікарська спеціальність;

- стаж роботи за спеціальністю;
- кваліфікаційна категорія;
- місце (адреса) та графік роботи лікаря.

Заклад повинен визначити особу, уповноважену приймати декларації та вносити дані до електронної системи охорони здоров'я.

Інформацію про заклад та лікарів краще за все розмістити на стенді в холі закладу і додатково навести інформацію про кожного лікаря на дверях його кабінету.

Для посвідчення особи, яка укладатиме декларацію, пацієнт або його законний представник має надати один з таких документів:

- паспорт громадянина України;
- тимчасове посвідчення громадянина України;
- свідоцтво про народження (для дітей до 14 років);
- посвідка на постійне проживання в Україні;
- посвідчення біженця;
- посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту.

Законний представник пацієнта додатково подає документи, що посвідчують його особу та повноваження законного представника відповідно до законодавства.

Також слід надати копію довідки про індивідуальний податковий номер та мати при собі мобільний телефон.

Далі уповноважена особа заповнює декларацію в електронній формі, роздруковує і дає її пацієнтові або його законному представникові для перевірки. Якщо пацієнт виявив помилки в декларації, уповноважена особа вносить виправлення і знову роздруковує декларацію, доки пацієнт не засвідчить, що всі дані внесено правильно. Далі пацієнт або його законний представник підписує два примірники декларації та надає їх уповноваженій особі, де вона проставляє відмітку з датою отримання та повертає один примірник, а другий залишається в медичному закладі. Після цього уповноважена особа надсилає декларацію до електронної системи охорони здоров'я.

Декларація заповнюється виключно українською мовою.

У разі зміни даних, внесених до декларації при її підписанні, пацієнт або його законний представник повинен звернутися до медзакладу та уточнити змінені дані.

Для організації кампанії із залучення населення до підписання декларацій дивіться розділ «Організації системи комунікації» даного Посібника.

4.6. ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОБЛАДНАННЯМ ТА ЛІКАМИ

Медикаментозне забезпечення на рівні ПМД здійснюється з урахуванням різних категорій населення, в тому числі:

1. Особи з соціально значущими захворюваннями забезпечуються лікарськими засобами в рамках централізованих заходів МОЗ та місцевих програм (наприклад, національних чи місцевих програм боротьби з ВІЛ/СНІДом, ТБ, вірусними гепатитами тощо).
2. Особи з орфанними захворюваннями забезпечуються лікарськими препаратами і продуктами харчування (за потреби) в рамках централізованих заходів МОЗ та місцевих програм.
3. Забезпечення хворих з хронічними неінфекційними захворюваннями здійснюється:
 - на основі згоди пацієнта на участь у програмі управління хронічними захворюваннями;
 - шляхом призначення лікарських засобів з реєстру засобів, що підлягають відшкодуванню (див. програму «Доступні ліки»⁹⁷).

Крім того, існують окремі програми громадського здоров'я, спрямовані на профілактику інфекційних хвороб (наприклад, програма імунізації населення), медикаментозне забезпечення яких здійснюється в рамках централізованих заходів МОЗ та місцевих програм.

Також для обслуговування дітей до трьох років має бути в наявності обов'язковий мінімум для патронажу⁹⁸ для забезпечення амбулаторного лікування згідно з клінічними протоколами; медикаментозне забезпечення здійснюється в рамках централізованих заходів МОЗ та місцевих програм.

Діти віком до 17 років⁹⁹, населення вікових груп 18–64 роки та 64 роки і старші отримують амбулаторне лікування відповідно до клінічних протоколів, а

97 URL: <http://liky.gov.ua/>.

98 Наказ МОЗ України від 20.03.2008 № 149 «Про затвердження Клінічного протоколу медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років».

99 Наказ МОЗ України від 16.08.2010 № 682 «Про удосконалення медичного обслуговування учнів загальноосвітніх навчальних закладів».

медикаментозне забезпечення здійснюється в рамках централізованих заходів МОЗ та муніципальних програм.

У Примірному таблиці матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців (**Додаток 2**), які надають первинну медичну допомогу, наведено мінімальні потреби на:

- одного надавача ПМД;
- на один кабінет надання ПМД;
- на одного лікаря з надання ПМД;
- на одного молодшого спеціаліста з медичною освітою.

Перелік набору для невідкладної медичної допомоги зараз також розробляється. Очікується, що МОЗ незабаром затвердить ці нормативні документи.

4.7. ТЕЛЕМЕДИЦИНА¹⁰⁰

Головною метою медичної реформи в Україні є поліпшення здоров'я населення завдяки забезпеченню рівного й справедливого доступу всіх громадян до медичних послуг належної якості.

Досвід таких країн, як Канада, Австралія, США та інших, показує, що одним із дієвих та перспективних способів підвищення рівня медичного обслуговування, розширення можливостей щодо доступності та якості медичних послуг населенню, особливо для тих груп, що проживають на сільських та віддалених територіях, є запровадження телемедицини.

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), телемедицина – це метод надання послуг з медичного обслуговування з використанням засобів дистанційного зв'язку у вигляді обміну електронними повідомленнями там, де відстань є критичним фактором.

Ціль телемедицини – поліпшення здоров'я населення шляхом забезпечення рівного доступу до медичних послуг належної якості.

Основними завданнями телемедицини є забезпечення надання медичної допомоги пацієнту, коли відстань є критичним чинником її надання, сприяння підвищенню якості допомоги та оптимізації процесів організації та управління охороною здоров'я.

До телемедичних послуг належать дистанційні медичні консультації, консилиуми, контроль фізіологічних параметрів організму пацієнта, проведення діагностичних та лікувальних маніпуляцій, обмін результатами обстеження пацієнта, інші медичні послуги, а також медичні відеоконференції, відеосемінари, відеолекції, що здійснюються у вигляді обміну електронними повідомленнями з використанням телекомунікацій.

Сьогодні телемедицина стає важливим засобом медичного обслуговування людей, обміну професійним досвідом, дистанційного навчання, підвищення рівня кваліфікації медичних працівників без відриву від діяльності на основному місці роботи не тільки у світі, але й в Україні.

¹⁰⁰ Див: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/ms_telemedicine; <https://uk.wikipedia.org/wiki/Телемедицина>;
І. Беззуб. Телемедицина в Україні: реалії та перспективи.

Так, діяльність установ і закладів охорони здоров'я України з використанням підходів телемедицини, зокрема проведення телемедичного консультування, регламентується низкою нормативних актів про захист інформації¹⁰¹, Основами законодавства про охорону здоров'я, наказами МОЗ України, серед яких:

- наказ МОЗ України від 26.03.2010 № 261 «Про впровадження телемедицини в закладах охорони здоров'я»;
- наказ МОЗ від 19.10.2015 № 681, яким, зокрема затверджено:
 - Порядок організації медичної допомоги на первинному, вторинному (спеціалізованому), третинному (високоспеціалізованому) рівнях із застосуванням телемедицини (в тому числі вимоги до порталів телемедицини);
 - Положення про кабінет телемедицини закладу охорони здоров'я (в тому числі таблиць оснащення кабінету телемедицини);
 - форми первинної облікової документації «Запит на телемедичне консультування», «Висновок консультанта», «Журнал обліку телемедичних консультацій» та інструкції щодо їх заповнення.

Зараз сформовано мережу медичних закладів України, які використовують телемедицину у своїй практиці¹⁰². Крім того, з 2007 року в Україні функціонує Державний заклад «Медичний центр телемедицини МОЗ України», основною метою якого є надання висококваліфікованої комплексної консультативної медичної допомоги населенню із застосуванням сучасних інформаційних та телемедичних технологій, організація заходів з їх розробки, апробації, впровадження та розвитку телемедицини в Україні¹⁰³.

Телемедицина сьогодні стає все більш актуальною темою і для ПМД як один з важливих методів підвищення доступності та якості медичного обслуговування в сільській місцевості.

Суттєвим законодавчим поштовхом до впровадження телемедицини в ПМД стало прийняття Закону України від 14.11.2017 № 2206-VIII «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості»¹⁰⁴. Закон визначає

101 URL: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/mttm_normative_base/.

102 URL: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/mttm_telemed_network/.

103 URL: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/mttm_oth_telemed/.

104 Закон України від 14.11.2017 2206-VIII «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості».

засади регулювання та основні напрями розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості.

Зокрема, для наближення якісного медичного обслуговування населення передбачено укомплектування закладів охорони здоров'я необхідним обладнанням і стартовим набором ліків для надання первинної медичної допомоги; розвиток матеріально-технічної бази для медичного обслуговування; впровадження сучасних технологій з медичного обслуговування, зокрема з використанням телемедицини для здійснення фахового консультування лікарем за місцем проживання людини. Саме на налагодження інфраструктури для впровадження телемедицини в сільській та віддаленій місцевості (зокрема проведення Інтернету та телекомунікацій, закупівлю комп'ютерної техніки тощо) на 2017–2018 роки виділено 5 млрд грн¹⁰⁵.

Законом також внесено низку змін до Основ законодавства про охорону здоров'я, визначено термін «телемедицина – комплекс дій, технологій та заходів, що застосовуються під час надання медичної допомоги з використанням засобів дистанційного зв'язку для обміну інформацією в електронній формі».

На виконання вимог цього Закону МОЗ ініціював внесення змін до наказу № 681 з метою спрощення проведення телемедичних консультацій. Доцільно впровадити анонімізовані форми запиту на телемедичне консультування та висновку консультанта, які не містять прізвища та ініціалів пацієнта. Якщо додаткові матеріали (зображення, ЕКГ, результати аналізів тощо) теж не ідентифікують пацієнта, такі дані можуть пересилатися за допомогою звичайної електронної пошти або інших систем передачі електронних повідомлень. Для багатьох користувачів це значно спростить і полегшить проведення телемедичних консультацій.

105 Постанова Кабінету Міністрів України №983 від 6.12.2017.

4.8. ПОРЯДОК ОТРИМАННЯ ФІНАНСУВАННЯ

Заклади охорони здоров'я, що надають ПМД, матимуть різні джерела фінансування, але основними будуть оплата за договорами з НСЗУ та кошти місцевих бюджетів.

Закон України від 07.12.2017 № 2233-VIII «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України»¹⁰⁶ передбачає чітке розмежування видатків місцевого та загальнодержавного рівнів. Загальнодержавний рівень видатків сконцентрований на забезпеченні гарантованого рівня надання медичної допомоги для всіх типів медичної допомоги (див. Табл. 4.7.1).

Таблиця 4.7.1. **Зміни категорій видатків державного бюджету, затверджені змінами до статті 87 Бюджетного кодексу України**

Попередня редакція	Чинна редакція
<p>До видатків, що здійснюються з Державного бюджету України у сфері охорони здоров'я, належать видатки на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • надання медичної допомоги у закладах згідно з переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України та визначених у законодавстві; • санітарно-епідеміологічний нагляд (лабораторні центри, заходи боротьби з епідеміями); • програми в галузі охорони здоров'я, що забезпечують виконання загальнодержавних функцій, згідно з переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України. 	<p>До видатків, що здійснюються з Державного бюджету України у сфері охорони здоров'я, належать видатки на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • державні програми громадського здоров'я та заходи боротьби з епідеміями; • медичні послуги та лікарські засоби, пов'язані з наданням первинної медичної допомоги в межах державного гарантованого пакету, крім видатків на оплату комунальних послуг та енергоносіїв комунальних закладів охорони здоров'я; • медичні послуги та лікарські засоби, пов'язані з наданням вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої), екстреної та паліативної допомоги, медичної реабілітації, медичної допомоги дітям до 16 років, медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами в межах державного гарантованого пакету, крім видатків на оплату комунальних послуг та енергоносіїв комунальних закладів охорони здоров'я; • інші програми в галузі охорони здоров'я, що забезпечують виконання загальнодержавних функцій, державні програми розвитку та підтримки закладів охорони здоров'я, що перебувають у державній власності (згідно з переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України).

106 URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2233-19>.

Бюджетам АР Крим, областей, районів, міст та ОТГ передано функцію підтримки надання послуг на місцях, а також надання послуг, що не входять до програми державних гарантій. Зокрема, видатки рівня місцевих бюджетів змінено (див. Табл. 4.7.2).

Таблиця 4.7.2. **Зміни категорій видатків місцевих бюджетів, затверджених змінами до статей 89-90 Бюджетного кодексу України**

Попередня редакція	Чинна редакція
<p>До видатків, що здійснюються з місцевих бюджетів у сфері охорони здоров'я, належать видатки на:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● первинну медико-санітарну, амбулаторно-поліклінічну, консультативну амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу; ● програми медико-санітарної освіти; ● санаторно-курортну допомогу; ● інші державні програми медичної та санітарної допомоги. 	<p>До видатків, що здійснюються з місцевих бюджетів у сфері охорони здоров'я, належать видатки на:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● оплату комунальних послуг та енергоносіїв комунальних закладів охорони здоров'я, місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я (оновлення матеріально-технічної бази, капітальний ремонт та реконструкція); ● місцеві програми громадського здоров'я та місцеві програми надання населенню медичних послуг та лікарських засобів, які не включені в програму державних гарантій медичного обслуговування населення, в тому числі для малозабезпечених категорій громадян; ● регіональні програми громадського здоров'я; ● оплату комунальних послуг та енергоносіїв комунальних закладів охорони здоров'я, місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я (оновлення матеріально-технічної бази, капітальний ремонт та реконструкція) та регіональні програми надання населенню медичних послуг та лікарських засобів, які не включені в програму державних гарантій медичного обслуговування населення, в тому числі для малозабезпечених категорій громадян.

З 1 січня 2018 року запроваджено фінансування за рахунок Державного бюджету України медичних послуг та лікарських засобів, пов'язаних з наданням первинної медичної допомоги, за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

Відповідно до Закону України від 07.12.2017 № 2233-VIII «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України», протягом 2018–2019 років допускається фінансування первинної медичної допомоги комунальним закладам охорони здоров'я, що не уклали договори з НСЗУ, шляхом надання субвенцій з державного бюджету відповідним місцевим бюджетам. Умови, порядок та строки надання такої субвенції визначаються Кабінетом Міністрів. Починаючи з січня 2020 року, всі заклади, що надають первинну медичну допомогу, працюватимуть з НСЗУ на основі укладених договорів.

Однією з ключових складових реформи є перехід від кошторисного фінансування закладів до оплати послуг за договорами про медичне обслуговування. Відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», договори будуть укладатися у письмовій (електронній) формі та міститимуть положення щодо переліку та обсягу надання медичної допомоги, умови, порядок і терміни оплати наданих послуг, права та обов'язки сторін, вимоги до звітності про роботу закладу. Типова форма договору затверджується Кабінетом Міністрів України.

Оплату наданих послуг здійснюватиме безпосередньо НСЗУ на основі інформації, внесеної до електронної системи охорони здоров'я, зокрема кількості осіб, приписаних до цього закладу в «червоному» та «зеленому» списках, і затвердженого розміру капітаційної ставки з відповідними коефіцієнтами (див. **Розділ 1.4.2**)

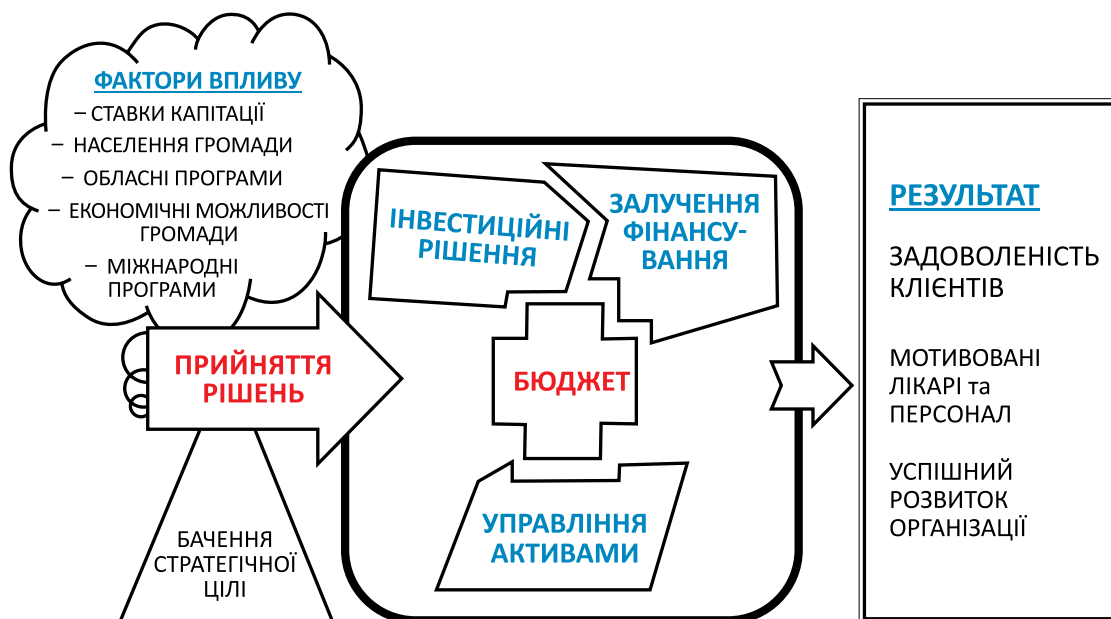
4.9. СКЛАДАННЯ БЮДЖЕТУ

Бюджет – ключовий інструмент управління фінансами в ЦПМД. Він відображає стратегічні пріоритети розвитку закладу, враховує можливості зовнішнього середовища та підпорядковується досягненню результату.

Бюджет являє собою фінансовий план організації, прив'язаний до стратегічних цілей, що відображає очікувані доходи та орієнтовні видатки на наступний період (рік); є системою координат для організації.

Бюджет відображає рішення з управління фінансами (див. **Рис 4.8.1**).

Рисунок 4.8.1. **Внутрішні та зовнішні фактори впливу на рішення з управління фінансами**



Інвестиційні рішення: які активи купуємо/продаємо?

Рішення щодо залучення фінансування: скільки грошей та з яких джерел залучаємо на діяльність і розвиток організації?

Рішення щодо управління активами: наскільки ефективно користуємось усіма нашими активами: який результат отримуємо (кількість пацієнтів, яких ми обслуговуємо тощо)?

Бюджетування – це процес складання бюджетів та їх дотримання в подальшій роботі.

Бюджетування починається з прогнозування доходів організації.

Центри сімейної медицини можуть мати різні джерела надходжень/доходів (див. **Розділ 2.6**). Керівник при складанні бюджету повинен спрогнозувати обсяги надходжень з урахуванням усіх можливих джерел доходу (див. **Рис. 4.8.2, Табл. 4.8.1**)

Рисунок 4.8.2. **Джерела можливих надходжень/доходів ЦПМД**



Прогнозування надходжень за принципом капітації див. **Табл. 2.6.1**.

Таблиця 4.8.1. **Надходження ЦПМД у розрізі джерел доходу**

	Джерела доходу	2018	2019
1.	Надходження за принципом капітації		
2.	Цільові програми (ВІЛ/СНІД, ТБ тощо)		
3.	Дотації з бюджету громади/місцевого бюджету: ✓ Оплата комунальних послуг ✓ На інші цілі		
4.	Платні послуги		
5.	Надходження від донорів/добровільні внески		
6.	Інші		

Друга частина бюджету – це витрати закладу ПМД, які складаються з різних категорій (див. **Рис. 4.8.3**), а обсяг витрат повинен прогнозуватися для кожної з категорій.

Рисунок 4.8.3. Ключові статті витрат закладу ПМД



Керівник ЦПМД може впливати на різні елементи бюджету:

- при плануванні управлінського персоналу важливо розрізнити ролі та посади: не обов'язково кожна роль в організації повинна бути пов'язана з оплачуваною посадою; в невеликій практиці (4-6 лікарів) ролі можуть розподілятися між лікарями за домовленістю;
- при аналізі використання приміщень закладом врахуйте, що неоптимальний розмір приміщень збільшує витрати на їх утримання;
- у витратах на закупівлю та обслуговування інформаційних систем (МІС) треба врахувати не тільки розмір інвестицій на необхідне оснащення і навчання персоналу для використання МІС, але й подальші витрати на оплату послуг провайдера;
- варто враховувати, що деякі послуги можуть залучатись через аутсорсинг (охорона, обслуговування комп'ютерної мережі, юридичні та бухгалтерські послуги тощо).

На **Табл. 4.8.2** наведено приклад моделювання доходів лікаря Чугуївського районного ЦПМСД за різних організаційних форм: найманий працівник та ФОП за один місяць. Розрахунки було зроблено в рамках проекту «Трансформація первинної медицини в м. Чугуєві» за підтримки Міжнародного фонду «Відродження».

Таблиця 4.8.2. **Приклад моделювання доходів лікаря Чугуївського районного ЦПМСД за різних організаційних форм (найманий працівник та ФОП) за один місяць, з розрахунку надходжень на практику в обсязі 60 000 грн**

Стаття витрат	Одиниці виміру	Норматив/обсяг витрат, грн	Найманий працівник, грн	ФОП, грн
Адміністративно-господарчі витрати	%	20/10	12 000	6 000
Комунальні платежі	грн. на 1 лікаря	5 000	5 000	5 000
Медсестри (2 для найманого; 1,5 для ФОП)	Ставки, грн.	5 000	10 000	10 000
Реєстратор	1 особа на 10 найманих працівників	4 000	400	5 000
Прибирання	1 особа на 10 найманих працівників	4 000	400	500
Інтернет, телефон	грн. на 1 лікаря в міс.	250	250	250
Витратні матеріали, інструмент	на 2 000 пацієнтів	3 000	3000	3 000
Інші витрати		2 000	2 000	3 000
Нарахування на фонд оплати праці, ЄСВ	22% від фонду оплати праці		2 860	3 300
Загальна сума витрат (до моменту виплати лікарю)			36 081	36 050
			23 919	23 950
Нарахування на фонд оплати праці	%	22	4 313	
Єдиний податок, 3 група	%	5% (від прибутку)		3 000
ЄСВ (усі підприємці)	%	22 (від мін. з/п)		902
Нарахована заробітня плата			19 605	
Податок на прибуток фіз. осіб	%	18	3 529	відс.
Військовий збір	%	1,5	294	відс.
ДО СПЛАТИ			15 782	20 048

Почніть з розуміння поточної структури вашого бюджету: проведіть аналіз витрат **на місяць** у грошовій формі і у відсотковому співвідношенні. Орієнтовний перелік витрат закладу ПМД наведено в **Табл. 4.8.3**.

Таблиця 4.8.3. Орієнтовний перелік витрат закладу ПМД, 2018 р.

Стаття витрат	Кількість, осіб/одиниць	Вартість одиниці, грн	Усього за місяць, грн
ВИТРАТИ, ВСЬОГО			
I. ОПЛАТА ПРАЦІ (без нарахувань на ФОП)			
1. МЕДИЧНИЙ ПЕРСОНАЛ ПРАКТИК			
Сімейні лікарі			
Педіатри			
Терапевти			
Медсестри сімейної медицини			
Сестри медичні			
Молодший мед. персонал			
Завідувач ФП			
Інші			
2. АДМІНІСТРАТИВНИЙ ПЕРСОНАЛ			
Головний лікар (без частини заробітної плати як лікаря)			
Заступник головного лікаря			
Завідувач амбулаторії			
Бухгалтер			
Економіст			
Інспектор з кадрів			
Статистик медичний			
Юрист			
ІТ-консультант			
Інженер			
Секретар			
Реєстратор медичний			
Інші			
3. ГОСПОДАРСЬКИЙ ПЕРСОНАЛ			
Завідувач господарства			
Електрик			
Технік			
Сторож			
Сестра-господарка			
Водій			
Інші			
НАРАХУВАННЯ НА ОПЛАТУ ПРАЦІ (всі)			
II. ТОВАРИ та ПОСЛУГИ			
Предмети, матеріали, обладнання та інвентар			
Реактиви для лабораторії			
Одноразові набори для оглядів			
Медикаменти і перев'язувальні матеріали			

Закінчення Таблиці 4.8.3

Стаття витрат	Кількість, осіб/одиниць	Вартість одиниці, грн	Усього за місяць, грн
Інше			
Бланки, канцелярські товари			
Продукти харчування			
Пальне для транспорту			
Вугілля/дрова для опалення			
Оплата послуг (крім комунальних)			
У т. ч.:			
Інтернет			
Зв'язок			
Вивезення сміття			
Обслуговування оргтехніки (заправка картриджа)			
Витрати на відрядження			
Оплата комунальних послуг та енергоносіїв			
У т. ч.:			
Теплопостачання			
Водопостачання та водовідведення			
Електроенергія			
III. РЕАЛІЗАЦІЯ ДЕРЖАВНИХ/ РЕГІОНАЛЬНИХ ПРОГРАМ			
IV. СОЦІАЛЬНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ			
V. ІНШІ ПОТОЧНІ ВИДАТКИ			

Принципи управління бюджетом

- Доходів за період повинно бути достатньо для покриття всіх категорій витрат, що заплановано на даний період.
- Слід розрізняти операційні та інвестиційні потреби/витрати: надходження за принципом капітації призначені, головним чином, для покриття операційних витрат; для інвестиційних потреб варто шукати додаткові фінансові ресурси.
- Треба знати розмір надходжень та обов'язкових витрат окремо взятої практики сімейного лікаря.
- Необхідно керувати затратами по категоріям: слід розуміти, скільки ресурсів потрібно для різних видів діяльності і якого фінансування це потребує.

Для грамотного управління бюджетом потрібна система управлінської звітності, що дозволяє чітко розуміти, на що витрачаються ресурси в організації та скільки коштують послуги для пацієнта.

4.10. ПІДКЛЮЧЕННЯ ТА ВЕДЕННЯ ЕЛЕКТРОННОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Електронна система охорони здоров'я (eHealth) допомагає пацієнтам отримувати, а лікарям – надавати якісні медичні послуги. Також система дозволяє контролювати, наскільки ефективно витрачаються виділені на охорону здоров'я державні кошти, і запобігати зловживанням.

Це складна система, яка буде впроваджуватися протягом кількох років. Спочатку вона охопить первинну ланку медицини: сімейних лікарів, терапевтів та педіатрів. Пацієнти укладатимуть декларації з обраними лікарями, і лікарі реєструватимуть ці декларації в системі. В такий спосіб держава зможе платити лікареві за кожного пацієнта, а пацієнт отримує гарантовані державою безкоштовні медичні послуги, отже, eHealth допоможе реалізувати принцип «гроші ходять за пацієнтом». Саме тому підключення ЦПМД до цієї системи є однією з обов'язкових умов МОЗ для укладання договорів з НСЗУ та переходу на нову систему фінансування (капітацію).

Надалі eHealth дасть можливість кожному швидко отримати свою медичну інформацію, а лікарям – правильно ставити діагноз з урахуванням цілісної картини здоров'я пацієнта. Вже не буде потреби в паперових медичних картах і друкованих довідках, які губляться і забуваються. Лікарі виписуватимуть електронні рецепти, які не можна буде ні загубити, ні підробити. Система міститиме всю медичну історію пацієнта і буде доступна як пацієнтові, так і його лікарям.

Державні органи розумітимуть, куди слід витратити державні кошти, щоб це приносило максимум користі, адже система накопичуватиме велику кількість статистики про захворювання і лікування. Як результат, українці отримуватимуть за державний кошт більше якісних медичних послуг.

Різні країни електронізують систему охорони здоров'я по-різному. В Україні система складатиметься з центрального компонента, котрий відповідатиме за централізоване зберігання та обробку інформації, та медичних інформаційних систем (MIS), які лікарні та поліклініки можуть обирати на ринку і встановлювати в себе.

Центральний компонент буде контролюватись державою. Від розробників MIS буде вимагатись суворе дотримання вимог щодо надійності, безпеки та конфіденційності даних, якими їхні системи обмінюватимуться з центральним компонентом.

Система також пройде сертифікацію Державної служби спеціального зв'язку та захисту інформації України.

Медичні заклади зможуть обирати будь-яку медичну інформаційну систему серед тих, які пройшли перевірку і підключилися до центрального компонента eHealth. При цьому комерційні МІС гарантовано надають базовий пакет електронних сервісів. Лікар може побачити всю інформацію про свого пацієнта з центрального компонента незалежно від того, з якою МІС він працює. З повним переліком МІС можна ознайомитися на порталі eHealth: portal.ehealth-ukraine.org.

Центральний компонент eHealth розробляє та впроваджує Проектний офіс, створений громадськими організаціями ГО «Трансперенсі Інтернешнл Україна» та БО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ». Фінансування проекту забезпечують програми технічної підтримки міжнародних донорів: Світового банку, урядів США та Канади, Глобального фонду та інших. Розробку програмної частини ведуть кваліфіковані українські фахівці. Проектний офіс співпрацює з Міністерством охорони здоров'я на основі Меморандуму. За подальшу експлуатацію та адміністрування системи eHealth відповідатиме вже створене з цією метою державне підприємство, в якому зараз формується команда.

Призначення системи eHealth

Система eHealth призначена для:

- автоматизації збору, зберігання, обробки та надання НСЗУ можливостей адміністрування відповідних процесів у первинній медицині;
- автоматизації медико-технологічних процесів первинної медицини;
- автоматизації процесів виписування медичних рецептів, які будуть використовуватись в урядовій програмі «Доступні ліки»;
- автоматизації обліку пацієнтів, які користуються послугами первинної медицини у відповідних державних, комунальних або приватних закладах первинної та сімейної медицини;
- автоматизації технологічних процесів програми «Доступні ліки» за програмою реімбурсації;
- надання кінцевим користувачам порталу НСЗУ доступу до аналітичної та адміністративної інформації, яка необхідна для забезпечення життєздатності відповідних процесів.

Мета створення eHealth

Загальною кінцевою метою створення та впровадження центральної бази даних (ЦБД) eHealth є оптимізація та вдосконалення процесу медичного обліку у сфері первинної медицини МОЗ України, а також процесів програми «Доступні ліки».

Завданнями ЦБД eHealth є:

- підвищення якості інформації про пацієнтів, які користуються послугами первинної медичної допомоги в державних, комунальних і приватних медичних закладах;
- надання якісної інформації про лікарів і заклади, які надають первинну медико-санітарну допомогу у визначеному районі;
- підвищення ефективності роботи медичного персоналу;
- організація оперативної інформаційної взаємодії лікарів різних спеціальностей;
- підвищення ефективності управління закладами первинної медико-санітарної допомоги;
- оптимізація використання наявних кадрових ресурсів у мережі закладів ПМД;
- впорядкування процесу відпуску ліків у аптеках, які беруть участь в урядовій програмі «Доступні ліки».

Для досягнення поставленої мети ЦБД eHealth повинна виконувати такі функції:

- надавати доступ до відповідних методів та процедур роботи шляхом віддаленого використання єдиного Прикладного програмного інтерфейсу (ППІ) системами МІС;

Медична інформаційна система (МІС) – інформаційно-телекомунікаційна система, яка є частиною електронної системи охорони здоров'я та забезпечує реєстрацію користувачів, автоматичне розміщення, отримання і передавання інформації та документів щодо надання медичних послуг, користування сервісами з автоматичним обміном інформацією, доступ до якого здійснюється за допомогою мережі Інтернет;

- забезпечувати можливість віддаленого або/та одночасного доступу системам МІС до персональних даних пацієнтів та медичної облікової інформації (за рахунок можливості віддаленого доступу, автоматизованого створення багатьох копій електронних документів та усунення ефекту черговості);

- забезпечувати процедури авторизації та аутентифікації користувачів системи шляхом впровадження відповідних методів ППІ;
- забезпечувати методи контролю доступу користувачів до системи з різних систем МІС і можливість роботи користувачів системи з будь-якої обраної МІС, підключеної до системи;
- забезпечувати збереження конфіденційної інформації (персональних даних та медичної інформації про пацієнтів) та її захист від несанкціонованого доступу.

Основними користувачами ЦБД eHealth виступатимуть:

- НСЗУ та МОЗ України;
- центри ПМСД і сімейної медицини в особі головних лікарів та медичного персоналу, що підписали відповідний договір з НСЗУ на отримання капітації за надання медичних послуг;
- пацієнти, які звертаються по медичну допомогу до ЦПМД або інших закладів ПМД;
- аптеки, що беруть участь у програмі «Доступні ліки»;
- системи МІС, що можуть належати і адмініструватись як державними, так і приватними медичними закладами.

Правовою базою для запровадження та функціонування електронної системи охорони здоров'я є такі документи¹⁰⁷:

- Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»;
- розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1013-р «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я»;
- наказ МОЗ України від 14.02.2017 № 125 «Про утворення Координаційної ради Міністерства охорони здоров'я з питань впровадження електронної охорони здоров'я»;
- наказ МОЗ України від 07.09.2017 № 1060 «Про тестування компонентів електронної системи обміну медичною інформацією, необхідних для запуску нової моделі фінансування на первинному рівні надання медичної допомоги»;
- Меморандум щодо створення в Україні прозорості та ефективної електронної системи охорони здоров'я та про створення Проектного офісу від 16 березня 2017 р.;

107 URL: <https://portal.ehealth-ukraine.org/#documents>.

- Регламент функціонування електронної системи охорони здоров'я в рамках реалізації пілотного проекту в частині забезпечення автоматизації обліку надання медичних послуг від 28.08.2017, затверджений ГО «Трансперенсі Інтернешнл Україна».

На затвердженні перебувають:

- проект Порядку функціонування електронної системи охорони здоров'я (Додаток 5);
- проект Порядку опублікування відомостей з електронної системи охорони здоров'я Національною службою здоров'я України.

Етапи впровадження системи eHealth наведено в **Табл. 4.9.1.**

Таблиця 4.9.1. **Етапи впровадження системи eHealth**

Перший етап	Другий етап	Третій етап	Четвертий етап
<p>1. Запущено в тестовому режимі функціонал «Капітація».</p> <p>2. Затверджено необхідну нормативну базу для тестового режиму.</p> <p>3. Підготовлено довгострокову стратегію розвитку eHealth.</p> <p>4. Підготовлено ТЗ для отримання сертифіката КСЗІ.</p>	<p>1. Запущено в пілотному режимі підтримку програми «Доступні ліки».</p> <p>2. Створено ДП, яке стане адміністратором системи.</p> <p>3. Проведено міграцію готових компонентів системи в український центр обробки даних.</p> <p>4. Систему передано на ДП.</p> <p>5. Узгоджено бізнес-модель для розробників МІС.</p>	<p>1. Отримано сертифікат КСЗІ.</p> <p>2. Забезпечено нормативну базу для функціонування системи.</p> <p>3. Проведено навчання лікарів щодо переходу на нову систему фінансування.</p>	<p>1. Капітаційні виплати на основі даних із системи.</p>

Робота в системі eHealth

Поява закладів в електронній системі

1. Керівник закладу, бухгалтер закладу, а також керівник відділу кадрів отримують електронний цифровий підпис (ЕЦП) від цього закладу як суб'єкта господарювання.
2. Через відповідний веб-сайт державного органу, що виконує функції єдиного державного замовника медичних послуг, керівник закладу обирає інтерфейс медичної інформаційної системи (МІС), через який хотів би працювати (протягом тестового періоду обрати МІС можна на порталі eHealth: portal.ehealth-ukraine.org).
3. Через інтерфейс МІС керівник закладу починає реєстрацію закладу будь-якої форми власності, що офіційно може надавати ПМД.
4. Через інтерфейс МІС керівник закладу вносить дані про заклад:
 - 4.1. Юридична інформація про заклад (код ЄДРПОУ або РНОКПП, організаційно-правова форма, повна (скорочена та публічна) назва, види діяльності у кодах КВЕД, адреса місця реєстрації).
 - 4.2. Адреса фактичного місцезнаходження.
 - 4.3. Інформація про керівника (підписанта).
 - 4.4. Контактна інформація керівника (підписанта).
 - 4.5. Інформація про відокремлені підрозділи.
 - 4.6. Державна акредитація.
 - 4.7. Ліцензія на медичну практику.
 - 4.8. Контактна інформація закладу.
5. Після введення та перевірки даних керівник закладу погоджується на обробку цих даних та підтверджує їхню достовірність.
6. Керівник закладу підписує внесені дані електронним цифровим підписом (ЕЦП).
7. Інформація про заклад будь-якої форми власності, що може надавати ПМД, після її введення в електронну систему проходить процес верифікації.
 - 7.1. Введена інформація перевіряється на відповідність даним ЕЦП.
 - 7.2. Інформація, яка не міститься в ЕЦП, підлягає перевірці на відповідність даним автоматизованої бази даних МОЗ.
 - 7.3. Заклад, інформацію про який не було знайдено в автоматизованій базі

даних МОЗ, може відображатись в електронній системі як неверифікований до моменту:

- 7.3.1. Укладення договору з єдиним державним замовником медичних послуг.
- 7.3.2. Перевірки введеної інформації шляхом запиту до МІС на проведення такої перевірки. У разі успішного проходження перевірки МІС направляє відповідне повідомлення всередині системи.

8. Заклад відображається в системі.
9. Керівник закладу отримує посилання для логіну та паролю на свою робочу адресу електронної пошти.
10. Після входу в систему керівник закладу має можливість призначити ролі та ввести інформацію про бухгалтера і представника відділу кадрів закладу, обов'язково вказавши їхні контактні дані: номер телефону та електронну адресу.

Надалі, відповідно до розгортання реформи охорони здоров'я, в такому самому порядку в системі можуть з'являтися інші заклади: аптечні, діагностичні, заклади вторинної ланки тощо.

Поява лікарів у електронній системі

Декларування закладами наявних кадрових ресурсів (лікарів) для надання первинної медичної допомоги (терапевтів, педіатрів сімейних лікарів) відбувається в такому порядку:

1. Керівник закладу ввів інформацію та зареєстрував заклад, отримав посилання для логіну та паролю на вказану ним електронну адресу.
2. Після входу в систему через інтерфейс МІС керівник закладу призначає ролі та вводить інформацію про бухгалтера і представника відділу кадрів закладу (за наявності).
3. На вказану електронну пошту бухгалтеру закладу та представнику відділу кадрів надходять посилання на логін і пароль для входу в систему.
4. Працівник відділу кадрів входить у систему через інтерфейс МІС, призначає ролі та вводить інформацію про лікарів закладу, які надають ПМД:
 - 4.1. Особиста інформація про лікаря (ПІБ, стать, дата народження та інше).
 - 4.2. Інформація про документи, що посвідчують особу лікаря.

- 4.3. Контактна інформація лікаря.
 - 4.4. Посада і дата, з якої лікар працює на цій посаді в закладі.
 - 4.5. Спеціальність для посади.
 - 4.6. Інформація про навчання у вищому навчальному закладі.
 - 4.7. Інформація про сертифікати, за наявності – атестації, курси підвищення кваліфікації та науковий ступінь лікаря.
5. За потреби представник відділу кадрів призначає ролі та вводить інформацію про інших працівників, які будуть користувачами системи для роботи з формами декларацій (реєстратори, медсестри, акушерки, фельдшери закладу тощо), використовуючи набір даних співробітника.
 6. Інформацію пропонується ввести вручну або скопіювати інформацію з програми управління кадрами (наприклад, з програми «Медичні кадри»).
 7. Після введення та перевірки інформації представник відділу кадрів закладу погоджується на її обробку та підтверджує її достовірність.
 8. Лікарі та (за наявності) інший персонал отримують на вказані електронні адреси посилання для логіну та паролю для входу в систему.
 9. Після входу в систему лікар має можливість створювати декларації та працювати з ними.

Оновлює інформацію про лікаря в системі користувач з роллю «представник відділу кадрів».

Поява декларацій про вибір лікаря в електронній системі

Підставою для розрахунку обсягу фінансування закладу є декларація між пацієнтом та лікарем, який надає первинну медичну допомогу (зразок декларації – **додатки 6.1 та 6.2**).

1. Представник відділу кадрів ввів у систему інформацію про лікарів закладу, за потреби – інший персонал, який має працювати з деклараціями про вибір лікаря.
Лікарі та інший персонал отримують посилання на логін та пароль для входу у систему на вказані електронні адреси.
2. Увійшовши в систему через інтерфейс МІС, лікар або інший працівник мають можливість сформулювати декларацію про вибір лікаря з автоматично заповненими відповідними полями про лікаря та заклад.

3. Заповнення декларації: лікар або інший працівник має змогу ввести інформацію про пацієнта безпосередньо в системі та роздрукувати копію з цією інформацією для підписання пацієнтом або ввести дані в систему із заповненої вручну форми.
4. Внутрішній номер декларації вибору лікаря формується автоматично.
5. Перед заповненням декларації лікар або інший працівник мають обов'язково перевірити документи пацієнта, що посвідчують особу та необхідні для підписання декларації.
6. Під час внесення даних про пацієнта в систему відбуватиметься миттєва або віддалена перевірка присутності пацієнта, з яким підписується декларація.

Декларація з'являється в системі як чинна.

Пам'ятку для пацієнтів щодо вибору лікаря та реєстрації декларацій можна завантажити на порталі eHealth: portal.ehealth-ukraine.org. Її рекомендується розмістити в закладах ПМСД

4.11. ВЕДЕННЯ МЕДИЧНОЇ ЗВІТНОСТІ

Сучасна система збору медичної інформації та статистичної звітності є складною, застарілою, малоінформативною для прийняття рішень і потребує багато часу та людських ресурсів. Сьогодні ведення медичної звітності ЗОЗ регламентується наказом МОЗ України від 10.07.2007 № 378 у редакції від 06.08.2013 «Про затвердження форм звітності з питань охорони здоров'я та інструкцій щодо їхнього заповнення»¹⁰⁸, а також низкою нормативних документів, з якими можна ознайомитись на інтернет-сторінці Центру медичної статистики МОЗ України¹⁰⁹.

У січні МОЗ України затвердив наказ від 04.01.2018 № 13 «Про деякі питання застосування Україномовного варіанту Міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (ICPC-2-E)»¹¹⁰, який впроваджує систему Міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (ICPC-2 – International Classification of Primary Care). Це нова система, яка дозволяє лікарям первинної ланки концентруватись на потребах пацієнтів, а не підлаштовуватись під зручність обробки кодів для формування статистики.

Міжнародна класифікація первинної медичної допомоги (International Classification of Primary Care, ICPC) – це найбільш поширена класифікація, яка використовується на первинній ланці в багатьох країнах світу. Всесвітня організація охорони здоров'я офіційно включила ICPC до своєї групи міжнародних класифікацій (WHO-FIC).

Класифікацію розроблено Всесвітньою організацією сімейних лікарів (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians – WONCA), яка зараз об'єднує 118 організацій у 131 країні та 500 000 сімейних лікарів з усього світу.

Перше видання ICPC було здійснено WONCA у 1987 році і спиралося на новий принцип – розуміння того, що в ПМД важливим є не тільки погляд лікаря на проблему пацієнта (діагноз), а й причина звернення пацієнта по медичну допомогу. Таким чином, у класифікації для ПМД стало доступним кодування як діагнозу, так і причини звернення пацієнта. Класифікаційний комітет WONCA (WICC) проводить

108 URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/z1009-07>.

109 URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/normdoc.html>.

110 URL: <http://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-04012018--13-pro-dejaki-pitannja-zastosuvannja-ukrainomovnogo-variantu-mizhnarodnoi-klasifikacii-pervinnoi-medichnoi-dopomogiicpc-2-e>.

постійну роботу над удосконаленням запропонованої класифікації, і зараз використовується її друге видання (ICPC-2) з оновленнями 2016 року.

Основні принципи ICPC-2

Міжнародна класифікація первинної медичної допомоги (ICPC) – це найбільш поширена класифікація, яка використовується на первинній ланці в багатьох країнах світу. Головний принцип системи – розуміння того, що в ПМД важливим є не тільки погляд лікаря на проблему пацієнта (діагноз) але і причина звернення пацієнта по медичну допомогу, тому в ICPC-2 можна кодувати причину звернення пацієнта.

Класифікацію ICPC розроблено лікарями ПМД, тому вона максимально відображає зміст їхньої роботи. Всі коди ICPC-2 вміщуються лише на двох сторінках паперу формату А4.

ICPC-2 має близько 1 300 кодів, які описують найбільш часті (більше ніж 1 випадок на 1 тис. пацієнтів на рік) проблеми. Рівень деталізації цих проблем відповідає потребам первинної медичної допомоги. Крім того, можна налаштовувати ICPC-2 відповідно до місцевих епідеміологічних особливостей. Для порівняння: наявна сьогодні Міжнародна класифікація хвороб (МКХ-10) містить від 14 000 до 140 000 кодів зі складною системою кодування, більшість яких не використовується в ПМД. Керуватися МКХ-10 з відповідною деталізацією можна в умовах стаціонарних відділень лікарень, де використовується лише обмежена кількість кодів МКХ згідно зі спеціалізацією конкретного відділення.

Базовим поняттям в ICPC-2 є епізод медичної допомоги – взаємодія пацієнта з медичним закладом від першого звернення (візиту) до медичного працівника до останнього візиту (включно) з цією ж проблемою. Це дозволяє ефективно групувати медичну інформацію, коли дані різних окремих візитів «нанизуються» на один епізод медичної допомоги. Наприклад, пацієнт з хронічними захворюваннями часто звертається до закладів ПМД і нерідко під час одного візиту вказує декілька різних проблем. ICPC-2 дозволяє лікарю структурувати медичні записи про пацієнта в розрізі його окремих хронічних захворювань. Як наслідок, це покращить якість медичної допомоги і дозволить оптимально розпланувати ресурси ПМД відповідно до потреб пацієнта, зменшити навантаження медичного персоналу щодо ведення медичної документації.

Як кодуються візити пацієнта в ІСРС-2

Для кожного візиту пацієнта ІСРС-2 дозволяє кодувати три складові:

1. Причину звернення пацієнта до лікаря (найчастіше це певні скарги, консультації або оцінка результатів аналізів).
2. Діагноз (як бачить проблему сімейний лікар).
3. Дії (що необхідно зробити в конкретній ситуації: лікування, направлення на додаткові методи обстеження або на вторинну ланку).

За допомогою ІСРС-2 можна кодувати скарги, симптоми та синдроми, коли неможливо встановити точний діагноз. Також ця класифікація використовується для обробки медичних записів в електронному вигляді, що робить простішим і точнішим ведення всієї медичної статистики. Навіть при паперовому використанні ІСРС-2 дозволяє спростити ведення медичних записів.

Зручність у використанні, постійне вдосконалення і максимальна відповідність змісту діяльності первинної медичної допомоги зробили ІСРС-2 ефективним інструментом для збору та аналізу даних як для потреб клінічного управління ПМД, так і для статистичних потреб.

Як впроваджуватиметься ІСРС-2

Міністерство охорони здоров'я у 2017 році підписало угоду з WONCA щодо ліцензійного використання ІСРС-2 у загальній практиці. Українська мова стала 20-ю офіційною мовою, якою було перекладено ІСРС-2. Міністерство розробило нормативно-правову базу для використання ІСРС-2 в системі охорони здоров'я України: затверджено наказ «Про деякі питання застосування Україномовного варіанту міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (ІСРС-2-Е)». Тож уже цього року українські лікарі долучаться до міжнародної спільноти медиків, які щоденно у своїй роботі використовують цю просту і зручну класифікацію.

Наступні кроки МОЗ щодо впровадження ІСРС-2 у 2018 році – запуск навчального онлайн-тренажера для лікарів, розповсюдження навчальних матеріалів та їх інтеграція в медичну освіту на до- та післядипломному рівнях, проведення регіональних тренінгів для практикуючих лікарів. Також важливою складовою, яка дозволить покращити якість ПМД, є впровадження міжнародних протоколів. Планується, що базу протоколів для ПМД буде проіндексовано за ІСРС-2. Це

дозволить лікарям швидко знаходити відповіді на клінічні запитання, що виникають у повсякденній діяльності, використовуючи при цьому єдину систему кодів. Ці рішення буде інтегровано в електронну систему охорони здоров'я та МІС, якими користуються лікарі первинної ланки.

Зараз значну частину свого робочого часу медичні працівники первинної ланки витрачають на паперову і статистичну роботу, що зменшує обсяг їхнього часу на потреби пацієнтів. Впровадження ІСРС-2 з одночасним спрощенням облікових і статистичних форм та впровадженням електронної звітності за допомогою МІС є важливою складовою системної роботи МОЗ щодо оптимізації роботи лікарів ПМД з метою побудови справді пацієнт-орієнтованої системи охорони здоров'я.

4.12. ЯКІСТЬ ПОСЛУГ ПМД

Якість в охороні здоров'я – багатовимірне поняття, яке має різні підходи до його визначення. За визначенням ВООЗ¹¹¹, якість медичних послуг є мірою того, як послуги охорони здоров'я, що надаються окремим особам та громадам, поліпшують бажані результати у здоров'ї людей. Щоб цього досягти, охорона здоров'я повинна бути:

- **безпечною:** надання медичної допомоги, яка мінімізує ризики завдати шкоду для отримувачів послуг, у тому числі пошкоджень, яким можна запобігти, а також зменшує можливість медичних помилок;
- **результативною:** досягнення найкращих результатів через надання послуг на основі наукових знань та принципів доказової медицини;
- **своєчасною:** зменшення затримок у наданні та одержанні медичної допомоги;
- **економічно ефективною:** надання медичної допомоги таким чином, щоб максимізувати використання ресурсів та уникнути марних витрат;
- **забезпечувати рівність:** надання медичної допомоги, яка не відрізняється за якістю відповідно до особистих характеристик, таких як стать, раса, національність, місце проживання або соціально-економічний статус;
- **людиноцентричною:** надання медичних послуг з урахуванням індивідуальних уподобань і очікувань пацієнтів та культури їхньої громади.

В Україні питання нормативного забезпечення якості в охороні здоров'я має певну термінологічну плутанину. Накази МОЗ¹¹², які регулюють якість медичної допомоги, стосуються лише клінічної її складової (clinical quality), більше орієнтовані на стаціонарні технології та великі медичні заклади і менше – на застосування в ПМД. Враховуючи особливості надання послуг на рівні ПМД та їх медико-соціальний контекст, питання якості слід розглядати в ширшому аспекті. Управління якістю охоплює не лише питання надання медичної допомоги, але й допоміжні процеси (управління ресурсами, в т. ч. кадровими, процеси вдосконалення, управління ризиками тощо), а тому надає керівнику

111 The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever.

112 На момент написання цього керівництва:

- наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 752 «Про затвердження Порядку контролю якості медичної допомоги»;
- наказ МОЗ України від 06.08.2013 № 693 «Про організацію клініко-експертної оцінки якості медичної допомоги».

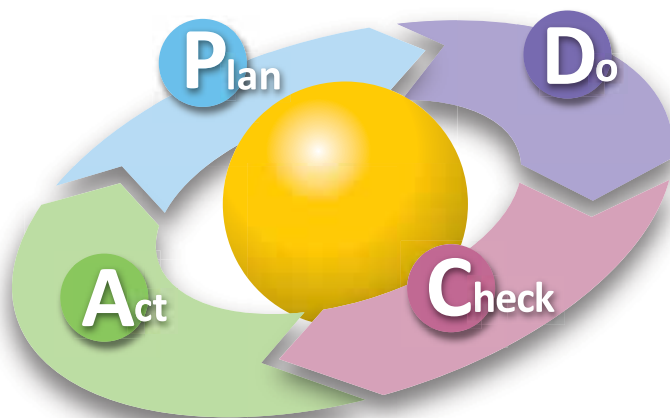
ПМД нові ефективні інструменти менеджменту. Тому зараз розробляються для затвердження у 2018 році нові клінічні протоколи та нормативна база щодо надання первинної медичної допомоги.

Для запровадження управління якістю ПМД можна використати два взаємодоповнювальні підходи: 1) системний (на основі ISO) – для побудови сучасної системи управління якістю (СУЯ) в організації; 2) прикладний (на основі впровадження окремих елементів СУЯ) – для отримання швидких результатів або для застосування в малих організаціях.

Системний підхід

Міжнародна організація зі стандартизації ISO (International Organization for Standardization) розробила спеціальний стандарт «Системи управління якістю. Вимоги», переклад якого було затверджено в Україні як національний стандарт ДСТУ ISO 9001:2015¹¹³. У цьому стандарті використано процесний підхід, елементами якого є цикл «Плануй–роби–перевірй–впливай» (ПРПВ) (Рис. 4.11.1) та ризик-орієнтоване мислення.

Рисунок 4.11.1. Цикл «Плануй–роби–перевірй–впливай»



● **Цикл PDCA** (часто використовується назва Цикл Демінга) – модель безперервного поліпшення процесів, цикл PDCA:

- Плануй (Plan)
- Роби (Do)
- Перевірй (Check)
- Впливай (Act)

113 URL: <http://metrology.com.ua/download/iso-iec-ohsas-i-dr/61-iso/1316-dstu-iso-9001-2015>.

Процесний підхід передбачає здійснення детального опису всіх процесів, які відбуваються в організації, систематичне визначення їх взаємодій та керування ними для досягнення запланованих результатів. Прикладами процесів в організації, яка надає ПМД, можуть бути «Запис на консультацію до лікаря», «Відвідування пацієнта вдома», «Спілкування з пацієнтами телефоном», «Направлення до вузькопрофільних фахівців» тощо.

Розуміння взаємопов'язаних процесів та управління ними як системою сприяє результативності та ефективності організації в досягненні нею запланованих результатів. На жаль, більшість закладів ПМД ще не використовують планування як інструмент управління і, відповідно, не мають чітко визначених та усвідомлених працівниками запланованих результатів. Однак ситуація поступово змінюється, і в Україні зростає кількість медичних закладів, які впроваджують у себе ДСТУ ISO 9001:2015 з отриманням відповідного підтверджувального сертифіката.

Цикл ПРПВ дає змогу організації мати впевненість у тому, що її процеси є формально визначеними, керованими та адекватно забезпеченими ресурсами і що можливості для поліпшення цих процесів встановлено та реалізовано. Ризик-орієнтоване мислення дозволяє організації визначати чинники, які можуть спричинити відхилення її процесів від запланованих результатів, щоб передбачати запобіжні заходи для зменшення негативних впливів та якнайбільшого використання наявних можливостей.

Основними принципами управління якістю згідно з ISO є:

1. **Орієнтація на споживача:** організації необхідно робити те, що хоче споживач зараз і захоче в майбутньому, навіть якщо він цього не усвідомлює.
2. **Лідерство керівника:** організація діє завжди в рамках обмеженості ресурсів та вхідних даних у конкурентному середовищі, тому тільки лідер, який володіє баченням та силою духу, здатний забезпечити досягнення її цілей (місії).
3. **Залучення персоналу:** персонал організації є її основним і одночасно найуразливішим ресурсом, тому опора лідерів на нього – запорука успіху.
4. **Процесний підхід:** СУЯ організації – це не статичне утворення, тому що її елементами є процеси, через які досягаються цілі, тобто через процеси впроваджуються будь-які зміни.
5. **Постійне поліпшення:** основа сучасного менеджменту, яка передбачає постійну адаптацію до подій та очікуваних змін у середовищі, а іноді й формує їх.
6. **Прийняття рішень, заснованих на фактах:** нагадування про те, що стабільне функціонування організації можливе на основі не тільки інтуїції, а й даних.
7. **Взаємовигідні відносини:** разом з принципом орієнтації на споживача передбачають формування стійких ланцюгів поставок на основі взаємовигідного співробітництва.

Запровадити систему управління якістю – стратегічне рішення організації, яке може допомогти поліпшити її загальну дієвість і забезпечити міцну основу для ініціатив щодо сталого розвитку. Потенційні вигоди для організації від запровадження СУЯ на основі стандарту ДСТУ ISO 9001:2015 такі:

- 1) здатність постійно надавати послуги, які задовольняють вимоги споживачів (пацієнтів), а також вимоги законодавства;
- 2) створення можливостей для підвищення задоволеності споживачів та отримання конкурентних переваг;
- 3) урахування ризиків та можливостей, пов'язаних з мінливим середовищем (політичні, економічні, технологічні та ін. зміни) та цілями організації;
- 4) здатність демонструвати відповідність встановленим вимогам до системи управління якістю, про що свідчить наявність сертифіката ISO.

Уміння організації гнучко адаптуватись до змін і надавати послуги високої якості в мінливих умовах сучасної економіки є найважливішим активом і запорукою її існування в майбутньому.

Загалом процес управління якістю надання послуг (в т. ч. ПМД) можна відобразити у вигляді схеми (див. **Рис. 4.11.2**).

Рисунок 4.11.2. **Схема процесу управління якістю надання послуг**



Як видно з рисунка, на «**вході**» в систему існують вимоги (очікування) отримувачів послуг (пацієнтів), на «**виході**» – послуги, які задовольняють ці потреби. Ступінь **задоволеності** пацієнтів визначається шляхом вимірювання. **Відповідальність керівництва** передбачає, що керівники постійно підтримують фокус уваги організації на потребах пацієнтів та вимогах законодавства, встановлюють чіткі цілі забезпечення якості та сприяють їх усвідомленню всіма співробітниками, забезпечують наявність необхідних ресурсів. І через **управління ресурсами** здійснюється удосконалення якості послуг для кращого задоволення потреб споживачів (пацієнтів).

Відсутність СУЯ в закладах ПМД призводить до надання послуг, які не відповідають потребам (очікуванням) споживачів (пацієнтів) і, відповідно, мають дуже низьку якість. Запровадження СУЯ в закладах ПМД потребує насамперед підготовки керівників з питань управління якістю і вимагає додаткового часу. За відсутності таких підготовлених керівників ПМД можна використати прикладний підхід до управління якістю ПМД на основі впровадження окремих елементів СУЯ.

Прикладний підхід

Використання окремих елементів СУЯ дозволяє отримати швидкі результати в підвищенні якості послуг ПМД, які відчують споживачі (пацієнти). Такі результати також можуть мотивувати команду ПМД до подальшого впровадження більш системного підходу зі створенням повноцінної СУЯ.

Головна передумова таких точкових змін – це визнання всіма членами команди ПМД декількох важливих принципів:

1. Пацієнт-орієнтованість: заклад ПМД працює насамперед для задоволення потреб пацієнтів.
2. Подальше успішне існування закладу ПМД залежить від того, наскільки послуги ПМД відповідають потребам пацієнтів.
3. Для визначення задоволеності пацієнтів її необхідно вимірювати.
4. На підставі вимірювання необхідно вносити зміни в реальну практику надання послуг.

Як засвідчує досвід управління командами, група не зможе досягти успіху, доки всі її члени не поділятимуть спільних цінностей та принципів. Заміна членів команди, які не поділяють спільних цінностей, на однодумців – найбільш ефективний шлях до досягнення поставлених цілей. Особливо це стосується медичних закладів, де

певні цінності (позитивне ставлення до людей, співпереживання, готовність прийти на допомогу ближньому та ін.) закладаються з вихованням і які важко набути в дорослому віці. Багаторічна практика успішних медичних закладів показує, що для них дуже важливо сформулювати свої цінності і шукати співробітників, які їх поділяють, і, навпаки, звільняти від співробітників, які не поділяють таких цінностей¹¹⁴.

Наступним кроком для вимірювання рівня задоволеності пацієнтів послугами ПМД є вибір відповідного інструменту. Зворотний зв'язок для підвищення якості медичної допомоги через оцінку задоволеності пацієнта роботою свого лікаря є звичним явищем в охороні здоров'я багатьох розвинених країн. Однак для України інструменти подібної оцінки наразі мало впроваджені в практику. Мається на увазі не просто анкетування задля виявлення думки пацієнта або його ставлення, а застосування інструментів, які відповідають певним визначеним критеріям і дозволяють вимірювати якісні характеристики процесу надання медичної допомоги. За допомогою таких стандартизованих опитувальників можна не тільки кількісно оцінювати якісні параметри, але й порівнювати їх як на локальному, так і міжнародному рівнях.

Серед наявних інструментів для оцінки пацієнтами ПМД найбільш відомим та поширеним (з найбільшим досвідом застосування), насамперед у Європі, є опитувальник EUROPEP.

Інструмент EUROPEP (Patient Evaluations of General Practice) розроблено у 1995–1998 рр. (перший варіант) міжнародним консорціумом дослідників та лікарів загальної практики – сімейної медицини (ЗП-СМ). Зараз використовується версія 2006 року, яка оцінює організаційні аспекти медичної допомоги і власне лікаря ПМД та містить 23 запитання для оцінки за п'ятьма вимірами:

- взаємовідносини «лікар–пацієнт» (запитання 1–6);
- медична допомога (7–11);
- інформація та підтримка (12–15);
- організація надання послуг (16–17);
- доступність (18–23). Пропонуються версії українською та російською мовами для зручності пацієнтів (**Додаток 8**).

Цей інструмент застосовано у 20 країнах і перекладено (базова версія – англійська) більшістю європейських мов: голландською, датською, французькою, німецькою,

114 Леонард Берри и Кент Селтман. Практика управления Mayo Clinic. Уроки лучшей в мире сервисной организации.

івритом, італійською, норвезькою, португальською, шведською, словенською і турецькою.

Інструмент EUROPEP має просту шкалу оцінки та мінімальну (порівняно з іншими) кількість запитань. Серед його переваг є те, що він не прив'язаний до конкретної консультації і дозволяє оцінювати і лікаря, і заклад ПМД за останні 12 місяців.

Для забезпечення можливості порівняння **не слід змінювати запитання чи додавати** інші (цей опитувальник є стандартизованим).

Найбільш критичним аспектом практичного застосування опитувальника є забезпечення анонімності респондентів. Відсутність у пацієнтів попереднього досвіду оцінки лікарів викликає певну настороженість до такого анкетування. Лише роз'яснення інтерв'юером мети анкетування, запевнення в анонімності та її дотримання дозволяють певною мірою зменшити настороженість і отримати відверті оцінки.

Можливі (впроваджені в Європі) шляхи проведення анкетування: в умовах закладу ПМД, поза закладом, з використанням пошти, з використанням мережі Інтернет.

Через неможливість забезпечення анонімності пацієнтів варіант анкетування з використанням пошти є для них не зовсім прийнятним. До того ж, повернення анкет поштою значно збільшує вартість такого опитування. Крім незабезпечення анонімності, ситуацію також ускладнює необхідність для пацієнтів витратити додатковий час на поштове відправлення.

Набутий в Україні досвід покладання процедури анкетування на медичних працівників закладу ПМД виявляє значне завищення оцінок порівняно з отриманням оцінок інтерв'юером (не медпрацівником) безпосередньо у пацієнтів поза межами медичного закладу.

Для застосування анкетування через мережу Інтернет можна використовувати сервіс Google Docs з електронним варіантом опитувальника. Такий варіант має значні переваги: повне забезпечення анонімності пацієнтів, а отже, і відвертості в оцінках; мінімальні витрати часу як для пацієнта, так і інтерв'юера; пацієнт може заповнити опитувальник у зручний для себе час, тому що анкетування доступне цілодобово; дані вносяться програмою безпосередньо в електронну таблицю, що полегшує їх подальшу обробку. До недоліків такої форми анкетування (який варто враховувати при проведенні анкетування) слід віднести той факт, що більшість респондентів (через Інтернет) на практиці представляють групу пацієнтів віком до 40 років.

Максимально об'єктивні дані можна отримати шляхом проведення опитування поза межами закладу ПМД і без залучення медичного персоналу. Однак таке опитування може потребувати додаткових ресурсів. Який саме спосіб опитування використати на практиці, вирішують керівники з урахуванням усіх наведених аспектів та конкретних місцевих умов. Повторні опитування дозволять також враховувати вже набутий практичний досвід.

Після проведення опитування та отримання базових оцінок можна здійснювати аналіз і робити висновки про те, які саме процеси (дії медичного персоналу) необхідно удосконалювати в кожній конкретній амбулаторії. Одночасно можна виявити лікарів, які є найбільш успішними в тих чи інших діях, і визначати найкращі практики. Опис найкращих практик (best practices) є також досить ефективним інструментом удосконалення надання ПМД в розвинених країнах.

Унікальність процесу консультування, тривалість стосунків, безперервність допомоги та інші характеристики ЗП-СМ роблять взаємовідносини «лікар–пацієнт» наріжним каменем цієї спеціальності. Саме тому задоволеність пацієнта роботою лікаря ПМД є найбільш важливою порівняно з іншими медичними спеціальностями. В країнах з розвинутою ПМД пацієнти стають цінним джерелом інформації в зусиллях організаторів охорони здоров'я щодо поліпшення якості медичної допомоги.

Важливим аспектом запровадження таких інструментів є мотивація лікаря ПМД бути чутливим до думки пацієнтів та змін у проведенні консультування на основі отриманого зворотного зв'язку.

Більше того, мотивація лікарів до впровадження зазначених інструментів зворотного зв'язку підвищується за наявності таких складових моделі ПМД, як вільний вибір лікаря, прикріпні списки пацієнтів та подушна оплата праці (що пропонується реформою охорони здоров'я). Моніторинг лікарем ПМД задоволеності пацієнтів своєю діяльністю і порівняння себе з іншими колегами стає необхідністю в конкурентному середовищі. Факт вибору пацієнтом іншого лікаря є наслідком ситуації, яку вже неможливо виправити. Однак за допомогою поточної оцінки задоволеності пацієнтів можна запобігти такій ситуації через виявлення «слабких сигналів».

Цей опитувальник створено для забезпечення пацієнт-орієнтованості надання ПМД. Важливо, що потреби пацієнтів досить детально визначено з урахуванням європейського досвіду. Застосування подібного інструменту в українській ПМД для покращення надання якості послуг наблизить її до європейських стандартів.

4.13. КУЛЬТУРА СЕРВІСУ ТА РОБОТА З КЛІЄНТАМИ

Слово **«сервіс»** походить з англійської мови (англ. *service* – послуга, обслуговування) і насамперед є відповідником українського слова **«послуга»**. Проте, закріпившись в українській мові, воно набуло інших значень, крім значення «послуга». Це часто призводить до плутанини між медичною послугою та клієнтським сервісом. У цьому розділі термін **«послуга»** описує сукупність дій, які команда сімейного лікаря виконує для задоволення потреб клієнта (пацієнта), а терміни **«сервіс»** або **«клієнтський сервіс»** вживаються на позначення **способу** надання медичних послуг.

Існує вдала метафора, яка порівнює зміст медичної послуги з кісточкою персика, а сервіс – із соковитою м'якоттю. Без кістки не може бути ні плоду, ні дерева, але смакуємо ми м'якоть, не звертаючи уваги на кістку. В медичному обслуговуванні **якість послуги** (фізичні результати дій команди сімейного лікаря: зменшення симптомів, покращення самопочуття тощо) сприймається пацієнтом вторинно порівняно з тим, у якому середовищі було надано послугу; більше того, **якість послуги** може бути прямим наслідком сервісу (наприклад, плацебо-ефект).

Варто також розрізнити поняття **«клієнт»** і **«пацієнт»**. Слово «клієнт» дуже повільно входить до словника лікарів державних закладів, більш звичним словом для позначення особи, що звертається до лікаря, є **«пацієнт»**. Але термін **«пацієнт»** має кілька важливих обмежень, через які ми пропонуємо використовувати його надалі лише у вузькому значенні – особи, що потребує медичної допомоги. До смислових обмежень терміна «пацієнт» належать:

- презумпція стану хвороби у людини, яку названо цим терміном (через це фраза «До лікаря прийшов пацієнт» означає, що звернулась хвора людина);
- незастосування цього терміна до людей, які супроводжують хворого (батьки, опікуни тощо), а також до громади (в ширшому контексті).

Через зазначені вище мовні тонкощі ми надаватимемо перевагу слову **«клієнт»** на позначення особи/групи осіб, що є джерелом сенсу існування лікаря (тобто лікар існує саме тому, що існують клієнти та їхні потреби). Потреби клієнта – це сукупність емоційних та фізичних станів, які людина відносить до понять «здоров'я» чи «хвороба» і звертається з цього приводу до лікаря.

Чому необхідно розвивати клієнтський сервіс у вашому закладі?

- Численні дослідження свідчать, що сервіс покращує медичні результати діяльності закладу та впливає на здоров'я пацієнтів.
- Культура сервісу покращує відносини з клієнтами, що, в свою чергу, впливає на:
 - утримання клієнтів (клієнти залишаються з вами довше);
 - рекомендації клієнтів (клієнти приводять до вас інших клієнтів);
 - клієнти поводяться з вашим персоналом навзаєм чемно, що значно покращує робоче середовище (адже ви працюєте з людьми більшість свого часу);
 - клієнти пробачають вам помилки і вказують на недоліки;
 - знижується ймовірність скарг на ваш заклад до контролюючих органів.
- Сервіс формує унікальну культуру, яка приваблюватиме у ваш центр не тільки клієнтів, а й працівників, оскільки мало де в комунальних установах і закладах існує культура клієнтського сервісу.

Що треба знати для управління клієнтським сервісом?

Для управління сервісом лікареві насамперед необхідно визначити, хто є його клієнтами і якими є їхні потреби. Чітке розуміння клієнтів важливе, тому що різні клієнти мають різні потреби. Проаналізуйте свою клієнтську базу, розбивши її на групи: «Студенти», «Молоді мами», «Пенсіонери», «Фермери» тощо. Поміркуйте, що цінує в послугах вашого центру кожна група.

Варто зважити на універсальні потреби людей. Виділяють кілька рівнів потреб клієнтів. Задоволення «нижніх» рівнів приводить до актуалізації «вищих» рівнів, а просування «вгору» цими «сходами» означає збільшення цінності, яку лікар або медичний заклад створює для клієнта (див. **Рис. 4.12.1**). Розглянемо рівні потреб клієнта в порядку їх актуалізації.

Рисунок 4.12.1. Рівні потреб клієнта



Фізичні потреби

Це базовий рівень потреб. В аспекті медичних послуг означає комфорт перебування клієнта в закладі (очікування та обслуговування), відсутність дискомфорту під час виконання маніпуляцій, час очікування в черзі тощо.

На задоволення фізичних потреб клієнтів у закладах сімейної медицини працюють такі чинники:

- комфортне приміщення для очікування та прийому (освітлення, температура, чистота);
- комфортні сидіння;
- чисті санітарні вузли;
- наявність води в спекотну пору року;
- зручні сходи (навіть для людей, яким важко пересуватись);
- професійне та безболісне виконання маніпуляцій;
- сучасне обладнання та меблі (в т. ч. кушетка/крісло для огляду);
- наявність куточка для дітей з іграшками та приладдям для малювання (діти можуть створювати значний дискомфорт батькам та іншим пацієнтам під час очікування);
- журнали для читання, що дозволять згаяти час в очікуванні;
- відсутність черг (див. рекомендації наприкінці розділу) тощо.

Інформаційні потреби

Вони стають особливо актуальними при виникненні у клієнта (незнайомих) симптомів, які зумовлюють зростання тривоги та посилення потреби в інформації. Підвищена тривожність, у свою чергу, часто провокує підвищення тиску та інші психосоматичні симптоми, тому інформаційні потреби є вкрай важливими, але їх прояви набагато різноманітніші: наприклад, потреба планувати свій візит до лікаря (скільки доведеться сидіти в черзі), потреба розуміти, що робити далі (після візиту до лікаря).

Важливо зазначити, що емоційний стан клієнта, в якому він відвідує лікаря, часто не дозволяє ефективно сприймати інформацію (звідси «Вийшла і нічого не пам'ятаю, що лікар мені казав»), тому лікар повинен контролювати емоційний стан пацієнта, заспокоїти його, а також мати письмові інструкції для найпоширеніших звернень.

На задоволення інформаційних потреб клієнтів у закладах сімейної медицини працюють такі чинники:

- можливість записатись на прийом до лікаря на певний час;
- вказівники, що позначають маршрут пацієнта і ключові приміщення для пацієнтів (маніпуляційна, лабораторія, кабінет сімейного лікаря тощо);
- стенди з інформацією про здоров'я та поширені хвороби (у приміщенні для очікування);
- інформування клієнта в разі, якщо йому доводиться чекати прийому довше, ніж домовлено;
- інформація про графік прийому лікаря та можливість запису на сайті практики;
- коментарі щодо того, що робить лікар і чому він це робить;
- чіткі (письмові) інструкції щодо подальших дій після відвідання лікаря;
- нагадування (СМС-повідомленнями, електронною поштою або телефонним дзвінком) про регулярні процедури в кабінеті сімейного лікаря.

Емоційні потреби

Особливість медичної послуги полягає в тому, що людина звертається до лікаря у випадку крайньої потреби, часто перебуваючи в пригніченому, вразливому стані, тому врахування емоційних потреб клієнта є вкрай важливим при наданні медичної послуги. Довіра є найважливішим почуттям клієнта до лікаря, що має цілющу силу.

На задоволення емоційних потреб клієнтів у закладах сімейної медицини працюють такі чинники:

- впізнавання та вітання на ім'я;
- увага до комфорту клієнтів з боку КОЖНОГО співробітника практики сімейного

- лікаря (це можуть бути прості запитання «Чи комфортно/зручно Вам?» або жести, як-от потримати двері для клієнта чи зачинити вікно, коли клієнта непокоїть протяг);
- усмішка;
 - іграшки для дітей та відволікаюча позитивна поведінка персоналу під час дискомфортних процедур (уколів);
 - активне слухання лікарем пацієнта;
 - залучення клієнта до процесу прийняття рішень;
 - оздоблення приміщення, що не нагадує медичний заклад і має емоційні підтексти: світлини або малюнки, яскраві кольори стін тощо.

Духовні потреби

Є важливою складовою процесу зцілення. Людина звертається до лікаря у важких життєвих ситуаціях – травм, що призвели до каліцтва, невиліковної хвороби, реабілітації після загострень хвороби. Часто хворобу не можна вилікувати, тому людині треба навчитися жити з нею, зробивши її частиною свого життя. **«Духовність – це цілісний погляд на медичну послугу, оскільки вона допомагає звертатись до індивідуального розуміння пацієнтом хвороби та змін»¹¹⁵.**

У найвищих проявах свого професіоналізму сімейний лікар стає довіреною особою пацієнта, допомагаючи підтримкою та порадою в найскладніших ситуаціях, пов'язаних зі здоров'ям, хворобою чи навіть смертю близьких людей. Це потребує особистісної зрілості фахівця і не може бути предметом формальних навчань, а тільки передаватись шляхом наставництва.

Важливим елементом клієнтського сервісу є поняття «очікування клієнта» – це та «картинка», яку клієнт складає в голові про ваші послуги чи то з попереднього досвіду користування ними, чи від аналогічних надавачів послуг (наприклад, інших сімейних лікарів або приватних медичних центрів). Якщо отриманий рівень послуг сприймається клієнтом гірше за очікування, він стає незадоволеним, що призводить до скарг чи відходу від вас клієнта. Хронічне незадоволення вітчизняною медициною може бути у людей, які тривалий час проводять за кордоном і порівнюють отриманий тут рівень обслуговування з тамтешніми стандартами. Жодні раціональні аргументи не здатні переконати такого клієнта, що лікарі тут кращі за лікарів за кордоном. Зверніть увагу на джерела очікувань клієнта в наступному відгуку на медичні

115 The Role of Spirituality in Healthcare by David B. Nash, M.D., M.B.A., F.A.C.P.; Elaine Yuen, Ph.D., Contributing Writer, MedPage Today. June 16, 2009. URL: <https://www.medpagetoday.com/Columns/FocusonPolicy/14725> (дата доступу: 26 серпня 2017 р.).

послуги (мовою оригіналу): «Недавно делали прививку... начиталась хороших отзывов, ожидала лучшего за 510 грн. Мне дали заполнять форму вместо того как расспросить о здоровье ребенка, потом она его послушала, температуру меряла медсестра, потому что врач бумажки писала. Вообще сплошная бюрократия. Неприятно поразило, что прививки теперь делает не врач, а в соседнем кабинете».

Пам'ятайте: підвищити рівень очікувань клієнта легко (ми швидко звикаємо до хорошого), складніше утриматись на цьому рівні. Тому важливо розуміти очікування клієнтів, відстежувати рівень сервісу, який надають інші медичні заклади неподалік, дотримуватись наданих клієнтам обіцянок.

Але в кожній організації трапляються ситуації, коли організація порушує обіцянки, надані клієнту. В таких ситуаціях важливими є кілька речей:

- своєчасно дізнатись про такі ситуації: невдоволений клієнт може не тільки піти від вас, але й подавати скарги до контролюючих органів. Останнім часом завдяки соціальним мережам фіксуються випадки так званого «брендового тероризму», коли невдоволений клієнт закликає широку спільноту підтримати бойкот певного надавача послуг, що може привести до втрати багатьох клієнтів та завдати значної шкоди репутації;
- реагувати на ранніх етапах виникнення конфлікту: пам'ятайте, що невідрегований конфлікт має тенденцію розростатись, як снігова куля, і на кожному новому «оберті» його вирішення стає дедалі дорожчим для закладу (відсутність звичайного «перепрошую» від медсестри за довге очікування прийому може обернутися скандалом, який зіпсує настрій персоналу та інших клієнтів на весь день);
- мати під рукою «протокол відновлення сервісу», тобто стандартні дії в ситуації, коли щось пішло не так: це може бути щонайменше повідомлення головному лікарю про ситуацію або стандарт на зразок правила 4В: «Визнати», «Вислухати», «Вибачитись», «Вирішити» (див. Стандарт сервісу для працівників медичного центру в **Додатку 7**). Важливо, що за виконання такого протоколу відповідає кожен працівник, який помітив незручність клієнта.

Для розбудови системи клієнтського сервісу критично важливим є також поняття «клієнтський досвід». Воно означає, що враження від послуги формуються у клієнта на кожному етапі взаємодії з вашим закладом. Наприклад, незручний, пошарпаний вхід вже налаштує клієнта певним чином і вплине на його подальшу взаємодію з персоналом закладу. Санітарка, що прибирає підлогу в закладі, має такий самий вплив на задоволеність клієнта, як і поведінка сімейного лікаря. Тому будьте уважні до всіх етапів взаємодії клієнта з закладом, усюди створюйте однакові умови для надання клієнтові високого сервісу.

Управління клієнтським сервісом у закладі первинної медицини

Кілька правил допоможуть вам сформуванню системи управління клієнтським сервісом у закладі.

- **Визнайте і визначте сервіс:** при створенні місії свого центру (див. **Розділ 4.1**) опишіть, який саме унікальний досвід ви б хотіли надавати тут своїм клієнтам; навіть коротка фраза на кшталт: «Тут ми дбаємо про вас» – може стати потужним стимулом для розбудови сервісу.
- **Створіть Незаперечний Стандарт Сервісу** (саме так, усі слова з великої літери): аналогічно протоколам надання послуг, у системі управління сервісом існують стандарти поведінки працівників у роботі з клієнтами. Наявність такого документа в організації дозволяє навчати та контролювати працівників з питань правильності спілкування з клієнтами. У **Додатку 7** ми пропонуємо Стандарт сервісу персоналу медичного центру для використання у вашому закладі.
- **Залучіть персонал:** відповідальним за сервіс в організації повинен бути кожен її працівник, тому при визначенні сервісу потрібно ретельно обговорити це з усіма, дати можливість персоналу долучитись до визначення сервісу та планування його покращення.
- **Почніть вимірювати сервіс:** при визначенні сервісу продумайте індикатори, за якими ви будете його вимірювати (пам'ятайте: те, що ми не вимірюємо, тим ми не можемо керувати). До переліку індикаторів можна включити такі:
 - дотримання персоналом стандартів сервісу (за допомогою чек-листа можна особисто спостерігати та відмічати, скільки пунктів стандарту виконує працівник у певний конкретний момент, і перетворювати їх на бали – див. **Додаток 9**);
 - кількість запізнень на роботу працівників.
 - рівень задоволеності послугами закладу (за анкетами);
 - кількість і частка позитивних відгуків клієнтів в Інтернеті;
 - кількість звернень на «гарячу лінію» тощо.

Створіть механізми вимірювання індикаторів (анкетування, фіксацію за допомогою електронної системи середнього часу очікування в черзі, спостереження з чек-листом тощо) і встановіть норми («Середній час у черзі не більше 10 хвилин» або «Задоволеність не менше 90%» тощо).

- **Залучіть «голос клієнта»:** створіть легкі механізми надання скарг на роботу вашого центру: клієнту повинно бути зручно дати вам знати, що саме його не влаштовує у вашій роботі: яскраві «смайлики» на ресепшні (пункт реєстрації пацієнтів) сподобаються дітям і нагадають батькам про можливість оцінити свій візит до центру (можна кинути в скриньку 😊 або ☹️ залежно від набутого досвіду). Пояснійте

клієнтам, чому вам це потрібно, зробіть стандартом для персоналу запитувати клієнта, як йому у вас сьогодні сподобалось. Заохочуйте співробітників приносити відповіді та обговорювати їх на нарадах. Регулярно запрошуйте клієнтів на чай і разом з колективом обговорюйте, що вони хотіли б змінити в роботі центру.

- **Наймайте сервісних людей:** сервіс – це підхід, який базується на особистих цінностях людини (служіння, повага до людини тощо). Шукайте таких людей і запрошуйте до себе (наприклад, зверніть увагу на уважного до відвідувачів касира магазину – чи не стане вона клієнт-орієнтованим працівником на пункті реєстрації пацієнтів (ресепшні) у вашому закладі).
- **Постійно навчайте персонал:** донесіть стандарти до персоналу, відпрацьовуйте їх у рольових іграх, потім спостерігайте за людьми в реальних ситуаціях, щоб надати їм зворотний зв'язок стосовно дотримання стандартів. Обговорюйте результати, не послаблюйте уваги.
- **Створіть механізм вирішення проблем клієнтів та покращення показників із залученням персоналу:** щотижня на нараду з персоналом виносьте скаргу, негативний відгук у соцмережах чи конфліктну ситуацію, яку ви спостерігали в центрі. Запитайте, що можна зробити, щоб ситуація не повторилась; проведіть обговорення чи рольову гру, зробіть рішення частиною стандарту на майбутнє, працюйте з картами процесів.
- **Станьте для своїх підлеглих прикладом високого сервісу:** не втрачайте шансу при кожній взаємодії з клієнтом, коли це бачать ваші підлегли, показати дотримання стандартів, застосовуйте у відносинах з підлеглими ті самі принципи, які ви хочете, щоб вони застосовували до клієнтів.
- **Створіть креативні мотиваційні програми:** за індивідуальними результатами показників створіть програму «Людина місяця». Вітайте та винагороджуйте переможця на зборах, розкажіть про нього історію взаємодії з клієнтом, яку ви спостерігали або чули від клієнта, знайдіть ресурси відправити переможця року на відпочинок туди, де справді хороший сервіс, – після повернення матимете багато нових історій сервісу.
- **Підглядайте ідеї сервісу:** створіть звичку помічати сервіс в інших закладах (навіть немедичних), залучати ідеї покращення сервісу для впровадження у своєму центрі.

Загалом клієнтський сервіс – це певна культура відносин між людьми. Тим, хто ніколи не відчував себе в центрі уваги як клієнт, важко дати іншим такий рівень уваги. Часто люди у нас кажуть: «Нам не властивий клієнтський сервіс, у нас того немає в менталітеті». Правда в тому, що населення України не звикло до такого досвіду, але культуру сервісу можна створити шляхом системних зусиль та лідерства. Більше того, культура сервісу, культура поваги до людини покращить атмосферу у вашому закладі та підвищить задоволеність персоналу своєю роботою.

5

ОРГАНІЗАЦІЯ СИСТЕМИ КОМУНІКАЦІЇ



5.1. ● КОМУНІКАЦІЯ З КЛІЄНТАМИ

5.2. ● КОМУНІКАЦІЯ З ПЕРСОНАЛОМ

5.3. ● ПРИНЦИПИ ВІЗУАЛЬНОЇ КОМУНІКАЦІЇ

5.4. ● СТВОРЕННЯ САЙТУ-ВІЗИТІВКИ

5.5. ● КОМУНІКАЦІЯ ЗІ ЗМІ

5.5.1. ○ Основні інструменти для комунікації зі ЗМІ

5.5.2. ○ Види ЗМІ та особливості комунікації з ними

5.5.3. ○ Спікери

5.5.4. ○ Організація роботи зі ЗМІ в медичному закладі

5.1. КОМУНІКАЦІЯ З КЛІЄНТАМИ¹¹⁶

Комунікація – це акт передачі значення від однієї людини (або групи людей) іншій(им) за допомогою спільно зрозумілих знаків та правил. Ефективна комунікація визначається як вільний потік чіткої інформації.

Зміни в системі надання первинної медичної допомоги вимагають комунікації з пацієнтами по-новому. Розуміння клієнтами змін у правилах гри, які набувають чинності вже з 2018 року, матиме суттєвий вплив на кількість клієнтів та обсяг фінансування медичного закладу зараз і в довгостроковій перспективі. Тому системне висвітлення та обговорення питань, пов'язаних з медичною реформою, повинні відбуватися в кожному населеному пункті і стосуватися кожного жителя.

Комунікація з пацієнтами є складовою зв'язків з громадськістю – Public Relations (PR). Вам потрібен надійний двосторонній зв'язок з населенням, налагоджені канали спілкування, сприяння в досягненні місії вашого закладу в нових умовах і на користь позитивного ставлення до вашого закладу.

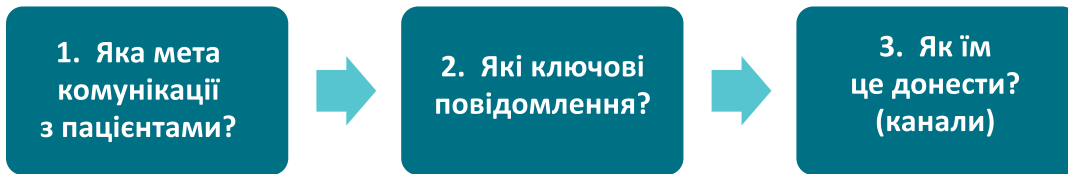
Зовнішня комунікація – система заходів з надання інформації, що має на меті вплив на розуміння, уявлення, очікування та поведінку цільових груп відповідно до завдань організації.

Організація системи комунікації з відомою цільовою групою завжди потребує відповіді на такі запитання (див. **Рис. 5.1.1**):

116 Використано матеріали:

- Андрій Кулаков. Презентація «Комунікація для соціальних проектів» / Семінар з комунікації для регіональних партнерів проекту експертної підтримки Надзвичайної кредитної програми для відновлення України. Київ, 9–11 березня 2017 р.
- Дмитро Коник. Стратегічні комунікації: Посібник для державних службовців / Міжнародний банк реконструкції та розвитку, Світовий банк. Київ, 2016.
URL: www.worldbank.org.ua.
- Public Relations для громадських (недержавних) організацій: Практичні поради на щодень / Укладач Андрій Куліш. Київ, 2004.
URL: http://cehrin.org.ua/chrin-ngo/wp-content/uploads/2015/06/PR_dlya_grom_org.pdf.
- Методичні рекомендації з організації ярмарку здоров'я. Харківська експертна група підтримки медреформи, ГО «Агенція змін «Перспектива». Харків, 2017.

Рисунок 5.1.1. Організація системи комунікації



Головна мета комунікації ЦПМД з пацієнтами під час реформи первинної ланки – змінити ставлення до змін/установку та викликати певні дії людей.

Кінцевий результат комунікації щодо реформи первинної медицини полягає в тому, що пацієнти:

- **розуміють**, у чому полягають ключові зміни в організації надання медичних послуг зараз і в майбутньому, бачать переваги нової системи охорони здоров'я;
- **усвідомлюють** нові можливості для себе в новій системі та її позитивний вплив на їхнє життя;
- **довіряють** системі ЦПМД/сімейному лікарю, розуміють, як системно та прозоро отримати інформацію про свої права, і мають можливість надання зворотного зв'язку;
- **користуються** системою первинної медицини на нових засадах: насамперед обирають лікаря та підписують декларації, а також відповідальніше ставляться до власного здоров'я, дотримуються призначеного лікування, приділяють увагу профілактиці за підтримки свого сімейного лікаря.

Комунікація з пацієнтами сприяє побудові взаєморозуміння та встановленню довіри, запобігає можливим конфліктам. При цьому у різних верств населення різні очікування, уявлення та мотивація до дій.

Людей можна поділяти на групи за віком, соціальним статусом (службовці, робітники, підприємці, селяни, пенсіонери), іншими ознаками. Також неоднорідне ставлення населення до медичної реформи. Щоб «достукатися» до кожної групи, треба застосовувати різні підходи та методи, спираючись на те, що для певної групи є більш важливим, корисним та зручним.

Таким чином, завдяки ефективній комунікації **пацієнт не тільки стає більш обізнаним щодо реформи та нових можливостей для себе, але й змінює ставлення та поведінку.**

Ключові повідомлення для клієнтів

Повідомлення в процесі комунікації – це значуща ідея, що має закріпитися у свідомості представників вашої цільової аудиторії. Це невелике за розміром твердження, засноване на достовірній інформації, яке організація готує та розповсюджує з метою надати переконливі аргументи представникам цільових аудиторій для спонукання їх **до виконання певних дій**.

Що треба сказати пацієнтам

«Проводимо зміни на вашу користь»

Перший крок реформи – зміни на рівні первинної медичної допомоги вже з 2018 року.

№ 1. Вільний вибір сімейного лікаря (терапевта, педіатра),

якому Ви довіряєте, незалежно від місця проживання. За новими правилами цей лікар буде отримувати кошти за Ваше обслуговування за принципом **«гроші ходять за пацієнтом»** за рахунок коштів держбюджету.

- **Ваш вибір стає ширшим**, тому що можна вибирати будь-якого лікаря, який має ліцензію на медичну практику (необов'язково з ЦПМСД або поліклініки, це може бути приватний лікар). Держава платитиме кожному лікарю за кількістю пацієнтів, які підписали з ним декларації.
- **Запровадження електронних реєстрів пацієнтів** дозволить зрозуміти, скільки пацієнтів обслуговується у якого лікаря, та організувати зручний електронний запис для відвідання лікаря. Вам не треба буде чекати у «живих» чергах під кабінетами.

Наприклад, можна спрогнозувати таку реакцію клієнта на отримане повідомлення (див. **Рис. 5.1.2**).

Рисунок 5.1.2. **Можливий варіант реакції клієнта на отримане повідомлення**

Реформа для мене.
Що я потрібен зробити?
Вибрати лікаря: це саме те, що я робитиму найближчим часом.

Які наслідки для мене: гарний лікар – якісна медична допомога – гарне здоров'я. Мені важливе моє здоров'я – треба знати про різні можливості у різних лікарів. На гарних лікарів буде попит – треба своєчасно підписати декларацію.

Люди, такі як я, зацікавлені у своєму здоров'ї, підписуються на свого лікаря. Чудово, що я вирішив підписатися. Де ще я можу дізнатися про лікарів? До якого терміну треба підписати декларацію (куди і коли піти, що мати при собі)?

№ 2. «Ваше здоров'я – результат спільних зусиль Вас і Вашого лікаря»

- Не відкладайте звернення до лікаря, коли Вас щось непокоїть.
- Виконуйте призначення лікаря у випадку хвороби.
- Не нехтуйте порадами щодо профілактики здорового способу життя.
- **Дбайте про своє здоров'я!**

№ 3. «Гідна винагорода лікареві – краще здоров'я пацієнтів»

- Нова система створює кращі умови для лікарів-професіоналів та інших медичних співробітників, пов'язує їхні доходи з результатами праці та якістю надання послуг.
- Державні фінансові гарантії надаються всім громадянам України шляхом спрямування грошей до лікаря, якого Ви обираєте.
- Лікарі, яким довіряють, будуть отримувати гідну плату за свою роботу від держави.
- **Ви не повинні платити додатково сімейному лікарю!**

Обрання комунікаційних каналів

Канали комунікації повинні бути оптимальними для кожної з цільових аудиторій з урахуванням того, як вони звикли отримувати інформацію, наскільки канал впливає на них, якому каналу вони довіряють.

Методи та способи інформування

1. Інформування через засоби масової інформації:
 - публікації та виступи в газетах і журналах;
 - сюжети в теле- й радіоновинах, участь представників закладу в різноманітних теле- й радіопрограмах, передачах тощо;
 - інтерв'ю, прями ефіри.
2. Використання засобів мережі Інтернет:
 - сайт медичного закладу (де є посилання на сайт МОЗ, eHealth, пацієнтських організацій);
 - соціальні мережі.

3. Організація власних PR-заходів:

- тематичні «круглі столи»;
- зустрічі з громадськістю (громадські слухання);
 - консультації із зацікавленими партнерами, громадськими організаціями, пацієнтськими групами, професійними асоціаціями;
 - «дні відкритих дверей» та ярмарки здоров'я.

4. Інші заходи:

- організація телефонної лінії для роз'яснення можливих дій пацієнта щодо вибору лікаря та реагування на скарги;
- електронні розсилання за заздалегідь укладеними списками;
- використання плакатів, брошур, листівок та інших матеріалів МОЗ, UNICEF, офісу eHealth у медичному закладі;
- розповсюдження самостійно виготовлених буклетів, листівок.

Використання соціальних мереж

Активне висвітлення планів та ходу реалізації реформи в соціальних мережах забезпечить постійний зворотний зв'язок з аудиторією. Серед переваг соціальних мереж є те, що ваші користувачі збільшать вашу аудиторію (через уподобання, коментарі, поширення).

Саме соціальні мережі можуть стати одним з ключових каналів комунікації як теперішніх змін, так і взаємодії в майбутньому. Найбільш активні користувачі – люди переважно до 50 років.

Призначте особу, відповідальну за спілкування в соціальній мережі Facebook, з числа лікарів/медсестр, які є активними користувачами цієї мережі. Сплануйте, як ви будете використовувати соціальні мережі: якого типу інформацію, як часто, у якому форматі ви будете надавати. Вивчайте досвід інших медичних закладів.

Ваші найближчі дії – сприяння населенню у виборі лікаря, що буде одночасно означати ефективну підписну кампанію для ЦПМД і надійний бюджет.

В інформації про вибір лікаря людям цікаві такі моменти:

- Які сімейні лікарі (а також терапевти, педіатри) працюють у центрі і де саме вони вестимуть прийом?

- Як можна здійснити та оформити вибір лікаря?
- Як можна перейти від одного до іншого лікаря в разі потреби?
- Що входить у гарантований пакет послуг?
- Який розклад роботи лікарів?
- До якого лікаря звертатися в разі відсутності свого лікаря (через відпустку або з інших причин)?

Інформацію можна розмістити:

- на стендах у ЦПМД;
- на сайті ЦПМД;
- у спеціальних брошурах, листівках.

Ярмарок здоров'я – приклад комунікаційної події, яка охоплює різні групи населення через різнобічне інформування та залучення до діалогу. Формат ярмарку опробовано експертами підтримки медичної реформи в Харківській області: 7 квітня 2017 року для мешканців Чугуївського району та 16 вересня 2017 року для мешканців Валок у рамках проектів «Трансформація первинної медицини в Харківській області».

Цілі та концепція проведення ярмарку здоров'я¹¹⁷

Ярмарок здоров'я – інтерактивний масовий захід, спрямований на:

- інформування населення про медичну реформу, формування позитивного сприйняття медичної реформи;
- популяризацію здорового способу життя та профілактику захворювань;
- знайомство мешканців регіону з сімейними лікарями для сприяння свідомому вибору сімейного лікаря;
- покращення комунікації між громадою та працівниками первинної медицини для розбудови первинної допомоги на рівні громади;
- популяризацію медичної професії та ролі лікаря;
- отримання зворотного зв'язку від населення про обрання сімейного лікаря.

¹¹⁷ Детальний план проведення ярмарку, поради та висновки можна знайти на сторінці Харківської експертної групи підтримки медреформи у мережі Facebook: <https://www.facebook.com/medreformaexpert/>.

Проведення ярмарку здоров'я доцільне в ситуації радикальної трансформації первинної ланки медичної допомоги, оскільки він демонструє інші відносини пацієнтів з лікарями, сприяє інформуванню населення про реформу, підтримує діалог між різними гілками влади та громадськістю навколо медичної реформи.

Такі заходи можна проводити як в об'єднаних територіальних громадах (за наявності хоча б 3-4 сімейних лікарів, приймальні яких розташовані достатньо близько одна до одної), так і в містах, де проблема вибору сімейного лікаря ускладнюється слабкими горизонтальними зв'язками в громаді.

Під час ярмарку відбувались такі події/заходи:

- виступи запрошених представників адміністрації району та області, лікарів під час церемонії відкриття ярмарку;
- стендові презентації учасників заходу – сімейних лікарів, в ході яких лікарі спілкувалися з відвідувачами ярмарку, відповідали на запитання, формували списки майбутніх пацієнтів (на момент проведення ярмарку ще не було офіційно затверджено декларацію та порядок її підписання, проте лікарі могли вже просто на ярмарку формувати реєстри пацієнтів, вчити користуватися формами онлайн-реєстрації та запису на прийом);
- стендові презентації учасників заходу – представників соціальних служб міста і району;
- семінари для населення з різних питань здоров'я та лікування (педіатрія, здоровий спосіб життя), які проводили запрошені фахівці з Харкова;
- дискусійні майданчики щодо перебігу медичної реформи, здоров'я громади з експертами з підтримки медичної реформи;
- опитування населення щодо змін, яких воно прагне в медичному обслуговуванні та виборі сімейного лікаря;
- підсумкова конференція за участю сімейних лікарів та представників громади з обговоренням підсумків ярмарку та відносин між первинним та вторинним рівнями медичної допомоги.

Організатори заходу приділили увагу роздатковим матеріалам для населення.

Одна з цілей комунікації з населенням під час впровадження принципів «вільний вибір свого лікаря» та «гроші ходять за пацієнтом» – сприяння розумінню того, як обирати свого лікаря та які питання варто з'ясувати. Наприклад, кожен відвідувач ярмарку отримував листівку (див. приклад на **Рис. 5.1.3**), щоб зорієнтуватися і використати можливість ефективного спілкування з лікарем.

Рисунок 5.1.3. Приклад листівки з інформацією про організацію сімейної медицини, місто Балта Одеської області

ЯК ОТРИМАТИ ПОСЛУГИ БЕЗКОШТОВНО?

ЗАПИСАТИСЯ НА ПРИЙОМ ДО СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ:

- колл-центр 2-42-22 (багатоканальний) 8.00 - 18.00
- рес-стратура 2-15-56 2-12-50 8.00 - 18.00
- звертайтесь до «Медичного пункту» (фельдшерсько-акушерський пункт) 8.00 - 16.00

ПРИЙОМ ТА КОНСУЛЬТАЦІЯ У СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ
ВИРІШЕННЯ 80% ВАШИХ ПРОБЛЕМ ІЗ ЗДОРОВ'ЯМ

За необхідності, направлення до спеціалізованої лікарні

Надання спеціалізованої медичної допомоги у лікарні

В КВІПНІ БАЛТСЬКА ГРОМАДА ПРОВІДИТЬ ЯРМАРК СИМЕЙНОГО ЗДОРОВ'Я, ДЕ ВИ ЗМОЖЕТЕ:

- Отримати всю інформацію про безкоштовні послуги у спеціалізованому центрі медичної допомоги
- Познайомитися з будь-яким сімейним лікарем
- Обрати лікаря та заключити декларацію на обслуговування

ГРАФІК РУХУ АВТОБУСІВ ПО МАРШРУТУ «ПОЛІКЛІНІКА – ЦРЛ – ПОЛІКЛІНІКА»

(Вул. Кірова – нижче «Оптікона»)

Назва маршрута	Час відпр.	Час прибут.
П Поліклініка Ц ЦРЛ П → Ц	05:40	08:05
Балта-Пужайкове	06:20	07:50
Балта-Пасат (крім пн.)	06:40	07:05
Хутрова фабрика-ЦРЛ	07:40	08:20
Балта-Козацьке	08:00	08:40
Балта-Козацьке	09:15	09:40
Хутрова фабрика-ЦРЛ	09:30	10:05
Балта-Пужайкове	10:10	12:10
Балта-Козацьке	10:20	10:50
Балта-Пасат (крім пн.)	10:30	12:00
Балта-Козацьке	11:50	13:00
Хутрова фабрика-ЦРЛ	14:00	15:40
Балта-Пасат (крім пн.)	14:30	15:20
Хутрова фабрика-ЦРЛ	15:30	16:05
Хутрова фабрика-ЦРЛ	16:40	17:05

Комунічне некомерційне підприємство «Балтський центр первинної медико-санітарної допомоги» Балтської міської ради Одеської області м. Балта, Ломоносова 26, (04866)24222, e-mail: baltapmsd@pmail.com www.baltapmsd.botg.gov.ua

МЕДИЧНА РЕФОРМА: ЦО ЧЕКАЄ НА ПАЦІЄНТА

- Право обрати собі (та для всієї сім'ї) сімейного лікаря. Без прив'язки до свого міста чи селища
 - Вивчаємо сімейних лікарів
 - Вибираємо лікаря
 - Йдемо до обраного лікаря
 - Підписуємо декларацію з лікарем
 - Лікар отримує кошти за обслуговування пацієнта протягом терміну дії декларації
 - Покращення допомоги та ставлення сімейних лікарів до пацієнтів
- Безкоштовна допомога сімейного лікаря
- Значне зменшення витрат на ліки

Балтський центр первинної медико-санітарної допомоги

СІМЕЙНІ ЛІКАРІ БАЛТСЬКОЇ ГРОМАДИ ВИРІШУЮТЬ ВАШІ ПРОБЛЕМИ ЗІ ЗДОРОВ'ЯМ БЕЗКОШТОВНО

За підтримки Балтського міського голови Мазура Сергія Сергійовича

USAID Deloitte

Цей буклет було підготовлено за фінансової підтримки Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) в рамках Угоди з Проектом «Реформа ВІЛ/СНУ» у діні № AID-121-A-13-00007. Зміст цього буклету, за який несе відповідальність виниклого ТОВ «Делойт Косвітінг» та партнерствами, не обов'язково є відображенням поглядів USAID або Уряду США.

ДІАГНОСТИКА:

- Діагностика найбільш поширених хвороб
- Обов'язкові медичні обстеження щодо пацієнтів з підвищеним ризиком розвитку окремих захворювань згідно порядку ПМД:
 - вимірювання артеріального тиску
 - шкала SCORE (оцінка ризику серцево-судинних захворювань)
 - індекс маси тіла (оцінка ризику серцево-судинних захворювань)
- Обстеження:
 - загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою
 - глюкоза крові
 - загальний холестерин
 - загальний аналіз сечі
 - електрокардіограма (ЕКГ)
 - флюорографія
 - рентгенографія
 - забір матеріалу для мікроскопії харкотиння
 - швидкі тести на ВІЛ
 - швидкі тести на врусний гепатит
 - швидкі тести на сифіліс
 - забір матеріалу для цитологічного дослідження
 - безконтактне вимірювання очного тиску

ЛІКУВАННЯ:

- Лікування найбільш поширених хвороб
- Видча рецепту для отримання безкоштовних препаратів по Програмі «Доступні ліки», електронний рецепт
- Супровід пацієнтів із хронічними захворюваннями, контроль виконання медичних призначень
- Видача електронного рецепту
- Динамічне спостереження за станом здоров'я пацієнта (регулярні обстеження в процесі лікування)

НЕВІДКЛАДНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

СПЕЦІАЛІЗОВАНА ДОПОМОГА:

- Запис по телефону до лікаря вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, до якого Вам дійсно потрібно звернутись
- Видача направлень та безкоштовних білетів на проїзд
- Супровід та консультації щодо виконання призначень лікаря спеціалізованої (вторинної) допомоги

ВАКЦИНАЦІЯ

СУПРОВІД ВАГІТНОСТІ:

- динамічне спостереження за неускладненою вагітністю
- організація необхідних оглядів та скерування до акушера-гінеколога

ДОПОМОГА ДІТЯМ:

- медичне спостереження за здоровою дитиною
- лікування дитини у випадку захворюваності
- вакцинація відповідно до вимог календаря профілактичних щеплень

ВИДАЧА ДОВІДОК:

- оформлення затверджених форм довідок
- листки непрацездатності
- направлень на МСЕК для проведення експертизи втрати працездатності
- лікарське свідоцтво про смерть

ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА

Поліпшення якості життя пацієнтів та їхніх сімей, які зіткнулися з проблемами смертельного захворювання:

- окремі послуги доступні на рівні сімейного лікаря (консультування)
- направлення пацієнта, відповідно до медичних показань, для надання йому додаткової паліативної допомоги

ОКРЕМІ КОНСУЛЬТАЦІЇ:

- консультування щодо зменшення ризиків звичок і поведінки: вживання тютюну, інших психоактивних речовин, ризиковані статеві стосунки, нездорове харчування, недостатня фізична активність тощо
- формування навичок здорового способу життя в т.ч. для зменшення проявів хронічних захворювань
- консультування щодо ВІЛ

ДЕННИЙ СТАЦІОНАР

- виконання призначень сімейних лікарів
- виконання призначень спеціалістів за погодженням сімейним лікарем

НАШІ КОНТАКТИ

Адреса	Завідуючий, ПІБ	Телефон
Балтська міська АЗПСМ		
м. Балта, вул. Ломоносова, 26	Ріба Валентина Володимирівна	2-42-22
		2-15-56; 2-12-50
медичний пункт		
с. Андришівка, вул. 8	Бондаренко Марія Василівна	94-3-11
с. Сараянка, вул. Гагаріна, 51	Лощонов Олександр Михайлович	77-1-38
с. Митрофанівка, вул. Миру, 23	Козацька Оксана Захарівна	050-257-904-87
с. Переміжжя, вул. Мир, 23	Коваль Володимир Максимович	90-1-18
с. Коритне, вул. Шевченка, 117А	Опариста Ірина Юріївна	92-1-37
с. Пасат, вул. Д. Мазура, 67	Суботина Ірина Вікторівна	73-1-17
с. Козацьке, вул. Шкільна, 10/1	Піддана Галина Олександрівна	066-899-01-84
с. Лисичинка, вул. Перемоги, 2А	Винчук Марина Анатоліївна	92-5-59
		066-577-97-85
Білицька АЗПСМ		
с. Білиця, вул. Привокзальна, 28	Шацька Оксана Леонідівна	99-1-71
медичний пункт		
с. Пасадки, вул. С.Олійника, 118	Анатолий Анатолійович	78-1-12
		78-1-55
Гольманська АЗПСМ		
с. Гольман, вул. Шевченка, 98	Борисюк Володимир Галович	96-4-38
медичні пункти		
с. Немирівське, вул. Паркова, 7А	Двор Уляна Володимирівна	97-1-75
с. Переміжжя, вул. Т. Шевченка, 9	Бондаренко Анастасія Вікторівна	97-1-56
Обицька АЗПСМ		
с. Обиця, вул. Шевченка, 106	Кучер Сергій Дмитрович	98-1-28
медичні пункти		
с. Опівка, вул. Биссоцького, 97/5	Волощина Світлана Василівна	95-1-43
с. Мостишів, вул. Перемоги, 84	Чуланова Анастасія Миколаївна	095-183-80-59
с. Славинка, вул. Балтська, 40	Тіличенко Світлана Валеріївна	067-926-11-69
с. Кривопольська, вул. П. Ужвинського, 3	Фомова Альона Юріївна	95-1-45
с. Борсуки, вул. Центральна, 2	Бабичук Юлія Володимирівна	066-8281703
		92-5-42
		096-342-99-29
Заступник міського голови Миколаєвський Валерій Анатолійович 067-519-33-14		
Начальник відділу охорони здоров'я міської ради Мороз Станіслав Іванович 050-535-57-97		
Топольний лікар КНП «Балтський центр ПМД» Колонтай Роман Леонідович 066-341-67-93		

www.baltapmsd.botg.gov.ua

Критичні питання, які необхідно вирішити на етапі підготовки та проведення ярмарку

Організація ярмарку вимагає тісної співпраці різних служб і злагодженої дії управлінської команди, застосування інструментів проектного менеджменту.

- **План:** менеджерській команді необхідно насамперед розробити план підготовки події; на етапі підготовки він слугуватиме інструментом моніторингу ходу процесу та комунікації з різними зацікавленими сторонами.
- **Партнерство з міською і районною владою:** влада може забезпечити приміщення, меблі та обладнання, розповсюдження інформації про подію, підвіз мешканців віддалених населених пунктів.

Простір ярмарку повинен дозволяти індивідуальне спілкування лікарів з відвідувачами, має бути місце перепочинку для відвідувачів, особливо похилого віку.

- **Пошук приміщення** (зручне розташування, розміри): оптимальним приміщенням для масштабу 20+ учасників є звичайний спортзал у школі, менша кількість стендів може розміщуватись у холі школи; обов'язковою умовою є наявність щонайменше двох входів до приміщення для оптимізації маршруту відвідувачів ярмарку.
- Приділіть увагу наявності **вивісок та орієнтирів** в приміщенні ярмарку: це зменшить розгубленість відвідувачів та підвищить ефективність події.
- **Виставкові меблі:** традиційно такі заходи проводяться з використанням виставкових меблів: стенди додають події зовнішньої привабливості, кращою є «картинка» для ЗМІ, навігація відвідувачів (стенди містять великі таблички з іменами учасників) є зручнішою, але монтаж стендів передбачає витрати. Це питання може вирішуватись за кошти громади або шляхом залучення спонсорських/рекламних коштів, можлива політика розумної співоплати для комерційних закладів, які беруть участь у ярмарку. Але щонайменше кожен лікар-учасник заходу повинен мати стіл та стілець (у ярмарках на Харківщині через брак простору лікарі мали один стіл на двох); можливі додаткові стільці для відвідувачів, особливо для людей похилого віку.
- **Вибір часу події:** краще обирати вихідний день (суботу), оскільки це дозволяє залучити працюючу аудиторію; тривалість стендових презентацій не повинна перевищувати чотирьох годин, краще розраховувати тривалість заходу за числом потенційних відвідувачів.

Широке **висвітлення події**: для залучення мешканців віддалених територій краще працюють яскраві плакати, заздалегідь розміщені в місцях масового відвідування (школи, магазини, амбулаторії тощо). Важливо проводити системну роботу з місцевими засобами масової інформації – газетами, що поширюються територією району. Соціальні мережі дозволяють залучити активну молодіжну аудиторію. Ярмарок здоров'я – новий формат для наших людей, які звикли спілкуватися з лікарем тільки в його кабінеті, тому важлива підготовка цільової аудиторії – наприклад, розповсюдження **листівок**, які містять не тільки опис події, але й рекомендовані запитання, які варто поставити сімейному лікарю під час спілкування.

Окремим засобом орієнтації відвідувачів може бути **каталог сімейних лікарів** з інформацією про всіх сімейних лікарів, які беруть участь у ярмарку. Наявність такого каталогу дозволяє відвідувачу зорієнтуватись серед багатьох лікарів та підготуватись до розмови з тими, кого він заздалегідь обрав. За задумом дизайнерів ярмарку каталоги містили не лише формальну інформацію про лікарів, але й їхні відгуки на суперечливі питання медичної реформи, взаємодію з пацієнтами тощо.

Учасники і партнери

- Учасниками ярмарку є насамперед сімейні лікарі та медсестри. Їх необхідно не тільки запросити на захід, але й підготувати: пояснити, що це за захід, для чого він, як на ньому поводитись.
- Варто залучати до заходу медичні заклади вторинного і третинного рівнів: вони так само зацікавлені в залученні відвідувачів лікуватись у них, поки в державі не працює система «воротарства», за якою сімейний лікар обирає фахівців та заклади вторинного рівня, куди направляє своїх пацієнтів.
- Доцільно налагодити партнерство з медичним університетом.
- Залучайте будь-які організації, що опікуються питаннями здоров'я і добробуту населення, зокрема соціальні служби, громадські організації, спортивні секції: це допоможе сформувати у свідомості людей картинку єдиної системи підтримання здоров'я.
- Також можлива участь комерційних медичних центрів.

Фінансування ярмарку можливе з різних джерел, таких як місцеві бюджети громад, співплата учасників (комерційні заклади), залучення допомоги місцевого бізнесу (не тільки у вигляді грошей, але й товарів та послуг), грантова підтримка. Кілька джерел фінансування підвищать якість події.

Важливо, щоб на ярмарку відвідувачі могли робити конкретні дії для приєднання до системи нових відносин, зокрема підписати декларацію з сімейним лікарем, записатись он-лайн на прийом тощо.

Ефективність події зростає при регулярному (наприклад, щорічному) проведенні ярмарків здоров'я: це може стати очікуваною подією для громади навіть після завершення критичного етапу медичної реформи.

5.2. КОМУНІКАЦІЯ З ПЕРСОНАЛОМ

Як уже зазначалось, комунікація – це акт передачі значення від однієї людини (або групи людей) іншій(им) за допомогою спільно зрозумілих знаків та правил. Ефективна комунікація визначається як вільний потік чіткої інформації.

В організації комунікація відбувається постійно: наради, повідомлення, накази, «розмови за горнятком кави» тощо.

Комунікація в організації може бути формальною і неформальною. До першої належать наради, накази, організовані дискусії, опитування, тобто всі способи, організовані та контрольовані адміністрацією, а до неформальної комунікації належать неформальні розмови, історії, що розповідають працівники один одному у вільний від роботи час. Інформація неначе вода у сполучених посудинах: що менше її проходить через формальні канали, то більше її спрямовується в неформальні канали. Формальний контроль та керування неформальними каналами вкрай ускладнені.

Комунікація в організації також поділяється на вертикальну та горизонтальну. Горизонтальна комунікація відбувається між людьми та підрозділами на одному щаблі управлінської ієрархії – між лікарями, медсестрами, між лікарем та економістом тощо. Вертикальна комунікація поділяється на комунікацію «згори вниз» (накази, розпорядження тощо) та «знизу вгору» (пропозиції, зворотний зв'язок від підлеглого керівництву тощо).

У процесі комунікації виділяють такі елементи:

- **Відправник** – людина, яка бажає передати повідомлення. Вкрай важливим є визначення мети комунікації. Метою може бути передача емоцій, ознайомлення з інформацією, спонукання до дії, контроль.
- **Отримувач** – людина, якій адресована комунікація. Врахування особливостей отримувача – запорука успішної комунікації. Ми не лише добираємо різні аргументи, але й використовуємо різні слова, спілкуючись, наприклад, з медсестрами чи депутатами.
- **Канал** – це спосіб донесення інформації. Виділяють, наприклад, усну та письмову комунікацію. Кожен канал має свої особливості, які треба враховувати при виборі. Наприклад, особиста комунікація віч-на-віч дозволяє отримувачеві сприймати не тільки значення слів, але й супровідну інтонацію, міміку та жести відправника, інтерпретуючи все в комплексі. Відправникові вона дозволяє

миттєво отримувати зворотний зв'язок щодо свого повідомлення. Цей канал комунікації є навитратнішим за часом, тому його необхідно використовувати тільки тоді, коли правильне розуміння вкрай важливе. На іншому полюсі стоїть, наприклад, розсилання повідомлення електронною поштою багатьом отримувачам. Цей канал є найменш витратним, дозволяючи з мінімальними зусиллями охопити багатьох отримувачів. Однак можливості такої комунікації вкрай обмежені: отримувач не має змоги уточнити повідомлення, зрозуміти підґрунтя та емоції, що стоять за ним, відправник не має можливості переконатись, що отримувач його правильно зрозумів. Часто отримувачі навіть не підтверджують отримання листа. Тому цьому каналу відводиться роль передачі рутинних повідомлень. Застосування кожного з каналів вимагає дотримання певних правил.

Канали комунікації:

- усна комунікація: бесіда, нарада, переговори, телефонна розмова;
- письмова комунікація (електронні листи, письмові накази, розпорядження, інструкції тощо);
- відеоконференція;
- комунікація через медіа (соціальні мережі, блоги, сайт, внутрішня газета, дошка об'яв тощо).

Бар'єри – це проблеми, які заважають точній передачі повідомлення від відправника отримувачу. Серед бар'єрів комунікації виділяють:

- фізичні: поганий зв'язок, тихий гучномовець, зовнішні шуми тощо;
- мовні (семантичні): різні люди розуміють слова по-різному: наприклад, для одного наказ «Зробіть швидко» означає негайно, для іншого – впродовж дня; інший класичний приклад – різні мови спілкування;
- емоційні: ставлення отримувача до відправника або повідомлення, емоційний стан отримувача.

Не варто вважати комунікацію пасивним процесом передачі інформації від відправника отримувачу. Кожна сторона відіграє активну роль у комунікації: відправник вибирає канал, контекст комунікації та кодує повідомлення (перетворює повідомлення, яке він хоче передати, на лист, презентацію, електронний лист тощо), отримувач вибирає та фільтрує інформацію (виокремлюючи одні аспекти та відкидаючи інші частини повідомлення) та декодує повідомлення (інтерпретує, додає свого сенсу отриманому повідомленню).

Система комунікації в організації визначає канали і частоту комунікації рутинних повідомлень, а також комунікацію у форс-мажорних обставинах.

Основними процесами в організації, що пов'язані з активною комунікацією з персоналом, є:

- планування та контроль;
- мотивація персоналу;
- вирішення проблем;
- впровадження змін.

Комунікація у процесі планування та контролю

В організації існує стратегічне та оперативне планування: оперативне планування визначає поточну діяльність, стратегічне – розвиток компанії.

Стратегічне планування – це визначення напряму розвитку організації на короткостроковий (рік) та довгостроковий (3-5 років) період. Продуктами стратегічного планування є бачення («картинка» бажаного майбутнього організації), місія та цінності (базові принципи організації та сенс її буття), а також стратегії (способи) реалізації бачення з урахуванням зовнішніх та внутрішніх обставин (див. **Розділ 4.1**). У рамках стратегічного планування є такі форми комунікації:

- сесії стратегічного планування – зустрічі керівництва організації для підбиття підсумків минулого року, визначення стратегії подальшого розвитку організації та плану на наступний рік – проводяться щороку;
- загальна зустріч усього колективу – зустріч, у якій беруть участь представники всіх підрозділів організації і на яку виноситься на обговорення стратегія; загальну зустріч варто проводити в інтерактивному форматі, залучаючи учасників до обговорення стратегії та пропозицій щодо механізмів її втілення;
- стратегія і план – документи, в яких фіксується результат стратегічного планування; похідними від стратегії та плану є інші документи: організаційна структура, посадові інструкції, бюджет, стандарти поведінки тощо;
- управлінські наради – зустрічі управлінської команди закладу (головний лікар, старша медична сестра, завідувачі амбулаторій, юрист, економіст тощо) для моніторингу реалізації плану; управлінські наради проводяться раз на місяць. Під час управлінських нарад:
 - презентуються підсумки реалізації плану та показники за минулий період (рік, квартал, місяць);

- проводиться аналіз відхилень від запланованих показників;
- погоджуються плани на наступний період.

Наради є поширеною формою комунікації в організації. Ефективно організовані наради та зустрічі дозволяють:

- скоординувати дії працівників;
- зрозуміти реакцію колективу на нововведення;
- отримати нове рішення;
- прийняти спільне рішення (і заручитись підтримкою людей);
- поінформувати працівників;
- сформувати команду;
- системно навчатись.

Для того щоб підвищити ефективність нарад, застосуйте 10 правил ефективної наради:

1. **Визначте мету наради:** часто наради проходять без конкретної мети і сприймаються як марна трата часу. Мета надає нараді сенсу і дозволяє керувати нарадою.
2. **Підготуйте порядок денний,** який містить мету, перелік учасників та основні пункти обговорення; роздрукуйте його перед нарадою і надайте кожному учаснику.
3. **Використовуйте наочні матеріали:** презентації, графіки та діаграми для показників.
4. **Поясніть цілі на початку наради.**
5. **Розподіліть ролі:** делегуйте ведення протоколу.
6. **Ведіть нараду:** підсумовуйте дискусію щодо кожного питання порядку денного, погоджуйте висновки, керуйте часом.
7. **Керуйте активністю учасників.**
8. **Завершуйте нараду:** узгодьте підсумки, сформулюйте завдання у форматі «Що? Хто? Коли? Як відзвітуватись?»
9. **Підбийте підсумки наради:** секретар формує підсумки наради, де фіксуються ключові домовленості учасників, підсумки розсилаються електронною поштою та/або вивішуються на внутрішній дошці оголошень.

10. Проконтролюйте виконання домовленостей: призначте людину, яка контролюватиме, чи виконано досягнуті домовленості; обговоріть це питання на наступній нараді.

У системі медичних закладів більш звичним є оперативне планування – розподіл поточних справ та завдань. Основний період оперативного планування – тиждень. Зазвичай цей вид планування включає такі форми комунікації:

- планерки – короткі щоденні наради персоналу для планування роботи на день; планерки варто проводити на початку або наприкінці тижня, коли вже є результати тижня;
- накази та розпорядження (письмові чи усні);
- оперативні звіти (усні чи письмові).

Комунікація у процесі мотивації персоналу

Вище ми розглянули кілька способів демотивувати персонал некоректною комунікацією, наприклад, погано готувати наради або невдало планувати. Але комунікація відіграє і позитивну роль у процесі мотивації персоналу. Похвала співробітника є базовим та найважливішим мотиватором. Ніщо не коштує так дешево і так дорого, як похвала. Намагайтеся зробити позитивні відзнаки своїх підлеглих частиною повсякденної роботи. Для того щоб похвала мала ефект, варто пам'ятати кілька важливих речей:

- Похвала повинна бути щирою!
- Називайте того, кого хвалите, на ім'я та дивіться в очі.
- Чітко визначте, за що хвалите (замість «Ти молодець» скажіть: «Те, як ти вчора спокійно та конструктивно поговорила зі складною пацієнткою, було неперевершено, мені є чого в тебе повчитись» (саме так, не бійтесь визнавати, що ваші підлеглі в чомусь сильніші за вас).
- Хваліть не тільки наодинці, а й прилюдно, на нарадах: це дозволить мотивувати співробітника і показати іншим, як це треба робити.

Застосовуйте наради та збори колективу як мотиваційний інструмент:

- Святкуйте спільні перемоги (це може бути не тільки пройдена акредитація, але й добре завершений рік), підкреслюйте роль кожного, особливо співробітників адміністративних підрозділів – вони часто є недооціненими в медичному закладі.

- Започаткуйте змагання та конкурси для різних посад: лікарів, медсестер тощо («Найкращий лікар року» за якісними показниками, «Вибір пацієнтів»), відзначайте переможців на зборах колективу.
- Розповідайте історії про співробітників.
- Відзначайте на нарадах та зборах прихід нового співробітника (дайте йому розповісти про себе, а вашим підлеглим – про те, чим пишається ваш заклад), вихід співробітника на пенсію тощо.

Важливу роль у процесі комунікації з персоналом відіграють історії. Ви можете за допомогою історій передавати співробітникам досвід та цінності. Для застосування історій як інструмента комунікації дотримуйтесь таких правил:

- Привчіть себе помічати та збирати навіть незначні історії: наприклад, одного разу в одному медичному закладі, біля місця реєстрації пацієнтів (зона, де клієнт вперше знайомиться з закладом), на підлозі лежав папірець. Старша медсестра, що йшла повз, не тільки не підняла папірець, але й відпихнула його ногою під сидіння. В той же час, власник закладу, який йшов за нею, підібрав папірець та викинув у смітник. Це спостереження можна використати як історію для управлінців цього закладу, що демонструє значущість особистого прикладу для впровадження цінностей та стандартів поведінки.
- Розповідаючи історію, робіть це емоційно, з інтригою, можна навіть запитати в слухачів, що, на їхню думку, мав зробити той чи інший персонаж.
- Визначте своє ставлення до персонажу та ситуації, прокоментуйте, дайте оцінку.

Цікаві історії будуть переповідатись далі від одного співробітника іншому, поширюючи повідомлення, закладене в них.

Комунікація в процесі вирішення проблем

Зазвичай вирішення проблем в організації керівником відбувається за алгоритмом «Подумав – зробив», і хоча цей алгоритм є цілком дієвим для простих проблем (не в сенсі їх вирішення, а в сенсі кількості дій), він не працює на проблемах складних та хронічних, а таких у пересічному медичному центрі є багато. Наприклад, стабільно низький рівень виявлення онкозахворювань на ранніх стадіях, висока кількість скарг від пацієнтів на послуги ЦПМД, затяжний конфлікт з ЦРЛ тощо.

Вирішення таких проблем вимагає часу, зусиль та інструментів, які допоможуть побачити сукупність факторів, що породжують проблему, і знайти вихід. У вирішенні проблеми виділяють кілька стадій:

- виявлення та визначення проблеми;
- аналіз ситуації та з'ясування кореневих причин проблеми;
- прийняття рішення про курс дій;
- формування плану дій;
- виконання та коригування плану дій.

Виявити проблему допомагає ефективна комунікація:

- з персоналом: відкрита атмосфера у спілкуванні з керівником, регулярні зустрічі з ключовими людьми сам-на-сам, правильні запитання колективу («Чи задовольняють вас умови праці?», «Чи задовольняють вас відносини в колективі?»), регулярні анкетування, інші механізми отримання зворотного зв'язку;
- з клієнтами (пацієнтами) – окрім вище переліченого, запрошення пацієнтів на наради, щоб обговорити якість сервісу та причини незадоволеності;
- з надавачами послуг, іншими медичними закладами.

На етапі аналізу ситуації більш конкретні питання та опитування дозволяють керівникові отримати глибше розуміння ситуації: «Що саме не подобається?», «Що варто змінити чи покращити в колективі?»

Залучення підлеглих до прийняття рішень – один з найпоширеніших механізмів формування команди та розвитку персоналу. Якщо підлеглий був причетний до прийняття рішення, він:

- досконало розуміє прийняте рішення та його мотиви;
- буде охоче виконувати рішення;
- буде відстоювати рішення в комунікації з іншими співробітниками.

За характером залучення персоналу рішення поділяються на кілька видів:

- консультативні: головний лікар консультується з підлеглими, щоб отримати більше інформації для прийняття зваженого рішення;
- рішення більшості: головний лікар після обговорення просить усіх висловити свою позицію і приймає рішення, за яке проголосувала більшість;
- консенсусні рішення: приймаються одностайно (хоча не всі можуть бути задоволені) за результатами тривалого обговорення.

Зрозуміло, що найякісніші рішення виникають внаслідок консенсусу, але він потребує забагато часу та зусиль з боку керівника, тому обирати тип рішення слід залежно від завдань та наявних ресурсів.

Розробка плану потребує активних консультацій та залучення виконавців, тому що саме вони краще розуміють реалістичні строки виконання та необхідні ресурси. План є також інструментом комунікації, оскільки допомагає поширити інформацію про порядок подальших дій, відповідальних та ресурси в організації.

Управління змінами

Від того наскільки ефективна комунікація з персоналом, залежить успіх впровадження змін.

Зміни стали органічною частиною нашого життя, а в медицині вони є просто неспинними протягом останніх 20 років. Але аналіз результатів показує, що успішні зміни (тобто коли новий формат роботи закріплюється) є досить рідкісними. Це правильно не тільки для країни, але й для окремих медичних закладів. Пригадайте, скільки разів ви намагалися змінити графік роботи, привчити працівників вчасно приходити на роботу, замість «живої черги» впровадити реєстрацію тощо.

Найбільшим ворогом змін є невизначеність, яка лякає людей. Будь-які зміни – це поворот, за який зазирнути важко, тож мало хто розуміє, що там буде. Невизначеність провокує підвищення рівня тривожності у людини, що, у свою чергу, призводить до звуженого кола сприйняття (наприклад, сприймається тільки інформація, що відповідає поганому сценарію розвитку подій). У такій ситуації людина найбільше потребує інформації. На жаль, типова ситуація в організаціях у ситуації змін є дзеркально протилежною – мінімум інформації на виході. Як раніше зазначалось, коли людина не знаходить інформації в офіційних (формальних) каналах, вона її шукає через канали неформальні – плітки, чутки тощо. З'являються люди, які тлумачать офіційну інформацію, викривляючи послання, що його планувала адміністрація.

Іншою проблемою впровадження змін є звичка. Кожна зміна – це навіть не навчання людей чогось нового, це – перенавчання, тобто спочатку дорослу людину треба ВІД-учити, а потім вже навчити. Тому впровадження в життя медичного закладу комп'ютера та eHealth передбачає не тільки формування у лікарів навичок використання програмного забезпечення, але й зміну звичних стандартів поведінки, фіксації інформації тощо.

Низка порад допоможе вам легше впроваджувати зміни в своїй організації:

- Якщо зміни «спущено» вам згори, спочатку проаналізуйте їх самі, в жодному разі не виходьте до колективу, не вивчивши раціонально переваг та недоліків нововведення.
- Поясніть своїм людям причини, на яких ґрунтуються зміни (чому їх запровадили).
- Моделюйте умови, які настануть після впровадження змін: наприклад, при презентації нового принципу фінансування варто сісти поруч з ключовими людьми і порахувати кількість мешканців, капітаційні ставки, витрати тощо.
- Станьте рольовою моделлю змін, демонструйте поведінку, яку ви хочете бачити в інших людях: покажуйте повагу перед пацієнтами, тримайте свій стіл чистим, не запізнюйтесь на зустрічі тощо («Будь змінами, які ти хочеш бачити навколо себе», – М. Ганді).
- Підтримуйте в підлеглих бажану поведінку: звертайте увагу, хваліть, надавайте підтримку («Ти вчасно здала нову звітність, молодець», «Дозволь, я покажу тобі, як зручніше вносити дані в картку пацієнта»).
- Коригуйте дії людей, реагуючи на небажану поведінку («Світлано, ти щойно пройшла повз бабусю, яка намагалася відчинити двері, і не допомогла їй»).
- Формуйте нову звичку: пов'яжіть з нововведенням одну звичку і починайте її формувати: нагадуйте, контролюйте, створюйте стимули. Наприклад, ви вирішили «побороти» запізнення на планерку (звичка приходити вчасно є важливою, оскільки це частина загальної дисципліни та взаємоповаги): спочатку поясніть, чому це важливо, нагадайте напередодні наступної планерки про вчасний прихід, створіть символічні штрафи за запізнення (матеріальні та нематеріальні), звертайте увагу на вчасний прихід, похваліть тих, хто прийшов вчасно. Скоріше за все, вам знадобиться 2-3 планерки, щоб привчити людей до нової поведінки, за умови, що ви послідовно дотримуєтесь наведених рекомендацій. Головне – не запізнюйтесь самі (пам'ятайте: «Будь змінами, які ти хочеш бачити навколо себе»), ну і сплатіть без розмов штраф, якщо вже запізнилися.

Дж. Коттер радить такий алгоритм впровадження організаційних змін¹¹⁸:

1. **Створіть відчуття необхідності термінових дій.** Зазвичай тільки керівник відчуває необхідність щось робити, а підлеглі вважають, що всі зміни – це зайве. Створити відчуття можна багатьма шляхами: дати можливість побачити

118 Дж. Коттер. Наш айсберг тает, или Как добиться результата в условиях изменений. – М., Эксмо, 2008.

іншу медицину (стажування), залучити невдоволеного клієнта до розмови про якість послуг, вивезти всіх до сусідньої громади, де ЦПМСД працює по-іншому. Обговоріть з підлеглими кожен такий досвід, допоможіть зробити висновки.

2. **Створіть команду реформаторів-лідерів.** Шукайте спільників-однодумців, насамперед у своєму колективі. Залучайте «просунутих» лікарів, медсестер, які прагнуть змін. Знайдіть в адміністрації людей, які бажають допомогти змінам. Залучайте команду до спільного аналізу проблеми та планування.
3. **Виберіть правильне бачення.** Проведіть з командою обговорення на тему «Як має бути» або «Як воно буде, коли ми змінимо все, що потрібно», створіть привабливу картину для поширення в колективі.
4. **Доносьте бачення – зацікавте людей.** Доступною мовою покажіть людям, як буде, коли зміни настануть. Поєднайте раціональні аргументи та розрахунки з наочними матеріалами та рисунками (наприклад, нова будівля амбулаторії та облаштування кабінетів). Проводьте зустрічі з усіма зацікавленими сторонами (лікарі, медсестри, адміністративний персонал, пацієнти, керівництво громади).
5. **Створіть умови для широкої участі співробітників у перетвореннях.** Дайте можливість кожному, хто зацікавився, докластись до змін: проводьте обговорення та мозкові штурми, запропонуйте пілотні проекти.
6. **Прагніть швидких перемог.** Продумайте на етапі планування, де в процесі впровадження змін ви можете отримати наочні результати. Наприклад, пацієнти дадуть позитивні відгуки про послуги, або зросте відсоток вакцинації, або буде зроблено ремонт. Поширюйте інформацію про ці позитивні зміни. Пам'ятайте: більшість ваших співробітників чекають не аргументів на користь змін, а перших наочних результатів.
7. **Не зупиняйтесь.** Перші перемоги та купа інших проблем зазвичай відволікають увагу керівника від поточного проекту змін. На цьому етапі все ще можливе повернення назад, тому не зупиняйтесь. Створіть механізми контролю, що не потребують вашої щоденної уваги, але дозволяють вам «тримати руку на пульсі». Запровадьте індикатори, звіт за якими вимагайте, наприклад, щомісяця, з яких видно, чи рухається організація в бажаному напрямі. Започаткуйте регулярні зустрічі робочої команди.
8. **Змусьте зміни прижитись.** Пам'ятайте: успішна зміна – це нова звичка («Як ми могли раніше працювати по-іншому?»), тому підтримуйте нові звички, доводьте їх до автоматизму.

5.3. ПРИНЦИПИ ВІЗУАЛЬНОЇ КОМУНІКАЦІЇ

90% всіх людей – візуали. Це означає, що якщо ви будете розповідати, які чудові нові послуги пропонує ваш заклад, а люди бачитимуть, наприклад, лише старі поламані стільці і нічого нового в закладі, вони вам можуть відразу не повірити. Але якщо ви розмістите, наприклад, плакат, де ці послуги будуть перелічені з інформацією про те, як і де їх можна отримати, вони вам повірять одразу і набагато краще запам'ятають, про що мова. Тому будь-яку інформацію потрібно не лише доносити усно або письмово в нотатках, але й оформлювати наочно в листівки, брошури, плакати тощо.

Для того щоб люди відразу впізнавали вашу візуальну комунікацію і розуміли, що ця інформація виходить саме від вашого закладу, потрібен бренд-бук.

Що таке бренд-бук?

Бренд-бук, або фірмовий стиль, – це сукупність колірних, графічних, друкарських, шрифтових та дизайнерських елементів. Він забезпечує візуальну та смислову єдність внутрішнього і зовнішнього оформлення всього, що пов'язано з медичним закладом та послугами, які він надає. Фірмовий стиль – один з найважливіших інструментів комунікації будь-якої сучасної організації з пацієнтами. А на етапі впровадження реформ в охороні здоров'я він є ще й маркером «сучасності».

Мінімально обов'язкова структура бренд-буку медичного закладу включає такі елементи:

- логотип і правила його використання;
- кольори;
- типографіка (шрифти);
- інформаційний стенд;
- презентація;
- канцелярія: візитівка, корпоративний бланк, блокнот, папка, конверт;
- навігація: вивіска, вказівники, таблички на двері, розклад прийому лікарів;
- медична форма: халат, шапочка;
- сувенірна продукція: ручка, кепка, футболка, чашка;
- поліграфія: буклети, флаєри;
- соціальні мережі.

Бренд-бук – це правила, за якими потрібно готувати візуальний контент. Для дизайнерів бренд-бук – це настільна книга, з якої вони розуміють, як подати ваш матеріал так, щоб люди швидко впізнали його авторство. Бренд-бук дозволяє мати візуальну унікальність. Ми завжди впізнаємо продукти великих брендів і навіть не замислюємося чому. А відповідь проста: кожен продукт створено за правилами бренд-буку цієї компанії.

Для того щоб бренд-бук використовувався правильно і допомагав у досягненні комунікаційних цілей, усі співробітники закладу повинні дотримуватися таких правил:

- використовувати в роботі лише брендovanі за бренд-буком матеріали;
- використовувати на всіх заходах (зовнішніх та внутрішніх) лише презентації з бренд-буку;
- всі візитівки повинні бути в єдиному стилі бренд-буку, власні візитівки використовувати заборонено;
- у зовнішньому вигляді медичного закладу обов'язково повинні бути присутні елементи бренд-буку (навігація, вивіски, медичні халати працівників тощо);
- відповідальна за комунікації особа повинна ретельно контролювати дотримання правил бренд-буку.

5.4. СТВОРЕННЯ САЙТУ-ВІЗИТІВКИ

Мета створення сайту

Інтернет-сайт – сучасний та ефективний канал комунікації, який дозволяє концентрувати будь-яку публічну інформацію в єдиному місці. Тільки можливості інтернет-сайту дозволяють повною мірою використовувати всі способи донесення інформаційного повідомлення до користувача. Текст, аудіо- та відеоінформація можуть бути подані в рамках одного сайту для ознайомлення споживача з ними. Сьогодні майже в кожного дорослого українця є мобільний телефон, отже, майже кожен дорослий українець може зручно і швидко отримувати будь-яку інформацію, в тому числі про медичні послуги вашого закладу.

Створення сайту краще доручити професіоналам, до яких можна звернутись для отримання поради або технічного супроводу. Це може бути компанія або окремих фахівець, який спеціалізується на створенні сайтів. Якщо головна мета сайту – презентувати заклад і послуги, які він надає, то такий сайт називається «сайт-візитівка». Більш складний сайт може знадобитися, якщо, наприклад, ви бажаєте підключити його можливості до медичної інформаційної системи, з якою працює ваш заклад.

Доменне ім'я вашого сайту

Доменне ім'я – це назва сайту, яка вноситься в рядок інтернет-пошуку (Google, наприклад) чи будь-якого браузера (Google Chrome, Opera, Internet Explorer, Safari тощо), встановленого на комп'ютері для входу в Інтернет. Воно складається з імені та «закінчення» на зразок «com.ua», «net.ua», «gov.ua». Ще є «.ua», але таке «закінчення» можна отримати лише для зареєстрованих торгових марок. Перша його частина (ім'я) відображає індивідуальність вашого центру. Ви можете вибрати доменне ім'я на сайті imena.ua (ім'я платне, ціна вказана безпосередньо на сайті) або відправити заявку для отримання імені з розширенням gov.ua (безкоштовно). Як отримати доменне ім'я з розширенням gov.ua, можна дізнатися за посиланням <http://www.gov.ua>.

Вимоги до доменного імені ЦПМСД:

- пишеться латинськими літерами;
- відображає назву закладу або зміст послуг;
- має в імені назву місцевості (географія).

Наприклад: baltacpmsd.com.ua; baltafamilydoctors.gov.ua; baltahhealth.net.ua та інші.

Чим коротше доменне ім'я, тим краще воно запам'яється і працюватиме як додатковий інформаційний ресурс на допомогу лікарям.

Доменне ім'я вибирається один раз – на етапі створення сайту. Раз на рік потрібно продовжувати його використання: оплачувати imena.ua річний абонемент на використання чи дотримуватись процедур <http://www.gov.ua>.

Що таке хостинг і навіщо він потрібен?

Хостинг – це послуга з розміщення сайту на сервері, щоб користувачі могли бачити його в Інтернеті. Хостинг-провайдери зберігають файли сайту на потужних комп'ютерах, що називаються веб-серверами. Коли користувачі набирають адресу сайту, мережа Інтернет під'єднує їх до хостинг-сервера з усіма файлами вашого сайту і надсилає інформацію на їхні комп'ютери, щоб вони могли переглядати сторінки сайту. Отже, веб-хостинг – це дещо більше, ніж просто зберігання файлів сайту. Важливим є також забезпечення швидкого та безперебійного інтернет-з'єднання. Безпечність, швидкість, стабільна робота, надійність – характеристики, без яких неможливо уявити хороший хостинг-сервер.

Структура сайту

При розробці структури сайту слід відповісти на кілька запитань у такій послідовності:

1. Яка головна функція сайту? Яким чином він допоможе в роботі вашого закладу?
2. Яку інформацію слід розмістити?
3. Які функції сайту ви бажаєте використовувати в роботі? Наприклад, чи буде на сайті форма для запису пацієнтів?
4. Якими сайтами вам зручно користуватися? Знайдіть в Інтернеті приклади сайтів медичних закладів.

Після того як ви відповісте на наведені запитання, потрібно сформулювати структуру сайту (перелік сторінок/розділів) у вигляді списку. Оцініть обсяг інформації: чи буде вона поміщатися на одну сторінку, чи потрібні будуть окремі сторінки для кожного розділу?

Приклад можливих розділів сайту ЦПМД:

ПРО ЦПМД: інформація про рік створення, досвід роботи, окремі досягнення, керівництво.

ПОСЛУГИ: перелік послуг, доступних для громади в закладі; для платних послуг вказується вартість, для безкоштовних вказується, що послуги безкоштовні.

ЛІКАРІ: перелік лікарів з фото, іменем, фахом, досвідом та годинами прийому. Тут можна розмістити кнопку електронного запису до лікаря (це може бути електронний лист до реєстратури або лист до медичної інформаційної системи (МІС), якщо така система працює в медичному закладі).

ЗАПИСАТИСЬ ДО ЛІКАРЯ: електронна форма запису до лікаря, яку опрацьовує фахівець реєстратури (отримає електронне повідомлення про запис на електронну скриньку), з **обов'язковою відповіддю пацієнту** про те, на який час його записано. На цю сторінку може йти переадресація зі сторінки «Лікарі» за наявності кнопки електронного запису до лікаря. Форма запису може включати такі розділи:

Ваше прізвище	
Ваше ім'я	
Вік	
Стать	
До якого лікаря записати	
День	
Бажаний час	
Скарги на стан здоров'я	

ВИКЛИКАТИ ЛІКАРЯ: електронна форма виклику лікаря додому, яка має зворотний зв'язок з пацієнтом у вигляді електронного підтвердження, що лікар прийде, або телефонного дзвінка лікаря для отримання додаткової інформації та прийняття рішення про візит до пацієнта додому.

КОРИСНО ЗНАТИ: корисна інформація для пацієнтів про профілактику різних захворювань, дії при виникненні гострих ситуацій та будь-яка інша загальна інформація.

ВАКАНСІЇ: інформація про наявні вакансії закладу чи повідомлення «Вільних вакансій на сьогодні немає»

КОНТАКТИ: адреси, номери телефонів, час роботи, електронна пошта закладу.

У мережі Інтернет можна знайти приклади сайтів інших медичних закладів. Вони допоможуть розробити структуру власного сайту.

Як створити контент для сайту: текст, фото, рисунки, інфографіка

Перед створенням контенту сайту потрібно визначити, хто саме його буде розробляти і збирати. Це можуть бути співробітник вашого закладу, окремо найнятий фахівець або волонтер, який готовий допомогти. Відповідальною повинна бути ОДНА людина, тоді контент для сайту буде гармонійним, в одному стилі і не матиме «білих» плям. Крім того, до збору контенту зазвичай залучають багатьох людей, тому всім буде зручно і зрозуміло, хто створює (пише тексти, фотографує, пише відео), збирає і опрацьовує контент, відповідає на запитання про те, чи підходить це фото для сайту, тощо.

Тексти повинні бути написані простою зрозумілою українською мовою для користувача без медичної освіти.

Фотографії повинні бути цифрові, тобто зроблені на цифровий фотоапарат або на мобільний телефон з якісною камерою. Які саме фотографії будуть потрібні для сайту, вам допоможе визначити розробник сайту.

Обов'язковими є фотографії лікарів з такими вимогами:

- Обличчя на фотографії повинно займати не менш як половину фото (тобто фото повинно бути по груди).
- Людина на фото повинна посміхатись.
- Фон білий чи світлий (бажано однаковий для всіх портретних фото).
- Лікар повинен бути в білому халаті.

Рисунки, або інфографіка, – це схематичне подання інформації, яке використовується для демонстрації послідовності кроків, системи роботи та ін. Ви можете користуватись послугами дизайнера або створити інфографіку самостійно за допомогою звичайних офісних програм. Наприклад, у меню Word є функція «Вставити», де є вже готові малюнки, графіки та схеми, куди можна додавати свою інформацію. Аналогічні можливості є у програмі PowerPoint. Для завантаження готової інфографіки на сайт потрібно зберегти її у форматі pdf (розділ «Зберегти як» офісних програм) і вибрати розширення .pdf (наступна зона після назви документа). Назва документа, який завантажується на сайт, повинна відповідати його змісту (тобто що це). Назви формату 1111, djfhgkfhg та інша незрозуміла комбінація цифр та літер неприпустима!

Дизайн

Дизайн сайту – це загальний стиль вашого сайту та його зовнішнє оформлення. Дизайн сайту повинен відповідати бренд-буку закладу. Дизайн сайту зазвичай включено до переліку послуг зі створення сайту. При формулюванні завдання для розробників обов'язково покажіть приклади сайтів, які вам подобаються візуально, і це не обов'язково повинні бути сайти медичних закладів. Це значно допоможе дизайнерові зрозуміти ваш смак, адже він у кожного свій і універсальних рекомендацій тут немає.

Розробка дизайну сайту починається з концепції головної сторінки сайту (це сторінка, яку бачить користувач відразу, коли заходить на ваш сайт). Дизайн головної сторінки сайту обирається залежно від того, яка інформація і в якому вигляді буде тут відображатися. На основі розробленого дизайну головної сторінки створюється дизайн внутрішніх сторінок. Наприклад, на сторінці ЛІКАРІ розміщується вся інформація про лікарів, чії послуги можна отримати у вашому закладі.

Як обслуговувати сайт

Для обслуговування сайту вам не потрібен постійний ІТ-фахівець. Зазвичай залучають спеціального фахівця тоді, коли потрібно:

- внести зміни на сайт;
- виправити технічні помилки.

Тому найбільш ефективним буде домовитися з таким фахівцем чи компанією, що ви будете залучати їх час від часу. Головне – розуміти, до кого ви можете звернутись по допомогу за потреби. Сайт також може обслуговувати фахівець, який обслуговує вашу медичну інформаційну систему чи комп'ютери, на яких працює персонал закладу.

5.5. КОМУНІКАЦІЯ ЗІ ЗМІ

Навіщо медичному закладу комунікувати зі ЗМІ?

Засоби масової інформації (ЗМІ) є сьогодні одним з ключових засобів масової комунікації з пацієнтами. Коли вам потрібно донести будь-яку інформацію до всього населення міста, села, району чи області, краще звернутись до ЗМІ.

Приводом до звернення до ЗМІ можуть бути:

- нова послуга, яка раніше не була доступна;
- новий принцип роботи (наприклад, запровадження електронної черги, можливість записатися до лікаря через додаток на телефоні);
- новий головний лікар (розповідаємо про фахівця, його плани розвитку закладу в інтересах мешканців);
- заклад закривається на ремонт (інформуємо, де і як можна отримати послуги, поки триватиме ремонт);
- відкриття нових амбулаторій чи кабінетів у селах;
- ліквідація амбулаторій чи кабінетів у селах (надаємо інформацію, де мешканці цього села зможуть отримати медичні послуги за нових умов);
- історії успіху, які розповідають про ефективну роботу закладу;
- будь-який інший привід, коли потрібно донести коректну інформацію до всіх мешканців, запобігти поширенню чуток.

5.5.1. Основні інструменти для комунікації зі ЗМІ

1. Прес-реліз

Головним інструментом для комунікації з будь-яким ЗМІ є прес-реліз – це документ, у якому організація подає інформацію про певну подію чи захід до засобів масової інформації. Якщо прес-реліз являє собою новину, то зазвичай в такому самому вигляді (з певними доопрацюваннями журналіста чи без них) він публікується у друкованих та електронних ЗМІ. В телевізійних сюжетах інформація трансформується в синхрон (супровідний текст від журналіста).

Загальні вимоги до прес-релізу:

- обсяг тексту: близько однієї сторінки формату А4;
- обов'язково присутні дата надсилання до ЗМІ, назва організації, яка випускає (прес-реліз повинен бути на корпоративному бланку чи мати назву організації у верхньому колонтитулі документа), контактна інформація особи, до якої можна звернутися по додаткову інформацію (ім'я, телефон та електронна адреса);
- мова українська (може бути російська, якщо у вас є російськомовні ЗМІ, тоді випускаються дві версії прес-релізу – україномовна та російськомовна);
- у прес-релізі може бути лише одна новина (інформаційний привід);
- новина, про яку йдеться в прес-релізі, повинна бути актуальною на момент його випуску. Дозволяється, щоб з моменту виникнення новини минуло лише декілька днів: за місяць ця інформація буде вже застарілою. Це правило не стосується історій успіху, щодо яких терміни не такі жорсткі, але інформація повинна бути актуальною для суспільства.

Структура прес-релізу

1. **Заголовок.** Він розкриває суть прес-релізу – відповідає на запитання «Що нового?». Заголовок задає тон загального сприйняття прес-релізу і запрошує прочитати текст. Якщо заголовок нецікавий, подальшу інформацію можуть не прочитати. Заголовок повинен бути якомога коротшим, не більше 15 слів.
2. **Лід: головне повідомлення.** У першому абзаці надається відповідь на головні запитання: що, де, коли відбулося, чому відбулося, хто головні учасники; розкривається коротке повідомлення із заголовка. Перше речення першого абзацу, як правило, повторює суть заголовка, при цьому дещо розширює та уточнює його. Лід повинен бути не більшим ніж 40 слів.
3. **Основний текст.** Розкриває суть інформаційного повідомлення прес-релізу. Намагайтесь описати перспективи: що буде потім, що людям очікувати в результаті вашої події. Якщо ваша подія чи новина є наступним кроком у низці подій, наприкінці основного тексту можна дати коротку ретроспективу того, що привело до поточних подій.
4. **Довідка.** Стисле інформаційне повідомлення про вашу організацію: чим займається, як довго працює, цікавий професійний факт, яким ви пишаєтесь, і т. д. Прочитавши довідку, людина не з вашої сфери повинна зрозуміти, чим займається організація, і сформулювати позитивне ставлення до неї. Крім того, довідка може розповісти про подію, якій присвячено ваш прес-реліз.

5. **Контактна особа.** Ім'я та контакти особи, до якої журналісти можуть звернутися по додаткову інформацію чи уточнення.

Інформацію у прес-релізі розміщують у порядку зменшення її важливості за принципом «перевернутої піраміди». Головні пункти повідомлення фіксуються в перших двох абзацах, решта (коментарі, аналіз, відомості, пояснення) – у наступних. Таким чином, якщо ЗМІ з певних причин скоротять ваш прес-реліз, найважливіше залишиться у публікації.

Секрети успішного прес-релізу

- Пишіть, коли є про що сказати. Пишіть так, щоб це було цікаво людям не з вашої професії.
- Викладайте думки за принципом «Щоб зрозумів кожен», а не «Щоб вийшло красиво».
- Розкрийте новину всіма можливими способами: за допомогою тексту, ілюстрацій, фото, відео, корисних посилань.
- Кожен абзац повинен мати не більше 4-5 речень.
- Намагайтеся використовувати якнайменше прикметників.
- Обов'язково потрібні цитати! Це єдиний інструмент у прес-релізі, що дозволяє передавати емоції.

Приклад структури прес-релізу

Заголовок: МОЗ оголосив плани щодо розвитку електронної системи охорони здоров'я у 2018 році

Лід: У 2018 році МОЗ продовжить розробку eHealth і зосередиться на створенні постійних структур, що сприятимуть розвитку системи в майбутньому. Найближчими кроками стануть визначення нового адміністратора системи та розробка довгострокової стратегії впровадження eHealth в Україні.

Основний текст: Під час презентації «eHealth. Досягнення 2017. Візія 2018» було підсумовано спільну роботу зі створення прозорої та ефективної електронної системи охорони здоров'я в Україні та оголошено плани розвитку на 2018 рік.

Напередодні в.о. Міністра охорони здоров'я Уляна Супрун підписала документи про безкоштовну передачу майнових прав інтелектуальної власності від громадськості до МОЗ. Інші документи, необхідні для формального завершення передачі eHealth

від міжнародних донорських організацій державі, буде підготовлено та підписано найближчим часом.

Подальшою розробкою та впровадженням eHealth опікуватиметься спеціально створене ДП «Електронне здоров'я», що отримає MVP (мінімальний життєздатний продукт) у право адміністрування. Серед першочергових завдань державного підприємства – конкурс на посаду директора та набір базової команди, в тому числі з нинішнього Проектного офісу eHealth, реалізація наступного етапу розвитку продукту і погодження бізнес-моделі.

Міністерство охорони здоров'я і Національна служба здоров'я України створюватимуть регуляторне поле для динамічного розвитку електронної системи охорони здоров'я. А ринок медичних інформаційних систем забезпечить присутність eHealth у всіх закладах охорони здоров'я у вигляді сучасних та якісних IT-рішень.

«eHealth — динамічний проект, який постійно змінюється, що неминуче в реформах. Ми маємо й надалі втілювати його спільно. Недостатньо лише зусиль МОЗ, важлива участь громадських організацій та бізнесу. Це було важливо на початку і залишиться актуальним на наступних етапах. Без постійної та тривалої підтримки міжнародних партнерів не з'явився б eHealth, і найближчі кілька років проекту буде критично необхідна ця допомога. Ми триматимемося обраного курсу в реалізації проекту. Тому найближчим часом запропонуємо нашим партнерам новий меморандум, відкриваючи наступну сторінку розвитку eHealth», – наголосив Павло Ковтонюк, заступник Міністра охорони здоров'я.

На сьогоднішній день у eHealth зареєстровано більш ніж 700 медичних закладів, 5 000 лікарів та близько 30 000 декларацій пацієнтів з усієї України. Участь у пілотному проекті є добровільною для медичних закладів до офіційного старту приписної кампанії (орієнтовно – 1 квітня 2018 року).

Довідка: eHealth – електронна система, яка допомагає пацієнтам отримувати, а лікарям – надавати якісні медичні послуги. Це складна система, яка буде поступово впроваджуватися протягом кількох років. Спочатку вона охопить первинну ланку медицини – сімейних лікарів, терапевтів та педіатрів. У майбутньому eHealth дасть можливість кожному швидко отримати свою медичну інформацію, а лікарям – правильно ставити діагноз з урахуванням цілісної картини здоров'я пацієнта.

2. Заходи для ЗМІ

Існує декілька форматів заходів для ЗМІ. Вибір формату залежить від мети, якої ви хочете досягнути, і контенту, який ви хочете донести до ЗМІ та побачити в публікаціях і телевізійних сюжетах.

Основні види заходів: прес-конференція, прес-брифінг, індивідуальні зустрічі, прес-ланч.

Анонс

Для того щоб запросити ЗМІ на будь-який захід, потрібен анонс.

Мета анонсу – привернути увагу журналістів та редакторів до події таким чином, щоб вони зацікавилися і прийшли на захід.

Анонс розсилається до ЗМІ за два-три дні до події.

Публікують анонс інформаційні агенції (з них беруть інформацію інші ЗМІ), звичайні ЗМІ зазвичай не публікують анонси на безкоштовній основі.

Структура анонсу

- 1) **Звернення:** Шановні журналісти!
- 2) **Місце і час заходу:** Запрошуємо вас на (назва заходу), який відбудеться у (місце) о (час).
- 3) **Мета заходу:** у двох-трьох (максимум) реченнях описується мета заходу для ЗМІ, що цікавого та нового журналісти можуть дізнатися.
- 4) **Спікери:** список та посади спікерів, з якими журналісти зможуть поспілкуватися. Спікери бувають двох категорій: спікери, які презентують інформацію, а потім відповідають на запитання журналістів, та спікери, які нічого не презентують, але після офіційної частини заходу можуть дати окремі інтерв'ю журналістам, розповісти свою історію. Зазвичай до другої категорії спікерів належать запрошені особи, які своїм прикладом чи життєвою історією можуть проілюструвати ваше основне повідомлення для ЗМІ. В анонсі вказують усі групи спікерів, щоб журналісти могли заздалегідь спланувати, з ким вони зможуть поспілкуватися та якого формату публікацію вони зможуть зробити після заходу.
- 5) **Контакти:** контактна особа, яка акредитує журналістів на участь у заході та працює безпосередньо з ними на заході. Серед контактів обов'язково мати телефон та електронну адресу. Можна вказати сторінку в соцмережах, адже українські журналісти сьогодні дуже активно спілкуються та використовують соціальні мережі як канал комунікації.

Прес-конференція

Прес-конференція – це захід для преси, який проводять у випадку необхідності зробити якусь заяву чи презентувати результати, важливі для суспільства. Прес-конференцію збирають, коли спікери займають проактивну позицію і готові виступити з невеликою промовою. Журналісти на прес-конференції можуть ставити запитання, але впродовж обмеженого часу.

Прес-конференція потребує модерації. Модератором може виступати як окрема людина, так і один із учасників прес-конференції. Головне завдання модератора – стежити за дотриманням сценарію, часу та змісту запитань від журналістів, які не повинні стосуватися інших тем, крім заявленої для прес-конференції. На початку прес-конференції модератор дає вступну інформацію («Чому ми зібралися»), коротко представляє спікерів, модерує запитання-відповіді після основної частини.

Тривалість прес-конференції: одна година.

Кількість спікерів: оптимально 3, але не більше 5.

Обов'язкові складові прес-конференції: модератор, таблички з іменами та посадами спікерів, прес-реліз.

Додаткова складова прес-конференції – прес-пакет (або прес-кіт): набір документів, які можуть бути корисними журналістам для підготовки публікацій та сюжетів. Прес-кіт може включати інфографіку, набір фактів, фотографії (на накопичувачі), інформацію про спікерів, про організацію, її послуги чи продукти.

Після прес-конференції необхідно розіслати прес-реліз ЗМІ незалежно від того, чи взяли вони участь у заході. Разом з прес-релізом потрібно розіслати матеріали прес-пакету, якщо такі є, та 2-3 фотографії для ілюстрації релізу.

Прес-конференція вважається успішною, якщо її відвідали 70% ЗМІ, яких ви очікували, а 80% ЗМІ, які зазвичай висвітлюють вашу тему, зробили публікацію чи телевізійний сюжет з повідомленням, яке ви хотіли донести.

Прес-брифінг

Прес-брифінг – це формат короткого заходу для ЗМІ, який використовується у декількох випадках:

- (1) коли у вас одне коротке повідомлення;
- (2) коли обмаль часу на спілкування з журналістами;
- (3) коли спікери готові більше відповідати на питання, ніж говорити самі.

Класична тривалість прес-брифінгу – 30 хвилин: 10 хвилин – на повідомлення, 20 хвилин – на запитання-відповіді.

Прес-брифінг потребує обов'язкової модерації і жорсткого дотримання теми заходу і часу.

Формат прес-брифінгу часто використовують напередодні чи під час великих заходів – конференцій, форумів, ярмарків тощо. Цей формат дає змогу в короткий термін надати інформацію про зміст заходу та відповісти на запитання. Якщо у журналістів є бажання отримати більше інформації, вони відвідують захід та отримують прес-пакет з детальнішою інформацією.

Індивідуальні зустрічі

Формат індивідуальних зустрічей з журналістами використовується, коли є потреба ініціювати або надати індивідуальне інтерв'ю. Зазвичай такий формат має на увазі ексклюзив для засобу масової інформації, тобто інформацію, яку ви надаєте журналісту, ви надаєте лише йому і не розповсюджуєте серед інших ЗМІ. Для індивідуальних зустрічей не завжди потрібен інформаційний привід (новина), якщо спікер достатньо високого рангу та цікавий для ЗМІ. Але варто визначитися з темою спілкування і заздалегідь обговорити її з журналістом.

Індивідуальні зустрічі використовують для комунікації зі ЗМІ, коли потрібно щось детально пояснити, розвіяти міфи чи переконати. Такий формат тет-а-тет спілкування з журналістом потребує дуже детального розуміння матеріалу, вміння правильно відповідати на незручні запитання, майстерності презентації фактів та нівелювання проблемних аспектів теми. Індивідуальні зустрічі досить ризиковані, але й дуже корисні для формування лояльності та гарних стосунків зі ЗМІ. Тому використовуйте його лише за умови, що ви ас у своїй спікерській справі.

Після індивідуальних зустрічей необхідно обов'язково тримати зв'язок з журналістом, щоб перед публікацією отримати матеріал на погодження. Завжди вимагайте матеріал на погодження, якщо журналіст записував інформацію зі слів спікера і не отримував її в письмовому вигляді.

Прес-ланч

Прес-ланч – це формат, який використовується для відносно неформального спілкування зі ЗМІ. Прес-ланч – це фактично посиденьки за чашкою кави чи чаю, які присвячуються конкретній темі. Такий формат використовується для обговорення проблеми, представлення журналістам своєї точки зору, апелювання до точки зору опонентів, детальних аргументів і т. п. Прес-ланч – це формат дискусії, коли все, що ви скажете, може з'явитися на шпальтах газет.

У прес-ланчі можуть брати участь не більше трьох спікерів за умови, що в кожного з них є своє коло питань і вони не заважатимуть один одному різними точками зору. Позиція організації з кожного питання повинна бути єдиною.

Прес-ланч зазвичай триває до двох годин, у середньому – півтори години. Він проводиться в окремому приміщенні кафе чи ресторану, куди не заходять сторонні відвідувачі, вимагає професійної модерації для того, щоб спрямовувати дискусію в потрібне русло та підтримувати її. Модератор є важливим помічником для спікерів у цьому форматі.

Для прес-ланчу необов'язково потрібен прес-реліз, але загальна інформація з проблематики, яка буде обговорюватись, потрібна обов'язково. Вона може бути у вигляді аркуша фактів, інфографіки і т. п., головне, щоб вона була стислою і по суті. Крім того, обов'язковою є інформація про спікера(-ів) та мінімум одна його (їх) цитата на тему прес-ланчу. Вся ця інформація (а також відомості про контактну особу, до якої журналіст може звернутися по додаткову інформацію) входить до прес-кіту.

5.5.2. Види ЗМІ та особливості комунікації з ними

Телебачення

Телебачення – це ЗМІ з найбільш масовим охопленням в Україні, його дивиться найбільша кількість людей. Телебачення може бути національним (у регіонах працюють спеціальні кореспонденти (представники) національних телеканалів), обласним та районним. Національне телебачення висвітлює події та історії, які будуть цікаві людям в інших регіонах. Обласне телебачення висвітлює події області, які важливі для мешканців усіх чи більшості районів області. Районне телебачення готове розповідати про події саме цього району.

Для телебачення можливі такі формати співпраці:

- новина (на основі вашого інформаційного приводу);
- гість у студії (коли ЗМІ запрошує вас на розмову на визначену тему, можливо, з іншими гостями);
- експертний коментар (коли ЗМІ записує ваш експертний коментар щодо того чи іншого питання, в якому ви спеціаліст).

Особливістю роботи з телебаченням (для новинного формату) є той факт, що телебаченню потрібна картинка. Тобто при донесенні вашої інформації телевізійному журналісту потрібен герой(і) – людина чи люди, які розповідатимуть у кадрі, та дія,

яка ілюструватиме розповідь героя в кадрі. Згадайте, як виглядає ваше улюблене кіно: щось відбувається і текст за кадром або герой з текстом у кадрі. За таким самим принципом працює і телевізійна журналістика. Тому коли ви хочете запросити телеканал висвітлити свою подію, відразу думайте, хто говоритиме на камеру і що ви покажете телевізійним журналістам для супроводу історії.

Якщо ви не хочете побачити, як журналіст переплутав усе, що ви йому розповіли і показали, надайте йому прес-реліз. Для телевізійного журналіста прес-реліз – це карта його майбутнього сюжету, правильні назви, імена, цифри. Чим більше інформації ви надаєте журналісту в письмовому вигляді, тим менше шансів побачити і почути по телевізору не те, про що ви говорили. Завжди пам'ятайте, що класичний сюжет у телевізійних новинах триває в середньому до однієї хвилини.

Як правило, у телевізійних журналістів є своя «спеціалізація». Це означає, що тема охорони здоров'я, наприклад, закріплена за певним журналістом і всі сюжети на цю тему готує саме він. Тому потрібно обов'язково знати профільних журналістів та працювати з ними, щоб вони завжди мали коректну інформацію і могли до вас звернутися з будь-якої теми, навіть якщо ви не збиралися її висвітлювати.

Друковані ЗМІ

Для друкованих ЗМІ головними є три речі:

- (1) Мати текст (прес-реліз, інтерв'ю), на основі якого вони можуть писати свій матеріал.
- (2) Мати фото чи інфографіку для ілюстрації матеріалу.
- (3) Мати всі складові заздалегідь, але таким чином, щоб інформація не застаріла і була актуальною на дату виходу газети чи журналу. Тому обов'язково потрібно знати, в які дні видання виходить і коли здається до друку.

Ваше завдання – максимально забезпечити друковані ЗМІ вищезгаданими складовими. Тоді ви, по-перше, отримаєте потрібну вам публікацію, по-друге, налагодите з журналістами плідну та ефективну співпрацю.

Друкованим виданням можна пропонувати також готові аналітичні матеріали, написані вами самостійно. Але для цього потрібно вивчити «мову» видання, оцінити обсяг, з яким воно працює, і надати статтю в максимально наближеному до редакторського тексту форматі.

У друкованих ЗМІ можна започаткувати тематичну рубрику, куди можна готувати матеріали на регулярній основі, тобто для кожного номера видання. Такий формат

співпраці може бути досить взаємовигідним і для ЗМІ, і для вас, але потребуватиме багато часу. Головна перевага такої співпраці – це налагодження регулярного інформаційного потоку на потрібну вам тему.

Електронні ЗМІ

Сучасні електронні ЗМІ можна розділити на три групи, кожна з яких має свою специфіку:

- (1) Електронні портали, газети і журнали – класичні ЗМІ, але в електронному форматі.
- (2) Соціальні мережі – сторінка організації чи окремої людини в соціальних мережах є фактично власною «газетою», де ви розповідаєте про себе і висловлюєте власну думку з певного питання.
- (3) Блоги – авторські електронні сторінки, які теж фактично є власною «газетою», але мають майже необмежені можливості щодо контенту і використовуються зазвичай, коли потрібно подати багато тексту, відео або фото.

Першу категорію можна розділити на три групи:

(1.1) Онлайн-версії видань, які фактично нічим не відрізняються від друкованих версій: якщо інформація публікується у друкованому виданні, зазвичай вона друкується в онлайн-версії автоматично.

(1.2) «Гібриди» – модифіковані онлайн-версії традиційних видань (газет, телеканалів, радіо), які мають власну редакційну політику і відрізняються не лише способом подання, але й змістом інформації, наприклад, оновлюються в режимі реального часу, пропонують багато додаткових сервісів і контенту. З «гібридами» потрібно працювати окремо і розцінювати їх як окреме ЗМІ.

(1.3) Мережеві ЗМІ, які виходять лише в Інтернеті. В аспекті роботи з ними – це окремі ЗМІ, які здатні опублікувати вашу інформацію в режимі реального часу, без обмежень щодо обсягу та формату контенту, тобто разом зі статтею можуть публікуватися фото, відео, інфографіка і будь-який інший контент з гіперпосиланнями на додаткові джерела інформації.

Сьогодні багато ЗМІ мають власну сторінку у соціальних мережах, на яку люди також підписуються і читають/дивляться/слухають. Армія прихильників соціальних мереж, здатних збирати інформацію, яка цікава саме вам, у єдину інформаційну стрічку, росте з кожним роком. Особливістю ЗМІ в соціальних мережах є короткі повідомлення і можливість зробити посилання на джерело інформації. Як правило, редактори сторінок у соцмережах самі формують це повідомлення. Тому сьогодні

вкрай важливо у власних інформаційних повідомленнях писати короткими реченнями і структурувати інформацію, щоб її можна було умовно «поділити» на складові.

Саме цей тренд диктує необхідність мати власну сторінку в соціальних мережах, де ви завжди можете розповісти про послуги вашого закладу, публікувати новини та історії з життя закладу. Ця сторінка також є джерелом інформації для ЗМІ, які активно шукають інформацію саме в соціальних мережах.

Блогерів зараз найбільш активно читає/дивиться/слухає молодь. ЗМІ цитують блогерів, коли вони мають тисячі читачів. Тому знати блогерів, які пишуть на вашу тему, дуже бажано. Крім того, варто з ними підтримувати професійну дискусію, адже для інших людей вони експерти, до чийої думки прислухаються. В умовах коли лікарі мають дуже великий ступінь недовіри серед звичайних людей, це означає, що люди іноді схильні вірити більше блогеру-немедику, ніж медику з 20-річним стажем.

Якщо у вас є бажання вести власний блог, то оцініть, чи зможете ви дотримуватися таких правил:

- писати для блогу регулярно (мінімум раз на тиждень);
- бути обізнаним щодо останніх трендів власної теми та оперативно писати свою думку про них;
- цікаво подавати корисну інформацію зрозумілою для «бабусі на вулиці» мовою;
- постійно шукати нові цікаві теми, щоб збільшувати кількість читачів;
- формувати власне мініспівтовариство.

Блогерство – це досить кропітка праця, недарма топ-блогери зазвичай більше нічим не займаються. Власний блог – унікальний формат для комунікації, але до нього потрібно мати хист і час.

Радіо

Український ринок радіо-ЗМІ сьогодні переживає новий етап розвитку «розмовного» радіо, левова частка якого – це гості в студії, що обговорюють разом з ведучим окрему тему. Зазвичай це теми, які стосуються широкої аудиторії слухачів, і охорона здоров'я входить до переліку цих тем. Аудиторія «розмовного» радіо постійно зростає, тому активно використовуйте такий формат співпраці зі ЗМІ і беріть участь у радіопрограмах, для яких ви завжди можете самостійно запропонувати тему. Часто в такому радіо існує певний дефіцит тем, тому будьте проактивними та ініціюйте соціально важливі теми.

На «музичних» радіо існує формат новин, тому туди теж є сенс подавати інформацію. Як правило, гарно працює формат прес-релізу, коли журналіст отримує вичерпну інформацію з релізу, осмислює її і в студії новин формує коротке інформаційне повідомлення.

На радіо можливі анонси заходів, тому завжди надсилайте ваші анонси заходів і на радіо, особливо «розмовне».

5.5.3. Спікери

Будь-яка організація повинна мати спікера – людину, яка спілкується зі ЗМІ, виступає на публічних заходах, у т. ч. для ЗМІ. Крім того що спікер повинен гарно говорити, він повинен мати статус, завдяки якому звичайні люди довірятимуть його словам зі шпальт і телеекранів. Організації слід мати декілька спікерів, у кожного з яких повинна бути своя тема (спеціалізація). Якщо спікер все-таки один, потрібен його «заступник», який може ретранслювати позицію основного спікера, коли у того немає можливості вийти до ЗМІ.

Спікеру потрібно написати «портфоліо» – професійну інформацію про нього, яка проілюструє високий професіоналізм, та окреслити теми, які він готовий коментувати. Це «портфоліо» разом з фото розповсюджується серед ЗМІ для ознайомлення і налагодження подальшої співпраці. Крім того, якщо спікер лише починає свій шлях спілкування зі ЗМІ, «портфоліо» потрібно включити до прес-киту на різних інформаційних заходах.

5.5.4. Організація роботи зі ЗМІ в медичному закладі

Для того щоб робота зі ЗМІ була ефективною і давала позитивні результати, медичний заклад повинен визначити фахівця, який відповідатиме за питання комунікації в закладі. Робота зі ЗМІ потребує професійних знань, системної роботи та організаційних навичок. Працювати потрібно зі всім колективом, іншими медичними закладами, керівництвом регіону, пацієнтами. Крім того, такий фахівець матиме змогу відстежувати весь інформаційний потік, який курсує навколо медичного закладу, формує його репутацію серед пацієнтів, професійної спільноти та керівництва. Базуючись на цьому інформаційному потоці, фахівець може ініціювати будь-які інформаційні кроки, які зможуть допомогти закладу в його щоденній роботі.

Такий фахівець повинен підпорядковуватися безпосередньо людині, яка приймає рішення в закладі, – головному лікарю чи директору. Його обов'язки і завдання комунікації будуються навколо цілей усієї організації.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Баценко Д., менеджер з питань інтеграційних технологій та лідер з досвіду впровадження цифрових технологій, Limited Liability Company «Deloitte & Touche»

Брагінський П., радник з юридичних питань, Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії», Deloitte Consulting LLP

Бучма М., експерт з фармакології та лабораторного забезпечення закладів охорони здоров'я

Горошко А., радник Міністерства охорони здоров'я України

Гуцалова Х., координатор з маркетингу та комунікацій, Проектний офіс eHealth від Міністерства охорони здоров'я України

Гурін М., радник Міністерства охорони здоров'я України

Джигір Ю., радник Міністерства охорони здоров'я України

Довгопол М., експерт з питань управління закладами охорони здоров'я, Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії», Deloitte Consulting LLP

Дорошенко Н., радник Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України

Дудкіна К., радник з питань комунікації, Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії», Deloitte Consulting LLP

Жигінас О., радник Міністерства охорони здоров'я України

Котляревська С., координатор навчання та HR, Проектний офіс eHealth від Міністерства охорони здоров'я України

Ляшко В., заступник Генерального директора
з нагляду за інфекційними хворобами
ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»

Манзюк К., радник Міністерства охорони здоров'я України

Одринський В., радник Міністерства охорони здоров'я України

Пермяков В., радник Міністерства охорони здоров'я України

Пхиденко С., радник з питань децентралізації в охороні здоров'я,
Програма U-LEAD with Europe

Решетняк О., експерт з економічних питань та управління
зкладами охорони здоров'я,
Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії»,
Deloitte Consulting LLP

Рябцева Н., радник Міністерства охорони здоров'я України

Самко М., радник з питань реформи охорони здоров'я
на регіональному рівні,
Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії»,
Deloitte Consulting LLP

Хитрова О., експерт у галузі медичного права,
адвокат, асоційований партнер ЮФ ILF,
консультант з юридичних питань,
Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії»,
Deloitte Consulting LLP

Хомич Л., радник з питань МіО та стратегічної інформації,
Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії»,
Deloitte Consulting LLP

Ябчанка О., речник Міністерства охорони здоров'я України,
експерт Реанімаційного пакету реформ

Яременко О., заступник керівника Проекту / радник з питань політики,
Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії»,
Deloitte Consulting LLP

ДОДАТКИ

Додаток 1.	Порядок надання первинної медичної допомоги	267
Додаток 2.	Примірний табель матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу	283
Додаток 3.	Порядок формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги	289
Додаток 4.	Порядок вибору лікаря з надання первинної медичної допомоги	300
Додаток 5.	Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я (проект)	306
Додаток 6.	Декларація про вибір лікаря з надання первинної медичної допомоги	324
Додаток 7.	Стандарт сервісу для працівників медичного центру	328
Додаток 8.	Анкета оцінки задоволеності клієнтів	331
Додаток 9.	Чек-лист оцінки якості сервісу ПМД	333
Додаток 10.	Примірний статут комунального некомерційного підприємства, яке надає первинну медичну допомогу	337
Додаток 11.	Рекомендації щодо формування спроможної мережі надання первинної медичної допомоги в Царичанському районі Дніпропетровської області	351
Додаток 12.	Коротка інструкція щодо роботи з інтерактивною картою КНП «Царичанський ЦПМСД» Царичанської селищної ради	363
Додаток 13.	Модель оцінки ефективності ПМД	366



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАКАЗ

19.03.2018

Київ

№ 504

Про затвердження Порядку
надання первинної медичної
допомоги

Відповідно до статті 35¹ Основ законодавства України про охорону здоров'я, абзацу тринадцятого підпункту 8 пункту 4 Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 року № 267,

НАКАЗУЮ:

1. Затвердити Порядок надання первинної медичної допомоги, що додається.
2. Пункти 1.1 та 1.2 наказу Міністерства охорони здоров'я України від 05.10.2011 №646 «Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо реалізації Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 7 грудня 2011 року за № 1414/20152, виключити.

У зв'язку з цим підпункти 1.3 - 1.4 цього пункту вважати відповідно підпунктами 1.1 - 1.2.

3. Визнати такими, що втратили чинність:

наказ Міністерства охорони здоров'я України від 10 вересня 2013 року № 793 «Про затвердження Нормативів забезпеченості мережею амбулаторій – підрозділів центрів первинної (медико-санітарної) допомоги», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 13 вересня 2013 року за № 1587/24119;

наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27.08.2010 № 728 «Про диспансеризацію населення», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 29 грудня 2010 року за № 1396/18691.

4. Міністру охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, керівникам структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій забезпечити виконання цього наказу.
5. Медичному департаменту (Гаврилюк А.О.) забезпечити у встановленому порядку подання цього наказу на державну реєстрацію до Міністерства юстиції України.
6. Контроль за виконанням цього наказу покласти на заступника Міністра Лінчевського О. В.
7. Цей наказ набирає чинності з 1 липня 2018 року.

В. о. Міністра

У. СУПРУН

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони
здоров'я України

19 березня 2018 року № 504

ПОРЯДОК надання первинної медичної допомоги

I. Загальні положення

1. Цей Порядок визначає завдання, конкретизує зміст та встановлює вимоги щодо організації та забезпечення надання первинної медичної допомоги (далі – ПМД) в Україні.
2. У цьому Порядку терміни вживаються у таких значеннях:

надавач ПМД – заклад охорони здоров'я будь-якої організаційно-правової форми, в тому числі, але не виключно, комунальні некомерційні підприємства, або фізичні особи – підприємці, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та забезпечують на її основі медичне обслуговування населення, безпосередньо пов'язане з наданням ПМД;

лікар з надання ПМД – професіонал в галузі лікувальної справи (лікар загальної практики – сімейний лікар, лікар-педіатр, лікар-терапевт), який перебуває у трудових відносинах із надавачем ПМД або провадить господарську діяльність з медичної практики як фізична особа-підприємець та особисто надає ПМД;

команда з надання ПМД – група медичних працівників, що функціонує в межах надавача ПМД та складається не менше ніж з одного лікаря з надання ПМД та не менше ніж з одного фахівця (сестра медична загальної практики – сімейної медицини, акушерка, фельдшер тощо), який працює спільно з лікарем з надання ПМД або під його керівництвом;

практика ПМД – лікар з надання ПМД та особи, які здійснили своє право на вільний вибір лікаря, в установленому порядку обравши цього лікаря з надання ПМД (особи, що належать до цієї практики);

обсяг практики ПМД – кількість осіб, які здійснили своє право на вільний вибір лікаря, в установленому порядку обравши лікаря з надання ПМД, та належать до однієї й тієї самої практики ПМД;

оптимальний обсяг практики ПМД – кількість осіб, яким лікар з надання ПМД може забезпечити надання якісної ПМД;

групова практика ПМД – команда з надання ПМД, до складу якої входять два чи більше лікарів з надання ПМД, або сукупність двох чи більше практик ПМД в межах одного надавача ПМД, або кількох надавачів ПМД, які взаємодіють на підставі договору про спільну діяльність, укладеного між надавачами ПМД.

Інші терміни вживаються у значеннях, наведених в Основах законодавства України про охорону здоров'я та інших нормативно-правових актах у сфері охорони здоров'я.

3. Дія цього Порядку поширюється на надавачів ПМД незалежно від форми власності та організаційно-правової форми діяльності.
4. Головним завданням надавача ПМД є забезпечення населення комплексними та інтегрованими послугами зі всебічної, безперервної і орієнтованої на пацієнта ПМД, спрямованої на задоволення потреб населення у відновленні та збереженні здоров'я, попередження розвитку захворювань, зменшення потреби в госпіталізації та покращення якості життя.
5. Організація та надання послуг з ПМД ґрунтується на принципах:

доступності, що передбачає мінімальну втрату часу для її отримання;

безпечності, який полягає у наданні послуг з ПМД у спосіб, що мінімізує ризики завдати шкоду пацієнтові, у тому числі тієї, якій можна запобігти, а також зменшує можливість медичних помилок;

результативності, який проявляється у досягненні найкращих результатів через надання послуг з ПМД на основі наукових знань та принципів доказової медицини;

своєчасності;

економічної ефективності, яка досягається шляхом надання послуг з ПМД таким чином, щоб максимізувати використання ресурсів та уникнути неефективних витрат;

недискримінації, що полягає у наданні послуг з ПМД, якість якої не відрізняється залежно від статі, гендеру, сексуальної орієнтації, раси, кольору шкіри, національності, місця проживання, майнового стану, соціального статусу,

стану здоров'я, політичних, релігійних чи інших переконань, за мовними або іншими ознаками;

орієнтованості на людину, що передбачає надання послуг з ПМД у спосіб, що враховує індивідуальні потреби осіб, яким ці послуги надаються, в тому числі з урахуванням права пацієнта на вільний вибір лікаря.

II. Перелік послуг з ПМД та організація їх надання

1. Надавач ПМД здійснює медичне обслуговування населення, безпосередньо пов'язане з наданням ПМД, відповідно до переліку медичних послуг, визначених у Додатках 2, 3 до цього Порядку.
2. У рамках здійснення медичного обслуговування населення, зазначеного у пункті 1 цього розділу, надавач ПМД організовує забезпечення пацієнтів лабораторними та інструментальними діагностичними дослідженнями відповідно до Додатка 3 до цього Порядку.
3. Надавачі ПМД можуть утворювати групові практики ПМД для координації надання ПМД, забезпечення безперервності надання ПМД, раціонального та ефективного використання ресурсів на здійснення медичного обслуговування з надання ПМД.
4. Оптимальний обсяг практики ПМД становить: одна тисяча вісімсот осіб на одного лікаря загальної практики – сімейного лікаря; дві тисячі осіб на одного лікаря-терапевта; дев'ятсот осіб на одного лікаря-педіатра.
5. Обсяг практики може відрізнятись від оптимального залежно від соціально-демографічних, інфраструктурних та інших особливостей території, в межах якої мешкають особи, що належать до відповідної практики.
6. Лікар з надання ПМД має право відмовитися від подальшого ведення пацієнта, на підставах, визначених частиною третьою статті 34 Основ законодавства України про охорону здоров'я.
7. ПМД надається під час особистого прийому пацієнта за місцем надання ПМД.

Лікар із надання ПМД може прийняти рішення про надання окремих послуг ПМД за місцем проживання (перебування) пацієнта або з використанням засобів телекомунікації відповідно до режиму роботи надавача ПМД.

Рішення про надання ПМД за місцем проживання (перебування) пацієнта не може прийматися лише на підставі віддаленості його місця проживання

(перебування) від місця надання ПМД та (або) відсутності у пацієнта коштів на проїзд до місця надання ПМД.

8. Надання ПМД може здійснюватися в окремій будівлі чи у приміщеннях, що належать надавачу ПМД на праві власності, праві оренди чи на інших підставах, не заборонених законодавством, відповідно до переліку місць провадження господарської діяльності, зазначених в отриманій надавачем ПМД ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики.

9. У разі зміни адреси місця надання ПМД, надавач ПМД зобов'язаний завчасно повідомити про це осіб, що належать до відповідної практики ПМД, шляхом забезпечення:

розміщення відомостей про таку зміну в місці надання ПМД в доступному для пацієнтів місці;

розміщення відомостей про таку зміну на веб-сайтах (веб-сторінках) відповідного надавача ПМД, практики ПМД (за наявності);

індивідуального повідомлення осіб, що належать до відповідної практики, про таку зміну телефоном чи в інший спосіб, визначений пацієнтами (стосується лише пацієнтів, записаних на прийом до лікаря з надання ПМД).

10. Надання в межах ПМД медичної допомоги в разі виникнення розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнтам, які у зв'язку з цим не потребують екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, здійснюється відповідно до режиму роботи надавача ПМД та годин прийому пацієнтів лікарем (командою) з надання ПМД.

11. У разі виникнення невідкладного стану при гострому розладі фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, внаслідок якого пацієнт потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, якщо такий розлад стався під час прийому пацієнта лікарем з надання ПМД, лікар з надання ПМД повинен викликати бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги та до її прибуття надати пацієнту відповідну медичну допомогу.

12. Надавач ПМД забезпечує наявність переліку обладнання, устаткування та засобів, необхідних для забезпечення надання ПМД, визначеного відповідним табелем матеріально-технічного оснащення.

III. Правила надання ПМД

1. ПМД надається пацієнтам відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я, які є обов'язковими для всіх надавачів ПМД.
2. ПМД надається безпосередньо лікарем з надання ПМД. Окремі послуги з надання ПМД можуть надаватися іншими медичними працівниками, які входять до складу команди з надання ПМД, самостійно, спільно або під керівництвом лікаря з надання ПМД відповідно до рівня кваліфікації таких медичних працівників.
3. Надавач ПМД має право залучати на підставі трудового або цивільно-правового договору інших осіб для забезпечення надання ПМД. Кількість третіх осіб, які залучаються, та вимоги щодо їхньої кваліфікації визначаються самостійно надавачем ПМД.
4. Відомості про кожен випадок надання ПМД лікар або інший медичний працівник, що входить до команди з надання ПМД, відображає в медичній документації відповідно до Міжнародної класифікації первинної допомоги (ICPC-2-E) та за необхідності – за МКХ відповідного перегляду.
5. У разі припинення діяльності надавача ПМД, надавач ПМД зобов'язаний завчасно повідомити про це осіб, які належать до відповідної практики ПМД, шляхом забезпечення:
 - розміщення відповідних відомостей в місці надання ПМД в доступному для пацієнтів місці;
 - розміщення відповідних відомостей на веб-сайтах (веб-сторінках) відповідного надавача ПМД (за наявності);
 - індивідуального повідомлення осіб, які належать до відповідної практики, телефоном чи в інший спосіб, визначений пацієнтами.
6. У разі припинення діяльності надавача ПМД, надавач ПМД зобов'язаний не пізніше ніж за два місяці повідомити про це лікарів (команди) з надання ПМД, які перебувають у трудових відносинах з таким надавачем ПМД.
7. У разі припинення діяльності надавача ПМД, особи, які належать до практик такого надавача ПМД, можуть залишитися в межах цих практик за умови, що обрані ними лікарі вступили у трудові відносини з іншими надавачами ПМД або отримали ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики як фізичні особи – підприємці.

8. У разі припинення трудових відносин із лікарем з надання ПМД, надавач ПМД зобов'язаний завчасно повідомити про це осіб, які належать до відповідної практики ПМД, шляхом забезпечення:

розміщення відповідних відомостей у місці надання ПМД в доступному для пацієнтів місці;

розміщення відповідних відомостей на веб-сайтах (веб-сторінках) відповідного надавача ПМД (за наявності);

індивідуального повідомлення осіб, що належать до відповідної практики, телефоном чи в інший спосіб, визначений пацієнтами.

9. Надавачі ПМД, що надають послуги з ПМД за бюджетні кошти, зобов'язані не пізніше п'яти днів з часу припинення трудових відносин із лікарем з надання ПМД повідомляти про це відповідного головного розпорядника бюджетних коштів у встановлений ним спосіб.

IV. Режим роботи та графік надання ПМД

1. ПМД надається пацієнтам безперервно.
2. ПМД надається пацієнтам відповідно до режиму роботи (години прийому пацієнтів лікарем з надання ПМД), який самостійно визначає надавач ПМД за погодженням із власником.

3. Відомості про режим роботи надавача ПМД мають бути розміщені:

у місці надання ПМД в доступному для пацієнтів місці;

на веб-сайтах (веб-сторінках) відповідного надавача ПМД.

4. У разі зміни режиму своєї роботи надавач ПМД зобов'язаний завчасно повідомити про це осіб, які належать до відповідної практики ПМД, шляхом забезпечення:

розміщення відомостей про таку зміну в місці надання ПМД в доступному для пацієнтів місці;

на веб-сайтах (веб-сторінках) відповідного надавача ПМД (за наявності);

індивідуального повідомлення осіб, що належать до відповідної практики, про таку зміну телефоном чи в інший спосіб, визначений пацієнтами (стосується лише пацієнтів, записаних на прийом до лікаря з надання ПМД).

5. У період тимчасової відсутності лікаря з надання ПМД у зв'язку з відпусткою чи іншими обставинами, що зумовлюють тимчасову неможливість здійснювати прийом пацієнтів лікарем з надання ПМД, надавач ПМД зобов'язаний забезпечити безперервність надання послуг з ПМ.
6. Про тимчасову відсутність лікаря з надання ПМД та його заміну на іншого лікаря з надання ПМД надавач ПМД зобов'язаний повідомити осіб, які належать до відповідної практики ПМД, із зазначенням відомостей про лікаря з надання ПМД, якого буде залучено на заміну тимчасово відсутнього лікаря з надання ПМД, шляхом забезпечення:

розміщення відповідних відомостей у місці надання ПМД в доступному для пацієнтів місці;

розміщення відповідних відомостей на веб-сайтах (веб-сторінках) відповідного надавача ПМД (за наявності);

індивідуального повідомлення осіб, що належать до відповідної практики ПМД, телефоном чи в інший спосіб, визначений такими особами (стосується лише пацієнтів, записаних на прийом до лікаря з надання ПМД

Термін такого повідомлення становить: не пізніше як за тиждень до першого дня тимчасової відсутності лікаря з надання ПМД, якщо така відсутність спричинена передбачуваними обставинами (відпустка, відрядження тощо); або не пізніше першого дня тимчасової відсутності лікаря з надання ПМД, якщо така відсутність спричинена непередбачуваними обставинами (хвороба, нещасний випадок тощо).

7. Надавач ПМД може самостійно або спільно з іншим (іншими) надавачами ПМД утворити черговий кабінет ПМД для обслуговування населення поза годинами прийому пацієнтів лікарями (командами) з надання ПМД, а також для надання ПМД у вихідні, святкові та неробочі дні.
8. Черговий кабінет ПМД є місцем провадження господарської діяльності відповідного надавача (надавачів) ПМД.

V. Запис на прийом з метою отримання ПМД

1. Надавач ПМД забезпечує можливість записатися на прийом до лікаря з надання ПМД особисто, по телефону, електронною поштою або іншими доступними засобами телекомунікації.

2. Відомості про номер телефону, адресу електронної пошти та інші засоби телекомунікації, за допомогою яких можна записатися на прийом до лікаря з надання ПМД, повинні бути розміщені в порядку, встановленому пунктом 2 розділу IV цього Порядку.
3. У разі зміни номера телефону, адреси електронної пошти або інших засобів телекомунікації, за допомогою яких можна записатися на прийом до лікаря з надання ПМД, надавач ПМД зобов'язаний завчасно повідомити про це осіб, які належать до відповідної практики ПМД, шляхом забезпечення:
розміщення відомостей про таку зміну в місці надання ПМД в доступному для пацієнтів місці;
на веб-сайтах (веб-сторінках) відповідного надавача ПМД (за наявності).

В.о. директора

Медичного департаменту

А.О. Гаврилюк

Додаток 1
до Порядку надання первинної
медичної допомоги
(пункт 1 розділу II)

**Перелік медичних послуг
з надання первинної медичної допомоги**

1. Динамічне спостереження за станом здоров'я пацієнтів з використанням фізикальних, лабораторних та інструментальних досліджень відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.
2. Проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруень, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів.
3. Динамічне спостереження за пацієнтами із діагностованими хронічними захворюваннями (супровід пацієнтів із хронічними захворюваннями та станами), що включає комплекс діагностичних та лікувальних втручань, які передбачені галузевими стандартами.
4. Надання межах ПМД невідкладної медичної допомоги у разі розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнтам, якщо такий розлад стався під час прийому пацієнта лікарем з надання ПМД та якщо пацієнт не потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.
5. Направлення відповідно до медичних показань пацієнтів, які не потребують екстреної медичної допомоги, для надання їм вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.
6. Взаємодія з надавачами вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги з метою своєчасного діагностування та забезпечення лікування хвороб, травм, отруень, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів з урахуванням особливостей стану здоров'я пацієнта.
7. Проведення обов'язкових медичних втручань щодо пацієнтів з наявними факторами ризику розвитку окремих захворювань.
8. Проведення профілактичних втручань, що включає: вакцинацію відповідно до вимог календаря профілактичних щеплень; підготовлення та надсилання повідомлень про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення; проведення епідеміологічних обстежень поодиноких випадків інфекційних хвороб.

9. Надання консультативної допомоги, спрямованої на усунення або зменшення звичок і поведінки, що становлять ризик для здоров'я (вживання алкоголю, тютюну, інших психоактивних речовин, ризиковані статеві стосунки, нездорове харчування, недостатня фізична активність тощо) та формування навичок здорового способу життя.
10. Динамічне спостереження за неускладненою вагітністю та (у разі потреби) направлення до лікаря акушера-гінеколога закладу вторинної медичної допомоги.
11. Здійснення медичного спостереження за здоровою дитиною.
12. Надання окремих послуг паліативної допомоги пацієнтам усіх вікових категорій, що включає: регулярну оцінку стану важкохворого пацієнта та його потреб; оцінку ступеня болю та лікування больового синдрому; призначення наркотичних засобів та психотропних речовин відповідно до законодавства, включаючи оформлення рецептів для лікування больового синдрому; призначення лікування для подолання супутніх симптомів (закрепи, нудота, задуха та ін.); консультування та навчання осіб, які здійснюють догляд за пацієнтом; координацію із забезпечення медичних, психологічних тощо потреб пацієнта.
13. Направлення пацієнтів відповідно до медичних показань для надання їм паліативної допомоги в обсязі, що виходить за межі ПМД.
14. Призначення лікарських засобів та медичних виробів, технічних засобів медичної реабілітації з оформленням відповідних документів згідно з вимогами законодавства.
15. Ведення первинної облікової документації, оформлення довідок, листків непрацездатності та направлень для проходження медико-соціальної експертизи, а також лікарських свідоцтв про смерть.
16. Взаємодія з соціальними службами для пацієнтів, соціальні умови життя яких впливають на здоров'я.
17. Взаємодія із суб'єктами системи громадського здоров'я.

Додаток 2
до Порядку надання первинної
медичної допомоги
(пункт 2 розділу II)

ПЕРЕЛІК
медичних втручань у межах ПМД для груп пацієнтів
з підвищеним ризиком розвитку захворювань*

Нозологія	Групи пацієнтів з підвищеним ризиком розвитку захворювань		Методи виявлення	Періодичність обстеження
	Фактори ризику (ФР)	Вікові групи		
Гіпертонічна хвороба та інші серцево-судинні захворювання (ССЗ)	Підвищення артеріального тиску; тютюнопаління; надлишкова маса тіла; цукровий діабет; обтяжений спадковий анамнез; зловживання алкоголем.	Ч – 40 років і старші. Ж – 50 років і старші.	Вимірювання артеріального тиску; оцінка загального серцево-судинного ризику за шкалою SCORE; вимірювання індексу маси тіла; вимірювання окружності талії; вимірювання загального холестерину.	Кожні 2 роки. За наявності ФР – щороку.
Цукровий діабет	Надлишкова маса тіла; обтяжений спадковий анамнез; гестаційний діабет; зловживання алкоголем.	45 років і старші. До 45 років, якщо є ФР ССЗ.	Оцінка загального серцево-судинного ризику за шкалою SCORE; вимірювання індексу маси тіла; вимірювання окружності талії; вимірювання цукру крові натще; вимірювання загального холестерину.	Щороку.

* Цей перелік не застосовується для діагностики захворювань за наявності відповідних симптомів, моніторингу перебігу виявлених захворювань, контролю лікування захворювань. За наявності симптомів захворювань обсяг обстеження визначається галузевим стандартом у сфері охорони здоров'я.

Нозологія	Групи пацієнтів з підвищеним ризиком розвитку захворювань		Методи виявлення	Періодичність обстеження
	Фактори ризику (ФР)	Вікові групи		
ВІЛ	Незахищені статеві контакти з людьми, які живуть з ВІЛ або споживають ін'єкційні наркотики; вживання ін'єкційних наркотиків; гомосексуальні контакти; надання сексуальних послуг за плату або наркотики.	14 років і старші, якщо є ФР.	Швидкий тест на ВІЛ.	Щороку.
Туберкульоз	Контакти з хворими на активний туберкульоз; наявність ВІЛ; перебування у закладах Державної кримінально-виконавчої служби України.	Будь-який вік, якщо є ФР.	Опитування на наявність симптомів понад 2 тижні.	Щороку.
Рак молочної залози	Підтверджена мутація BRCA-1 або BRCA-2; обтяжений спадковий анамнез; пізні перше дітонародження (30 років і старші); безпліддя; пізня менопауза (55 років і старші); тривала гормонозамісна терапія менопаузи; постменопаузальне ожиріння; уживання алкоголю; куріння.	50–69 років. За наявності ФР – із 40 років.	Направлення на мамографію.	Кожні 2 роки.

Нозологія	Групи пацієнтів з підвищеним ризиком розвитку захворювань		Методи виявлення	Періодичність обстеження
	Фактори ризику (ФР)	Вікові групи		
Колоректальний рак (КРР)	Обтяжений спадковий анамнез по КРР; сімейний аденоматозний поліпоз; спадковий неполіпозний КРР; запальні захворювання кишківника; аденоматозні поліпи.	50–75 років.	Опитування; тест калу на приховану кров та/або направлення до закладів охорони здоров'я з надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги.	Кожні 2 роки. За наявності ФР – щороку.
Рак передміхурової залози (РПЗ)	50 років і старші з низьким ризиком. 45 років і старші з середнім ризиком – обтяжений спадковий анамнез (РПЗ у родича у віці до 65 років). 40 років і старші з високим ризиком – обтяжений спадковий анамнез (РПЗ у кількох родичів у віці до 65 років)		Інформування пацієнта; тест на ПСА та/або направлення до закладів охорони здоров'я з надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги.	При ПСА<2,5 – кожні 2 роки. При ПСА≥2,5 – щороку.

Додаток 3
до Порядку надання первинної
медичної допомоги
(пункт 2 розділу II)

ПЕРЕЛІК

медичних лабораторних та інструментальних діагностичних досліджень, що здійснюються у межах медичних послуг з надання ПМД

1. Загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою.
2. Загальний аналіз сечі.
3. Глюкоза крові.
4. Загальний холестерин.
5. Вимірювання артеріального тиску.
6. Електрокардіограма (ЕКГ) у стані спокою.
7. Вимірювання ваги, зросту, окружності талії.
8. Швидкі тести на вагітність, тропоніни, ВІЛ, вірусні гепатити.



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАКАЗ

26.01.2018

Київ

№ 148

Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу

Відповідно до статті 35¹ та частини шостої статті 14¹ Основ законодавства України про охорону здоров'я, абзацу тринадцятого підпункту 8 пункту 4 Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 року № 267,

НАКАЗУЮ:

1. Затвердити Примірний табель матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу.
2. Визнати таким, що втратив чинність, наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27.12.2013 № 1150 «Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його підрозділів».
3. Міністру охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, керівникам структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій забезпечити виконання цього наказу.
4. Контроль за виконанням цього наказу покласти на заступника Міністра Лінчевського О. В.

В.о. Міністра

У. СУПРУН

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони
здоров'я України

26.01.2018 № 148

ПРИМІРНИЙ ТАБЕЛЬ
матеріально-технічного оснащення закладів охорони
здоров'я та фізичних осіб – підприємців,
які надають первинну медичну допомогу

I. Основний список

Найменування обладнання [1], устаткування та засобів	Кількість одиниць			
	На 1 надавача ПМД	На 1 кабінет надання ПМД	На 1 лікаря з надання ПМД	На 1 молодшого спеціаліста з медичною освітою
Ваги для дітей		1		
Ваги для дорослих		1		
Ростомір		1		
Медична вимірювальна стрічка (рулетка)			1	1
Стетофонендоскоп			1	1
Термометр (для вимірювання температури тіла), в тому числі цифровий або інфрачервоний			1	1
Тонometr з малими, середніми і великими манжетами			1	1
Пульсоксиметр портативний			1	
Отоофтальмоскоп			1	
Медичний ліхтарик			1	1
Електрокардіограф [2]		1		
Пікфлуометр [2]			1	
Молоточок неврологічний			1	
Таблиці для перевірки гостроти зору		1		

Додаток 2. Примірний табель матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу

Найменування обладнання [1], устаткування та засобів	Кількість одиниць			
	На 1 надавача ПМД	На 1 кабінет надання ПМД	На 1 лікаря з надання ПМД	На 1 молодшого спеціаліста з медичною освітою
Апарат визначення рівня глюкози крові у комплекті (глюкометр, смужки, одноразові ланцети, одноразові рукавички) [2]			1	1
Центрифуга [3]	1			
Набір лікарських засобів та медичних виробів для надання медичної допомоги при невідкладних станах			1	
Одноразові малі хірургічні набори та одноразові інструменти для огляду [4]	Відповідно до розрахованих потреб			
Розхідні матеріали одноразового використання: шпатель, оглядові рукавички, рушники паперові, серветки (в тому числі вологі), одноразові простирадла для кушетки, шприці, катетери, вакуумні пробірки (вакутайнери), стерильний перев'язувальний матеріал тощо	Відповідно до розрахованих потреб			
Контейнери: для інструментарію, витратних матеріалів тощо	Відповідно до розрахованих потреб			
Швидкі тести: вагітність, тропоніни, ВІЛ, вірусні гепатити тощо	Відповідно до розрахованих потреб			
Сумка лікаря/медсестри			1	1
Сумка-холодильник з набором акумуляторів холоду	1			
Холодильник для зберігання лікарських засобів	1 і більше			
Кушетка, в тому числі кушетка-трансформер (гінекологічне крісло)		1		
Шафа для зберігання лікарських засобів та медичних виробів		1		
Сповивальний столик (для зали очікування)	1			

Додаток 2. Примірний табель матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу

Найменування обладнання [1], устаткування та засобів	Кількість одиниць			
	На 1 надавача ПМД	На 1 кабінет надання ПМД	На 1 лікаря з надання ПМД	На 1 молодшого спеціаліста з медичною освітою
Офісні меблі: столи для персоналу, стільці та (або) крісла для кабінетів і зал очікувань, шафи для документів і одягу, сейфи тощо	Відповідно до кількості робочих місць персоналу та кількості пацієнтів			
Комп'ютерне обладнання: комп'ютер з операційною системою та доступом до мережі Інтернет, лазерний багатофункціональний пристрій (або принтер + сканер)	Відповідно до кількості робочих місць персоналу			
Спеціальне (прикладне) програмне забезпечення для ПМД	Відповідно до кількості робочих місць персоналу			
Канцелярське приладдя, витратні матеріали для комп'ютерного обладнання (папір, картриджі тощо)	Відповідно до розрахованих потреб			
Автомобіль легковий повнопривідний (підсилювач керма та гальм) або легковий (підсилювач керма та гальм) [5]			1	
Транспортний засіб (мотоцикл, квадроцикл, моторолер) або велосипед [6]				1

II. Додатковий список

(застосовується за умови комплектності основного списку та відповідно до наявних потреб)

Найменування обладнання [1], устаткування та засобів	Кількість одиниць			
	На 1 надавача ПМД	На 1 кабінет надання ПМД	На 1 лікаря з надання ПМД	На 1 молодшого спеціаліста з медичною освітою
Спірометр		1		
Небулайзер			1	
Мікроскоп	Відповідно до кількості робочих місць персоналу лабораторії			
Гематологічний аналізатор	1			

Додаток 2. Примірний табель матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу

Найменування обладнання [1], устаткування та засобів	Кількість одиниць			
	На 1 надавача ПМД	На 1 кабінет надання ПМД	На 1 лікаря з надання ПМД	На 1 молодшого спеціаліста з медичною освітою
Біохімічний аналізатор	1			
Лабораторний посуд, дозатори, витратні матеріали	Відповідно до кількості робочих місць персоналу лабораторії			
Освітлювач переносний безтіньовий		1		
Стіл для інструментів, мобільний		1		
Холодильник для зберігання вакцин	1 і більше			
Сповивальний столик		1		
Ширма		1		
Ноші медичні	1			
Крісло-каталка	1			

III. Обладнання для надання медичних послуг із застосуванням телемедицини

Найменування обладнання [1], устаткування та засобів	Кількість одиниць			
	На 1 надавача ПМД	На 1 кабінет надання ПМД	На 1 лікаря з надання ПМД	На 1 молодшого спеціаліста з медичною освітою
Загальна оглядова цифрова камера (автофокус, цифровий зум, поляризаційний фільтр, автобаланс білого)		1		
Набір цифрових «скопичних» систем із генератором світла (дерматоскоп, офтальмоскоп, отоскоп, назофарингоскоп, сінускоп, кольпоскоп)	1			
Інтерактивний цифровий стетоскоп		1		
Монітор життєво-важливих показників із цифровим інтерфейсом (АТ, термометрія, пульсоксиметрія)	1			
12-канальний електрокардіограф з цифровим інтерфейсом	1			

Примітки:

[1] Критерієм вибору конкретних моделей електронного обладнання має бути можливість запису та (або) передачі отриманих результатів в електронному вигляді для використання, в тому числі в телемедицині, наявність в комплекті необхідного програмного забезпечення, а також можливість проведення навчання медичних працівників (за необхідності).

[2] У комплекті з витратними (одноразовими) матеріалами.

[3] У разі організації пункту забору крові для аналізів і забезпечення логістичних потреб.

[4] Замість одноразових малих хірургічних наборів та одноразових інструментів для огляду можуть використовуватися багаторазові малі хірургічні набори та багаторазові інструменти для огляду за умови наявності стерилізатора.

[5] Для організації медичного обслуговування пацієнтів за місцем проживання (перебування). Кількість може бути меншою і визначається необхідністю забезпечити можливість надання окремих послуг ПМД за місцем проживання (перебування) пацієнтів. Визначення типу автомобіля (з повним приводом або без такого) залежить від стану доріг. При плануванні закупівель необхідно враховувати додаткові витрати: оплату праці водія, страховка, реєстрація, паливо, технічне обслуговування тощо. Допускається використання альтернативних варіантів: оренда, лізинг тощо.

[6] При потребі організації надання окремих послуг ПМД за місцем проживання (перебування) пацієнтів, зокрема у сільській місцевості та в міських умовах малоповерхової забудови.

**В. о. директора
Медичного департаменту**

А.О. Гаврилюк



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО РЕГІОНАЛЬНОГО РОЗВИТКУ, БУДІВНИЦТВА
ТА ЖИТЛОВО-КОМУНАЛЬНОГО ГОСПОДАРСТВА УКРАЇНИ**

НАКАЗ

06.02.2018 № 178/24

Зареєстровано
в Міністерстві юстиції України
21 лютого 2018 р.
за № 215/31667

**Про затвердження Порядку
формування спроможних мереж надання первинної
медичної допомоги**

Відповідно до пункту 3 постанови Кабінету Міністрів України від 6 грудня 2017 року № 983 «Деякі питання надання субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення заходів, спрямованих на розвиток системи охорони здоров'я у сільській місцевості» НАКАЗУЄМО:

1. Затвердити Порядок формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги, що додається.
2. Управлінню координації центрів реформ Міністерства охорони здоров'я України (Орабіна Т.М.) забезпечити подання цього наказу на державну реєстрацію до Міністерства юстиції України в установленому порядку.
3. Цей наказ набирає чинності з дня його офіційного опублікування.
4. Контроль за виконанням цього наказу покласти:
у Міністерстві охорони здоров'я України – на заступника Міністра Ковтонюка П.А.;
у Міністерстві регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України – на заступника Міністра Парцхаладзе Л.Р.

**В. о. Міністра
охорони здоров'я України**

У. Супрун

**Перший заступник Міністра
регіонального розвитку, будівництва
та житлово-комунального господарства України**

В. Негода

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства
охорони здоров'я України,
Міністерства регіонального розвитку,
будівництва та житлово-комунального
господарства України
06.02.2018 № 178/24

Зареєстровано
в Міністерстві юстиції України
21 лютого 2018 р.
за № 215/31667

ПОРЯДОК

формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги

I. Основні положення

1. Цей Порядок визначає механізм та умови формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги (далі – ПМД), а також порядок розроблення і затвердження плану спроможної мережі надання первинної медичної допомоги.

2. В цьому Порядку терміни вживаються у таких значеннях:

доступність ПМД – сукупність характеристик спроможної мережі ПМД, а також вимог до місця розташування у просторі об'єкта інфраструктури, де надається ПМД, відповідно до яких пацієнт може отримати ПМД відповідної якості;

місце надання ПМД – місце здійснення господарської діяльності надавача ПМД, відповідно до отриманої ним ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики. Ураховуючи періодичність надання ПМД, розрізняють регулярні місця надання ПМД, де прийом пацієнтів відбувається в робочі дні, та нерегулярні, де прийом пацієнтів відбувається менше ніж п'ять робочих днів на тиждень;

надавач ПМД – заклади охорони здоров'я, незалежно від форми власності, та фізичних осіб – підприємців, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики;

план спроможної мережі надання ПМД – документ, який містить інформацію про спроможну мережу надання ПМД, викладену відповідно до цього Порядку в описовому та картографічному вигляді;

спроможна мережа надання ПМД – організаційно інтегрована сукупність надавачів ПМД, здатних забезпечувати надання якісної, комплексної, безперервної і орієнтованої на пацієнта ПМД відповідно до соціально-демографічних характеристик населення, особливостей його розселення на відповідній території планування;

територія доступності (далі – ТД) – сукупність територій населених пунктів в межах однієї території планування, відстань та шляхи сполучення між якими дозволяють забезпечити доступність ПМД найменшою можливою кількістю місць надання ПМД з урахуванням граничної потужності спроможної мережі надання ПМД та загальної кількості мешканців цих населених пунктів;

територія планування – територія, для якої розробляється план спроможної мережі надання ПМД та яка перебуває, як правило, в адміністративних межах районів, міст республіканського значення Автономної Республіки Крим, районів, міст обласного значення;

Інші терміни вживаються у значеннях, наведених в Основах законодавства України про охорону здоров'я.

3. Метою формування спроможних мереж надання ПМД є досягнення та/або збереження стану спроможності. Досягнення цієї мети можливе шляхом реалізації комплексу заходів щодо:

забезпечення доступності для пацієнтів послуг ПМД відповідної якості;

забезпечення ефективного використання ресурсів;

здійснення моніторингу і оцінювання власної спроможності.

4. Спроможна мережа надання ПМД має відповідати критеріям спроможності, визначеним у розділі II цього Порядку.

II. Критерії спроможності мережі надання ПМД

Критеріями спроможності мережі надання ПМД є:

задоволення запитів населення на послуги ПМД, що визначається на основі соціально-демографічного складу, поточних та прогнозних показників природного та міграційного руху, показників захворюваності та інших статистичних даних щодо населення відповідної території планування;

гранична потужність спроможної мережі надання ПМД, яка складає в

середньому чотири візити до місця надання ПМД на рік на одного мешканця відповідної території планування. Цільове навантаження на одну робочу зміну складає двадцять чотири відвідування. 30% візитів не потребують залучення лікаря і ПМД може бути надано пацієнту середнім медичним персоналом;

систематична взаємодія окремих надавачів ПМД з метою забезпечення доступності ПМД для населення. У межах спроможної мережі надання ПМД окремі надавачі ПМД взаємодіють також із іншими надавачами медичних послуг, зокрема екстреної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої), паліативної медичної допомоги, послуг з діагностики, реабілітації, фармацевтичних послуг;

доступність ПМД для мешканців населених пунктів, що входять до визначених ТД відповідної території планування у вигляді фактичної наявності, фізичної доступності для людей з інвалідністю, фінансової доступності, зручності графіка роботи, комунікаційної прийнятності;

транспортна доступність, яка враховує наявність транспорту загального користування та відповідних маршрутів для транспортування пацієнтів до місць надання ПМД;

фінансова стійкість спроможної мережі надання ПМД, що визначається здатністю такої мережі постійно та ефективно надавати послуги з ПМД належної якості населенню відповідної території в межах наявного обсягу фінансових ресурсів. Врахування критерію фінансової стійкості спроможної мережі надання ПМД при розробленні плану спроможної мережі надання ПМД передбачає пошук оптимальної структури витрат та шляхів підвищення ефективності управління.

III. Розроблення плану спроможної мережі надання ПМД

1. Розроблення плану спроможної мережі надання ПМД здійснюється на основі критеріїв спроможності, визначених у розділі II цього Порядку.
2. При розробленні плану спроможної мережі надання ПМД враховуються характеристики мереж надання ПМД, розташованих на території планування та на суміжних територіях планування зі спільною адміністративною межею.
3. При розробленні плану спроможної мережі надання ПМД в цьому Порядку використовується така типологія місць надання ПМД, що використовується для розроблення перспективного плану спроможної мережі надання ПМД, згідно з додатком до цього Порядку, та відповідних територій доступності:
 - 1) центр ПМД (далі – Тип «Ц») – регулярне місце надання ПМД не менше ніж сімома лікарями, розташоване в межах центральної ТД;

- 2) амбулаторія групової практики (далі – Тип «АГ») – регулярне місце надання ПМД не менше ніж двома лікарями, розташоване в межах центральної ТД або периферійної ТД першого порядку;
 - 3) амбулаторія монопрактики (далі – Тип «АМ») – регулярне місце надання ПМД одним лікарем, розташоване в межах периферійної ТД другого порядку;
 - 4) пункт здоров'я (далі – Тип «ПЗ») – нерегулярне місце надання ПМД, розташоване на території периферійної ТД першого або другого порядку як додаткова інфраструктура.
4. Розроблення плану спроможної мережі надання ПМД передбачає:
- визначення проектних меж центральної ТД, периферійних ТД першого та другого порядків;
 - об'єднання проектних меж периферійних ТД другого порядку в ТД першого порядку за необхідності;
 - включення територій населених пунктів, що не увійшли в проектні межі ТД, до найближчої сформованої ТД;
 - заклучне визначення території центральних та периферійних ТД на основі проектних меж;
 - визначення територіального розташування регулярних та нерегулярних місць надання ПМД включно із визначенням економічної доцільності утримання нерегулярних місць надання ПМД.
5. Визначення проектних меж центральної ТД:
- 1) проектні межі центральної ТД визначаються навколо найбільшого населеного пункту відповідної території планування;
 - 2) проектні межі центральної ТД охоплюють територію населеного пункту, навколо якого вона визначається, а також території інших населених пунктів, відстань від яких до населеного пункту, навколо якого визначені проектні межі центральної ТД, складає не більше семи кілометрів по дорогах з твердим покриттям.
6. Визначення проектних меж периферійних ТД першого порядку:
- 1) проектні межі периферійних ТД першого порядку визначаються навколо населених пунктів, чисельність яких складає не менше ніж 750 осіб та через які проходять одна або декілька автомобільних доріг державного значення (міжнародні, національні, регіональні та територіальні);

- 2) проектні межі периферійної ТД першого порядку охоплюють територію населеного пункту, навколо якого вона визначається, а також території інших населених пунктів, які не входять до складу проектних меж центральної ТД та відстань від яких до меж населеного пункту, навколо якого визначена ця периферійна ТД, складає сім кілометрів або менше по дорогах з твердим покриттям;
 - 3) сумарна кількість населення, яке проживає в населених пунктах, що увійшли до проектних меж периферійної ТД першого порядку, складає щонайменше три тисячі осіб.
7. Проектні межі периферійної ТД другого порядку охоплюють території населених пунктів, які не входять до складу проектних меж центральної ТД та проектних меж периферійних ТД першого порядку, за умови, що ці населені пункти відповідають таким вимогам:
 - є компактно розташованими та логістично пов'язаними;
 - є рівновіддаленими від населених пунктів, навколо яких сформовано проектні межі периферійних ТД першого порядку;
 - сумарна кількість населення, яке проживає в таких населених пунктах, складає щонайменше півтори тисячі осіб.
 8. Допускається об'єднання двох суміжних периферійних ТД другого порядку в одну периферійну ТД першого порядку у випадку, якщо сукупні витрати на утримання амбулаторій монопрактики в кожній периферійній ТД другого порядку співрозмірні або перевищують аналогічні витрати на утримання однієї амбулаторії групової практики та транспортування пацієнтів до цієї амбулаторії.
 9. Території населених пунктів, які в результаті визначення проектних меж центральної та периферійних ТД не увійшли до жодної з них, включаються до проектних меж найближчої ТД.
 10. Центральна та периферійні ТД першого та другого порядків визначаються на основі розроблених проектних меж відповідно до пунктів 5–9 цього розділу.
 11. Визначення територіального розташування місць надання ПМД включно із визначенням економічної доцільності утримання нерегулярних місць надання ПМД:
 - 1) при визначенні територіального розташування місць надання ПМД в першу чергу визначається територіальне розташування регулярних місць надання ПМД, а після цього – нерегулярних місць надання ПМД як додаткової

інфраструктури, що дає змогу забезпечити доступність ПМД для населення відповідної ТД;

- 2) при визначенні територіального розташування регулярних місць надання ПМД враховується таке:

в межах центральної ТД визначається територіальне розташування регулярних місць надання ПМД, що відповідають типам «Ц» та/або «АГ»;

в межах периферійних ТД першого порядку визначається територіальне розташування регулярних місць надання ПМД, що відповідають Типу «АГ»;

в межах периферійних ТД другого порядку визначається територіальне розташування регулярних місць надання ПМД, що відповідає Типу «АМ»;

- 3) при визначенні територіального розташування регулярних місць надання ПМД додатково враховуються такі параметри:

необхідність оптимізації сукупних витрат на транспортування пацієнтів до місць надання ПМД в межах ТД;

наявність існуючих маршрутів транспорту загального користування;

історична традиційність територіального розташування місця надання ПМД;

- 4) в межах населеного пункту, чисельність населення якого складає не менше 750 осіб, може розташовуватись нерегулярне місце надання ПМД, що відповідає Типу «ПЗ», графік роботи якого передбачає не менше двох повних робочих змін лікаря на тиждень.

Для компактно розташованої та логістично пов'язаної сукупності населених пунктів, сумарна кількість наявного населення яких складає не менше 750 осіб, нерегулярне місце надання ПМД, що відповідає Типу «ПЗ», може розташовуватися в будь-якому з цих населених пунктів за умови, що графік роботи такого нерегулярного місця надання ПМД передбачає не менше двох повних робочих змін лікаря на тиждень;

- 5) для визначення економічної доцільності утримання нерегулярних місць надання ПМД здійснюється порівняння вартості утримання конкретного нерегулярного місця надання ПМД у відповідному населеному пункті із вартістю транспортування пацієнтів з цього населеного пункту до найближчих регулярних місць надання ПМД в інших населених пунктах;

- 6) розрахунок вартості транспортування пацієнтів з одного населеного пункту до регулярних місць надання ПМД в іншому населеному пункті залежить від наявності існуючих маршрутів транспорту загального користування, що

забезпечують транспортне сполучення між цими населеними пунктами не менше чотирьох разів на день в кожному напрямку.

За наявності таких маршрутів вартість перевезення населення приймається рівною тарифу на перевезення, затвердженому для маршруту органом місцевого самоврядування.

За відсутності таких маршрутів розрахунок вартості перевезення населення до місця надання ПМД проводиться з урахуванням:

витрат на утримання та амортизацію транспортного засобу;

щорічних обов'язкових платежів (страхування тощо);

витрат на заробітну плату водія транспортного засобу;

відстані та часу доставки пацієнтів до місця надання ПМД;

- 7) якщо в результаті порівняння сукупні витрати на утримання нерегулярного місця надання ПМД в певному населеному пункті перевищують сукупні витрати на транспортування пацієнтів з цього населеного пункту до регулярного місця надання ПМД в іншому населеному пункті, то з метою забезпечення доступності ПМД перевага надається транспортуванню пацієнтів до регулярних місць надання ПМД.

IV. Оформлення плану спроможної мережі надання ПМД

1. План спроможної мережі надання ПМД включає картографічну та описову частини.
2. Картографічна частина плану містить дві адміністративні карти – наявної мережі надання ПМД та спланованої за цим порядком спроможної мережі надання ПМД.
3. Для наявної мережі надання ПМД позначаються:
межі та чисельність мешканців всіх населених пунктів на території планування;
місця розташування наявних місць надання ПМД, для кожного з яких зазначається скорочена назва, межі території обслуговування та кількість населення, що проживає на цій території.
4. Для спроможних мереж надання ПМД позначаються:
межі та чисельність мешканців всіх населених пунктів на території планування;
межі всіх ТД та сукупна чисельність мешканців населених пунктів, що увійшли до кожної з ТД;

місця розташування наявних та/або запланованих місць надання ПМД із зазначенням кількості населення, що ними обслуговується, та типом місця надання ПМД (типи «Ц», «АГ», «АМ» або «ПЗ»);

автомобільні дороги загального користування між населеними пунктами, якими забезпечується транспортування пацієнтів до існуючих та/або запланованих місць надання ПМД, із зазначенням відстані в кілометрах.

5. Описова частина плану спроможних мереж надання ПМД містить таку інформацію:

зведена таблиця щодо кількості жителів, організована за ТД, населеними пунктами та типами місць надання ПМД;

щодо існуючих (перспективних) місць надання ПМД: графіки роботи, загальна (розрахункова) кількість лікарів та молодшого медичного персоналу.

V. Формування спроможних мереж надання ПМД

1. Формування спроможних мереж надання ПМД здійснюється з урахуванням наявних мереж надання ПМД шляхом:

розроблення відповідно до цього Порядку Радою міністрів Автономної Республіки Крим, обласними державними адміністраціями планів спроможних мереж надання ПМД та їх затвердження за погодженням з Міністерством охорони здоров'я України;

створення мережі надання ПМД відповідно до плану спроможної мережі надання ПМД в межах та порядку, визначених законодавством.

У випадку формування спроможних мереж надання ПМД на території об'єднаної територіальної громади, що утворені в межах кількох суміжних районів, спроможна мережа надання ПМД формується в межах району, в який входить найбільша частина території об'єднаної територіальної громади; з інших районів територія об'єднаної територіальної громади виключається.

2. З метою врахування інтересів територіальних громад під час розроблення планів спроможних мереж надання ПМД Рада міністрів Автономної Республіки Крим, обласні державні адміністрації проводять обговорення з органами місцевого самоврядування та їх асоціаціями, громадськими об'єднаннями, суб'єктами господарювання.
3. З метою забезпечення відкритості та прозорості роботи з розроблення планів спроможних мереж надання ПМД може утворюватися робоча група, до складу

якої можуть за згодою входити представники Ради міністрів Автономної Республіки Крим, облдержадміністрації, відповідних органів місцевого самоврядування та їх асоціацій, громадськості.

**Начальник Управління
координації центрів реформ**

Т. Орабіна

**Директор Департаменту з питань
проектування об'єктів будівництва,
технічного регулювання
та науково-технічного розвитку**

О. Рябова

Додаток
до Порядку формування
спроможних мереж надання
первинної медичної допомоги
(п. 3 розділу III)

ТИПОЛОГІЯ МІСЦЬ надання ПМД, що використовується для розроблення перспективного плану спроможної мережі надання ПМД

Центр ПМД (Тип «Ц»)

ТД	Центральна
Місце надання ПМД	Регулярне
Практика ПМД	Групова
Кадри	Не менше 7 лікарів ПМД. Укомплектованість медичним персоналом з урахуванням 5-річної перспективи (вік лікарів і медсестер, наявність лікарів-інтернів, забезпеченість житлом, плани керівництва з покращення кадрової ситуації)
Населення	Понад 15 000 осіб
Послуги	Первинна медична допомога, лабораторні дослідження та інструментальні обстеження відповідно до Порядку надання ПМД

Амбулаторія групової практики (Тип «АГ»)

ТД	Центральна, периферійна першого порядку
Місце надання ПМД	Регулярне
Практика ПМД	Групова
Кадри	Не менше 2 лікарів ПМД. Укомплектованість – те саме, що Тип «Ц»
Населення	Від 3 000 осіб
Послуги	Первинна медична допомога, лабораторні дослідження та інструментальні обстеження відповідно до Порядку надання ПМД

Амбулаторія моно-практики (Тип «АМ»)

ТД	Периферійна другого порядку
Місце надання ПМД	Регулярне
Практика ПМД	Моно-практика
Кадри	1 лікар ПМД. Укомплектованість медичним персоналом з урахуванням 5-річної перспективи (вік лікаря і медсестер, забезпеченість житлом, життєві плани медичних працівників)
Населення	Орієнтовно 1 500 осіб
Послуги	Такі ж послуги, як в амбулаторії групової практики (Тип «АГ»), але у випадку відсутності лікаря (відпустка, хвороба, навчання) доступність лікарської допомоги може знижуватися.

Пункт здоров'я (Тип «ПЗ»)

ТД	Периферійна ТД першого або другого порядку
Місце надання ПМД	Нерегулярне
Практика ПМД	Як додаткова інфраструктура може бути підпорядкований іншим типам: «Ц», «АГ», або «АМ»
Кадри	Молодші спеціалісти з медичною освітою (фельдшери, медсестри) та/або лікар з надання ПМД, що забезпечує нерегулярне надання ПМД
Населення	Недостатнє для регулярного місця надання ПМД
Послуги	В межах компетенції молодших спеціалістів з медичною освітою (фельдшери, медсестри) та/або такі ж послуги, як в амбулаторії (типу «АГ» або «АМ»), але тільки у дні прийому лікаря

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства
охорони здоров'я України
19.03.2018 № 503

ЗАРЕЄСТРОВАНО

У Міністерстві юстиції України
21.03.2018 за № 347/31799

Порядок вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу

Розділ I. Загальні положення

1. Цей Порядок регулює вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу відповідно до частини четвертої статті 9 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення».
2. Цей Порядок є обов'язковим для виконання усіма надавачами медичних послуг, що надають медичні послуги, пов'язані з первинною медичною допомогою за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (далі – надавачі ПМД).

3. У цьому Порядку термін:

"Декларація про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу" (далі – Декларація) – документ, що підтверджує волевиявлення пацієнта (його законного представника) про вибір лікаря, який надаватиме йому первинну медичну допомогу (далі – ПМД).

Інші терміни вживаються у значеннях, наведених в Основах законодавства України про охорону здоров'я, законах України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», «Про інформацію», «Про захист персональних даних», інших законодавчих актах та спеціальних словниках понять і термінів Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Розділ II. Вибір, зміна та відмова від лікаря, який надає ПМД

1. Пацієнт (його законний представник) має право обрати лікаря, який надає ПМД, незалежно від зареєстрованого місця проживання такого пацієнта, з числа осіб, які зазначені в договорі про медичне обслуговування населення, що укладено між відповідним надавачем ПМД та Національною службою здоров'я України (далі - НСЗУ).

2. Пацієнт має право обрати лікаря, який надає ПМД, за умови, що кількість пацієнтів, які вже обрали такого лікаря відповідно до цього Порядку, не перевищує дві тисячі осіб або іншу кількість, встановлену відповідно до договору про медичне обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (далі – програма медичних гарантій), укладеного надавачем ПМД, у якому зазначений такий лікар.
3. У період тимчасової відсутності лікаря, який був обраний пацієнтом відповідно до цього Порядку, у зв'язку з відпусткою чи іншими обставинами, що зумовлюють тимчасову неможливість здійснювати прийом пацієнтів лікарем, пацієнт має право на отримання медичних послуг ПМД у іншого лікаря у того самого надавача ПМД без подання нової Декларації.
4. У разі неможливості обрання лікаря пацієнт має право звернутися до НСЗУ або його територіальних органів за роз'ясненнями стосовно надавачів ПМД та для забезпечення пацієнту можливості реалізувати його право на вибір лікаря.
5. Пацієнт (його законний представник) має право змінити лікаря, який надає ПМД, шляхом подання тому самому або іншому надавачу ПМД нової Декларації, відповідно до цього Порядку.
6. Пацієнт (його законний представник) має право відмовитись від лікаря, який надає ПМД, без обрання нового лікаря шляхом подання заяви про припинення поданої ним Декларації.
7. Одночасний вибір двох або більше лікарів, які надають ПМД, не допускається.
8. Надавачі ПМД зобов'язані забезпечити пацієнтам (їх законним представникам) для прийняття ними рішення про вибір лікаря, який надає ПМД, можливість ознайомитись з інформацією про:
 - 1) надавача ПМД:
 - повне найменування юридичної особи або прізвище, ім'я, по батькові фізичної особи – підприємця (далі – ФОП);
 - код ЄДРПОУ або реєстраційний номер облікової картки платника податків (далі - РНОКПП) або серія та номер паспорта (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття РНОКПП та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті) ФОП;
 - інформація про наявність ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики;
 - 2) лікарів, які надають ПМД, у такого надавача ПМД, а саме:

прізвище, ім'я, по батькові лікаря;
освіта;
лікарська спеціальність;
стаж роботи за спеціальністю;
кваліфікаційна категорія;
місце (адреса) та графік роботи лікаря.

- 3) дату, номер та строк дії договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, укладеного між надавачем ПМД та Уповноваженим органом, а також перелік медичних послуг, які надавач ПМД зобов'язаний надавати за таким договором.
9. Інформація, зазначена у пункті 8 цього Порядку, може бути розміщена надавачем ПМД за кожним місцем надання медичних послуг ПМД та на його веб-сайті (у разі наявності) з дотриманням вимог законодавства України про захист персональних даних.

Розділ III. Заповнення та подання Декларації

1. Пацієнт (його законний представник) має право подати декларацію самостійно через електронну систему охорони здоров'я або шляхом звернення до надавача ПМД.
2. У разі подання пацієнтом (його законним представником) Декларації самостійно через електронну систему охорони здоров'я пацієнт (його законний представник) має накласти на неї електронний цифровий підпис автора або підпис, прирівняний до власноручного підпису відповідно до закону. У такому випадку надавачі ПМД не мають права вимагати у пацієнтів (їх законних представників) подання Декларації в паперовій формі.
3. Подання Декларації шляхом безпосереднього звернення до надавача ПМД здійснюється в такому порядку:
 - 1) надавач медичних послуг має визначити особу, уповноважену приймати Декларації від пацієнтів (їх законних представників) та вносити дані до електронної системи охорони здоров'я (далі – уповноважена особа). На таку особу покладаються обов'язки щодо забезпечення захисту персональних даних та поширюється дія законодавства про лікарську таємницю;
 - 2) пацієнт (його законний представник) звертається до уповноваженої особи надавача ПМД і надає РНОКПП або серію та номер паспорта (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття

РНОКПП та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті) й один з таких документів, що посвідчують особу:

- паспорт громадянина України;
- тимчасове посвідчення громадянина України;
- свідоцтво про народження (для осіб, які не досягли 14-річного віку);
- посвідка на постійне проживання в Україні;
- посвідчення біженця;
- посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту;

- 3) законний представник пацієнта додатково подає документи, що посвідчують його особу та повноваження законного представника (свідоцтво про народження, посвідчення) відповідно до законодавства;
 - 4) на підставі документів та інформації, наданих пацієнтом (його законним представником) уповноважена особа зобов'язана заповнити декларацію в електронній формі, роздрукувати її та надати пацієнту (його законному представнику);
 - 5) пацієнт (його законний представник) перевіряє інформацію, внесену до Декларації, та у разі виявлення помилок повідомляє про це уповноважену особу. Уповноважена особа зобов'язана виправити помилки в Декларації в електронній формі, повторно роздрукувати її та надати пацієнту (його законному представнику);
 - 6) у разі відсутності помилок у Декларації пацієнт (його законний представник) підписує два примірники Декларації та надає їх уповноваженій особі. На двох примірниках уповноважена особа надавача ПМД проставляє відмітку з датою отримання такої Декларації надавачем ПМД та повертає один примірник пацієнту (його законному представнику). Інший примірник Декларації залишається у надавача ПМД;
 - 7) уповноважена особа надсилає декларацію у встановленому законодавством порядку до електронної системи охорони здоров'я;
 - 8) уповноважена особа зобов'язана виготовити копії документів, зазначених в підпунктах 2, 3 цього пункту. Надавач ПМД зобов'язаний зберігати копії таких документів та один примірник Декларації, підписаний пацієнтом (його законним представником), протягом трьох років з дня припинення (анулювання) такої Декларації.
4. За зверненням пацієнта (його законного представника) уповноважена особа зобов'язана допомогти пацієнту (його законному представнику) заповнити та

самостійно подати Декларацію через електронну систему охорони здоров'я за допомогою комп'ютера або іншого засобу зв'язку, що належить такому пацієнту (його законному представнику).

5. Надавачам ПМД забороняється відмовляти у прийнятті Декларації та веденні пацієнта, зокрема, на підставі наявності у пацієнта хронічного захворювання, його віку, статі, соціального статусу, матеріального становища, зареєстрованого місця проживання.
6. Декларація заповнюється українською мовою за винятком пунктів, що потребують використання літер латинської абетки та спеціальних символів (адреса електронної пошти, тощо). В Декларації обов'язково заповнюються всі поля, крім полів про законного представника, які заповнюються тільки для недієздатних осіб та дієздатних осіб, які не досягли 14-річного віку.
7. У разі зміни інформації, що містяться в пунктах 1.1–1.11, 4 Декларації, пацієнт (його законний представник) зобов'язаний уточнити змінені дані шляхом звернення до надавача ПМД, якому було подано декларацію.
8. Пацієнт має право на отримання медичних послуг, пов'язаних з ПМД, у надавача ПМД з моменту подання йому Декларації та до її припинення.

Розділ IV. Припинення та тимчасове призупинення дії Декларації

1. Припинення та призупинення дії Декларації не є підставою для ненадання пацієнтам безперервної ПМД. Підставами для припинення Декларації є:
 - 1) подання пацієнтом (його законним представником) Декларації про вибір іншого лікаря, який надає ПМД;
 - 2) подання пацієнтом (його законним представником) заяви про припинення Декларації у довільній формі;
 - 3) внесення до Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб – підприємців та громадських формувань запису про припинення юридичної особи, яка є надавачем ПМД, або про припинення підприємницької діяльності ФОП, яка є надавачем ПМД, крім випадків перетворення юридичної особи;
 - 4) анулювання ліцензії надавача ПМД на право провадження господарської діяльності з медичної практики;
 - 5) припинення провадження господарської діяльності з медичної практики надавачем ПМД;
 - 6) припинення трудових відносин з лікарем, який надає ПМД, зазначеним в

Декларації, та надавачем ПМД або ФОП, що має господарські відносини з таким надавачем ПМД, або припинення господарських відносин між надавачем ПМД або ФОП, що обраний(а) лікарем, який надає ПМД за Декларацією;

- 7) набрання законної сили вироком суду про заборону лікарю, який надає ПМД, зазначеному в Декларації, займатись медичною діяльністю;
 - 8) подання заяви лікарем, який надає ПМД, про відмову від подальшого ведення пацієнта у зв'язку з тим, що пацієнт не виконує медичних приписів або правил внутрішнього трудового розпорядку надавача ПМД, за умови що це не загрожуватиме життю пацієнта і здоров'ю населення;
 - 9) смерть лікаря, який надає ПМД;
 - 10) досягнення пацієнтом 18-річного віку у разі, якщо згідно з Декларацією лікарем, який надає ПМД, обрано лікаря-педіатра;
 - 11) смерть пацієнта.
2. У випадку, передбаченому підпунктом 8 пункту 1 цього розділу, Декларація припиняється через десять календарних днів з дня повідомлення надавачем ПМД пацієнта (його законного представника) про припинення такої Декларації. У всіх інших випадках Декларація припиняється з дня, наступного за днем виникнення відповідної підстави.
 3. У разі перетворення юридичної особи – надавача ПМД Декларації, подані такому надавачу медичних послуг до перетворення, не припиняються, а залишаються чинними і вважаються поданими юридичній особі, утвореній в результаті перетворення.
 4. Дія Декларації тимчасово призупиняється з дати припинення договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, укладеного між надавачем ПМД та НСЗУ, до моменту укладення нового договору про медичне обслуговування.
 5. У разі припинення Декларації відповідно до однієї з підстав, передбачених підпунктами 4–9 пункту 1 цього розділу, або у випадку тимчасового призупинення дії Декларації надавач ПМД повинен протягом одного місяця з дати припинення Декларації повідомити про це пацієнта (його законного представника) за допомогою бажаного способу зв'язку, зазначеного у Декларації такого пацієнта.

В. о. директора
Медичного департаменту

А.О. Гаврилюк



КАБІНЕТ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ

ПОСТАНОВА

від _____ 2018 р. №

Київ

Про затвердження Порядку функціонування електронної системи охорони здоров'я

Відповідно до статті 11 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» Кабінет Міністрів України **постановляє**:

1. Затвердити:

- 1) Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я (далі – Порядок), що додається;
- 2) Порядок опублікування відомостей з електронної системи охорони здоров'я Національною службою здоров'я, що додається.

2. Установити, що до моменту державної реєстрації Національної служби здоров'я, повноваження стосовно забезпечення функціонування електронної системи охорони здоров'я покладаються на Міністерство охорони здоров'я.

3. Установити, що передбачені Порядком функціональні можливості електронної системи охорони здоров'я впроваджуються поступово відповідно до етапів реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення згідно із Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення».

4. Установити, що до моменту запровадження електронної взаємодії центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я з державними електронними інформаційними ресурсами, розпорядники таких ресурсів зобов'язані надавати на запити Міністерства охорони здоров'я та Національної служби здоров'я інформацію, що міститься у відповідних державних інформаційних ресурсах та необхідна для функціонування електронної системи охорони здоров'я, протягом десяти робочих днів з моменту отримання таких запитів.

5. Включити в центральну базу даних електронної системи охорони здоров'я дані, що містяться в електронній системі обміну медичною інформацією, створеній на підставі Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, затвердженої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 року № 1013-р (Офіційний вісник України, 2017 р., № 2, ст. 50), та Плану заходів з реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я на період до 2020 року, затвердженого розпорядженням Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2017 року № 821-р (далі – електронна система обміну медичною інформацією), та забезпечити верифікацію відповідних даних.
6. Внести зміни до актів Кабінету Міністрів України, що додаються.
7. Національній службі здоров'я забезпечити створення та функціонування центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я, подання документів для отримання висновку щодо комплексної системи захисту інформації в центральній базі даних електронної системи охорони здоров'я.
8. Центральним органам виконавчої влади протягом трьох місяців: розробити і затвердити передбачені Порядком нормативно-правові акти; привести свої нормативно-правові акти у відповідність із Порядком.
9. Визнати такою, що втратила чинність, постанову Кабінету Міністрів України від 06 червня 2012 р. № 546 «Про затвердження Положення про електронний реєстр пацієнтів» (Офіційний вісник України, 2012 р., № 47, ст. 1832).
10. Ця постанова набирає чинності з дня її офіційного опублікування.

Прем'єр-міністр України

В. ГРОЙСМАН

ЗАТВЕРДЖЕНО
постановою Кабінету Міністрів
України
від _____ 2018 р. №

ПОРЯДОК функціонування електронної системи охорони здоров'я

Загальні положення

1. Цей Порядок визначає механізм функціонування і вимоги до електронної системи охорони здоров'я та її компонентів (далі – Система), реєстрації користувачів, внесення та обміну інформацією і документами в Системі відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення».
2. У цьому Порядку терміни вживаються у такому значенні:
 - 1) верифікація – комплекс заходів зі збору, аналізу, порівняння та встановлення відповідності інформації, що міститься в центральній базі даних системи, з інформацією, що отримана від органів державної влади, даними державних електронних інформаційних ресурсів, іншими даними;
 - 2) електронна медична інформаційна система (далі – МІС) – інформаційно-телекомунікаційна система, яка дозволяє створювати, зберігати, переглядати, обмінюватись інформацією в електронній формі;
 - 3) електронний кабінет – персоніфікована веб-сторінка або інтерфейс, за допомогою якого користувач має можливість створювати, переглядати, обмінюватись інформацією та документами в Системі відповідно до цього Порядку;
 - 4) користувачі – фізичні та юридичні особи, які зареєстровані в електронній системі охорони здоров'я і мають права доступу відповідно до цього Порядку;
 - 5) оператор МІС – юридична особа або фізична особа – підприємець, яка є власником МІС або у якої є право підключати МІС до центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я на підставі договору з власником МІС;
 - 6) унікальний код – номер, який автоматично формується та присвоюється користувачам, документам та записам під час їх реєстрації/створення в центральній базі даних, та є незмінним;

- 7) центральна база даних (далі – ЦБД) – складова частина Системи, в якій розміщено реєстри і яка забезпечує можливість створювати, переглядати, обмінюватись інформацією та документами між реєстрами ЦБД та МІС, а також зовнішніми модулями;

Інші терміни цього Порядку вживаються у значеннях, які наведено в Основах законодавства України про охорону здоров'я, законах України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», «Про інформацію», «Про захист персональних даних», «Про захист інформації в інформаційно-телекомунікаційних системах», «Про електронні документи та електронний документообіг» і «Про електронний цифровий підпис», інших законодавчих актах України.

3. Національна служба здоров'я (далі – НСЗУ) забезпечує функціонування Системи.

4. Власником ЦБД є держава.

Розпорядником та володільцем Реєстру медичних спеціалістів та Реєстру суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я в ЦБД є Міністерство охорони здоров'я (далі – МОЗ)

Розпорядником та володільцем інших реєстрів та інформації в ЦБД є НСЗУ.

5. Адміністратором ЦБД є Державне підприємство «Електронне здоров'я», яке належить до сфери управління МОЗ (далі – адміністратор ЦБД).

Завдання та функціональні можливості Системи

6. Завданням Системи є забезпечення пацієнтам можливості використання електронних сервісів для реалізації їхніх прав за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (далі – програма медичних гарантій) та запровадження в Україні електронного документообігу в сфері медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій.

7. Функціональні характеристики Системи забезпечують:

- 1) можливість реєстрації користувачів у ЦБД за допомогою засобів електронної ідентифікації;
- 2) можливість створювати, вносити та переглядати рецепти, направлення, медичні записи, іншу інформацію та документи через електронні кабінети;
- 3) можливість для пацієнтів (їхніх законних представників) надавати доступ до даних про таку особу, що міститься в ЦБД, іншим користувачам, шляхом подання до НСЗУ відповідної заяви про згоду на надання такого доступу;

- 4) отримання пацієнтами інформації про осіб, які подавали запити щодо надання персоніфікованої інформації, що міститься в ЦБД, про такого пацієнта;
 - 5) здійснення пошуку та перегляду відомостей в ЦБД;
 - 6) можливість укладення, зміни та припинення договорів про медичне обслуговування населення та договорів про реімбурсацію за програмою медичних гарантій (далі – договори за програмою медичних гарантій), формування та подання електронних звітів, первинних, розрахункових та інших документів за такими договорами (далі – електронні звіти) в ЦБД;
 - 7) збереження, автоматичне резервування і відновлення даних, що передавалися в ЦБД;
 - 8) захист інформації від несанкціонованого доступу, знищення, модифікації;
 - 9) розмежування прав на внесення, перегляд і редагування інформації (далі – права доступу) в ЦБД;
 - 10) облік операцій (внесення, перегляд, редагування тощо) з інформацією та документами в ЦБД, та подій, що відбуваються в Системі і стосуються її безпеки;
 - 11) можливість використання єдиних класифікаторів, довідників та словників для внесення та систематизації інформації в ЦБД;
 - 12) сумісність та електронну взаємодію ЦБД у встановленому законодавством порядку з іншими інформаційними системами та державними інформаційними ресурсами, зокрема з:
 - Єдиним державним демографічним реєстром;
 - Єдиним державним реєстром юридичних осіб, фізичних осіб – підприємців та громадських формувань;
 - Державним реєстром актів цивільного стану громадян;
 - 13) надання інших електронних сервісів.
8. Захист інформації в ЦБД здійснюється відповідно до законодавства про захист інформації в інформаційно-телекомунікаційних системах.
9. Обробка персональних даних у Системі здійснюється відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних».
10. Технічні засоби ЦБД перебувають у межах території України.

11. Система дозволяє підключення до неї таких зовнішніх модулів НСЗУ:
 - модуль аналізу даних та формування аналітичних звітів (BI-система);
 - модуль формування розрахункових документів, звітів та управління процесами розрахунків (модуль взаємодії з надавачами медичних послуг);
 - інші зовнішні модулі, які необхідні НСЗУ для виконання функцій, передбачених законодавством.

Загальні вимоги до інформації та документів у Системі

12. Створення, внесення, перегляд та редагування інформації та документів у ЦБД здійснюється користувачами відповідно до прав доступу, встановлених цим Порядком.
13. Інформація та документи створюються та вносяться до ЦБД українською мовою. У випадках коли використання літер української абетки призводить до спотворення інформації, можуть використовуватися латинські літери і спеціальні символи, зокрема для запису адреси мережі Інтернет та адреси електронної пошти.
14. Документообіг у Системі здійснюється відповідно до вимог законодавства про електронний документообіг та електронний підпис. На всі електронні документи, що вносяться до ЦБД, обов'язково накладається електронний цифровий підпис або інший альтернативний електронний підпис.
15. Для внесення інформації та документів у ЦБД використовуються державні класифікатори, номенклатури та довідники, затверджені в установленому законодавством порядку, а також спеціальні класифікатори та словники, затверджені МОЗ. Адміністратор ЦБД здійснює технічну підтримку застосування чинних версій таких класифікаторів та довідників.

Реєстри ЦБД

16. У ЦБД ведуться такі реєстри:
 - 1) Реєстр пацієнтів, який містить інформацію про фізичних осіб, які мають право на гарантії згідно з Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення».

До зазначеного Реєстру включаються такі відомості про пацієнта:
унікальний номер у Єдиному державному демографічному реєстрі (у разі наявності);

реєстраційний номер облікової картки платника податків (далі – РНОКПП) або серія та номер паспорта для осіб, у паспорті яких є відмітка контролюючого органу про відмову від РНОКПП;

прізвище, ім'я, по батькові (далі – ПІБ);

дата і місце народження;

фактичне та зареєстроване місце проживання;

серія, номер, орган і дата видачі, строк дії документа, який посвідчує громадянство України або спеціальний статус особи, що надає такому пацієнту право на отримання медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій відповідно до Закону України «Про Єдиний державний демографічний реєстр та документи, що підтверджують громадянство України, посвідчують особу чи її спеціальний статус»;

телефон, адреса електронної пошти (далі – контактні дані);

інформація про законного представника особи (у разі наявності);

сформований у Реєстрі унікальний код пацієнта;

інші відомості, визначені МОЗ.

Дані реєстру пацієнтів є інформацією з обмеженим доступом.

- 2) Реєстр декларацій про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу (далі – декларація), містить інформацію про чинні та припинені декларації.

До зазначеного Реєстру включаються такі відомості:

унікальний код пацієнта з Реєстру пацієнтів;

унікальний код лікаря, який надає первинну медичну допомогу (далі – ПМД), з Реєстру медичних працівників;

унікальний код надавача медичних послуг з Реєстру суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я;

унікальний код місця надання медичних послуг, обраного пацієнтом з Реєстру суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я;

інші відомості, передбачені формою декларації.

- 3) Реєстр суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я, який містить інформацію про заклади охорони здоров'я, фізичних осіб – підприємців, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики (далі – ФОП), та лабораторії, які уклали або мають намір подати

заявку на укладення договору за програмою медичних гарантій або надавати медичні послуги як підрядники надавачів медичних послуг (далі – суб'єкти господарювання у сфері охорони здоров'я).

До зазначеного Реєстру включаються такі відомості:

повне найменування (та скорочене у разі його наявності) або ПІБ ФОП;

код ЄДРПОУ або РНОКПП чи серія та номер паспорта ФОП, у паспорті якої є відмітка контролюючого органу про відмову від РНОКПП;

форма власності (для юридичних осіб);

місцезнаходження;

ПІБ, посада, контактні дані, сформований в Реєстрі унікальний код керівника суб'єкта господарювання у сфері охорони здоров'я;

ПІБ, посади, сформовані в Реєстрі унікальні коди уповноважених осіб суб'єкта господарювання у сфері охорони здоров'я та їхні права доступу в Системі;

відомості про чинні та анульовані ліцензії, акредитацію, інші дозволи суб'єкта господарювання у сфері охорони здоров'я;

інформація про місця надання медичних послуг / відокремлені підрозділи аптек: адреса, контактні дані для запису на прийом, сформований у Реєстрі унікальний код місця надання медичних послуг / відокремленого підрозділу аптеки;

інші відомості, визначені МОЗ.

- 4) Реєстр медичних спеціалістів, що містить інформацію про осіб, які здобули освіту у сфері охорони здоров'я.

До зазначеного Реєстру включаються такі відомості:

унікальний код особи з Реєстру пацієнтів;

освітньо-кваліфікаційний рівень;

спеціальність;

дата початку роботи за спеціальністю та інформація про період, протягом якого особа не працювала за спеціальністю;

сформований у Реєстрі унікальний код медичного спеціаліста;

інші відомості, визначені МОЗ.

Інформація до зазначеного Реєстру вноситься, зокрема, шляхом електронної взаємодії та обміну інформацією з Реєстром документів про освіту.

- 5) Реєстр медичних працівників, що містить інформацію про медичних працівників, які перебувають у трудових відносинах із суб'єктами господарювання у сфері охорони здоров'я.

До зазначеного Реєстру включаються такі відомості:

унікальний код особи з Реєстру медичних спеціалістів;

унікальний код суб'єкта господарювання у сфері охорони здоров'я з Реєстру суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я;

посада і спеціалізація медичного працівника;

контактні дані для запису на прийом до такого медичного працівника;

інші відомості, визначені МОЗ.

- 6) Реєстр договорів про медичне обслуговування населення, який містить інформацію про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, укладені з НСЗУ.

До зазначеного Реєстру включаються такі відомості:

дата укладення, термін дії договору;

сформований у Реєстрі унікальний код договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій;

унікальний код надавача медичних послуг з Реєстру суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я;

унікальні коди медичних спеціалістів з Реєстру медичних спеціалістів, які будуть залучені до виконання договору;

унікальні коди підрядників (закладів охорони здоров'я, ФОП, лабораторій) з Реєстру суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я, які будуть залучені до виконання;

унікальні коди місць надання медичних послуг з Реєстру суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я, які будуть залучені до виконання договору;

контактні дані для запису на прийом;

перелік та графік надання медичних послуг;

інформація про обладнання надавача медичних послуг;

дата припинення договору;

інформація про зміни до договору;

інші відомості, визначені МОЗ.

- 7) Реєстр договорів про реімбурсацію, який містить інформацію про договори про реімбурсацію за програмою медичних гарантій, укладені з НСЗУ.

До зазначеного Реєстру включаються такі відомості:

дата укладення, термін дії договору;

сформований у Реєстрі унікальний код договору про реімбурсацію;

унікальний код аптеки з Реєстру суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я;

унікальні коди відокремлених підрозділів аптеки, в яких пацієнти можуть отримати лікарські засоби за рецептом, з Реєстру суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я;

інформація про зміни до договору;

дата припинення договору;

інша інформація, визначена МОЗ.

- 8) Інші реєстри, необхідні для реалізації Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Порядок ведення та перелік інформації, що вноситься до таких реєстрів, затверджуються МОЗ.

17. Реєстри в ЦБД ведуться українською мовою.

18. Інформація та документи вносяться до реєстрів ЦБД користувачами відповідно до їхніх прав доступу, визначених відповідно до цього Порядку. Інформація до Реєстрів також може вноситись у результаті електронної взаємодії з державними інформаційними ресурсами.

19. Органи державної реєстрації актів цивільного стану протягом трьох днів з дня реєстрації смерті особи подають відповідну інформацію до НСЗУ в електронній формі. На підставі отриманих даних НСЗУ здійснює архівування запису в реєстрах пацієнтів, медичних спеціалістів та медичних працівників, робить запис про припинення декларації в Реєстрі декларацій.

20. Зміни та доповнення (далі – редагування) інформації, що міститься в ЦБД, здійснюється за заявою користувача. Якщо протягом трьох днів з дня отримання такої заяви розпорядник відповідного реєстру ЦБД не відхилив таку заяву через наявність в ній помилок чи завідомо недостовірної інформації, до інформації в ЦБД вносяться відповідні редагування. Інформація про користувача, який подав заяву про редагування, дату і час такого редагування, а також початковий зміст інформації зберігається в ЦБД та не підлягає редагуванню чи видаленню.

21. У разі виявлення в процесі верифікації невідповідностей між інформацією в реєстрах ЦБД та інформацією, що міститься в державних інформаційних ресурсах, відомостях, наданих державними органами, розпорядник такого реєстру має право звернутись до користувача із запитом про надання пояснень щодо причин такої невідповідності. Користувач має усунути виявлені невідповідності або надати пояснення розпоряднику такого реєстру протягом 10 днів.
22. У разі виявлення в процесі верифікації фактів систематичного внесення користувачем недостовірної інформації в реєстри ЦБД адміністратор ЦБД або розпорядник відповідного реєстру може тимчасово призупинити доступ такого користувача до ЦБД у порядку, встановленому МОЗ.

Реєстрація користувачів

23. Для надання або отримання медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій користувачі зобов'язані зареєструватись в ЦБД.
24. Реєстрація в ЦБД суб'єкта господарювання у сфері охорони здоров'я здійснюється його керівником. Керівник також визначає та забезпечує реєстрацію в ЦБД своїх працівників, які будуть уповноважені вносити інформацію та документи до відповідних реєстрів ЦБД (далі – уповноважені особи суб'єкта господарювання в сфері охорони здоров'я) відповідно до прав доступу, визначених відповідно до цього Порядку.
25. Реєстрація в ЦБД пацієнтів та медичних спеціалістів може бути здійснена ними самостійно або шляхом звернення до суб'єкта господарювання у сфері охорони здоров'я.
26. Законний представник може зареєструвати пацієнта тільки шляхом звернення до надавача медичних послуг для забезпечення перевірки документів, що посвідчують повноваження законного представника.
27. Під час реєстрації здійснюється ідентифікація особи користувача, а у випадку реєстрації суб'єкта господарювання у сфері охорони здоров'я – відповідної юридичної особи та його керівника.
28. У разі самостійної реєстрації здійснюється електронна ідентифікація користувача за допомогою електронного цифрового підпису чи іншого альтернативного електронного підпису особи. Пацієнт має право також використовувати для електронної ідентифікації Bank ID та інші засоби електронної ідентифікації відповідно до законодавства.

29. Під час реєстрації шляхом звернення до суб'єкта господарювання у сфері охорони здоров'я ідентифікація особи здійснюється шляхом пред'явлення документа, що посвідчує особу користувача відповідно до Закону України «Про Єдиний державний демографічний реєстр та документи, що підтверджують громадянство України, посвідчують особу чи її спеціальний статус».
30. Після реєстрації користувача автоматично формується унікальний код запису у відповідному реєстрі ЦБД та створюється електронний кабінет.
31. Після реєстрації вхід до електронного кабінету здійснюється шляхом введення користувачем своїх ідентифікаційних даних для роботи в Системі (далі – автентифікація).

Права доступу до інформації та документів у ЦБД

32. Доступ користувачів до інформації в ЦБД здійснюється через електронні кабінети. Електронні кабінети керівників та уповноважених осіб суб'єкта господарювання у сфері охорони здоров'я, медичних працівників функціонують в МІС. Електронні кабінети пацієнтів функціонують у МІС або на веб-сайті Системи.
33. Пацієнт (його законний представник) має право:
 - 1) реєструвати себе в ЦБД, подавати заяви про редагування відповідної інформації в Реєстрі пацієнтів;
 - 2) вносити та переглядати іншу інформацію про себе та пацієнта, законним представником якого він є;
 - 3) подавати заяви про припинення обробки персональних даних, що міститься в ЦБД;
 - 4) подавати декларацію про вибір лікаря, який надає ПМД, через Систему відповідно до встановленого МОЗ порядку;
 - 5) надавати доступ медичним працівникам та іншим користувачам до інформації про себе (інформації про пацієнта, законним представником якого є), що міститься в ЦБД, в тому числі в Реєстрі медичних записів та Реєстрі декларацій про вибір лікаря.
34. Керівник суб'єкта господарювання у сфері охорони здоров'я має право:
 - 1) реєструвати в ЦБД суб'єкта господарювання у сфері охорони здоров'я та уповноважених осіб суб'єкта господарювання у сфері охорони здоров'я, вносити зміни до відповідної інформації в Реєстрі суб'єктів

- господарювання у сфері охорони здоров'я, Реєстрі уповноважених осіб суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я;
- 2) вчиняти дії з метою укладення, зміни та припинення договорів за програмою медичних гарантій;
 - 3) формувати та подавати НСЗУ електронні звіти, первинні та розрахункові документи через Систему;
 - 4) здійснювати дії для припинення доступу до ЦБД уповноваженим особам суб'єкта господарювання у сфері охорони здоров'я та медичним працівникам.
35. Уповноважені особи суб'єкта господарювання у сфері охорони здоров'я мають право:
- 1) реєструвати пацієнтів, медичних спеціалістів та медичних працівників у ЦБД, подавати заяви про редагування інформації про них у відповідних Реєстрах;
 - 2) вносити в ЦБД електронну версію декларації, підписаної пацієнтом (його законним представником), у порядку, встановленому МОЗ.
36. Медичні спеціалісти мають право:
- 3) реєструвати себе в ЦБД, подавати заяви про редагування інформації про себе в Реєстрі медичних спеціалістів.
37. Медичні працівники мають право:
- 1) вносити в ЦБД електронну версію декларації, підписаної пацієнтом (його законним представником), у порядку, встановленому МОЗ;
 - 2) створювати, вносити інформацію про рецепти, направлення, інші медичні записи, переглядати та подавати заяви про редагування інформації та створених ними документів у ЦБД;
 - 3) отримувати доступ до даних про пацієнта, що містяться в ЦБД, за умови надання згоди такого пацієнта (його законного представника) або без такої згоди, у випадках, передбачених законом;
38. Голова НСЗУ та уповноважені ним посадові особи НСЗУ в межах своїх повноважень мають право:
- 1) вчиняти дії щодо укладення, зміни та припинення договорів за програмою медичних гарантій;
 - 2) переглядати інформацію про договори за програмою медичних гарантій

- у Реєстрі договорів про медичне обслуговування населення та в Реєстрі договорів про реїмбурсацію;
- 3) переглядати іншу інформацію та документи в ЦБД.
39. Користувачі зобов'язані забезпечити внесення актуальних та достовірних даних про себе в ЦБД.
40. Додаткові права доступу користувачів у Системі затверджуються МОЗ.

Адміністратор ЦБД

41. Адміністратор ЦБД:

- 1) здійснює адміністрування і технічну підтримку ЦБД, зокрема можливість виконувати функції, передбачені пунктом 7 цього Порядку;
- 2) забезпечує безперебійну роботу ЦБД;
- 3) забезпечує розробку, оновлення та підтримку програмного забезпечення ЦБД;
- 4) приймає рішення про підключення, відключення та призупинення доступу МІС до ЦБД;
- 5) укладає та припиняє договори з операторами МІС про підключення МІС до ЦБД;
- 6) вживає заходи для технічного і криптографічного захисту даних, що містяться в ЦБД;
- 7) надає технічну підтримку операторам МІС з питань підключення, відключення, взаємодії МІС з ЦБД;
- 8) надає інформаційні та консультаційні послуги щодо Системи.

Технічні вимоги до МІС.

Порядок підключення МІС до ЦБД

42. Технічні вимоги до МІС розробляються і затверджуються Комісією з питання електронної системи охорони здоров'я (далі – Комісія). Положення про Комісію, Порядок її формування та персональний склад затверджуються МОЗ.
43. Для підключення МІС до ЦБД оператор МІС подає заявку адміністратору ЦБД. До заявки на підключення додаються:
- інформація та документи (за наявності), що підтверджують права оператора МІС або на підключення МІС до ЦБД;

технічні характеристики МІС;

обсяг функціональних можливостей МІС для роботи в Системі;

виписка з Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб – підприємців та громадських формувань про такого оператора.

44. Для встановлення відповідності МІС технічним вимогам адміністратор ЦБД проводить тестування МІС протягом тридцяти календарних днів з дня подання заявки оператором МІС. Тестування здійснюється відповідно до тестової програми, що розробляється адміністратором ЦБД і затверджується Комісією. За результатами тестування адміністратор ЦБД оформлює висновок та протягом трьох робочих днів надсилає його оператору МІС.
45. У разі встановлення невідповідності МІС технічним вимогам висновок має містити опис таких невідповідностей та пропозицію оператору МІС їх усунути. Оператор МІС має право повторно подати електронну заявку адміністратору ЦБД після усунення невідповідностей.
46. У разі встановлення відповідності МІС технічним вимогам адміністратор ЦБД укладає з оператором МІС договір про підключення до ЦБД для визначеного обсягу функціональних можливостей роботи в Системі.
47. Адміністратор ЦБД публікує інформацію про підключені до ЦБД МІС та їхні функціональні можливості в Системі.
48. У разі зміни технічних вимог до МІС або подання оператором МІС заявки про розширення функціональних можливостей МІС для роботи в Системі, МІС підлягає повторному тестуванню відповідно до пункту 44 цього Порядку.
49. Адміністратор ЦБД має право проводити додаткові тестування МІС для підтвердження їх відповідності технічним вимогам.
50. У разі передачі прав на МІС, підключену до ЦБД, новий оператор МІС має право протягом десяти робочих днів з моменту передачі таких прав звернутись до адміністратора ЦБД про укладення нового договору. До заявки додаються такі самі документи, які потрібні для підключення МІС, і повторне тестування МІС в такому випадку не проводиться. У разі незвернення нового оператора МІС у встановлений строк МІС відключається від Системи.
51. Інформація про зміну технічних вимог до МІС публікується адміністратором ЦБД на веб-сайті. Зміни технічних вимог до МІС набувають чинності не раніше ніж через три місяці після їх опублікування. Протягом цього строку оператори МІС забезпечують приведення МІС у відповідність до нових технічних вимог.

52. Користування МІС здійснюється на підставі договору з оператором МІС або особою, яка має право на підставі договору з таким оператором МІС надавати в користування МІС.

Порядок призупинення доступу або відключення МІС від ЦБД

53. Рішення про призупинення доступу МІС до ЦБД чи відключення МІС від ЦБД приймає адміністратор ЦБД у разі наявності хоча б однієї з таких підстав:
- 1) добровільного подання оператором МІС заяви на відключення МІС від ЦБД;
 - 2) встановлення за результатами тестування невідповідності МІС технічним вимогам;
 - 3) відсутності у оператора МІС прав власності на МІС або на підключення МІС до ЦБД;
 - 4) відсутності більше ніж 24 години у користувачів МІС доступу до ЦБД внаслідок технічних проблем МІС;
 - 5) порушення оператором МІС вимог щодо безпеки та цілісності даних, внесених у Систему;
 - 6) розголошення оператором МІС конфіденційної інформації, внесеної у Систему;
 - 7) несанкціоноване втручання оператора МІС у дані або підміна ним даних в Системі;
 - 8) порушення оператором МІС умов договору, укладеного з адміністратором ЦБД;
 - 9) незвернення новим оператором МІС до адміністратора ЦБД про укладення договору протягом строку, встановленого пунктом 50 цього Порядку.

Перелік підстав для відключення МІС від ЦБД є вичерпним.

54. У разі призупинення доступу відновлюється адміністраторам ЦБД після усунення виявлених порушень.
55. Спори щодо підключення, відключення і тимчасового призупинення доступу МІС до ЦБД передаються на розгляд Комісії. Рішення Комісії є обов'язковим для застосування адміністратором ЦБД.

Прем'єр-міністр України

В. ГРОЙСМАН

ЗАТВЕРДЖЕНО
постановою Кабінету Міністрів
України
від _____ 2018 р. №

Порядок опублікування відомостей з електронної системи охорони здоров'я

1. Цей Порядок встановлює строки та обсяг опублікування Національною службою здоров'я (далі – НСЗУ) інформації з електронної системи охорони здоров'я.
2. Терміни в цьому порядку вживаються у значеннях, наведених в Основах законодавства України про охорону здоров'я, Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», інших законодавчих актах України.
3. НСЗУ зобов'язана публікувати:
 - 1) договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій та договір про реімбурсацію за програмою медичних гарантій разом з усіма додатками, які не містять персональних даних, – протягом п'яти днів з дати їх укладення;
 - 2) знеособлену інформацію про перелік та обсяг наданих пацієнтам медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій – щоквартально;
4. Інформація, зазначена в пункті 2 цього Порядку, підлягає опублікуванню на офіційному веб-сайті НСЗУ.
5. НСЗУ та адміністратор центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я можуть надавати доступ до знеособлених відомостей та даних, що містяться в ЦБД, у вигляді загальної довідкової або статистичної інформації на договірних засадах. Порядок надання відомостей з реєстрів центральної бази даних затверджує Міністерство охорони здоров'я.

Додаток
до постанови Кабінету Міністрів
України
від _____ 2018 р. №

Зміни, що вносяться до актів Кабінету Міністрів України

1. Порядок ведення Державного реєстру актів цивільного стану громадян, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 22 серпня 2007 р. № 1064 (Офіційний вісник України, 2007 р., № 65, ст. 2516; 2008 р., № 21, ст. 600; 2011 р., № 84, ст. 3078; 2012 р., № 71, ст. 2870, № 90, ст. 3651; 2015 р., № 50, ст. 1601, № 69, ст. 2276, № 102, ст. 3525; 2016 р., № 28, ст. 1113, № 91, ст. 2973), доповнити пунктом 9-2 такого змісту:
«9-2. Мін'юст надає Національній службі здоров'я відомості з Реєстру про державну реєстрацію народження, смерті, реєстрацію шлюбу або розірвання шлюбу (під час якого змінено прізвище), зміну імені.»;
2. Підпункт 8 пункту 4 Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 р. № 267 (Офіційний вісник України, 2015 р., № 38, ст. 1141, № 65, ст. 2157; 2018 р., № 4, ст. 179), доповнити абзацом такого змісту:
«затверджує порядки ведення реєстрів в електронній системі охорони здоров'я»;
3. У постанові Кабінету Міністрів України від 8 вересня 2016 р. № 593 «Деякі питання надання відомостей з Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб – підприємців та громадських формувань» (Офіційний вісник України, 2016 р., № 71, ст. 2393; 2017 р., № 43, ст. 1344):
пункт 1 доповнити підпунктом 4 такого змісту:
«4) в електронному вигляді з метою інтеграції відомостей з Єдиного державного реєстру про юридичних осіб та фізичних осіб – підприємців з електронною системою охорони здоров'я.»;
викласти абзац четвертий пункту 2 у такій редакції:
«Відомості відповідно до підпунктів 3 та 4 пункту 1 цієї постанови надаються безоплатно.»;
4. Доповнити Перелік пріоритетних державних електронних інформаційних ресурсів для запровадження електронної взаємодії, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 8 вересня 2016 р. № 606 «Деякі питання електронної взаємодії державних електронних інформаційних ресурсів» (Офіційний вісник України, 2016, № 73, ст. 2455; 2017, № 15, ст. 438), доповнити абзацом наступного змісту:
«Електронна система охорони здоров'я».

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства
охорони здоров'я України
19.03.2018 № 503

ДЕКЛАРАЦІЯ №

--	--	--	--	--	--	--	--

ПРО ВИБІР ЛІКАРЯ, ЯКИЙ НАДАЄ ПЕРВИННУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

1. ПАЦІЄНТ

1.1. Прізвище

1.2. Ім'я

1.3. По-батькові

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.4. Дата народження

		.			.				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

1.5. Місце народження

1.6. Стать (відмітити позначкою «Х»)

- чоловіча
 жіноча

1.7. Контактні дані

1.7.1. Контактний номер телефону

+	3	8	()											
---	---	---	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.7.2. Адреса електронної пошти (за наявності)

1.7.3. Бажаний спосіб зв'язку із пацієнтом (відмітити позначкою «Х»)

- телефон
 електронна пошта

1.8. Документ, що посвідчує особу*

1.8.1. Тип документу (відмітити позначкою «Х»):

- паспорт громадянина України
 тимчасове посвідчення громадянина України
 свідоцтво про народження (для осіб, які не досягли 14-річного віку)
 посвідка на постійне проживання в Україні
 посвідчення біженця
 посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту

1.8.2. Серія (за наявності), номер, дата та орган видачі документа, термін дії документа (за наявності).

1.8.3. Реєстраційний номер облікової картки платника податків (далі – РНОКПП) або серія та номер паспорта (для фізичних осіб, які через релігійні переконання відмовляються від прийняття РНОКПП та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку в паспорті)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*Зазначаються реквізити документів, які використовувалися під час самостійного подання Декларації через електронну систему охорони здоров'я або пред'являлися уповноваженій особі надавача ПМД.

1.9. Унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (у разі наявності)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.12. Довірена особа пацієнта для повідомлення у разі настанні екстреного випадку з пацієнтом (для осіб віком від 14 до 18 років обов'язково зазначається один з батьків)

1.12.1. Прізвище, ім'я, по-батькові

1.12.2. Контактний номер телефону

+	3	8	()														
---	---	---	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. ЛІКАР, ЯКИЙ НАДАЄ ПМД

2.1. Прізвище, ім'я, по-батькові

2.2. Контактний номер телефону лікаря

+	3	8	()														
---	---	---	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2.3. Адреса електронної пошти лікаря

2.4. Посада лікаря-спеціаліста (відмітити позначкою «X»):

- Лікар - терапевт (для пацієнтів від 18 років)
- Лікар - педіатр (для пацієнтів до 17 років включно)
- Лікар загальної практики - сімейний лікар

3. НАДАВАЧ ПМД

3.1. Повне найменування / П.І.Б.

3.2. Код ЄДРПОУ/РНОКПП або серія та номер паспорта (для фізичних осіб, які через релігійні переконання відмовляються від прийняття РНОКПП та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку в паспорті)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3.3. Контактний номер телефону

+	3	8	()														
---	---	---	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3.4. Адреса електронної пошти

3.5. Адреса місця надання медичних послуг ПМД Лікарем, який надає ПМД

3.5.1. Тип та назва вулиці (відмітити позначкою «X»):

- вулиця
- бульвар
- проспект
- провулок
- площа
- проїзд
- узвіз
- майдан
- інший тип елемента вулично-дорожньої мережі (зазначається разом із назвою)

3.5.2. Будинок

--	--	--	--	--	--

3.5.3. Тип та назва населеного пункту (відмітити позначкою «X»):

- місто
- село
- селище міського типу

3.5.4. Район (не заповнюється для міст обласного значення)

3.5.5. Область (не заповнюється для міст Києва та Севастополя)

4. ЗАКОННИЙ ПРЕДСТАВНИК ПАЦІЄНТА

(не заповнюється у разі подання Декларації пацієнтом -дієздатною особою після досягнення 14-річного віку)

4.1. Прізвище, ім'я, по-батькові

Стандарт сервісу для працівників медичного центру

Цінності	Людина		
Фокус	Клієнт		
	Клієнт – це людина, для якої існує лікар! Він не може заважати працювати, з ним не можна сперечатись або ігнорувати.		
	Клієнт – це людина, якій ми мусимо допомогти!		
Чек-лист	Сервіс		
Зона відповідальності	Ресепшн	Сімейний лікар	
Основні завдання	Зустріти клієнта, створити атмосферу гостинності, визначити запит клієнта, спрямувати його за графіком послуг, які надає медичний заклад, формувати розклад прийому лікарів та надання послуг, реєструючи клієнтів.	Надати клієнту послуги діагностики та лікування в межах ПМД, за необхідності направити клієнта на вторинний або третинний рівень медичної допомоги, проводити профілактику захворювань.	
Розділ стандарту	Дії за стандартом		
1	Зовнішній вигляд	Фірмова форма: чиста, випрасувана. Наявність бейджю. Взуття закрите. Охайний зовнішній вигляд: чоловіки чисто поголені (або підстрижена борода), охайна зачіска, дотримання особистої гігієни.	Білий халат: випрасуваний, чистий. Взуття закрите. Охайний зовнішній вигляд: чоловіки чисто поголені (або підстрижена борода), охайна зачіска, дотримання особистої гігієни.
2	Стандарти санітарії та гігієни	Перед початком зміни та під час роботи мийте руки згідно зі стандартом. Стежте за виконанням стандартів санітарії та гігієни в приміщеннях.	Перед початком зміни та під час роботи мийте руки згідно зі стандартом. Слідкуйте за виконанням стандартів санітарії та гігієни у своєму кабінеті.
3	До початку зміни	Будьте на робочому місці за 15-20 хвилин до відкриття відповідно до індивідуального графіка роботи. Перевірте чистоту робочого місця та інших приміщень. За потреби увімкніть кондиціонер/ обігрівач, стежте за підтриманням комфортних умов у приміщенні (температура, рівень гучності ТВ і т. д.).	Будьте на робочому місці не пізніше як за 10 хвилин до початку прийому, перевірте перелік клієнтів, які записались на прийом. Перевірте чистоту та організованість робочого місця.

Цінності	Людина	
4 Початок зміни/ прийому	Відчиняйте двері закладу не пізніше ніж за 5 хвилин до початку прийому, зазначеного в графіку. Якщо біля дверей вже є клієнти, привітайтеся з ними і запросіть до приміщення, спілкуючись згідно зі стандартом (див. далі).	Запросіть першого клієнта одночасно з початком прийому.
5 Вітання з клієнтом	Звернуть увагу на клієнта не пізніше ніж через 15 сек. після його входу до медичного закладу: встановіть зоровий контакт і привітайтеся: «Доброго дня/вечора! Чим можу допомогти?»	Звернуть увагу на клієнта протягом 2-3 секунд після того, як він зайшов до вашого кабінету: встановіть зоровий контакт і привітайтеся: «Доброго дня/вечора! Чим можу допомогти?»
6 Допомога клієнту	Під час спілкування з клієнтом не виконуйте інших справ. Якщо у вас виникла потреба відповісти на робочий дзвінок під час спілкування з клієнтом, вибачтеся перед клієнтом: «Перепрошую, я відповім на дзвінок і повернуся до вас за хвилину». Спілкування з колегами і телефоном у зоні обслуговування – тільки з робочих питань. Спілкуйтеся з дітьми так само тактовно, як і з дорослими.	Під час спілкування з клієнтом не виконуйте інших справ. Якщо у вас виникла потреба відповісти на робочий дзвінок під час спілкування з клієнтом, вибачтеся перед ним: «Перепрошую, я відповім на дзвінок і повернуся до вас за хвилину». Спілкування з колегами і телефоном у зоні обслуговування – тільки з робочих питань. Спілкуйтеся з дітьми так саме тактовно, як і з дорослими.
7 Спілкування телефоном	Привітайтеся. Назвіть себе: вкажіть ім'я, прізвище, посаду, назву закладу. Уважно слухайте клієнта, не перебиваючи, поки він говорить. Якщо ви не зрозуміли клієнта, почекайте, поки він закінчить говорити, і уточніть ту частину, яку ви не зрозуміли. Повторіть досягнуті домовленості. Попрощайтеся.	Привітайтеся. Назвіть себе: вкажіть ім'я, прізвище, посаду, назву закладу. Уважно слухайте клієнта, не перебиваючи, поки він говорить. Якщо ви не зрозуміли клієнта, почекайте, поки він закінчить говорити, і уточніть ту частину, яку ви не зрозуміли. Повторіть досягнуті домовленості. Попрощайтеся.

Цінності	Людина	
8 Робота з конфліктом	<p>4 кроки роботи зі скаргами та конфліктними ситуаціями:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Спокійно вислухати клієнта, не сперечатись. 2. Висловити щире співчуття щодо ситуації, що склалась, не втрачаючи почуття власної гідності: «Мені дуже шкода, що так сталося...» 3. Вирішити питання або спрямувати до людини, яка це зробить. 4. Подякувати. 	<p>4 кроки роботи зі скаргами та конфліктними ситуаціями:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Спокійно вислухати клієнта, не сперечатись. 2. Висловити щире співчуття щодо ситуації, що склалась, не втрачаючи почуття власної гідності: «Мені дуже шкода, що так сталося...» 3. Вирішити питання або спрямувати до людини, яка це зробить. 4. Подякувати.
9 Завершення візиту	<p>Прощайтеся з кожним клієнтом, який залишає приміщення закладу: «На все добре, не хворійте!»</p>	<p>Прощайтеся з кожним клієнтом, який виходить від вас: «На все добре, не хворійте!» Запросіть наступного клієнта після того, як поточний клієнт залишить приміщення.</p>
10 Робота зі зворотним зв'язком	<p>Наприкінці зміни перегляньте скарги, звернення від клієнтів, уточніть за необхідності деталі, вирішіть питання, повідомте клієнта про рішення. За неможливості рішення – надайте клієнту інформацію, коли і хто вирішить проблему.</p>	

Мета цієї анкети для пацієнтів – оцінити з їхньої точки зору якість роботи лікарів

Ч Ж Вік <30 31-40 41-50 51-60 >60 Освіта сер. вища Проживання Обл. район село
 Ваша оцінка свого здоров'я погане задов. добр. відм. Ви оцінюєте свого педіатра дільн.терап. сім.лікаря

Яка ваша оцінка (за п'ятибальною системою) вашого лікаря за останні 12 місяців за такими питаннями:

1. Чи виділяв лікар достатньо часу для Вас на прийом (консультацію)?	1 2 3 4 5 Погано <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Добре	Не можу оцінити <input type="checkbox"/>
2. Чи виявляв зацікавленість Вашою особистою ситуацією?	1 2 3 4 5 Погано <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Добре	Не можу оцінити <input type="checkbox"/>
3. Чи сприяв довірчості розмови, щоб Вам було легше повідомити йому про Ваші проблеми?	1 2 3 4 5 Погано <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Добре	Не можу оцінити <input type="checkbox"/>
4. Чи залучав Вас до процесу ухвалення рішення про медичну допомогу Вам?	1 2 3 4 5 Погано <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Добре	Не можу оцінити <input type="checkbox"/>
5. Чи слухав лікар уважно все, про що Ви говорили?	1 2 3 4 5 Погано <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Добре	Не можу оцінити <input type="checkbox"/>
6. Чи забезпечував лікар конфіденційність медичних записів та інформації про Вас?	1 2 3 4 5 Погано <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Добре	Не можу оцінити <input type="checkbox"/>
7. Чи забезпечував швидке полегшення Вашого стану?	1 2 3 4 5 Погано <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Добре	Не можу оцінити <input type="checkbox"/>
8. Чи допоміг візит до лікаря відчувати себе достатньо добре, щоб повернутися до Вашої звичайної діяльності?	1 2 3 4 5 Погано <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Добре	Не можу оцінити <input type="checkbox"/>
9. Чи ретельно підійшов до Ваших проблем?	1 2 3 4 5 Погано <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Добре	Не можу оцінити <input type="checkbox"/>
10. Чи проводив фізичне обстеження (огляд)?	1 2 3 4 5 Погано <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Добре	Не можу оцінити <input type="checkbox"/>
11. Чи пропонував Вам допомогу в профілактиці захворювань (наприклад, дод.обстеження, щеплення)	1 2 3 4 5 Погано <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Добре	Не можу оцінити <input type="checkbox"/>
12. Чи пояснював цілі обстежень, аналізів і лікування?	1 2 3 4 5 Погано <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Добре	Не можу оцінити <input type="checkbox"/>
13. Чи виявляв Вам достатньо про Ваші симптоми та/або хвороби?	1 2 3 4 5 Погано <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Добре	Не можу оцінити <input type="checkbox"/>
14. Чи допомагав Вам справитися з емоціями, пов'язаними з Вашим станом здоров'я?	1 2 3 4 5 Погано <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Добре	Не можу оцінити <input type="checkbox"/>
15. Допомагав зрозуміти (пояснював), чому важливо дотримуватися порад лікаря?	1 2 3 4 5 Погано <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Добре	Не можу оцінити <input type="checkbox"/>
16. Чи знав (пам'ятав), що було зроблено (сказано) Вам під час попередніх відвідувань медичного закладу?	1 2 3 4 5 Погано <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Добре	Не можу оцінити <input type="checkbox"/>
17. Чи роз'яснював і готував Вас до того, що очікувати від стаціонарного лікування або інших лікарів?	1 2 3 4 5 Погано <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Добре	Не можу оцінити <input type="checkbox"/>

Ваша оцінка (за п'ятибальною системою) медичного закладу:

18. Доброзичливість, ввічливість персоналу (крім лікаря) до Вас	1 2 3 4 5 Погано <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Добре	Не можу оцінити <input type="checkbox"/>
19. Можливість запису на прийом у зручний для Вас час	1 2 3 4 5 Погано <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Добре	Не можу оцінити <input type="checkbox"/>
20. Можливість запису на прийом по телефону	1 2 3 4 5 Погано <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Добре	Не можу оцінити <input type="checkbox"/>
21. Можливість поговорити з лікарем по телефону	1 2 3 4 5 Погано <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Добре	Не можу оцінити <input type="checkbox"/>
22. Час очікування прийому лікаря (під кабінетом)	1 2 3 4 5 Погано <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Добре	Не можу оцінити <input type="checkbox"/>
23. Швидке отримання допомоги при невідкладних проблемах зі здоров'ям (н-д, високий тиск і ін.)	1 2 3 4 5 Погано <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Добре	Не можу оцінити <input type="checkbox"/>

Цель данной анкеты для пациентов оценить с их точки зрения качество работы врачей

М Ж <30 31-40 41-50 51-60 >60 ср. выс. Обл. район село
 Ваш пол Возраст Образование Проживание

плохое удовл. хор. отл. педиатра уч.терап. сем.вр
 Ваша оценка своего здоровья Вы оцениваете своего

Какова Ваша оценка (по пятибалльной системе) вашего врача за последние 12 месяцев по следующим вопросам:

1. Выделял ли врач достаточно (с вашей точки зрения) времени для Вас на прием (консультацию)?	1 2 3 4 5 Плохо <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Хорошо	Не могу оценить <input type="checkbox"/>
2. Проявлял заинтересованность Вашей личной ситуацией?	1 2 3 4 5 Плохо <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Хорошо	Не могу оценить <input type="checkbox"/>
3. Способствовал доверительности разговора, чтобы Вам было легче сообщить ему о ваших проблемах?	1 2 3 4 5 Плохо <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Хорошо	Не могу оценить <input type="checkbox"/>
4. Вовлекал Вас в процесс принятия решения о медицинской помощи Вам?	1 2 3 4 5 Плохо <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Хорошо	Не могу оценить <input type="checkbox"/>
5. Слушан ли врач внимательно все о чем Вы говорили?	1 2 3 4 5 Плохо <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Хорошо	Не могу оценить <input type="checkbox"/>
6. Обеспечивал ли врач конфиденциальность медицинских записей и информации о Вас?	1 2 3 4 5 Плохо <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Хорошо	Не могу оценить <input type="checkbox"/>
7. Обеспечивал быстрое облегчение Вашего состояния?	1 2 3 4 5 Плохо <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Хорошо	Не могу оценить <input type="checkbox"/>
8. Помог ли визит к врачу почувствовать себя достаточно хорошо, чтобы вернуться к Вашей обычной деятельности?	1 2 3 4 5 Плохо <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Хорошо	Не могу оценить <input type="checkbox"/>
9. Тщательно подошел к Вашим проблемам?	1 2 3 4 5 Плохо <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Хорошо	Не могу оценить <input type="checkbox"/>
10. Проводил ли физическое обследование (осмотр)?	1 2 3 4 5 Плохо <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Хорошо	Не могу оценить <input type="checkbox"/>
11. Предлагал Вам помощь в профилактике заболеваний (например, доп.обследование, прививки)?	1 2 3 4 5 Плохо <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Хорошо	Не могу оценить <input type="checkbox"/>
12. Объяснял цели обследований, анализов и лечения?	1 2 3 4 5 Плохо <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Хорошо	Не могу оценить <input type="checkbox"/>
13. Рассказывал Вам достаточно о ваших симптомах и/или болезнях?	1 2 3 4 5 Плохо <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Хорошо	Не могу оценить <input type="checkbox"/>
14. Помогал Вам справиться с эмоциями, связанными с Вашим состоянием здоровья?	1 2 3 4 5 Плохо <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Хорошо	Не могу оценить <input type="checkbox"/>
15. Помогал понять (объяснял), почему так важно следовать советам врача?	1 2 3 4 5 Плохо <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Хорошо	Не могу оценить <input type="checkbox"/>
16. Знал (помнил), что было сделано (сказано) Вам во время предыдущих посещений медучреждения?	1 2 3 4 5 Плохо <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Хорошо	Не могу оценить <input type="checkbox"/>
17. Разъяснял и подготавливал Вас к тому, что ожидать от стационарного лечения или других специалистов?	1 2 3 4 5 Плохо <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Хорошо	

Ваша оценка (по пятибалльной системе) лечебного учреждения:

18. Доброжелательность, вежливость персонала (кроме врача) к Вам	1 2 3 4 5 Плохо <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Хорошо	Не могу оценить <input type="checkbox"/>
19. Возможность записи на прием в удобное для Вас время	1 2 3 4 5 Плохо <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Хорошо	Не могу оценить <input type="checkbox"/>
20. Возможность записи на прием по телефону?	1 2 3 4 5 Плохо <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Хорошо	Не могу оценить <input type="checkbox"/>
21. Возможность поговорить с врачом по телефону	1 2 3 4 5 Плохо <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Хорошо	Не могу оценить <input type="checkbox"/>
22. Время ожидания приема врача (под кабинетом)	1 2 3 4 5 Плохо <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Хорошо	Не могу оценить <input type="checkbox"/>
23. Быстрое получение помощи при неотложных проблемах со здоровьем (н-р, высокое давление и др.)	1 2 3 4 5 Плохо <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Хорошо	Не могу оценить <input type="checkbox"/>

Цінності:	Людина
Фокус:	Пацієнт
	Пацієнти – це не ті люди, які заважають працювати, з якими можна сперечатися, ігнорувати їх прохання.
	Пацієнти – це люди, яким ми повинні допомогти!
Чек-лист	Сервіс
Зона відповідальності	Ресепшн/лікар

Дії		Пояснення	Бал	
Перед зміною	1	Перевірка зовнішнього вигляду	Фірмова форма (бейдж, інше), чиста, випрасувана. Охайний зовнішній вигляд, дотримується особиста гігієна.	2
	2	Стандарти санітарії та гігієни	Стежте за дотриманням стандартів санітарії та гігієни у приміщеннях і на кожному робочому місці.	2
	3	Підготовка робочого місця (чистота)	Згідно з посадовими обов'язками. За 15-30 хвилин до відкриття за індивідуальним графіком роботи (враховується як робочий час). Перевірте чистоту свого робочого місця (та інших приміщень за потреби).	2
	4	Обладнання (наявність, справність)	Перед виходом на зміну перевірте наявність обладнання за списком. Увімкніть необхідне обладнання (згідно з графіком увімкнення). У випадку несправності – дійте за інструкцією.	2
	5	Матеріали	Перед виходом на зміну перевірте наявність матеріалів за списком. За відсутності якогось матеріалу – дійте за інструкцією.	2
	6	Приміщення та прилегла територія	Перед виходом на зміну перевірте порядок та укомплектованість внутрішніх та зовнішніх приміщень (прилеглої території) за списком. При виявленні невідповідності стандарту – дійте за інструкцією. За потреби увімкніть кондиціонер/обігрівач. Стежте за дотриманням комфортних умов усередині приміщення (температура, рівень гучності ТБ тощо).	2
	7	Перевірка записів на день	За потреби або при надходженні додаткової інформації скоригуйте записи, зробіть необхідні дзвінки.	1
	8	Відкриття закладу ПМД	Відімкніть та відчиніть двері. Якщо до цього часу вже є клієнти, привітайтеся. Спілкуйтеся відповідно до рекомендацій (див. нижче).	1

Дії		Пояснення	Бал	
Сервіс	9	Зоровий контакт	Реакція на пацієнта – не більше 5 сек. Якщо ви зустрілися очима – посміхніться, привітайтеся, приділіть увагу будь-яким запропонованим способом.	5
	10	Привітання	Якщо ви зустрілися очима з пацієнтом, не відводьте, не опускайте очей. Посміхніться або кивніть головою. Привітайтеся. Дійте за ситуацією. Намагайтеся спілкуватися мовою пацієнта. Дуже важливим є доброзичливий тон голосу. Важливо: фокус на пацієнта і спілкування з ним, а не з колегами. Спілкування з колегами в зоні обслуговування тільки з робочих питань. Приклади привітань: «Добрий день (ранок, вечір)!», «Як здоров'я?», «Як самопочуття?» Спілкуйтеся з дітьми так само тактовно, як і з дорослими. Запропонуйте дітям пограти у відведеному місці, запропонуйте іграшки і т. д.	5
	11	Стандарти обслуговування (час обслуговування)	У разі попереднього запису або звернення на місці – з'ясуйте потребу, можливості лікаря/пацієнта, запишіть на прийом.	5
	12	Дії в разі екстреної допомоги	Дійте за інструкцією.	5
	13	Спілкування телефоном	Привітайтеся! Назвіть своє ім'я, прізвище, посаду, назву закладу. Уважно слухайте пацієнта, не перебивайте, поки він говорить. Якщо ви не зрозуміли, почекайте, поки пацієнт закінчить говорити, і уточніть ту частину, яку ви не зрозуміли. Дійте за ситуацією залежно від мети дзвінка.	5
Гостинність	14	Жести, вираз обличчя	Використовуйте відкриту позу і відкриті жести. Намагайтеся, щоб вираз вашого обличчя був доброзичливим та щирим. Оцінюйте психологічний стан пацієнта за його манерою спілкування, жестами. Будьте спостережливі!	5
	15	З'ясування потреб пацієнтів	Якщо ви бачите, що пацієнт потребує якоїсь допомоги – запитайте: «Чи можу я чимось Вам допомогти?», «Що Вам підказати?» Важливо: не будьте нав'язливі. Пропонуйте допомогу, якщо є така потреба у пацієнта. Підкажіть, як скористатися послугою (вода, туалетна кімната, гардероб тощо). Якщо необхідна допомога фахівця – покличте фахівця. Не залишайте такого пацієнта без уваги.	5
	16	«Золоті моменти»	Створюйте «золоті моменти» – вчинки та дії, які формують атмосферу гостинності і справляють враження на пацієнтів! Наприклад, допоможіть пацієнту: відчиніть двері мамі з коляскою; піднесіть сумку; привітайте на ім'я; розкажіть пацієнтові про послугу, про яку він не знає, якщо це доречно.	5

Дії		Пояснення	Бал
Відносини	17 Невимушена розмова	<p>Невимушена розмова допомагає задовольняти міжособистісні потреби, а також сформувати та підтримувати відносини. Цілі такої розмови – створити приємну атмосферу, справити позитивне враження, познайомитися.</p> <p>Теми: про щось, що може бути спільного між вами, про сферу інтересів іншої людини, про сонячний день, про новини, про спорт, про свята, про вихідні, про музику, про книжки, про їжу ... позитивно.</p> <p>Не зачіпайте тем, які можуть стати причиною конфлікту або отримати неприємний розвиток. Пам'ятайте про етичний кодекс. Не кажіть погано про колег, співробітників. Уникайте негативної комунікації: переводьте розмову в русло рішень та конструктиву. За потреби та у випадку емоційної напруги – дайте пацієнтові виговоритися, проявіть емпатію і потім уточніть деталі та можливість реальної допомоги.</p> <p>Тривалість: до 50 секунд.</p> <p>Поставте відкрите запитання / зробіть коментар на «загальну тему».</p> <p>Спостерігайте за реакцією (відповідь, міміка, жести).</p> <p>Дивіться в очі, посміхайтесь.</p> <p>Завершіть розмову: «Дуже приємно було поспілкуватися».</p>	5
	18 Спілкування з пацієнтом	<p>При спілкуванні з пацієнтом уважно слухайте, не перебивайте, поки він говорить. Якщо ви не зрозуміли прохання чи запитання, почекайте, поки пацієнт закінчить говорити, та уточніть ту частину, якої ви не зрозуміли. Якщо пацієнт ставить запитання, на яке ви не можете відповісти, попросіть лікаря допомогти або попросіть почекати, поки ви з'ясуєте це питання (можливо, вам необхідно буде подзвонити).</p> <p>При неможливості вирішити це зараз – уточніть, яким чином можна зв'язатися з пацієнтом і коли ви зможете надати відповідь (якщо це нетерміново). Якщо терміново – зробіть усе можливе, щоб вирішити це на місці самостійно або з залученням допомоги.</p>	5
	19 Індивідуальний підхід	<p>Дізнавайтеся імена ваших пацієнтів, знайте про їхні потреби, особливості. Називайте на ім'я, запитуйте, як справи, будуйте діалог індивідуально з кожним.</p>	5

Дії		Пояснення		Бал
Координація	20	Командна робота	Допомагайте своїм колегам за потреби. Дійте відповідно до ситуації. Застосовуйте принципи взаємодопомоги та командної роботи.	4
	21	Направлення пацієнта до відповідного кабінету / на відповідну процедуру	За потреби підкажіть, де можна сісти, щоб зачекати, де можна побачити номер черги, і т. д.	4
Турбота	22	Телефонні дзвінки після візиту до лікаря	Перегляньте списки пацієнтів. Зателефонуйте за стандартом після відвідання лікаря та відповідно до його рекомендацій. Уточніть у пацієнта його самопочуття, чи потрібна йому додаткова консультація, допомога, за потреби запишіть до лікаря.	5
	23	Комунікація з пацієнтами з больовим синдромом	Дійте за інструкцією.	5
Скарги та зворотний зв'язок	24	Робота з запереченнями та конфліктними ситуаціями	4 кроки в роботі зі скаргами: 1. Спокійно вислухати, не сперечатися. 2. Висловити жаль з приводу ситуації, що склалася, не втрачаючи почуття власної гідності. Проявити емпатію. 3. Вирішити питання або сказати, хто і коли це питання вирішить. 4. Подякувати.	5
	25	Робота зі зворотним зв'язком	До початку зміни перегляньте скарги, звернення клієнтів. Уточніть за потреби деталі. Зателефонуйте, повідомте про рішення. При неможливості вирішення – надайте інформацію, коли і хто вирішить питання.	5
	25	Прощання	Прощайтесь з кожним пацієнтом.	3
Отримання зворотного зв'язку від менеджера		Оцінка результатів роботи за зміну	Обговоріть результати роботи за день. Презентуйте чек-лист. Обговоріть теоретичні питання. Проведіть наставницьку бесіду (за потреби).	100
Коментарі менеджера, підпис				
Коментарі працівника, підпис				

СТАТУТ КОМУНАЛЬНОГО НЕКОМЕРЦІЙНОГО ПІДПРИЄМСТВА

(ідентифікаційний код _____)

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО «_____» (назва комунального некомерційного підприємства) _____ ради (найменування засновника) (далі – Підприємство) є закладом охорони здоров'я – комунальним унітарним некомерційним підприємством, що надає медичну допомогу будь-яким особам у порядку та на умовах, встановлених законодавством України та цим Статутом, а також вживає заходів із профілактики захворювань населення та підтримки громадського здоров'я.

1.2. Підприємство утворено за рішенням _____ (найменування засновника) (далі – Засновник) від «__» _____ року № __ (__ сесія __ скликання) відповідно до Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» шляхом перетворення Комунального закладу охорони здоров'я «_____» _____ ради (зазначається повне найменування закладу охорони здоров'я) на комунальне некомерційне підприємство. Майно підприємства є власністю територіальної громади _____ (вказати населений(і) пункт(и)) в особі _____ ради _____ області (вказати раду та область).

Підприємство є правонаступником усього майна, всіх прав та обов'язків Комунального закладу охорони здоров'я «_____» _____ ради.

1.3. Підприємство утворено на базі майна _____ (територіальна громада).

1.4. Засновником, власником та органом управління майном Підприємства є територіальні громади _____ (адміністративна одиниця) в особі _____ ради. Підприємство є підпорядкованим, підзвітним та підконтрольним Засновнику.

1.5. Підприємство провадить господарську некомерційну діяльність, спрямовану на досягнення соціальних та інших результатів без мети одержання прибутку.

1.6. Забороняється розподіл отриманих доходів (прибутків) Підприємства або їх частини серед засновників (учасників), працівників комунального некомерційного підприємства (крім оплати їхньої праці, нарахування єдиного соціального внеску), членів органів управління та інших пов'язаних з ними осіб.

1.7. Не вважається розподілом доходів Підприємства, в розумінні п. 1.6 Статуту, використання Підприємством власних доходів (прибутків) виключно для фінансування видатків на утримання такої неприбуткової організації, реалізації мети (цілей, завдань) і напрямів діяльності, визначених Статутом.

1.8. Підприємство у своїй діяльності керується Конституцією України, Господарським та Цивільним кодексами України, законами України, постановами Верховної Ради України, актами Президента України і Кабінету Міністрів України, загальнообов'язковими для всіх закладів охорони здоров'я наказами та інструкціями Міністерства охорони здоров'я України, загальнообов'язковими нормативними актами інших центральних органів виконавчої влади, відповідними рішеннями місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування і цим Статутом.

2. НАЙМЕНУВАННЯ ТА МІСЦЕЗНАХОДЖЕННЯ

2.1. Найменування:

2.1.1. Повне найменування Підприємства: КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО
« _____ » _____ ради.

2.1.2. Скорочене найменування Підприємства: КНП « _____ ».

2.2. Місцезнаходження Підприємства: _____.

3. МЕТА І ПРЕДМЕТ ДІЯЛЬНОСТІ

3.1. Основною метою створення Підприємства є надання первинної медичної допомоги та здійснення управління медичним обслуговуванням населення, яке постійно проживає (перебуває) на території _____ (назва ОТГ, району, міста або області), але не обмежуючись вказаними населеними пунктами, а також вжиття заходів з профілактики захворювань населення та підтримки громадського здоров'я.

3.2. Відповідно до поставленої мети, предметом діяльності Підприємства є:

медична практика з надання первинної та інших видів медичної допомоги населенню;

забезпечення права громадян на вільний вибір лікаря з надання первинної медичної допомоги у визначеному законодавством порядку;

організація надання первинної медичної допомоги у визначеному законодавством порядку, в тому числі надання невідкладної медичної допомоги в разі гострого розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнтам, які не потребують екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;

проведення профілактичних щеплень;

планування, організація, участь та контроль за проведенням профілактичних оглядів та диспансеризації населення, здійснення профілактичних заходів, у тому числі безперервне відстеження стану здоров'я пацієнта з метою своєчасної профілактики, діагностики та забезпечення лікування хвороб, травм, отруень, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів;

консультації щодо профілактики, діагностики, лікування хвороб, травм, отруень, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, а також щодо ведення здорового способу життя;

взаємодія з суб'єктами надання вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги з метою своєчасного діагностування і забезпечення дієвого лікування хвороб, травм, отруень, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів з урахуванням особливостей стану здоров'я пацієнта;

організація відбору і направлення хворих на консультацію та лікування до закладів охорони здоров'я і закладів, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, а також відбору хворих на санаторно-курортне лікування та реабілітацію у визначеному законодавством порядку;

забезпечення дотримання міжнародних принципів доказової медицини та галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я;

упровадження нових форм та методів профілактики, діагностики, лікування та реабілітації захворювань та станів;

проведення експертизи тимчасової непрацездатності та контролю за видачею листків непрацездатності;

направлення на медико-соціальну експертизу осіб зі стійкою втратою працездатності;

участь у проведенні інформаційної та освітньо-роз'яснювальної роботи серед населення щодо формування здорового способу життя;

участь у державних та регіональних програмах щодо організації пільгового забезпечення лікарськими засобами населення у визначеному законодавством порядку та відповідно до фінансового бюджетного забезпечення галузі охорони здоров'я;

участь у державних та регіональних програмах щодо скринінгових обстежень, профілактики, діагностики та лікування окремих захворювань у порядку, визначеному відповідними програмами та законодавством;

участь у визначенні проблемних питань надання первинної медичної допомоги у _____ (ОТГ, районі, місті або області) та шляхів їх вирішення;

надання рекомендацій органам місцевого самоврядування щодо розробки планів розвитку первинної медичної допомоги _____ (ОТГ, району, міста або області);

медична практика;

визначення потреби структурних підрозділів Підприємства і населення в лікарських засобах, виробів медичного призначення, медичному обладнанні та транспортних засобах для забезпечення населення доступною, своєчасною та якісною медичною допомогою;

моніторинг забезпечення і раціонального використання лікарських засобів, виробів медичного призначення, медичного обладнання і транспортних засобів;

забезпечення підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації працівників Підприємства;

зберігання, перевезення, придбання, пересилання, відпуск, використання, знищення наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів та прекурсорів, замісників їх аналогів, отруйних та сильнодіяючих речовин (засобів) згідно з вимогами чинного законодавства України;

залучення медичних працівників до надання первинної медико-санітарної допомоги, в тому числі залучення лікарів, що працюють як фізичні особи – підприємці за цивільно-правовими договорами, підтримка професійного розвитку медичних працівників для надання якісних послуг;

закупівля, зберігання та використання ресурсів, необхідних для надання медичних послуг, зокрема лікарських засобів (у т. ч. наркотичних засобів та прекурсорів), обладнання та інвентарю;

координація діяльності лікарів з надання первинної медичної допомоги з іншими суб'єктами надання медичної допомоги, зокрема закладами вторинної та третинної медичної допомоги, санаторіями, а також з іншими службами, що опікуються добробутом населення, зокрема соціальною службою, та правоохоронними органами;

надання платних послуг із медичного обслуговування населення відповідно до чинного законодавства України;

надання елементів паліативної допомоги пацієнтам на останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань, яка включає комплекс заходів, спрямованих на полегшення фізичних та емоційних страждань пацієнтів, моральну підтримку членів їхніх сімей;

надання будь-яких послуг іншим суб'єктам господарювання, що надають первинну медичну допомогу на території _____ (назва ОТГ, району, міста або області);

організація та проведення з'їздів, конгресів, симпозіумів, науково-практичних конференцій, наукових форумів, круглих столів, семінарів тощо;

інші функції, що випливають із покладених на Підприємство завдань.

3.3. Підприємство може бути клінічною базою вищих медичних навчальних закладів усіх рівнів акредитації та закладів післядипломної освіти.

4. ПРАВОВИЙ СТАТУС

4.1. Підприємство є юридичною особою публічного права. Права та обов'язки юридичної особи Підприємство набуває з дня його державної реєстрації.

4.2. Підприємство користується закріпленим за ним комунальним майном, що є власністю _____ (територіальної громади) або спільною власністю _____ (територіальних громад) на праві оперативного управління.

4.3. Підприємство провадить некомерційну господарську діяльність, організовує свою діяльність відповідно до фінансового плану, затвердженого Засновником, самостійно організовує виробництво продукції (робіт, послуг) і реалізує її за цінами (тарифами), що визначаються в порядку, встановленому законодавством.

4.4. Збитки, завдані Підприємству внаслідок виконання рішень органів державної влади чи органів місцевого самоврядування, які було визнано судом неконституційними або недійсними, підлягають відшкодуванню зазначеними органами добровільно або за рішенням суду.

4.5. Для провадження господарської некомерційної діяльності Підприємство залучає і використовує матеріально-технічні, фінансові, трудові та інші види ресурсів, використання яких не заборонено законодавством.

4.6. Підприємство має самостійний баланс, рахунки в Державній казначейській службі України, установах банків, круглу печатку зі своїм найменуванням, штампи, а також бланки з власними реквізитами.

4.7. Підприємство має право укладати угоди (договори), набувати майнових та особистих немайнових прав, нести обов'язки, бути стороною, яка бере участь у справі, що розглядається в судах України, міжнародних та третейських судах.

4.8. Підприємство самостійно визначає свою організаційну структуру, встановлює чисельність і затверджує штатний розпис.

4.9. Підприємство надає медичні послуги на підставі ліцензії на медичну практику. Підприємство має право здійснювати лише ті види медичної практики, які дозволені органом ліцензування при видачі ліцензії на медичну практику.

5. СТАТУТНИЙ КАПІТАЛ. МАЙНО ТА ФІНАНСУВАННЯ

5.1. Майно Підприємства є комунальною власністю і закріплюється за ним на праві оперативного управління. Майно Підприємства становлять необоротні та оборотні активи, основні засоби та грошові кошти, а також інші цінності, передані йому Засновником, вартість яких відображається у самостійному балансі Підприємства.

5.2. Підприємство не має права відчужувати або іншим способом розпоряджатись закріпленим за ним майном, що належить до основних фондів, без попередньої згоди Засновника. Підприємство не має права безоплатно передавати належне йому майно третім особам (юридичним чи фізичним особам), крім випадків, прямо передбачених законодавством. Усі питання, які стосуються відмови від права на земельну ділянку, що перебуває на балансі Підприємства, або її відчуження, вирішуються виключно Засновником.

5.3. Джерелами формування майна та коштів Підприємства є:

5.3.1. Комунальне майно, передане Підприємству відповідно до рішення про його створення.

5.3.2. Кошти місцевого бюджету (бюджетні кошти).

5.3.3. Власні надходження Підприємства: кошти від здачі в оренду (за згодою Засновника) майна, закріпленого на праві оперативного управління; кошти та інше майно, одержані від реалізації продукції (робіт, послуг).

5.3.4. Цільові кошти.

5.3.5. Кошти, отримані за договорами з центральним органом виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення.

5.3.6. Кредити банків.

5.3.7. Майно, придбане у інших юридичних або фізичних осіб.

5.3.8. Майно, що надходить безоплатно або у вигляді безповоротної фінансової допомоги чи добровільних благодійних внесків, пожертвувань юридичних та фізичних осіб; надходження коштів на виконання програм соціально-економічного розвитку регіону, програм розвитку медичної галузі.

5.3.9. Майно та кошти, отримані з інших джерел, не заборонених законодавством України.

5.3.10. Інші джерела, не заборонені законодавством.

Вилучення майна Підприємства може мати місце лише у випадках, передбачених чинним законодавством України.

5.4. Статутний капітал Підприємства становить: _____ (_____) гривень _____ копійок.

5.5. Підприємство може одержувати кредити для виконання статутних завдань під гарантію Засновника.

5.6. Підприємство має право надавати в оренду майно, закріплене за ним на праві оперативного управління, юридичним та фізичним особам відповідно до законодавства України та локальних нормативних актів органів місцевого самоврядування.

5.7. Підприємство самостійно здійснює оперативний, бухгалтерський облік, веде статистичну, бухгалтерську та медичну звітність і подає її органам, уповноваженим здійснювати контроль за відповідними напрямками діяльності Підприємства у визначеному законодавством порядку.

5.8. Власні надходження Підприємства використовуються відповідно до законодавства України.

6. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ

6.1. Підприємство має право:

6.1.1. Звертатися в порядку, передбаченому законодавством, до центральних та місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, а також підприємств і організацій незалежно від форм власності та підпорядкування, для отримання інформації та матеріалів, необхідних для виконання покладених на Підприємство завдань.

6.1.2. Самостійно планувати, організовувати і провадити свою статутну діяльність, визначати основні напрями свого розвитку відповідно до своїх завдань і цілей, у тому числі спрямовувати отримані від господарської діяльності кошти на утримання Підприємства та його матеріально-технічне забезпечення.

6.1.3. Укладати господарські угоди з підприємствами, установами, організаціями незалежно від форм власності та підпорядкування, а також фізичними особами відповідно до законодавства. Здійснювати співробітництво з іноземними організаціями відповідно до законодавства.

6.1.4. Самостійно визначати напрями використання грошових коштів у порядку, визначеному чинним законодавством України, враховуючи норми Статуту.

6.1.5. Здійснювати власне будівництво, реконструкцію, капітальний та поточний ремонт основних фондів у визначеному законодавством порядку.

6.1.6. Залучати підприємства, установи та організації для реалізації своїх статутних завдань у визначеному законодавством порядку.

6.1.7. Співпрацювати з іншими закладами охорони здоров'я, науковими установами та фізичними особами – підприємцями.

6.1.8. Надавати консультативну допомогу з питань, що належать до його компетенції, спеціалістам інших закладів охорони здоров'я за їхнім запитом.

6.1.9. Створювати структурні підрозділи Підприємства відповідно до законодавства.

6.1.10. Здійснювати інші права, що не суперечать законодавству.

6.2. Підприємство:

6.2.1. Створює належні умови для високопродуктивної праці, забезпечує дотримання законодавства про працю, правил та норм охорони праці, техніки безпеки, соціального страхування.

6.2.4. Здійснює бухгалтерський облік, веде фінансову та статистичну звітність згідно з законодавством.

6.3. **Обов'язки Підприємства:**

6.3.1. Керуватись у своїй діяльності Конституцією України, законами України, актами Президента України і Кабінету Міністрів України, нормативно-правовими актами Міністерства охорони здоров'я України, іншими нормативно-правовими актами та цим Статутом.

6.3.2. Планувати свою діяльність з метою реалізації єдиної комплексної політики в галузі охорони здоров'я (за своїм напрямом) в _____ (ОТГ, районі, місті, області) (мети та предмету діяльності).

6.3.3. Створювати для працівників належні та безпечні умови праці, забезпечувати дотримання законодавства України про працю, правил та норм охорони праці, техніки безпеки, соціального страхування.

6.3.4. Забезпечувати своєчасну сплату податкових та інших обов'язкових платежів з урахуванням своєї статутної діяльності та відповідно до законодавства України.

6.3.5. Розробляти та реалізовувати кадрову політику, контролювати підвищення кваліфікації працівників.

6.3.6. Акумуляувати власні надходження та витратити їх з метою забезпечення діяльності Підприємства відповідно до законодавства України та цього Статуту.

7. УПРАВЛІННЯ ПІДПРИЄМСТВОМ

7.1. Управління Підприємством здійснює _____ рада (Засновник).

7.2. Поточне керівництво (оперативне управління) Підприємством здійснює керівник Підприємства – Директор, який призначається на посаду та звільняється з неї за рішенням _____ (сільський, селищний, міський голова або районна, обласна рада) відповідно до порядку, визначеного законодавством та відповідним рішенням _____ ради, та який відповідає кваліфікаційним вимогам МОЗ. Строк найму, права, обов'язки та відповідальність Директора, умови його матеріального забезпечення, інші умови найму визначаються контрактом.

Наглядова рада Підприємства (у разі її утворення) контролює та спрямовує діяльність керівника Підприємства. Порядок утворення Наглядової ради, організація діяльності та ліквідації наглядової ради та її комітетів, порядок призначення членів наглядової ради затверджуються рішенням Засновника.

7.3. **Засновник (Власник):**

7.3.1. Визначає головні напрями діяльності Підприємства, затверджує плани діяльності та звіти про його виконання.

7.3.2. Затверджує статут Підприємства та зміни до нього.

7.3.3. Затверджує фінансовий план Підприємства та контролює його виконання.

7.3.4. Укладає і розриває контракт з Директором Підприємства та здійснює контроль за його виконанням.

7.3.5. Погоджує Підприємству договори про спільну діяльність, за якими використовується нерухоме майно, що перебуває в його оперативному управлінні, кредитні договори та договори застави.

7.3.6. Здійснює контроль за ефективністю використання майна, що є власністю _____ (територіальної громади) або спільною власністю _____ (територіальних громад) і закріплене за Підприємством на праві оперативного управління;

7.3.7. Приймає рішення про реорганізацію та ліквідацію Підприємства, призначає ліквідаційну комісію, комісію з припинення, затверджує ліквідаційний баланс.

7.4. Місцевий (районний) орган виконавчої влади укладає з Підприємством договори про надання медичного обслуговування за рахунок коштів районного бюджету.

7.5. Директор Підприємства:

7.5.1. Діє без довіреності від імені Підприємства, представляє його інтереси в органах державної влади та органах місцевого самоврядування, інших органах, у відносинах з іншими юридичними та фізичними особами, підписує від його імені документи, видає довіреності та делегує право підпису документів іншим посадовим особам Підприємства, укладає договори, відкриває в органах Державної казначейської служби України та установах банків поточні та інші рахунки.

7.5.2. Самостійно вирішує питання діяльності Підприємства, за винятком тих, які віднесено законодавством та цим Статутом до компетенції Засновника.

7.5.3. Організовує роботу Підприємства щодо надання населенню медичної допомоги згідно з вимогами нормативно-правових актів.

7.5.4. Несе відповідальність за формування та виконання фінансового плану і плану розвитку Підприємства, результати його господарської діяльності, виконання показників ефективності діяльності Підприємства, якість послуг, що надаються Підприємством, використання наданого на праві оперативного управління Підприємству майна спільної власності територіальних громад і доходу згідно з вимогами законодавства, цього Статуту та укладених Підприємством договорів.

7.5.5. Користується правом розпорядження майном та коштами Підприємства відповідно до законодавства та цього Статуту. Забезпечує ефективне використання і збереження закріпленого за Підприємством на праві оперативного управління майна.

7.5.6. У межах своєї компетенції видає накази та інші акти, дає вказівки, обов'язкові для всіх підрозділів та працівників Підприємства.

7.5.7. Забезпечує контроль за веденням та зберіганням медичної та іншої документації.

7.5.8. У строки і в порядку, встановленому законодавством, повідомляє відповідні органи про будь-які зміни в даних про Підприємство, внесення яких до Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб – підприємців та громадських формувань є обов'язковим.

7.5.9. Подає в установленому порядку Засновнику квартальну, річну, фінансову та іншу звітність Підприємства, зокрема щорічно до 01 лютого надає Засновнику бухгалтерську та статистичну звітність, інформацію про рух основних засобів, за запитом Засновника надає звіт про оренду майна, а також інформацію про наявність вільних площ, придатних для надання в оренду.

7.5.10. Приймає рішення про прийняття на роботу, звільнення з роботи працівників Підприємства, а також інші передбачені законодавством про працю рішення у сфері трудових відносин, укладає трудові договори з працівниками Підприємства. Забезпечує раціональний добір кадрів, дотримання працівниками правил внутрішнього трудового розпорядку. Створює умови підвищення фахового і кваліфікаційного рівня працівників згідно із затвердженим в установленому порядку штатним розписом.

7.5.11. Забезпечує проведення колективних переговорів, укладення колективного договору в порядку, визначеному законодавством України.

7.5.12. Призначає на посаду та звільняє з посади своїх заступників і головного бухгалтера Підприємства. Призначає на посади та звільняє керівників структурних підрозділів, інших працівників.

7.5.13. Забезпечує дотримання на Підприємстві вимог законодавства про охорону праці, санітарно-гігієнічних та протипожежних норм і правил, створення належних умов праці.

7.5.14. Уживає заходів до своєчасної та в повному обсязі виплати заробітної плати, а також передбачених законодавством податків, зборів та інших обов'язкових платежів.

7.5.15. Несе відповідальність за збитки, завдані Підприємству з вини Директора Підприємства, в порядку, визначеному законодавством.

7.5.16. Затверджує положення про структурні підрозділи Підприємства, інші положення та порядки, що мають системний характер, зокрема:

положення про преміювання працівників за підсумками роботи Підприємства;

порядок надходження і використання коштів, отриманих як благодійні внески, гранти і дарунки;

порядок приймання, зберігання, відпуску та обліку лікарських засобів та медичних виробів.

7.5.17. За погодженням із Засновником та відповідно до вимог законодавства має право укладати договори оренди майна.

7.5.18. Надання в оренду нерухомого майна, загальна площа якого не перевищує 200 кв. м, відбувається за рішенням Директора Підприємства без попереднього погодження із власником у порядку, визначеному законодавством та актами органів місцевого самоврядування.

7.5.19. Вирішує інші питання, віднесені до компетенції Директора Підприємства згідно із законодавством, цим Статутом, контрактом між Засновником і Директором Підприємства.

7.6. З метою сприяння діяльності на Підприємстві може утворюватися Опікунська рада. Діяльність, склад та інші питання щодо Опікунської ради регулюється Положенням, яке затверджується наказом Директора.

7.7. Директор Підприємства та головний бухгалтер несуть персональну відповідальність за дотримання порядку ведення і достовірність обліку та статистичної звітності у встановленому законодавством порядку.

7.8. У разі відсутності Директора Підприємства або неможливості виконувати свої обов'язки з інших причин, обов'язки виконує заступник Директора або інша особа згідно з функціональними (посадовими) обов'язками.

8. ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА ПІДПРИЄМСТВА

8.1. Структура Підприємства включає:

8.1.1. Адміністративно-управлінський відділ.

8.1.2. Допоміжні підрозділи, у тому числі господарчі.

8.1.3. Лікувально-профілактичні підрозділи (амбулаторії, які можуть включати фельдшерсько-акушерські пункти, фельдшерські пункти, медичні пункти).

8.2. Структура Підприємства, порядок внутрішньої організації та сфери діяльності структурних підрозділів Підприємства затверджуються Директором Підприємства.

8.3. Функціональні обов'язки та посадові інструкції працівників Підприємства затверджуються його Директором.

8.4. Штатну чисельність Підприємства Директор визначає на власний розсуд на підставі фінансового плану Підприємства, погодженого в установленому законодавством та цим Статутом порядку з урахуванням необхідності створення відповідних умов для забезпечення належної доступності та якості медичної допомоги.

9. ПОВНОВАЖЕННЯ ТРУДОВОГО КОЛЕКТИВУ

9.1. Працівники Підприємства мають право брати участь в управлінні Підприємством через загальні збори трудового колективу, професійні спілки, які діють у трудовому колективі, Спостережну раду, інші органи, уповноважені трудовим колективом на представництво, вносити пропозиції щодо поліпшення роботи Підприємства, а також з питань соціально-культурного і побутового обслуговування.

Представники первинної профспілкової організації представляють інтереси працівників в органах управління Підприємства відповідно до законодавства.

Підприємство зобов'язане створювати умови, які забезпечують участь працівників у його управлінні.

9.2. Трудовий колектив Підприємства складається з усіх працівників, які своєю працею беруть участь у його діяльності на основі трудового договору (контракту, угоди) або інших форм, що регулюють трудові відносини працівника з Підприємством.

9.3. До складу органів, через які трудовий колектив реалізує своє право на участь в управлінні Підприємством, не може обиратися Директор Підприємства. Повноваження цих органів визначаються законодавством.

9.4. Виробничі, трудові та соціальні відносини трудового колективу з адміністрацією Підприємства регулюються колективним договором.

9.5. Право укладання колективного договору надається Директору Підприємства, а від імені трудового колективу – уповноваженому ним органу.

Сторони колективного договору звітують на загальних зборах колективу не менш ніж один раз на рік.

9.6. Питання щодо поліпшення умов праці, життя і здоров'я, гарантії обов'язкового медичного страхування працівників Підприємства та їхніх сімей, а також інші питання соціального розвитку вирішуються трудовим колективом відповідно до законодавства, цього Статуту та колективного договору.

9.7. Джерелом коштів на оплату праці працівників Підприємства є кошти, отримані за результатами його господарської некомерційної діяльності.

Форми і системи оплати праці, норми праці, розцінки, тарифні ставки, схеми посадових окладів, умови запровадження та розміри надбавок, доплат, премій, винагород та інших заохочувальних, компенсаційних і гарантійних виплат встановлюються у колективному договорі з дотриманням норм і гарантій, передбачених законодавством, Генеральною та Галузевою угодами.

Мінімальна заробітна плата працівників не може бути нижчою від встановленого законодавством мінімального розміру заробітної плати.

Умови оплати праці та матеріального забезпечення Директора Підприємства визначаються контрактом, укладеним із Засновником.

9.8. Працівники Підприємства провадять свою діяльність відповідно до Статуту, колективного договору та посадових інструкцій згідно з законодавством.

10. КОНТРОЛЬ ТА ПЕРЕВІРКА ДІЯЛЬНОСТІ

10.1. Підприємство самостійно здійснює оперативний та бухгалтерський облік результатів своєї діяльності та веде обробку та облік персональних даних працівників, а також веде юридичну, фінансову і кадрову звітність. Порядок ведення бухгалтерського обліку та обліку персональних даних, статистичної, фінансової та кадрової звітності визначається законодавством України.

10.2. Підприємство несе відповідальність за своєчасне і достовірне подання передбачених форм звітності відповідним органам.

10.3. Контроль за фінансово-господарською діяльністю Підприємства здійснюють відповідні державні органи в межах їхніх повноважень та встановленого законодавством України порядку.

10.4. Засновник має право здійснювати контроль фінансово-господарської діяльності Підприємства і контроль за якістю та обсягом надання медичної допомоги. Підприємство подає Засновнику, на його вимогу, бухгалтерський звіт та іншу документацію, яка стосується фінансово-господарської, кадрової, медичної діяльності.

10.5. Контроль якості надання медичної допомоги на Підприємстві здійснюється шляхом експертизи відповідності якості наданої медичної допомоги міжнародним принципам доказової медицини, вимогам галузевих стандартів в сфері охорони здоров'я та законодавству.

11. ПРИПИНЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ

11.1. Припинення діяльності Підприємства здійснюється шляхом його реорганізації (злиття, приєднання, поділу, перетворення) або ліквідації – за рішенням Засновника, а у випадках, передбачених законодавством України, – за рішенням суду або відповідних органів державної влади.

11.2. У разі припинення Підприємства (ліквідації, злиття, поділу, приєднання або перетворення) усі активи Підприємства передаються одній або кільком неприбутковим організаціям відповідного виду або зараховуються до доходу бюджету.

11.3. Ліквідація Підприємства здійснюється ліквідаційною комісією, яка утворюється Засновником або за рішенням суду.

11.4. Порядок і строки проведення ліквідації, а також строк для пред'явлення вимог кредитором, що не може бути меншим ніж два місяці з дня опублікування рішення про ліквідацію, визначаються органом, який прийняв рішення про ліквідацію.

11.5. Ліквідаційна комісія розміщує у друкованих засобах масової інформації повідомлення про припинення юридичної особи та про порядок і строк заявлення кредитором вимог до неї, а наявних (відомих) кредиторів повідомляє особисто в письмовій формі у визначені законодавством строки.

Одночасно ліквідаційна комісія вживає усіх необхідних заходів зі стягнення дебіторської заборгованості Підприємства.

11.6. З моменту призначення ліквідаційної комісії до неї переходять повноваження з управління Підприємством. Ліквідаційна комісія складає ліквідаційний баланс та подає його органу, який призначив ліквідаційну комісію. Достовірність і повнота ліквідаційного балансу перевіряються в установленому законодавством порядку.

Ліквідаційна комісія виступає в суді від імені Підприємства, що ліквідується.

11.7. Черговість і порядок задоволення вимог кредиторів визначаються відповідно до законодавства.

11.8. Працівникам Підприємства, які звільняються у зв'язку з його реорганізацією чи ліквідацією, гарантується дотримання їхніх прав та інтересів відповідно до законодавства про працю.

11.9. Підприємство є таким, що припинило свою діяльність, із дати внесення до Єдиного державного реєстру запису про державну реєстрацію припинення юридичної особи.

11.10. Усе, що не передбачено цим Статутом, регулюється законодавством України.

12. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО СТАТУТУ ПІДПРИЄМСТВА

12.1. Зміни до цього Статуту вносяться за рішенням Засновника шляхом викладення Статуту в новій редакції.

12.2. Зміни до цього Статуту підлягають обов'язковій державній реєстрації у порядку, встановленому законодавством України.

Рекомендації

щодо формування спроможної мережі надання первинної медичної допомоги в Царичанському районі Дніпропетровської області

Ці рекомендації сформовано на основі наявної мережі надання первинної медичної допомоги (ПМД) Комунальним некомерційним підприємством (КНП) «Царичанський центр первинної медико-санітарної допомоги» (ЦПМСД) Царичанської селищної ради (ЦСР) і даних Царичанської об'єднаної територіальної громади (ОТГ) з урахуванням вимог та критеріїв спроможності мережі надання ПМД, визначених у Порядку формування спроможних мереж надання первинної допомоги, який розроблено Міністерством охорони здоров'я України (МОЗ) спільно з Міністерством регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України (Мінрегіон) (далі – Порядок) і надіслано до обласних державних адміністрацій 06.12.2017.

Наявна мережа КНП «Царичанський ЦПМСД» Царичанської селищної ради

Наявна мережа КНП «Царичанський ЦПМСД» Царичанської селищної ради покриває територію всього Царичанського району і налічує 7 амбулаторій (Табл. 1) та 14 ФАПів (Табл. 2).

Таблиця 1. Наявні амбулаторії КНП «Царичанський ЦПМСД» ЦСР

№	Назва	Адреса	Широта	Довгота	Населення	Коментарі
1.	Царичанська амбулаторія КНП «Царичанський ЦПМСД» ЦСР	Смт Царичанка, вул. Царичанська, 134-А	48.955	34.463627	7 598	Обслуговує: с. Драгівка – 282 особи; с. Дубове – 301 особа; с. Калинівка – 110 осіб.
2.	Бабайківська амбулаторія КНП «Царичанський ЦПМСД» ЦСР	С. Бабайківка, вул. Приорільська, 63-А	49.0106	34.520627	1 218	Обслуговує: с. Вербове – 16 осіб; с. Івано-Яризівка – 465 осіб; с. Кущівка – 147 осіб.
3.	Прядівська амбулаторія КНП «Царичанський ЦПМСД» ЦСР	С. Прядівка, вул. Мечникова, 4-А	48.911	34.700239	1 637	
4.	Новопідкрязька амбулаторія КНП «Царичанський ЦПМСД» ЦСР	С. Новопідкрязж, вул. Комарова, 40	48.8333	34.572404	1 089	Обслуговує: с. Супина – 157 осіб.
5.	Рудківська амбулаторія КНП «Царичанський ЦПМСД» ЦСР	С. Рудка, вул. Шевченка, 3	48.8895	34.361861	818	Обслуговує: с. Кравцівка – 369 осіб; с. Рибалки – 219 осіб.

Додаток 11. Рекомендації щодо формування спроможної мережі надання первинної медичної допомоги в Царичанському районі Дніпропетровської області

№	Назва	Адреса	Широта	Довгота	Населення	Коментарі
6.	Молодіжнянська амбулаторія КНП «Царичанський ЦПМСД» ЦСР	Селище Молодіжне, вул. Паркова, 3	48.7966	34.305522	712	
7.	Могилівська амбулаторія КНП «Царичанський ЦПМСД» ЦСР	С. Могилів, вул. Харківська, 20	48.8642	34.485054	2 538	

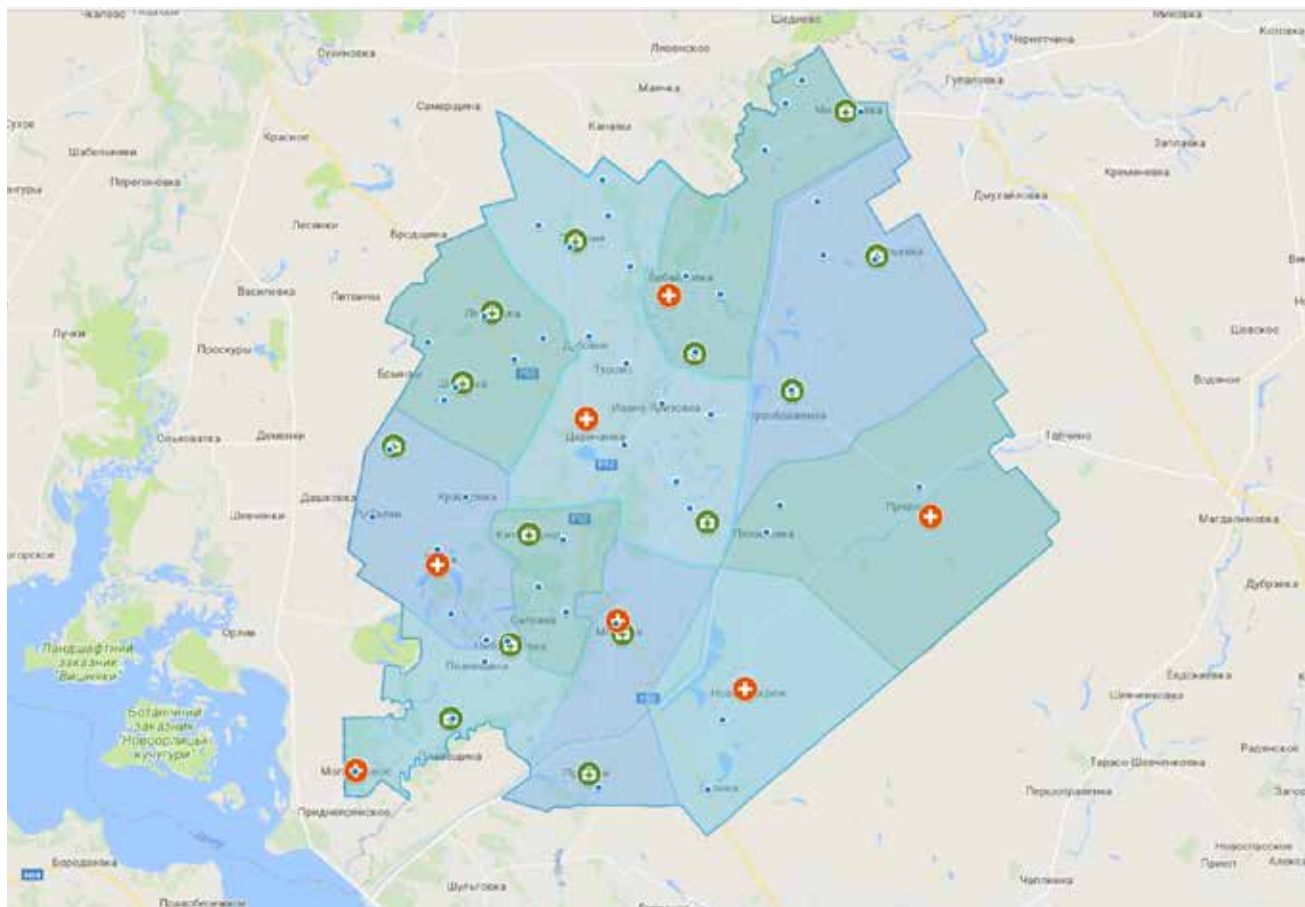
Таблиця 2. Наявні ФАПи

№	Назва	Адреса	Latitude	Longitude	Населення	Коментарі
1.	Лисківський ФАП Царичанської амбулаторії КНП «Царичанський ЦПМСД» ЦСР	С. Лисківка, вул. Центральна, 6	48.908454	34.546859	320	Обслуговує: с. Пилипівка – 3 особи; с. Селянівка – 206 осіб; с. Тарасівка – 50 осіб; с. Турове – 186 осіб.
2.	Новостроївський ФАП Бабайківської амбулаторії КНП «Царичанський ЦПМСД» ЦСР	С. Новостроївка, вул. Новостроївська, 7	48.984271	34.538097	342	
3.	Михайлівський ФАП Бабайківської амбулаторії КНП «Царичанський ЦПМСД» ЦСР	С. Михайлівка, вул. Воронова, 3	49.0918992	34.6418722	375	Обслуговує: с. Гнатівка – 180 осіб; с. Заорілля – 31 особа; с. Червона Орілька – 48 осіб.
4.	Юр'ївський ФАП Прядівської амбулаторії КНП «Царичанський ЦПМСД» ЦСР	С. Юр'ївка, вул. Центральна, 38-Б	49.02814	34.6631	581	Обслуговує: с. Ненадівка – 184 особи.
5.	Преображенський ФАП Прядівської амбулаторії КНП «Царичанський ЦПМСД» ЦСР	С. Преображенка, вул. Центральна, 36-А	48.96778	34.60419	910	Обслуговує: с. Семенівка – 37 осіб.
6.	Китайгородський ФАП Царичанської амбулаторії КНП «Царичанський ЦПМСД» ЦСР	С. Китайгород, вул. Китайгородська, 11-А	48.90303	34.424397	2 445	
7.	Щербинівський ФАП Царичанської амбулаторії КНП «Царичанський ЦПМСД» ЦСР	С. Щербинівка, вул. Шевченка, 11	48.942999	34.331705	130	

Додаток 11. Рекомендації щодо формування спроможної мережі надання первинної медичної допомоги в Царичанському районі Дніпропетровської області

№	Назва	Адреса	Latitude	Longitude	Населення	Коментарі
8.	Катеринівський ФАП Молодіжнлянської амбулаторії КНП «Царичанський ЦПМСД» ЦСР	С. Катеринівка, вул. Калинова, 15-А	48.833649	34.2349623	92	Обслуговує: с. Єгорине – 183 особи; с. Зубківка – 56 осіб; с. Новоселівка – 62 особи; с. Плавещина – 140 осіб; с. Салівка – 202 особи.
9.	Цибульківський ФАП Молодіжнлянської амбулаторії КНП «Царичанський ЦПМСД» ЦСР	С. Цибульківка, вул. Шкільна, 1	48.85321	34.411576	381	
10.	Зорянський ФАП Могилівської амбулаторії КНП «Царичанський ЦПМСД» ЦСР	С. Могилів, вул. Центральна, 58-А	48.858277	34.488444	1 252	
11.	Проточанський ФАП Могилівської амбулаторії КНП «Царичанський ЦПМСД» ЦСР	С. Проточі, вул. Центральна, 4	48.795273	34.465635	197	
12.	Ляшківський ФАП Царичанської амбулаторії КНП «Царичанський ЦПМСД» ЦСР	С. Ляшківка, вул. Соборна, 1	49.002947	34.399173	892	Обслуговує: с. Назаренки – 14 осіб; с. Орлівка – 198 осіб.
13.	Шарівський ФАП Царичанської амбулаторії КНП «Царичанський ЦПМСД» ЦСР	С. Шарівка, вул. Весняна, 45	48.971382	34.378535	257	
14.	Залеліївський ФАП Царичанської амбулаторії КНП «Царичанський ЦПМСД» ЦСР	С. Залелія, вул. Чкалова, 9-В	49.035096	34.456322	368	Обслуговує: с. Андріївка – 13 осіб; с. Лозуватка – 166 осіб; с. Нетесівка – 224 особи; с. Помазанівка – 30 осіб.

Рисунок 1. Карта наявної мережі КНП «Царичанський ЦПМСД» Царичанської селищної ради



⊕ Амбулаторія

⊕ ФАП

Інтерактивна карта мережі КНП «Царичанський ЦПМСД» Царичанської селищної ради знаходиться за посиланням:

https://drive.google.com/open?id=1_WFsp3yZJ4mVMY1rKwOAuO59ByVgTPV3&usp=sharing

Пропозиції

щодо формування спроможної мережі КНП «Царичанський ЦПМСД» Царичанської селищної ради в межах Царичанського району Дніпропетровської області

1. На базі наявної мережі ПМД сформувати 10 територій доступності (ТД) згідно з вимогами та критеріями спроможної мережі ПМД, визначеними у Порядку формування спроможної мережі ПМД:

1) Одна **центральна ТД (Царичанська ТД)**, населення – 10 263 особи.

Обслуговує:

- смт Царичанка – 7 609 осіб;
- с. Івано-Яризівка – 640 осіб;
- с. Вербове – 20 осіб;
- с. Драгівка – 284 особи;
- с. Лисківка – 367 осіб;
- с. Турове – 131 особа;
- с. Дубове – 295 осіб;
- с. Зелелія – 394 особи;
- с. Помазанівка – 47 осіб;
- с. Лозуватка – 196 осіб;
- с. Андріївка – 21 особа;
- с. Нетесівка – 259 осіб.

2) Три **периферійні ТД I рівня**:

• **Могилівська ТД**, населення – 4 289 осіб.

Обслуговує:

- с. Могилів – 4 099 осіб;
- с. Проточі – 190 осіб.

• **Бабайківська ТД**, населення – 2 622 особи.

Обслуговує:

- с. Бабайківка – 1 459 осіб;
- с. Кущівка – 259 осіб;
- с. Новостроївка – 389 осіб;
- с. Гнатівка – 129 осіб;
- с. Михайлівка – 323 особи;
- с. Червона Орілька – 30 осіб;
- с. Заорілля – 33 особи.

• **Китайгородська ТД**, населення – 2 621 особа.

Обслуговує:

- с. Китайгород – 2 295 осіб;
- с. Салівка – 158 осіб;
- с. Єгорино – 168 осіб.

3) Шість периферійних ТД II рівня:

- **Прядівська ТД**, населення – 1 880 осіб.
Обслуговує:
 - с. Прядівка – 1 809 осіб;
 - с. Пилипівка – 3 особи;
 - с. Калинівка – 69 осіб.
- **Новопідкрязька ТД**, населення – 1 025 осіб.
Обслуговує:
 - с. Новопідкрязж – 899 осіб;
 - с. Супина – 126 осіб.
- **Рудківська ТД**, населення – 1 787 осіб.
Обслуговує:
 - с. Рудка – 707 осіб;
 - с. Новоселівка – 57 осіб;
 - с. Щербинівка – 94 особи;
 - с. Рибалки – 165 осіб;
 - с. Цибулівка – 390 осіб;
 - с. Кравцівка – 313 осіб;
 - с. Зубківка – 61 особа.
- **Молодіжнянська ТД**, населення – 913 осіб.
Обслуговує:
 - селище Молодіжне – 677 осіб;
 - с. Катеринівка – 88 осіб;
 - с. Плавещина – 148 осіб.
- **Преображенківська ТД**, населення – 1 565 осіб.
Обслуговує:
 - с. Преображенка – 824 особи;
 - с. Юр'івка – 581 особа;
 - с. Семенівка – 11 осіб;
 - с. Ненадівка – 149 осіб.
- **Ляшківська ТД**, населення – 2 003 особи.
Обслуговує:
 - с. Ляшківка – 1 108 осіб;
 - с. Тарасівка – 24 особи;
 - с. Селянівка – 191 особа;
 - с. Назаренки – 27 осіб;
 - с. Шарівка – 369 осіб;
 - с. Орлівка – 284 особи.

2. У центрі кожної ТД розмістити амбулаторію ПМД:

- Царичанська ТД – Царичанський центр ПМСД на 6 лікарів;
- Могилівська ТД – Могилівська амбулаторія групової практики (АГ) на 2-3 лікарі;
- Бабайківська ТД – Бабайківська амбулаторія групової практики (АГ) на 2 лікарі;
- Прядівська ТД – Прядівська амбулаторія монопрактики (АМ) на 1 лікаря;
- Новопідкрязька ТД – Новопідкрязька амбулаторія монопрактики (АМ) на 1 лікаря;
- Рудківська ТД – Рудківська амбулаторія монопрактики (АМ) на 1 лікаря;
- Молодіжнянська ТД – Молодіжнянська амбулаторія монопрактики (АМ) на 1 лікаря;
- Китайгородська ТД – Китайгородська амбулаторія групової практики (АГ) на 2 лікарі;
- Преображенківська ТД – Преображенківська амбулаторія монопрактики (АМ) на 1 лікаря;
- Ляшківська ТД – Ляшківська амбулаторія монопрактики (АМ) на 1 лікаря.

Уже наявні амбулаторії: Царичанський центр ПМСД, Могилівська, Бабайківська, Прядівська, Новопідкрязька, Рудківська та Молодіжнянська амбулаторії.

Нові амбулаторії: Китайгородська, Преображенківська та Ляшківська, утворені на базі наявних Китайгородського, Преображенківського та Ляшківського ФАПів.

3. Для забезпечення територіальної доступності населення до послуг ПМД доцільно залишити наявні пункти здоров'я (ФАПи):

- Залеліївський ФАП, підпорядкований Царичанському центру ПМСД;
- Михайлівський ФАП, підпорядкований Бабайківській амбулаторії;
- Юр'ївський ФАП, підпорядкування якого змінити з Прядківської амбулаторії на новостворену Преображенківську амбулаторію.

4. Згідно з критеріями Порядку, не є доцільним збереження наявних ФАПів:

- Лисківського, Шарівського та Щербинівського ФАПів Царичанської амбулаторії;
- Новостроївського ФАПу Бабайківської амбулаторії;
- Катеринівського та Цибульківського ФАПів Молодіжнянської амбулаторії;
- Зорянського та Проточанського ФАПів Могилівської амбулаторії;

Деталі наведено в **Табл. 3** і **Табл. 4**.

Карту спроможної мережі КНП «Царичанський ЦПМСД» Царичанської селищної ради наведено на **Рис 2**.

Додаток 11. Рекомендації щодо формування спроможної мережі надання первинної медичної допомоги в Царичанському районі Дніпропетровської області

Таблиця 3. Території доступності та амбулаторії спроможної мережі ПМД

№	Назва території доступності (ТД)	Населення, осіб	Тип ТД	Назва амбулаторії	Наявна / нова	Тип амбулаторії	Рекомендована кількість лікарів	Адреса	Координати	Обслуговує	Наявність пунктів здоров'я (ПЗ)	Коментарі
1.	Царичанська ТД	10 263	Центральна	Царичанська амбулаторія КНП «Царичанський ЦПМСД» ЦСР	Наявна	Центр ПМД (Ц)	6	Смт Царичанка, вул. Царичанська, 134-А	Широта: 48.95498 Довгота: 34.463627	Обслуговує: смт Царичанка – 7 609 осіб; с. Івано-Яризівка – 640 осіб; с. Вербова – 20 осіб; с. Драгівка – 284 особи; с. Лисківка – 367 осіб; с. Турове – 131 особа; с. Дубове – 295 осіб; с. Залелія – 394 особи; с. Помазанівка – 47 осіб; с. Лузуватка – 196 осіб; с. Андріївка - 21 особа; с. Нетесівка – 259 осіб.	Залеліївський ФАП	На базі Київгородського ФАПу створено амбулаторію АМ та окрему ТД. На базі Ляшківського ФАПу створено амбулаторію АМ та окрему ТД. Згідно з Порядком, наявність Лисківського, Шарівського та Щербинівського ФАПів Царичанської амбулаторії не є доцільною.
2.	Бабайківська ТД	2 622	Периферійна II рівня	Бабайківська амбулаторія КНП «Царичанський ЦПМСД» ЦСР	Наявна	Групова практика (АГ)	2	С. Бабайківка, вул. Приорільська, 63-А	Широта: 49.01059 Довгота: 34.520627	Обслуговує: с. Бабайківка – 1 459 осіб; с. Куцівка – 259 осіб; с. Новостроївка – 389 осіб; с. Гнатівка – 129 осіб; с. Михайлівка – 323 особи; с. Червона Орілька – 30 осіб; с. Заорілля – 33 особи.	Михайлівський ФАП	Згідно з Порядком, наявність Новостроївського ФАПу Бабайківської амбулаторії не є доцільною.

Додаток 11. Рекомендації щодо формування спроможної мережі надання первинної медичної допомоги в Царичанському районі Дніпропетровської області

№	Назва території доступності (ТД)	Населення, осіб	Тип ТД	Назва амбулаторії	Наявна / нова	Тип амбулаторії	Рекомендована кількість лікарів	Адреса	Координати	Обслуговує	Наявність пунктів здоров'я (ПЗ)	Коментарі
3.	Прядівська ТД	1 880	Периферійна II рівня	Прядівська амбулаторія КНП «Царичанський ЦПМСД» ЦСР	Наявна	Моно-практика (АМ)	1	С. Прядівка, вул. Мечникова, 4-А	Широта: 48.91105 Довгота: 34.700239	Обслуговує: с. Прядівка – 1 809 осіб; с. Пиліпівка – 2 особи; с. Калинівка – 69 осіб.		Преображенський ФАП Прядівської амбулаторії перетворюється на амбулаторію АМ, створюється окрема ТД Юр'ївський ФАП Прядівської амбулаторії буде підпорядковуватись Преображенківській амбулаторії.
4.	Новопідкрязька ТД	1 025	Периферійна II рівня	Новопідкрязька амбулаторія КНП «Царичанський ЦПМСД» ЦСР	Наявна	Моно-практика (АМ)	1	С. Новопідкрязь, вул. Комарова, 40	Широта: 48.83328 Довгота: 34.572404	Обслуговує: с. Новопідкрязь – 899 осіб; с. Сулина – 126 осіб.		
5.	Рудківська ТД	1 787	Периферійна II рівня	Рудківська амбулаторія КНП «Царичанський ЦПМСД» ЦСР	Наявна	Моно-практика (АМ)	1	С. Рудка, вул. Шевченка, 3	Широта: 48.88952 Довгота: 34.361861	Обслуговує: с. Рудка – 707 осіб; с. Новоселівка – 57 осіб; с. Щербинівка – 94 особи; с. Рибалки – 165 осіб; с. Цибулівка – 390 осіб; с. Кравцівка – 313 осіб; с. Зубківка – 61 особа.		
6.	Молодіжнянська ТД	913	Периферійна II рівня	Молодіжнянська амбулаторія КНП «Царичанський ЦПМСД» ЦСР	Наявна	Моно-практика (АМ)	1	Селище Молодіжне, вул. Паркова, 3	Широта: 48.79612 Довгота: 34.30515	Обслуговує: с-ще Молодіжне – 677 осіб; с. Катеринівка – 88 осіб; с. Плавещина – 148 осіб.		Згідно з Порядком, наявність Катеринівського та Цибулівського ФАПів Молодіжнянської амбулаторії не є доцільною.

Додаток 11. Рекомендації щодо формування спроможної мережі надання первинної медичної допомоги в Царичанському районі Дніпропетровської області

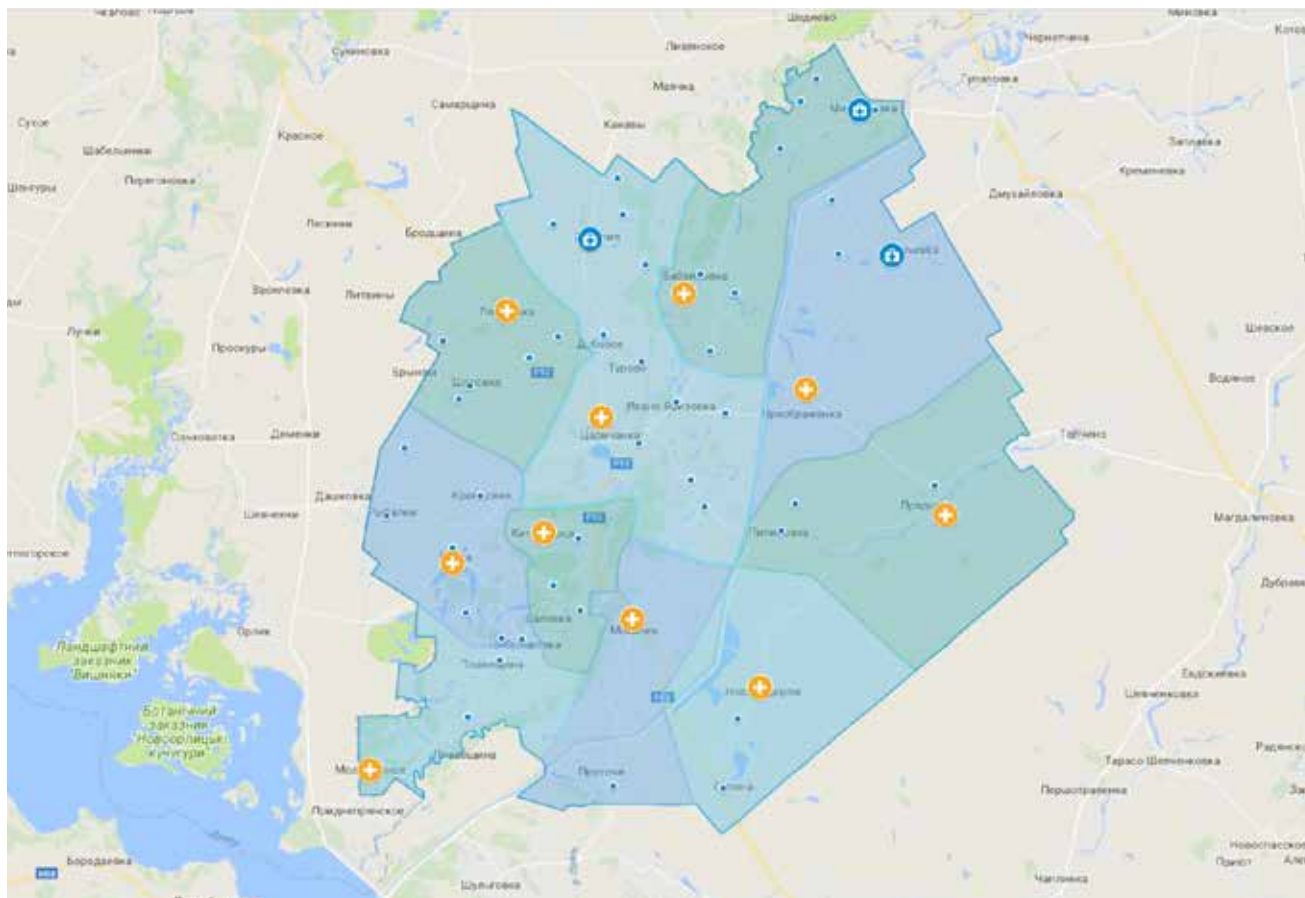
№	Назва території доступності (ТД)	Населення, осіб	Тип ТД	Назва амбулаторії	Наявна / нова	Тип амбулаторії	Рекомендована кількість лікарів	Адреса	Координати	Обслуговує	Наявність пунктів здоров'я (ПЗ)	Коментарі
7.	Могилівська ТД	4 289	Периферійна I рівня	Могилівська амбулаторія КНП «Царичанський ЦПМСД» ЦСР	Наявна	Групова практика (АГ)	2-3	С. Могилів, вул. Харківська, 20	Широта: 48.86423 Довгота: 34.485054	Обслуговує: с. Могилів – 4 099 осіб; с. Проточі – 190 осіб.		Згідно з Порядком, наявність Зорянського та Проточанського ФАПів Могилівської амбулаторії не є доцільною.
8.	Китайгородська ТД	2 621	Периферійна II рівня	Китайгородська амбулаторія КНП «Царичанський ЦПМСД» ЦСР	Нова	Групова практика (АГ)	2	С. Китайгород, вул. Китайгородська, 11-А	Широта: 48.90303 Довгота: 34.424397	Обслуговує: с. Китайгород – 2 295 осіб; с. Салівка – 158 осіб; с. Єгорино – 168 осіб.		Амбулаторію АМ створено на базі Китайгородського ФАПу.
9.	Преображенківська ТД	1 565	Периферійна II рівня	Преображенківська амбулаторія КНП «Царичанський ЦПМСД» ЦСР	Нова	Моно-практика (АМ)	1	С. Преображенка, вул. Центральна, 36-А	Широта: 48.96778 Довгота: 34.60419	Обслуговує: с. Преображенка – 824 особи; с. Юр'івка – 581 особа; с. Семенівка – 11 осіб; с. Ненадівка – 149 осіб.	Юр'івський ФАП	Амбулаторію АМ створено на базі Преображенківського ФАПу. Підпорядкування Юр'івського ФАПу переходить від Прядківської амбулаторії до Преображенківської амбулаторії.
10.	Ляшківська ТД	2 003	Периферійна II рівня	Ляшківська амбулаторія КНП «Царичанський ЦПМСД» ЦСР	Нова	Моно-практика (АМ)	1	С. Ляшківка, вул. Соборна, 1	Широта: 49.00295 Довгота: 34.399173	Обслуговує: с. Ляшківка – 1 108 осіб; с. Тарасівка – 24 особи; с. Селянівка – 191 особа; с. Назаренки – 27 осіб; с. Шарівка – 369 осіб; с. Орлівка – 284 особи.		Амбулаторію АМ створено на базі Ляшківського ФАПу.

Додаток 11. Рекомендації щодо формування спроможної мережі надання первинної медичної допомоги в Царичанському районі Дніпропетровської області

Таблиця 4. Пункти здоров'я спроможної мережі ПМД

№	Назва пункту здоров'я	ТД, до якої відноситься	Адреса	Широта	Довгота	Населення, осіб	Обслуговує
1.	Михайлівський ФАП Бабайківської амбулаторії КНП «Царичанський ЦПМСД» ЦСР	Бабайківська ТД	С. Михайлівка, вул. Воронова, 3	49.0918992	34.6418722	515	Обслуговує: с. Гнатівка – 129 осіб; с. Михайлівка – 323 особи; с. Червона Орілька – 30 осіб; с. Заорілля – 33 особи.
2.	Юр'ївський ФАП Преображенківської амбулаторії КНП «Царичанський ЦПМСД» ЦСР	Преображенківська ТД	С. Юр'ївка, вул. Центральна, 38-Б	49.02814	34.6631	741	Обслуговує: с. Юр'ївка – 581 особа; с. Ненадівка – 149 осіб; с. Семенівка – 11 осіб.
3.	Залеліївський ФАП Царичанської амбулаторії КНП «Царичанський ЦПМСД» ЦСР	Царичанська ТД	С. Залелія, вул. Чкалова, 9-В	49.035096	34.456322	917	Обслуговує: с. Залелія – 394 особи; с. Помазанівка – 47 осіб; с. Лозуватка – 196 осіб; с. Андріївка – 21 особа; с. Нетесівка – 259 осіб.

Рисунок 2. Карта проекту спроможної мережі КНП «Царичанський ЦПМСД» Царичанської селищної ради



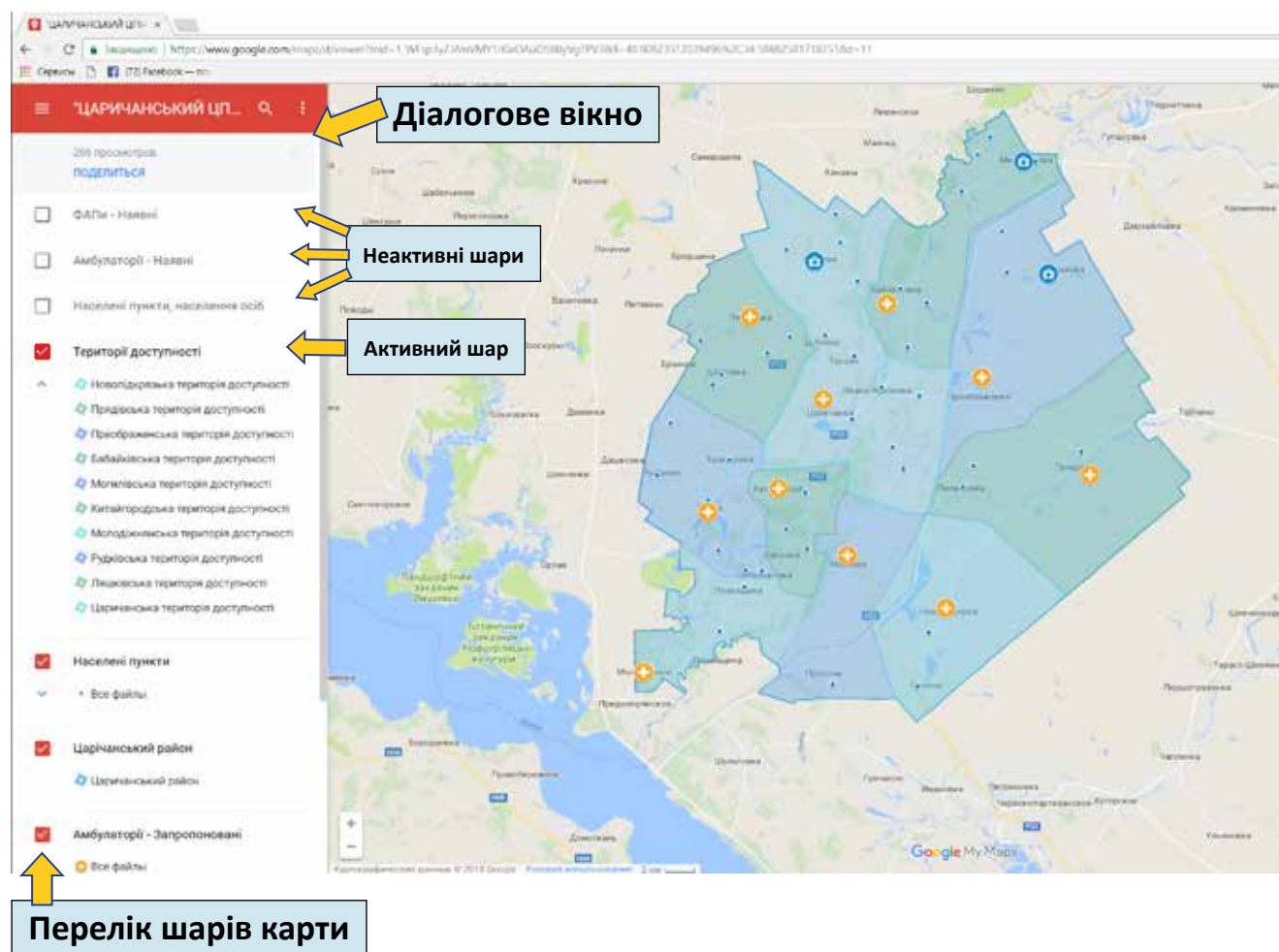
- ⊕ Амбулаторія
- ⊕ Пункт здоров'я

Коротка інструкція щодо роботи з інтерактивною картою КНП «Царичанський ЦПМСД» Царичанської селищної ради

Карту розроблено в Google Maps.

За посиланням ви знайдете карту Царичанського району Дніпропетровської області з нанесеними структурними підрозділами КНП «Царичанський ЦПМСД» Царичанської селищної ради:

https://drive.google.com/open?id=1_WFsp3yZJ4mVMY1rKwOAU059ByVgTPV3&usp=sharing







Ви можете змінювати масштаб карти і пересувати її в різні напрямки за допомогою правої кнопки мишки комп'ютера та її скролера.

Наявна карта називається «Царичанський ЦПМСД Царичанської селищної ради» і має декілька шарів, які відображаються в діалоговому вікні в лівій частині екрана.

Не всі шари можуть одночасно відображатися в діалоговому вікні, тому, прокручуючи скролер мишки комп'ютера, ви можете знайти той шар, який вам потрібен.

Кожен шар має свою назву. Шари можна активувати та деактивувати за допомогою позначок . Якщо цю позначку не поставлено навпроти назви шару, то шар є неактивним і не відображається на карті. Неактивні шари підписано сірим шрифтом.

Усі активні шари мають навпроти відповідної назви позначку , підписані чорним шрифтом та відображаються на карті.

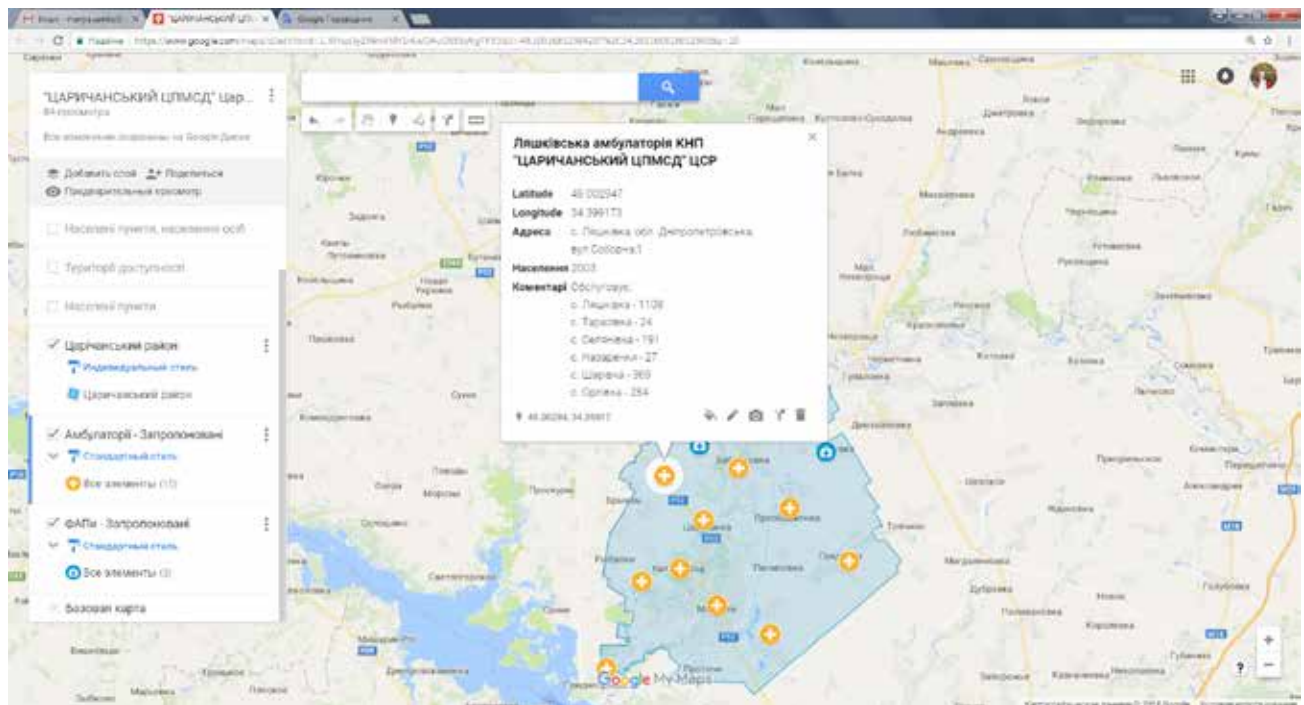
- 1) **ФАПи наявні:** всі наявні ФАПи ЦПМСД. Вказуються на карті за допомогою позначення .
- 2) **Амбулаторії наявні:** всі наявні амбулаторії ЦПМСД. Вказуються на карті за допомогою позначення .
- 3) **Населені пункти, населення, осіб:** підписи населених пунктів району з кількістю населення в них.
- 4) **Території доступності:** запропоновані Проектом території доступності населення до ПМД згідно з Порядком формування спроможних мереж надання ПМД.
- 5) **Царичанський район:** шар – межі Царичанського району.
- 6) **Населені пункти:** позначення всіх населених пунктів у районі.
- 7) **Амбулаторії запропоновані:** запропоновані Проектом амбулаторії спроможної мережі ПМД Царичанського ЦПМСД. Вказуються на карті як .
- 8) **ФАПи запропоновані:** запропоновані Проектом ФАПи спроможної мережі ПМД Царичанського ЦПМСД. Вказуються на карті за допомогою позначення .

Якщо активувати шари наявної і запропонованої мережі за різними кольором позначень амбулаторій і ФАПів, можна простежити, які зміни пропонуються у структурних підрозділах у межах наявної мережі ПМД.

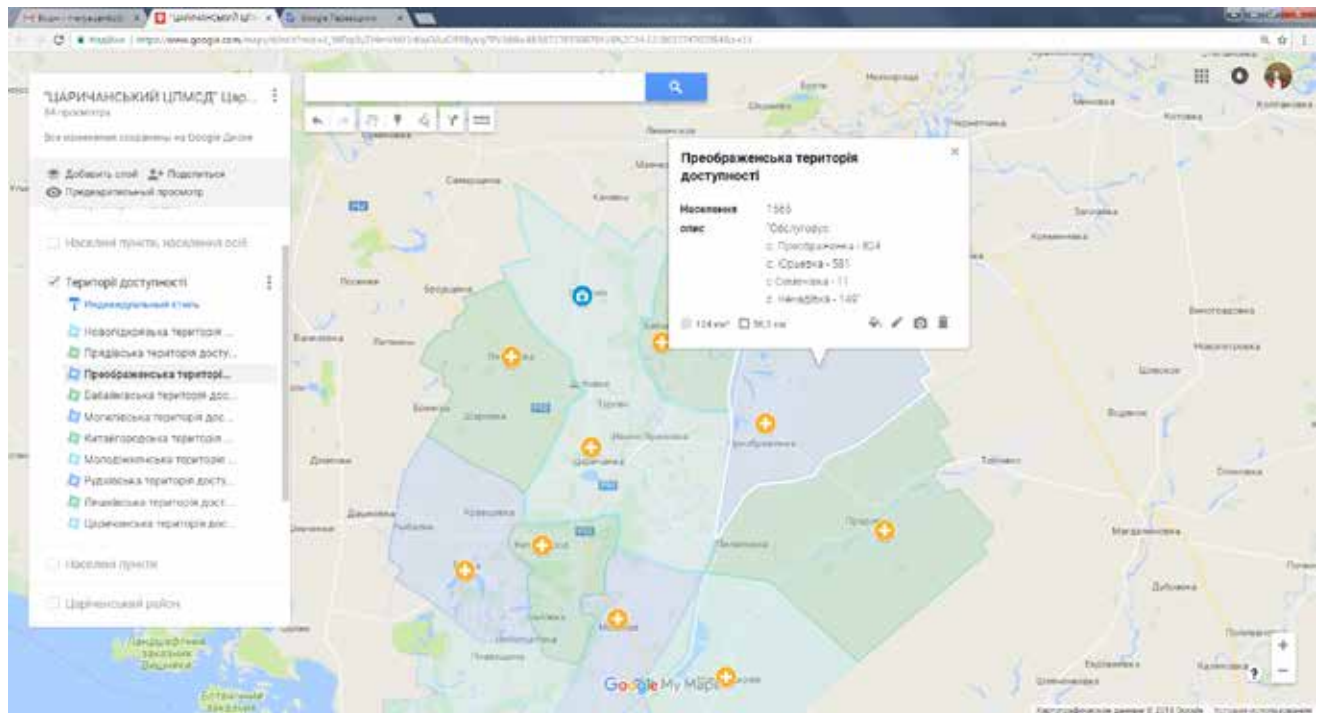
При натисканні на позначення амбулаторії чи ФАПу ви зможете отримати детальну інформацію про цей заклад:

- назва структурного підрозділу;
- його координати;
- адреса;
- кількість населення, яке обслуговує заклад;
- перелік населених пунктів, які обслуговує цей заклад.

Додаток 12. Коротка інструкція щодо роботи з інтерактивною картою
КНП «Царичанський ЦПМСД» Царичанської селищної ради



Те саме можна побачити в розрізі територій доступності, якщо в діалоговому вікні обрати шар територій доступності, а в ньому – назву однієї з територій.



З метою збереження налаштувань наведений варіант карти **не є активним**, тобто ви не зможете вносити до нього жодних змін. **У разі необхідності редагування карти**, а також у разі виникнення запитань щодо роботи з нею, вам необхідно звернутися до Марії Самко з запитом на електронну адресу: msamko@hss-share.net.ua.

Модель оцінки ефективності ПМД

Доступ	Інтеграція	Ефективність	Результативність	Акцент на здоров'ї населення	Безпека	Орієнтованість на пацієнта	Відповідні ресурси
<ul style="list-style-type: none"> Рівень звернень до відділень невідкладної допомоги, клінік, що приймають без попереднього запису, центрів екстреної допомоги (інтеграція) С Доступ до постійних надавачів ПМД С Доступ до міждисциплінарної бригади ПМД СП Своєчасний доступ до послуг у постійному місці їх надання СП Доступ до послуг, що надаються в неробочий час (телефоном та особисто) СП Доступ до заочних послуг (телефоном, електронною поштою тощо) СП Доступ до відвідувань удома для цільових груп населення СП 	<ul style="list-style-type: none"> Обмін інформацією на всіх етапах надання допомоги, включаючи пацієнтів та членів сім'ї, які їх доглядають СП Координація процесу надання допомоги з іншими надавачами послуг та службами • (ефективність та зосередженість на пацієнті) СП Час до прийому за направленням з медичним спеціалістом/хірургом або іншими спеціалізованими службами • (доступ) СП Госпіталізація та повторна госпіталізація • (ефективність) СП Подальше спостереження у постійного надавача ПМД після виписки з лікарні СП Тривалість (час) очікування послуг, що надаються на рівні громади СП 	<ul style="list-style-type: none"> Подушні витрати на охорону здоров'я (первинну, вторинну, третинну допомогу, діагностику, ліки, довготривале лікування, догляд на рівні громади) СП Підтримка членів сім'ї, які доглядають хворого СП Необґрунтоване дублювання діагностичних тестів/рентгено-діагностичних досліджень СП Впровадження та використання електронної медичної документації/медичних карток • (інтеграція) С Підтримка самопомоги та співпраця з пацієнтами та членами їхніх сімей • (зосередженість на пацієнті та ефективність) СП Тривалість очікування пацієнта перед прийомом П 	<ul style="list-style-type: none"> Лікування хронічних захворювань, зокрема психічних станів та станів залежності, та хворих, які мають декілька хронічних С Сучасне лікування захворювань та паліативна допомога Симптоматична терапія (зосередженість на пацієнті) СП Узгоджений план лікування для пацієнтів з хронічними захворюваннями • (зосередженість на пацієнті) СП 	<ul style="list-style-type: none"> Профілактичне лікування дітей (на додаток до імунізації) С Медична та соціально-демографічна інформація про населення, яке обслуговується (включаючи стан здоров'я) СП Проведення імунізації протягом всього життя СП Виявлення та вжиття заходів щодо негативних випадків, зокрема лікарських помилок СП Виявлення та вжиття заходів щодо факторів ризику серцево-судинних захворювань та інших хронічних захворювань (наприклад, ожиріння, куріння, відсутність фізичної активності, харчування, вживання алкоголю та наркотиків, соціально-демографічних особливостей, ризикованої статеві та інших видів ризикованої поведінки) • (ефективність) СПР Обстеження на хронічні захворювання (наприклад, рак, діабет, гіпертензію, астму, депресію, психічні розлади) • (ефективність) СП Допорогова допомога СП 	<ul style="list-style-type: none"> Профілактика інфекцій та інфекційний контроль С Медикаментозна тактика (управління), в тому числі зв'язка лікарських препаратів СП Визнання та вжиття заходів щодо негативних випадків, зокрема лікарських помилок СП Виявлення та вжиття заходів щодо факторів ризику серцево-судинних захворювань та інших хронічних захворювань (наприклад, ожиріння, куріння, відсутність фізичної активності, харчування, вживання алкоголю та наркотиків, соціально-демографічних особливостей, ризикованої статеві та інших видів ризикованої поведінки) • (ефективність) СПР Обстеження на хронічні захворювання (наприклад, рак, діабет, гіпертензію, астму, депресію, психічні розлади) • (ефективність) СП Допорогова допомога СП 	<ul style="list-style-type: none"> Повага до цінностей, культури, потреб та цілей пацієнтів та членів їхніх сімей СП Порядок отримання зворотного зв'язку з боку пацієнта і членів сім'ї, які його доглядають, щодо якості медичних послуг Поважливе та зрозуміле спілкування з пацієнтами СП Координація надання допомоги в місці надання ПМД СП Порядок розгляду пропозицій та скарг С 	<ul style="list-style-type: none"> Комплексний обсяг ресурсів для практики ПМД С Кошти, отримані від практики ПМД (за категоріями) С Наявність людських ресурсів, їх склад (набір навичок) та оптимізований обсяг практики С Здорові та безпечні умови праці С Фінансування та використання електронних систем з підтримкою зв'язку з іншими пунктами надання допомоги • (інтеграція) С Оптимізація та планування практики С Підготовка людських ресурсів та професійний розвиток, зокрема з питань допомоги, орієнтованої на пацієнта і членів його сім'ї С

Доступ	Інтеграція	Ефективність	Результативність	Акцент на здоров'ї населення	Безпека	Орієнтованість на пацієнта	Відповідні ресурси
<ul style="list-style-type: none"> – Доступ пацієнта до інформації про стан свого здоров'я • (ефективність) 	<ul style="list-style-type: none"> – Доступ надавачів ПМД до спеціалістів для отримання поради (електронною поштою, телефоном тощо) – Час до отримання діагностичних тестів за направленням (МРТ, комп'ютерна томографія тощо) – Можливість залучення спеціаліста за місцем надання ПМД пацієнтові 	<ul style="list-style-type: none"> – Рівень призначення генериків 			<ul style="list-style-type: none"> – Профілактика травматизму • (акцент на здоров'ї населення) 	<ul style="list-style-type: none"> – Привітність і конфіденційність 	<ul style="list-style-type: none"> – Методи оплати праці надавачів послуг – Загальна вартість лікування і допомоги • (ефективність) – Наявність системи інформаційних технологій – Інвестиції та витрати на інформаційні технології – Задоволеність надавачів послуг (культура мотивації працівників)

Справедливість

Справедливість являє собою комплексну сферу і оцінюється з точки зору низки різних економічних та соціальних змінних, таких як рівень доходу, освіти, гендерна належність, ступінь незапрацездатності, соціальна підтримка, стан психічного здоров'я, місце проживання (місто/сільська місцевість), вік, статеві орієнтація/ідентичність, мова, статус іммігранта, етнокультурна ідентичність та статус корінного жителя.

Умовні позначення

С – пріоритет на рівні системи

СП – пріоритет на рівні системи і практики

П – пріоритет на рівні практики

Міністерство охорони здоров'я України

**Як організувати систему
надання первинної медичної допомоги
на місцевому рівні**

Баценко Д., Брагінський П., Бучма М. та ін.

Формат 64x90/8

Ум. друк. арк. 42,78

Тираж 1232 прим. Замовл. № 15/5

Надруковано у друкарні ТОВ «Агентство» Україна»

01054, м. Київ, вул. Гончара, 55

(Свідоцтво про реєстрацію серії ДК №265 от 30.11.2000 р.)

АКТИВУЙ ЗДОРОВ'Я

ISBN 978-966-1371-07-0



9 789661 371070