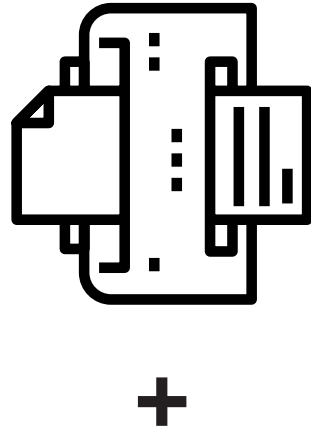
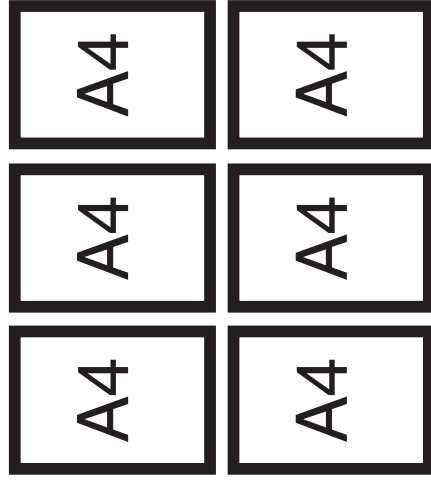


Інструкція

Національна стіннівка

Будь ласка, роздрукуйте стіннівку на звичайному принтері та повісьте в місці, де збираються медики вашого закладу.

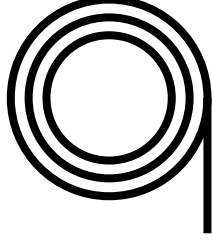


+

+



+

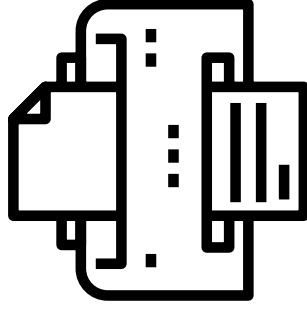


Листівка для пацієнтів

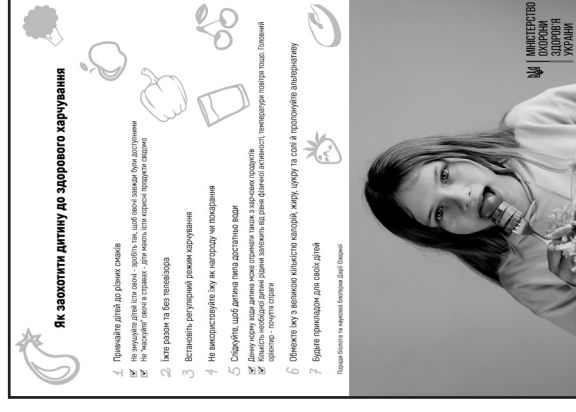
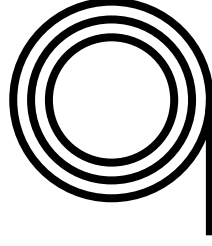
Рекомендуємо розмістити біля кабінетів терапевтів, сімейних лікарів та педіатрів.



+



+



Лідери за кількістю закладів, що співпрацюють з НСЗУ

↘ Харківська область — 55%

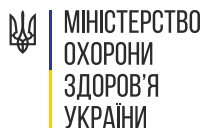
↘ Хмельницька область — 43%

↘ Сумська область — 40%

↘ Львівська область — 44%

↘ Вінницька область — 42%

НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА СТИННІВКА



ДАЙДЖЕСТ



ЗМІН В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

MOZ.GOV.UA

ЩОМІСЯЦЯ У КОЖНІЙ ОРДИНАТОРСЬКІЙ

FB.COM/MOZ.UKR

№ 10, ВЕРЕСЕНЬ 2018

Із утриманців — в управлінці. Як має змінитися головний лікар?

Національна служба здоров'я протягом двох місяців уже перерахувала за договорами на рахунки медичних закладів первинної допомоги понад 500 мільйонів гривень. Більшість закладів отримали значно більше, аніж за програмою медичних субвенцій. І, як виявилось, не всі головні лікарі розуміють, що їм робити у статусі керівників комунальних некомерційних підприємств із доходом, який їхні підприємства почали отримувати від НСЗУ.

І ось до нас у Національну службу здоров'я почали надходити найрізноманітніші запитання від головних лікарів. Чи можна найняти більше медсестер? А кочегара? Чи можна зробити ремонт сходів? Що краще: витратити гроші на комп'ютери чи обладнати реєстратуру? Як і кому звітувати про використання цих грошей?

Керівники медичних закладів загалом чекають інструкцій та вказівок від Національної служби. І це зрозуміло:

роками система не просто диктувала умови та правила, а й карала ініціативність та підприємливість. Бюджетні гроші треба було «вибити» чи «випросити», а потім «освоїти». Рішення про ставки персоналу, про ремонт дверей, про закупівлю обладнання приймалися не у стінах закладів, а десь у кабінетах можновладців та в нормативних документах.

Тепер система працює за новими правилами. Умовою входження закладу охорони здоров'я у програму державних гарантій медичного обслуговування населення та підписання договору з Національною службою є автономізація закладу. Бюджетні установи перетворюються на підприємства. А підприємства не утримуються, а отримують дохід за виконаний обсяг роботи, тобто заробляють. Головний лікар здобув автономію, а отже — значно більше повноважень та відповідальності. Нова система потребує нових компетенцій. Ані вказівок, ані чітких інструкцій більше не буде.



Олег Петренко, голова Національної служби здоров'я України

Держава вже не «фінансує заклади». Медичний заклад надає послуги, а оплачує їх НСЗУ. Заробленими коштами грамотно і самостійно розпоряджаються на користь підприємства, його працівників та власників, врешті-решт — на користь пацієнта, який вільно обрав лікаря і заклад та підписав декларацію. На відміну від бюджетних коштів, які просто «освоюють».

І це головне, що повинно змінитися в роботі головного лікаря. З бюджетного утриманця він стає управлінцем (менеджером): організовує роботу закладу, керує всіма процесами, думає, як зменшити витрати, куди спрямувати кошти, що купити і кому підвищити зарплату чи кого преміювати. Звичайно, власником медичного закладу залишається місцева громада, а керівник закладу їй підзвітний.

Але він самостійно розподіляє та витрачає кошти, отримані за надання медичних послуг населенню. Це тепер його відповідальність.

Ефективні управлінці серед головних лікарів ЦПМСД є. Хтось оптимізує штатний розпис, скасовує посади завідувачів амбулаторій, а вивільнені кошти спрямовує на зарплати

лікарям «первинки», адже саме вони є головним джерелом доходу для закладу. Інші керівники вже почали накопичувати гроші, розміщувати їх на депозит, щоб у майбутньому купити сучасне обладнання. З'явився фінансовий план підприємства замість фіксованого кошторису. Всі ці люди стали менеджерами і зрозуміли головне: договір

з НСЗУ відкриває нові можливості і для закладу загалом, і для лікарів зокрема. А щоб скористатися цими новими можливостями, потрібно мислити і працювати по-новому. По-підприємницьки. По-управлінськи. Від цього виграють усі: місцева влада, лікарі, персонал і, найголовніше, — пацієнти.

Як здійснити фінансове планування у новій моделі фінансування сфери охорони здоров'я?

У питаннях фінансування закладів первинної медичної допомоги (ПМД) за новою моделлю дуже багато змінилося. Можна сказати, що для закладів, які перетворилися в комунальні некомерційні підприємства (КНП) і підписали договір з Національною службою здоров'я України (НСЗУ), майже всі аспекти фінансування є новими.

Відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», оплата медичних послуг закладів з надання ПМД населенню буде здійснюватися за принципом плати за одного пацієнта з використанням капітаційної ставки за договорами про медичне обслуговування населення. Таким чином, основним джерелом доходу надавача ПМД будуть виплати за договором із НСЗУ. Обсяги цих виплат залежатимуть від кількості та вікової структури пацієнтів, які подали декларацію про вибір лікаря, що працює в цьому закладі. Так реалізується принцип «гроші йдуть за пацієнтом».

Сума, яка надходить від НСЗУ, складається з оплати обслуговування пацієнтів із «зеленого» і «червоного» списків (постанова Кабінету Міністрів України № 407). «Зелений» список формують пацієнти, що підписали декларацію з лікарями цього закладу. Їхня кількість

відображається в електронній системі охорони здоров'я. При розрахунках надходжень враховуються вікові коефіцієнти (від 0 до 5 років — коефіцієнт 4,0, від 6 до 17 років — 2,2, від 40 до 64 років — 1,2, понад 65 років — 2), а також гірський коефіцієнт (1,25), якщо населений пункт має відповідний статус.

Чисельність населення у «червоному» списку розраховується за формулою: $ЧС = НН * (1 - ЗС / СНН)$

Де:

ЧС — кількість пацієнтів, включених до «червоного» списку;

НН — кількість наявного населення відповідної адміністративно-територіальної одиниці, що обслуговується надавачем ПМД станом на 01.01.2018, визначена у договорі, укладеному з НСЗУ;

ЗС — загальна кількість пацієнтів, що подали декларації про вибір лікаря станом на 1 число відповідного місяця згідно з даними електронної системи охорони здоров'я всім надавачам ПМД, що розташовані в межах однієї адміністративно-територіальної одиниці (міста, району, об'єднаної територіальної громади);

СНН — сумарна кількість наявного населення відповідної адміністративно-територіальної одиниці, що обслуговується всіма надавачами ПМД, які уклали договори

з НСЗУ, станом на 1 число відповідного місяця, що розташовані в межах однієї адміністративно-територіальної одиниці (міста, району, об'єднаної територіальної громади), — результат додавання кількості наявного населення всіх надавачів (визначено у договорі).

Базовий тариф за «зеленим» списком — 370 грн на рік, за «червоним» — 240 грн на рік.

Також для обчислення загальної суми доходів надавача ПМД необхідно врахувати доходи з інших джерел, відмінних від НСЗУ (перелік є індивідуальним для кожного конкретного надавача), наприклад:

- надходження на покриття вартості комунальних послуг та енергоносіїв;
- надходження від місцевого бюджету (крім надходжень на покриття вартості комунальних послуг та енергоносіїв);
- надходження в рамках субвенції на розвиток охорони здоров'я в сільській місцевості;
- надходження від надання послуг ПМД іноземцям;
- надходження від надання послуг ПМД, що не входять до програми медичних гарантій;
- надходження від здачі приміщень/земельних ділянок в оренду;

- благодійна допомога;
- інші надходження.

Місцева влада має усвідомлювати, що перехід на оплату від НСЗУ не є приводом згортати власні програми з підтримки охорони здоров'я. Завдання головних лікарів або директорів закладів ПМД — доносити цю інформацію до відповідальних осіб.

З метою полегшення надавачеві ПМД фінансового планування доходів та видатків на 2018 рік було розроблено Електронний інструмент з фінансового планування доходів і видатків надавача ПМД на 2018 рік, який можна завантажити за посиланням: <https://goo.gl/Mc1Lyn>.

Під час провадження діяльності, пов'язаної з наданням ПМД, кожен надавач ПМД несе витрати, серед яких: оплата праці персоналу, оплата комунальних послуг, витрати на утримання службового транспорту, поточний ремонт приміщень, утримання прилеглої території тощо. Ці витрати мають покриватися за рахунок доходів, якими в більшості випадків є кошти, отримані від НСЗУ за договором про медичне обслуговування населення. Забезпечення балансу між доходами та витратами є ключовим для досягнення фінансової стійкості.

Однією з найважливіших статей видатків є оплата праці. Для того щоб пацієнти відчували зміни в наданні медичних послуг, а відтак своїми деклараціями про вибір лікаря збільшили дохід закладу, керівник закладу мусить мотивувати лікарів якомога якісніше виконувати свою роботу. Найпершим і найбільш очевидним стимулом є заробітна плата. Оскільки автономізований заклад має більшу самостійність у вирішенні питань оплати праці, керівництво закладу спільно з колективом має разом визначити систему розрахунку, яка задовольнить усіх з точки зору

справедливості та прозорості. Ця система може бути закріплена положенням про оплату праці/преміювання в КНП або бути частиною колективного договору.

Надавачі ПМД як КНП можуть використовувати різні моделі та підходи до розрахунку заробітної плати та премії персоналові закладу. Наприклад, можна всім працівникам закладу одноразово підвищити посадовий оклад на фіксовану суму (на певний відсоток) або виплачувати додаткову премію лікарям, яка становитиме визначену частину (відсоток) від надходжень закладу за обслуговування пацієнтів із «зеленого» списку (включає вікові коефіцієнти). Розмір цієї частки визначається за результатами переговорів між керівництвом/власником закладу та трудовим колективом. Розмір премії адміністративного, допоміжного та середнього і молодшого медичного персоналу можна визначити як фіксований відсоток від премії лікаря.

Інший варіант: після одноразового підвищення всім працівникам закладу посадового окладу на фіксовану суму або певний відсоток можна формувати фонд преміювання закладу, який може становити певну частину (відсоток) від загальних надходжень від НСЗУ або від суми перевищення надходжень від НСЗУ над обсягом медичної субвенції в минулому. Якщо в закладі утворено команди з надання ПМД, то фонд преміювання може розподілятися між командами залежно від коефіцієнта трудової участі. Ще одним із варіантів може бути такий: у положенні про оплату праці або колективному договорі прив'язати оклад лікарів до кількості підписаних декларацій, визначивши певні діапазони для сімейного лікаря (до **500** декларацій; **501—1 000** декларацій; **1 001—1 400** декларацій; **1 401—1 800** декларацій) і, відповідно, для педіатра і терапевта; для кожного діапазону встановити фіксовану

ставку окладу; для середнього і молодшого медичного персоналу визначити розмір окладу як фіксований відсоток від окладу лікаря практики. На розмір премії / стимулюючих доплат можуть впливати такі фактори:

- робота понаднормово (понад графік роботи закладу);
- якість наданих послуг (задоволеність пацієнтів);
- якість лікування.

Можливі також інші варіанти розрахунку заробітної плати або комбінація з наведених вище — рішення повинно прийматися закладом самостійно. Головне — медичні працівники мають пам'ятати, що відтепер рівень їхнього доходу визначається не «згори», а безпосередньо в їхньому медичному закладі. Вирішувати це питання можна і необхідно на місці з головним лікарем або директором закладу, і роль трудового колективу у прийнятті цього важливого рішення повинна стати визначальною.

Актуальним також є питання оптимізації складу працівників надавача ПМД. Неприпустимою є ситуація, коли на 6 тисяч населення в закладі є лише два, а то й один лікар. У цьому випадку керівництво закладу разом з місцевою владою має докласти зусиль до залучення відповідних фахівців. Так само надлишок у штаті будь-якої групи персоналу, не виправданий потребами практики, призводить до браку коштів на гідну заробітну плату та розвиток закладу. Розрахувати різні варіанти кадрового складу та компонентів оплати разом з іншими статтями видатків можна за допомогою Електронного інструмента з фінансового планування доходів і видатків надавача ПМД на 2018 рік за посиланням: <https://goo.gl/Mc1Lyn>.

Серед капітальних видатків відзначимо придбання обладнання. У Порядку надання ПМД (наказ МОЗ № **504**) зазначено, що заклад ПМД забезпечує наявність обладнання, устаткування

та засобів, необхідних для надання ПМД, що визначені відповідним табелем матеріально-технічного оснащення. Примірний табель матеріально-технічного оснащення затверджено наказом МОЗ № 148. До складання плану закупівель слід підходити індивідуально.

Наприклад, МОЗ рекомендує серйозно обміркувати необхідність придбання біохімічних аналізаторів крові й сечі в кожну амбулаторію. Слід врахувати видатки на витратні матеріали, кількість та спектр видів необхідних аналізів, утримання персоналу тощо. Зазвичай якісна організація логістики до центральної лабораторії може бути кращим рішенням. Крім того, як свідчить світовий досвід, центральні лабораторії забезпечують вищу якість досліджень та істотно меншу вірогідність помилок.

Також можна гнучко підійти до забезпечення лікаря автомобілем: можна

придбати вживане авто, купити кілька автомобілів спільно з іншим надавачем ПМД або придбати авто в кредит — так ціна за одиницю буде меншою.

Електронний інструмент з оцінки відповідності надавача ПМД Табелю матеріально-технічного оснащення надавачів ПМД допоможе визначити потреби і виділити серед них першочергові, а також дасть можливість сформулювати план відповідних закупівель. Інструментом можна скористатися за посиланням: <https://goo.gl/nNVUhd>.

Щоб детально висвітлити питання, пов'язані з переходом на нову систему фінансування, Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» підготував збірку матеріалів методологічної підтримки для закладів, які надають первинну медичну допомогу.

Збірка має формат онлайн-документа, розділи якого — це етапи впровадження реформи фінансування системи охорони здоров'я для закладів ПМД від питань автономізації до операційного управління закладом. Вона буде корисною як закладам, які готуються до підписання договору із НСЗУ про медичне обслуговування населення, так і тим, які вже увійшли в реформу та фінансуються за новою моделлю. У кожному розділі збірки є гіперпосилання на записи вебінарів, електронні інструменти, методичні рекомендації, відповіді на типові запитання та інші корисні матеріали за тематикою розділу. Зокрема, один із розділів збірки присвячено фінансовому плануванню роботи закладу ПМД.

Переглянути та завантажити Збірку матеріалів методологічної підтримки для закладів ПМД можна за посиланням: <https://bit.ly/2MukApf>.

Як заклади планують витратити гроші, отримані від НСЗУ



Анна Ярмола, директорка ЦПМСД м. Червонограда, Львівська область

*За субвенцією — 1,8 млн грн
За договором з НСЗУ в серпні — 3,2 млн грн
Підписано 67% декларацій
Обслуговують 80 714 осіб*

Ми вже маємо фінансовий план, за яким будемо працювати.

На першому місці — мотивація лікарів, заробітна плата. За основу взяли «прив'язку» до категорій: це дозволяє враховувати вислугу років. Розробили табличку з розрахунком преміювання, яке будуть отримувати лікарі залежно від кількості підписаних декларацій.

У серпні лікар, який набрав максимальну кількість декларацій (лікар сімейної практики — 1 800, лікар-терапевт — 2 000, лікар-педіатр — 900), отримав «на руки» 15 700 грн. До підписання договору з НСЗУ отримував 5 500 грн. Зарплата медсестер була 4 150 грн, зараз — 9 000 грн (це залежить від кількості декларацій лікаря, за яким закріплена медична сестра).

Як і визначено договором з НСЗУ, первинну медичну допомогу в нашому закладі, в тому числі невідкладну, в неробочий час (у вихідні та святкові дні) надаємо в черговому кабінеті, що працює в ці дні з 09:00 до 15:00.

Плануємо також розвинути інфраструктуру, покращити умови праці лікарів та сервісні умови для пацієнтів. У нас уже створено хороші умови в очікувальнях, згодом ми хочемо поставити куточки для дітей, щоб вони могли малювати, побудувати дитячий майданчик біля Центру, обладнати кімнату для переодягання і годування малюків. Це елементарні речі, але вони тягнуть за собою величезні кошти. Що залишиться — відкладемо на розвиток.

Ми проаналізували, які пацієнти найменше йдуть до нас підписувати декларації, і з'ясували, що це вікова категорія **65** років і старші. Ми припустили, що це через те, що ці люди часто не мають доступу до Інтернету, не завжди дивляться телебачення. Зараз на звороті квитанцій про оплату комунальних послуг розмістили заклик обирати лікаря та інформацію, як це зробити. Це дало результат: люди цього віку стали частіше до нас приходити.



Марія Чорнявська, директорка ЦПМСД № 3 м. Кременчука, Полтавська область

За субвенцією — **2,4** млн грн
За договором з НСЗУ в серпні —
4 242 260,45 грн
Підписано **47%** декларацій
Обслуговують **133 342** особи

За рахунок збільшення коштів будемо фінансово мотивувати тих лікарів, з якими пацієнти підписали найбільше декларацій, перерозподіляти кошти на їхню користь. Сімейний лікар вищої категорії ще у червні мав **8 186** грн зарплати після оподаткування. Його вже обрали **1 800** пацієнтів, і в липні та серпні, коли прийшли оплати за медичне обслуговування пацієнтів від НСЗУ, цей сімейний лікар отримав після оподаткування по **13 730** грн за місяць. Медсестра, яка з ним працює, раніше отримувала **5 400** грн, а тепер — **6 250** грн.

12 лікарів уже набрали максимальну кількість декларацій.

Також плануємо покращити матеріально-технічну базу, вже проводимо ремонти в кількох амбулаторіях. Розпочали з головним економістом планувати бюджет з урахуванням коштів, які отримаємо від НСЗУ.

За сприяння міської влади підготовку до підписання договорів з НСЗУ почали за рік. Першою чергою автономізувалися, комп'ютеризували заклади. Зараз амбулаторії забезпечені комп'ютерами на **75%**, у серпні провели тендер на закупівлю решти обладнання. Багато працівників не вміли користуватись комп'ютером, але після спеціального навчання швидко ввійшли у курс справи. Враховуючи рекомендації в.о. Міністра охорони здоров'я Уляни Супрун, налаштували автовідповідачі на телефони реєстратур для цілодобового інформування населення, почали залучати сучасне мобільне обладнання для підписання декларацій удома. Було проведено день сімейного здоров'я для інформування населення.



Олена Марченко, головна лікарка ЦПМСД м. Селидового, Донецька область

За субвенцією — **1,1** млн грн
За договором з НСЗУ в серпні —
2,021 млн грн
Підписано **67%** декларацій
Обслуговують **51 280** осіб

За новою системою фінансування ми отримуємо на 100% більше, ніж за субвенцією, тому додаткові гроші частково

йдуть на збільшення зарплати, ще частина — на формування резервного фонду, решту плануємо витратити на розвиток сервісу та матеріально-технічної бази Центру. Плануємо придбати телевізори, які слугуватимуть для інформування пацієнтів про кожного лікаря. Надалі заплановано проведення ремонтів в амбулаторіях і створення зручних зон очікування для дітей та дорослих.

Ми завчасно переглянули штатний розпис: тепер майже в кожній амбулаторії працюють один лікар і одна медична сестра — це дозволило підвищити заробітну плату не тільки лікарям, а й медичним сестрам. Якщо в червні сімейний лікар отримував максимум **6 800** грн, то коли з ним підписали декларації **1 800** пацієнтів, він у липні отримав **10 508** грн, а в серпні — **12 930** грн. Медсестра у червні мала зарплату **3 727** грн, а вже в липні, після надходження коштів від НСЗУ, — **5 176** грн, у серпні — **6 134** грн.

31 серпня 2018 року в Центрі було затверджено новий колективний договір. Ним закріплено нову форму оплати праці, завдяки якій наші медичні працівники будуть більш вмотивованими для надання якісних медичних послуг. Також плануємо запровадити індикатори для диференціювання заробітної плати. Вони будуть залежати від кількості пацієнтів, надання послуг, скарг, заповнення медичної документації тощо.

Уже зараз у Центрі є кабінет невідкладної допомоги. У м. Селидовому щодня з **8:00** до **20:00** працюють троє фельдшерів. За потреби вони викликають лікаря. З жовтня кабінет працюватиме цілодобово. У всіх амбулаторіях є оголошення з адресою і графіком роботи кабінету.

Закладаємо кошти на МІС у бюджеті 2019 року

У процесі трансформації системи охорони здоров'я МОЗ будує сучасну електронну систему, яка дозволить медичним закладам ефективніше працювати, раціонально використовувати час і пацієнтів, і медиків. Для забезпечення постійного розвитку і використання найсучасніших технологій ми свідомо формуємо конкурентний ринок медичних інформаційних систем (МІС). Уже 14 МІС приєдналися до системи. Очікуємо, що їхня кількість буде збільшуватися.

Понад півтора року, завдяки домовленості між бізнесом та МОЗ, для впровадження медичної реформи МІС надають послуги закладам безоплатно. Адже розбудова електронної системи охорони здоров'я — спільна справа. Зараз у МІС безоплатно доступний базовий функціонал, пов'язаний з реєстрацією медзакладу, лікарів, підписанням

декларацій з пацієнтами. Так буде, доки більшість декларацій не буде укладено.

А з середини 2019 року кожен заклад повинен буде повністю оплачувати роботу МІС. Створення та підтримка нового, більш складного функціоналу, який незабаром з'явиться, не може бути безкоштовною, інакше він ніколи не працюватиме якісно.

Тисячі закладів по всій країні використовують медичні інформаційні системи. Окрім базового, решта функціоналу, який пропонують МІС, і зараз є платною. Кожна МІС має власну цінову політику і набір продуктів для закладів охорони здоров'я.

Уже зараз медзаклади вибирають ті МІС, які вважають найбільш ефективними для себе за співвідношенням ціни та функціональності.



Андрій Сучик, консультант eHealth спільного проекту МОЗ та Світового банку «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей»

Адже заклади стають автономними, отримують більше фінансування, підвищують ефективність і самостійно планують свою діяльність, у тому числі фінансову. Медична інформаційна система — це такий самий інструмент у роботі медичного закладу, як апарат ЕКГ чи УЗД, бухгалтерська чи операційна система.

Закликаємо оцінювати всі вигоди та витрати, пов'язані з цим вибором, і планувати відповідні бюджети на 2019 рік.

Запитання-відповіді

ЧИ ПОТРІБНО СКЛАДАТИ КОШТОРИС ДЛЯ КОМУНАЛЬНОГО НЕКОМЕРЦІЙНОГО ПІДПРИЄМСТВА?

Ні. Заклад охорони здоров'я — це комунальне некомерційне підприємство (КНП), тому, на відміну від бюджетної установи, він не складає кошторису. Натомість КНП має узгодити з власником фінансовий план — основний плановий документ, який відображає всі доходи та видатки закладу, визначає обсяг та спрямування коштів для виконання функцій упродовж року відповідно до установчих документів. Порядок складання, затвердження та контролю за виконанням, а також форму фінансового плану затверджує місцева влада. Форма та порядок фінансового плану відрізняються у регіонах і в деяких випадках відповідають вимогам, визначеним наказом Мінекономрозвитку

України від 02.03.2015 № 205. Фінансовий план підлягає затвердженню до 1 вересня року, що передуює плановому року. План складається на календарний рік із поквартальним розподілом. Детальніше про складання фінансового плану у вебінарі: <https://goo.gl/AtW1d8>.

У разі якщо КНП отримує бюджетні кошти (тобто інші кошти, а не надходження від НСЗУ за договором), потрібно мати затверджений план використання бюджетних коштів.

ХТО МАЄ ОПЛАЧУВАТИ КОМУНАЛЬНІ ПОСЛУГИ МЕДЗАКЛАДУ?

За комунальні послуги та енергоносії медичного закладу, зокрема в статусі комунального некомерційного підприємства, має платити місцева влада. Такими є вимоги Бюджетного

кодексу України. Статтею 89 зазначено, що до видатків, що здійснюються з бюджетів міст республіканського Автономної Республіки Крим та обласного значення, районних бюджетів, бюджетів об'єднаних територіальних громад, належать видатки на оплату комунальних послуг та енергоносіїв комунальними закладами охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу, місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу, та місцеві програми надання населенню медичних послуг з первинної медичної допомоги населенню.

Отже, ця норма стосується і комунальних некомерційних підприємств, бо в ній «заклад охорони здоров'я» є загальним поняттям, яке охоплює в тому числі комунальні некомерційні підприємства (КНП). Частина 13 статті

«Запитання-відповіді» — продовження

16 Основ законодавства про охорону здоров'я говорить, що за організаційно-правовою формою заклади охорони здоров'я комунальної власності можуть утворюватися та функціонувати як комунальні некомерційні підприємства або комунальні установи. Отже, незалежно від організаційно-правової форми закладу охорони здоров'я, оплата комунальних послуг та енергоносіїв усе одно покладається на місцевий бюджет.

ЧИ ПЕРЕДБАЧАЄ РЕФОРМА ФІНАНСУВАННЯ СКОРОЧЕННЯ ШТАТУ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ?

Ні, в нормативних документах, що описують трансформацію охорони здоров'я, немає норм, які визначають штатний розпис надавача ПМД. Це питання належить до компетенції керівництва закладу, і при його вирішенні необхідно керуватися потребою забезпечити надання якісної первинної медичної допомоги населенню, яке належить до території обслуговування закладу.

ХТО МАЄ ОПЛАЧУВАТИ РОБОТУ ФАПІВ?

Працівники фельдшерсько-акушерських пунктів належать до персоналу закладу первинної медичної допомоги. Відтак, їхня зарплата — це частина зарплатного фонду закладу. Також заклад має забезпечити обладнання, устаткування та засоби, необхідні для надання ПМД. Комунальні послуги має сплачувати місцева влада — так само, як і для закладу загалом.

Оскільки розгалужена мережа ФАПів часом стає економічно обтяжливою для ЦПМСД, у кожному випадку керівництву спільно з місцевою владою слід приймати оптимальне рішення. Одним з варіантів розв'язання ситуації може бути дофінансування ФАПів з місцевого бюджету. Можливо, в деяких випадках буде доцільніше організувати доставку пацієнтів до амбулаторій сусідніх населених пунктів, які краще забезпечені матеріально та персоналом. Ще одним варіантом, який уже зараз використовують деякі ЦПМСД, є відвідування віддалених населених пунктів лікарем первинної медичної допомоги за оптимальним графіком.

ЩО НЕОБХІДНО ЗРОБИТИ, ЩОБ РЕФОРМОВАНІ МЕДЗАКЛАДИ Й НАДАЛІ БРАЛИ УЧАСТЬ У ПРОГРАМІ «ДОСТУПНІ ЛІКИ»?

Згідно з законодавством, комунальні некомерційні підприємства не є розпорядниками бюджетних коштів. Саме тому органи місцевого самоврядування мають у місячний строк своїми рішеннями визначити розпорядниками бюджетних коштів обласні, районні, міські державні адміністрації та ОТГ. Ці дії слід виконати невідкладно в тих регіонах, де кінцевими розпорядниками бюджетних коштів є автономізовані медзаклади, що надають первинну медичну допомогу. Нові розпорядники бюджетних коштів мають переукласти договори з аптеками, що беруть участь у програмі «Доступні ліки». При цьому слід звернути особливу увагу на погашення поточної заборгованості перед аптечними закладами. Усі приватні медзаклади,

що уклали договір з Нацслужбою здоров'я, вже мають право розпочати виписувати рецепти на ліки за програмою. Для цього їм необхідно звернутися до визначеного розпорядника коштів та отримати необхідне погодження. Фізичні особи — підприємці найближчим часом також отримають законно цю можливість. Міністерство вже підготувало проект змін до постанови Кабінету Міністрів України і незабаром направить його на розгляд Уряду.

Детальніше — в листі-роз'ясненні МОЗ за посиланням: <https://goo.gl/eiKXQZ>.

Для пацієнта



До кожного випуску Дайджесту ми додаємо спеціальну вкладку з корисною інформацією для пацієнта.

Рекомендуємо роздруковувати ці вкладки та розміщувати їх на інформаційних дошках у вашому закладі.

У цьому випуску — інформаційна листівка «Як заохотити дитину до здорового харчування».

Надсилайте ваші запитання

Чекаємо від вас запитання, відповіді на які ви хочете бачити у Дайджесті змін в охороні здоров'я. Будь ласка, вкажіть у листі своє ім'я, спеціальність, назву закладу та додайте фотографію: ми хочемо, щоб усі бачили, що у медичній спільноті є реальні обличчя.

Пишіть на digest.moz@gmail.com

Цей Дайджест було підготовлено завдяки фінансовій підтримці Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) в рамках Угоди з Проектом «Реформа ВІЛ-послуг у дії» № AID-121-A-13-00007. Зміст цього Дайджесту, за який несуть відповідальність винятково ТОВ «Делойт Консалтінг» та партнери-виконавці, не обов'язково є відображенням поглядів USAID або Уряду США.



USAID
ВІД АМЕРИКАНСЬКОГО НАРОДУ

Deloitte.



Як заохотити дитину до здорового харчування



- 1 Привчайте дітей до різних смаків
 - ✓ Не змушуйте дітей їсти овочі - зробіть так, щоб овочі завжди були доступними
 - ✓ Не "маскуйте" овочі в стравах - діти мають їсти корисні продукти свідомо
- 2 Їжте разом та без телевізора
- 3 Встановіть регулярний режим харчування
- 4 Не використовуйте їжу як нагороду чи покарання
- 5 Слідкуйте, щоб дитина пила достатньо води
 - ✓ Денну норму води дитина може отримати також з харчових продуктів
 - ✓ Кількість необхідної дитині рідини залежить від рівня фізичної активності, температури повітря тощо. Головний орієнтир - почуття спраги
- 6 Обмежте їжу з великою кількістю калорій, жиру, цукру та солі й пропонуйте альтернативу
- 7 Будьте прикладом для своїх дітей



Поради біолога та наукової блогерки Дарії Озерної



МІНІСТЕРСТВО
ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я
УКРАЇНИ