

Міністерство охорони здоров'я України  
Полтавський державний медичний університет

Голованова І.А., Белікова І.В., Ляхова Н.О.

# **ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ЕКОНОМІКА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Навчальний посібник

Полтава

## УДК 614.2:33(075.8)

Рецензенти:

**Сміянов В.А.** доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри громадського здоров'я Сумського державного університету, заступник голови науково-методичної комісії «Громадське здоров'я» Науково-методичної ради Міністерства освіти і науки України.

**Огнєв В.А.** доктор медичних наук, професор завідувач кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету.

**Катрушов О.В.** доктор медичних наук, професор завідувач кафедри гігієни, екології та охорони праці в галузі Полтавського державного медичного університету.

Рекомендовано до видання Вченою радою Полтавського державного медичного університету (протокол № 1 від 30.08 2021 р)

Голованова І.А., Белікова І.В., Ляхова Н.О. Організація та економіка охорони здоров'я: навч. посіб. – Полтава, 2021, 236 с.

Навчальний посібник призначений для формування знань з організації та економіки охорони здоров'я, які необхідні для поняття механізму функціонування системи охорони здоров'я, діяльності закладів охорони здоров'я у ринкових відносинах. Знання, здобуті в результаті опанування посібника будуть слугувати основою для вивчення таких питань як: реструктуризація охорони здоров'я; порядок надання медичних послуг, організація проведення експертизи тимчасової та стійкої втрати працездатності, механізми фінансування об'єктів охорони здоров'я, маркетинг медичних послуг, менеджмент; організація та управління в галузі охорони здоров'я, правове забезпечення діяльності закладів.

## ЗМІСТ

<b>СПИСОК СКОРОЧЕНЬ</b>	5
<b>ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ</b>	6
Принципи розвитку національних систем охорони здоров'я згідно з рекомендаціями ВООЗ.	10
Національна служба здоров'я України.	17
Місце системи громадського здоров'я в системі охорони здоров'я.	18
Заклади охорони здоров'я за сферами діяльності.	19
Мережа закладів громадського здоров'я.	23
Кадрове забезпечення системи охорони здоров'я.	25
<i>Питання для самоконтролю</i>	27
<b>ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ</b>	28
Первинна медична допомога.	31
Порядок вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу.	38
Організація роботи денних стаціонарів.	43
Профілактична діяльність лікаря загальної практики.	45
Організація та проведення медичних оглядів.	50
Організація надання спеціалізованої медичної допомоги.	53
Організація стаціонарної допомоги населенню.	57
Порядок направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців (ФОП).	61
Госпітальні округи.	63
Маршрут пацієнта.	68
<i>Питання для самоконтролю</i>	69
<b>ЕЛЕКТРОННА СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я</b>	70
Медична інформаційна система	72
Класифікатори, що застосовуються в галузі охорони здоров'я	75
<i>Питання для самоконтролю</i>	77
<b>ОБЛІКОВО-ЗВІТНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я</b>	78
<i>Питання для самоконтролю</i>	81
<b>ОРГАНІЗАЦІЯ ЕКСПЕРТИЗИ ТИМЧАСОВОЇ ТА СТІЙКОЇ ВТРАТИ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ</b>	82
Формування медичного висновку про тимчасову непрацездатність.	87
Обґрунтованість виданих та продовжених листків непрацездатності.	98
Організація роботи ЛКК	100
Організація медико-соціальної експертизи стійкої втрати працездатності.	102
Підстави для встановлення груп інвалідності	107
Застосування міжнародних класифікаторів	109
<i>Питання для самоконтролю</i>	111
<b>ДЖЕРЕЛА ТА МЕХАНІЗМИ ФІНАНСУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я</b>	112
Моделі системи охорони здоров'я	114
Місце економіки охорони здоров'я в економіці країни.	120
Ресурси галузі охорони здоров'я.	123
<i>Питання для самоконтролю</i>	126

<b>МЕНЕДЖМЕНТ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я</b>	127
Мотивація	133
Типи управління.	136
Контроль та види контролю.	140
Підготовка та прийняття управлінського рішення.	142
Лідерство.	144
<i>Питання для самоконтролю</i>	145
<b>ОРГАНІЗАЦІЯ КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я</b>	146
Ліцензування.	149
Акредитація закладів охорони здоров'я.	149
Сертифікація системи управління якістю.	150
Стандартизація в охороні здоров'я	154
Організація контролю якості надання медичної допомоги.	155
Самоконтроль якості	161
Ефективність діяльності закладів охорони здоров'я та медичної допомоги.	162
<i>Питання до самоконтролю</i>	167
<b>РИНОК ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я. ОРГАНІЗАЦІЯ МАРКЕТИНГОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ</b>	168
Попит на ринку медичних товарів та послуг.	172
Маркетинг.	173
Засоби поширення інформації в охороні здоров'я та оцінка ефективності реклами.	175
Маркетинговий контроль.	178
Питання для самоконтролю	179
<b>ПІДПРИЄМНИЦЬКА ДІЯЛЬНІСТЬ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я</b>	181
Організаційно-правові форми підприємництва в Україні.	182
Некомерційне господарювання.	185
Особливості організації підприємницької діяльності в галузі охорони здоров'я.	186
Система оподаткування	192
<i>Питання для самоконтролю</i>	199
<b>МЕТОДИ ЦІНОУТВОРЕННЯ І РЕГУЛЮВАННЯ ЦІН В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я. ОПЛАТА ПОСТАЧАЛЬНИКІВ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ</b>	200
<i>Питання для самоконтролю</i>	209
<b>СИСТЕМА ОПЛАТИ ПРАЦІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ, ЇЇ ОСОБЛИВОСТІ. МОДЕЛІ МОТИВАЦІЇ ТА ОПЛАТИ ПРАЦІ</b>	210
Визначення розміру фонду оплати праці (ФОП).	218
Способи мотивації працівників	219
Нарахування на заробітну плату.	229
<i>Питання для самоконтролю</i>	230
<b>ДОДАТКИ</b>	231
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b>	235

## СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

ВВП	Валовий внутрішній продукт
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ЄТС	Єдина тарифна сітка
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
КЗпПУ	Кодекс законів про працю України
КМУ	Кабінет Міністрів України
КНП	Комунальне неприбуткове підприємство
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
ООН	Організація об'єднаних націй
ПМД	Первинна медична допомога
ТМД	Третинна медична допомога
ЦГЗ	Центр громадського здоров'я
ЦКПЗ	Центр контролю та профілактики захворювань
ЮНІСЕФ (UNICEF)	Дитячий фонд ООН

# ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

---

*Система охорони здоров'я* — це взаємодія усіх організацій, інституцій і ресурсів, головною метою яких є зміцнення, підтримка чи відновлення здоров'я.

Будь-яка система створюється з певною метою. Цілепокладанням системи охорони здоров'я є здоров'я населення, а також задоволеність населення, які користуються нею.

Яка має бути система охорони здоров'я, що б досягнути своєї мети? Система охорони здоров'я має забезпечувати потребу населення у здоров'ї; має бути здатна реагувати на виклики; забезпечувати справедливість фінансових внесків.

Згідно підходу ВООЗ, для досягнення поставленої мети система охорони здоров'я має забезпечувати:

- доступність (фізична, фінансова, географічна);
- якість (клінічна, сервісна);
- безпеку (фізичну, епідеміологічну)
- ефективність
- результативність.

Забезпечення *універсального доступу* відбувається за умови, що кожен отримує необхідну йому медичну допомогу належної якості вчасно без фінансових труднощів.

Ефективно працююча система базується на 6 «стовпах»:

1. Організація (управління та лідерство)

2. Інформація (збір, зберігання та використання)
3. Кадри (система має заохочувати кращих)
4. Фінансування (джерела та методи розподілення коштів)
5. Модель надання послуг (мережа надавачів послуг; інфраструктура, маршрут пацієнта)
6. Медичні технології (лікарські засоби, обладнання тощо)

Закон України “Основи законодавства України про охорону здоров’я” регламентує охорону здоров’я громадян як систему заходів, спрямованих на забезпечення, збереження й розвиток фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини за максимальної біологічно можливої індивідуальної тривалості життя.

*Основними принципами охорони здоров'я в Україні є:*

- визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України;
- дотримання прав і свобод людини і громадянина в сфері охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;
- гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верств населення;
- рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної і реабілітаційної допомоги та інших послуг в сфері охорони здоров'я;

- відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість;
- орієнтація на сучасні стандарти здоров'я, медичної та реабілітаційної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом в сфері охорони здоров'я;
- попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний, медичний та реабілітаційний підхід до охорони здоров'я.
- багатоукладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції;
- децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі.

*До функцій системи охорони здоров'я відносять:*

- спрямовуюче керівництво,
- формування ресурсів,
- фінансування
- надання послуг.

*До основних досягнень у сфері охорони здоров'я в 21 сторіччі слід віднести:*

- збільшення середньої тривалості життя,
- подолання багатьох інфекційних хвороб,
- розвиток профілактичних технологій,
- появу генної медицини,



- створення нових поколінь ліків,
- розвиток сучасних медичних технологій,
- підвищення професіоналізму медичного персоналу,
- підвищення рівня життя в цілому.

На сьогодні, перед системами охорони здоров'я багатьох країн світу, в тому числі і в Україні, постають проблеми вирішення яких є першочерговим:

- постаріння населення,
- епідемія хронічних неінфекційних захворювань,
- швидка поширеність хвороб через високу мобільність населення,
- збільшення поширеності чинників ризику,
- підвищення агресивності чинників навколишнього середовища,
- розвиток резистентності мікроорганізмів,
- проблеми фінансування в умовах обмежених ресурсів,
- підвищення вимог до доступності та якості медичної допомоги,
- зростання вартості послуг, що формують здоров'я.

В цілому, всі проблеми, які існують в системі охорони здоров'я можна згрупувати наступним чином:

- Економічні проблеми
- Екологічні загрози
- Кадрові проблеми
- Проблеми доступності медичних послуг
- Нерівність

- Проблема якості

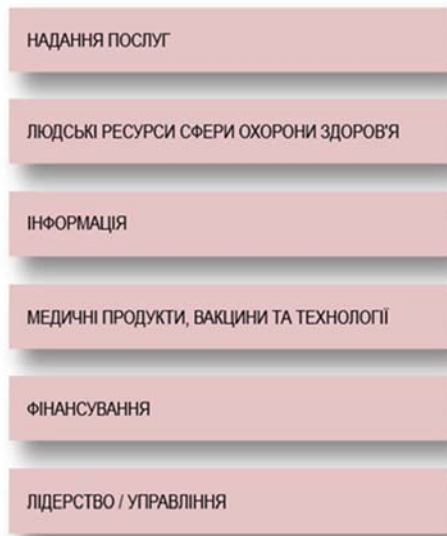
### **Принципи розвитку національних систем охорони здоров'я згідно з рекомендаціями ВООЗ.**

ВООЗ надає всебічно підтримку Міністерству охорони здоров'я України в розбудові та трансформації системи охорони здоров'я, шляхом допомоги у розробленні політик у сфері охорони здоров'я з метою покращення здоров'я та добробуту населення, зміцнення послуг громадського здоров'я та забезпечення рівного доступу до медичних послуг, які є загальнодоступними, справедливими, сталими та високоякісними. Наразі триває робота за основними напрямками роботи:

1. Прийняття національної політики у сфері охорони здоров'я, стратегій, планів.
2. Організація пацієнт-орієнтованих послуг у сфері охорони здоров'я та розвиток кадрових ресурсів.
3. Організація доступу до лікарських засобів та інших медичних технологій.
4. Інформованість та доказовість.

## КОНЦЕПЦІЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ВООЗ

### СКЛАДОВІ СИСТЕМИ



ДОСТУП

ОХОПЛЕННЯ

ЯКІСТЬ

БЕЗПЕКА

### ЗАГАЛЬНІ ЦІЛІ / РЕЗУЛЬТАТИ

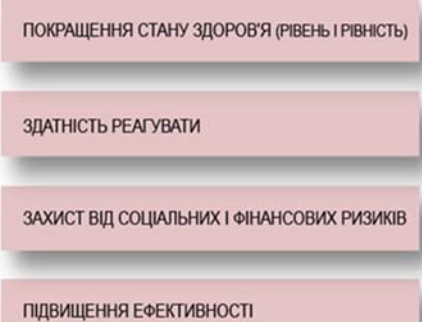


Рис. 1. Концепція системи охорони здоров'я (ВООЗ).

Головуюча роль в системі охорони здоров'я належить Міністерству охорони здоров'я України (МОЗ). МОЗ є центральним органом виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України. Очолює МОЗ міністр охорони здоров'я, якій призначається Верховною радою України за поданням Прем'єр-міністра України.

На сьогодні, у структурі МОЗ налічується 25 структурних підрозділів. МОЗ має керівний апарат (міністр, заступники міністра, заступник міністра – головний державний санітарний лікар, секретаріат), а також:

- Патронатна служби (до складу входять радники на громадських засадах та відділ прес-служби);

- Директорат міжнародного співробітництва та євроінтеграції (складається з експертних груп різного спрямування).
- Директорат громадського здоров'я та профілактики захворюваності. До складу підрозділу входить експертні групи з питань імунопрофілактики, розвитку програм профілактики інфекційних захворювань, розбудови системи епідеміологічного нагляду та моніторингу за захворюваннями; з питань профілактики неінфекційних хвороб та формування здорового способу життя; з питань формування державної політики щодо регламентування факторів ризику середовища життєдіяльності; з розвитку регіональних систем громадського здоров'я та прогнозування; з питань моніторингу, оцінки та комунікації; з питань розвитку служби крові, біобезпеки та оперативного реагування на події, що мають міжнародне значення).
- Директорат фармацевтичного забезпечення (складається з експертних груп з питань якості та доступності лікарських засобів; з питань раціонального застосування лікарських засобів; з питань медичних виробів та косметичних засобів; з питань обігу наркотичних засобів; з питань реєстрації лікарських засобів та дезінфікуючих засобів).
- Директорат медичного забезпечення (до складу входить експертні групи з питань організації надання первинної медичної допомоги; з питань спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги; з питань розвитку екстреної допомоги; з питань медичної допомоги дітям і матерям

- Директорат якості життя (складається з експертних груп з реформування психіатричної служби; з медичної реабілітації та санаторно-курортного лікування; з розвитку паліативної допомоги; з медико-соціальної експертизи)
- Директорат медичних кадрів, освіти і науки (до складу входять експертна група з розвитку медичної освіти; експертна група з медичної науки; експертна група з координації медичних кадрів; експертна група з розвитку медсестринства).
- Директорат з розвитку цифрових трансформацій в охороні здоров'я (до складу входять експертні групи з впровадження електронної системи охорони здоров'я, з питань захисту інформації; відділ з питань інформаційних технологій).
- Директорат високотехнологічної медичної допомоги та інновацій (до складу входять експертна група з питань високотехнологічної медичної допомоги; експертна група з питань лікування за кордоном)
- Директорат стратегічного планування та координації (до складу увійшли експертна група з питань планування та контролю виконання бюджетних програм; експертна група з питань регіонального розвитку та взаємодії;
- Служба забезпечення діяльності керівництва
- Служба забезпечення діяльності державного секретаря.
- Фінансово-економічний департамент (Відділ фінансового забезпечення закладів та установ; відділ фінансово-економічного супроводу централізованих заходів і державних програм; відділ нормування, оплати праці та роботи з місцевими бюджетами; відділ

взаємодії з підприємствами, установами, та організаціями, що належать до сфери управління міністерства; відділ супроводу державних закупівель; сектор супроводу інвестиційних проєктів).

- Юридичний департамент
- Департамент організаційного забезпечення
- Департамент контролю якості надання медичної допомоги (відділ контролю якості надання медичних послуг; відділ аналізу результатів та ефективності медичних послуг; відділ контролю нормативів професійної діяльності в сфері охорони здоров'я; відділ державного контролю ліцензування медичної практики; відділ ліцензування, сертифікації та акредитації).
- Управління бухгалтерського обліку та звітності
- Управління по роботі з персоналом
- Управління внутрішнього аудиту
- Відділ матеріально-технічного забезпечення
- Сектор мобілізаційної роботи
- Сектор цивільного захисту та охорони праці
- Режимно-секретний сектор
- Сектор з питань запобігання та виявлення корупції

МОЗ забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, а також захисту населення від інфекційних хвороб, протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань, попередження та профілактики неінфекційних захворювань.

*До функцій МОЗ слід віднести:*

- епідеміологічний нагляд (спостереження), імунопрофілактика, промоція здорового способу життя та запобігання факторам ризику, попередження та зниження рівня вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення, безпеки харчових продуктів, регламентації факторів середовища життєдіяльності населення, гігієнічної регламентації небезпечних факторів, створення національної системи крові, управління системою якості щодо безпеки крові, біологічної безпеки та біологічного захисту, боротьби із стійкістю до протимікробних препаратів, реагування на небезпеки для здоров'я та надзвичайні стани в сфері охорони здоров'я, а також забезпечення формування державної політики у сферах санітарного та епідемічного благополуччя населення;
- розвиток медичних послуг, впровадження електронної системи охорони здоров'я, забезпечення державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення;
- технічне регулювання обігу медичних виробів;
- забезпечення населення якісними, ефективними та безпечними лікарськими засобами, створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів, медичних імунобіологічних препаратів, обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу, а також безпечних медичних виробів та косметичної продукції;
- розвиток кадрового потенціалу системи охорони здоров'я, вищої медичної, фармацевтичної освіти та науки.

МОЗ, в рамках своїх повноважень, затверджує документи, які забезпечують діяльність закладів охорони здоров'я та надання медичної допомоги та послуг (галузеві стандарти у сфері охорони здоров'я, зокрема клінічні протоколи і стандарти, здійснює контроль за їх дотриманням; критерії та стандарти акредитації закладів охорони здоров'я; єдині кваліфікаційні вимоги до осіб, які займаються певними видами медичної і фармацевтичної діяльності; норми радіаційної безпеки та допустимі рівні впливу на людину інших фізичних факторів; порядок проведення медичної експертизи з тимчасової втрати працездатності громадян; порядок надання медичної допомоги лікарями та іншими медичними працівниками і порядок направлення пацієнтів до закладу охорони здоров'я, що надає медичну допомогу відповідного виду та ін). МОЗ здійснює ліцензування господарської діяльності з медичної практики; акредитацію закладів охорони здоров'я; затверджує порядки застосування методів профілактики, діагностики, лікування, медичної реабілітації та лікарських засобів, які перебувають на розгляді в установленому порядку, але ще не допущені до застосування, а також надання первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої), екстреної, паліативної медичної допомоги, медичної реабілітації та інші види медичних втручань. Також МОЗ організовує держзакупівлю лікарських засобів яких потребує окремі контингентів населення.



## **Національна служба здоров'я України.**

Національна служба здоров'я України (НСЗУ) є центральним органом виконавчої влади, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Діяльність НСЗУ спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я. Саме НСЗУ здійснює моніторинг, аналізує та прогнозує потреби населення у медичних послугах, є замовником медичних послуг та відповідає за стратегічні їх закупівлі за Програмою медичних гарантій. НСЗУ дає відповіді на три основних запитання: за що платити (потреби населення), кому (вибір закладу) і як (система оплати)?

Структура НСЗУ передбачає наявність керівного апарату, юридичного департаменту, а також департаментів управління персоналом, договірної роботи, моніторингу, фінансів та бухгалтерського обліку, замовлення медичних послуг та лікарських засобів, розвитку електронної системи охорони здоров'я, інформаційних технологій, департамент комунікацій та ін. НСЗУ має міжрегіональний департамент, а також окремі межрегіональні підрозділи (Північний, Південний, Східний та Західний).

НСЗУ укладає два види договорів: договори про медичне обслуговування населення (із ЗОЗ і фізичними особами — підприємцями — ФОП); про реімбурсацію (з аптеками). Договір — це інструмент, який є результатом процедури закупівлі медичної послуги з боку НСЗУ.

Ключовими вимогами до надавачів медичних послуг є:

- автономізація (якщо це комунальні чи державні ЗОЗ);
- чинна ліцензія на медичну практику (навіть після процесу реорганізації ЗОЗ у комунальне некомерційне підприємство він зобов'язаний протягом 3 міс одержати нову ліцензію; якщо не встигне, договір не укладається);
- наявність комп'ютерів та підключення до eHealth;
- належне матеріально-технічне оснащення.

### **Місце системи громадського здоров'я в системі охорони здоров'я.**

Громадське здоров'я – це запобігання захворюванням, травматизму, інвалідності та продовження тривалості життя, при умові ведення здорового способу життя в здоровому середовищі й умовах життєдіяльності для теперішнього та майбутніх поколінь. Таким чином, громадське здоров'я включає: захист здоров'я, профілактику захворювань і зміцнення (збереження) здоров'я.

*До питань громадського здоров'я слід відносити:*

1. Розуміння причино-наслідкових зв'язків між захворюванням і його наслідками.
  - Збір інформації та доказів (епіднагляд та дослідження).
  - Усвідомлення масштабу проблеми
2. Планування заходів, які впливатимуть на покращення стану здоров'я населення.
3. Організація профілактичних заходів та забезпечення доступу до лікування.

**Орієнтовна схема місця системи громадського здоров'я  
в системі охорони здоров'я.**

Підсистеми їх завдання та функції	Об'єкт	Мета	Функції
Система медичного обслуговування	Людина, хвороба (детермінанти хвороби)	Забезпечення доступу та надання якісної мед. допомоги та послуги.	Надання медичної допомоги та послуг: виявлення, діагностика, лікування, реабілітація, профілактика.
Система громадського здоров'я	Суспільство (детермінанти здоров'я)	Зміцнення здоров'я, зниження захворюваності та смертності, формування відповідальної поведінки людини, формування в суспільстві здорового та безпечного середовища	Зміцнення здоров'я населення в цілому та кожного окремо, попередження захворювань (первинна профілактика) через управління детермінантами здоров'я.

**Заклади охорони здоров'я за сферами діяльності.**

Під *закладом охорони здоров'я* розуміють юридична особу 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.

Залежно від форми власності заклади охорони здоров'я поділяються на державні, комунальні, приватні.

За організаційно-правовою формою заклади охорони здоров'я поділяються на бюджетні установи, державні унітарні підприємства,

комунальні унітарні підприємства, господарські товариства, приватні підприємства та об'єднання підприємств.

Таблиця 2

### **Перелік закладів охорони здоров'я**

(згідно наказу МОЗ 28.10.2002 № 385, в редакції від 04.06.2021)

#### **Лікарняні заклади**

Багатопрофільні	Госпіталь ветеранів війни Дитяча басейнова лікарня на водному транспорті Дитяча лікарня (республіканська, обласна, міська, районна) Дитяче територіальне медичне об'єднання Дільнична лікарня (у т.ч. сільських, селищних та міських рад) Лікарня (республіканська, обласна, центральна міська, міська, центральна районна, районна) Лікарня на водному транспорті (центральна, басейнова, басейнова, портова) Лікарня на залізничному транспорті (центральна, дорожня, відділкова, вузлова, лінійна, дитяча) Лікарня нафтопереробної промисловості України Лікарня професійних захворювань Лікувально-діагностичний центр Медико-санітарна частина (у т.ч. спеціалізована) Медичний центр (різного профілю) Міська лікарня швидкої медичної допомоги Перинатальний центр зі стаціонаром Пологовий будинок (обласний, міський, районний) Студентська лікарня (обласна, міська) Територіальне медичне об'єднання Національна дитяча спеціалізована лікарня "Охматдит" Український госпіталь для воїнів-інтернаціоналістів Український державний медико-соціальний центр ветеранів війни Заклад з надання психіатричної допомоги
Однопрофільні	Дерматовенерологічна лікарня Інфекційна лікарня Косметологічна лікарня Лікарня відновного лікування Онкологічний диспансер Отоларингологічна лікарня Офтальмологічна лікарня Протитуберкульозний диспансер Травматологічна лікарня Туберкульозна лікарня

Спеціалізовані:	<p>Фізіотерапевтична лікарня  Шкірно-венерологічний диспансер  Гастроентерологічний диспансер  Дерматовенерологічна лікарня (у т.ч. дитяча)  Дитячий кардіоревматологічний диспансер  Ендокринологічний диспансер  Інфекційна лікарня (у т.ч. дитяча)  Кардіологічний диспансер  Косметологічна лікарня  Лікарня відновного лікування (у т.ч. дитяча)  Лікарсько-фізкультурний диспансер  Онкологічний диспансер  Отоларингологічна лікарня  Офтальмологічна лікарня  Протитуберкульозний диспансер  "Центри медико-соціальної реабілітації дітей"</p>
Особливого типу:	<p>Лікарня "Хоспіс" (республіканська, обласна, міська, районна)  Обласне дитяче патолого-анатомічне бюро  Патолого-анатомічне бюро (республіканське, обласне, міське)  Патолого-анатомічний центр України  Спеціалізований диспансер радіаційного захисту населення (Український, республіканський, обласний, міський)  Спеціалізована поліклініка Українського науково-дослідного протичумного інституту ім. І.І. Мечнікова  Українська алергологічна лікарня  Український лепрозорій  Центр реабілітації репродуктивної функції людини (республіканський, обласний)  Державна наукова установа "Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини" Державного управління справами.  Спеціальний заклад з надання психіатричної допомоги</p>

## **1.2. Амбулаторно-поліклінічні заклади:**

Амбулаторія  
Амбулаторія загальної практики - сімейної медицини  
Басейнова стоматологічна поліклініка  
Дитяча міська поліклініка  
Дитяча стоматологічна поліклініка (обласна, міська, районна)  
Діагностичний центр (різного профілю)  
Жіноча консультація  
Іллічівська стоматологічна поліклініка Іллічівської басейнової лікарні на водному транспорті  
Київська центральна басейнова стоматологічна поліклініка  
МОЗ України

Консультація "Шлюб і сім'я"

Лінійна амбулаторія на залізничному транспорті

Поліклініка (центральна міська, міська, центральна районна)

Поліклініка на водному транспорті (центральна, басейнова, портова)

Поліклініка на залізничному транспорті (центральна, дорожня, відділкова, вузлова, лінійна)

Пункт охорони здоров'я (здоровпункт)

Сільська лікарська амбулаторія (у т.ч. сільських та селищних рад)

Стоматологічна поліклініка (обласна, міська, районна)

Стоматологічна поліклініка МОЗ України при Національному медуніверситеті

Стоматологічна поліклініка при Львівському медуніверситеті

Студентська поліклініка (обласна, міська)

Фельдшерський пункт (у т.ч. сільських та селищних рад)

Фельдшерсько-акушерський пункт (у т.ч. сільських та селищних рад)

Фізіотерапевтична поліклініка

Центр планування сім'ї та репродукції людини

Центр первинної медико-санітарної допомоги

### **1.3. Заклади переливання крові, швидкої та екстреної медичної допомоги:**

Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф

Республіканський територіальний центр екстреної медичної допомоги

Станція переливання крові (республіканська, обласна, міська)

Станція швидкої медичної допомоги

Українська станція виїзної екстреної консультативної медичної допомоги

Центр заготівлі та переробки плазми (республіканський, обласний, міський, районний)

Центр служби крові (республіканський, обласний, міський)

### **1.4. Санаторно-курортні заклади:**

Бальнеологічна лікарня (у т.ч. дитяча)

Грязелікарня (у т.ч. дитяча)

Дитячий оздоровчий центр

Курортна поліклініка

Міжнародний дитячий медичний центр

Санаторій (у т.ч. дитячий, однопрофільний, багатoproфільний, спеціалізований)

Санаторій для дітей з батьками

Санаторій-профілакторій

## **2. Санітарно-профілактичні заклади**

2.1.	Санітарно-епідеміологічні заклади
2.2.	Заклади санітарної просвіти
2.3.	Заклади громадського здоров'я:
	Лабораторний центр (обласний, міський, на водному, залізничному, повітряному транспорті) Міністерства охорони здоров'я України;
	Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України
	Центр контролю та профілактики хвороб
<b>Фармацевтичні (аптечні) заклади:</b>	Аптека
	Аптечна база (склад)
	База (склад) медичної техніки
	База спеціального медичного постачання (центральна, республіканська, обласна)
	Контрольно-аналітична лабораторія
	Лабораторія з аналізу якості лікарських засобів
	Магазин (медичної техніки, медичної оптики)
<b>Інші заклади:</b>	Інформаційно-аналітичний центр медичної статистики
	Молочна кухня
	Центр медичної статистики МОЗ України
	Автопідприємства санітарного транспорту
	Державний заклад "Референс-центр з молекулярної діагностики Міністерства охорони здоров'я України"
<b>Заклади медико-соціального захисту:</b>	Будинок дитини (обласний, міський, районний)
	Обласний центр (бюро) медико-соціальної експертизи

## **Мережа закладів громадського здоров'я.**

Головною експертною установою, що забезпечує координацію діяльності мережі в рамках епідеміологічного нагляду та реагування на небезпеки є Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України». ЦГЗ — заклад охорони здоров'я, що відповідає за збереження і зміцнення здоров'я населення, соціально-гігієнічний моніторинг захворювань, епідеміологічний нагляд і біологічну безпеку, групову та

популяційну профілактику захворюваності, боротьбу з епідеміями та стратегічне управління у сфері громадського здоров'я.

Роботу центру громадського здоров'я підтримує мережа регіональних Центрів контролю та профілактики захворювань (ЦКПЗ). ЦКПЗ створюються навколо регіональних потужностей — лабораторних центрів, обласних центрів громадського здоров'я, підрозділів зі статистики та моніторингу та оцінки.

До обов'язків центрів входить рутинний моніторинг показників, прогнозування, виявлення надзвичайних ситуацій, спалахів та реагування на них. Основними завданням ЦКПЗ — аналізувати інформацію та пропонувати МОЗ план дій із нейтралізації ризиків у сфері громадського здоров'я.

*Основними напрямками роботи Центрів є:*

- Розробка програм профілактики соціально небезпечних захворювань, інфекцій пов'язаних із меддопомогою, неінфекційних захворювань;
- Розробка програм лікування (ВІЛ, туберкульоз, вірусні гепатити);
- Інформаційний фонд (збір інформації, статистики, аналіз даних, досліджень);
- Проведення лабораторних досліджень (референс та верифікація, міжнародна співпраця);
- Навчання кваліфікованих кадрів;
- Біозахист та біобезпека (оперативна реакція на спалахи інфекцій).

-



## **Кадрове забезпечення системи охорони здоров'я.**

Ефективність діяльності системи охорони здоров'я значною мірою визначається її кадровим забезпеченням. Саме наявність кадрів, їх кваліфікація, адекватний розподіл, матеріально-технічне та технологічне забезпечення трудового процесу обумовлюють належний рівень надання медичної допомоги населенню.

Державні стандарти щодо класифікації професій та чинної номенклатури посад медичних працівників системи Міністерства охорони здоров'я України зазначено у Випуску 78 "Охорона здоров'я" довідника кваліфікаційних характеристик професій, що затверджений наказом МОЗ України. Довідник кваліфікаційних характеристик професій призначається для вирішення питань раціонального розподілу праці та правильного використання персоналу згідно з фахом і кваліфікацією; визначення завдань, обов'язків і відповідальності працівників галузі.

Наразі в Україні діють законодавчі акти щодо безперервного навчання фахівців сфери охорони здоров'я. Принцип безперервного навчання фахівців сфери охорони здоров'я є поширеною практикою в розвинутих країнах Європи, Америки та Азії. Для українських лікарів такий компонент почав діяти з 2019 року.

*Система безперервного професійного розвитку (БПР) для лікарів* - це сучасний підхід до професійного вдосконалення лікаря. Замість формального навчання лікарі будуть постійно розвивати свої компетенції.

Таблиця 3

## Дані про лікарські кадри системи МОЗ України

Адміністративні території	2019 Зайняті лікарські посади - всього	2020 Зайняті лікарські посади - всього	Різниця між 2020 р. і 2019 р.	2019 Число лікарів фізичних осіб	2020 Число лікарів фізичних осіб	Різниця між 2020 р. і 2019 р.
<b>Україна</b>	<b>163 281,75</b>	<b>154 365,25</b>	<b>-8 916,50</b>	<b>154265</b>	<b>147 361</b>	<b>-6 904</b>
Вінницька	6 845,00	6 670,75	-174,25	7195	6 933	-262
Волинська	3 927,75	3 780,75	-147,00	3747	3 633	-114
Дніпропетровська	13 536,25	12 761,25	-775,00	12093	11 466	-627
Донецька	6 517,50	6 222,75	-294,75	5372	5 192	-180
Житомирська	4 690,00	4 465,75	-224,25	4169	4 017	-152
Закарпатська	4 029,25	3 771,25	-258,00	4290	3 999	-291
Запорізька	8 151,75	7 594,00	-557,75	7320	7 023	-297
ІваноФранківська	6 607,25	6 326,25	-281,00	7454	7 140	-314
Київська	6 613,25	6 107,50	-505,75	6075	5 646	-429
Кіровоградська	3 684,00	3 347,75	-336,25	2982	2 791	-191
Луганська	2 362,00	2 249,50	-112,50	1934	1 869	-65
Львівська	11 537,00	11 348,75	-188,25	12143	11 880	-263
Миколаївська	3 760,50	3 541,00	-219,50	3176	2 990	-186
Одеська	9 632,00	9 005,00	-627,00	9644	9 334	-310
Полтавська	6 379,50	6 184,25	-195,25	6091	5 887	-204
Рівненська	4 611,00	4 347,00	-264,00	4324	4 168	-156
Сумська	4 327,50	4 031,50	-296,00	3929	3 693	-236
Тернопільська	4 817,50	4 703,50	-114,00	5032	4 853	-179
Харківська	12 373,75	11 550,50	-823,25	11681	11 027	-654
Херсонська	3 732,25	3 385,25	-347,00	3018	2 722	-296
Хмельницька	5 108,25	4 876,00	-232,25	4870	4 659	-211
Черкаська	4 865,00	4 435,00	-430,00	4163	3 792	-371
Чернівецька	4 603,00	4 518,50	-84,50	4937	4 767	-170
Чернігівська	4 039,00	3 728,00	-311,00	3471	3 293	-178
м. Київ	16 531,50	15 413,50	-1 118,00	15155	14 587	-568

За даними ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» (<http://medstat.gov.ua/ukr/medkadru.html>)

Перелік заходів безперервного професійного розвитку включає:

- участь у науково-практичних конференціях, конгресах, симпозиумах;
- участь у дистанційних онлайн-курсах;
- навчання на симуляційних тренінгах, тематичне навчання або семінари;
- цикли тематичного вдосконалення на факультетах та у закладах післядипломної освіти тривалістю 1-2 тижні;
- навчання або стажування в університеті або закладі охорони здоров'я - в Україні чи за кордоном;
- публікація статті або огляду в журналі з імпаکت-фактором.

#### **Питання для самоконтролю**

1. Що розуміють під системою охорони здоров'я?
2. Які принципи охорони здоров'я в Україні?
3. Принципи розвитку національних систем охорони здоров'я згідно з рекомендаціями ВООЗ.
4. Сучасні виклики до систем охорони здоров'я.
5. Місце системи громадського здоров'я в системі охорони здоров'я.
6. Світові моделі організації та фінансування охорони здоров'я: Ринкова модель організації охорони здоров'я. Соціальна модель охорони здоров'я. Суспільно-приватна модель охорони здоров'я.
7. Класифікація закладів охорони здоров'я за сферами діяльності.
8. Класифікація закладів охорони здоров'я за організаційно-правовими формами діяльності.
9. Кваліфікаційні характеристики професій в галузі охорони здоров'я.

# ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

---

Згідно Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» держава гарантує повну оплату згідно з тарифом за рахунок коштів Державного бюджету країни надання громадянам необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів, що передбачені програмою медичних гарантій. У межах програми медичних гарантій держава гарантує громадянам, іноземцям, 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) спеціалізованої медичної допомоги;
- 4) паліативної медичної допомоги;
- 5) реабілітації у сфері охорони здоров'я;
- 6) медичної допомоги дітям до 16 років;
- 7) медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами.

Медична допомога надається відповідно до медичних показань професійно підготовленими медичними працівниками, які перебувають у трудових відносинах із закладами охорони здоров'я, що забезпечують надання медичної допомоги згідно з одержаною

відповідно до закону ліцензією, та фізичними особами - підприємцями, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку і можуть перебувати з цими закладами у цивільно-правових відносинах.

*Медична допомога може надаватися:*

- за місцем знаходження, проживання (перебування) пацієнта;
- в амбулаторних умовах; в умовах денного стаціонару;
- у стаціонарних умовах.

Перелік та обсяг медичних послуг та лікарських засобів, оплата яких гарантується за рахунок коштів Державного бюджету України передбачено програмою медичних гарантій.

*Програма медичних гарантій (або гарантований пакет)* – перелік та обсяг медичних послуг та ліків, які гарантовані пацієнтам та будуть оплачені з державного бюджету на основі єдиних національних тарифів. Оператором програми медичних гарантій є НСЗУ. До програми медичних гарантій входять всі види медичної допомоги, але окремі послуги можуть бути виключені з гарантованого пакету.

Гарантованою умовою оплати всім надавачам медичних послуг згідно з тарифом є укладання договорів з НСЗУ про медичне обслуговування населення.

Під надавачами медичних послуг розуміють заклади охорони здоров'я усіх форм власності та фізичні особи - підприємці, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та уклали договір про медичне обслуговування населення з головними розпорядниками бюджетних коштів.

*Основні види тарифів:*

- глобальні ставки, що передбачають сплату надавачам медичних послуг фіксованої суми за визначену кількість послуг чи визначений період;
- капітаційні ставки, які встановлюються у вигляді фіксованої суми за кожного пацієнта;
- ставки на пролікований випадок;
- ставки на медичну послугу;
- ставки за результатами виконання договорів про медичне обслуговування населення надавачем медичних послуг.

В Україні первинна медична допомога надається в умовах програми медичних гарантій, що знайшло своє відтворення в гарантованому пакеті медичних послуг.

***Пакет медичних послуг***, або група медичних послуг – це перелік медичних послуг та лікарські засоби, необхідні для надання таких послуг, в межах певного виду медичної допомоги.

Тарифи для кожного пакету затверджені Постановою КМУ про порядок реалізації програми медичних гарантій на рік.

Заклад, що надає медичну допомогу самостійно вирішує на які пакети подавати заяви до НСЗУ для укладання договору.

Постановою про порядок реалізації програми медичних гарантій визначено, при наданні пацієнтам медичних послуг в межах програми медичних гарантій, заклад має забезпечити медичні вироби, витратні матеріали і лікарські засоби, передбачені Національним переліком основних лікарських засобів. До тарифу також включена заробітна плата, робота господарської частини.

Відповідно до Бюджетного кодексу, до тарифу не включені витрати на комунальні послуги.

*Медичне обслуговування* - діяльність закладів охорони здоров'я, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку.

*Медична допомога* - діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику та лікування у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами.

*Медична послуга* – це послуга лікувально-профілактичного характеру, в основі якої лежить медична допомога відповідно до існуючих медичних стандартів, підкріплена системою конкурентних переваг.

### **Первинна медична допомога.**

*Первинна медична допомога* - медична допомога, що надається на засадах сімейної медицини, 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 у разі розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, який не потребує

екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Важливий принцип первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини - ставитися до пацієнтів як до партнера, зберігаючи при цьому відповідальність за результати лікування.

Первинна медична допомога надається безоплатно в закладах охорони здоров'я та фізичними особами - підприємцями, які одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку, з якими головний розпорядник бюджетних коштів уклав договір про медичне обслуговування населення.

Тариф за яким проходить закупівля державою медичних послуг на первинному рівні для населення називається – *капітаційна ставка*. Капітаційна ставка означає оплату за одну людину (Per capita). Пацієнт може і не звертатися за медичною допомогою протягом періоду дії цієї оплати, тариф сплачується за готовність надати допомогу пацієнту.

ПМД надається пацієнтам безпосередньо лікарем, відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я, які є обов'язковими для усіх надавачів ПМД.

На сьогодні первинна медична допомога (ПМД), як основа будь-якої системи охорони здоров'я, опікується профілактикою і задовольняє майже 80 - 90 % потреб населення у медичній допомозі, а також вважається раціональною з погляду економіки, потребуючи лише до 30 % ресурсів галузі охорони здоров'я в цілому. Системи первинної медико-санітарної допомоги в різних країнах є різними залежно від історичних та соціально-економічних умов розвитку,



однак більшість з них базується на принципах загальної практики - сімейної медицини.

Станом на 2021 рік первинну медичну допомогу за договором з НСЗУ надають 1848 медичних закладів. Серед закладів - 193 приватних та 477 лікарів-ФОП (фізична особа підприємець). Пацієнту, який обрав свого лікаря у приватному закладі, доступний весь перелік послуг первинної медичної допомоги. І ці послуги він отримає безоплатно. Найбільше приватних надавачів первинної медичної допомоги та лікарів-ФОП у Одеській області - 62, Дніпропетровській - 60 та Львівській - 52.

Заклад, що створений з метою забезпечення потреб населення у первинній медичній допомозі називається - Центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (ЦПМСД).

*Основними завданнями ЦПМСД є:*

- 1) організація надання прикріпленому населенню ПМД;
- 2) забезпечення належної доступності та якості ПМД для прикріпленого населення;
- 3) організація взаємодії із ЗОЗ, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, третинну медичну допомогу, екстрену медичну допомогу, паліативну медичну допомогу, медичну реабілітацію;
- 4) організація та надання невідкладної медичної допомоги населенню;
- 5) планування розвитку ПМД;
- 6) проведення організаційно-методичної роботи за напрямом ПМД;

7) здійснення фінансового та матеріально-технічного забезпечення ПМД;

8) забезпечення кадрового укомплектування;

9) забезпечення взаємодії між підрозділами ЦПМСД в інтересах удосконалення надання медичної допомоги, збереження та зміцнення здоров'я населення;

10) сприяння доступності для населення сільської місцевості стоматологічної та екстреної допомоги, забезпечення лікарськими засобами.

Очолює ЦПМСД головний лікар, який призначається на посаду за рішенням Засновника шляхом укладання контракту за згодою.

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).

У сільській місцевості та в окремих випадках у містах долікарську медичну допомогу можуть надавати ФАП/ФП, які є відокремленими структурними підрозділами амбулаторій.

ЦПМСД взаємодіє із ЗОЗ та іншими закладами і установами, органами місцевого самоврядування, громадськими організаціями при вирішенні питань організації і надання ПМД, направлення на

лікування (за показаннями) до закладів вторинного, третинного рівнів та екстреної медичної допомоги.

Амбулаторія первинної медичної допомоги є структурним або відокремленим структурним підрозділом ЦПМСД, що забезпечує надання прикріпленому населенню первинної медичної допомоги.

В амбулаторії може працювати від одного (монопрактика) до декількох лікарів загальної практики-сімейних лікарів.

## **ПЕРЕЛІК**

### **медичних послуг з надання первинної медичної допомоги**

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 інфекційних та неінфекційних хвороб, травм, отруєнь, 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 в 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 та третинної 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 (тютюнокуріння, вживання алкоголю, інших психоактивних речовин, 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 тощо); 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.

Згідно чинного законодавства, до переліку лабораторних та інструментальних діагностичних досліджень, що здійснюються у межах медичних послуг з надання ПМД, тобто які населення отримує безкоштовно, увійшли:

1. Загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою.
2. Загальний аналіз сечі.
3. Глюкоза крові.
4. Загальний холестерин.
5. Вимірювання артеріального тиску.
6. Електрокардіограма.
7. Вимірювання ваги, зросту, окружності талії.
8. Швидкі тести на вагітність, тропоніни, ВІЛ, вірусні гепатити, SARS-CoV-

### **Порядок вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу.**

Згідно ст. 38. ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» кожний пацієнт, який досяг чотирнадцяти років і який звернувся за наданням йому медичної допомоги, має право на вільний вибір лікаря, якщо останній може запропонувати свої послуги, та вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій.

Пацієнт (або його законний представник, наприклад батьки неповнолітньої дитини) 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, укладеному між відповідним надавачем ПМД та Національною службою здоров'я України.

Пацієнт, який хоче підписати декларацію має пройти декілька кроків:

1. Обирає заклад та лікаря – надавача послуг.

2. Надає копію документа про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків та документ, що засвідчує 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. Лікар заповнює Декларацію в електронній формі, роздруковує її та надає пацієнту (його законному представнику) для перевірки та підпису. Після перевірки правильності інформації лікар надсилає декларацію до електронної системи охорони здоров'я.

Лікар може відмовити пацієнту у підписанні декларації за умови, якщо кількість пацієнтів, які вже обрали такого лікаря відповідно до цього Порядку, не перевищує оптимальний обсяг практики ПМД. Лікар не може відмовити пацієнту на підставі наявності у пацієнта хронічного захворювання, його віку, статі, соціального статусу, матеріального становища, зареєстрованого місця проживання тощо.

Незалежно від того, з яким лікарем первинної ланки уклав декларацію пацієнт – з тим, що працює в комунальному чи приватному закладі, - він отримає повний обсяг медичних послуг, передбачений Програмою медичних гарантій.

Підставами для *припинення Декларації* може бути подання пацієнтом (його законним представником) Декларації про вибір іншого лікаря, який надає ПМД; анулювання ліцензії на право провадження господарської діяльності з медичної практики;

звільнення лікаря; подання заяви лікарем, який надає ПМД, про відмову від подальшого ведення пацієнта Смерть пацієнта та інше.

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. Дана стаття говорить про те, що лікар має право відмовитися від подальшого ведення пацієнта, якщо останній не виконує медичних приписів або правил внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я, за умови, що це не загрожуватиме життю хворого і здоров'ю населення. А також про те, що лікар не несе відповідальності за здоров'я хворого в разі відмови останнього від медичних приписів або порушення пацієнтом встановленого для нього режиму.

Оптимальною кількістю задекларованого контингенту (практики ПМД) є: 1800 осіб на одного лікаря загальної практики - сімейного лікаря; 2000 осіб на одного лікаря-терапевта; 900 осіб на одного лікаря-педіатра.

**Облік діяльності закладу, що надає первинну медичну допомогу.**

Для реєстрації діагнозів та об'єму послуг, які надаються в закладі ПМД використовується основний класифікатор Міжнародної класифікації первинної медичної допомоги або ІСРС - 2.

Базовими термінами при застосуванні ІСРС-2 є: епізод, візит, кодування.

**Епізод медичної допомоги (ЕМД)** – це взаємодія пацієнта з медичним закладом від першого звернення (візиту) до медичного



працівника і до останнього візиту (включно) з цією ж проблемою (захворюванням). ЕМД і його облік не обмежується календарним роком.

**Візит** (звернення, контакт) - будь-яка професійна взаємодія між пацієнтом і медичним працівником. Контакт може бути: прямим (візит в амбулаторію, у пацієнта вдома тощо); непрямим (телефон, пошта, email, Skype тощо). Візит є базовою одиницею обліку роботи первинної ланки, яка в ІСРС-2 визначається трьома елементами: 1) причина звернення (ПЗ) пацієнта; 2) Діагноз/проблема із здоров'ям (як бачить проблему сімейний лікар); 3) дії/втручання (процес - що необхідно робити). Епізод може обмежитися одним візитом (наприклад, виписка довідки в басейн) а може тривати до кінця життя пацієнта з хронічним захворюванням і потребувати значної кількості візитів. Крім того, під час одного візиту пацієнта з кількома захворюваннями (підвізити) можуть розглядатися різні епізоди допомоги.

ІСРС-2 має двовісну структуру: 17 розділів-літер (А-Z) згідно локалізації проблем/процесів і 7 цифрових компонентів.

**Розділи:**

- А Загальні та неспецифічні
- В Кров, кровотворні органи та імунні механізми (Blood),
- D Травна система (Digestive)
- F Око (Focal)
- H Вуха (Hearing)
- К Серцево-судинна система
- L Опорно-рухова система (Locomotion)
- N Нервова система (Neurological)
- P Психологічні (Psychological)
- R Дихальна система (Respiratory)
- S Шкірна система (Skin)

T Ендокринні/метаболічні розлади та порушення харчування (Thyroid)

U Урологічні (Urological)

W Вагітність, пологи, планування сім'ї (Women)

X Жіночі статеві органи (X-хромосома)

Y Чоловічі статеві органи (Y-хромосома)

Z Соціальні проблеми.

**7 компонентів (стандартні для кожного розділу):**

1. скарги і симптоми (01-29)

2. діагностика, скринінг, профілактика (30-49)

3. лікування та маніпуляції (50-59)

4. оцінка результатів дослідження (60-61)

5. адміністрування (62)

6. направлення (63-69)

7.діагноз (70-99): інфекційні захворювання, новоутворення, травми, вроджені аномалії, інше. Розділ Z (соціальні проблеми) не має 7-го компоненту.

За допомогою ІСРС-2 можна кодувати не тільки діагнози але й скарги, симптоми та синдроми. Також коди ІСРС -2 використовуються для кодування таких процесів, як призначення ліків, направлення на консультацію і діагностику, адміністративні процедури. Кожен код складається із однієї букви і 2-х цифр. Наприклад, K75 – гострий інфаркт міокарда. Для вибору коду треба дотримуватись певних правил. В ІСРС-2 локалізація проблеми/ захворювання/процесу є пріоритетом.

**Кодування причини звернення.** Причина звернення - зрозуміле і узгоджене між пацієнтом і медичним працівником твердження, яке визнається пацієнтом в якості прийнятного опису причини його звернення за медичною допомогою. Для кодування звернення можуть використовуватись всі коди ІСРС-2 (01-99).

***Кодування діагнозу/проблеми зі здоров'ям.*** Діагноз є професійним поглядом лікаря на проблему пацієнта. В умовах діагностичної невизначеності і обмеженості технологій на рівні первинної медичної допомоги широкий спектр захворювань і станів на ранніх стадіях часто можуть бути оборотними. Тому ІСРС-2 дозволяє для кодування діагнозу/проблеми із здоров'ям використовувати не тільки компонент - діагноз але й компонент - скарги і симптоми.

### **Організація роботи денних стаціонарів.**

З метою раціонального використання ресурсів галузі охорони здоров'я та оптимізації надання медичної допомоги населенню передбачено створення умов для стаціонарозамінюючої медичної допомоги, до якої відносяться: денні стаціонари; домашні стаціонари; лікарняні стаціонари (відділення, палати)денного перебування.

*Денний стаціонар* - це лікувальний підрозділ центру ПМСД, де надається кваліфікована медична допомога хворим, які не потребують цілодобового медичного нагляду.

*Основні завдання денного стаціонару:*

Проведення заходів щодо діагностики та лікування хворих при гострих захворюваннях або загостренні хронічних хвороб, за умови відсутності показів до цілодобового лікарського нагляду.

1. Надання кваліфікованої медичної допомоги хворим при невідкладних станах в умовах амбулаторно-поліклінічного закладу

та за наявності показань - забезпечення їх госпіталізації до лікарняного закладу.

2. Доліковування хворих та проведення їх реабілітації в стадії затухаючого загострення захворювання, неповної ремісії, в післяопераційному періоді тощо, після виписки з лікувально-профілактичного закладу.

3. Забезпечення наступності з іншими лікувальними відділеннями амбулаторно-поліклінічного закладу та стаціонарними відділенням лікарняних закладів щодо надання медичної допомоги хворим.

4. Проведення профілактичних та лікувально-оздоровчих заходів хворим, які перебувають на диспансерному обліку.

На лікування у денний стаціонар направляються хворі, які не потребують суворого палатного режиму, цілодобового медичного нагляду і допомоги, здатні активно рухатись і ті, що не мають протипоказань для впровадження комплексного лікування у позалікарняних умовах.

*Домашній стаціонар* організовується для хворих із гострими та хронічними захворюваннями, які за станом здоров'я не потребують госпіталізації або якщо вона неможлива. Для повноцінного функціонування домашнього стаціонару хворому забезпечується кваліфікований сестринський догляд, необхідні дослідження, належні методи та методики лікування, соціальну підтримку, корекцію харчування тощо.

## **Профілактична діяльність лікаря загальної практики.**

Профілактичні заходи є найважливішим складовим елементом системи охорони здоров'я, що спрямовані на формування у населення медико-соціальної активності і мотивації на здоровий спосіб життя.

Профілактичні стратегії охорони здоров'я базуються на первинному, вторинному і третинному рівнях профілактики.

*Первинна профілактика* комплекс державних, соціальних і медичних заходів спрямованих на попередження виникнення хвороб та формування активного, адаптивного, високо функціонального життєвого стилю населення, спрямованого на здоров'я. Профілактика спрямована на виявлення певних загроз (чинників ризику) для здоров'я здорової людини.

У рамках первинної профілактики чисельних захворювань може бути рекомендовано корекцію способу життя, зокрема запровадження нормального режиму харчування, зниження ваги, припинення куріння та впровадження регулярної фізичної активності. Ці заходи можуть бути реалізовані через санітарну освіту.

*Розрізняють три основних напрямки санітарної освіти:*

- розповсюдження знань про здоровий спосіб життя, шляхи та методи збереження здоров'я, профілактики захворювань;
- пропаганду дотримання правил та методів здорового способу життя і профілактики шляхом виховання;
- гігієнічну освіту та виховання.

*Вторинна профілактика* це комплекс заходів що направлений на усунення виражених факторів ризику, які за певних умов (зниження імунного статусу, перенапруження, адаптаційний зрив) можуть призвести до загострення або рецидиву захворювання. Тобто вторинна профілактика спрямована на попередження загострень та ускладнень наявних хвороб людини.

Вторинна профілактика може застосовуватися тільки до хвороб, які піддаються ідентифікації й лікуванню на ранніх стадіях. Шляхом раннього виявлення хворих на підставі скринінгових тестів (мамографія, електрокардіографія) і своєчасного їх лікування досягається основна мета вторинної профілактики — запобігання небажаним наслідкам захворювань (смерть, інвалідизація, перехід недуги у хронічну форму).

До методів вторинної профілактики слід віднести і санітарно-гігієнічне виховання (індивідуальне та групове), і організація та проведення профілактичних оглядів для оцінки динаміки стану здоров'я, визначення та здійснення відповідних оздоровчих і лікувальних заходів.

*Третинна профілактика* - комплекс заходів з реабілітації хворих, котрі втратили здатність до повноцінної життєдіяльності. В рамках третинної профілактики передбачено:

- медична реабілітація (відновлення функцій органів і систем);
- соціальна реабілітація (формування впевненості у соціальній придатності),
- трудова реабілітація (можливість відновлення трудових навичок),

- психологічна реабілітація (відновлення поведінкової активності особистості).

Наближення лікарів та медичних сестер загальної практики – сімейної медицини до населення забезпечує вирішення кола проблем і завдань щодо профілактичної роботи з населенням.

Одним з основних напрямків роботи фахівців центрів первинної медико-санітарної допомоги є профілактична робота та забезпечення умов для формування здорового способу життя (ЗСЖ), зміцнення здоров'я населення, зниження захворюваності, інвалідності та смертності.

Також, у рамках профілактичних заходів фахівці центрів ПМСД впроваджують програми з вакцинації для профілактики інфекційних захворювань, керуючи процесом вакцинації, відповідно до календаря щеплень.

Окремим напрямком роботи лікарі та медичні сестри загальної практики – сімейної медицини є робота з групами осіб, що мають чинники ризику.

Таблиця 4

**Перелік медичних втручань у межах ПМД для груп пацієнтів з підвищеним ризиком розвитку захворювань**

(згідно Наказу МОЗ України №504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» від 21.03.2018, в поточній редакції)

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; тютюнокуріння; 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
ВІЛ	Незахищені статеві контакти з людьми, які живуть з ВІЛ або споживають ін'єкційні наркотики; вживання	14 років та старші, якщо є ФР	Швидкий тест на ВІЛ	Щороку



	ін'єкційних наркотиків; гомосексуальні контакти; надання сексуальних послуг за плату або наркотики			
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; пізнє 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
Колоректальний рак (КРР)	Обтяжений спадковий анамнез по КРР; сімейний аденомато-зний поліпоз; спадковий неполіпозний КРР;	50-75 років	Опитування; тест калу на приховану кров та/або направлення до закладів охорони здоров'я з надання	Кожні 2 роки.  За наявності ФР - щороку

	запальні захворювання кишківника; аденоматозні поліпи		вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги	
Рак передміхурової залози (РПЗ)	50 років і старші з низьким ризиком. 45 років і старші із 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 простат-специфічний антиген (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	

### **Організація та проведення медичних оглядів.**

Важливість проведення профілактичних медичних оглядів працюючого дорослого населення не викликає сумніву. Метою таких оглядів є визначення стану здоров'я, своєчасне виявлення гострих чи хронічних професійних захворювань, встановлення у разі необхідності медичних протипоказань щодо здійснення окремих видів робіт та попередження виникнення та розповсюдження інфекційних хвороб.

Медичні огляди для працівників певних категорій поділяються на:

- попередні (при прийнятті на роботу);
- періодичні (протягом трудової діяльності)
- позачергові (за ініціативою роботодавця чи працівника);
- щорічні (до 21 року).

*Попередній медичний огляд* проводиться під час прийняття на роботу з метою визначення стану здоров'я працівника і з'ясування можливостей організму щодо виконання професійних обов'язків без погіршення стану здоров'я в умовах дії певних шкідливих та небезпечних факторів виробничого середовища; а також, з метою виявлення професійних захворювань (отруєнь), що виникли раніше при роботі на попередніх виробництвах, та попередження виробничо зумовлених і професійних захворювань.

*Періодичні медичні огляди мають проводитися з метою:*

- своєчасного раннього виявлення ознак гострих і хронічних професійних захворювань, загальних та професійно-зумовлених захворювань у працівників;
- забезпечення динамічного спостереження за станом здоров'я працівників в умовах дії шкідливих та небезпечних виробничих факторів і трудового процесу;
- вирішення питання щодо можливості працівника продовжувати роботу в умовах дії конкретних шкідливих та небезпечних виробничих факторів і трудового процесу;

- розробки індивідуальних та групових закладів охорони здоров'я та реабілітаційних заходів працівникам, що віднесені за результатами медичного огляду до групи ризику;
- проведення відповідних оздоровчих заходів.

Наразі, роботодавці можуть заключати договір із закладом охорони здоров'я про послугу з проведення попередніх або періодичних медичних оглядів працівників, зайнятих на важких роботах, роботах із шкідливими чи небезпечними умовами праці або таких, де є потреба у професійному доборі, щорічного обов'язкового медичного огляду осіб віком до 21 року.

Перелік професій, виробництв та організацій, працівники яких підлягають обов'язковим профілактичним медичним оглядам та порядок проведення цих оглядів та видачі особистих медичних книжок постійно оновлюється та затверджуються Кабінетом Міністрів України.

В зв'язку з високою поширеністю таких захворювань як рак шийки матки, рак молочної залози, туберкульоз, цукровий діабет, серцево-судинні захворювання, глаукома та інші, існує необхідність виявлення таких захворювань на ранніх стадіях розвитку. Проведення *цільових медичних оглядів* вирішує проблему раннього виявлення, а доведення до відома пацієнтів про необхідність таких оглядів є невід'ємною частиною роботи сімейного лікаря.

**Скринінг** (від англ. screening - «відбір, сортування») - це певний набір діагностичних процедур та консультацій фахівців, спрямований на виявлення захворювань у клінічно безсимптомних осіб, які мають мінімальні клінічні прояви. Метою організації

скринінгу є якомога довше збереження високого рівня здоров'я пацієнта, для забезпечення високої якості життя та довголіття.

При проведенні скринінгу фахівці ставлять перед собою наступні задачі:

- визначення рівня здоров'я пацієнта та формування рекомендацій щодо його збереження;
- раннє виявлення вроджених або набутих аномалій будови, функцій органів і систем організму, визначення ступеня їх впливу на життєдіяльність, формування рекомендацій щодо запобігання розвитку можливого захворювання або мінімізації його проявів;
- раннє виявлення факторів ризику різних захворювань (наприклад: гіпертонічна хвороба, метаболічний синдром, цукровий діабет, ІХС тощо) та розробка рекомендацій щодо запобігання розвитку можливої патології;
- визначення тактики лікування вже наявної патології, зниження ризику можливих ускладнень, наслідків та ранньої смертності.

### **Організація надання спеціалізованої медичної допомоги.**

*Спеціалізована медична допомога* - медична допомога, що надається в амбулаторних або стаціонарних умовах лікарями відповідної спеціалізації (крім лікарів загальної практики - сімейних лікарів) у плановому порядку або в екстрених випадках і передбачає надання консультації, проведення діагностики, лікування та профілактики хвороб, травм, отруєнь, патологічних і фізіологічних (під час вагітності та пологів) станів, у тому числі із застосуванням високотехнологічного обладнання та/або високоспеціалізованих

медичних процедур високої складності; направлення пацієнта відповідно до медичних показань для надання спеціалізованої медичної допомоги з іншої спеціалізації.

Спеціалізована медична допомога надається безоплатно в закладах охорони здоров'я, що забезпечують надання такої допомоги, з якими головний розпорядник бюджетних коштів уклав договір про медичне обслуговування населення (у межах, визначених договором). Тобто, при умові підписання закладом охорони здоров'я з НСЗУ (розпорядником бюджетних коштів) договору про медичне обслуговування населення, що забезпечують надання такої допомоги пацієнтам на безкоштовній основі. Такій вид допомоги надається відповідно до медичних показань виключно за направленням лікуючого лікаря з надання первинної медичної допомоги або лікуючого лікаря вузького спеціаліста закладу охорони здоров'я.

На безоплатній основі та без направлення, спеціалізована медична допомога відповідно до медичних показань надається закладами охорони здоров'я, з якими укладено договори про медичне обслуговування населення, пацієнтам, які звернулися до травматолога, акушера-гінеколога, стоматолога, педіатра, та пацієнтам із хронічними захворюваннями, які перебувають на диспансерному обліку в цьому закладі охорони здоров'я, а також пацієнтам, які перебувають у невідкладному стані.

За умов заключення ЗОЗ договору з НСЗУ амбулаторна допомога надається за пакетом послуг для амбулаторної медичної допомоги (цей пакет ще називають «амбулаторна допомога».)

Пакет *амбулаторної допомоги* – досить широкий перелік послуг, який включає більшість вторинної та третинної медичної допомоги на амбулаторному рівні.

До пакету може входити:

- Поліклінічна робота більшості спеціалізованих багатопрофільних та монопрофільних закладів, включаючи диспансери (наприклад кардіологічні, ендокринологічні, психоневрологічні), жіночі консультації
- Лабораторна та інструментальна діагностика
- Амбулаторна медична реабілітація пацієнтів у відновному періоді
- Надання ургентної стоматологічної допомоги дорослим та дітям у визначеному обсязі
- Планова стоматологічна допомога дітям до 16 років у визначеному обсязі
- Проведення хірургічних втручань в амбулаторних умовах
- Перебування пацієнта в закладі в умовах денного стаціонару
- Послуги, які пов'язані з проведенням пріоритетних медичних послуг, що надаються в амбулаторних умовах - мамографії, гістероскопії, езофагогастродуоденоскопії, колоноскопії, цистоскопії, бронхоскопії у випадку, якщо заклад не відповідає вимогам до надання таких послуг за пріоритетними пакетами, а також у випадку, якщо пацієнт має направлення на відповідну процедуру, але за віком не відповідає підставам надання послуг

– Робота приймального відділення або відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги, якщо медична допомога не закінчилася госпіталізацією

Надання спеціалізованої медичної допомоги в амбулаторних умовах забезпечують консультативно-діагностичні підрозділи лікарень, центри з медичних консультацій та діагностики (консультативно-діагностичні центри).

Надання спеціалізованої медичної допомоги в стаціонарних умовах забезпечують багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування, лікарні відновного, планового лікування, хоспіси, спеціалізовані медичні центри. Також, спеціалізовану медичну допомогу також можуть надавати лікарі, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи – підприємці.

*Диспансер* - це заклад, в якому надається амбулаторна та стаціонарна допомога при певних захворюваннях (туберкульоз, венеричні хвороби, психічні, ендокринні захворювання тощо).

*Основні завдання диспансеру :*

- активне виявлення хворих;
- обстеження та уточнення діагнозу;
- призначення відповідного лікування;
- активне динамічне спостереження за хворими та контактними;
- патронаж хворих;
- проведення оздоровчих заходів;
- вивчення захворюваності в районі діяльності;
- розробка запобіжних заходів щодо виникнення патології;
- проведення організаційно-методичної роботи;



- надання консультативної допомоги лікарям інших медичних закладів;
- контроль повноти обліку та своєчасності подання даних при виявленні хворого.

Диспансери можуть мати у своєму складі стаціонар. В області (республіці) може створюватись один кардіологічний диспансер, який виконує функції обласного (республіканського) закладу і надає медичну допомогу відповідно населенню області (республіки).

### **Організація стаціонарної допомоги населенню.**

Стаціонарна допомога надається населенню в різних закладах охорони здоров'я, провідна роль серед них належить лікарням.

*Лікарня* - заклад охорони здоров'я, призначений для надання стаціонарної медичної допомоги хворим. Лікарня, де надається стаціонарна допомога з однієї лікарської спеціальності, називається спеціалізованою, а з декількох спеціальностей - багатопрофільною. Багатопрофільні і спеціалізовані лікарні у своєму складі можуть мати поліклініку або амбулаторію.

*Згідно рекомендаціям ВООЗ до функцій сучасної лікарні має належати:*

- лікувально-відновлювальні (діагностика та лікування захворювань, медико-соціальна реабілітація, невідкладна медична допомога);

- профілактичні (профілактика інфекційних захворювань, запобігання переходу гострих хвороб у хронічні, зниження захворюваності з тимчасовою непрацездатністю та інвалідності);
- навчальні (підготовка медичного персоналу та підвищення кваліфікації медичних працівників);
- науково-дослідницькі.

Основні завдання стаціонару міської лікарні:

- надання спеціалізованої цілодобової стаціонарної допомоги в достатньому обсязі;
- апробація та впровадження сучасних методів діагностики, лікування, профілактики;
- комплексне відновлювальне лікування;
- експертиза непрацездатності;
- гігієнічне виховання населення.

Ефективність організації госпіталізації населення, а також роботи стаціонару значною мірою залежать від приймального відділення.

*Приймальне відділення* може бути централізованим, тобто єдиним для всього стаціонару, та децентралізованим. Централізоване забезпечує структурний розподіл хворих по всій лікарні, децентралізовані - по окремих відділеннях (інфекційному, акушерському, гінекологічному тощо).

До завдань приймального відділення можуть входити: перевірка електронного направлення, реєстрація хворих, що поступають до стаціонару та виписуються, заповнення паспортної частини медичної карти стаціонарного хворого; встановлення

(уточнення) діагнозу; обґрунтування госпіталізації; надання при потребі невідкладної допомоги; санітарна обробка; взяття матеріалу для лабораторних досліджень, експрес-діагностика, рентген- та функціональні дослідження; визначення профілю спеціалізованого відділення та направлення до нього; реєстрація відмов у госпіталізації з визначенням причини; надання довідкової інформації.

В міських багатопрофільних лікарнях можуть бути розгорнуті різні *спеціалізовані відділення*, що залежить від потужності лікарні, наявності в місті інших лікарень, від розподілу відділень, наприклад, між міською та центральною районною лікарнями.

*Стаціонарне лікувальне відділення* складається з палат і різних приміщень медичного та господарчого призначення (операційний блок, перев'язувальна, маніпуляційний кабінет, ординаторська, кабінети завідувача відділення та старшої медичної сестри, допоміжні приміщення тощо). Палати можуть бути розраховані на різну кількість ліжок. В інфекційних лікарнях для забезпечення ізоляції хворих передбачені бокси.

Згідно Програми медичних гарантій для стаціонарної медичної допомоги застосовуються такі пакети послуг:

- стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій («Терапевтичні госпіталізації»)
- хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах
- лікування гострого мозкового інсульту
- медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках

- лікування гострого інфаркту міокарду
- медична допомога при пологах

Окрема підгрупа пакетів для спеціалізованої та високоспеціалізованої допомоги - пакети, які стосуються окремих станів / захворювань. Ці пакети стосуються галузей медицини, в яких історично існують вертикальні систем надання послуг:

- діагностика та хіміотерапевтичне лікування онкологічних захворювань у дорослих та дітей
- діагностика та радіологічне лікування онкологічних захворювань у дорослих та дітей
- психіатрична допомога дорослим та дітям
- лікування дорослих та дітей із туберкульозом
- лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії

Для оплати застосовується комбінація тарифів глобальної ставки (розрахованої на основі ставки за пролікований випадок) – 60%, та ставки за пролікований випадок (або за ДСГ) – 40%.

В межах госпіталізації заклад має забезпечити медичні вироби, витратні матеріали та лікарські засоби з національного переліку основних лікарських засобів. Ліки, які заклад отримує через централізовані закупівлі, не включені до тарифу.

## **Порядок направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців (ФОП).**

Лікар, який на підставі оцінки стану здоров'я пацієнта, наявності медичних показань приймає рішення про направлення пацієнта для отримання відповідних послуг, повинен сформувати направлення. Направлення необхідне для забезпечення безоплатного отримання пацієнтом медичних послуг в амбулаторних або стаціонарних умовах, медичних послуг.

**Направлення** - скерування пацієнта ініціатором направлення з метою надання пацієнтові медичної допомоги, яку ініціатор направлення не може або не повинен надавати пацієнту, а також замовлення лабораторних та інструментальних досліджень.

Направлення на отримання медичних послуг в стаціонарних умовах (госпіталізація) здійснюється за наявності таких підстав:

- 1) гостре захворювання або стан, травма, опіки, відмороження, отруєння, загострення хронічного захворювання, що потребує оперативного лікування або цілодобового інтенсивного лікування чи спостереження;
- 2) потреба в стаціонарній паліативній допомозі;
- 3) ускладнений перебіг вагітності та пологи;
- 4) проведення протирецидивного курсу лікування чи медичної реабілітації, у разі неможливості надання відповідних послуг в амбулаторних умовах;
- 5) необхідність у застосуванні високоспеціалізованих, високотехнологічних методів діагностики та лікування, що не можуть проводитись в амбулаторних умовах;

б) переведення пацієнта, якого госпіталізовано до одного суб'єкта господарювання, на медичне обслуговування в стаціонарних умовах до іншого суб'єкта господарювання.

Після отримання направлення пацієнт звертається за отриманням медичних послуг та повідомляє номер запису про направлення або надати запис про направлення в паперовій формі.

В лікувальному закладі, до якого був направлений пацієнт перевіряють статус запису про направлення в системі; повідомляють пацієнту про наявність або відсутність можливості отримати медичне обслуговування за направленням в даному закладі за програмою медичних гарантій; узгоджують з пацієнтом вибір лікаря, який буде надавати послуги за направленням; узгоджують з пацієнтом дату та час, коли пацієнт може отримати послуги за направленням.

Направлення не є обов'язковим у таких випадках:

- отримання первинної медичної допомоги;
- звернення за отриманням вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги в амбулаторних умовах до акушера-гінеколога, психіатра, нарколога, стоматолога, педіатра, фтизіатра;
- консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію;
- отримання платних послуг;
- інших випадках, передбачених законодавством.

## **Госпітальні округи.**

Госпітальні округи створюються з метою забезпечення територіальної доступності якісної медичної допомоги населенню шляхом організації мережі закладів охорони здоров'я та фізичних осіб - підприємців, які зареєстровані в установленому законом порядку. Слід розуміти, що госпітальний округ не є окремим організаційно-правовим рівнем організації виконавчої влади, окремою юридичною особою чи суб'єктом господарювання.

Суб'єктами госпітального округу є заклади охорони здоров'я та фізичні особи - підприємці, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, що забезпечують медичне обслуговування населення на території госпітального округу.

*Принципи на яких ґрунтується побудова госпітальних округів:*

- безпечність та якість медичної допомоги на основі доказової медицини;
- своєчасність доступу до медичної допомоги;
- економічна ефективність, яка полягає у забезпеченні максимально можливої якості медичної допомоги за умови раціонального та ощадливого використання ресурсів.

У межах госпітального округу формується спроможна мережа, яка складається з опорних закладів охорони здоров'я та інших закладів охорони здоров'я, у тому числі багатопрофільних дитячих лікарень, перинатальних центрів, спеціалізованих центрів та закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу при

онкологічних, інфекційних захворюваннях, туберкульозі та інших соціально значущих хворобах.

*Мережа закладів охорони здоров'я* - сукупність закладів охорони здоров'я, що забезпечують потреби населення у медичному обслуговуванні на відповідній території.

*Опорна лікарня має відповідати наступним вимогам :*

- доступність закладів для пацієнтів. Шлях до лікарні у межах не більше 60 хвилин проїзду автомобільним транспортом,
- безпечність медичної допомоги на основі доказової медицини;
- своєчасність доступу до медичної допомоги;
- економічну ефективність, яка полягає у забезпеченні максимально можливої якості медичної допомоги за умови раціонального та ощадливого використання ресурсів.
- належне робоче навантаження та забезпечення належної рівня безпеки пацієнта.
- забезпечення надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та госпітального етапу екстреної медичної допомоги в умовах цілодобового стаціонару,
- обов'язкова наявність відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги.

Багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування (БЛІЛ) можуть бути першого та другого рівня.



Багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування *першого рівня* повинна забезпечувати надання медичної допомоги не менш як 120 тис. осіб.

Багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування *другого рівня* повинна забезпечувати надання медичної допомоги не менш як 200 тис. осіб.

Основним завданням БЛІЛ першого та другого рівнів є надання вторинної (спеціалізованої), у тому числі екстреної, медичної допомоги, зокрема:

- ведення пологів (допомога під час пологів), лікування патології вагітності та надання невідкладної акушерсько-гінекологічної допомоги;
- лікування хвороб, травм, отруєнь;
- проведення хірургічних втручань;
- зменшення ступеня важкості захворювання, травми, отруєння (за винятком паліативної допомоги);
- запобігання загостренню та/або ускладненню хвороби, травми, отруєння, які загрожують життю і здоров'ю пацієнта;
- виконання діагностичних або терапевтичних процедур, які не можуть бути виконані в інших умовах (за межами лікарні);
- надання реабілітаційної допомоги в гострому періоді;
- інші завдання відповідно до потреб населення в медичній допомозі.

У рамках надання допомоги пацієнтам, які перебувають у невідкладних станах, БЛІЛ першого рівня у цілодобовому режимі виконують:

- медичне сортування пацієнтів
- швидку оцінку стану пацієнта та безперервний моніторинг стану пацієнта
- моніторинг клінічних, біохімічних показників, кислотно-лужної рівноваги, лабораторних показників системи гемостазу
- рентгенодіагностику та ультразвукову діагностику
- ЕКГ
- рентгенівську комп'ютерну томографію
- лікування гострих і невідкладних станів з можливістю проведення діагностики, лабораторних досліджень, моніторингу, реанімаційних заходів та інтенсивної терапії
- повний обсяг екстреної та невідкладної медичної допомоги пацієнтам у невідкладних станах згідно з медико-технологічними документами та відповідно до клінічних маршрутів пацієнтів
- медичну допомогу мультидисциплінарними командами
- стабілізацію стану пацієнтів з невідкладними станами шляхом проведення реанімаційних заходів та інтенсивної терапії
- забезпечення цілодобової доступності (включаючи можливість використання телемедицини) до відповідних працівників охорони здоров'я відповідно до потреб пацієнтів (такі працівники можуть бути залучені з інших установ з можливістю прибуття до пацієнта в режимі 24 години / 7 днів на тиждень)
- за потреби підготовку та направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я вищого рівня спеціалізації відповідно до клінічних маршрутів пацієнтів
- екстрені та невідкладні хірургічні втручання

- трансфузіологічну допомогу
- реабілітаційну допомогу мультидисциплінарною командою в гострому періоді (не цілодобово)
- медичну допомогу пацієнтам, що отримують паліативну допомогу та потребують невідкладної допомоги у зв'язку з іншим станом.

Заклади, що відносяться до БЛЛ другого рівня, крім вищезазначеного, додатково виконують:

- магнітно-резонансну томографію
- ангиографію в умовах відділення інтервенційної кардіології та реперфузійної терапії.

Згідно з видами медичної допомоги, яка надається в закладах охорони здоров'я госпітального кластера, мережа закладів охорони здоров'я буде поділена на надкластерні, кластерні та загальні лікарні.

Відповідно до нового підходу, мережа ЗОЗ в області, об'єднана в один госпітальний округ ділиться на госпітальні кластери, з урахуванням:

- меж адміністративно-територіальних одиниць;
- географічних особливостей регіону та стану автомобільних доріг;
- поточних і прогнозованих демографічних показників чисельності населення, структури захворюваності і смертності;
- оптимальних клінічних маршрутів пацієнтів задля своєчасного доступу до медичної та реабілітаційної допомоги, що ґрунтується на принципах доказової медицини;

- навантаження на медичних працівників та фахівців із реабілітації.

*Кластерний заклад охорони здоров'я* - багатопрофільний лікарняний заклад, спроможний забезпечити на території госпітального кластера потребу населення в медичному обслуговуванні у найбільш поширених захворюваннях і станах за напрямками медичного обслуговування в стаціонарних умовах відповідно до переліку, визначеного КМУ.

*Надкластерний заклад охорони здоров'я* - багатопрофільний лікарняний заклад, в якого наявні ресурси та технології, орієнтовані на забезпечення медичного обслуговування у найбільш складних та/або рідкісних випадках захворювань населення всього госпітального округу за напрямками медичного обслуговування в стаціонарних умовах відповідно до переліку, визначеного КМУ.

### **Маршрут пацієнта.**

Кожен заклад охорони здоров'я повинен мати затверджені в установленому законодавством порядку клінічні маршрути пацієнта.

*Клінічний маршрут пацієнта* — це алгоритм руху пацієнта структурними підрозділами закладу охорони здоров'я (або різних закладів охорони здоров'я), які залучені до надання допомоги при конкретному стані або захворюванні.

Клінічні маршрути пацієнтів забезпечують ефективність впровадження доказової медицини та використання клінічних настанов. За наявності маршруту відбувається:

- Підтримка клінічної ефективності, управління ризиками та клінічного аудиту.
- Поліпшення міждисциплінарного спілкування, спільної роботи та планування догляду.
- Забезпечення безперервності та координації дій з лікування та догляду за пацієнтом.
- Покращення клінічних наслідків та прогнозів;
- Оптимізація управління ресурсами;
- Підвищення якості надання медичної допомоги
- Підтримка впровадження безперервного клінічного аудиту в клінічній практиці
- Зменшення витрат, скорочуючи перебування в лікарні.

### **Питання для самоконтролю**

1. Організація роботи основних закладів надання ПМД населенню.
2. Основні завдання ЦПМСД.
3. Основні завдання роботи амбулаторій.
4. Програма медичних гарантій.
5. Організація роботи денних стаціонарів.
6. Порядок направлення пацієнтів для отримання спеціалізованої медичної допомоги
7. Напрямки профілактичної роботи лікаря ПМД.
8. Заклади, які надають спеціалізовану медичну допомогу
9. Що розуміють під терміном маршрут пацієнта
10. Мета створення та принципи функціонування госпітальних округів

# ЕЛЕКТРОННА СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.

---

Розвиток інформаційно-комунікаційних технологій сприяє змінам, що відбуваються в охороні здоров'я.

У 2020 році Розпорядженням КМУ «Про схвалення Концепції розвитку електронної охорони здоров'я» започатковано сучасний розвиток електронної охорони здоров'я. У цій Концепції зазначено, що під електронною охороною здоров'я (е-здоров'я, eHealth) розуміють екосистему гармонічних та взаємоприйнятних інформаційних відносин усіх учасників медичного середовища держави, які базуються на економічно ефективному та безпечному використанні інформаційно-комунікаційних технологій, спрямованих на підтримку системи охорони здоров'я, включаючи медичні послуги, профілактичний нагляд за здоров'ям, медичну літературу та медичну освіту, знання та дослідження.

*Електронна система охорони здоров'я (e-Health) - інформаційно-комунікаційна система, що забезпечує автоматизацію ведення обліку медичних послуг та управління інформацією про охорону здоров'я, у тому числі 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.*

Тобто, електронна система охорони здоров'я забезпечує обмін медичною інформацією та реалізацію програми медичних гарантій населення.

*Система eHealth складається з таких компонентів:*

- Центральної бази даних — ЦБД (адміністратор ДП “Електронне здоров'я”);
- Електронних медичних інформаційних систем — МІС (системи, які дають змогу автоматизувати роботу медзакладів з ЦБД);

*Суб'єктів eHealth та їх завдання:*

- Міністерство охорони здоров'я України - формує політику у галузі охорони здоров'я, відповідає за реалізацію реформ;
- Національна служба здоров'я України - аналізує та використовує дані для прогнозування потреб населення в медичних послугах, розробки програми медичних гарантій, здійснення оплати закладам за медичні послуги
- eZdorovya - адмініструє Центральну базу даних eHealth та контролює розробку електронної системи охорони здоров'я в Україні
- Представники бізнесу - електронні медичні інформаційні системи (МІС) — системи, які дають змогу автоматизувати роботу медзакладів з ЦБД.

## Медична інформаційна система

**Медична інформаційна система (МІС)** - комплексний програмний продукт, головне призначення якого автоматизація всіх основних процесів, пов'язаних із роботою медичних установ загальної і вузької спеціалізації. Автоматизовані медичні інформаційні системи дозволяють швидко й ефективно налагодити електронний документообіг, гнучко вибудовувати роботу з пацієнтами, вести оперативний облік роботи адміністративного персоналу, контролювати всі організаційні і фінансові питання.

Комплексні медичні інформаційні системи, як правило, складаються з модулів. Структура медичної інформаційної системи - окремі компоненти, що можна об'єднати у кілька великих груп:

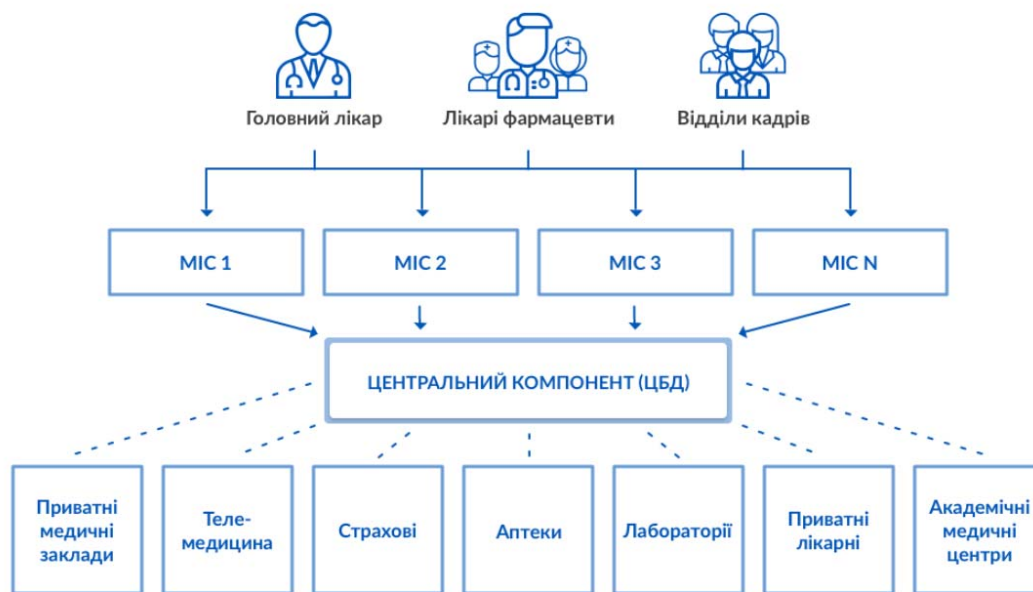
1. *Аналітичні й управлінські компоненти.* Модулі та засоби ведення управлінського обліку, інструменти аналізу якості та ефективності медичних послуг.
2. *Медичні компоненти.* Усі модулі, пов'язані з реєстрацією пацієнтів, ведення реєстру електронних медичних карт, облік лікарняних листів, ведення протоколів лікування, інформаційний супровід лікування пацієнтів
3. *Фінансово-економічні компоненти.* До них відносяться інструменти ведення обліку медикаментів, управління запасами, розрахунок собівартості лікування і тарифів на надання медичних послуг тощо.
4. *Компоненти обміну даними.* Ведення уніфікованих реєстрів, каталогів і довідників, обмін даними в системі закладів охорони здоров'я, обробка отриманих даних.



5. *Загальнотехнічні компоненти.* Контроль доступу користувачів і захист бази даних, а також підтримка можливостей інтеграції з іншими системами і програмами.

6. На сьогодні, більшість закладів охорони, що надають медичну допомогу працюють з програмою HELSI.

HELSI - електронна медична система, створена для пацієнтів, лікарів, державних та приватних медичних закладів.



\*За даним сайту <https://ehealth.gov.ua/>

**Рис. 2.** Електронна медична система.

### **Можливості HELSI для пацієнтів:**

- Можливість легко знайти та обрати свого лікаря;
- Швидкий запис на прийом on-line себе та членів своєї родини;
- Доступ до своєї електронної медичної картки (ЕМК);
- Миттєві результати аналізів та діагностики в кабінеті пацієнта;
- Доступ до призначень лікаря та плану лікування.

### **Можливості HELSI для лікарів:**

- Ведення історії хвороби пацієнтів та ЕМК;

- Оперативне отримання результатів діагностики та аналізів;
- Доступ до клінічних протоколів;
- Зрозумілий кабінет для ведення прийому пацієнтів.

### **Можливості HELSI для медичних закладів**

- Комплексна автоматизація роботи медичного закладу;
- Можливість налаштування Helsi під потреби медзакладу;
- Функціонал для участі в реформі (закріплення пацієнтів за лікарями, реєстрація декларацій з пацієнтами);
- Моніторинг та управлінська статистика для керівників;
- Формування поточної звітності та статистики.

При роботі в електронних системах лікарю необхідний кваліфікований електронний підпис.

**Кваліфікований електронний підпис (КЕП)** – це вид електронного підпису, який зберігається на електронному носії або в хмарному сховищі.

Підпис призначений для використання фізичними та юридичними особами - суб'єктами електронного документообігу:

- для ідентифікації підписувача;
- для підтвердження цілісності даних в електронній формі;
- для забезпечення виконання особою зобов'язань, які вона взяла на себе, підписавши документ.

КЕП необхідний всім співробітникам закладів, які будуть вносити дані в електронну систему охорони здоров'я для підтвердження своїх дій в системі та відправки даних в ЦБД ЕСОЗ. Лікарю первинної ланки підпис необхідний під час підписання декларацій, створення електронних рецептів, роботи з електронними

направленнями, епізодами та взаємодіями, висновками. Лікарю вторинної ланки для підпис необхідний при роботі з електронними направленнями, консультаційними висновками, діагностичними звітами, формування виписки пацієнта зі стаціонару та ін.

Для документообігу протягом тривалого часу заклади охорони здоров'я використовують медичну документацію в електронному вигляді (програмні продукти типу «Поліклініка», «Стаціонар»).

### **Класифікатори, що застосовуються в галузі охорони здоров'я.**

Для формування державних та галузевих звітів і проведення статистичних розробок у практику діяльності всіх медичних закладів України застосовують Міжнародну статистичну класифікацію хвороб 11-го перегляду (МКХ-11), яка містить 21 клас.

Міжнародна статистична класифікація хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям (МКХ) є головним підґрунтям статистики охорони здоров'я. Вона відображає умови людського існування від народження до смерті: в ній представлені кодові позначення кожної травми або хвороби, з якою ми стикаємося протягом життя, і кожної причини, яка може привести до нашої смерті. Не обмежуючись цим, МКХ реєструє і фактори, що впливають на здоров'я, або зовнішні причини смертності та захворюваності, що дозволяє побудувати цілісну картину, що охоплює всі аспекти життя, які можуть впливати на здоров'я.

У порівнянні з МКБ – 10 в новій класифікації уточнені специфічні симптоми для діагностування посттравматичного

стресового розладу та додано комплексний посттравматичний стресовий розлад;

- змінились підходи до класифікації інсульту: тепер це захворювання мозку, а не системи кровообігу
- ігрова залежність класифікується як психічний розлад.
- алергії – захворювання імунної системи: таке групування покращить розуміння реакцій людини;
- альтернативна медицина в одному розділі – легше обчислювати статистичні дані щодо хвороб та станів, поняття про які виникли ще в стародавній китайській медицині та сьогодні широко використовуються в Китаї, Японії, Кореї та інших країнах світу;
- спеціальні коди щодо антибіотикорезистентності, це допоможе більш точно вимірювати ефективність ліків по всьому світу.

18 червня 2018 року ВООЗ оприлюднила версію МКБ-11, з тим щоб забезпечити державам-членам час на планування її впровадження. Класифікація оновлена з урахуванням вимог сучасності і відображає критично важливі досягнення в науці і медичній практиці, а також, вона може бути успішно інтегрованою в медичні електронні додатки та інформаційні системи. За даними ВООЗ, перехід на новий класифікатор рекомендований з 1 січня 2022 року, перехідний період продовжений до 2027 року.

**Австралійський класифікатор медичних інтервенцій.** Австралійський класифікатор медичних інтервенцій десятого видання було розроблено Австралійським консорціумом з розробки класифікації.

*Статистична класифікація* – це система категорій, одиниці до яких вносять відповідно до встановлених критеріїв. МКХ-10-АМ і АКМІ дозволяють систематично реєструвати, аналізувати, інтерпретувати та зіставляти дані про захворюваність і медичні інтервенції, що збирають в різних лікарнях.

Класифікація інтервенцій охоплює процедури та інтервенції, що виконуються в державних та приватних лікарнях, а також різноманітних амбулаторних закладах. Суміжні медичні інтервенції, стоматологічні послуги і процедури, що виконуються за межами операційної, також входять до класифікації.

Клінічні коди використовують для доступу до клінічних записів, з метою проведення дослідження, навчання та здійснення управління, а також для оплати медичних послуг, для визначення схем користування та для оцінки доцільності витрат на медичні послуги. Кодована система створює основу для епідеміологічних досліджень та використовується для оцінки якості медичних послуг.

#### **Питання для самоконтролю.**

1. Принцип роботи електронної системи охорони здоров'я
2. Застосування міжнародної класифікації ІСРС-2.
3. Медичні інформаційні системи, принцип роботи.
4. Електронні медичні записи.
5. Застосування класифікаторів.
6. Можливості HELSI для медичних закладів та пацієнтів.

# ОБЛІКОВО-ЗВІТНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.

---

В Україні існує національна система медико-статистичного обліку та звітності. Медична статистична звітність представляє собою державну, обов'язкову для усіх структурних елементів МОЗ, програму збору та узагальнення інформації, накопиченої в процесі ведення медичного обліку. Форми збору та подання медичної статистичної звітності, а також система та періодичність їх складання затверджуються відповідними директивами МОЗ України.

Основою такої системи є медична документація.

*Медична документація* - система документів встановленої форми, призначених для записів даних, необхідних для правильної організації медичного обслуговування населення, діяльності медичних установ та вивчення стану здоров'я населення.

Медична документація у закладі охорони здоров'я поділяють на:

- *гостовану* — медичні бланки та журнали, форми яких затверджені, зокрема, Міністерством охорони здоров'я України, ведення яких є обов'язковим для усіх без винятку закладів;
- *негостовану* — медичні бланки та журнали, не затверджені МОЗ або іншим міністерством чи держслужбою, але які використовують у закладі (вести такі документи

необов'язково, проте їх наявність значно полегшує роботу медперсоналу).

За функціональним призначенням медична документація поділяється на *облікову і звітну*. Облікові документи, в свою чергу, поділяються на індивідуального та групового обліку.

Облікові документи, що заповнюються на одну особу, називаються документами індивідуального обліку (медична карта амбулаторного хворого, історія хвороби, історія розвитку дитини та ін). До облікових документів групового обліку відносять (Журнал обліку амбулаторних пацієнтів, Журнал реєстрації інфекційних захворювань, операційний журнал).

Також, медична документація поділяється на: що використовується в амбулаторно-поліклінічних закладах; що використовують в стаціонарах, а також ту, що використовують і в поліклініці і в стаціонарі.

Основним обліковим документом в амбулаторії і поліклініки є медична карта амбулаторного хворого (ф. №125/о). У закладах, що надають медичну допомогу дітям головним обліковим документом є історія розвитку дитини; в закладах, що надають медичну допомогу вагітним – індивідуальна картка вагітної і породіллі (ф. № 111/о) та обмінна карта (ф. № 113/о), яка видається вагітній з моменту встановлення на облік.

До основної медичної документації стаціонару відносять: Медична карта стаціонарного хворого (ф. № 003/о); Статистична карта, який вибув зі стаціонару (ф. № 066/о); «Журнал реєстрації

осіб, які прийняті на стаціонарне лікування» (ф. № 001/о); історія пологів (ф. №196/о) та ін.

Є вид медичної документації, якій використовують не тільки для обліку, а й для обміну інформацією з іншими галузевими та негалузевими закладами, до таких можна віднести листок непрацездатності (б/н), Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення" (ф. N 058/о), медичне свідоцтво про народження (ф. №103/о), лікарське свідоцтво про смерть (ф. № 106/о) та ін.

*Звітні документи* використовують для узагальнення даних, що містяться в облікових документах, і характеризують стан здоров'я населення та діяльність медичної установи.

Заклади охорони здоров'я та приватно практикуючі лікарі повинні щорічно звітувати про свою роботу до обласних (міських) центрів медичної статистики. Перелік звітних форм та терміни подання звітності встановлюються щорічно наказом МОЗ України.

*До основних форм медичних звітів відносять:*

- Форма № 17: Звіт про медичні кадри
  - Форма № 20: Звіт лікувально-профілактичного закладу
- Також, до річних звітів відносять наступні форми:
- Форма № 7: Звіт про захворювання на злоякісні новоутворення
  - Форма № 8: Звіт про захворювання на активний туберкульоз
  - Форма № 10: Звіт щодо надання психіатричної допомоги населенню
  - Форма № 13: Звіт про штучне переривання вагітності
  - Форма № 19: Звіт про дітей-інвалідів



- Форма № 22: Звіт станції швидкої медичної допомоги
- Форма № 24: Звіт фельдшерсько-акушерського пункту
- Форма № 25: Звіт будинку дитини
- Форма № 32 (піврічна): Звіт щодо осіб, які мають розлади психіки через уживання психоактивних речовин
- Форма № 33: Звіт про хворих на туберкульоз Форма № 35: Звіт про хворих на злоякісні новоутворення, та ін.

**Питання для самоконтролю.**

1. Мета документообігу.
2. Види медичної документації за функціями.
3. Облікові форми медичної документації
4. Звітні форми та порядок звітності.

# ОРГАНІЗАЦІЯ ЕКСПЕРТИЗИ ТИМЧАСОВОЇ ТА СТІЙКОЇ ВТРАТИ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ

---

*Працездатність* – це здатність до праці, що залежить від стану здоров'я, фізичного, духовного розвитку (розумових та емоційних можливостей), а також професійних знань, уміння і досвіду працівника, що дає йому змогу виконувати роботу визначеного обсягу, характеру та якості. Тобто здатність людини до праці оцінюється не лише за можливістю виконання роботи та функціональним станом організму, а й за додатковими критеріями (стан здоров'я, професійні знання, вміння, досвід).

Працездатність класифікується на: загальну, професійну, спеціальну, обмежену, повну, часткову.

*Загальна працездатність* — це здатність до виконання будь-якої роботи у звичайних умовах праці.

*Професійна працездатність* — це здатність працівника до роботи певним фахом і на певній посаді.

*Спеціальна працездатність* – це здатність працювати в певних несприятливих умовах (виробничих чи кліматичних).

*Обмежена працездатність* – це здатність до роботи з певними обмеженнями (наприклад, для інвалідів третьої групи). Часткова працездатність — це здатність до професійної або некваліфікованої праці, що збереглася у осіб, які зазнали каліцтва.

Втрата працездатності (непрацездатність) може бути постійною і тимчасовою.

*Непрацездатність* – це стан здоров'я (функцій організму) людини, обумовлений захворюванням, травмою тощо, який унеможлиблює виконання роботи визначеного обсягу, професії без шкоди для здоров'я.

*Постійна втрата працездатності* – це повна чи часткова втрата здатності до загальної чи професійної праці, яка поділяється на зворотну (працездатність відновлюється після проведених реабілітаційних заходів) та постійну.

Тимчасова непрацездатність, в свою чергу поділяється на повну та часткову.

Тимчасова непрацездатність завдає державі великих економічних збитків, який включає в себе витрати на надання амбулаторної та стаціонарної допомоги, реабілітації, виплати соціальних допомог по непрацездатності, збиток від недоотриманого продукту праці в матеріальному виробництві через відсутність працівника на робочому місці і його дезорганізації і скорочення обсягу послуг в нематеріальному виробництві; крім того тимчасова непрацездатність збільшує навантаження на сімейний бюджет. Вивчення рівня захворюваності з тимчасовою втратою працездатності важливо для оцінки якості трудових ресурсів і розробки заходів щодо зниження захворюваності працездатного населення.

*Захворюваність з тимчасовою втратою працездатності* – характеризує стан здоров'я працюючих і учнів, дає можливість аналізувати захворюваність виробничих колективів. Вивчається на

основі обов'язкового обліку всіх випадків тимчасової непрацездатності в колективах.

*Випадком тимчасової непрацездатності* є тимчасова непрацездатність, яка триває безперервно від початку визначеного захворювання, травми тощо, підтверджується листком непрацездатності з можливим продовженням лікування в одному або декількох закладах охорони здоров'я до відновлення працездатності, що підтверджується закриттям листка непрацездатності - "стати до роботи". У разі, якщо особа стала непрацездатною з приводу того самого захворювання, травми до виходу на роботу або відпрацювала неповний робочий день, випадок тимчасової непрацездатності не переривається. При виникненні іншого захворювання, травми, відпустки в зв'язку з вагітністю випадок тимчасової непрацездатності вважається новим.

*Експертиза тимчасової непрацездатності* здійснюється закладами охорони здоров'я та фізичними особами — підприємцями, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, відповідно до вимог Порядку формування медичних висновків про тимчасову непрацездатність та Порядку організації експертизи тимчасової втрати працездатності, затверджених наказом МОЗ України від 01 червня 2021 року № 1066.

Так, відповідно до статті 69 Основ законодавства України про охорону здоров'я експертиза тимчасової непрацездатності громадян здійснюється у закладах охорони здоров'я лікарем або комісією лікарів, які встановлюють факт необхідності надання відпустки у

зв'язку з хворобою, каліцтвом, вагітністю та пологами, для догляду за хворим членом сім'ї, у період карантину, для протезування, санаторно-курортного лікування, визначають необхідність і строки тимчасового переведення працівника у зв'язку з хворобою на іншу роботу у встановленому порядку, а також приймають рішення про направлення на медико-соціальну експертну комісію для визначення наявності та ступеня тривалої або постійної втрати працездатності.

Експертиза тривалої або стійкої втрати працездатності здійснюється медико-соціальними експертними комісіями, які встановлюють ступінь та причину інвалідності, визначають для інвалідів роботи і професії, доступні їм за станом здоров'я, перевіряють правильність використання праці інвалідів згідно з висновком експертної комісії та сприяють відновленню працездатності інвалідів.

*Таблиця 5*

**Документи, що засвідчують тимчасову непрацездатність**

Документи	Пацієнти
Електронний медичний висновок про тимчасову непрацездатність Лист непрацездатності	Працюючі особи, які підлягають обов'язковому соціальному страхуванню.
Витяг з медичної карти амбулаторного чи стаціонарного хворого, де є період дії тимчасової непрацездатності	Іноземцям, які тимчасово перебувають на території України і не працюють на підприємствах, в установах та організаціях України, якщо міжнародні угоди не передбачають іншого.
Форма № 095/о «Довідка №__ про тимчасову непрацездатність студента навчального закладу I-IV рівнів акредитації, про хворобу, карантин і інші причини відсутності дитини, яка відвідує загальноосвітній навчальний заклад, дошкільний навчальний	Студентам та учням професійно-технічних навчальних закладів

заклад», затверджену наказом МОЗ від 14.02.2012 № 110	
Довідка довільної форми, засвідчену підписом лікаря й печаткою суб'єкта господарювання	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Особам, які проходять обстеження за направленням слідчих органів, прокуратури й суду;</li> <li>- У разі тимчасової непрацездатності громадян, які шукають роботу, і безробітних, урахувавши період їх професійної підготовки й перепідготовки;</li> <li>- Особам, які проходять обстеження у суб'єктів господарювання за направленням військових комісаріатів;</li> <li>- Особам, які проходять додаткове наркологічне обстеження в умовах стаціонару</li> <li>- Особам, які проходять діагностичне обстеження в закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності, якщо немає ознак тимчасової непрацездатності</li> <li>- Особам, які самостійно звернулися по консультаційну допомогу (обов'язково зазначайте час проведеної консультації)</li> </ul>
Форма № 095-2/о «Довідка № __ про тимчасове звільнення від роботи по догляду за хворою дитиною», затверджену наказом МОЗ від 28.07.2014 № 527	Особі, яка доглядає за дитиною, яка продовжує хворіти, після закінчення максимального строку, на який можуть формуватися медичні висновки в межах одного випадку тимчасової непрацездатності за категорією «Догляд за хворою дитиною»
Форма № 147/о «Довідка для призначення і виплати державної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами жінкам, які не застраховані в системі загальнообов'язкового державного соціального страхування», затверджену наказом МОЗ від 18.03.2002 № 93	Жінкам, які не підлягають загальнообов'язковому державному соціальному страхуванню

## **Формування медичного висновку про тимчасову непрацездатність.**

Формування медичних висновків в Реєстрі пацієнтам здійснюється лікуючим лікарем при пред'явленні паспорта чи іншого документа, що засвідчує особу непрацездатного, відповідно до вимог Закону України «Про Єдиний державний демографічний реєстр та документи, що підтверджують громадянство України, посвідчують особу чи її спеціальний статус». Листок непрацездатності, який сформували в реєстрі, — така сама підстава для звільнення від роботи, оплати перших п'яти днів тимчасової непрацездатності, призначення матеріального забезпечення та надання соціальних послуг відповідно до законодавства про загальнообов'язкове державне соціальне страхування, як і його паперова версія.

Медичні висновки про тимчасову непрацездатність зобов'язані формувати лікуючі лікарі закладів охорони здоров'я та ФОПів, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та здійснюють експертизу з тимчасової втрати працездатності.

**Не мають права** формувати медичні висновки лікарі:

- центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф;
- станцій переливання крові;
- закладів судово-медичної експертизи;
- бальнеологічних лікарень;
- грязелікарень;
- косметологічних і курортних поліклінік.

Також заборона стосується лікуючих лікарів суб'єктів господарювання всіх форм власності при косметологічних втручаннях без медичних показань.

**Категорія медичного висновку** — складова медичного висновку, що використовується з метою класифікації відповідно до встановленого захворювання, травми тощо, для визначення особливостей процесу формування таких медичних висновків, а також є підставою для визначення причини непрацездатності застрахованої особи в Електронному реєстрі листків непрацездатності;

**Тимчасова непрацездатність особи відповідно до медичного висновку** (далі — тимчасова непрацездатність) — це непрацездатність особи внаслідок захворювання, травми або інших причин (вагітність та пологи, карантин тощо), яка має тимчасовий зворотний характер під впливом лікування, реабілітації, інших заходів медичного характеру, та триває до відновлення працездатності або до закінчення причин, які унеможливають виконання роботи. Тимчасова непрацездатність обраховується в календарних днях.

*Медичний висновок про тимчасову непрацездатність містить такі дані:*

- номер запису в реєстрі;
- посилання на запис про пацієнта в реєстрі пацієнтів в електронній системі охорони здоров'я;
- посилання на запис про тимчасово непрацездатну особу в реєстрі пацієнтів в електронній системі охорони здоров'я;



- посилання на запис про лікуючого лікаря у реєстрі медичних працівників в електронній системі охорони здоров'я, яким встановлено факт тимчасової непрацездатності та який сформував та підписав медичний висновок;
- посилання на запис про суб'єкта господарювання в реєстрі суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я в електронній системі охорони здоров'я, лікарем якого встановлено факт тимчасової непрацездатності особи та сформовано медичний висновок у реєстрі;
- посилання на запис у реєстрі медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я, на підставі якого здійснюється формування медичного висновку;
- дату та час формування і реєстрації медичного висновку в реєстрі;
- вид медичного висновку («медичний висновок про тимчасову непрацездатність»);
- випадок тимчасової непрацездатності, що виникла за кордоном (за необхідності);
- період дії медичного висновку — дату початку й завершення періоду дії;
- посилання на запис у реєстрі про попередній медичний висновок про тимчасову непрацездатність — за наявності;
- позначку про початок нового випадку тимчасової непрацездатності.

## **Формування МВТН «Захворювання або травма загального характеру».**

Формується особисто лікуючим лікарем в амбулаторних та стаціонарних умовах надання медичних послуг на період до наступного огляду або прогнозованого періоду завершення випадку тимчасової непрацездатності на період, який не може перевищувати 30 календарних днів.

У разі якщо тимчасова непрацездатність пацієнта продовжується та становить понад 30 календарних днів, випадок тимчасової непрацездатності може бути продовжений за результатом медичного огляду пацієнта лікуючим лікарем шляхом формування нового медичного висновку без встановлення відмітки про початок нового випадку тимчасової непрацездатності.

У разі потреби продовження лікування в амбулаторних умовах після закінчення періоду лікування в стаціонарних умовах випадок тимчасової непрацездатності може бути продовжено на період до 3 календарних днів шляхом формування лікуючим лікарем нового медичного висновку на підставі медичного запису про виписку пацієнта зі стаціонару.

На підставі медичного запису про виписку пацієнта зі стаціонару та висновку лікуючого лікаря, який здійснює направлення пацієнта для продовження лікування в реабілітаційному закладі, лікуючим лікарем реабілітаційного закладу може бути сформований медичний висновок категорії «Захворювання або травма загального характеру» для встановлення

тимчасової непрацездатності на період лікування в реабілітаційному закладі після перенесених захворювань і травм.

Направлення для продовження лікування в реабілітаційному закладі здійснюється лікуючим лікарем із урахуванням медичних показань для проведення заходів із реабілітації у сфері охорони здоров'я на підставі об'єктивного стану хворого, результатів попереднього лікування, даних лабораторних, інструментальних, рентгенологічних, функціональних обстежень.

### **Формування МВТН «Догляд за хворою дитиною».**

Медичний висновок категорії «Догляд за хворою дитиною» формується на підставі медичного запису про пацієнта віком до 14 років (або про дитину з інвалідністю віком до 18 років) та висновку лікуючого лікаря, яка здійснюватиме догляд за пацієнтом.

Випадок тимчасової непрацездатності за категорією «Догляд за хворою дитиною» не може перевищувати 14 календарних днів в амбулаторних умовах, для особи, яка здійснює догляд, окрім випадків необхідності сумісного перебування із пацієнтом під час його госпіталізації. У випадках необхідності сумісного перебування особи період дії випадку тимчасової непрацездатності не може перевищувати тривалості перебування пацієнта у стаціонарі.

### **Формування МВТН «Догляд за хворим членом сім'ї».**

Формується лікуючим лікарем на підставі медичного запису про пацієнта віком від 14 років та висновку лікуючого лікаря про тимчасову непрацездатність особи, яка здійснюватиме догляд за пацієнтом. Випадок тимчасової непрацездатності за категорією «Догляд за хворим членом сім'ї» не може перевищувати 3

календарних днів при лікуванні в амбулаторних умовах. У виняткових випадках, із урахуванням тяжкості хвороби члена сім'ї, період дії такого випадку тимчасової непрацездатності може становити до 7 календарних днів.

**Формування МВТН «Догляд за дитиною у разі хвороби особи, яка доглядає за дитиною»** формується лікуючим лікарем на період випадку тимчасової непрацездатності пацієнта на підставі медичного запису про пацієнта, вік якого має становити не менше 14 років, який фактично здійснює догляд за дитиною віком до 3 років або за дитиною з інвалідністю віком до 18 років, та висновку про тимчасову непрацездатність особи, яка здійснюватиме такий догляд.

Для медичних висновків категорій «Догляд за хворою дитиною», «Догляд за хворим членом сім'ї» або «Догляд за дитиною у разі хвороби особи, яка доглядає за дитиною» як посилання на запис про тимчасово непрацездатну особу в Реєстрі пацієнтів в електронній системі охорони здоров'я зазначається посилання на запис про ідентифіковану особу в Реєстрі пацієнтів в електронній системі охорони здоров'я, яка здійснюватиме догляд за пацієнтом.

**Формування МВТН «Карантин».** Медичний висновок категорії «Карантин» формується на підставі медичного запису про медичний огляд, надання консультації або лікування, внесеного до електронної системи охорони здоров'я лікуючим лікарем, який надає медичну допомогу за лікарською спеціальністю «Інфекційні хвороби» або «Загальна практика — сімейна медицина», «Терапія», «Підліткова терапія», «Педіатрія».

Медичний висновок за категорією «Карантин» може формуватися в таких випадках: встановлення на підприємствах, установах, організаціях тощо протиепідемічних заходів, що здійснюються з метою запобігання поширенню особливо небезпечних, небезпечних інфекційних хвороб, локалізації та ліквідації їх осередків, спалахів та епідемій; встановлення медико-санітарного спостереження за особою, відповідно до Правил санітарної охорони території України, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 22 серпня 2011 року № 893.

**Формування МВТН «Обсервація, самоізоляція під час дії карантину з метою запобігання поширенню гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2»** формується на підставі медичного запису про медичний огляд, надання консультації або лікування, внесеного до електронної системи охорони здоров'я, та висновку лікуючого лікаря про тимчасову непрацездатність на період перебування особи в самоізоляції, обсервації, в тимчасових закладах охорони здоров'я (спеціалізованих шпиталях), у закладах охорони здоров'я, а також на самоізоляції під медичним наглядом у зв'язку з проведенням заходів, спрямованих на запобігання виникненню та поширенню гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2.

**Формування МВТН «Переведення особи на легшу роботу».** Медичний висновок категорії «Переведення особи на легшу роботу» формується у зв'язку з професійним захворюванням, захворюванням на туберкульоз, або іншими захворюваннями, передбаченими

законодавством, у зв'язку з якими рекомендується переведення особи на легшу роботу, а також для осіб, які є бактеріоносіями, за результатами експертизи тимчасової втрати працездатності та на підставі медичних записів про стан здоров'я (функцій організму) пацієнта, та висновку лікуючого лікаря про тимчасову непрацездатність у випадку, якщо пацієнт непрацездатний за своїм місцем роботи, може повноцінно виконувати іншу роботу без порушення процесу лікування. При формуванні медичного висновку категорії «Переведення особи на легшу роботу» період тимчасового переведення працівника у зв'язку із хворобою на іншу роботу може становити до двох місяців із дотриманням термінів продовження випадку тимчасової непрацездатності. У разі якщо тимчасова непрацездатність пацієнта продовжується та становить понад два місяці, випадок тимчасової непрацездатності може бути продовжений за результатом медичного огляду пацієнта лікуючим лікарем шляхом формування нового медичного висновку без встановлення відмітки про початок нового випадку тимчасової непрацездатності.

#### **Формування МВТН «Ортопедичне протезування».**

Медичний висновок категорії «Ортопедичне протезування» формується на підставі медичного запису про лікування, внесеного до електронної системи охорони здоров'я, та висновку лікуючого лікаря суб'єкта господарювання, у якому пацієнту надається вторинна (спеціалізована) медична допомога у стаціонарних умовах за однією з лікарських спеціальностей «Ортопедична стоматологія», «Ортопедія і травматологія», «Дитяча ортопедія і травматологія».

**Формування МВТН «Вагітність та пологи».** Медичні висновки категорії «Вагітність та пологи» формуються на підставі медичного запису про медичний огляд пацієнта, надання консультації або лікування, внесеного до електронної системи охорони здоров'я лікуючим лікарем. МВТН категорії «Вагітність та пологи» формується в 30 тижнів вагітності на період, який включає 70 календарних днів до пологів і 56 (у разі народження двох і більше дітей та у разі ускладнення пологів — 70) календарних днів після пологів.

Для жінок, які належать до I—III категорій постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС, формується медичний висновок в 27 тижнів вагітності тривалістю 180 календарних днів (90 днів на період допологової тимчасової непрацездатності і 90 — на період післяпологової тимчасової непрацездатності).

При передчасних пологах до 30 тижнів вагітності період дії МВТН категорії «Вагітність та пологи» становить 140 календарних днів у разі народження живої дитини, а у випадку мертвонародження при таких пологах — 70 календарних днів.

У разі передчасних або багатоплідних пологів, виникнення ускладнень під час пологів або в післяпологовому періоді, на підставі медичного запису формується медичний висновок на 14 календарних днів, окрім передчасних пологів до 30 тижнів вагітності та жінок, яких віднесено до I—III категорій постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС.

Формування медичних висновків при направленні на продовження лікування, проходження обстеження, консультацію в

інший заклад охорони здоров'я, лікуючий лікар формує медичний висновок з урахуванням часу на проїзд пацієнта до такого суб'єкта господарювання, що не може перевищувати 1 календарного дня в межах України. Лікуючий лікар закладу, який надав медичні послуги пацієнту за направленням іншого суб'єкта господарювання щодо продовження лікування, проходження обстеження, консультації, після завершення строку перебування пацієнта у закладі формує медичний висновок із урахуванням часу на доїзд у зворотному напрямку, що не може перевищувати 1 календарного дня в межах України.

У випадку, коли пацієнт повідомив лікуючому лікарю про те, що непрацездатність мала зв'язок із нещасним випадком, професійним захворюванням або аварією на виробництві, для категорій медичних висновків «Захворювання або травма загального характеру», «Переведення особи на легшу роботу» лікуючий лікар робить відмітку про зв'язок випадку непрацездатності з професійною діяльністю пацієнта.

Коли відповідно до вимог законодавства України пацієнту проводилися необхідні дослідження для визначення наявності в його організмі алкоголю (наркотичних засобів чи токсичних або отруйних речовин) та визначення ступеня його сп'яніння, а також лікуючим лікарем встановлено, що тимчасова непрацездатність настала внаслідок алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння або дій, пов'язаних з таким сп'янінням, що підтверджено результатами таких досліджень, у медичних висновках за категорією «Захворювання або травма загального характеру» лікуючий лікар



робить відмітку про наявність алкогольного та/або наркотичного сп'яніння як причини виникнення непрацездатності.

У випадках коли лікуючим лікарем встановлено факт порушення пацієнтом призначеного режиму лікування (відмова від огляду МСЕК; відмова від госпіталізації; невиконання рекомендацій лікаря; самовільне залишення закладу охорони здоров'я; навмисне заподіяння шкоди своєму здоров'ю або симуляція хвороби), формується новий медичний висновок із зазначенням дати порушення режиму лікування та виду порушення режиму лікування.

Лікуючий лікар має сформувавати медичні висновки тільки після особистого огляду хворого, встановлення факту втрати працездатності, про що робить відповідний запис у реєстрі та обґрунтовує тимчасову непрацездатність. Можуть бути виключення, які мають бути зазначено у нормативних актах (наразі виняток складають випадки, коли звернення та опитування хворого відбулося за допомогою засобів телефонного зв'язку або інтернет-телефонії, засобів телемедичного зв'язку з обов'язковим відповідним записом у реєстрі на період заходів, спрямованих на запобігання виникненню та поширенню COVID-19, а також локалізацію та ліквідацію її спалахів та епідемій в Україні). Це стосується медичних висновків за категоріями «Захворювання або травма загального характеру», «Обсервація, самоізоляція під час дії карантину з метою запобігання поширенню COVID-19», «Карантин».

*Технічна можливість* формувати медичні висновки про тимчасову непрацездатність в медичного закладу з'являється

з моменту, коли медична інформаційна система, до якої підключений такий заклад, успішно пройшла тестування відповідного функціоналу.

### **Обґрунтованість виданих та продовжених листків непрацездатності.**

Обґрунтованість виданих та продовжених листків непрацездатності перевіряє уповноважений працівник — лікар органу Фонду соціального страхування України (ФСС; уповноважений лікар).

Уповноважений лікар це особа, яка є лікарем та перебуває у трудових відносинах із закладом охорони здоров'я або ФОПом, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, а також лікар, який є ФОПом, має ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та уповноважений наказом керівника органу ФСС на проведення перевірки. Уповноважена особа перевіряє листок непрацездатності до 10 календарних днів, а якщо виникнуть обставини, що потребують додаткового вивчення, — до 30 календарних днів.

Уповноважений лікар може перевіряти:

- дотримання вимог нормативно-правових актів, якими регламентовані порядок ведення первинної облікової медичної документації, проведення експертизи тимчасової непрацездатності, інших чинних нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я;
- відповідність відомостей, що містяться в медичних записах, відомостям у медичному висновку;

- своєчасність та повноту проведених обстежень, лікування відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я;
- правильність оцінювання ступеня тяжкості стану хворого відповідно до його об'єктивних даних та лабораторних, функціональних, рентгенологічних та інших досліджень в межах випадку тимчасової непрацездатності;
- причини виникнення гострих та загострення хронічних захворювань (у разі встановлення);
- відповідність скарг, даних об'єктивного огляду хворого внесеному клінічному та функціональному діагнозам;
- обґрунтування тимчасової непрацездатності в медичному висновку про тимчасову непрацездатність;
- дотримання порядку формування медичних висновків про тимчасову непрацездатність у реєстрі;
- правильність відбору та направлення осіб для реабілітаційної допомоги, ефективність реабілітаційної допомоги.

За результатом перевірки уповноважений лікар складає *Акт про перевірку* та надсилає безпосередньо керівнику чи уповноваженій особі закладу охорони здоров'я або ФОПу.

Керівник ЗОЗ отримує Акт уповноваженого лікаря та виносить його на засідання лікарсько-консультативної комісії (ЛКК), щоб усунути порушення.

Керівник має право оскаржити результати перевірки листків непрацездатності, зафіксовані в Акті, у судовому порядку.

## Організація роботи ЛКК

Лікарсько-консультативна комісія – це колегіальний орган, що призначається для вирішення складних і відповідальних питань експертизи тимчасової та стійкої непрацездатності. Такі комісії утворюються в закладах охорони здоров'я. Лікарсько-консультативна комісія здійснює медико-соціальну експертизу хворим, що не досягли повноліття.

Лікуючий лікар представляє пацієнта ЛКК у складних випадках, якщо непрацездатність пацієнта триває 30 і більше днів. ЛКК за потреби направляє пацієнта на медико-соціальну експертну комісію (МСЕК).

Лікуючий лікар ініціює питання перед ЛКК щодо направлення хворого на МСЕК у разі стійкого чи незворотного характеру захворювання, а також у разі безперервної тимчасової непрацездатності, що засвідчена медичними висновками, не пізніше ніж через 120 днів із дня її настання чи у зв'язку з одним і тим самим захворюванням.

Якщо випадок тимчасової непрацездатності переривався, то не пізніше, ніж через 156 днів, а в разі захворювання на туберкульоз — протягом 10 місяців із дня настання непрацездатності.

До функцій ЛКК щодо експертизи непрацездатності відносять видачу документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність особи:

- форму рішення для встановлення причинно-наслідкового зв'язку захворювання з умовами праці;

- висновки або рекомендації щодо догляду за дитиною до досягнення нею шестирічного віку, а в разі, коли дитина хвора на цукровий діабет I типу (інсулінозалежний), до досягнення дитиною 16-річного віку.

Також ЛКК перевіряють та усувають недоліки, які виявив Фонд соціального страхування (ФСС).

ЛКК виносить на своє засідання питання щодо обґрунтованості формування такого медичного висновку. Далі комісія аналізує якість наданих медичних послуг у межах відповідного випадку тимчасової непрацездатності:

- період, на який сформовано медичний висновок;
- обґрунтування потреби формування нового медичного висновку в разі продовження лікування в амбулаторних умовах після стаціонарного лікування;
- своєчасність направлення хворого до стаціонару при наявності медичних показань з урахуванням профілю захворювання;
- правильність оформлення медичної первинно-облікової документації;
- правильність відбору під час направлення хворих до санаторно-курортних закладів, реабілітаційних центрів та реабілітаційних відділень санаторно-курортних і спеціалізованих закладів охорони здоров'я;
- якість надання медичної допомоги;
- якість ефективності спостереження, оздоровлення хворих, які часто та тривало хворіють;

- унесення позначок про те, що пацієнт порушував режим лікування, до медичного висновку про тимчасову непрацездатність;
- роботу лікуючого лікаря з вивчення і профілактики захворюваності та інвалідності.

Комісія надає керівнику аналіз якості експертизи тимчасової непрацездатності, пропозиції щодо відповідності фахівців займаним посадам, кваліфікаційним категоріям, про накладання дисциплінарних стягнень та передачу справ у слідчі органи.

### **Організація медико-соціальної експертизи стійкої втрати працездатності.**

Інвалідність є одним із важливіших показників здоров'я населення і має соціальне економічне значення для суспільства.

*Інвалідність* – це стійкий розлад функцій організму, зумовлений захворюванням, наслідком травм або вродженим дефектом, який призводить до обмеження життєдіяльності, до необхідності в соціальній допомозі і захисті.

Обмеження життєдіяльності – це повна або часткова втрата здатності обслуговувати себе, самостійно пересуватись, орієнтуватись, спілкуватись, контролювати свою поведінку, вчитись, займатись трудовою діяльністю.

Причинами інвалідності можуть бути:

- загальне захворювання;
- інвалідність з дитинства;
- нещасний випадок на виробництві (трудова каліцтво чи інше ушкодження здоров'я);

- професійне захворювання;
- поранення, контузії, каліцтва, захворювання, що виникли під час виконання військового обов'язку, захисту Батьківщини тощо.

Інвалідність вважається такою, що настала внаслідок *трудового каліцтва*, якщо нещасний випадок настав:

- під час виконання трудових обов'язків (в тому числі і під час відрядження);
- по дорозі на роботу, або з роботи;
- на території підприємства, установи, організації протягом робочого часу (включаючи перерви);
- поблизу підприємства протягом робочого часу, якщо перебування там не суперечило правилам внутрішнього трудового розпорядку;
- у разі виконання державних або громадських обов'язків;
- у разі виконання дій по рятуванню людського життя, охорони державної чи приватної власності, охорони правопорядку.

Інвалідність внаслідок *професійного захворювання* встановлюється на підставі висновку спеціалізованого медичного закладу про наявність професійного захворювання. Перелік таких захворювань визначений постановою Кабінету Міністрів України.

*Професійне захворювання* – це захворювання, яке виникло внаслідок професійної діяльності застрахованої особи та зумовлене дією на організм виключно або переважно факторів виробництва, характерних для конкретної професії.

Професійні захворювання можуть бути викликані виключно дією несприятливих виробничо-професійних факторів, а можуть

бути і такими, у розвитку яких встановлено причинний зв'язок впливом певного несприятливого виробничо-професійного фактора та виключено явний вплив інших непрофесійних факторів, що викликають аналогічні зміни в організмі. Крім того, необхідно враховувати можливість розвитку проф. захворювання через тривалий термін після припинення впливу шкідливих факторів виробництва.

*Загальне захворювання*, як причина інвалідності визначається за залишковим принципом, тобто якщо інвалідність не спричинена нещасним випадком на виробництві чи професійним захворюванням, то її причиною визнається загальне захворювання. До загального захворювання прирівнюють нещасний випадок не виробничого характеру.

Показаннями для встановлення *інвалідності у дітей* є патологічні стани, які виникають при вроджених, спадкових, набутих захворюваннях та після травм.

Процедуру проведення медико-соціальної експертизи хворим, що досягли повноліття встановлено Постановою КМУ від 3 грудня 2009 р. № 1317.

Медико-соціальну експертизу проводять медико-соціальні експертні комісії (МСЕК). Залежно від ступеня, виду захворювання та групи інвалідності пацієнти можуть бути скеровані до МСЕК загального або спеціалізовано профілю.

За територіальним принципом МСЕК поділяються на обласні, центральні міські, міські, міжрайонні, районні. Міністерством



охорони здоров'я організовується Центральна медико-соціальна експертна комісія МОЗ.

Комісії можуть складатися з представників МОЗ, Міністерства соціальної політики, Міноборони, закладів охорони здоров'я МВС, Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань, Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, а також військово-медичної служби СБУ та військово-медичного підрозділу Служби зовнішньої розвідки у разі розгляду медичних справ стосовно потерпілих на виробництві чи пенсіонерів з числа військовослужбовців СБУ або Служби зовнішньої розвідки. У проведенні медико-соціальної експертизи беруть участь також представники Пенсійного фонду України, органів державної служби зайнятості і у разі потреби - працівники науково-педагогічної та соціальної сфери.

На МСЕК пацієнта направляє лікарсько-консультативна комісія. Комісія приймає документи осіб, що звернулися для встановлення інвалідності, за наявності у них стійкого чи необоротного характеру захворювання, а також у разі безперервної тимчасової непрацездатності не пізніше ніж через чотири місяці з дня її настання чи у зв'язку з одним і тим самим захворюванням протягом п'яти місяців з перервою за останніх 12 місяців, а у разі захворювання на туберкульоз - протягом 10 місяців з дня настання непрацездатності.

*До функцій МСЕК належать:*

- встановлення групи інвалідності, причину і час її настання;

- визначення потреби в сторонньому нагляді, догляді або допомозі;
- визначення потреби в забезпеченні засобами реабілітації;
- визначення потреби у медичній та соціальній допомозі (додатковому харчуванні, ліках, протезуванні, санаторно-курортному лікуванні, придбанні спеціальних засобів пересування тощо);
- визначення медичних показань на право одержання спеціального автотранспорту та ін.;
- складання та корегування індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю, в якій визначаються види реабілітаційних заходів та строки їх виконання, і контролюють ефективність її виконання;
- санкціонування продовження листка непрацездатності для осіб, у яких тимчасова непрацездатність не припиняється, а стійка не настає.

Медико-соціальна експертиза проводиться після повного медичного обстеження, проведення необхідних досліджень, оцінювання соціальних потреб особи з інвалідністю, визначення клініко-функціонального діагнозу, професійного, трудового прогнозу, одержання результатів відповідного лікування, реабілітації за наявності даних, що підтверджують стійке порушення функцій організму, обумовлених захворюваннями, наслідками травм чи вродженими вадами, які спричиняють обмеження життєдіяльності.

У разі коли стан здоров'я пацієнта, що звернувся для встановлення інвалідності, не дозволяє йому прибути на огляд до

комісії згідно з висновком лікарсько-консультативної комісії, а також, у зв'язку з тим, що проживає у віддаленій місцевості, огляд проводиться за місцем проживання (вдома), у тому числі за місцем проживання у стаціонарних установах для громадян похилого віку та осіб з інвалідністю, закладах соціального захисту для бездомних осіб та центрах соціальної адаптації осіб або в закладах охорони здоров'я, в яких така особа перебуває на лікуванні.

Після встановлення групи інвалідності, повторний огляд пацієнта з інвалідністю з нестійкими, оборотними змінами та порушеннями функцій організму з метою визначення ефективності реабілітаційних заходів, стану здоров'я і ступеня соціальної адаптації проводиться раз на один - три роки.

Якщо пацієнту була встановлена група інвалідності без зазначення строку повторного огляду у разі наявності вроджених вад розумового чи фізичного розвитку, анатомічних дефектів, стійких необоротних морфологічних змін та розладу функцій органів і систем організму, неефективності реабілітаційних заходів, неможливості відновлення соціальної адаптації, несприятливого прогнозу відновлення працездатності з урахуванням реальних соціально-економічних обставин у місці проживання особи з інвалідністю, а також особам з інвалідністю, термін переогляду настає після досягнення пенсійного віку.

### **Підстави для встановлення груп інвалідності.**

Існують три групи інвалідності із підгрупами. До I групи відносять осіб з найважчим станом здоров'я, які повністю не здатні

до самообслуговування, потребують постійного стороннього нагляду, догляду або допомоги, абсолютно залежні від інших осіб у виконанні життєво важливих соціально-побутових функцій або які частково здатні до виконання окремих елементів самообслуговування.

Підставою для встановлення I групи інвалідності є стійкі, значно вираженої важкості функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням, травмою або уродженою вадою, що призводять до значного обмеження життєдіяльності особи, неспроможності до самообслуговування і спричиняють до виникнення потреби у постійному сторонньому нагляді, догляді або допомозі.

Підставою для встановлення II групи інвалідності є стійкі, вираженої важкості функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням, травмою або вродженою вадою, що призводять до значного обмеження життєдіяльності особи, при збереженій здатності до самообслуговування та не спричиняють потреби в постійному сторонньому нагляді, догляді або допомозі. До II групи інвалідності можуть належати також особи, які мають дві хвороби або більше, що призводять до інвалідності, наслідки травми або вроджені вади та їх комбінації, які в сукупності спричиняють значне обмеження життєдіяльності особи та її працездатності.

Підставою для встановлення III групи інвалідності є стійкі, помірної важкості функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням, наслідками травм або вродженими вадами, що призвели до помірно вираженого обмеження життєдіяльності особи,

в тому числі її працездатності, але потребують соціальної допомоги і соціального захисту.

Критеріями для встановлення III групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє обмеження однієї чи декількох категорій життєдіяльності у помірно вираженому ступені.

### **Застосування міжнародних класифікаторів.**

Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) - визначає уніфіковану і стандартизовану мову та схеми опису станів здоров'я та станів, пов'язаних із здоров'ям. Воно впроваджує визначення компонентів здоров'я та деяких пов'язаних із здоров'ям компонентів добробуту (таких, як освіта та праця).

МКФ - класифікатор, який використовують в усіх розвинених країнах лікарі, педагоги, спеціалісти з реабілітації та психологи. Його використання в Україні є підґрунтям для розвитку системи реабілітації, раннього втручання та інклюзії, для планування заходів соціального захисту, систем компенсації та для розробки і реалізації їх політики.

МКФ належить до "сімейства" міжнародних класифікацій, розроблених ВОЗ для застосування до різних аспектів здоров'я. Сімейство міжнародних класифікацій ВОЗ забезпечує загальні правила для кодування широкого спектру інформації, пов'язаної зі здоров'ям (наприклад, діагностика, функціонування та обмеження життєдіяльності, причини для звертання за медичною допомогою) і використовує стандартизовану загальнодоступну мову, що дозволяє

спілкування на теми, пов'язані зі здоров'ям та охороною здоров'я у всьому світі в різних дисциплінах і галузях науки.

До загальних складових МКФ, в контексті здоров'я входять такі дефініції (терміни):

Функції організму - це фізіологічні функції систем організму (в тому числі психологічні функції).

Структури організму – це анатомічні частини тіла, такі як органи, кінцівки та їх складові частини.

Порушення – це проблеми, що виникають у функціях або структурах, такі як істотне відхилення або втрата.

Активність - це виконання особою завдання або дії.

Участь - це залучення індивіда до життєвої ситуації.

Обмеження активності - це труднощі, яких може зазнавати особа при виконанні діяльності.

Обмеження можливості участі - це проблеми, яких може зазнати особа при залученні до життєвих ситуацій.

МКФ має дві частини, кожна з яких містить дві складові:

1. Функціонування та обмеження життєдіяльності

(а) Функції та структури організму

(б) Активність та участь

2. Контекстуальні фактори

(в) Фактори навколишнього середовища

(г) Особистісні фактори

Кожен компонент може бути виражений як позитивними, так і негативними термінами. Кожен компонент складається з різних доменів і, в межах кожного домена – з категорій, які є одиницями

класифікації. Показники здоров'я та пов'язані зі здоров'ям стани особи можуть бути зареєстровані шляхом вибору коду або кодів відповідної категорії з наступним додаванням кваліфікаторів, які є числовими кодами, що вказують на межі чи обсяг функціонування або обмежень життєдіяльності в цій категорії, або ту міру, в якій оточуюче середовище постає сприятливим фактором чи бар'єром.

**Питання для самоконтролю.**

1. Підстави для встановлення груп інвалідності.
2. Обґрунтованість виданих та продовжених листків непрацездатності.
3. Організація роботи ЛКК
4. Принципи формування медичних висновків про тимчасову непрацездатність.
5. Які лікарі не мають права формувати медичні висновки.
6. Документи, що засвідчують тимчасову непрацездатність.
7. Організація експертизи тимчасової непрацездатності.
8. Поняття працездатності та непрацездатності.
9. Організація експертизи стійкої непрацездатності.

# ДЖЕРЕЛА ТА МЕХАНІЗМИ ФІНАНСУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

---

У більшості країн фундаментом національної політики в галузі охорони здоров'я є відповідна правова база, розроблена відповідно до міжнародних норм і стандартів, викладених у правових актах Організації Об'єднаних Націй (ООН), Ради Європи (РЄ), Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та інших міжнародних організаціях.

Кожна країна формує та розвиває свій спосіб залучення економічних ресурсів для надання медичної допомоги, збереження та зміцнення здоров'я населення. Кількість та якість наданих суспільством ресурсів, ефективність їх використання в галузі охорони здоров'я визначається складною системою економічних, політичних, морально-етичних та інших відносин, що склалися в окремо взятій країні.

Функції фінансування охорони здоров'я:

- Збір ресурсів
- Об'єднання коштів та ризиків
- Закупівля медичних послуг

*Збір ресурсів* – ефективне залучення коштів (формування бюджету). Для того щоб система охорони здоров'я була успішною, система збору бюджету повинна забезпечувати стабільне та достатнє фінансування.

Існує чотири джерела надходження до бюджету охорони здоров'я:



- Загальні податки (податок на прибуток, податок на доходи фізичних осіб, податок на землю тощо)
- Спеціальні податки (як правило, сплачують роботодавці, або працівники)
- Добровільне медичне страхування
- Власні платежі пацієнтів (офіційні та неофіційні платежі).

Загальними рекомендаціями ВОЗ щодо фінансування галузі охорони здоров'я є виділення 5% ВВП для забезпечення роботи системи охорони здоров'я.

На разі в країні відбувся перехід від кошторисного фінансування (фінансування за історичним принципом) до стратегічної закупки медичних послуг. Стратегічна закупка послуг дає можливість винагороджувати лікаря за хорошу та якісну роботу.

Нова сучасна модель фінансування системи охорони здоров'я, яка передбачає чіткі зрозумілі гарантії держави щодо медичної допомоги, кращий фінансовий захист для громадян у випадку хвороби, ефективний та справедливий розподіл публічних ресурсів та скорочення неформальних платежів.

В Україні існує єдиний національний замовник медичних послуг. В системі працює нова модель відносин без конфлікту інтересів — розмежування функцій замовника (той, хто платить) та постачальника послуг (автономні лікувальні заклади). Кошти на гарантований пакет послуг акумулюються в єдиному національному фонді. Утворюється єдиний простір медичних закладів. Стираються штучні кордони між бюджетами областей, міст, районів. Послуги

оплачуються державою там, де їх отримує пацієнт (екстериторіальність).

На ринку медичних послуг з'являється конкуренція між закладами охорони здоров'я всіх форм власності. Запроваджуються контрактні відносини між замовником і постачальником послуг. Публічні кошти витрачаються ефективніше. Пацієнт може вільно обирати заклад та лікаря. Зростає прозорість та підзвітність публічних фінансів.

### **Моделі системи охорони здоров'я**

Модель системи охорони здоров'я, яку обирає країна визначається цілями, принципами та співвідношеннями елементів системи, а також суспільним устроєм, політичним і соціально-економічним становищем, традиціями, культурою, історією, релігією, іншими чинниками характерними для кожної окремої країни.

Усі системи охорони здоров'я за типологією можна умовно розділити на 3 групи:

- Соціальна модель
- Суспільно-приватна
- Ринкова модель

**Соціальна модель.** Особливістю соціальної моделі є система фінансування, що ґрунтується на зборі коштів у суспільний фонд медичного забезпечення. Для цього використовуються такі канали:

- 1) податки у суспільні фонди (бюджет);
- 2) внески в суспільні фонди медичного страхування;

### 3) змішана система фінансування.

Суспільний фонд охорони здоров'я формується залежно від розмірів доходів. У ряді випадків оподаткування може не залежати від розміру доходів.

Збір коштів у суспільний фонд може здійснюватися на базі загальнодержавної системи оподаткування та регіональної (місцевої) системи оподаткування.

До соціальної моделі фінансування охорони здоров'я належать загальновизнані системи організації охорони здоров'я:

- Система Бісмарка (модель соціального страхування);
- Система Беверіджа;
- Система Семашко.

*Система Беверіджа* - система організації охорони здоров'я, яка ґрунтується на фінансуванні з державного бюджету і характеризується суттєвим обмеженням ринкових відносин між лікарем та пацієнтом. Медична допомога гарантується державою і надається всім громадянам незалежно від соціального та майнового становища. В основу системи покладено трансфертну систему звичайних принципів страхування. Держава поширює трансфертні виплати тільки на людей, які не можуть забезпечити себе медичною допомогою (діти, пенсіонери тощо). Лікарі виступають як наймані працівники, але система Беверіджа зберігає конкуренцію між лікарями, проте це конкуренція не за кошти громадян, а за кошти держави. Оплата праці медичного працівника залежить від обсягу наданих медичних послуг та кваліфікації лікаря та медичних сестер.

***Система Бісмарка (модель соціального страхування)*** - Система ґрунтується на фінансуванні галузі переважно за рахунок обов'язкового соціального страхування на випадок хвороби. Назву отримала на честь канцлера Німеччини Отто фон Бісмарка (1881 р.) Система вважається першою державною системою охорони здоров'я. Вона слугувала зміцненню здоров'я простих робітників, яких розглядали як потенціальних військовослужбовців. Історично створені фонди соцстраху сплачували видатки на лікування, видавали допомогу по безробіттю, пенсії тощо. Поступово виокремились лікарняні каси. Систему охорони здоров'я ще називають німецькою моделлю або континентальною моделлю. За системою Бісмарка лікарі є вільними суб'єктами, які пропонують свої послуги на ринку медичних послуг. Страхові компанії та структури, які є суб'єктами ринку медичних послуг, зобов'язані всі зібрані кошти використовувати тільки на оплату медичної допомоги. Характерною рисою системи Бісмарка є існування незалежних страхових фондів, які керуються через державні або приватні страхові компанії, їх діяльність строго регламентує держава.

***Система Семашко*** - Система характеризується фінансуванням галузі з державного бюджету при строгому централізованому управлінні та контролі з боку держави. Модель орієнтована на централізований механізм формування бюджету галузі, організацію матеріально-технічного та медикаментозного забезпечення на основі держзамовлення та фондового постачання за фіксованими цінами, формування та розвиток лікувальної мережі відповідно до державних нормативів по штатах, ресурсах, заробітній платі тощо.

Фінансування медичного обслуговування відбувається виключно з держбюджету, що не залежить від надходжень з регіонів, тобто існує система єдиного замовника медичної допомоги в особі держави. В цій системі взаємодія лікарів та пацієнтів регламентована в усіх аспектах та підпорядкована принципам планово-розподільчої організації господарства. Нормативно-адміністративна форма організації системи охорони здоров'я усуває недоліки ринкової системи.

**Суспільно-приватна модель охорони здоров'я.** Суспільно-приватну модель організації та фінансування охорони здоров'я можна розглядати як систему, що поєднує в собі ринкову та соціальну моделі. Суспільно-приватне фінансування галузі охорони здоров'я реалізується за трьома основними варіантами.

1. Фінансування галузі охорони здоров'я із суспільних фондів та з приватних страхових фондів. Прикладом такого фінансування може бути система охорони здоров'я Нідерландів.

2. Фінансування галузі охорони здоров'я з приватних страхових фондів та із суспільних фондів для надання медичної допомоги специфічним групам населення. Наприклад, у США соціальне фінансування медичної допомоги бідним та особам похилого віку проводиться через системи Медикейт та Медикер.

3. Фінансування медичного обслуговування населення із суспільних та приватних страхових фондів. Наприклад, у Канаді лікування пацієнта здійснюється на рахунок суспільного страхування, а придбання ліків за рецептами амбулаторних клінік та послуги дантистів - за рахунок приватного страхування.

## *Медичне страхування.*

Страхова медицина – є системою товарно-ринкових відносин у галузі охорони здоров'я.

*Медичне страхування* - система організаційних та фінансових заходів щодо забезпечення діяльності страхової медицини.

Мета страхової медицини та медичного страхування - забезпечення громадянам соціальних гарантій та прав на отримання медичної допомоги за рахунок накопичення коштів при виникненні страхового випадку або для фінансування профілактичних заходів.

### *Основні завдання медичного страхування:*

- посередницька діяльність в організації та фінансуванні медичної допомоги населенню;
- контроль за якістю та обсягом медичної допомоги населенню;
- розрахунок за надання медичної допомоги через страхові фонди.

Страхова медицина в багатьох країнах світу показала гарний результат:

- виступає як доповнення державної системи фінансування галузі охорони здоров'я;
- є контролем якості та обсягу медичної допомоги застрахованого населення;
- реалізує права пацієнта на вибір лікувального закладу та лікаря;
- впровадження ефективних форм управління галуззю охорони здоров'я та окремими медичними закладами;
- мотивація праці медичних працівників.

Існує декілька моделей медичного страхування. Системи медичного страхування розрізняються за принципами управління, організації, характером фінансування, переліком медичних послуг.

*Моделі медичного страхування:*

- обов'язкове медичне страхування для окремих категорій громадян;
- загальне обов'язкове медичне страхування (континентальна модель);
- загальне державне медико-соціальне страхування (пряма модель);
- державна монополія на медичне страхування.

***Соціальна система медичного страхування.***

Особливістю соціальної системи медичного страхування є участь населення у витратах на медичну допомогу. Певні види або обсяг медичної допомоги населення сплачує самостійно незалежно від коштів, внесених на страхування. Другою особливістю соціального страхування є соціальна солідарність: здоровий платить за хворого, молодий - за людину похилого віку, заможній - за бідного. Особи з низькими прибутками та соціально незахищені верстви населення внесків не сплачують.

**Ринкова модель організації охорони здоров'я.** Ринкова модель організації охорони здоров'я передбачає приватне фінансування галузі. При такій системі не використовується фінансування із суспільних фондів. Об'єм медичної допомоги формується ринком, який саморегулюється. Малозабезпечені верстви населення мають обмежений доступ до медичної допомоги. Роль держави обмежується:

- законодавчими актами, які регулюють відносини суб'єктів ринку медичних послуг;
- окремими програмами, що фінансуються з державного бюджету.

За ринкової моделі організації охорони здоров'я, фінансування галузі відбувається з таких джерел:

- приватні страхові фонди охорони здоров'я;
- внески з приватних джерел;
- прямі виплати виробникові медичних послуг;
- комбінації цих трьох джерел фінансування.

Серед недоліків ринкової моделі охорони здоров'я слід відмітити нерівний доступ до медичної допомоги різних верств населення; високі витрати й відповідно до них високі ціни на надання медичних послуг; високі громадські витрати на охорону здоров'я відсутність державного контролю за визначенням розвитку пріоритетних напрямів розвитку охорони здоров'я; можливість недобросовісної конкуренції між надавачами медичних послуг; посилення впливу реклами та "моди" та інше.

### **Місце економіки охорони здоров'я в економіці країни.**

*Економікою* називають науку про використання людьми продуктивних ресурсів для виробництва різних товарів та послуг і розподілу їх між членами суспільства з метою споживання.

*Мікроекономіка* починається із особистого господарювання, сім'ї, окремої організації (лікарня), фірми тощо, і вивчає поведінку окремих економічних одиниць.



*Макроекономіка* охоплює господарство уже цілої суспільної групи, окремої держави чи групи країн. Предметом її вивчення є сукупні показники, такі як рівень національного доходу, темпи інфляції, валовий сукупний продукт, рівень народжуваності, смертності, рівні тимчасової та постійної втрати працездатності тощо.

*Глобальний економічний рівень* – це всесвітнє господарство, міждержавні господарські стосунки. Глобальна економіка нерозривно пов'язана із політикою та географією

*Економіка охорони здоров'я*- галузева економічна наука, яка досліджує взаємодію охорони здоров'я як галузі господарювання із суспільством, дію об'єктивних економічних законів у конкретних умовах виробництва і споживання медичних послуг, фактори, які забезпечують найбільш повне задоволення потреб суспільства в медичній допомозі й охороні здоров'я населення при відповідному рівні ресурсів.

*Об'єктом економіки охорони здоров'я*

- фінансування,
- організація,
- управління,
- планування,
- економічний аналіз (ефективність),
- ціноутворення,
- питання маркетингу.

*Економіка охорони здоров'я, в першу чергу, вивчає методи раціонального використання фінансових, матеріальних та трудових ресурсів галузі.*

Сучасна концепція розвитку охорони здоров'я чітко орієнтує суспільство на сприйняття медицини не тільки як моральної та юридичної, а на сам перед соціально-економічної категорії, що повинна бути заснована на адекватному економічному забезпеченні відповідно до обсягу та якості наданих медичних послуг.

Здоров'я населення є економічною категорією так як охорона здоров'я споживає частину валового внутрішнього продукту (ВВП). У той же час здоров'я населення використовується для виробництва матеріальних благ. Показник тривалості життя є основним показником ефективності суспільного виробництва.

**Валовий внутрішній продукт (ВВП)** — макроекономічний показник розвитку економіки країни, є підсумком виробничої діяльності у галузі матеріального і нематеріального виробництв. Вимірюється вартістю товарів та послуг, виготовлених людьми для кінцевого використання.

Можливості щодо збільшення загального обсягу державних видатків на охорону здоров'я залежать від макроекономічних показників країни та простору для додаткових державних видатків.

За дослідженнями ВОЗ, видатки на охорону здоров'я в Україні зросли в реальному вираженні на душу населення (на 20% з 2015 до 2020 року), але це збільшення частково пояснюється зниженням чисельності населення (на 2,9% за аналізований період) та відбувається значно повільніше, ніж економічне зростання. Крім

того, консолідовані видатки на охорону здоров'я у відсотках від ВВП значно скоротилися (з 3,6% до 3,0%, тобто майже на 15%), що свідчить про те, що державні видатки на охорону здоров'я зростали набагато повільніше, ніж економіка. Якщо така тенденція збережеться до 2021 року, залишаючись на рівні 3%, то очікується, що реальні видатки на охорону здоров'я на душу населення зменшаться на 8,4%.

### **Ресурси галузі охорони здоров'я.**

З фінансової точки зору в економіці ресурси прийнято розділяти на чотири групи:

- а) природні (земля, вода, сонячна енергія, повітря, лісові масиви і т.д.)
- б) матеріальні (будівлі, устаткування, сировина, матеріали і т.д.)
- в) трудові (робочі, службовці, керівники і т.д.)
- г) фінансові (прибуток, статутні фонди, грошові кошти і т.д.).

Зазвичай, в галузі охорони здоров'я аналізуються використання наступних ресурсів:

1. Трудові ресурси - частина працездатного населення України, що володіє сукупністю фізичних і духовних здібностей, загальноосвітніми і професійними знаннями.
2. Матеріальні ресурси – всі ті, що вироблені людиною (рукотворні) засоби виробництва (як результат іншого виробництва).
3. Фінансові ресурси – грошові засоби, яке суспільство згодне виділити на організацію виробництва товарів та послуг.

Матеріальною основою діяльності закладів охорони здоров'я є виробничі фонди. По характеру участі в процесі виробництва продукції або надання послуги вони діляться на:

- фонди основних засобів;
- фонди оборотних коштів (або оборотних активів).

*Основні засоби* – це частина майна організації, яка переносить свою вартість на знов створені товар або надану послугу частинами за декілька виробничих циклів. Термін корисного використання (експлуатації) об'єкту основних засобів більш 1 року (або операційного циклу, якщо він довше за 1 рік). До основних засобів відносяться: об'єкти нерухомості, медичне обладнання, комп'ютерна техніка, транспортні засоби; меблі, інвентар інші основні засоби.

*Оборотні фонди* – обслуговують сферу виробництва, споживаються в одному виробничому циклі та їх вартість повністю переноситься на вартість виготовленої продукції або наданої послуги. Вони є мінімально необхідними для виготовлення продукції або надання послуги запасами сировини, витратних матеріалів, допоміжних матеріалів, запаси палива, запасних частин для ремонту, запаси малоцінних і швидко зношуваних предметів.

Підвищення рівня здоров'я суспільства, якості і ефективності медичної допомоги є основними задачами охорони здоров'я. А найважливішим напрямом дослідження є визначення ефективності охорони здоров'я, у тому числі лікувально-профілактичних, санітарно-протиепідемічних і науково-дослідних заходів в галузі охорони здоров'я населення.

Визначаються три типи ефективності як співвідношення витрат і одержаних результатів: соціальна, медична і економічна.

*Соціальна ефективність* – це оцінка поліпшення здоров'я населення. Соціальна ефективність полягає в підвищенні суспільної ролі охорони здоров'я, пов'язаної безпосередньо з підвищенням рівня здоров'я і якості медичної допомоги, а виражається конкретно у зниженні негативних показників здоров'я населення (захворюваності, інвалідності, смертності) і підвищенні позитивних (фізичного розвитку, народжуваності, середньої тривалості життя та ін.).

*Медична ефективність* – це ступінь досягнення поставлених завдань з профілактики, діагностики, лікування і реабілітації. Медична ефективність полягає в оцінці результативності різних способів діагностики, лікувальних процедур, у тому числі лікарських засобів, і, нарешті, різних заходів профілактики, зокрема специфічної (щеплень). Вона може виражатися через різні показники якості і ефективності діяльності медичних установ (скорочення середніх термінів діагностики, середньої тривалості захворювання, перебування хворого в стаціонарі). Про медичну ефективність говорить і підвищення відсотка сприятливих результатів лікування захворювань, зниження рівня інвалідизації та летальності, оптимальне використання ліжкового фонду, медичного устаткування, трудових і фінансових ресурсів.

*Економічна ефективність* – це прямі і непрямі показники впливу охорони здоров'я на економіку країни за рахунок поліпшення показників здоров'я населення і проведення

профілактичних заходів. Економічна ефективність виражається у визначенні кожної вкладеної гривні вартості підготовки кадрів, обслуговування обладнання до суми заощаджених фінансових коштів (зменшення виплат по інвалідності, зменшення виплат по тимчасовій втраті працездатності тощо), а також у встановленні економічного збитку від підвищення захворюваності, інвалідності, передчасної смерті і т.п.

Через захворюваність, втрату працездатності, передчасну смертність тощо суспільство зазнає економічних втрат (збитків). Тому економічну ефективність слід визначати як зменшення цих втрат (попереджений економічний збиток).

Таким чином, на практиці доцільно враховувати такі основні складові цих втрат:

- недоотримана нова вартість (втрати ВВП) чистої продукції окремих підприємств та галузей;
- виплати допомоги через тимчасову втрату працездатності та пенсій по інвалідності за рахунок коштів Фонду соціального страхування населення;
- витрати держави на профілактику, діагностику, амбулаторне, стаціонарне, санаторно-курортне лікування, а також на реабілітацію.

#### **Питання для самоконтролю.**

1. Розкрийте загальну мету економіки охорони здоров'я.
2. Назвіть основні функції фінансування галузі охорони здоров'я?
3. В чому полягає зв'язок між економікою та економікою охорони здоров'я.
4. Назвіть основні ресурси охорони здоров'я.
5. В чому суть визначення медичної ефективності залучених ресурсів?
6. В чому суть визначення соціальної ефективності залучених ресурсів?
7. В чому суть визначення економічної ефективності залучених ресурсів?
8. Назвіть основні відмінності у функціонуванні світових системах охорони здоров'я.

# МЕНЕДЖМЕНТ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

---

*Менеджмент* (management) – вид діяльності по ефективному використанню матеріально-технічних, фінансових, кадрових та інших ресурсів у вирішенні поставлених завдань.

"Менеджмент це - вміння досягти поставлених цілей, використовуючи працю, інтелект, мотиви поведінки інших людей - діяльність, яка відповідно до цілей та завдань бізнесу розробляє плани, визначає не лише, що і коли робити, але й як і хто буде виконувати те, що намітили, формує робочі процедури по всіх стадіях управління та здійснює контроль". (М.Х.Мескон, М.Альберт, Ф.Хедоурі)

Менеджмент як наука формується з кінця ХІХ - початку ХХ століть, з розвитком соціально-ринкових відносин. Але, розвиток управлінської думки своїми коренями уходить у давнину. Маємо історичні джерела, що підтверджують прагнення суспільства до ефективного управління.

Кодекс Хамурапі (1792-1750 до н.е) опубліковано збірку законів управління державою для регулювання суспільних відносин між різними соціальними верствами населення, завдяки яким посилювався контроль і відповідальність за виконання робіт.

Навуходоносор (605-562 р. до н.е.) - розробка методів державного контролю за діяльністю у сфері виробництва і будівництва.

В своїй праці Ніколо Макіавеллі(1469-1527) «Государ» розкриває принципи взаємин керівників і підлеглих, стилю роботи керівника, дає поради щодо організації праці.

Засновником наукового управління вважають **Ф. Тейлора** (1856-1915). Науково обґрунтував завдання робітникам і методики їх виконання, що передбачало підвищення продуктивності праці. На основі аналізу чисельних експериментів Тейлор досліджував фактори, що впливають на продуктивність, та методи раціональної організації робочого часу, висунув ідею вузької спеціалізації, виділив планування як найважливіший елемент організації праці та дійшов висновку, що виробничим плануванням мають займатися професійні адміністратори – менеджери.

**А.Файоль** (1841–1925) французький гірничий інженер, теоретик та практик менеджменту, основоположник адміністративної «класичної» школи управління. Розділив усі функції управління на загальні (що відносяться до будь-якої сфери діяльності) та специфічні.

Елтон Мейо (1880 – 1949) провідний австралійській дослідник в галузі промислової, трудової та організаційної психології і Фріц Ротлісбергер (1898-1974) - американський соціолог, основоположник школи людських відносин, учасник хоторнських експериментів стали засновниками школи людських відносин, відбулося зміщення акценту з управління роботою на управління людьми, персоналом. Поведінкова модель, виявлення характеру поведінки працівника на своєму робочому місці і його продуктивності залежно від умов праці і взаємин.



**Абрахам Маслоу** (1908 - 1970) видатний американський психолог, засновник гуманістичної психології. В своїй теорії потреб обґрунтував рівність потреб людей, що знайшло широке застосування в економіці, займаючи важливе місце в побудові теорій мотивації і поведінки споживачів.

До проблем мотивації праці теоретики менеджменту звернулися в 30-ті роки. Згідно з їх уявленнями, раціоналізація виробництва значною мірою залежить від удосконалення соціальної організації підприємства, яка розповсюджується на етичні норми та психологію працівників.

Засновником школи людських стосунків став американський соціолог та психолог **Елтон Мейо** (1880-1949). Основні положення його праці:

- Людей необхідно любити, поважати і розглядати їх як частину колективу.
- Основний обов'язок керівника - переконати кожного працівника в тому, що він є частиною колективу.
- Керівник повинен пояснювати свої плани підлеглим і обговорювати з ними мети. Він повинен також спонукати їх до участі в процесі планування і прийняття рішень з поточних питань.
- У певних межах окремим особам і групам повинно бути дозволено самостійно визначати та контролювати свої плани.
- Участь підлеглих у процесі комунікації та прийнятті рішень допоможе їм задовольнити свої потреби в прояві ініціативи та отриманні визнання.

Посилення взаємозв'язку всіх сторін діяльності організації (виробничої, фінансової, маркетингової, соціальної, екологічної та ін.), а також розширення, ускладнення і інтенсифікація як внутрішніх, так і зовнішніх відносин привів до формування в середині ХХ сторіччя системного підходу до управління. Системний підхід передбачає врахування впливу всіх факторів, що впливають на організацію, і акцентує увагу на взаємозв'язках між її елементами.

**Честер Барнард** (1886-1961) - американський дослідник, вперше розглядав підприємство як соціальну систему. На його думку, будь-яка організація ієрархічна (це її головна ознака). Вона об'єднує індивідів, що мають усвідомлену спільну мету, готових співпрацювати один з одним, робити внесок у спільну справу, підпорядковуватися єдиній владі. Всі організації (за винятком держави і церкви) Барнард розглядає як приватні.

Управління і менеджмент це не зовсім одне і теж саме. *Управління* - це процес цілеспрямованого впливу з боку органу управління на об'єкт управління. *Управління* - це загальний процес по досягненню певної мети, в той же час менеджмент це окремий процес (тобто як це ми будемо робити).

*Види менеджменту:*

- **Виробничий менеджмент** передбачає вибір найважливіших напрямів технологічного процесу.
- **Кадровий менеджмент** об'єктом свого управління має якісний добір кадрів.
- **Фінансовий менеджмент** передбачає складання бюджетного і фінансового плану підприємства.

- **Ризик – менеджмент** – приймання управлінського рішення, що направлене на зниження ймовірності негативного результату.
- **Тайм-менеджмент** – дія або процес тренування свідомого контролю над кількістю часу, витраченого на конкретні види діяльності та багато ін.
- **Проектний менеджмент** - це професійна діяльність, в основі якої - поєднання найсучасніших наукових знань і технологій з практичними навичками та ін.

Менеджмент завжди виникає коли є дві складові: *суб'єкт* управління (той хто керує) та *об'єкт* управління (тим, ким управляють).

Суб'єкт менеджменту в охороні здоров'я – управлінський апарат, органи управління (наприклад, Міністерство охорони здоров'я, головні лікарі, директори клінік, завідувачі відділеннями, і т.ін.).

Менеджмент в медицині можна розглядати з двох позицій:

1. Менеджмент в медицині - це процес впливу на матеріальні, трудові і фінансові відносини (матеріальні, трудові та фінансові ресурси), їх організацію для реалізації економічної і соціальної політики медичної установи.

2. Менеджмент в медицині – це сукупність всіх органів апарату управління медичною установою та їх управлінських дій.

Менеджмент визначається принципами, методами, функціями і цілями управління.

*Вимогами до керуючого суб'єкта є:*

- Професійна компетентність - ґрунтується на знаннях і здібностях. Те, що потрібно від співробітників, повинен уміти робити й керівник.
- Позитивні особисті якості (вихованість, високий культурний рівень, відкритість, цілеспрямованість, здатність до навчання)
- Соціальна компетентність - знання в сфері управлінської психології
- Концептуальна компетентність – уміння передбачити, визнати проблеми і вирішувати їх.

*Принципами менеджменту є:*

1. Організаційні, координаційні і оперативні принципи, які направлені на активізацію і посилення мотивації діяльності кожного співробітника і всього колективу. Серед них: влада і відповідальність; єдиноначальність; єдність керівництва; централізація; лінійне управління; порядок; стабільність; ініціатива та ін.
2. Принципи розвитку, які направлені на оптимізацію взаєностосунків і підвищення ефективності колективної діяльності. Серед них: дисципліна, справедливість, кооперативний дух, постійність персоналу, винагороди та ін.
3. Принципи підвищення іміджу та авторитету.

## **Мотивація.**

*Мотивація* - це процес спонукання, стимулювання себе або інших до цілеспрямованої поведінки або виконання певних дій, спрямованих на досягнення власних цілей чи цілей організації.

Процес мотивації проходить у вигляді шести послідовних етапів:

Перший етап – це виникнення потреби. Потреба - це усвідомлення відсутності чогось, що спонукає до дії.

Другий етап – пошук шляхів забезпечення потреби, яку можна задовольнити, придушити чи просто не помічати.

Третій етап – визначення цілей. Визначається, що саме та якими засобами необхідно зробити, щоб забезпечити потребу та з'ясувати, що необхідно отримати для усунення потреби.

Четвертий етап – реалізація дій. Людина витрачає зусилля для здійснення дій, які дадуть можливість придбати те необхідне, що потрібно для усунення потреби.

П'ятий етап – отримання винагороди за реалізацію дії. На цьому етапі зазначається, наскільки виконана дія забезпечила очікуваний результат. Залежно від цього відбувається зміна мотивації діяльності.

Шостий етап – ліквідація необхідності. Людина або припиняє діяльність до періоду виникнення нової потреби або продовжує шукати можливості та здійснювати заходи щодо усунення потреби.

Крім потреб та винагороди людини також може діяти заради інших причини та підстав – цінності. Цінності - це потреби людей, вироблені, узагальнені та загальноприйняті в результаті їх взаємодії

та взаємного узгодження. Цінності забезпечують об'єктивну оцінку всього, що відбувається насправді.

*Теорія двох факторів Фредеріка Герцберга.* Теорія виникла у зв'язку з зростаючою необхідністю з'ясувати вплив матеріальних та нематеріальних факторів на мотивацію людини.

Матеріальні фактори пов'язані із самовираженням особистості, її внутрішніми потребами, з навколишнім середовищем, в якому здійснюється робота (зарплата, безпека на робочому місці, умови на робочому місці, статус, правила, розпорядок та режим роботи, якість контролю з боку керівництва, відносини з колегами та підлеглими).

Нематеріальні чи мотивуючі чинники пов'язані з характером і сутністю самої роботи (досягнення, визнання, відповідальність, просування, робота як така, можливість зростання), цю групу можна назвати групою потреб у зростанні.

*Процесуальні теорії мотивації:*

*Теорія очікування.* Людина повинна сподіватися, що обраний нею шлях задоволення потреб через здійснення певних дій призведе до отримання бажаного результату. Очікування в рамках теорії сприймається як оцінка особистістю ймовірності настання певної події.

*Теорія справедливості.* Співробітники визначають ставлення отриманої винагороди до витрачених зусиль і потім співвідносять її з винагородою інших людей, які виконують аналогічну роботу.

*Теорія мотивації Л. Портера - Е. Лоулера.* Ця теорія побудована на поєднанні елементів теорії очікувань та теорії

справедливості. Суть її в тому, що запроваджено співвідношення між винагородою та досягнутими результатами.

### ***Методи мотивації:***

- *Справедлива грошова винагорода.* Повинен простежуватися чіткий зв'язок між винагородою та витраченими зусиллями, методи оцінки продуктивності мають бути загально визнані як справедливі та послідовні. Матеріальні мотиватори (бонуси, премії, комісійні схеми) працюють лише тоді, коли існує зв'язок між зусиллям та винагородою, і цінність винагороди відповідає зусиллю.

- *Наділення повноваженнями і відповідальністю.* Працівники повинні мати можливість контролювати ключові процеси виконання своїх обов'язків у контексті загальної прозорої структури діяльності.

- *Пробудження зацікавленості до роботи.* Люди як професіонали хочуть мати цікаву роботу та бачити результат своїх зусиль. Однозначних засобів для виміру інтересу до роботи не існує, так само, як і не існує простого та доступного рішення, як зробити роботу цікавою.

- *Можливість персонального зростання.* Цікава робота залишається такою до певного моменту, необхідний зростання та розвиток, а, відповідно, і нові знання. Співробітники повинні усвідомлювати, які кроки їм необхідно зробити для кар'єрного та професійного зростання, а також мати можливість отримання нових знань.

- *Формування почуття відданості.* Мотивація і продуктивність вища, коли визначено конкретні цілі, коли цілі складні, але досяжні.

Важливими є участь співробітників у постановці цілей, як засіб досягнення угоди, а також зворотний зв'язок.

- *Формування духу співпраці і корпоративної культури.* Метою в даному контексті буде створення мотиваційного клімату, підкреслення та пропаганда норм та цінностей компанії.

### **Типи управління.**

У теорії менеджменту виокремлюють такі типи управління організаціями: бюрократичний (механістичний) та адаптивний (органічний). Вони побудовані на принципово різних підставах і мають специфічні риси.

Бюрократичний тип управління сформувався історично першим. Концепцію підходу до побудови організаційних структур розробив німецький соціолог М. Вебер на початку ХХ ст.

*Ключовими концептуальними положення бюрократичної моделі є:*

- чіткий поділ праці, використання на кожній посаді кваліфікованих фахівців;
- ієрархічність управління, за якої нижчий рівень підпорядковується вищому і контролюється ним;
- наявність формальних правил і норм, що забезпечують однорідність виконання менеджерами своїх завдань і обов'язків;
- дух формальної безособовості, характерної для виконання офіційними особами своїх обов'язків;



- здійснення найму на роботу відповідно до кваліфікаційних вимог до посади, а не за суб'єктивними оцінками.

Бюрократичний тип структури управління — це раціональність, відповідальність й ієрархічність.

Внаслідок науково-технічної революції та впровадження нових наукомістких технологій у середині ХХ ст. зовнішні умови організації змінювалися так швидко, проекти ставали настільки складними, а технологія розвивалася так бурхливо, що недоліки бюрократичних структур управління почали переважати їх позитивні риси. Тому організації стали розробляти та впроваджувати нові гнучкі типи організаційних структур, відмінних від традиційної бюрократичної ієрархії.

*Адаптивній (органічній) системі управління притаманні такі риси:*

- рішення приймаються на основі обговорення і не базуються на авторитеті, правилах або традиціях;
- обставинами, на які зважають під час обговорення проблем, є довіра, а не влада, переконання, а не команда, робота на єдину мету, а не заради виконання посадової інструкції;
- головні чинники, що інтегрують, — місія і стратегія розвитку організації;
- творчий підхід до роботи і кооперації базується на зв'язку між діяльністю кожного індивіда і місією;
- правила роботи формулюються у вигляді принципів, а не настанов;

- розподіл роботи між співробітниками зумовлюється не їхніми посадами, а характером проблем, що вирішуються;
- спостерігається постійна готовність до проведення в організації прогресивних змін.

Однак адаптивні структури управління в "чистому" вигляді, як правило, не використовують, хоч елементи цього підходу набули поширення в компаніях, які прагнуть пристосуватися до динамічного середовища, що змінюється.

*Лінійна організаційна структура* являє собою систему управління, в якій кожний підлеглий підпорядкований тільки одному керівнику і в кожному підрозділі виконується весь комплекс робіт, пов'язаних з його управлінням.

*Переваги лінійної структури:*

- чіткість і простота взаємодії (неможливість отримання підлеглим суперечливих розпоряджень та вказівок);
- відповідальність кожного за виконання свого завдання (надійний контроль та дисципліна);
- оперативність у прийнятті рішень;
- особиста відповідальність керівника за кінцеві результати діяльності свого підрозділу;
- економічність (за умови невеликих розмірів організації).

Є і недоліки в такій структурі:

- необхідність високої кваліфікації самого керівника;
- перевантаження інформацією, великий потік документації, безліч контактів з підлеглими, вищими та суміжними організаціями;

- зростання числа рівнів управління при збільшенні розмірів організації;
- відсутність спеціалістів з окремих функцій управління;
- обмеження ініціативи у робітників на нижчих рівнях.

*Лінійно-штабна організаційна структура.* При лінійних керівниках створюються штаби, до складу яких включають фахівців з різних видів діяльності, які спеціалізуються на виконанні певних управлінських функцій. Всі виконавці підпорядковуються безпосередньо лінійним керівникам, вони не мають права приймати управлінські рішення, тільки сприяють розробці необхідних положень в межах конкретної функції управління.

*Функціональна організаційна структура* ґрунтується на принципі спеціалізації організаційних і управлінських структур за функціональною ознакою. Керівники спеціалізуються на окремих управлінських функціях, які виконуються відповідними спеціалістами

Функціональну структуру доцільно використовувати за великої кількості спеціалізованих робіт в організації.

*Переваги функціональної оргструктури:*

- спеціалізація діяльності функціональних керівників;
- скорочення часу проходження інформації;
- розширення можливостей лінійних керівників в оперативному керівництві;
- відсутність дублювання лінійних і функціональних взаємозв'язків;
- розвантаження вищого керівництва.

*Недоліки функціональної оргструктури:*

- можливість отримання суперечливих вказівок;
- довга процедура прийняття рішень;
- порушення принципу єдиначальності;
- складність контролю;
- недостатня гнучкість.

Існують і багато інших типів управління.

### **Контроль та види контролю.**

*Контроль* – це функція менеджменту, процес забезпечення досягнення цілей організації за допомогою оцінки та аналізу результатів діяльності, оперативного втручання у виробничий процес і прийняття коригуючих дій.

За допомогою контролюючої функції можливо вчасно виявити проблеми і скоригувати діяльність до того, як ці проблеми переростуть у кризу. Це стосується як управлінням персоналом так і управління станом здоров'я пацієнта.

У практиці управління використовуються різні види контролю. В основному їх можна розбити на чотири групи:

- 1) за часом здійснення (попередній, поточний і заключний контроль);
- 2) ступенем охоплення (загальний і вибірковий);
- 3) термінами проведення (систематичний, періодичний, разовий);
- 4) формою здійснення (фінансовий, адміністративний і технічний контроль).

***Попередній контроль.*** Здійснюється до фактичного початку робіт або до початку лікування пацієнта. Основними засобами

здійснення попереднього контролю є реалізація певних правил, процедур і ліній поведінки. Попередній контроль здійснюється в трьох напрямках – по відношенню до людей, матеріальних та фінансових ресурсів.

**Поточний контроль.** Здійснюється безпосередньо у ході проведення робіт або під час лікування пацієнта. Регулярна перевірка роботи або стану пацієнта, обговорення виникаючих проблем і пропозицій по вдосконаленню праці дозволить виключити відхилення від намічених планів та інструкцій. Якщо ж дозволити цим відхиленням розвиватися, вони можуть перетворитися на серйозні труднощі для всієї організації.

**Підсумковий контроль.** Підсумковий контроль дає інформацію, яка необхідна для планування на випадок, якщо аналогічні роботи будуть проводити в майбутньому. Друга функція полягає в тому, щоб сприяти мотивації, визначенню міри відповідальності у випадку порушення вимог стандартів або критеріїв.

Процес контролю складається з чотирьох взаємопов'язаних етапів:

- 1) встановлення цілей контролю - вироблення індикаторів, стандартів;
- 2) проведення спостережень і вимір фактичних результатів роботи;
- 3) порівняння фактичних результатів із запланованими;
- 4) управлінські заходи для виправлення будь-яких значних відхилень від планових стандартів.

## **Підготовка та прийняття управлінського рішення.**

*Управлінське рішення* — результат аналізу, прогнозування, оптимізації, економічного обґрунтування й вибору альтернативи з багатьох варіантів досягнення мети.

Управлінське рішення є продуктом управлінської діяльності; а його прийняття є процесом, що призводить до появи цього продукту. За способом обґрунтування управлінські рішення поділяються на:

- інтуїтивні рішення — ґрунтуються на відчуттях менеджера у правильності вибору; їх обґрунтованість, оптимальність залежить від особистих якостей менеджера;
- рішення, які ґрунтуються на судженнях (думках, міркуваннях, висновках); їх передумовою є знання, досвід, стаж, кваліфікація; формуються швидко, але часто не беруть до уваги нових альтернатив;
- раціональні рішення — мають у своїй основі науково обґрунтовані аналітичні процеси; здебільшого бувають найоб'єктивнішими.

*За способом прийняття управлінські рішення поділяються на:*

- одноособові рішення;
- колегіальні рішення — готуються групою фахівців, а приймає їх відповідна група менеджерів;
- колективні рішення — приймаються загальними зборами, відповідним колективом.

Для прийняття ефективних управлінських рішень необхідні такі умови: право прийняття, повноваження, обов'язковість, компетентність, відповідальність.

*Етапи прийняття управлінського рішення:*

- Постановка мети і завдання;
- Збір необхідної інформації;
- Моделювання і попередня експертиза можливих рішень;
- Прийняття управлінського рішення;
- Організація виконання;
- Контроль виконання;
- Оцінка ефективності та коригування результатів

Слід зазначити, що на процес прийняття управлінських рішень впливають чисельні фактори:

- Особисті якості менеджера (освіта, знання, вік, досвід, характер тощо);
- Поведінка менеджера (звички, психологія тощо);
- Середовище прийняття рішення: Визначеність, ризики, усвідомлення наслідків
- Інформаційні обмеження (обумовлені зростанням витрат на отримання додаткової інформації).
- Взаємозалежність рішень.
- Очікування можливих негативних наслідків.
- Можливість застосування сучасних технічних засобів.
- Наявність ефективних комунікацій.
- Відповідність структури управління цілям та місії організації тощо.

*Інформація* є головним підґрунтям для прийняття управлінського рішення. Інформація, що неправильно зібрана,

неправильно оброблена та неправильно інтерпретована призводить до неякісного управлінського рішення.

*Вимоги до інформації для прийняття управлінського рішення:*

- Достатній обсяг
- Валідність (відповідність отриманих відомостей реальним)
- Цінність, насиченість, відкритість
- Своєчасність надходження.

### **Лідерство.**

В кожному закладі охорони здоров'я здійснюється горизонтальний та вертикальний розподіл праці, в процесі якого менеджери отримують повноваження і право впливати на поведінку підлеглих для забезпечення цілей діяльності організації. Наявність права впливати на діяльність підлеглих є необхідною передумовою успіху менеджменту, але ще не гарантує ефективності такого впливу. Пошуки ефективних засобів впливу керівників на підлеглих привели до необхідності розрізняти поняття управління та керівництва (лідерства) в менеджменті. Менеджери (управлінці) у формальній організації працюють шляхом делегування повноважень та відповідальності. Для того, щоб складна організація діяла ефективно, необхідно забезпечити виконання менеджерами всіх функцій управління. Але це можливо лише при ефективному керівництві.

Лідерство в менеджменті - це здатність впливати на окремих осіб і на групи, спонукаючи їх працювати на досягнення цілей організації.



Розрізняють *формальне* лідерство — це процес впливу на людей з позиції займаючої посади та *неформальне* лідерство — це процес впливу на людей за допомогою своїх здібностей, вміння чи інших ресурсів. Таким чином, лідерство — це вибір, а не посада.

*Лідер* - це особа, яка користується великим авторитетом, впливом в будь-якому колективі.

*Лідерські якості*- це такі якості, які допомагають реалізувати можливості людини у певній діяльності.

*До лідерських якостей лікаря слід віднести:*

- Уміння, орієнтуватися на завдання і на людей.
- Виняткова активність і послідовна діяльність.
- Уміння формувати свій образ і зовнішня поведінка
- Здатність викликати довіру у людей
- Уміння користуватися владою авторитету.
- Здатність розуміти інших людей.
- Прагнення брати відповідальність на себе.
- Здатність підвищувати авторитет.
- Політичне мислення.

Розвиток лідерських навиків лікарем є запорукою успішної та ефективної роботи.

**Питання для самоконтролю:**

1. Чим відрізняється управління від менеджменту
2. Назвіть основні школи менеджменту.
3. Назвіть умови при якому існує менеджмент
4. Назвіть типу управління
5. Назвіть етапи прийняття управлінського рішення
6. Назвіть вимоги до інформації для прийняття управлінського рішення
7. Хто такий лікар-лідер і якими навиками він повинен володіти?

# ОРГАНІЗАЦІЯ КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

---

Проблема якості медичної допомоги є актуальною не тільки для України. Особливу увагу їй приділяють у країнах ЄС та США. Практика вказує на те, що дотримання вимог до якості медичної допомоги здатне запобігти соціальним та економічним втратам.

*Контроль в системі управління якістю* медичної допомоги слід розглядати як складову процесу управління, як функцію і як систему. Контроль як складова процесу управління призначений забезпечити досягнення стратегічної мети – надання пацієнтам якісної медичної допомоги – шляхом встановлення рівня відповідності визначених компонентів (характеристик) якості медичної допомоги прийнятним вимогам.

**Якість медичної допомоги** - надання медичної допомоги та проведення інших заходів щодо організації надання закладами охорони здоров'я медичної допомоги відповідно до стандартів у сфері охорони здоров'я.

Шість вимірів якості медичної допомоги:

- Безпека;
- Медична ефективність;
- Пацієнто-центричність;
- Своєчасність;
- Економічна ефективність;

- Загальнодоступність.

**Оцінка якості медичної допомоги** - визначення відповідності наданої медичної допомоги встановленим стандартам у сфері охорони здоров'я.

Складові якості медичної допомоги (ВООЗ):

- Ефективність (співвідношення отриманого ефекту до максимально можливого)
- Адекватність (задоволення потреб населення)
- Економічність (співвідношення між фактичною дією та її вартістю)
- Науково-технічний рівень (ступень застосування відповідних знань і техніки)

*Також, до складових якості медичної допомоги слід віднести:*

1. Галузеві стандарти у сфері охорони здоров'я:

- стандарт,
- клінічний протокол,
- таблиць матеріально-технічного оснащення,
- лікарський формуляр.

2. Механізми забезпечення якості медичної допомоги в системі охорони здоров'я:

- ліцензування,
- акредитація,
- стандартизація,
- сертифікація.

*Галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я є:*

- *стандарт медичної допомоги*(медичний стандарт) - сукупність норм, правил і нормативів, а також показники (індикатори) якості надання медичної допомоги відповідного виду, які розробляються з урахуванням сучасного рівня розвитку медичної науки і практики;
- *клінічний протокол*- уніфікований документ, який визначає вимоги до діагностичних, лікувальних, профілактичних та реабілітаційних методів надання медичної допомоги та їх послідовність;
- *табель матеріально-технічного оснащення*- документ, що визначає мінімальний перелік обладнання, устаткування та засобів, необхідних для оснащення конкретного типу закладу охорони здоров'я, його підрозділу, а також для забезпечення діяльності фізичних осіб - підприємців, що провадять господарську діяльність з медичної практики за певною спеціальністю (спеціальностями);
- *лікарський формуляр*- перелік зареєстрованих в Україні лікарських засобів, що включає ліки з доведеною ефективністю, допустимим рівнем безпеки, використання яких є економічно прийнятним.

Механізмами управління якістю медичної допомоги в системі охорони здоров'я відбувається згідно наступних інструментів:

1. Ліцензування
2. Акредитація
3. Стандартизація
4. Сертифікація

## 5. Внутрішній та зовнішній аудит/контроль

### **Ліцензування.**

*Ліцензія* - право суб'єкта господарювання на провадження виду господарської діяльності або частини виду господарської діяльності, що підлягає ліцензуванню.

*Ліцензування* засіб державного регулювання провадження видів господарської діяльності, що підлягають ліцензуванню, спрямований на забезпечення реалізації єдиної державної політики у сфері ліцензування, захист економічних і соціальних інтересів держави, суспільства та окремих споживачів.

Відповідно до Закону України “Про ліцензування видів господарської діяльності” медична практика є специфічним видом діяльності і підлягає ліцензуванню. За провадження медичної практики без отримання ліцензії чинним законодавством передбачено адміністративну, кримінальну та цивільно-правову відповідальність.

Ліцензійними умовами для суб'єктів господарювання, що провадять медичну практику, встановлюються певні загальні вимоги, та спеціальні щодо приміщень, в яких провадиться медична практика; персоналу, який провадить медичну практику; обладнання, за допомогою якого провадиться медична практика.

### **Акредитація закладів охорони здоров'я.**

Акредитація закладу охорони здоров'я - це офіційне визнання наявності у закладі охорони здоров'я умов для якісного,

своєчасного, певного рівня медичного обслуговування населення, дотримання ним стандартів у сфері охорони здоров'я, відповідності медичних (фармацевтичних) працівників єдиним кваліфікаційним вимогам.

Акредитація закладів проводиться на добровільних началах після отримання ними ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики, ліцензії на провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової та роздрібної торгівлі лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів, крім активних фармацевтичних інгредієнтів.

Після прийняття рішення про проходження акредитації, заклад подає заяву встановленої форми та документи згідно з переліком обов'язкових документів: статут закладу, копії документів, що підтверджують 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; затверджена структура закладу, Звіт про медичні кадри; Результати аналізу діяльності закладу щодо якості медичної допомоги та критерії її оцінки.

### **Сертифікація системи управління якістю.**

Стандарт ISO 9001:2015 визначає, що необхідно робити для впровадження стандарту управління якістю, але не визначає, як це потрібно робити в конкретній організації, бо кожна організація є унікальною з індивідуальними властивостями. Саме за рахунок

такого підходу вимоги стандарту є універсальними і застосовуються до будь-якої організації. Але, зрозуміло, що кожна організація має свої специфічні особливості, особливо якщо ця організація заклад охорони здоров'я.

Стандарт управління якістю – це індивідуальна система управління якістю для конкретної організації яка базується на принципах і методології ISO 9001. Кожна організація повинна самостійно розробити та впровадити саме свій стандарт управління якістю. .

Вимоги стандарту ISO 9001:2015 призначені для підтримки розвитку та постійного поліпшення якості медичної допомоги і безпеки пацієнтів у лікарнях. Ця система також стосується загальної безпеки для працівників, пацієнтів та інших відвідувачів у лікарнях.

Стандарт базується на системному підході до управління. Це означає, що організації необхідно виявити, розуміти та управляти системою взаємозв'язаних процесів, що підвищує ефективність, якість і безпеку роботи лікарні.

Наявність у медичній установі сертифікованої системи управління якістю є об'єктивним свідченням того, що організація здатна стабільно надавати безпечну і ефективну медичну допомогу, що відповідає встановленим нормативним вимогам і вимогам споживачів.

Згідно з вимогами ISO 9001:2015 потенційними вигодами для закладу, який впроваджує стандарт управління якістю слід зазначити наступне:

– здатність постійно надавати продукцію та послуги, що відповідають вимогам споживачів, а також вимогам законодавчих і нормативних документів;

– враховувати ризики та можливості для підвищення ступеня задоволення споживачів, пов'язаних із контекстом організації.

Новий підхід ISO 9001:2015 виражається у тому, що організації у своїх підходах до управління якістю повинні використовувати процесний підхід, поєднаний із циклом PDCA і ризик-орієнтованим мисленням. Це дуже важливий та концептуально новий підхід до управління.

*Цикл PDCA – цикл покращання процесів Шухарта – Демінга*

- P – планує (Plan), D – роби (Do), C – перевіряй (Check), A – дій/впливай (Act) – відома модель безперервного поліпшення процесів, застосування якого в різних сферах діяльності дозволяє ефективно управляти на системній основі, та один із найвідоміших способів управління у сфері покращання якості.

**P – Plan** – Планує – це встановлення цілей та процесів, а також ресурсів, необхідних для досягнення результатів відповідно до вимог споживачів та політики організації. («Що необхідно робити?» і «Як робити?» – оцінювання можливостей організації та планування необхідних змін, визначення цілей і заходів). На етапі планування розробляють плани на основі виявлених та праналізованих проблем, а також оцінюють можливості організації і планують необхідні зміни. На цьому етапі необхідно також визначити та врахувати ризики та можливості.



**D – Do** – Роби: «Реалізуйте те, що заплановано» або «Реалізація процесів та контроль їх виконання». На цьому етапі під час виконання процесів відбувається здійснення запланованих заходів для вирішення визначених раніше проблем.

**C – Check** – Перевірй – проведення моніторингу (де це доцільно) та вимірювання процесів, а також продукції та послуг у взаємозв'язку з цілями та політикою організації. Крім того, оцінити результати моніторингу, сформулювати висновок відповідно до поставлених завдань та оформити звіт про результати, моніторинг і вимірювання процесів, а також проінформувати керівництво.

**A – Act** – Дій/впливай – проявляти активність (діяти), здійснювати дії для покращання показників функціонування організації, застосовувати заходи для постійного покращання процесів та ухвалювати рішення на підставі одержаних висновків; якщо зміни не вирішують поставлене завдання, необхідно повторити цикл, за цих умов вносять корективи до плану (підвищення ефективності процесу).

Методологія PDCA використовується як цикл безперервних поліпшень із застосуванням мислення, що ґрунтується на оцінюванні ризиків, на кожному етапі цього циклу.

Впровадження системи управління якістю в закладах охорони здоров'я є прогресивним рішенням, що дозволить організувати роботу лікувальних закладів відповідно до сучасних вимог із використанням кращого світового досвіду в сфері управління.

## **Стандартизація в охороні здоров'я.**

Стандартизація в охороні здоров'я України є основою практичної реалізації принципів доказової медицини.

Під *стандартизацією* розуміють діяльність, яка спрямована на досягнення оптимального ступеня впорядкування в охороні здоров'я шляхом розробки і встановлення вимог, норм, правил, характеристик умов, продукції, технологій, робіт, послуг, що застосовуються в охороні здоров'я.

Метою стандартизації в охороні здоров'я є підвищення якості профілактичних і лікувально-діагностичних заходів, вирішення завдань збереження й підвищення здоров'я населення.

*Стандарт* - нормативно-технічний документ, який установлює комплекс норм, вимог, правил, вимог до об'єкту стандартизації та затверджується компетентним органом.

Згідно класифікації за ієрархією стандарти бувають:

- **Міжнародні стандарти**, що приймаються міжнародними організаціями (ВООЗ, ООН, UNICEF).
- **Національні стандарти** - моделі надання діагностично-лікувальної допомоги, які встановлюються та застосовуються на рівні держави.
- **Регіональні стандарти** - модель надання медичної допомоги, застосування якої обмежено регіоном.
- **Локальні стандарти** - моделі та вимоги до надання медичної допомоги, які застосовуються в одному, або кількох закладах охорони здоров'я, що працюють в межах регіону.

В сучасних умовах стандартизація охорони здоров'я виконує три основні функції:

- *Економічна* - оптимізація та сприяння ефективному використанню грошових коштів держави на охорону здоров'я);
- *Соціальна* – при розробці стандарту включення до об'єкту стандартизації такі показники, що сприяють підвищенню якості медичної допомоги з урахуванням сучасного рівня розвитку медичної науки.
- *Комунікативна* - побудова координаційних зв'язків в суспільстві через обмін інформацією, вираженою стандартними термінами, єдиними правилами діяльності, єдиним трактуванням понять тощо.

### **Організація контролю якості надання медичної допомоги.**

Контроль якості медичної допомоги здійснюється згідно Тріади Донабедіана, яка передбачає оцінку:

- Структури — це людські та матеріально-технічні ресурси, що використовуються для надання медичної послуги.
- Процесу — це фактичне лікування, що пропонується хворому.
- Результату — це те, що відбувається з хворим у процесі лікування, наприклад, летальність і тривалість перебування на ліжку. Якість медичної допомоги забезпечується використанням медичної науки і технологій із найбільшою користю для здоров'я людини, але без збільшення ризику.

*Контроль якості може здійснюватися:*

- шляхом застосування методів *зовнішнього* та *внутрішнього* контролю якості медичної допомоги,
- шляхом самооцінки медичних працівників,
- шляхом експертної оцінки,
- шляхом клінічного аудиту,
- шляхом моніторингу системи індикаторів якості, атестації/сертифікації відповідно до вимог чинного законодавства України та законодавства Європейського Союзу.

Контроль якості та безпеки медичної діяльності здійснюється на різних рівнях управління: державний контроль; відомчий контроль; внутрішній контроль.

***Внутрішній контроль якості*** надання медичної допомоги здійснюється керівництвом закладів охорони здоров'я та/або медичними радами закладів охорони здоров'я в межах повноважень

***Зовнішній контроль якості*** надання медичної допомоги здійснюється органами державної виконавчої влади в межах повноважень, визначених законодавством, зокрема шляхом контролю за дотриманням ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики, проведення акредитації закладів охорони здоров'я, атестації лікарів та ін. медичних та немедичних працівників

Необхідно встановлювати контроль за дотриманням вимог до здійснення медичної діяльності, встановлених законодавством; за визначенням показників (в тому числі інтегральних) якості діяльності медичних організацій; за дотриманням обсягу, термінів і умов надання медичної допомоги

Якість медичної допомоги забезпечується використанням медичної науки і технологій із найбільшою користю для здоров'я людини, але без збільшення ризику.

За часом проведення оцінки процес поділяється на *постійний* (поточний), в т.ч. в оперативному режимі та *періодичний* (плановий):

Обов'язково контроль якості наданої медичної допомоги в закладах охорони здоров'я проводиться у таких випадках:

- смерті пацієнтів,
- первинного виходу на інвалідність осіб працездатного віку,
- розбіжності встановлених діагнозів,
- недотримання закладами охорони здоров'я стандартів медичної допомоги (медичних стандартів), клінічних протоколів, табелів матеріально-технічного оснащення,
- у випадках, що супроводжувалися скаргами пацієнтів та/або близьких осіб, які доглядають за пацієнтами, шляхом клініко-експертної оцінки якості та обсягів медичної допомоги.

Ступені контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я:

- Завідуючий структурним підрозділом – постійно оцінює якість допомоги, що надається в амбулаторних умовах (не менше 30% випадків) та в стаціонарних умовах (всі випадки).
- Заступник головного лікаря по поліклінічній чи стаціонарній роботі – щоденна експертна оцінка 10% пролікованих в поліклініці, 20% - пролікованих в стаціонарі.
- Експертна комісія закладу – щомісячно оцінює якість роботи підрозділів.

- Експертна комісія при відділах управління – діяльність кожного ЛПЗ щоквартально
- Клініко-експертні комісії МОЗ (КЕК).

*Клініко-експертна комісія Міністерства охорони здоров'я України* є консультативно-дорадчим органом, діючим на постійній (без виїзду на місце конкретного випадку) або тимчасовій основі (у разі виїзду на місце конкретного випадку), що утворюється для колегіального розгляду звернень фізичних та юридичних осіб, правоохоронних органів щодо клініко-експертних питань профілактики, діагностики, медичного лікування, реабілітації, оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування за конкретними випадками у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування, а також фізичних осіб – підприємців, що провадять господарську діяльність у сфері охорони здоров'я.

Покращення якості медичної допомоги може відбуватися на основі проведеного аналізу даних, що збирається і які стосуються інцидентів та помилок.

Зазвичай, прийнято класифікувати помилки таким чином:

- Діагностичні (Невірний обраний метод діагностики, лікування або їх послідовність; не проведено показані мінімально необхідні обов'язкові діагностичні дослідження; Не проведено показані для диференційної діагностики необхідні додаткові діагностичні дослідження; невірна інтерпретація результатів діагностичних досліджень; технічні дефекти при проведенні діагностичних досліджень)

- Лікувальні (Несвоєчасне або не в повному обсязі здійснено медикаментозне лікування; протипоказане медикаментозне лікування; невірна методика проведення медикаментозного лікування (неадекватність типу і дози, шляхів і порядку введення, недооблік можливості побічних реакцій, несумісності препаратів); необґрунтованість показань до хірургічного втручання та ін.)
- Тактичні (невірно обраний маршрут пацієнта; необґрунтована відмова від госпіталізації; пізня госпіталізація; передчасна виписка хворого; евакуація не за призначенням; неадекватний вибір сил і засобів евакуації та ін).
- Етико-деонтологічні та юридичні помилки
- Марна витрата ресурсів
- Дефект оформлення медичної документації.

До помилок заповнення медичної документації можна віднести

- Не відповідає інструкціям
- Невчасно
- Невірне кодування
- Неповна інформація
- Граматичні та стилістичні помилки
- Завідомо не достовірна інформація
- Технічні помилки.

Національна служба здоров'я України (НСЗУ) розробила уніфіковану форма звіту про настання інцидентів, яка є обов'язковою для всіх медичних закладів, що надають медичну допомогу, незалежно від форми власності, рівня надання медичної допомоги та спеціалізації.

Під інцидентами НСЗУ розуміє, наприклад, ситуації про ненавмисне залишення стороннього предмету в рані чи порожнині тіла пацієнта, інциденти, пов'язані з переливанням крові та її компонентів, хибне хірургічне втручання, нещасний випадок з пацієнтом, що стався в місці надання медичних послуг (падіння та інциденти, пов'язані з несправністю, виходом з ладу або неправильним використанням медичного виробу), інциденти, пов'язані з помилками під час призначення лікарських засобів та інших сполук, інфекційні хвороби, пов'язані з наданням медичної допомоги.

Також, НСЗУ при виконанні функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій здійснює не тільки моніторинг наданих фактичних медичних послуг, а й їх якість через контроль виконання умов договорів з надавачами медичних послуг.

Договір є інструментом процедури закупівлі медичної послуги з боку НСЗУ. Договір про медичне обслуговування населення може укладатися із закладами охорони здоров'я усіх форм власності та ФОП, які одержали ліцензію на медичну практику.

Ключовими вимогами до надавачів медичних послуг є:

- автономізація (якщо це комунальні чи державні ЗОЗ);
- чинна ліцензія на медичну практику (навіть після процесу реорганізації ЗОЗ у комунальне некомерційне підприємство він зобов'язаний протягом 3 міс одержати нову ліцензію; якщо не встигне, договір не укладається);
- наявність комп'ютерів та підключення до eHealth;



- належне матеріально-технічне оснащення.

### **Самоконтроль якості.**

Самоконтроль якості є одним з вагомих важелів підвищення якості медичної допомоги. Самоконтроль здійснюється надавачами медичної допомоги (лікарями, медичними сестрами, санітарками та ін.) згідно з покладеними на них відповідальністю та повноваженнями для забезпечення якості, зазначеними у посадових інструкціях. Принцип самоконтролю заснований на постійному дотриманні вимог, які зазначені у регламентуючих документах (накази, розпорядження, інструкцій, нормативи, локальні медико-технологічних документи та інших) і порівнянні фактичних проміжних і кінцевих результатів власної діяльності з встановленими нормативами в режимі реального часу. В разі виявлення відхилень у процесі медичної допомоги виконавцем вносяться відповідні корективи; за необхідності до коригувальних заходів долучається завідувач структурним підрозділом. Самоконтроль процесу медичної допомоги здійснюється на основі критеріїв якості, адаптованих для кожного лікаря і молодшого спеціаліста з медичною освітою (ознайомлення і використання інформації про пацієнта, який був скорегований з попереднього рівня надання медичної допомоги ; клінічний огляд хворого за його складовими, своєчасне встановлення попереднього діагнозу; інформування хворого про стан його здоров'я, отримання поінформованої згоди на медичні втручання; складання плану обстеження і лікування відповідно до вимог локальних медико-

технологічних документів; виконання плану обстеження і лікування; своєчасність встановлення клінічного діагнозу; моніторинг клінічного стану пацієнта та динаміки патологічного процесу, клінічної ефективності та наслідків дії лікарських препаратів та інших видів лікування; своєчасне внесення корекцій у лікування; належне оформлення і зміст виписних документів; дотримання правил поведінки під час спілкування з хворим та його представниками; дотримання нормативної (середньої) тривалості лікування за даною нозологічною формою; ведення медичної документації відповідно вимогам. Особливої уваги лікарям і молодшим спеціалістам з медичною освітою слід приділяти несприятливим подіям, що трапляються під час лікувально-діагностичного процесу, з негайним наданням, в разі потреби, медичної допомоги пацієнту, повідомленням про них завідувачу відділенням і реєстрацією в первинній медичній документації.

### **Ефективність діяльності закладів охорони здоров'я та медичної допомоги.**

Показники ефективності діяльності ЗОЗ є критерієм соціальної та економічної значимості галузі у розвитку суспільства. В цілому, на державному рівні, ефективність охорони здоров'я висловлюється ступенем впливу і впливу його на збереження і поліпшення здоров'я населення, підвищенням продуктивності праці, в запобіганні витрат на охорону здоров'я і витрат по соціальному страхуванню і соціальному забезпеченню, в економії витрат в галузях

матеріального виробництва та невиробничої сфери, збільшенням приросту національного доходу.

Соціальна ефективність охорони здоров'я за своїм змістом дуже близька до медичної ефективності, однак ці поняття слід розмежувати.

*Соціальна ефективність* — це ступінь досягнення соціального результату. На рівні всієї галузі це зростання тривалості життя населення, зниження показників смертності та інвалідності, задоволеність населення системою надання медичної допомоги.

*Медична ефективність* - це ступінь досягнення медичного результату. Відносно одного конкретного хворого це одужання або поліпшення стану здоров'я, відновлення втрачених функцій органів і систем. На рівні закладів охорони здоров'я і галузі в цілому медична ефективність вимірюється безліччю специфічних показників: питома вага вилікуваних хворих, зменшення випадків переходу захворювання в хронічну форму, зниження рівня захворюваності населення.

*Економічна ефективність* — це співвідношення економічної вигоди (економічного ефекту), отриманої в результаті впровадження будь-яких лікувально--профілактичних заходів та витрат на ці заходи. Виокремлюють прямий та непрямий економічний ефект.

*Прямий економічний ефект* обумовлений поліпшенням методики або організації певного заходу, що сприяє його здешевленню. Наприклад, впровадження нових форм організації праці медичних працівників та надання медичної допомоги (відділення сестринського догляду, стаціонар одного дня, стаціонар

на дому, денний стаціонар) сприяє економії ліжкового фонду. Застосування більш дешевих та ефективних методів діагностики та лікування дає змогу знизити вартість лікування хворого та вартість одного ліжко-дня.

*Непрямий економічний ефект* є наслідком медичного та соціального ефекту, тобто це результат поліпшення профілактики та лікування, що, зрештою, посприяв зменшенню витрат за рахунок економії коштів на боротьбу із захворюваннями і до зниження економічних збитків через втрату працездатності та смертність.

*Фармакоеконічний аналіз* - є комплексним багаторівневим процесом дослідження, ідентифікації і порівняння клінічних результатів медичних технологій і фінансових витрат на їх виконання з метою визначення їх переваг для окремої людини, системи охорони здоров'я і суспільства в цілому.

Показники економічної оцінки ефективності є критерієм, що дозволяє в конкретних умовах використовувати найбільш оптимальний вид лікування з врахуванням його ефективності та вартості.

Існують декілька методів розрахунку та аналізу економічної ефективності: аналіз загальної вартості захворювання; аналіз «мінімізації витрат»; аналіз «витрати– результативність»; аналіз «витрати–вигода»; аналіз «витрати–корисність».

*Аналіз загальної вартості захворювання* базується на визначенні витрат (прямих медичних і немедичних, непрямих), які несе ЗОЗ при діагностиці та лікуванні певного захворювання. Результати проведеного лікування при цьому не враховуються. Мета

даного методу полягає у визначенні розміру витрат, які несе певний лікувальний заклад (регіон, суспільство) у зв'язку з діагностикою та лікуванням певного захворювання при використанні різних методів лікування.

Аналіз «*Мінімізація витрат*» застосовується у випадку, коли результати альтернативних методів аналогічні. При різних методах медикаментозного лікування або медичних втручань, що призводять до однакових результатів доцільніше використовувати той метод, які потребує менших грошових витрат. Тобто призначений для вибору препарату або методу лікування з мінімальними витратами. При чому враховуються постійні та змінні витрати, середні витрати на одиницю об'єму медичної послуги.

Аналіз «*Витрата-результативність*» дозволяє порівнювати різні методи лікування одного захворювання, або лікування певних захворювань, які призводять до певних результатів тобто коли результати однотипні, але ступень їх досягнення різна. Умовою проведення аналізу є наявність клінічних результатів достатнього рівня вірогідності (достовірні шляхи одержання інформації та можливість екстраполяції одержаних клінічних результатів для використання в нових умовах), наявність вірогідної різниці в показниках ефективності порівнюваних методів лікування та використання однакових одиниць виміру показників ефективності. Показниками ефективності методу лікування або діяльності закладу можуть бути прямі клінічні ефекти: зміни фізіологічних, біохімічних, фізичних та інших показників стану організму хворого (АТ, рівня гемоглобіну, вираженість симптомів захворювання

(болю), подовження тривалості життя); опосередковані клінічні ефекти (зниження частоти ускладнень, зменшення кількості повторних госпіталізацій); зміни показників здоров'я в досліджуваних групах пацієнтів (смертність, виживаність, тривалість життя та ін.); зміни якості життя.

Аналіз «*Витрата-вигода*» використовується для порівняння певних альтернатив, результат яких неможливо звести до єдиного натурального показника. Наприклад, хірургічне втручання може подовжити життя, але призводить до інвалідності, і як наслідок до погіршення якості життя. Даний метод може бути використаний для оцінки профілактичних програм. Метою аналізу «витрати–вигода» є розрахунок чистої вигоди (вигода мінус вартість) від застосування певного методу лікування з подальшим приведенням її до рівня цін сьогодення.

*Витрата – корисність* дозволяє врахувати тривалість життя та її якість. Результат оцінюється в роках життя з урахуванням непрацездатності. В громадському здоров'ї даний метод відомий за аналізом показника QALY (quality adjusted life year — кількість якісних років життя, які отримав пацієнт унаслідок лікування), але можна використовувати показник корисності, що визначається за допомогою інших прийнятних у медицині методик. Мета аналізу «витрати–корисність» полягає у визначенні найбільш прийнятного для пацієнта методу лікування з позиції вартості та корисності.

### **Питання до самоконтролю**

1. Система контролю якості медичної допомоги в Україні.
2. Організація контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я.
3. Інформаційна база критеріїв та індикаторів якості медичної допомоги.
4. Що є галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я?
5. Яку функцію виконує стандартизація охорони здоров'я?
6. Яку роль виконує Національної служби здоров'я України (НСЗУ) в забезпеченні якості медичної допомоги?
7. Що передбачає самоконтроль якості, з якою метою він має проводитися?
8. Назвіть методи фармакоеконічного аналізу.

# РИНОК ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я. ОРГАНІЗАЦІЯ МАРКЕТИНГОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

---

Під ринком розуміють форму взаємостосунків, зв'язків між окремими самостійно господарюючими суб'єктами. Ринок – це обмін, організований за законами товарного виробництва і обігу, сукупність відносин товарного обміну.

Безпосередньо *ринок охорони здоров'я* є складаною структурою, що містить в собі ряд взаємопов'язаних ринків, таких як:

- ринок медичних послуг;
- фармацевтичний ринок;
- ринок медичного обладнання;
- ринок медичних технологій;
- ринок медичного страхування;
- ринок праці медичного персоналу;
- ринок освітніх послуг у галузі охорони здоров'я;
- ринок новацій у галузі охорони здоров'я.

Деякі автори, також виділяють ринок предметів та послуг у галузі санітарії та гігієни, а також ринок нетрадиційної медицини.

*До загальних функцій ринку відносять:*

*Функцію регулювання.* Ринок регулює всі економічні процеси – виробництво, обмін, розподіл, споживання, визначаючи пропорції і напрями розподілу економічних ресурсів на мікро- та макрорівні за рахунок розширення або звуження попиту і пропозиції.



*Функцію стимулювання.* Ринок спонукає виробників товарів і послуг до зниження витрат, підвищення якості та споживчих властивостей товарів.

*Розподільча функція.* Доходи виробників і споживачів у ринковій економіці диференціюються через ціни, зумовлюючи соціальне розшарування суспільства за доходами.

*Функція санації.* Ринок через конкуренцію очищає економічне середовище від неконкурентоспроможних господарств і підтримує найсильніші.

*Інформативна функція.* Ринок через ціни інформує виробника, торговця, споживача про те, що вигідно виробляти і купувати, а що ні, скільки чого треба запропонувати, на які верстви населення варто орієнтуватися у своїй господарській діяльності.

*Функція інтеграції.* Ринок об'єднує суб'єктів економічної системи в одне ціле, сприяючи формуванню єдиного економічного (медичного) простору як у межах окремої держави, так і в межах світової економіки.

Основними категоріями ринку є: потреба, попит; пропозиція; послуга; ціна; конкуренція; маркетинг.

*Потреба* –відчуття необхідності у товарі та послугі. Особливістю формування потреби в медичних послугах та товарах є те, що її формує сам виробник (лікар) або посередник (наприклад, НСЗУ). Іноді самотійно пацієнту важко визначитися який вид медичної послуги йому саме необхідний, тоді він звертається до лікаря первинної ланки, який скеровує пацієнта за необхідним маршрутом.

*Попит* - це кількість медичних товарів і послуг, яке бажає і може придбати товариство (окремі пацієнти) в даний період часу за певною ціною.

*Медична послуга* – це вид професійної або господарської діяльності медичних закладів (організацій), фізичних осіб-підприємців, які займаються приватною медичною практикою, що включає застосування спеціальних заходів стосовно здоров'я (результатом яких є поліпшення загального стану, функціонування окремих органів або систем організму людини) чи спрямованих на досягнення певних естетичних змін зовнішності.

Надавачами медичних послуг можуть бути заклади охорони здоров'я усіх форм власності, а також фізичні особи - підприємці, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики.

*Конкуренція* – фундаментальна категорія ринкової економіки. Воно являє собою змагання, суперництво між виробниками (продавцями) однотипних товарів і послуг, що прагнуть зберегти за собою або розширити ринковий простір, потіснити або витиснути інших претендентів на ньому, одержавши в підсумку економічну вигоду. У загальному значенні під конкуренцією розуміють змагання між будь-якими суб'єктами економічної, ринкової діяльності, боротьбу за можливість бути представленим або за домінування на ринках, з метою одержання й нарощування доходів, прибутків, інших вигід.

Різні ринки у сфері охорони здоров'я мають відмінні економічні характеристики, а відтак характеризуються диверсифікованими моделями конкуренції.

*Маркетинг* - це процес планування та управління розробкою виробів і послуг, ціновою політикою, просуванням послуг і товарів до споживачів і збутом, щоб досягнути різноманітність благ приносило до задоволення потреб як окремих особистостей, так і організацій.

Вивчення попиту на товар (послугу) та аналіз ринкових можливостей виробника тісно пов'язані з дослідженням ринкової сегментації.

*Сегментація ринку* – це розподіл споживачів на групи на основі різниці в потребах, характеристиках чи поведінці і розроблення для кожної з груп окремого комплексу маркетингу.

Сегмент ринку складається із споживачів, що однаково реагують на один і той самий набір спонукальних стимулів маркетингу.

*Принципи сегментації ринку:*

- *за географічним принципом* передбачає розподіл ринку на різні географічні одиниці (територіальні)
- *за демографічним принципом* передбачає розподіл ринку на сегменти на основі таких демографічних змінних, як стать, вік, розмір сім'ї, етап життєвого циклу сім'ї, раса, національність, релігія.
- *за соціально-економічними характеристиками* враховує рівень доходів споживачів, приналежність до певного класу, професію, освіту тощо.

- за психологічним принципом передбачає урахування типу особистості та стилю життя.
- за споживчими мотивами передбачає класифікацію споживачів залежно від ступеня їх прихильності до медичних послуг та товарів.

### **Попит на ринку медичних товарів та послуг.**

Медична послуга, будучи товаром ринку, має свої особливості, характеризується рядом власних ознак та суттєво відрізняється від будь-якого товару або послуги. Серед особливостей слід відмітити:

- не існує до початку виробництва;
- потребу формує виробник (лікарі)
- інтелектуально залежить від виробника послуги;
- трудомістка і не має чіткої вартості до закінчення виконання;
- може бути не матеріальною;
- важко піддається розрахунку;
- персоніфікована;
- якість послуги мінлива, є суб'єктивною і залежить від особливостей споживача та ін.

Розрізняють такі види попиту на ринку медичних товарів і послуг:

- негативний попит (наприклад, на щеплення, прийом до лікарів окремих спеціальностей, дорогі процедури і ін.);
- прихований попит: окремі пацієнти можуть відчувати потребу, яку неможливо задовольнити за допомогою наявних на ринку медичних товарів і послуг (одноразові витратні матеріали, сервісні послуги, індивідуальне харчування в стаціонарі і ін.);

- падаючий попит (імпортні лікарські препарати;, сезонні товари та послуги)
- нерегулярний попит обумовлений сезонними тимчасовими коливаннями (Звернення до окремих лікарів-спеціалістів в залежності залежать від сезонності деяких захворювань: грип, виразкова хвороба, вірусний гепатит та ін.);
- надмірний попит (наприклад, ургентна медична допомога в святкові і післясвяткові дні).

## **Маркетинг.**

Управління маркетингом в сфері надання медичних послуг орієнтоване на особливості, які визначені двома чинниками: відмінністю між послугою і фізичним товаром; специфікою медичних послуг порівняно з іншими видами послуг.

Ф. Котлер визначив на п'ять основних характеристик послуг, які повинні враховувати заклади та підприємства при формуванні маркетингової програми:

- нематеріальний характер або невідчутність;
- мінливість або неоднорідність якості;
- невіддільність від особи, що надає послугу;
- неможливість збереження і накопичення;
- відсутність володіння.

### *Основні принципи маркетингу:*

1. Ретельний облік потреб, стану і динаміки попиту та ринкової кон'юнктури.

2. Створення умов для максимального пристосування виробництва до умов ринку.

3. Вплив на ринок і споживачів за допомогою реклами і освіти.

*Маркетингова діяльність в охороні здоров'я можлива за таких умов:*

- наявність ринку і конкуренції медичних послуг (кожний ЗОЗ має бути акредитовано і мати ліцензію на певний вид діяльності),
- наявність ринкових відносин між ЗОЗ та пацієнтами.

Маркетинг закладу охорони здоров'я залежить від форми фінансування охорони здоров'я, форми оплати медичних послуг, форми власності. Також, на маркетинг медичних послуг може впливати:

- рівень громадського здоров'я,
- структура демографічних показників (наприклад, віково-статева структура),
- рівень освіти, культури,
- місце проживання (перевищує місто),
- покупна здатність населення.

Маркетинг в охороні здоров'я має наступні складові:

- вивчення потреб населення (в медичних послугах),
- формування і регулювання ринку медичних послуг.

Не тільки при хворобі, але і для створення іміджу здорової людини (корекція поведінки, мотивації здорового способу життя). - Інформування населення про можливість надання медичних послуг.

*Стратегія та тактика маркетингу ґрунтуються на вивченні ринку, його постійному аналізі та структуризації. Ринок з позиції*

маркетингової діяльності розглядається як сукупність реальних і потенційних покупців (споживачів) товарів та послуг. Головним показником ринку для продавця є попит на його продукцію, тобто потреба в ній, забезпечена реальною купівельною спроможністю покупця (або представника). У процесі аналізу попит поділяється на відповідні рівні: необмежений (попит істотно перевершує пропонування), задовільний (відповідає можливостям підприємства, є досить стабільним), обмежений (нижчий за оптимальні можливості підприємства), нерегулярний (коливається в часі під впливом певних факторів), брак попиту.

### **Засоби поширення інформації в охороні здоров'я та оцінка ефективності реклами.**

Реклама є специфічною частиною масових комунікацій між рекламодавцями і різними аудиторіями рекламних звернень з метою інформаційного, експресивного та прагматичного впливу на ці аудиторії, яке має сприяти вирішенню певних маркетингових завдань рекламодавця.

*Рекламою* є інформація про товар або послугу, розповсюджена в будь-якій формі та в будь-який спосіб і призначена сформувати або підтримати обізнаність споживачів реклами та їх інтерес щодо товару або послуги.

В чисельних літературних джерелах зустрічаються декілька *взаємозалежних цілей реклами*:

- формування у споживача визначеного рівня знань про даний товар/послугу;

- формування у споживача визначеного образу та способу життя;
- формування у споживача доброзичливого ставлення до предмету реклами;
- спонукання споживача знову звернутися до певного закладу;
- спонукання споживача до придбання певного товару/послуги у рекламодавця;
- стимулювання збуту товару/послуги;
- прискорення товарообігу;
- прагнення зробити споживача постійним покупцем товару/послуги.

Дослідники в області маркетингу застосовують різні класифікації реклами. З точки зору кінцевої мети реклами розрізняють *комерційну рекламу* (мета: отримання прибутку) та *соціальну рекламу* (мета: підвищення обізнаності).

**Соціальна реклама** – це вид некомерційної реклами, що має на меті привернути увагу громадськості до певної соціальної проблеми. Зазвичай її темами стають суспільні цінності та сфери інтересів: від здоров'я і благодійності до закликів голосувати на виборах. Соціальна реклама може відображати державну ідеологію, закликати до певних дій або підвищувати обізнаність суспільства.

Зазвичай, соціальна реклама спрямована на зміну моделей суспільної поведінки і залучення уваги до проблем соціуму. Вона є різновидом соціального продукту та істотно відрізняється від державної і політичної реклами. Соціальна реклама включає в себе інформаційні, популяризаторські й соціальні послуги.



Одним із видів реклами, во круг якої не стихають чисельні дебати, це реклама реклами лікарських засобів. В Україні питання реклами лікарських засобів регулюється Законами України «Про рекламу», «Про лікарські засоби», «Про захист від недобросовісної конкуренції», «Про захист прав споживачів», «Про забезпечення функціонування української мови як державної» та низкою підзаконних нормативно-правових актів. Залежно від того, де розміщується реклама лікарських засобів, можуть застосовуватися положення Законів України: «Про телебачення і радіомовлення», «Про друковані засоби масової інформації (пресу) в Україні».

Спеціальними умовами для реклами лікарських засобів є: Тільки зареєстровані безрецептурні лікарські засоби; має містити об'єктивну інформацію; здійснюватися так щоб було зрозуміло, що рекламований товар - лікарський засіб; містити рекомендацію проконсультуватися з лікарем перед застосуванням; Містити рекомендацію ознайомитися з інструкцією; містити попередження: «Самолікування може бути шкідливим для вашого здоров'я»; враховування спеціальних заборон (рецептурність, допінги, лікарські засоби та методики, що не пройшли спеціальні дослідження).

Іноді зустрічається різного виду недобросовісна реклама. Під недобросовісною рекламою розуміємо рекламу, яка вводить або може ввести в оману споживачів реклами, завдати шкоди особам, державі чи суспільству внаслідок неточності, недостовірності, двозначності, перебільшення, замовчування, порушення вимог щодо часу, місця і способу розповсюдження.

Ефективність реклами в галузі охорони здоров'я слід розглядати з точки зору медичної, економічної та соціальної ефективності.

*Економічна ефективність реклами* може визначатись співвідношенням між результатом, отриманим від реклами, і величиною затрат на проведення рекламних заходів за фіксований відрізок часу.

*Соціальна ефективність.* Результатом вдало проведеної рекламної кампанії може стати зміна моделі поведінки, як окремих індивідів, так і суспільства в цілому або залучення людей до рішення, позначеною в рекламному повідомленні, проблеми, а також призводить до підвищення обізнаності населення щодо ключових моментів збереження власного та громадського здоров'я. В свою чергу, корекція поведінки та підвищення обізнаності спільноти, може принести і медичний ефект (зниження захворюваності, зниження ускладнень, зменшення тривалості лікування).

### **Маркетинговий контроль.**

*Маркетинговий контроль* — це комплексне, послідовне, об'єктивне і регулярне дослідження маркетингового середовища, її завдань, стратегій або поточної діяльності, що має своєю метою виявлення з'являються проблем і можливостей, що відкриваються і видача рад щодо плану дій щодо поліпшення маркетингової діяльності.

Маркетинговий контроль являє собою аналіз результатів виконання маркетингового плану та затвердження необхідних заходів для його коригування. Дана функція дуже важлива, оскільки, якщо час для виправлення помилок буде упущено, наслідки для компанії можуть бути непередбачуваними.

Основною метою маркетингового контролю є створення основи для подальших управлінських рішень.

Контроль над реалізацією включає в себе надання оперативних даних про проблеми, що виникають у ході виконання поставлених завдань, також це відноситься до продукції, сегментам і ринкам, де з'являються труднощі зі збутом товару, або про що з'явилися і раніше не врахованих сприятливих збутових можливостях. При падінні обсягу продажів негайно виносяться можливі варіанти рішень по уникненню кризової ситуації. Одночасно готуються заходи, націлені на усунення на ринку можливого дефіциту.

Зауважимо, що функція контролю є заключною в управлінському циклі, але одночасно з цим вона дає можливість для відновлення наступного циклу маркетингового планування. Адже визначення сильних і слабких сторін організації процесу, аналіз виконання маркетингового плану необхідні для вибору точних цілей та ефективних стратегій на наступний період планування.

#### **Питання для самоконтролю.**

1. Ринок. Функції ринку.
2. Основні категорії ринку
3. Складові ринку охорони здоров'я
4. Маркетинг та його основні принципи
5. Маркетингова діяльність в закладах охорони здоров'я.
6. Стратегія та тактика маркетингу

7. Засоби поширення інформації в охороні здоров'я
8. Оцінка ефективності соціальної реклами
9. Маркетинговий контроль.

# ПІДПРИЄМНИЦЬКА ДІЯЛЬНІСТЬ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

---

Підприємницька діяльність в Україні регламентована Законом України «Про підприємництво», Законом України «Про власність», а також іншими нормативними документами.

Під *підприємництвом* слід розуміти самостійну, систематичну, на власний ризик діяльність по виробництву продукції, виконанню робіт, наданню послуг з метою отримання прибутку, яка здійснюється фізичними та юридичними особами, зареєстрованими як суб'єкти підприємницької діяльності у порядку, встановленому законодавством.

В свою чергу, *підприємницька діяльність (підприємництво)* — це ініціативна, самостійна діяльність осіб або підприємств (фірм), націлена на отримання прибутку, або особистого доходу, і яка здійснюється на власний ризик та під власну майнову відповідальність.

*Принципи підприємницької діяльності:*

- вільний вибір видів діяльності;
- залучення на добровільних засадах до здійснення підприємницької діяльності майна та коштів юридичних осіб і громадян;
- самостійне формування програми діяльності та вибір постачальників і споживачів вироблюваної продукції, встановлення цін відповідно до законодавства;

- вільний найм працівників;
- залучення і використання матеріально-технічних, фінансових, трудових, природних та інших видів ресурсів, використання яких не заборонено або не обмежено законодавством;
- вільне розпорядження прибутком, що залишається після внесення платежів, установлених законодавством;
- самостійне здійснення підприємцем - юридичною особою зовнішньоекономічної діяльності, використання будь-яким підприємцем належної йому частки валютної виручки на свій розсуд.

Суб'єктами підприємницької діяльності виступають:

- фізичні особи, тобто громадяни України та інших держав, не обмежені законом у правоздатності;
- юридичні особи усіх форм власності.

В Україні не допускається заняття підприємницькою діяльністю таких категорій громадян: військовослужбовців, службових осіб органів прокуратури, суду, державної безпеки, внутрішніх справ, державного нотаріату, а також органів державної влади і управління, які покликані здійснювати контроль за діяльністю підприємств.

### **Організаційно-правові форми підприємництва в Україні.**

Підприємництво в Україні здійснюється в будь-яких організаційних формах, передбачених законом, на вибір підприємця. Поняття організаційно-правових форм юридичних осіб регламентується Цивільним кодексом України, Законом України

«Про державну реєстрацію юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань, Господарським кодексом України.

Підприємницьку діяльність можна вести в різних формах.

Залежно від форм власності, законом України передбачено такі види підприємств:

- приватне підприємство, що діє на основі приватної власності громадян (фізичної особи) чи суб'єкта господарювання (юридичної особи);
- підприємство, що діє на основі колективної власності (підприємство колективної власності);
- комунальне підприємство, що діє на основі комунальної власності територіальної громади;
- державне підприємство, що діє на основі державної власності;
- підприємство, засноване на змішаній формі власності (на базі об'єднання майна різних форм власності);
- спільне комунальне підприємство, що діє на договірних засадах спільного фінансування (утримання) відповідними територіальними громадами - суб'єктами співробітництва.

В Україні можуть діяти також інші види підприємств, передбачені законом.

Залежно від способу утворення (заснування) та формування статутного капіталу в Україні діють підприємства унітарні та корпоративні.

*Унітарне підприємство* створюється одним засновником (наприклад, особа або територіальна громада), який виділяє

необхідне для того майно, формує відповідно до закону статутний капітал, затверджує статут, як правило, назначається наглядова рада, призначає керівника, через керівника здійснює керівництво, вирішує питання реорганізації та ліквідації підприємства. Унітарними є підприємства державні, комунальні, підприємства, засновані на власності об'єднання громадян, релігійної організації або на приватній власності засновника.

*Корпоративне підприємство* утворюється, як правило, двома або більше засновниками за їх спільним рішенням (договором), діє на основі об'єднання майна та/або підприємницької чи трудової діяльності засновників (учасників), їх спільного управління справами, на основі корпоративних прав, у тому числі через органи, що ними створюються, участі засновників (учасників) у розподілі доходів та ризиків підприємства. Корпоративним є підприємство, засноване на приватній власності двох або більше осіб.

Підприємницька діяльність сфери малого бізнесу реалізується у двох формах: індивідуальна підприємницька діяльність без утворення юридичної особи (ФОП) і приватне підприємство (фірма).

*Одноосібні фірми* існують завдяки ініціативі однієї людини – власника. Доля такої фірми тісно пов'язана з долею її власника.

*Товариство* як організаційно оформлене добровільне співробітництво фізичних та юридичних осіб створюється для досягнення спільної комерційної мети і ґрунтується, як правило, на особистій участі в його діяльності кожного члена товариства. Товариство створюється тоді, коли зусиль одного підприємця або



фірми недостатньо для реалізації певного проекту, тому вони об'єднуються з іншими особами.

*Залежно від прийнятої у статуті міри майнової відповідальності можуть бути такі види товариств:*

- просте товариство;
- товариство з повною майновою відповідальністю (повне товариство);
- командитне товариство (товариство на довірі);
- товариство з обмеженою відповідальністю.

### **Некомерційне господарювання.**

Одним з основних стратегічних завдань реформи охорони здоров'я, є перетворення закладів охорони здоров'я у комунальні некомерційні підприємства для збільшення господарської та фінансової автономії (самостійності) та підвищення економічної ефективності використання активів.

Під некомерційним господарюванням слід розуміти самостійну систематичну господарську діяльність, яка здійснюється суб'єктами господарювання та спрямована на досягнення економічних, соціальних та інших результатів без мети одержання прибутку. Даний вид діяльності не можуть здійснювати органи державної влади, органи місцевого самоврядування та їх посадові особи.

З точки зору оподаткування, щоб отримати статус неприбуткового підприємства (закладу, установи тощо), воно повинно відповідати певним вимогам. Обов'язковими умовами перебування комунального некомерційного підприємства в статусі

неприбуткової організації є, зокрема, заборона розподілу доходів (прибутків) або їх частини серед засновників (учасників), членів таких організацій, працівників (крім оплати їхньої праці, нарахування єдиного соціального внеску), членів органів управління та інших пов'язаних з ними осіб та використання своїх доходів (прибутків) виключно для фінансування видатків на утримання такої неприбуткової організації, реалізації мети (цілей, завдань) та напрямів діяльності, визначених її установчими документами.

Перетворення ЗОЗ у 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.

### **Особливості організації підприємницької діяльності в галузі охорони здоров'я.**

Відповідно до статей 16, 17, 33 Закону України "Основи законодавства України про охорону здоров'я", медична допомога може надаватись як у медичних закладах так і на засадах індивідуального підприємництва.

**Під медичною практикою розуміють** діяльність, що пов'язана з комплексом спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, підвищенню санітарної культури, запобігання захворюванням та інвалідності, на діагностику, допомогу особам з

гострими і хронічними захворюваннями й реабілітацію хворих та інвалідів, що здійснюється особами, які мають спеціальну освіту.

Найбільш поширеною формою ведення підприємництва в галузі охорони здоров'я є ФОП.

Згідно цивільного кодексу України, фізичній особі, якій не заборонено законом, яка має повну фізичну дієздатність дозволено займатися підприємницькою діяльністю, за умови її державної реєстрації в порядку, встановленому законом.

*Таблиця 6*

**Класифікація деяких видів економічної діяльності в сфері охорони здоров'я.**

Код КВЕД	
86.21 Загальна медична практика	медичне консультування та лікування у сфері загальної медицини, які надають лікарі загального профілю
86.22 Спеціалізована медична практика	медичне консультування та лікування у сфері спеціальної медицини лікарями-спеціалістами та хірургами, а також діяльність центрів планування сім'ї, які надають медичні послуги, такі як стерилізація та переривання вагітності, без послуг стаціонару.
86.23 Стоматологічна практика	стоматологічні послуги загального та спеціального характеру, наприклад, зуболікарська практика, ендодонтика та педіатрія, патологія ротової порожнини; послуги ортодонта
86.9 Інша діяльність у сфері охорони здоров'я	діяльність психоаналітиків, психологів і психотерапевтів; діяльність допоміжного стоматологічного персоналу, такого як терапевти, сестри зі стоматологічної практики та стоматологі-гігієністи, що можуть працювати самостійно, але під регулярним наглядом стоматолога; діяльність медичних лабораторій, таких як: рентгенівські лабораторії та інші діагностичні центри, які

	<p>використовують подібну апаратуру лабораторії аналізу крові діяльність банків крові, сперми, органів для трансплантації тощо послуги транспорту швидкої медичної допомоги, у т.ч. літаків, що їх надають під час критичних ситуацій діяльність у сфері охорони здоров'я населення, яка здійснюється санітарно-профілактичними закладами (санітарно-епідеміологічними станціями, дезінфекційними станціями, підприємствами профілактичної дезінфекції тощо)</p>
--	--

Фізична особа - підприємець відповідає за зобов'язаннями, пов'язаними з підприємницькою діяльністю, усім своїм майном, крім майна, на яке згідно із законом не може бути звернено стягнення.

*Кроки для відкриття приватної медичної практики.*

1. *Реєстрація ФОП.* Слід подати у центр надання адміністративних послуг документи: паспорт, ІПН і заяву, в якій вказати КВЕД. Зазвичай наступного дня можна отримати відповідне свідоцтво. Відразу після його отримання варто зареєструватись в органах податкової служби.

2. *Оренда приміщення.* Приміщення для медичної практики повинно відповідати вимогам Державних будівельних норм України «Будинки і споруди. Заклади охорони здоров'я ДБН В.2.2-10-2001» та встановленим санітарним нормам.

3. *Закупівля обладнання.* При цьому слід орієнтуватись на Примірний табель матеріально-технічного оснащення

4. *Отримання ліцензії*

5. *Зареєструйтесь в електронній системі охорони здоров'я*

*б. Укладання договору з НСЗУ, щоб отримувати кошти за надані послуги (не є обов'язково, якщо в планах немає отримання коштів від держави).*

Особливістю здійснення підприємницької діяльності в охороні здоров'я є те, що суб'єкти підприємницької діяльності з медичної практики здійснюють господарювання на основі ліцензування.

Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики затверджені постановою КМУ від 2 березня 2016 р. № 285. Ліцензійні умови встановлюють організаційні, кадрові і технологічні вимоги до матеріально-технічної бази, обов'язкові для виконання під час провадження господарської діяльності з медичної практики. Ліцензійні умови поширюється на всіх юридичних осіб незалежно від їх організаційно-правової форми та фізичних осіб - підприємців, які провадять господарську діяльність з медичної практики.

Згідно ліцензійних умов, заклад охорони здоров'я повинен мати затверджені в установленому законодавством порядку статут (положення) залежно від організаційно-правової форми; штатний розпис; положення про його структурні підрозділи (зокрема відокремлені); посадові інструкції працівників; правила внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я; клінічні маршрути пацієнта розроблені відповідно до клінічних протоколів та стандартів медичної допомоги (медичних стандартів), затверджених МОЗ. Медичну допомогу повинні надавати особи, які відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам, затвердженим МОЗ. Відповідність фахівця засвідчується: документом про вищу освіту

для лікарів, державного зразка; сертифікатом лікаря-спеціаліста (провізора-спеціаліста) встановленого зразка, виданим вищим медичним навчальним закладом, закладом післядипломної освіти; посвідченням про присвоєння (підтвердження) відповідної кваліфікаційної категорії з лікарських (провізорських) спеціальностей (за наявності); свідоцтвом про проходження підвищення кваліфікації (за наявності). Керівником закладу охорони здоров'я повинна призначатися особа, яка відповідає єдиним кваліфікаційним вимогам.

*Продуктом підприємницької діяльності в охороні здоров'я може бути:*

- товар (будь-якого медичного призначення – ліки, медичний інструментарій, медична апаратура)
- послуга (діагностична, лікувально-профілактична, консультативна).

*При провадженні господарської діяльності з медичної практики мають враховуватись міжнародні засади надання медичної допомоги*

- Дотримання прав пацієнта
- Надання невідкладної медичної допомоги без усяких винятків
- Забезпечення конфіденційності
- Забезпечення принципу, за яким сума гонорару лікаря повинна залежати від характеру медичної послуги
- Забезпечення якості та ефективності надання медичної послуги

- Гарантування лікарям моральної, економічної та професійної незалежності

Міжнародними резолюціями (Мюнхен, 1973; Венеція 1983) рекомендовано при проведенні підприємницької діяльності з надання медичної допомоги необхідно враховувати такі принципи:

- умови роботи медичних працівників повинні визначатись позиціями товариських організацій;
- дотримання прав пацієнта на вибір лікуючого лікаря та прав лікаря на вибір пацієнта;
- надання невідкладної медичної допомоги без усяких винятків;
- забезпечення конфіденційності взаємовідносин між пацієнтом та лікарем всіма особами, що беруть участь у лікувальному процесі або контролюють його;
- гарантування лікарям моральної, економічної та професійної незалежності;
- забезпечення принципу, за яким сума гонорару лікаря повинна залежати від характеру медичної послуги;
- якість та ефективність надання медичної послуги, об'єм, вартість та кількість послуг повинні оцінювати лікарі, керуючись більш регіональними, а не національними стандартами;
- заборона на обмеження права лікаря на виписування будь-яких препаратів та призначення будь-якого лікування, адекватних з точки зору сучасних стандартів;
- забезпечення умов, за яких лікар може поглиблювати свої знання та підвищувати професійний статус.

## Система оподаткування

*Система податків та зборів України* — це сукупність передбачених податковим законодавством України загальнодержавних та місцевих податків і зборів, принципів, форм і методів їх встановлення, зміни, скасування, обчислення та сплати.

**Податок** — це обов'язковий, індивідуальний, безвідплатний платіж, який сплачують до бюджету фізичні та юридичні особи у порядку, встановленому податковим законодавством України.

Основні функції податків:

- фіскальна - створення матеріальної бази функціонування суспільства.

- розподільча – розподіл вартісних пропорцій між платниками податків і державою.

- регулююча - вплив на різні види діяльності (виробництво) та безпосередньо на платників податків (споживачів) .

**Збір** - обов'язковий платіж, який сплачують юридичні та фізичні особи за вчинення державними органами, їх посадовими особами дій, які ма-ють юридичне значення, за надання певних прав, видачу до-зволів і ліцензій, а також для забезпечення функціонування системи державного соціального страхування і державного соціального забезпечення.

Елементи податкової системи: платники податку; об'єкт оподаткування; база оподаткування; ставка податку.

**Платниками податків** в Україні є фізичні особи, юридичні особи та їх відокремлені підрозділи, які мають, одержують (передають) об'єкти оподаткування або провадять діяльність , що є



об'єктом оподаткування згідно з податковими законами, і на яких покладено обов'язок із сплати податків та зборів згідно з Цивільним Кодексом. Кожний з платників податків може бути платником податку за одним або кількома податками та зборами.

**Об'єкт оподаткування** — майно, товари, дохід (прибуток) або його частина, обороти з реалізації товарів (робіт, послуг), операції з постачання товарів (робіт, послуг) та інші об'єкти, визначені податковим законодавством, з наявністю яких податкове законодавство пов'язує виникнення у платника податкового обов'язку.

**Базою оподаткування** визнаються конкретні вартісні, фізичні або інші характеристики певного об'єкта оподаткування (градус для алкоголю; об'єм двигуна у автомобілів тощо).

**Податкова ставка** - законодавчо визначена величина податкових нарахувань на одиницю вимірювання податкової бази: величина податку з одиниці земельної площі, ваги, кількості товару, частка від вартості об'єкта оподаткування тощо. Якщо стягується з доходів у грошовому виразі, то податкова ставка встановлюється у вигляді грошової суми за один об'єкт.

*Розрізняють такі основні види податкової ставки:*

- Тверді — встановлюються в абсолютній сумі на одиницю оподаткування (у гривнях) . Такий вид ставки застосовується: при оподаткуванні землі, при стягуванні акцизного податку, при сплаті податку на транспорт;

- Пропорційні — застосовуються в однаковій величині, незалежно від розміру податкової бази (у відсотках). Приклад — ставка податку з доходів фізичних осіб.

- Прогресивні — зростають зі зростанням податкової бази. На сучасному етапі в Україні прогресивних ставок немає.

Таблиця 7

### Податкові ставки в Україні (2021р)

Ключові ставки	%
Податок на прибуток підприємств	18%
Прибутковий податок з доходів працівників	18% 1,5% військовий збір
Соціальні внески для роботодавця	22%
ПДВ	20% (на фармацевтичні та медичні продукти 7% - занижена ставка).

В Україні встановлюються загальнодержавні та місцеві податки та збори.

До загальнодержавних податків належать податки та збори, що встановлені Податковим Кодексом і є обов'язковими до сплати на усій території України:

- податок на прибуток підприємств;
- податок на доходи фізичних осіб;
- податок на додану вартість;
- акцизний податок;
- екологічний податок;
- рентна плата;
- МИТО.

До *місцевих податків* належать податки та збори, що встановлені відповідно до переліку і в межах граничних розмірів ставок, визначених Податковим Кодексом, рішеннями сільських, селищних, міських рад та рад об'єднаних територіальних громад, що створені згідно із законом та перспективним планом формування територій громад, у межах їх повноважень і є обов'язковими до сплати на території відповідних територіальних громад.

До місцевих податків належить:

- податок на майно;
- податок на майно;
- єдиний податок;

До місцевих зборів належать: збір за місця для паркування транспортних засобів; туристичний збір та ін.

При прийнятті рішення про встановлення місцевих податків та зборів обов'язково визначаються об'єкт оподаткування, платник податків і зборів, розмір ставки, податковий період та інші обов'язкові елементи.

Податки поділяються на прямі та опосередковані (непрямі).

*Прямі податки* — це податки, що встановлюються безпосередньо щодо платника, який сплачує їх до бюджету держави. Обсяги таких податків залежать від податкової бази.

*Непрямі податки* — це податки, які надходять до бюджету за допомогою цінового механізму. Визначається обсягом споживання і не залежить від його доходів (податок на додану вартість, акциз, мито).

*Акцизний податок* - непрямий податок на споживання окремих видів товарів (продукції), визначених цим Кодексом як підакцизні, що включається до ціни таких товарів (продукції).

Операції з постачання товарів/послуг, місце постачання яких розташоване на митній території України, є об'єктом оподаткування ПДВ.

В залежності від виду здійснюваних операцій (постачання медичних послуг чи товарів) та за умови, що заклад охорони здоров'я буде зареєстровано платником ПДВ, такі операції будуть оподатковуватися ПДВ за різними ставками податку або будуть звільнятися від оподаткування.

Так, операції з постачання лікарських засобів, дозволених для виробництва і застосування в Україні, постачання медичних виробів, що внесені законодавцем до відповідного Переліку, постачання лікарських засобів, медичних виробів та/або медичного обладнання, дозволених для застосування у межах клінічних випробувань, дозвіл на проведення яких надано центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, оподатковуються ПДВ за ставкою 7%. Чинне податкове законодавство передбачає звільнення від оподаткування ПДВ операцій щодо постачання товарів (робіт, послуг) закладами охорони здоров'я, окрім винятків передбачених статтею 197.1.5. Податкового кодексу України. Наприклад, операції з постачання товарів/послуг, визначених у підпункті 197.1.3 пункту 197.1 статті 197 ПК України, послуг з охорони здоров'я, (що надаються ЗОЗ), послуг реабілітаційних установ для інвалідів та дітей-інвалідів, що

мають ліцензію на постачання таких послуг, звільнені від оподаткування ПДВ.

Комунальне некомерційне підприємство за власним бажанням може бути зареєстровано платником податку на додану вартість (далі – ПДВ) та відповідно мати взаємовідносини з іншими платниками цього податку.

### **Системи оподаткування.**

На сьогодні в Україні існує 2 системи оподаткування:

- спрощена система (єдиний податок);
- загальна система.

Підприємці, які обрали загальну систему оподаткування можуть дозволити всі види діяльності, що передбачені КВЕДом. В цьому випадку не обмежується кількість найманих працівників та обсяг доходу.

*Спрощена система оподаткування* — спеціальний податковий режим, запроваджений для зниження податкового навантаження та стимулювання малого підприємництва в Україні. Спрощена система оподаткування значно легша з точки зору ведення бухгалтерського обліку, хоча має низку обмежень. Так, існує список дозволених для цієї системи оподаткування видів діяльності. Окрім цього існують обмеження припустимого об'єму доходу та кількості найманих робітників. Не дивлячись на це, спрощена система оподаткування добре підходить для малого бізнесу, що і забезпечує її популярність. Спрощена система оподаткування може застосовуватися як підприємцями, так і юридичними особами. При цьому всі суб'єкти

підприємницької діяльності в рамках спрощеної системи оподаткування розділені на 4 групи.

Спрощена система оподаткування передбачає тільки один вид податку: єдиний податок, який сплачується до місцевого бюджету. Незалежно від цього підприємці сплачують єдиний соціальний внесок, що зараховується на рахунки органів Міністерства доходів. Також додатково може бути передбачено сплата ПДВ.

Таблиця 8

**Особливості спрощеної система оподаткування для підприємців**

Група ФОП	Наявність найманих працівників	Річний обсяг доходу	Вид діяльності	Ставка єдиного податку
1 група	немає	167 розмірів мінімальної заробітної плати, встановленої законом на 1 січня податкового (звітного) року	Виключно роздрібний продаж товарів з торговельних місць на ринках та/або провадять господарську діяльність з надання побутових послуг населенню	ЄП: у межах до 10 % розміру прожиткового мінімуму ЄСВ "за себе" для пенсійного стажу: 22% від мінімальної заробітної плати
2 група	0-10	834 розміри мінімальної заробітної плати, встановленої законом на 1 січня податкового (звітного) року	Господарська діяльність з надання послуг, у тому числі побутових, платникам єдиного податку та/або населенню, виробництво та/або продаж товарів, діяльність у сфері	ЄП: у межах до 20 % розміру мінімальної заробітної плати ЄСВ "за себе" для пенсійного стажу: 22% від мінімальної заробітної плати

			ресторанного господарства	
3 група Юри- дичні особи	Не обмежена	1167 розмірів мінімальної заробітної плати, встановленої законом на 1 січня податкового (звітнього) року		ЄП:* 3 % доходу при сплаті ПДВ; * 5 % доходу у разі включення ПДВ до складу єдиного податку  ЄСВ "за себе" для пенсійного стажу: 22% від мінімальної заробітної плати

\*4 група - ФОП які провадять діяльність виключно в межах фермерського господарства

#### **Питання для самоконтролю.**

1. Нормативно-правова база підприємницької діяльності в галузі охорони здоров'я.
2. Суть підприємництва і його особливості в охороні здоров'я.
3. Правові засади підприємницької діяльності в охороні здоров'я.
4. Організаційно-правові форми підприємницької діяльності.
5. Бізнес-план як інструмент регулювання підприємницької діяльності.
6. Реєстрація ФОП.
7. Ліцензування медичної діяльності.
8. Податкова система країни.
9. Види податків: прямі та опосередковані.
10. Об'єкти оподаткування; податкова ставка.
11. Загальна та спрощена система оподаткування.

# МЕТОДИ ЦІНОУТВОРЕННЯ І РЕГУЛЮВАННЯ ЦІН В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я. ОПЛАТА ПОСТАЧАЛЬНИКІВ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

---

*Ціноутворення* – це встановлення ціни, процес вибору остаточної ціни залежно від собівартості продукції, цін конкурентів, співвідношення попиту та пропозиції й інших факторів.

*Ціна є грошовим вираженням вартості товару.* Ціна має покривати витрати на виробництво товарів (послуг) і приносити товаровиробнику (постачальнику послуг) гарантований прибуток, забезпечуючи справедливий рівень рентабельності.

*До функції ціни слід віднести:*

- вимірювально-інформаційна функція полягає у вираженні в єдиній грошовій формі різних за своєю натуральною формою товарів (послуг);
- розподільна функція передбачає, що за її допомогою здійснюється перерозподіл доходів між товаровиробником і споживачем;
- стимулююча функція полягає в тому, що ціна має інтенсифікувати виробництво, спрямовуючи його на залучення додаткового капіталу для розширення та розбудови діяльності підприємства;



- регулююча функція полягає в тому, що ціна коригує попит і пропозицію товарів на ринку, а також визначає взаємини між споживачами і виробниками на рівні встановлення рівноважної ціни.

Безпосередньо, процес ціноутворення на медичні послуги включає 7 етапів:

- підготовчий етап – визначення цілей і завдань організації;
- етап збору первинної інформації та маркетингового аналізу – визначення кількісних та якісних характеристик обслуговування хворих;
- етап вибору методу ціноутворення;
- етап визначення собівартості медичних послуг
- розрахунок прямих і непрямих витрат;
- етап формування ціни – визначення рівня рентабельності, введення поправочних коефіцієнтів, експертна оцінка, калькуляція ціни та оформлення преїскуранту;
- етап корекції ціни – врахування рівня інфляції, розрахунок цін на нові послуги, використання нових методик ціноутворення;
- етап аналізу результатів розрахунку і прийняття відповідних управлінських рішень.

На рівень цін впливають як внутрішні, так і зовнішні фактори: власні витрати на виробництво та реалізацію послуги, ступінь конкуренції, економічна ситуація, місцезнаходження клініки тощо.

Але основними з них слід вважати:

- 1) собівартість послуг чи продукції;
- 2) наявність унікальних властивостей послуг;
- 3) ціни на послуги конкурентів;

4) податкове навантаження.

Загальноприйнятою формулою ціни є:

$$\text{Ціна} = \text{собівартість} + \text{податки} + \text{прибуток}$$

Найвагомішим в ціноутворенні є етап визначення собівартості медичної послуги, оскільки саме вона є визначальним показником у формуванні ціни на медичну послугу.

У класичному розумінні *собівартість* – це витрати підприємства на виробництво (виробнича собівартість) та реалізацію (собівартість реалізації) власної продукції (послуг). Собівартість послуги, визначає мінімально можливий рівень ціни пропозиції.

Розрахунок собівартості медичних послуг — ефективний інструмент для прийняття управлінських рішень у процесі діяльності закладу охорони здоров'я. Результати розрахунку не лише інформують про склад і вартість матеріальних витрат на певну послугу, а й дають відповідь на важливі запитання щодо економічної ефективності медичних програм, ціноутворення, управління складом, бюджетування.

$$\text{Собівартість} = \text{Постійні витрати} + \text{змінні витрати/одвицицю продукції}$$

Тобто, при розрахунку собівартості важливе значення має розподіл витрат на постійні та змінні.

*Постійні витрати* – це витрати, які не змінюються зі зміною обсягу виробництва, вони здійснюються в кожен період часу, тобто

залежать від часу, а не від обсягу виробництва. До постійних витрат можна віднести зарплату адміністративного сектору, оренда приміщення, сплата відсотків при наявності позики тощо.

*Змінні витрати (виробничі витрати)* – це витрати, загальна величина яких знаходиться в безпосередній залежності від обсягів виробництва і реалізації, а також від їх структури при виробництві. Це витрати на зарплату виробника послуги, лікарські засоби, витратні матеріали, енергію, транспортні послуги та ін.

Структура загальноклінічних витрат конкретного медичного закладу може відрізнятися, але такими витратами може бути: обслуговування приміщення; орендні платежі (якщо приміщення орендується); комунальні платежі; витрати на послуги охорони; витрати на дезінфекційні роботи; витрати на оплату праці (враховуючи відповідні податки); витрати на медичний огляд працівників; послуги зв'язку; витрати на канцтовари, витрати на маркетинг, рекламу та ін. Інформація про собівартість медичних послуг необхідна в подальшому при наступних процесах: ціноутворення; визначення економічної ефективності послуг; визначення економічної ефективності медичних програм чи комплексу лікування; управління запасами медикаментів та медичних матеріалів; побудова системи бюджетів медичного закладу та ін.

**Ціноутворення для медичних послуг за Програмою медичних гарантій.**

Постійний дефіцит бюджету в сфері охорони здоров'я поряд з іншими факторами, призводить до негативних наслідків для

здоров'я, поганого фінансового захисту для пацієнтів та низького рівня доступу до деяких медичних послуг. Тому всі країни постають перед необхідністю так званої раціоналізації в системі охорони здоров'я. Запровадження гарантованого пакету дасть можливість впорядкувати надання послуг в сфері охорони здоров'я, допоможе зробити правила роботи системи більш зрозумілими як пацієнтам, так і лікарям

НСЗУ укладає договори про медичне обслуговування населення щодо надання медичних послуг з програми медичних гарантій, крім медичних послуг, включених до переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах та медичних послуг, фінансування яких здійснюється за рахунок інших програм державного бюджету.

*Програма державних гарантій медичного обслуговування населення (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 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. До програми медичних гарантій входять всі види медичної допомоги, проте окремі послуги виключені з гарантованого пакету. Оператором програми медичних гарантій є НСЗУ, який провадить стратегічну закупівлю медичних послуг в закладах.

Під *постачальниками (надавачами) медичних послуг* розуміють заклади охорони здоров'я усіх форм власності та фізичні особи - підприємці, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та уклали договір про медичне обслуговування населення з головними розпорядниками бюджетних коштів.

Оплата постачальникам (надавачам) медичних послуг в Україні може здійснюватися як безпосередньо за кошти пацієнтів (перелік платних послуг затверджено постановою Кабінету Міністрів України), так і за кошти державного бюджету в межах Програми медичних гарантій, коли закупівельником медичних послуг виступає Національна служба здоров'я України (НСЗУ). охорони здоров'я, з якими заключено контракт.

*Стратегічні закупівлі* - підхід, що використовується багатьма країнами при плануванні закупівель послуг, що включені до гарантованого пакету. Цей підхід прийшов на зміну фінансуванню за історичним принципом та/або кошторисному фінансуванню.

Кількість пакетів медичних послуг, які надаються за програмою медичних гарантів, постійно зростає. Так, в 2020 році використовувалося 27 пакетів медичних послуг, то в 2022 році заплановано використання 36, відповідно зростає і фінансування.

Як зазначалося раніше, виділяють п'ять основних тарифів для фінансування медичних послуг.

1. Перший тип тарифу - *Капітаційна ставка*. Цей тип тарифу наразі застосовується для оплати первинної медичної допомоги. Капітаційна ставка означає оплату за одну людину, тобто Per capita.

Зазвичай, така людина може і не звертатися за медичною допомогою протягом періоду дії цієї оплати, цей тариф сплачується за готовність надати допомогу пацієнту. Цей тариф може також застосовуватися для оплати лікування осіб із визначеним захворюванням. В такому випадку НСЗУ оплачує за кожного такого пацієнта фіксовану суму за певний період часу (наприклад, 12 або 9 місяців роботи за програмою медичних гарантій).

Розмір капітаційної ставки обчислюється за формулою:

$$КС_i = \frac{ВКС_i}{КП_i},$$

де:  $i$  - види медичних послуг;  $ВКС_i$  - прогнозований обсяг видатків за Програмою на оплату послуг відповідного виду протягом визначеного періоду незалежно від кількості фактичних звернень пацієнтів за медичною допомогою;  $КП_i$  - прогнозна кількість пацієнтів, за медичне обслуговування яких сплачується відповідна капітаційна ставка у відповідному бюджетному році.

2. Другий тип тарифу – *ставка за пролікований випадок* або *оплата за діагностично-спорідненими групами*, оплата за ДСГ, оплата за DRG – всі ці терміни є синонімами. Суть цього тарифу полягає в тому, що держава не платить за кожну окрему послугу, яка була надана пацієнту в стаціонарі, а оплачує комплекс послуг, що були надані пацієнту. Перед запровадженням оплати за пролікований випадок зазвичай проводиться дослідження. Воно визначає середню вартість лікування пацієнтів з тим чи іншим діагнозом, відповідно до кількості ресурсів, які заклади охорони здоров'я витрачають на таке лікування.

Розмір базової ставки (СПВ<sub>i</sub>) розраховується за формулою:

$$СПВ_i = \frac{Вспв_i}{Кпв_i},$$

де: *i* - види медичних послуг; *Вспв<sub>i</sub>* - прогнозний обсяг видатків за Програмою на оплату послуг відповідного виду; *Кпв<sub>i</sub>* - прогнозна кількість пролікованих випадків, що оплачується за Програмою у відповідному бюджетному році.

3. Третій тип тарифу – це *ставка на медичну послугу*, де одиницею оплати виступає власне окрема послуга. Цей тип тарифу застосовується для оплати кожної наданої медичної послуги, наприклад послуги інструментальної діагностики для раннього виявлення новоутворень.

Розмір ставки на медичну послугу (СМП<sub>i</sub>) розраховується за такою формулою:

$$СМП_i = \frac{Вспм_i}{Кмп_i},$$

де: *i* - види медичних послуг; *Вспм<sub>i</sub>* - прогнозний обсяг видатків за Програмою на оплату послуг відповідного виду; *Кмп<sub>i</sub>* - прогнозна кількість відповідних медичних послуг, що оплачуються за Програмою у відповідному бюджетному році.

4. Четвертий тип тарифу – це *глобальна ставка* або, як її ще називають, глобальний бюджет. Для її розрахунку за основу беруться інші тарифи: капітаційна ставка, ставка за пролікований випадок, ставка за надану послугу. Глобальна ставка визначається як добуток запланованої кількості послуг і тарифів для оплати таких

послуг. При цьому, заклад звітує про свою роботу про кожну надану послугу або здійснену госпіталізацію.

Для розрахунку глобальної ставки враховуються тарифи, визначені цим наказом, або їх комбінація та прогнозний обсяг медичних послуг, що оплачуються за Програмою у відповідному бюджетному році. Розмір глобальної ставки ( $ГС_i$ ) розраховується за формулою:

$$ГС_i = \sum_{i=1}^n КС_i \times КП_i \times k_i + \sum_{i=1}^n СПВ_i \times Кпв_i \times k_i + \sum_{i=1}^n СМП_i \times Кмп_i \times k_i,$$

де:  $i$  - види медичних послуг;  $k_i$  - коефіцієнт, що відображає наявність медичної послуги за типом ставки, дорівнює одиниці, якщо медична послуга є або нулю - якщо немає.

5. П'ятий тип тарифу - **ставка за результатами виконання договорів про медичне обслуговування**. Це тип тарифу, який забезпечує найбільш стабільне фінансування закладів охорони здоров'я. Це тариф, який виплачується за досягнення закладом позитивних результатів, він дозволяє фінансово заохочувати заклади та команди медичних працівників досягати позитивних результатів в наданні послуг. Цей тип тарифу вимагає збору досить детальної інформації щодо надання медичних послуг, а також ретельного моніторингу. Його зазвичай використовують після того, як система почала працювати за новими методами оплати.

Ставка за результатами виконання договору ( $СД_i$ ) застосовується додатково до інших ставок для мотивації надавачів медичних послуг підвищувати якість та доступність медичного обслуговування



населення за договором та розраховується за формулою залежно від типу ставки:

$$CD_{1i} = KC_i \times v_i; CD_{2i} = СПВ_i \times v_i; CD_{3i} = СМП_i \times v_i,$$

$v^i$  - коефіцієнт, що відображає частину тарифу;  $i$  - види медичних послуг за типом ставки.

#### **Питання для самоконтролю.**

1. Особливості ціноутворення медичних послуг.
2. Різновиди цін на медичні послуги.
3. Механізм і принципи ціноутворення медичних послуг.
4. Складові елементи ціни медичної послуги.
5. Що таке програма медичних гарантій?
6. Що таке гарантований пакет медичних послуг?

# СИСТЕМА ОПЛАТИ ПРАЦІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ, ЇЇ ОСОБЛИВОСТІ.

## МОДЕЛІ МОТИВАЦІЇ ТА ОПЛАТИ ПРАЦІ

---

*Система оплати праці* — це визначений взаємозв'язок між показниками, що характеризують міру (норму) праці та міру її оплати в межах і понад норми праці, які гарантують одержання працівником заробітної плати відповідно до фактично досягнутих результатів праці (відносно норми), погодженої між працівником і роботодавцем ціною його робочої сили.

В Україні застосовують дві основні форми оплати праці: почасову та відрядну.

Почасову форму оплати праці застосовують у разі, коли як вимірник результатів праці використовують кількість відпрацьованого часу. Якщо вимірником результатів праці є кількість виготовленої продукції (виконаних робіт, наданих послуг), то застосовують відрядну форму оплати праці.

При впровадженні відрядної форми оплати праці визначаються такі системи: пряму відрядну; відрядно-преміальну; відрядно-прогресивну; непряму відрядну; акордну.

Згідно Закону України "Про оплату праці", *заробітна плата* (оплата праці) – це винагорода, обчислена, як правило, у грошовому виразі, яку за трудовим договором власник або уповноважений ним орган виплачує працівникові за виконану ним роботу.

Структура заробітної плати складається з наступних її видів:

- основна заробітна плата - винагорода за виконану роботу відповідно до встановлених норм праці (норми часу, виробітку, обслуговування, посадові обов'язки). Вона встановлюється у вигляді тарифних ставок (окладів) і відрядних розцінок для робітників та посадових окладів для службовців.

- додаткова заробітна плата - винагорода за працю понад установлені норми, за трудові успіхи та винахідливість і за особливі умови праці. Вона включає доплати, надбавки, гарантійні і компенсаційні виплати, передбачені чинним законодавством; премії, пов'язані з виконанням виробничих завдань і функцій.

- інші заохочувальні та компенсаційні виплати. До них належать виплати у формі винагород за підсумками роботи за рік, премії за спеціальними системами і положеннями, виплати в рамках грантів, компенсаційні та інші грошові і матеріальні виплати, які не передбачені актами чинного законодавства або які провадяться понад встановлені зазначеними актами норми.

У разі встановлення почасової форми оплати праці застосовують тарифну систему. Метою її застосування є формування та диференціація розмірів заробітної плати. При цьому роботи розподіляються залежно від їх складності, а працівники — залежно від їх кваліфікації та за розрядами тарифної сітки. Тарифна система включає тарифні сітки, тарифні ставки, схеми посадових окладів і тарифно-кваліфікаційні характеристики (довідники).

За нинішніх умов стандартного рівня оплати праці медпрацівників не існує. Визначення окладів на сьогодні залежить від організаційно-правової форми самих медичних закладів:

- Заклади охорони здоров'я, які залишилися бюджетними, – використовують системи тарифних розрядів з єдиної тарифної сітки (ЄТС). Також це стосується медиків, які працюють не в медзакладі, а у бюджетних організаціях, наприклад медсестри в школах, закладах вищої освіти і т.д.

- Заклади охорони здоров'я, які були реорганізовані в комунальні некомерційні підприємства (КНП) – визначають систему оплати праці самостійно. Однак при цьому можуть орієнтуватися й на ЄТС, а також на умови оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення.

Тарифна система оплати праці включає: тарифні сітки, тарифні ставки, схеми посадових окладів і професійні стандарти (кваліфікаційні характеристики).

Тарифна система оплати праці використовується при розподілі робіт залежно від їх складності, а працівників - залежно від кваліфікації та за розрядами тарифної сітки. Вона є основою для формування та диференціації розмірів заробітної плати.

**Тарифна сітка** — це сукупність кваліфікаційних розрядів і відповідних їм тарифних коефіцієнтів, за якими визначається розмір тарифних ставок оплати праці працівників залежно від їх кваліфікації та складності виконуваних робіт.

*Схема посадових окладів (тарифних ставок) працівників установ, закладів та організацій, що фінансуються з бюджету, формується на основі:*

- мінімального розміру посадового окладу (тарифної ставки), встановленого КМУ;
- міжпосадових (міжкваліфікаційних) співвідношень розмірів посадових окладів (тарифних ставок) і тарифних коефіцієнтів.

Віднесення виконуваних робіт до певних тарифних розрядів і присвоєння кваліфікаційних розрядів робітникам провадиться роботодавцем згідно з професійними стандартами (кваліфікаційними характеристиками) за погодженням із виборним органом первинної профспілкової організації (профспілковим представником).

Вимоги до кваліфікаційних та спеціальних знань працівників, їх завдання, обов'язки та спеціалізація визначаються професійними стандартами або кваліфікаційними характеристиками професій працівників. Порядок розроблення та затвердження професійних стандартів визначається КМУ.

Посадові оклади (тарифні ставки) за розрядами Єдиної тарифної сітки визначаються шляхом множення окладу (ставки) працівника 1 тарифного розряду на відповідний тарифний коефіцієнт.

Але, законодавець встановлює поняття мінімальної заробітної плати, таким чином захищаючи права працюючого населення, що є державною соціальною гарантією, обов'язковою на всій території України для підприємств усіх форм власності і господарювання та

фізичних осіб, які використовують працю найманих працівників, за будь-якою системою оплати праці.

*Мінімальна заробітна плата* - це встановлений законом мінімальний розмір оплати праці за виконану працівником місячну (годинну) норму праці. Мінімальна заробітна плата встановлюється одночасно в місячному та погодинному розмірах. Тобто, розмір заробітної плати працівника за повністю виконану місячну (годинну) норму праці не може бути нижчим за розмір мінімальної заробітної плати.

Мінімальний посадовий оклад (тарифна ставка) встановлюється у розмірі, не меншому за прожитковий мінімум, встановлений для працездатних осіб на 1 січня календарного року.

Система (модель) оплати праці у медзакладі має бути описана та затверджена внутрішнім документом – *колективним договором*.

Для реорганізованих ЗОЗ-КНП МОЗ України створено «Методичні рекомендації та роз'яснення з питань укладення колективних договорів комунальних некомерційних підприємств», в яких детально розглядаються різні моделі оплати праці та мотивації медичних працівників.

Належність працівника до тарифного розряду визначається «Схемою тарифних розрядів посад керівних, наукових, науково-педагогічних, педагогічних працівників, професіоналів, фахівців та інших працівників бюджетних установ, закладів та організацій» (див додаток)

Коллективним договором, а якщо договір не укладався - актом роботодавця, виданим після погодження з виборним органом первинної профспілкової організації (профспілковим представником), а в разі відсутності первинної профспілкової організації - з вільно обраними та уповноваженими представниками (представником) працівників, можуть встановлюватися інші системи оплати праці.

**Оплата праці в закладах охорони здоров'я, що є комунальними некомерційними підприємствами.**

Перетворення ЗОЗ у 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.

Для комунального некомерційного підприємства на перший план виходить необхідність ухвалення **колективного договору**, у якому мають бути визначені форми і системи оплати праці, норми праці, розцінки, умови запровадження та розміри надбавок, доплат, премій, винагород та інших заохочувальних, компенсаційних і гарантійних виплат. Ці умови встановлюються підприємствами з дотриманням норм і гарантій, передбачених законодавством, генеральною, галузевими (міжгалузевими) і територіальними угодами. У випадку, коли колективний договір на підприємстві не укладено, роботодавець зобов'язаний погодити ці питання з виборним органом первинної профспілкової організації

(профспілковим представником), що представляє інтереси більшості працівників, а у разі його відсутності – з іншим уповноваженим на представництво органом.

Теорія економіки персоналу та численні дослідження свідчать про те, що продумана система оплати праці працівника зазвичай має більш істотний вплив на його трудову поведінку, ніж просте (необумовлене) підвищення розміру посадового окладу. Саме тому сьогодні в більшості країн світу намагаються будувати досить складні схеми оплати праці медичного персоналу, які фактично зводяться до реалізації у сфері охорони здоров'я принципу PFP (pay-for-performance – *«плата за результат»*), що застосовується в бізнесі. Плата за результат полягає у врахуванні якісних та кількісних показників діяльності конкретного працівника під час визначення розміру його заробітної плати.

Залежно від ступеня впровадження принципу PFP можна виділити такі моделі оплати праці медичного персоналу:

**Модель «100% зарплата»**, відповідно до якої лікар отримує заздалегідь узгоджену та фіксовану заробітну плату. Ця модель є простою в адмініструванні та підходить для оплати праці нових медичних працівників або персоналу з невеликим досвідом роботи. Проте вона не стимулює інших медичних працівників до продуктивної роботи.

**Модель «Заробітна плата плюс бонуси»** полягає у встановленні працівнику базового окладу, який за результатами діяльності та з урахуванням особистої продуктивності може доповнюватися додатковими виплатами у вигляді бонусів. Ця модель заохочує



працівника виконувати свої трудові обов'язки таким чином, щоб отримати додаткові виплати. Бонуси, у свою чергу, можуть бути прив'язані до різних індикаторів, таких як задоволеність пацієнтів, якість роботи працівника, його продуктивність або комбінація переліченого.

**Модель рівних часток** передбачає розподіл частини прибутку закладу охорони здоров'я порівну між працівниками, які надають медичну допомогу. Розподіл коштів формує їхню зацікавленість у підвищенні рентабельності всього закладу, зменшенні розміру видатків. Однак така модель нівелює особисті досягнення працівника (попередній досвід, набуті навички, якість виконання трудових обов'язків тощо).

**Модель продуктивності** усуває недолік попередньої моделі шляхом прив'язки розміру заробітної плати працівника до відсотка від надходжень, які він приносить. При цьому з надходжень попередньо вираховуються кошти, які спрямовуються на покриття витрат, пов'язаних із утриманням закладу.

Також важливо, щоб критерії для визначення розміру заробітної плати працівників не містили дискримінаційних умов.

Для визначення моделі оплати праці персоналу, яка буде найбільш ефективною в конкретному медичному закладі, необхідно насамперед визначити розмір фонду оплати праці, тобто встановити, скільки саме коштів заклад зможе виділити на оплату праці своїх працівників.

## **Визначення розміру фонду оплати праці (ФОП).**

Визначення розміру фонду оплати праці являє собою підготовчий етап перед початком погодження умов колективного договору та положення про преміювання працівників, адже керівник закладу має розуміти його межі.

Кожне підприємство має власні витрати на ті чи інші потреби (комунальні послуги, оренда приміщення, заробітна плата працівників тощо), у зв'язку з чим доцільно навести примірні показники, за якими загальний бюджет підприємства може поділятися на декілька фондів, у тому числі на фонд оплати праці:

- 20–25% коштів можна виділити на посадові оклади медичних працівників підприємства;
- 18% коштів – на оплату праці адміністративно-господарського персоналу (посадові оклади, доплати, надбавки, інші заохочувальні виплати та преміювання);
- 22–25% коштів – на преміювання працівників підприємства;
- 20% коштів – на оплату комунальних послуг, оренду приміщень (до 2022 року ці виплати здійснюються за рахунок місцевих бюджетів), амортизацію обладнання, витратні матеріали тощо;
- 8–10% – резервний фонд;
- не менше ніж 0,5% від ФОП за попередній рік – на фінансування витрат на охорону праці відповідно до частини 3 статті 19 Закону України «Про охорону праці» та 0,3% від ФОП – на культурно-масову, фізкультурну і оздоровчу роботу відповідно до статті 44 Закону України «Про професійні спілки, їх права та гарантії діяльності» (за наявності на підприємстві профспілкової організації).

Таким чином, у підсумку на виплату заробітних плат підприємство витратить 60–68% від свого загального бюджету.

Наведений приклад розподілу бюджету є орієнтовним і залежить від видаткової та дохідної частин підприємства.

Нині обсяг коштів на оплату праці персоналу медичного закладу переважно становить до 80% у загальній структурі витрат закладу, а тому актуальним залишається питання порядку зміни системи оплати праці в реорганізованому закладі. У кожному закладі охорони здоров'я може бути своя система мотивації медичних працівників залежно від виду медичної допомоги, що він надає, та від мети, якої заклад має досягти.

### **Способи мотивації працівників**

*Мотивація персоналу — це створення сприятливих умов і стимулів, які спонукають співробітників працювати з більшою самовіддачею, з націленістю на якість і результат.*

Працівників закладів охорони здоров'я можна мотивувати до ефективного надання медичної допомоги як фінансовими інструментами, так і нефінансовими засобами. Який саме спосіб мотивації або їх комбінація будуть найбільш дієвими на конкретному підприємстві, вирішує адміністрація закладу охорони здоров'я з урахуванням попереднього досвіду роботи, якісного складу персоналу, фінансових можливостей та середньострокових цілей розвитку закладу.

До *нефінансової мотивації та стимулювання* можна віднести:

- налагодження ефективного діалогу між керівництвом і персоналом;
- виокремлення участі кожного працівника в досягненні мети діяльності закладу та важливості внеску кожного;
- відзначення якісно виконаної роботи;
- визначення підходів до мотивації та стимулювання на основі нових методів моніторингу роботи персоналу;
- забезпечення навчання та професійного розвитку персоналу;
- фінансування участі в конференціях, у тому числі міжнародних;
- безкоштовне забезпечення питною водою та інше;
- забезпечення зворотного зв'язку тощо.

Конкретні підходи, системи, способи мотивації працівників доцільно викласти в колективному договорі.

**Моделі фінансової мотивації працівників закладів охорони здоров'я, що діють у формі КНП і є надавачами первинної медичної допомоги.**

Мотивація працівників КНП, які надають первинну медичну допомогу, може здійснюватися за різними моделями за вибором ЗОЗ. Обрана модель закріплюється в колективному договорі.

Як приклад наведено модель, рекомендовану Профспілкою працівників охорони здоров'я України.

***Необхідні нормативні документи для реалізації моделі:***

- колективний договір;
- наказ керівника про встановлення та виплату надбавки за обсяг медичних послуг.

У колективному договорі КНП відтворюються норми «Умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ

соціального захисту населення», затверджені спільним наказом Мінпраці та МОЗ України від 05.10.2005 № 308/519, які застосовувалися в закладі до реорганізації в КНП, що забезпечує надання первинної медичної допомоги, та додатково наказом керівника, погодженим з профспілковим комітетом, затверджується «Порядок встановлення надбавки за обсяг медичних послуг за деклараціями про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу».

Цей варіант доцільно використовувати на перехідний період, наприклад, до розрахунку середньооблікового доходу та витрат закладу охорони здоров'я після укладення договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, визначення оптимальної кількості персоналу тощо.

Порядок встановлення надбавки за обсяг медичних послуг визначає механізм та розмір встановлення надбавки за обсяг медичних послуг за деклараціями про вибір лікарів, які надають первинну медичну допомогу, а саме:

- лікарям загальної практики – сімейним лікарям;
- лікарям-педіатрам;
- лікарям-терапевтам;
- молодшим спеціалістам з медичною освітою, які працюють під керівництвом лікарів, які надають первинну медичну допомогу.

Надбавка належить до інших заохочувальних та компенсаційних виплат, які виплачуються щомісяця.

Розмір зазначеної надбавки *для лікарів* обчислюється за такою формулою:

$$H_0 = 15000 / ОКП \times (КДу - ГЗП)$$

де:  $H_0$  – надбавка за обсяг медичних послуг за деклараціями лікарям;

15 000 – очікувана заробітна плата за місяць без нарахувань за умови укладання 100% декларацій, з розрахунку 250% середньої заробітної плати в Україні за липень року, що передує року, в якому застосовується тариф (відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»);

ОКП – оптимальна кількість пацієнтів (для терапевта – 2 000, для сімейного лікаря – 1 800, для педіатра – 900);

КДу – кількість декларацій, укладених станом на проміжок часу, за який нараховується надбавка;

ГЗП – гарантований розмір заробітної плати, розрахований відповідно до постанови КМУ від 30.08.2002 № 1298 та спільного наказу Мінпраці та МОЗ від 05.10.2005 № 308/519) без урахування надбавки.

$$ГЗП = ОКП \times 30 / 100$$

У разі укладання лікарем до 30% (для терапевта – 600, для сімейного лікаря – 540, для педіатра – 270) включно декларацій, виплачується тільки гарантований розмір заробітної плати без застосування надбавки.

Розмір зазначеної надбавки *для медичних сестер* обчислюється за такою формулою:

$$H_0 = 9000 / ОКП \times (КДу - ГЗП)$$

де:  $H_0$  – надбавка за обсяг медичних послуг за деклараціями лікарям;

9 000 – очікувана заробітна плата за місяць без нарахувань за умови укладання 100% декларацій, з розрахунку 60 відсотків від заробітної плати лікаря;

**ОКП** – оптимальна кількість пацієнтів (для терапевта – 2 000, для сімейного лікаря – 1 800, для педіатра – 900);

**КДу** – кількість декларацій, укладених лікарем, з яким працює медсестра, станом на проміжок часу, за який нараховується надбавка;

**ГЗП** – гарантований розмір заробітної плати, розрахований відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 30.08.2002 № 1298 та спільного наказу Мінпраці та МОЗ від 05.10.2005 № 308/519 без урахування надбавки. Обчислюється за формулою (2).

У разі укладання лікарем, з яким працює медсестра, до 30% (для терапевта – 600, для сімейного лікаря – 540, для педіатра – 270) включно декларацій виплачується тільки гарантований розмір заробітної плати без застосування надбавки.

Завідувачам і старшим медичним сестрам амбулаторій, у яких укладено більше 30% декларацій, надбавка за обсяг медичних послуг виплачується за наказом директора.

Керівникові закладу, де надається первинна медична допомога, надбавка за обсяг медичних послуг за деклараціями виплачується за погодженням з організацією вищого рівня.

Розмір надбавки змінюється та обчислюється щомісяця залежно від результатів роботи за попередній місяць.

Зазначена надбавка не належить до заходів заохочення у розумінні частини 3 статті 151 КЗпП України.

**Моделі фінансової мотивації працівників закладів охорони здоров'я, що діють у формі КНП і є надавачами вторинної медичної допомоги.**

Система оплати праці працівників закладів, де надається вторинна медична допомога (ВМД), відрізняється залежно від умов надання такої допомоги. Зокрема, може надаватися в амбулаторних і стаціонарних умовах.

Відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», оплату медичних послуг ВМД, яка надається в амбулаторних умовах, може здійснювати НСЗУ за *глобальною ставкою або ставкою на медичну послугу*. Оплата буде здійснюватися за відповідний звітний період у порядку, встановленому договором, укладеним між надавачем ВМД і НСЗУ.

Відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», оплата медичних послуг закладів охорони здоров'я, де надаються медичні послуги стаціонарної допомоги, може здійснюватися як сума *глобальних ставок; добутку кількості пролікованих випадків, ставки на пролікований випадок, запланованого середнього індексу структури випадків та коефіцієнта рівня стаціонару*.

Як і при амбулаторній допомозі, виплата коштів буде здійснюватися ретроспективно на підставі поданої звітності про кількість пролікованих випадків.

Механізми фінансового стимулювання працівників, що надають ВМД, можна розглянути окремо для амбулаторних і для стаціонарних умов, проте, з урахуванням наведеної системи



фінансування закладів охорони здоров'я, які забезпечують надання ВМД в амбулаторних та стаціонарних умовах, Профспілкою працівників охорони здоров'я України рекомендовано таку модель фінансового стимулювання їхніх працівників.

До нормативних документів, які необхідні для реалізації моделі слід віднести колективний договір (з додатками).

В колективному договорі зазначається про встановлення наступного:

- розміру базового посадового окладу (тарифної ставки) працівника першого тарифного розряду за повністю виконану місячну норму часу на рівні мінімальної заробітної плати, визначеної законом України про Державний бюджет України на відповідний рік.
- розмірів підвищень, доплат, надбавок, премій, матеріальної допомоги, допомоги на оздоровлення, матеріальної допомоги для вирішення соціально-побутових питань на рівні не нижчому, ніж визначено чинним законодавством.

Крім того, з метою оптимальної диференціації рівня заробітної плати в колективному договорі встановлюються такі конкретні умови оплати праці:

*1. Підвищення посадових окладів передбачено за окремі види діяльності:*

– за керівництво структурним підрозділом – завідувачам структурних підрозділів – лікарям, керівникам з числа фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою (старшим сестрам медичним, фельдшерам тощо);

- *за старшинство* – фахівцям з базовою та неповною вищою медичною освітою (старшим сестрам медичним, фельдшерам тощо);
- *за оперативне втручання*;
- *за наявність кваліфікаційної категорії* – керівникам закладу, зокрема медичному директору, та їхнім заступникам з числа лікарів і провізорів, керівникам з числа фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою та головним сестрам медичним (головним фельдшерам);
- *за керування санітарним транспортом* – водіям на 20%;
- *у зв'язку зі шкідливими і важкими умовами праці* – на 15–60% посадового окладу (тарифної ставки);
- *за роботу з вірусом імунодефіциту людини* – на 60% посадового окладу (тарифної ставки);
- лікарям, фахівцям з базовою та неповною вищою медичною освітою і Професіоналам з вищою немедичною освітою та науковим працівникам, що допущені до медичної діяльності, молодшим медичним сестрам спеціалізованих закладів охорони здоров'я та структурних підрозділів закладів охорони здоров'я, які здійснюють діагностику туберкульозу і надають лікувально-профілактичну допомогу хворим на заразну форму туберкульозу – на 60% у зв'язку зі шкідливими і важкими умовами праці та надбавку за тривалість безперервної роботи у розмірі до 60% посадового окладу залежно від стажу роботи на відповідній посаді у зазначених закладах; лікувально-профілактичну допомогу хворим на активну форму туберкульозу – на 30% у зв'язку зі шкідливими і важкими умовами праці та надбавку за тривалість безперервної роботи у розмірі до

40% посадового окладу залежно від стажу роботи на відповідній посаді в зазначених закладах та в інших випадках.

2. *Виплата доплат передбачається в наступних випадках:*

- за суміщення професій (посад), виконання обов'язків тимчасово відсутнього працівника, 50% посадового окладу за основною посадою включно;

– за роботу у вечірній час – у розмірі 20-годинної тарифної ставки (окладу, посадового окладу) за кожну годину роботи в такий час. Вечірнім вважати час з 18 до 22 години;

– за роботу в нічний час – у розмірі 35% посадового окладу. Нічним вважати час з 10 години вечора до 6 години ранку;

– за роботу в нічний час – у розмірі 50% посадового окладу тим, хто надає екстрену медичну допомогу, за кожну годину роботи в нічний час. Нічним вважати час з 10 години вечора до 6 години ранку;

– працівникам, які мають науковий ступінь: доктора наук – 25% до посадового окладу; кандидата наук – 15% до посадового окладу;

– для водіїв легкових та санітарних автомобілів, автомобілів невідкладної медичної допомоги, яким установлено ненормований робочий день, – 25% посадового окладу за відпрацьований час;

– працівникам, зайнятим на роботах зі шкідливими і важкими умовами праці, за результатами атестації робочих місць – до 12% посадового окладу;

– працівникам, які використовують у роботі дезінфікуючі засоби, а також які зайняті прибиранням туалетів, – 10% посадового окладу;

3. *Виплата надбавок передбачається:*

- за вислугу років лікарям, фахівцям з базовою та неповною вищою медичною освітою і професіоналам з вищою немедичною освітою залежно від стажу роботи (у тому числі з урахуванням періоду роботи в закладах охорони здоров'я до їх реорганізації) у розмірі:
  - ✓ 10% в посадового окладу – при стажі роботи понад 3 роки;
  - ✓ 20% посадового окладу – при стажі роботи понад 10 років;
  - ✓ 30% посадового окладу – при стажі роботи понад 20 років;
- за тривалість безперервної роботи – 10–80% окладу;
- за почесне звання «заслужений» – 20% посадового окладу, «народний» – 40% посадового окладу;
- за знання та використання в роботі іноземної мови: однієї – 10%, двох і більше мов – 25% посадового окладу;
- за високі досягнення у праці, виконання особливо важливої роботи (на строк її виконання); складність, напруженість у роботі – 50% окладу;
- за професійну майстерність робітникам VI і вище розрядів – у відсотках до посадового окладу: III розряду – 12%, IV розряду – 16%, V розряду – 20%, VI і вищих розрядів – 24%;
- водіям легкових автомобілів за класність, за фактично відпрацьований час: водіям II класу – 10%, водіям I класу – 25%;
- лікарям, фахівцям з базовою та неповною вищою медичною освітою системи екстреної медичної допомоги:
  - ✓ за особливий характер праці – у розмірі 20% посадового окладу (з підвищеннями);
  - ✓ за особливі умови праці – у розмірі 20% посадового окладу (з підвищеннями). (див Додаток)

*До інших виплат відносяться* допомога на оздоровлення – у розмірі посадового окладу під час надання основної щорічної відпустки; щорічна матеріальна допомога для вирішення соціально-побутових питань – у розмірі до одного посадового окладу (ставки заробітної плати) на рік.

Положення про надання працівникам зазначених видів матеріальної допомоги є додатками до колективного договору. Також, додатками до колективного договору затверджуються схема посадових окладів та схема тарифних розрядів (див. Додатки)

### **Нарахування на заробітну плату.**

Перш ніж виплатити працівникові за його роботу винагороду, бухгалтеру необхідно утримати та сплатити так звані відрахування із заробітної плати. Це податок на доходи фізичних осіб (18%), військовий збір (1,5%) та інші обов'язкові платежі, наприклад, аліменти, борги за виконавчими листами тощо.

До нарахувань на зарплату належить обов'язковий платіж (внесок), який сплачує роботодавець і належить до витрат роботодавця. Прикладом нарахування є єдиний соціальний внесок (ЕСВ). Джерелом його нарахування є витрати установи, а не нарахована зарплата працівника.

Відрахування із заробітної плати — це платежі, які здійснюються за рахунок зарплати працівника. Це означає, що зарплату працівникові вже нараховано, а потім замість виплати її у повному розмірі з неї спочатку забирають частину. Роботодавець зобов'язаний утримати із заробітної плати працівника:

**Єдиний внесок на загальнообов'язкове державне соціальне страхування** - консолідований страховий внесок, збір якого здійснюється до системи загальнообов'язкового державного соціального страхування в обов'язковому порядку та на регулярній основі з метою забезпечення захисту у випадках, передбачених законодавством, прав застрахованих осіб на отримання страхових виплат (послуг) за діючими видами загальнообов'язкового державного соціального страхування (соціальні гарантії на випадок безробіття, нещасних випадків чи професійних захворювань, пенсійне забезпечення та інші виплати).

Єдиний соціальний внесок замінив собою чотири раніше існуючі обов'язкові державні соціальні збори: пенсійний, "безробіття", соцстрах (лікарняні), "нещасний випадок". Ставки ЄСВ диференціювалися залежно від виду платника, і навіть залежно від класів професійного ризику виду діяльності. На сьогодні мінімальна ставка ЄСВ – 22%.

Однак, якщо робітник має право на податкову соціальну пільгу (ПСП) то формула розрахунку зменшується. ПСП встановлюється у розмірі, що дорівнює 50% розміру прожиткового мінімуму для працездатної особи (у розрахунку на місяць), встановленому законом на 01 січня звітного податкового року.

#### **Питання для самоконтролю.**

1. Організаційно-правові форми закладів охорони здоров'я.
2. Методи мотивації працівників.
3. Що називають фондом заробітної плати.
4. Що містить поняття єдиний соціальний внесок?
5. Штатний розпис закладу охорони здоров'я.
6. Що таке Єдина тарифна сітка?
7. Що таке схема посадових окладів?
8. Види надбавок та доплат медичним працівникам.

## ДОДАТКИ

### Додаток

**Схема тарифних розрядів та посадових окладів посад працівників закладів охорони здоров'я, що надають вторинну медичну допомогу, за пропозицією Профспілки працівників охорони здоров'я України**

Тарифний розряд	Тарифний коефіцієнт	Посадовий оклад, грн*
1	1,00	6 500
2	1,10	7 150
3	1,21	7 865
4	1,33	8 645
5	1,46	9 490
6	1,61	10 465
7	1,77	11 505
8	1,95	12 675
9	2,14	13 910
10	2,36	15 340
11	2,59	16 835
12	2,85	18 525
13	3,14	20 410
14	3,45	22 425
15	3,80	24 700
16	4,18	27 170
17	4,59	29 835
18	5,05	32 825

\* Розмір базового посадового окладу (тарифної ставки) працівника першого тарифного розряду за повністю виконану місячну норму часу встановлено на рівні мінімальної заробітної плати, визначеної Законом про Державний бюджет України на відповідний рік».

**Схема тарифних розрядів посад керівних працівників,  
професіоналів, фахівців та інших працівників ЗОЗ**

Керівні працівники	
Керівники (головний лікар, директор, начальник, завідувач) закладів	14–18
Завідувачі відділень	11–15
Головна медична сестра	10–12
Начальник планово-економічного відділу; головні фахівці закладів	10–12
Начальники (завідувачі) відділів, служб та інших підрозділів	10–11
Професіонали та фахівці	
Лікар-хірург і лікар-ендоскопіст, який здійснює оперативне втручання; лікар-анестезіолог (лікар загальної практики – сімейний лікар – за наявності).	11–14
Лікар-хірург-інтерн	10
Лікарі інших спеціальностей, провізор, лікар-інтерн, провізор-інтерн, лікар-стажист	9–13
Професіонали та фахівці, зайняті на роботах з рентгенівською, радіологічною, радіаційною, радіометричною, дозиметричною, радіохімічною, лазерною, плазмовою, компресійною, вакуумною, електронною, телеметричною, ультразвуковою апаратурою, приладами, обладнанням, препаратами	6–11
Фахівці з базовою вищою та неповною вищою медичною і фармацевтичною освітою; фахівці з вищою немедичною освітою	6–12
Інші працівники	
Молодший медичний персонал, допоміжний персонал аптечних закладів.	3–4



**Т А Б Л И Ц Я**  
**посадових окладів (тарифних ставок) працівників бюджетної сфери,**  
**оплата праці яких здійснюється за Єдиною тарифною сіткою, на грудень**  
**2021 р. та 2022 р.**

Розряди	Коефіцієнт підвищення окладу	Оклад (тарифна ставка) згідно розряду (грн.)		
		з 1.12 по 31.12.21 р.	з 1.01 до 30.09.22 р.	з 1.10 до 31.12.22 р.
1	1,00	2893	2893	2982
2	1,09	3153	3153	3250
3	1,18	3414	3414	3519
4	1,27	3674	3674	3787
5	1,36	3934	3934	4056
6	1,45	4195	4195	4324
7	1,54	4455	4456	4592
8	1,64	4745	4745	4890
9	1,73	5005	5005	5159
10	1,82	5265	5265	5427
11	1,97	5699	5699	5875
12	2,12	6133	6133	6322
13	2,27	6567	6567	6769
14	2,42	7001	7001	7216
15	2,58	7464	7464	7694
16	2,79	8071	8071	8320
17	3,00	8679	8679	8946
18	3,21	9287	9287	9572
19	3,42	9894	9894	10198
20	3,64	10531	10531	10854
21	3,85	11138	11138	11481
22	4,06	11746	11746	12107
23	4,27	12353	12353	12733
24	4,36	12613	12613	13002
25	4,51	13047	13047	13449

## Схема тарифних розрядів посад працівників галузі охорони здоров'я

III. Охорона здоров'я	
Керівні працівники	Розряд
Керівники (головний лікар, директор, начальник, завідувач) закладів охорони здоров'я, баз та складів спеціального медичного постачання	12-18
Директор (начальник) будинку відпочинку (творчості), пансіонату, бази, профілакторію	9-13
Завідувач аптечного закладу	10-13
Завідувач аптеки лікувально-профілактичного закладу, головна медична сестра	9-12
Завідувачі відділів з основної діяльності аптечних закладів	8-12
Начальник планово-економічного відділу; головні фахівці ЗОЗ, аптечних установ	8-12
Начальники (завідувачі) відділів, служб та інших підрозділів; завідувач аптечного пункту (кіоску)	7-11
Професіонали та фахівці	
Лікар-хірург і лікар-ендоскопіст, який здійснює оперативне втручання; лікар-анестезіолог, лікар загальної практики - сімейний лікар	10-14
Лікарі інших спеціальностей, провізор, лікар-інтерн, провізор-інтерн, лікар-стажист	9-13
Професіонали та фахівці, зайняті на роботах з рентгенівською, радіологічною, радіаційною, радіометричною, дозиметричною, радіохімічною, лазерною, плазмовою, компресійною, вакуумною, електронною, телеметричною, ультразвуковою апаратурою, приладами, обладнанням, препаратами	6-11
Фахівці з базовою вищою та неповною вищою медичною і фармацевтичною освітою	6-10
Інші працівники	
Молодший медичний персонал, допоміжний персонал аптечних закладів, продавець оптики, дезінфектор	3-4

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Впровадження системи управління якістю у лікувальнопрофілактичних організаціях ISO 9001:2015 : навчальний посібник /В. В. Касянчук, О. М. Бергілевич, О. І. Сміянова ; за ред. проф. В. А. Сміянова. – Суми: Сумський державний університет, 2019. – 246 с.
2. Закон України Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
3. Закон України Основи законодавства України про охорону здоров'я. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
4. Постанова Кабінету Міністрів України від 30.08.2002 р. № 128. Про оплату праці працівників на основі Єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери.
5. Постанова Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 №1074 Деякі питання створення госпітальних округів
6. Постанова Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 р. № 1138 «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах».
7. Наказ Міністерства праці та соціальної політики України та 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»
8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 № 504 "Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги"
9. Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 503 "Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу".
10. Наказ МОЗ України від 28.02.2020 № 586 "Про затвердження Порядку направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я та фізичних осіб - підприємців, які в установленому законом порядку одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та надають медичну допомогу відповідного виду».
11. Наказ МОЗ України від 28.02.2020 № 586 «Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу.

12. Наказ МОЗ України від 01.06.2021 № 1066 "Деякі питання формування медичних висновків про тимчасову непрацездатність та проведення їхньої перевірки".
13. Наказ МОЗ України від 19.12.2019 № 2559 «Про затвердження Методики розрахунку тарифів». Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1270-19#Text>
14. Методичні рекомендації та роз'яснення з питань укладення колективних договорів комунальних некомерційних підприємств. Режим доступу: [http://healthreform.in.ua/wp-content/uploads/2020/03/B\\_Coll\\_Dogovor\\_UA\\_v105-1.pdf](http://healthreform.in.ua/wp-content/uploads/2020/03/B_Coll_Dogovor_UA_v105-1.pdf)
15. Програма медичних гарантій: впровадження в Україні. Режим доступу: [https://moz.gov.ua/uploads/0/3798-programa\\_medicnih\\_garantij\\_vprovadzenna\\_v\\_ukraini.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/0/3798-programa_medicnih_garantij_vprovadzenna_v_ukraini.pdf)
16. Пакети медичний послуг. Зміст та підхід до контрастування закладів охорони здоров'я від 7.02.2020. Режим доступу: [https://nszu.gov.ua/storage/editor/files/paketi-medichnikh-poslug-07022020\\_1581100466.pdf?\\_\\_cf\\_chl\\_jschl\\_tk\\_\\_=ubCeHEzzuljpv5VfV2UrlsgbHLB2v\\_dxNG7W2I6xx5o-1639906540-0-gaNycGzNFtE](https://nszu.gov.ua/storage/editor/files/paketi-medichnikh-poslug-07022020_1581100466.pdf?__cf_chl_jschl_tk__=ubCeHEzzuljpv5VfV2UrlsgbHLB2v_dxNG7W2I6xx5o-1639906540-0-gaNycGzNFtE)
17. Шапоренко О. І. Ціноутворення медичних послуг як об'єкт державного регулювання охорони здоров'я. Вчені записки Університету «КРОК». – 2016. – Випуск 44. С. 47-52
18. Національна служба здоров'я України. Бюджет Програми медичних гарантій-2022. Режим доступу: <https://nszu.gov.ua/novini/byudzhet-programi-medichnih-garantij-2022-na-338-milyarda-bi-684>
19. Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства оновлена версія. МОЗ України. Режим доступу: [https://moz.gov.ua/uploads/0/3555-moz\\_metod\\_recomendations\\_autonomization\\_2018\\_ua\\_final\\_web.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/0/3555-moz_metod_recomendations_autonomization_2018_ua_final_web.pdf)
20. Операційне керівництво «Як організувати систему надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні». Київ, 2018. Електронний ресурс. Режим доступу: [https://moz.gov.ua/uploads/0/4992-phc\\_operational\\_manual\\_apr\\_2018\\_fin\\_web1.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/0/4992-phc_operational_manual_apr_2018_fin_web1.pdf)