

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ КОРАБЛЕБУДУВАННЯ
імені адмірала Макарова



Навчально-науковий центр заочної та
дистанційної освіти

Кафедра менеджменту

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

до дипломної роботи

магістр

Тема: УПРАВЛІННЯ ПРОЕКТАМИ ЗАКУПОК
В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Виконав: студент VI курсу, групи 6435мз
спеціальності 073“Менеджмент”

Хоржевська Тетяна Арісівна

Керівник: Сергійчук С.І.

Рецензент: Гришина Н.В.

Миколаїв – 2020 р.

Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова

Навчально-науковий центр заочної та дистанційної освіти

Кафедра менеджменту

Освітньо-кваліфікаційний рівень - *магістр*

Галузь знань 07 «Управління та адміністрування»

Спеціальність 073 «Менеджмент»

Освітня програма «Управління закладами охорони здоров'я»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри менеджменту

«___» _____ 2020 року

З А В Д А Н Н Я

Хоржевській Тетяні Арисівні

ПРОВЕСТИ ПІД КЕРІВНИЦТВОМ

к.е.н., доцента Сергійчука С.І.

НАУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ НА ТЕМУ

УПРАВЛІННЯ ПРОЕКТАМИ ЗАКУПОК

В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

затверджену наказом ректора НУК від «___» _____ 20__ року № ___

2. Термін подачі роботи на попередній захист _____

3. Вихідні дані методичні рекомендації щодо виконання магістерської роботи, підручники з теми досліджень, статистична звітність підприємства, періодичні видання, інтернет ресурси

4. Перелік питань, які підлягають вивченню 1 Процес та виклики в управлінні закупками 2 Проектний аналіз системи закупок в галузі охорони здоров'я 3 Розвиток механізму управління проектами закупок в системі охорони здоров'я 4. Охорона праці

5. Перелік графічного матеріалу Складові частини процесу закупок у проектах, Модель фінансування ПМД, Форма плану закупівель, Взаємозв'язок типу контракту і ризику, Загально-інформаційна модель процесу «Здійснення закупок», Заовлення на поставку (ЗП), Експертна оцінка продавців за критеріями обізнаності з засадами проектного менеджменту, Зважені оцінки пропозицій, Послідовність кроків організації тендеру, Загально-інформаційна модель процесу «Управління закупками», Відсоток жителів, які підписали декларації з надавачами ПМД, Середня кількість декларацій на одного лікаря ПМД та місце надання ПМД, за регіонами

6. Консультанти спеціальних розділів:

Найменування	Прізвище, ініціали та посада	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
4. Охорона праці	_____		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ГРАФІК виконання кваліфікаційної роботи

№ п/п	Етапи виконання кваліфікаційної роботи магістранта	Термін
1	Визначення наукового керівника роботи	Вересень
2	Вибір теми роботи та її узгодження її з науковим керівником	Вересень
3	Складання попереднього плану роботи, узгодження його з науковим керівником	Вересень
4	Збір статистичної інформації в термін проходження практики на базовому підприємстві (установі, організації)	За планом кафедри
5	Вивчення друкованих та електронних джерел, економічних реалій, методичних та наукових видань з теми роботи	Вересень
6	Систематизація інформації та складання розгорнутого плану роботи, затвердження його науковим керівником	Вересень
7	Розробка теоретичного розділу	Жовтень
8	Розробка аналітичного розділу	Жовтень
9	Розробка проектного розділу	Жовтень
10	Розробка четвертого розділу	Жовтень
11	Розробка вступу, висновків, списку використаної літератури та додатків	Листопад
12	Редагування рукопису роботи магістра та ознайомлення з ним наукового керівника	Листопад
13	Розробка проекту автореферату роботи	Грудень
14	Розробка проекту демонстраційного матеріалу та доповіді	Грудень
15	Усунення зауважень наукового керівника та завершення роботи	Грудень
16	Подання рукопису кваліфікаційної роботи, автореферату, демонстраційного матеріалу та доповіді на попередній захист	За планом кафедри
17	Подання роботи і автореферату рецензенту та отримання рецензії	Грудень
18	Захист роботи перед ДЕК	За планом кафедри

Науковий керівник Сергійчук С.І. / _____ /Магістрант Хоржевська Т. А. / _____ /

АНОТАЦІЯ

У магістерській роботі Хоржевської Тетяни Арисівни на тему «Управління проектами закупок в системі охорони здоров'я» розкрито процес та виклики в управлінні закупками. Проведено проектний аналіз системи закупок в галузі охорони здоров'я. Обґрунтований розвиток механізму управління проектами закупок в системі охорони здоров'я. Об'єктом дослідження є процеси функціонування механізмів управління проектами закупок матеріальних ресурсів та послуг у системі охорони здоров'я. Набули подальшого розвитку: розвиток механізму управління проектами закупок матеріальних ресурсів та закупок послуг в системі охорони здоров'я на основі проектного аналізу системи закупок в галузі охорони здоров'я

Ключові слова: закупки, проект, модель фінансування, контракт, поставки, експертна оцінка, тендер, інформаційна модель, декларації.

SUMMARY

The master's thesis of Khorzhevskaya T.A. on the topic "Management of procurement projects in the health care system" reveals the process and challenges in procurement management. A project analysis of the healthcare procurement system was conducted. Substantiated development of the procurement project management mechanism in the health care system. The object of research is the processes of functioning of mechanisms for managing projects of procurement of material resources and services in the health care system. The subject of the study is a set of theoretical, methodological and applied research on the formation of a mechanism for managing projects for the procurement of material resources and services in the health care system. Scientific novelty of the obtained results. Further development: development of a mechanism for managing projects of procurement of material resources and procurement of services in the health care system based on a project analysis of the procurement system in the field of health care

Keywords: procurement, project, financing model, contract, supplies, expert evaluation, tender, information model, declarations

ЗМІСТ

ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1 ПРОЦЕС ТА ВИКЛИКИ В УПРАВЛІННІ ЗАКУПКАМИ	9
1.1.Тенденції змін в управлінні проектами державних закупок медичних препаратів	9
1.2. Запровадження стратегічних закупок первинної медичної допомоги і прискорення трансформації системи надання послуг	13
1.3. Організація і проведення торгів за проектами	21
Висновки до розділу 1	26
РОЗДІЛ 2 ПРОЕКТНИЙ АНАЛІЗ СИСТЕМИ ЗАКУПОК В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	27
2.1. Аналіз стратегічних закупок для первинної медичної допомоги	27
2.2. Аналіз проекту пілотних закупок послуг стаціонарної медичної допомоги	
2.3. Аналіз системи планування закупок для стаціонарної медичної допомоги	
2.4. Аналіз закупок послуг амбулаторної вторинної медичної допомоги.....	37
2.5. Аналіз закупок для екстреної медичної допомоги	38
2.6. Узгодження проектів закупок з іншими напрямками системи охорони здоров'я та реформами державного сектору	40
Висновки до розділу	2
.....	50
РОЗДІЛ 3 РОЗВИТОК МЕХАНІЗМУ УПРАВЛІННЯ ПРОЕКТАМИ ЗАКУПОК В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	51
3.1. Механізм процесу закупок	

відповідно	методології	управління	проектами
.....51			
3.2. Впровадження електронної системи охорони здоров'я (e-health)			
як	модуль	для	підтримки закупок послуг
.....69			
Висновки до розділу 3.....80			
РОЗДІЛ	4	ОХОРОНА	ПРАЦІ
.....81			
ВИСНОВКИ96			
ЛІТЕРАТУРА98			

ВСТУП

Актуальність теми. Закупівля послуг первинної медичної допомоги (ПМД) була першим кроком у запровадженні стратегічної функції закупівель в Україні через новостворену національну службу здоров'я України (НСЗУ). Вперше населенню законодавчо надано право вибору лікаря ПМД; державні та приватні надавачі послуг ПМД мають рівні можливості брати участь у програмі медичних гарантій; державне фінансування ПМД є пріоритетним; запроваджено принцип «гроші йдуть за пацієнтом». Менш ніж за рік 27 мільйонів, або 65% українців зробили вибір і підписали декларації з лікарями первинної медичної допомоги. НСЗУ розробила прозорі правила укладання договорів та фінансування надавачів послуг ПМД, а також уклала контракти з 1276 закладами для надання гарантованого пакету послуг ПМД. Аналогічним чином, НСЗУ готується запроваджувати договірні механізми з надавачами спеціалізованих амбулаторних послуг та з лікарнями, що базуватимуться на поєднанні глобальних бюджетів та стимулів, що ґрунтуються на показниках об'ємів надаваних послуг.

Для демонстрації змін у клінічній практиці на місцях необхідний більш широкий спектр інструментів, що виходить за рамки лише фінансування і включає досягнення єдності стосовно бачення моделі надання медичної допомоги, механізмів поліпшення якості, моніторингу ефективності надавачів і порівняльного аналізу. Інформаційні системи та цифрові рішення нададуть можливості для їх реалізації, а впровадження системи електронного здоров'я має відбуватися швидко. Це величезний виклик наступного покоління, який потребує тісної співпраці між Міністерством охорони здоров'я та НСЗУ із залученням надавачів послуг та органів місцевого самоврядування.

Продовжувати зміцнювати модель стратегічних закупівель на всіх рівнях є актуальним питанням для магістерської роботи.

Зв'язок роботи з науковими темами. Магістерська робота входить до плану науково-дослідних робіт кафедри менеджменту та є складовою частиною наукової теми «Розвиток корпоративної інформаційної системи в управлінні регіональним кластером морського сервісу»

Мета і завдання дослідження. Метою магістерської роботи є вдосконалення механізмів управління проектами закупок матеріальних ресурсів та послуг в системі охорони здоров'я.

Для вирішення поставленої мети були поставлені завдання:

- визначити тенденції змін в управлінні проектами державних закупок медичних препаратів;
- провести аналіз стратегічних закупок для первинної медичної допомоги;
- провести аналіз системи планування закупок для стаціонарної медичної допомоги;
- провести аналіз закупок послуг амбулаторної вторинної медичної допомоги;
- обґрунтувати механізм процесу закупок відповідно методології управління проектами;
- обґрунтувати впровадження електронної системи охорони здоров'я (e-health) як модуль для підтримки закупок послуг.

Об'єктом дослідження є процеси функціонування механізмів управління проектами закупок матеріальних ресурсів та послуг у системі охорони здоров'я

Предметом дослідження є сукупність теоретичних, методичних і прикладних досліджень щодо формування механізму управління проектами закупок матеріальних ресурсів та послуг у системі охорони здоров'я

Наукова новизна одержаних результатів. набули подальшого розвитку: розвиток механізму управління проектами закупок матеріальних ресурсів та закупок послуг в системі охорони здоров'я на основі проектного аналізу системи закупок в галузі охорони здоров'я

Методи дослідження. Склали загальнонаукові та спеціальні методи та прийоми наукового дослідження. У роботі використано такі методи: *наукової абстракції* (для формування теоретичних узагальнень, висновків), *історичний* (використовувався під час вивчення виникнення, формування та розвитку механізмів управління закупками) *статистичні* (при обрахуванні показників, відхилень, темпів росту і приросту), *математичної статистики* (з метою аналізу стратегічних закупок для первинної медичної допомоги; аналізу системи планування закупок для стаціонарної медичної допомоги; аналізу закупок послуг амбулаторної вторинної медичної допомоги;), *кореляційно-регресивний аналіз*, *експертного оцінювання* (використовувався для отримання відповідей респондентів на запитання експертного опитування). У процесі обробки матеріалів дослідження застосовувались сучасні технології та програми.

Інформаційною базою дослідження слугували законодавчі та нормативно-правові акти, матеріали Державного комітету статистики України, дані Міністерства охорони здоров'я, офіційні звіти міжнародних організацій, офіційні публікації з питань управління проектами постачань, матеріали наукових конференцій та ін.

Практичне значення результатів полягає в тому, що теоретичні та методичні положення магістерської роботи доведено до рівня конкретних рекомендацій, що спрямовані на вдосконалення механізмів управління проектами закупок в системі охорони здоров'я.

Особистий внесок здобувача полягає у визначенні теоретичних основ процесів та викликів в управлінні закупками. Автор здійснив розробку і практичну реалізацію механізму управління проектами закупок в системі охорони здоров'я

Структура і обсяг роботи. Магістерська робота складається зі вступу, чотирьох розділів, висновків, списку літератури. Обсяг роботи - 103 стор., – 8 таблиць, – 9 рисунків. Список використаних джерел – 50 найменувань.

РОЗДІЛ 1

ПРОЦЕС ТА ВИКЛИКИ В УПРАВЛІННІ ЗАКУПКАМИ

1.1. Тенденції змін в управлінні проектами державних закупок медичних препаратів

Цілі сталого розвитку (ЦСР), які ще називають “Глобальними цілями” — це загальний заклик до дій, спрямованих на те, щоб покінчити з бідністю, захистити планету і забезпечити мир і процвітання для всі людей у світі. Крім того, серед інших пріоритетів, вони також охоплюють нові сфери, такі як кліматичні зміни, економічна нерівність, інновації, стале споживання, мир і справедливість. Цілі є взаємопов'язаними — ключем до успіху в одній із них є вирішення питань, загалом пов'язаних із іншими.

ЦСР працюють у дусі партнерства і прагматизму, і спрямовані на правильний вибір з метою стабільного підвищення якості життя для майбутніх поколінь. Вони містять чіткі орієнтири та цільові показники, які всі країни мають запровадити відповідно до власних пріоритетів і екологічних проблем світу загалом. ЦСР є інклюзивним порядком денним. Вони усувають основні причини бідності та об'єднують нас для запровадження позитивних змін для людей і планети. “Підтримка Порядку денного до 2030 року є одним із головних пріоритетів ПРООН”, - заявила Адміністратор ПРООН Хелен Кларк. “ЦСР надають нам загальний план і порядок денний для вирішення деяких нагальних проблем, що стоять перед нашим світом, таких як бідність, кліматичні зміни та конфлікти. ПРООН має досвід і знання, необхідні для досягнення прогресу і надання допомоги країнам на шляху до сталого розвитку”.

ЦСР набули чинності у січні 2016 року, і вони лежатимуть в основі політики та фінансування ПРООН протягом наступних 15 років. Як

основне агентство ООН у сфері розвитку, що працює майже у 170 країнах і територіях, ПРООН має унікальні можливості для досягнення Цілей.

Наш стратегічний план зосереджується на основних сферах, таких як боротьба проти бідності, демократичне управління та миробудівництво, кліматичні зміни та ризики стихійних лих, економічна нерівність. ПРООН надає підтримку урядам в інтеграції ЦСР до національних планів і стратегій розвитку. Ця робота вже здійснюється — ми надаємо підтримку багатьом країнам у зміцненні прогресу, вже досягнутого за Цілями розвитку тисячоліття.

Наші практичні результати у досягненні багатьох цілей забезпечили нам цінний досвід і експертні знання політики, що гарантує виконання цілей, визначених у ЦСР, до 2030 року. Але ми не можемо досягти цього самі.

Досягнення ЦСР потребує партнерства державних органів, приватного сектора, громадянського суспільства і громадян, завдяки чому прийдешнім поколінням ми залишимо планету у кращому стані.

Нинішні виклики для розвитку країн є комплексними, і кожен контекст має свої особливості. Саме тому ми плануємо нашу діяльність таким чином, аби вона відповідала потребам країн і громад, на благо яких ми працюємо.

Стратегічний план ПРООН (2018-2021) було розроблено з врахуванням широкого діапазону відмінностей між країнами, де ми працюємо. Це різноманіття відображено у трьох тематичних аспектах розвитку: викорінення бідності, структурні зміни і розбудова стійкості.

Опис проекту

У 2019 році Міністерство охорони здоров'я України звернулося до Програми розвитку ООН в Україні (ПРООН) та інших міжнародних партнерів (зокрема, ЮНІСЕФ та компанії Crown Agents) з проханням підтримати процес державних закупівель медичних препаратів. Згідно з договором, підписаним між Міністерством і ПРООН, Україна має

закуповувати медикаменти через міжнародні організації, включно з ПРООН, як тимчасове рішення до 2025 року. Тим часом, державне підприємство «Медичні закупівлі України», яке зрештою стане центральною закупівельною агенцією, здобуває досвід проведення закупівель і переймає кращі світові практики від ПРООН.

Що передбачає проєкт?

Закупівля життєво необхідних медикаментів. За майже чотири роки ПРООН змогла зекономити державні кошти на суму 1,7 мільярдів гривень (66 мільйонів доларів США) і таким чином забезпечити пацієнтів додатковими ліками та медичними препаратами. Завдяки високим вимогам і стандартам, встановленим з боку ПРООН для проведення тендерів, закуплені медикаменти надзвичайно якісні й ефективні, оскільки несумлінні виробники позбавлені участі в процесі.

Підтримка й участь пацієнтських організацій. Пацієнтська спільнота є однією з рушійних сил проєкту й водночас виступає бенефіціаром змін у системі охорони здоров'я. Голос пацієнтів має бути почутим в Україні: саме тому з 2019 року ПРООН надає міні-гранти організаціям пацієнтів, аби вони мали змогу моніторити доступність, контроль і використання закуплених медикаментів. Це означає, що тепер пацієнти можуть брати безпосередню участь у моніторингу за процесом закупівель і таким чином вдосконалювати його. У 2019 році ПРООН спільно з пацієнтською спільнотою розробила систему «Є ліки», що дозволяє пацієнтам перевіряти наявність медикаментів у 23 областях України. ПРООН працює з пацієнтськими спільнотами та громадянським суспільством для побудови системи «стримування і противаг», що забезпечить контроль громадськості над діяльністю агенції в майбутньому.

Посилення національної системи медичних закупівель. Оскільки кінцевою метою ПРООН є забезпечення спроможності Уряду проводити закупівлі медикаментів і товарів медичного призначення самостійно в рамках системи охорони здоров'я, одним із пріоритетів є створення

центральної закупівельної агенції та побудова сучасної системи постачання медичних препаратів.

Для досягнення цієї цілі ПРООН проводить таку діяльність:

- Популяризація сталого підходу до закупівель;
- Підтримка в розробці підходів та юридичної бази;
- Заходи з посилення спроможності й адвокації;
- Проведення антикорупційного аналізу та підготовка плану дій;
- Підтримка підрозділу МОЗ;
- Підтримка в питаннях перегляду номенклатури ліків, що

закуповуються для МОЗ.

Також очікується, що ПРООН в Україні у співпраці з Міністерством охорони здоров'я розробить електронну систему управління запасами лікарських засобів та медичних виробів. Ця система допоможе вдосконалити процес національних закупівель і сприятиме тому, аби він був передбачуваним і плановим на національному та місцевому рівнях.

Обмін досвідом і кращими практиками. Успішний досвід України в закупівлі медикаментів через міжнародні організації перейняли інші держави в регіоні, здебільшого країни, в яких уже діють централізовані системи закупівель. У 2017 і 2018 роках ПРООН уклала договори на закупівлю медикаментів з Азербайджаном, Боснією і Герцеговиною, Казахстаном, Молдовою, Туркменістаном та Узбекистаном.

Збільшення частки поставок. Прозорість була одним із найбільших викликів системи охорони здоров'я, враховуючи, що до 2017 року понад 95 відсотків переможців тендерів були дистриб'юторами, які монополізували важливі процеси. Нині 80 відсотків ліків і медичної продукції закуповуються напряду у виробників.

Підписання довготривалих договорів. З 2017 року ПРООН в Україні розпочала підписання довгострокових договорів. Побудувавши сталу міцну співпрацю з виробниками, така міжнародна практика може

знизити вартість договорів і забезпечити надійне постачання медикаментів.

1.2. Запровадження стратегічних закупок первинної медичної допомоги і прискорення трансформації системи надання послуг

Метою є оцінка чинної політики, інструментів та процесів, які підтримують впровадження стратегічних закупівель та пришвидшують надання послуг на рівні первинної медичної допомоги (ПМД). Як єдиний замовник медичних послуг НСЗУ розпочала свою діяльність з акцентом на ПМД, досягнувши величезного прогресу за короткий проміжок часу. Перші контракти з надавачами послуг ПМД були підписані у червні 2018 року. Громадяни вперше юридично отримали право вибору лікаря ПМД. Державні та приватні надавачі ПМД отримали рівні можливості для надання послуг в рамках ПМГ. Державне фінансування ПМД стало пріоритетним.

Було застосовано принцип «гроші йдуть за пацієнтом». Ключових досягнень було кілька:

- Починаючи з квітня 2018 року по травень 2019 року 27,6 мільйона (понад 65%) жителів України підписали декларації (zareestruvalisia) з лікарями первинної ланки.
- З червня 2018 року по травень 2019 року НСЗУ уклала договори з 1 276 закладами охорони здоров'я первинної ланки, включаючи 1 024 державних та 131 приватний заклад та 121 індивідуальну практику (сімейних лікарів) для надання гарантованого пакету послуг ПМД населенню, яке підписало декларації.
- Загалом 1 024 державних надавачів ПМД послуг стали незалежними юридичними особами з управлінською та фінансовою автономією, що, за даними НСЗУ, становить 97% від усіх муніципальних медичних закладів ПМД у країні.

- Пакет послуг ПМД та формула оплати є чітко визначеними; уніфіковані ставки/тарифи встановлені на належному рівні, та нові стимули для надавачів ПМД впроваджені через капітаційний метод оплати.

- З 1 квітня 2019 року НСЗУ здійснює адміністрування урядової програми «Доступні ліки». З моменту впровадження Програми НСЗУ уклала контракти з 1 000 аптек, включаючи 573 приватні аптеки; лікарі ПМД виписали понад 2,3 мільйона рецептів, при цьому аптеки видали пацієнтам ліки за 1,7 мільйона рецептів.

НСЗУ розбудовує необхідний потенціал, щоб стати стратегічним замовником послуг охорони здоров'я, розвиваючи свої основні функції та системи. До них відносяться системи цифрової обробки, такі як електронне укладання договорів, електронна реєстрація пацієнтів/декларацій, електронний рецепт, інформаційні панелі, які оновлюються в режимі реального часу на веб-сайті НСЗУ.

Правила охоплення послугами та підписання декларацій визначені в Законі №2168. Всі жителі України мають право доступу до послуг ПМД в межах програми медичних гарантій. Крім того, вони мають право вибору лікаря ПМД незалежно від місця проживання. Громадяни мають підтвердити свій вибір офіційною реєстрацією, шляхом підписання «Декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу». Відповідно до наказу МОЗ №503 від 2018 року, пацієнт має право змінити лікаря ПМД у будь-який час, але він зобов'язаний підписати нову декларацію і скасувати дію попередньої. Підписання декларацій з двома або більше лікарями одночасно не дозволяється.

Пацієнти, які не обрали лікаря та мають невідкладну ситуацію, мають право безкоштовно отримувати послуги ПМД у державних закладах охорони здоров'я. Таких пацієнтів необхідно поінформувати про політику вільного вибору та порадити обрати лікаря ПМД. Загальна кількість декларацій у лікаря ПМД має бути в межах рекомендованої оптимальної

кількості пацієнтів відповідно до спеціальності ПМД (сімейний лікар, педіатр та терапевт).

Послуги ПМД, що включено до ПМГ, визначено наказом МОЗ № 50426 як набір 17 видів консультацій та інтервенцій на рівні ПМД та восьми видів лабораторних і діагностичних обстежень. Ці послуги включають діагностику та лікування звичайних і хронічних станів, профілактичний скринінг та вакцинацію, вагітність та догляд за дітьми, а також певні види невідкладної та паліативної допомоги. Лабораторні та інструментальні діагностичні дослідження включають загальний аналіз крові з обрахунком лейкоцитів; загальний аналіз сечі; глюкозу крові; загальний холестерин; вимірювання артеріального тиску; електрокардіограму; вимірювання ваги, зросту і об'єм талії; а також експрес-тести на вагітність, тропоніни (для діагностики інфарктів), ВІЛ та вірусний гепатит.

НСЗУ також адмініструє урядову програму реімбурсації «Доступні ліки». Дана програма була запроваджена у 2017 році для зменшення фінансового тягаря та підвищення доступності лікарських засобів для амбулаторних пацієнтів, що страждають на серцевосудинні захворювання, бронхіальну астму і цукровий діабет 2 типу. Перелік лікарських засобів для амбулаторного вживання містить 258 лікарських засобів, 64 з яких можна отримати безкоштовно, інші – з невеликою доплатою. Постанова Кабінету Міністрів чи Наказ МОЗ №18027 визначає порядок призначення, надання та реімбурсації цих лікарських засобів.

Лікарські засоби для амбулаторного застосування при інших станах не включено до пакету гарантованих послуг і є повністю платними для пацієнтів. Лікарі ПМД мають право призначати лікарські засоби пацієнтам, з якими мають підписану декларацію.

НСЗУ уклала договори з 1 000 аптек (у тому числі 573 приватні аптеки), які видають лікарські засоби пацієнтам та отримують відшкодування від НСЗУ. За перші два місяці лікарі ПМД видали понад 2,3 мільйона рецептів; 1,7 мільйона з них було відпущено аптеками та видано пацієнтам.

Загалом НСЗУ відшкодувала аптекам 79 мільйонів гривень за лікарські засоби. Щоб спростити призначення, надання та відшкодування ліків був запроваджений спеціальний модуль у системі електронного здоров'я (електронний рецепт).

Стандарти якості ПМД не є чітко визначеними. Міністерство охорони здоров'я підтримує деякі ініціативи, спрямовані на покращення якості послуг ПМД. Сюди входить співпраця з Фінським медично-науковим товариством Duodecim та адаптація ключових клінічних рекомендацій щодо надання послуг у сфері ПМД, а також співпраця з Проектом USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» щодо розвитку 15 закладів ПМД, які в подальшому стануть центрами передового досвіду.

Не визначено функції НСЗУ щодо забезпечення якості. Наразі триває розробка системи медичного аудиту. В даний час НСЗУ здійснює моніторинг бази даних електронних рецептів та декларацій на предмет можливого шахрайства та обману; внутрішній аудит даних надавачів послуг ПМД або моніторинг якості обслуговування ще не проводяться, оскільки НСЗУ ще не набрала достатньо персоналу та не створила регіональні відділення (про що йдеться у Розділі 2 щодо питань врядування).

Надавачі послуг ПМД, що відповідають умовам для укладення договору з НСЗУ, визначаються як державні та приватні заклади охорони здоров'я або фізичні особи (підприємці, які мають ліцензію на медичну практику). Однак, вони мають відповідати основним вимогам до обладнання та комп'ютеризації, і надавати послуги ПМД для населення, яке має з ними підписану декларацію. До спеціальностей ПМД належать сімейні лікарі, терапевти та педіатри.

Основним завданням надавачів ПМД є надання інтегрованих послуг всебічної, постійної та зорієнтованої на пацієнта первинної медичної допомоги. Надавач має задовольняти потреби населення у відновленні та збереженні здоров'я, профілактиці захворювань, зменшенні потреби в госпіталізації та покращенні якості життя.

Процес перетворення закладів охорони здоров'я на комунальні некомерційні підприємства охорони здоров'я розпочався у 2018 році. Державні надавачі ПМД змінили свій юридичний статус на незалежні медичні заклади з управлінською та фінансовою автономією. Загалом до травня 2019 року НСЗУ уклала договори з 1 024 державними закладами та зі 131 приватним центром ПМД, а також зі 121 індивідуальною сімейною практикою (сімейним лікарем). В даний час послуги ПМД надають 22 020 лікарів, у тому числі 14 516 лікарів сімейної медицини, 4 241 педіатр та 3 308 терапевтів, які працюють у 6 320 місцях надання ПМД у складі 1 276 закладів ПМД, законтракованих НСЗУ. Середній показник зареєстрованих пацієнтів складає 4 372 пацієнта на практику та 1 255 пацієнтів на одного лікаря ПМД.

Формально лікарі ПМД повинні діяти як «воротарі». Але на практиці на даному етапі реформи направлення на вторинну амбулаторну та стаціонарну допомогу не завжди потрібні. Однак, функція «воротаря» насправді має працювати, особливо, коли розпочнеться госпітальна реформа.

Надавачі послуг ПМД, з якими НСЗУ уклала договори, отримують бюджет на основі капітаційної ставки. Капітаційна формула чітко визначена і ґрунтується на активній реєстрації (підписанні декларацій), уніфікованій капітаційній ставці та наборі вікових і географічних коригувальних коефіцієнтів. Бюджет на основі капітаційного підходу має на меті покриття статей витрат, таких як персонал, лікарські засоби, медичні вироби та адміністративні витрати. Комунальні послуги та капітальні витрати до капітаційної ставки не включено. Відповідно до Бюджетного кодексу, витрати на комунальні послуги повинні покриватися за рахунок місцевих бюджетів, але джерела для покриття капітальних витрат не визначені. Надавачі послуг ПМД отримують щомісячний капітаційний бюджет на свої банківські рахунки та можуть гнучко розпоряджатися цими коштами відповідно до своїх потреб.

Політика підписання декларацій на рівні ПМД набула чинності у квітні 2018 року та впроваджувалася під час перехідного періоду паралельно

з укладанням договорів з надавачами. Протягом 2018 року НСЗУ уклала договори та фінансувала надавачів послуг ПМД на основі активного підписання декларацій (зелені списки), а Міністерство охорони здоров'я продовжувало фінансувати інших надавачів послуг ПМД через національну субвенцію для населення, що адміністративно закріплене за надавачами послуг ПМД (червоні списки). З 1 квітня 2019 року державна субвенція для ПМД була скасована, і НСЗУ перетворилася на єдиного замовника (див. Таблицю 1).

Таблиця 1

Модель фінансування ПМД в Україні у 2018-2019 роках

Рік	Державний бюджет – НСЗУ	Державний бюджет – Міністерство фінансів/ Міністерство охорони здоров'я	Місцеві бюджети
Перехідна модель 2018 року	Капітаційна оплата на основі активного підписання декларацій (зелений список), уніфікованої базової ставки (370 гривень) та вікових коефіцієнтів (0-5, 6-17, 18-39, 40-64, 65+ років), а також коригувальних коефіцієнтів для надавачів, які розташовані у гірських населених пунктах.	Субвенція з державного бюджету на основі капітаційної ставки в розмірі 270 гривень, яка не коригується, та кількості населення, що історично/ адміністративно закріплене за закладом ПМД (червоний список).	Витрати на комунальні послуги – обов'язкові за Бюджетним кодексом; додаткове фінансування за рішенням органів місцевого самоврядування.
2019	Капітаційна оплата на основі активного підписання декларацій (зелений список), уніфікованої базової ставки (370 гривень) та вікових коефіцієнтів (0-5, 6-17, 18-39, 40-64, 65+ років), а також коригувальних коефіцієнтів для надавачів, які розташовані у гірських населених пунктах; остаточна оплата може бути зменшена на 20-80% відповідно до кількості понадлімітних декларацій (110-150% від максимального обсягу/рекомендованої кількості декларацій).	Н/Д	Витрати на комунальні послуги – обов'язкові за Бюджетним кодексом; додаткове фінансування за рішенням органів місцевого самоврядування.

Формула капітаційної ставки була цілеспрямовано зроблена зрозумілою і простою. Вона є наступною:

Бюджет ПМД закладу = базова ставка * кількість населення, що підписало декларації * коригувальні коефіцієнти

Базова ставка або уніфікована капітаційна ставка була встановлена на рівні 370 гривень у 2018 році, та залишається такою ж у 2019 році.

Кількість населення, що підписало декларації – загальна кількість населення, яке зареєстроване за закладом ПМД, що визначається як сума осіб з підписаними деклараціями у кожного лікаря ПМД у закладі ПМД. Кількість розраховується автоматично на рівні НСЗУ на основі підписаних електронних декларацій. Паперові списки у платіжній системі не застосовуються.

Коригувальні коефіцієнти – це базова ставка, що скоригована на п'ять вікових груп та на коефіцієнт за місцем проживання (Табл.2).

Таблиця 2

Вікові та географічні коефіцієнти для капітаційної формули

Вікова група (роки)	Місце проживання	Базова ставка (у гривнях)	Віковий коефіцієнт	Коефіцієнт місця проживання	Капітаційна ставка (у гривнях)
0-5	Низовина	370	4	1	1480
	Гірська місцевість			1,25	1850
6-17	Низовина		2,2	1	814
	Гірська місцевість			1,25	1017,5
18-39	Низовина		1	1	370
	Гірська місцевість			1,25	462,5
40-64	Низовина		1,2	1	444
	Гірська місцевість			1,25	555
65+	Низовина		2	1	740
	Гірська місцевість				925

Джерело даних: НСЗУ.

У 2019 році НСЗУ запровадила додаткові коефіцієнти для проведення коригування остаточних виплат щоб врахувати рекомендовану

кількість декларації на одного спеціаліста ПМД – ліміт кількості декларацій (Табл. 3). Оптимальний обсяг практики ПМД складає: 1 800 декларацій на сімейного лікаря, 2 000 дорослих на терапевта, і 900 дітей на педіатра. Надавачам виплачується знижена капітаційна ставка за пацієнтів, що перевищують ліміт в 110% від рекомендованого обсягу, який вважається оптимальним обсягом практики ПМД. Надавачам не оплачуються пацієнти, які перевищують ліміт в 150%.

Таблиця 3

Ліміт кількості декларацій для коригування капітаційної виплати

Ліміти кількості декларацій	Коефіцієнт, що застосовується до базової ставки
Від 100% до 110% від рекомендованого ліміту пацієнтів	1
Від 110% до 120%	0,8
Від 120% до 130%	0,6
Від 130% до 140%	0,4
Від 140% до 150%	0,2
Понад 150%	0

НСЗУ зараз перебуває в процесі розробки інтегрованої інформаційної систем охорони здоров'я для загального управління, надання послуг, моніторингу надавачів та забезпечення якості. Передбачається, що національна система електронного здоров'я підтримуватиме НСЗУ у виконанні її закупівельних функцій, таких як укладання договорів, фінансування, контроль якості та моніторинг показників роботи надавачів. Усі надавачі послуг ПМД, які законтрактовані НСЗУ, зобов'язані мати інформаційні технологічні спроможності (комп'ютери та надійні Інтернет-сервіси) та використовувати комп'ютерну мережу для полегшення завдань управління, включаючи укладання електронних декларацій, електронне укладання договорів та електронні призначення (рецепти).

1.3. Організація і проведення торгів за проектами

Поняття закупівлі й контракту. Для виконання робіт з проекту керівникові і команді управління проектом потрібно наймати інших менеджерів і компанії, які постачатимуть продукти і послуги для їхнього проекту. Якщо постачальником виступає підрозділ тієї ж компанії (тобто постачальник є внутрішнім), то всі процеси, не виконуються. Таке часто трапляється в дослідницьких проектах і проектах по розробці (нові вироби, технології), коли організація не зацікавлена в передчасному розповсюдженні технічної інформації по проекту. Також це відноситься до невеликих внутрішніх проектів, коли затрати на пошук зовнішніх ресурсів і управління процесом їх закупівлі перевищують можливі вигоди.

Але тепер все більша кількість проектів працює з зовнішніми постачальниками і співпрацюють з ними командами, із зрозумілими цілями і очікуваними результатами. Коли в процесі закупівлі учасники проекту і постачальники працюють як команда, вони виграють, а проект виграє вдвічі.

Закупівлі — це придбання в постачальників робіт, товарів або послуг для проекту за найвигіднішою ціною.

У світовій практиці розрізняють такі види закупівель:

- закупівля робіт (Procurement of Works);
- закупівля товарів (Procurement of Goods);
- закупівля послуг (Procurement of Services);
- закупівля обладнання (Procurement of Equipment);
- закупівля консультацій (Procurement of Consultants).

В Україні згідно з «Положенням про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти» закупівлі стосуються послуг, робіт та товарів.

Послуги — будь-яка закупівля, крім товарів і робіт, включаючи підготовку спеціалістів, забезпечення транспортними засобами та засобами зв'язку, освоєння технологій, наукові дослідження, медичне та побутове обслуговування, поточний ремонт, а також консультаційні послуги. До консультаційних послуг належать послуги, пов'язані з консультуванням, експертизою, оцінкою, підготовкою висновків і рекомендацій.

Роботи — будь-яка діяльність, пов'язана з проектуванням, будівництвом нових, розширенням, реконструкцією, капітальним ремонтом та реставрацією існуючих об'єктів і споруд виробничого та невиробничого призначення, технічним оснащенням діючих підприємств, а також супровідні послуги, у тому числі геодезичні роботи, буріння, сейсмічні дослідження, аеро- і супутникова фотозйомка та інші, якщо вартість виконання зазначених послуг не перевищує вартості самого будівництва.

Товари — продукція, об'єкти будь-якого виду та призначення, у тому числі сировина, вироби, устаткування, технології, предмети у твердому, рідкому, газоподібному стані, включаючи електроенергію, а також послуги, пов'язані з поставкою товарів, якщо їх вартість не перевищує вартості самих товарів.

Консультаційні послуги — послуги інтелектуального або консультаційного характеру, що надаються індивідуальними консультантами або консультаційними фірмами, які мають необхідні спеціалізовані професійні знання, досвід і відповідну кваліфікацію.

Слід зазначити, що часто виникає плутанина з термінами «постачання» і «закупівля», але слід пам'ятати, що закупівлю здійснює команда матеріально-технічного забезпечення проекту, а постачання — постачальник.

Постачальник (supplier) — організація або особа, що надає продукцію для проекту.

Постачальником може виступати виробник, підприємство роздрібної торгівлі або продавець продукції, виконавець послуги, постачальник інформації. Постачальник може бути внутрішнім або зовнішнім по відношенню до організації, де реалізується проект. У контрактній ситуації постачальника інколи називають «підрядником» або «субпідрядником», якщо роботи стосуються проектування. Оскільки основна мета процесу закупівель в проекті — забезпечення надходження товарів, робіт та послуг згідно з планом проекту, його можна поділити на дві основні частини:

- 1) закупівля;
- 2) постачання на місце проведення робіт проекту.

Дії по придбання робіт, товарів і послуг, що постачаються іншими організаціями, повинні відповідати формальним вимогам. Постачальники повинні чітко знати:

- що від них очікують;
- як організація-одержувач здійснює контроль;
- у чому полягають зобов'язання кожної сторони.

Закупівлі проводяться командою матеріально-технічного постачання, що може бути частиною проекту, програми або постійної організації. Команда матеріально-технічного постачання має свою власну стратегію й виробничий процес.

У співробітництві з менеджерами проекту або програми члени команди здійснюють такі дії:

- визначають потенційних постачальників;
- ознайомлюються з розцінками;
- проводять тендер;
- вибирають постачальника;
- проводять переговори з метою укладення довгострокової угоди з постачальниками;
- укладають контракт;

– мінімізують витрати на зберігання шляхом доставки «точно в термін».

Якщо організація є громадською установою, то варто впевнитися, що її дії відповідають закону про проведення закупівель робіт, товарів або послуг. У випадку виникнення проблем керівникам проекту варто знайти рішення шляхом переговорів з постачальниками.

Домовленості між покупцем (відповідальними особами за матеріально-технічне постачання з команди управління проектом) та постачальником (продавцем) набувають юридичної сили після підписання контракту.

Контракт — це юридична угода між двома або більше сторонами, що зобов'язує їх виконувати роботи або поставляти товари й послуги відповідно до застережених умов.

Контракт може бути укладений у формі усної угоди або документа, підписаного сторонами — учасниками.

Контрактор — сторона або учасник проекту, що вступає у відносини з замовником і що бере на себе відповідальність за виконання робіт з контракту з метою одержання максимально можливого прибутку.

Зазвичай в контракт входять пункти про штрафні санкції за недотримання умов договору. У більших проектах призначаються генеральні підрядники, які укладають субконтракти з іншими постачальниками. Відповідальність за дотримання умов поставок субпідрядниками покладається на генерального підрядника.

Ціль контрактної угоди — контроль над дотриманням формальних вимог до контракту й, після підписання угоди, керування контрактом під час життєвого циклу проекту.

Складанням контракту й дотриманням формальних вимог з урахуванням інтересів різних сторін, залучених у проект, а також судовими позовами про відмову від сплати боргу клієнтом або постачальником, зазвичай займається юридичний відділ організації. Згідно з РМВОК в процесі

закупівель у проекті існує шість кроків, які для успіху проекту повинні бути обов'язково виконані (рис. 1).



Рисунок 1. Складові частини процесу закупок у проектах

1. Планування закупівель (Procurement planning): визначається, що слід закуповувати і коли.
2. Планування запиту пропозицій (Solicitation planning): документуються вимоги до продукту (послуги), що закуповується та ідентифікуються потенційні джерела постачання.
3. Запит пропозицій продавців (Solicitation): отримуються пропозиції, квоти, розцінки від продавців.
4. Відбір продавців (Source selection): вибір серед потенційних продавців.
5. Адміністрування контрактів (Contract administration): управління зв'язками з продавцями.
6. Закриття контрактів (Contract close-out): завершення і розрахунок за контрактом. Розглянемо детальніше кожний з цих етапів процесу.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

1. В роботі проведено дослідження тенденцій змін в управлінні проектами державних закупок медичних препаратів. У 2019 році Міністерство охорони здоров'я України звернулося до Програми розвитку ООН в Україні (ПРООН) та інших міжнародних партнерів (зокрема, ЮНІСЕФ та компанії Crown Agents) з проханням підтримати процес державних закупівель медичних препаратів.

2. Результатом проведеного аналізу встановлено, що згідно з договором, підписаним між Міністерством і ПРООН, Україна має закуповувати медикаменти через міжнародні організації, включно з ПРООН, як тимчасове рішення до 2025 року.

3. Очікується, що ПРООН в Україні у співпраці з Міністерством охорони здоров'я розробить електронну систему управління запасами лікарських засобів та медичних виробів. Ця система допоможе вдосконалити процес національних закупівель і сприятиме тому, аби він був передбачуваним і плановим на національному та місцевому рівнях.

4. Передбачається, що національна система електронного здоров'я підтримуватиме НСЗУ у виконанні її закупівельних функцій, таких як укладання договорів, фінансування, контроль якості та моніторинг показників роботи надавачів. Усі надавачі послуг ПМД, які законтрактовані НСЗУ, зобов'язані мати інформаційні технологічні спроможності (комп'ютери та надійні Інтернет-сервіси) та використовувати комп'ютерну мережу для полегшення завдань управління.

5. Теоретично обґрунтовано організацію проведення торгів за проектами. Для виконання робіт з проекту керівникові і команді управління проектом потрібно створювати проектну команду для управління проектом закупок.

РОЗДІЛ 2

ПРОЕКТНИЙ АНАЛІЗ СИСТЕМИ ЗАКУПОК В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Аналіз стратегічних закупок для первинної медичної допомоги

З успішним впровадженням контрактування на первинній ланці у 2019 році національна служба здоров'я України (НСЗУ) розпочала розробку механізмів розширення функції закупівель для охоплення стаціонарних, спеціалізованих амбулаторних, екстрених та інших видів медичних послуг, які будуть включені до державної програми медичних гарантій. У 2019 році розпочато підготовку до закупівлі стаціонарних та спеціалізованих амбулаторних послуг із впровадженням пілотного проекту в Миколаївській області.

Система стаціонарної медичної допомоги в Україні включає монопрофільні та загальні (багатопрофільні) лікарні, що надають допомогу на вторинному та третинному рівнях. Деякі ключові цифри, що ілюструють мережу лікарень та її ефективність, наведено в Таблиці 4.

Окрім мережі лікарень, яка підпорядковується Міністерству охорони здоров'я, надавачі послуг стаціонарної медичної допомоги існують і в паралельних структурах. Ці структури включають надавачів медичних послуг Міністерства внутрішніх справ, Служби безпеки України, окремі клініки та шпиталі, які обслуговують державних службовців, а також заклади Національної академії медичних наук України. Хоча Міністерство охорони здоров'я регулює стандарти надання стаціонарної медичної допомоги (ліцензування, клінічні протоколи, тощо), воно безпосередньо не контролює процеси планування та фінансування цих надавачів послуг.

Таблиця 4

Ключова лікарняна статистика

Індикатор	Лікарні, що підпорядковуються Міністерству охорони здоров'я
Загальна кількість закладів, що надають послуги стаціонарної медичної допомоги	1 475
Загальна кількість ліжок	285 008
Кількість ліжок на 100 000 населення	675
Показник зайнятості ліжок (%)	88%
Середня тривалість перебування (кількість днів)	11,0
Госпіталізацій на 100 населення	19,7

Джерело: Дані НСЗУ, 2018 рік.

Мережа лікарень, як правило, являє собою відносно закриту систему в межах кожного регіону. Надавачі стаціонарної медичної допомоги на регіональному рівні надають третинну медичну допомогу мешканцям певного регіону, часто дублюючи інші спроможності вторинної медичної допомоги. До таких надавачів, зазвичай, належать обласна багатoproфільна лікарня, кілька монопрофільних спеціалізованих лікарень (наприклад, кардіологічна, онкологічна, ендокринологічна, тощо), обласна дитяча лікарня, психіатрична лікарня, туберкульозна та інші монопрофільні лікарні.

Мережа вторинної медичної допомоги представлена муніципальними лікарнями, пологовими будинками та дитячими лікарнями, розташованими у великих містах країни, та центральними районними лікарнями, розташованими у кожному адміністративному районі області, які забезпечують догляд за населенням у своїх районах. Структура стаціонарної медичної допомоги представлена на Рис.2.

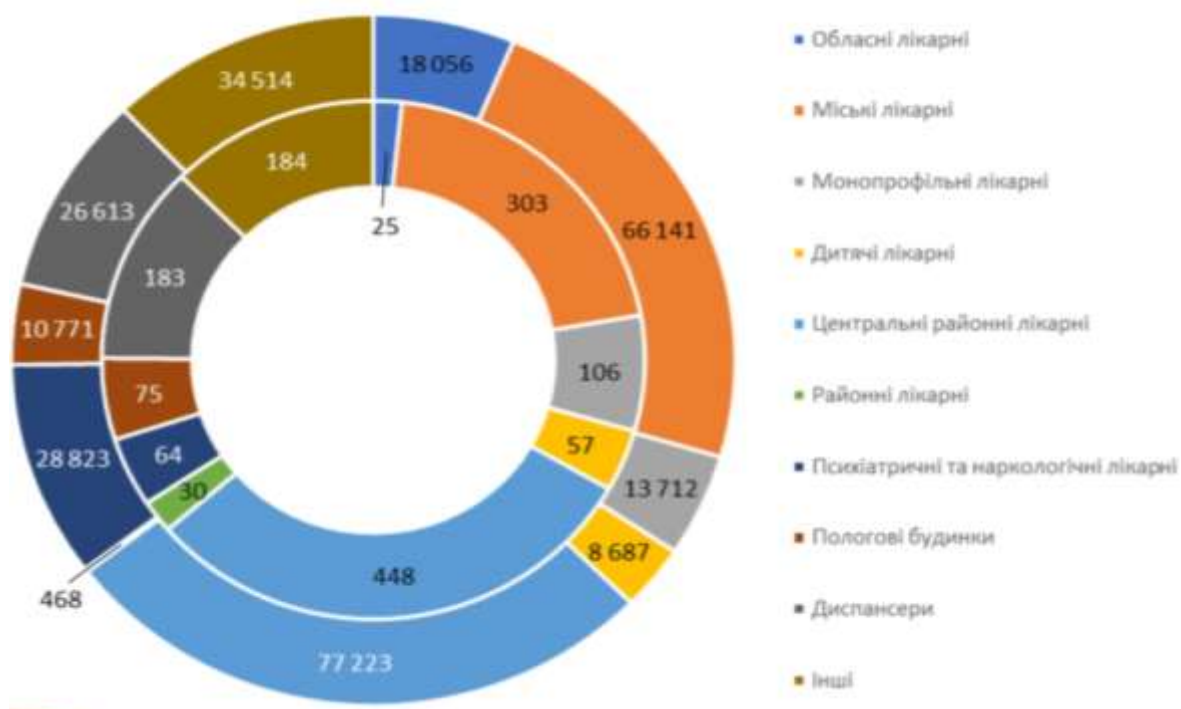


Рисунок 2. Кількість лікарень (внутрішнє коло)
та кількість ліжок (зовнішнє коло) за типом лікарні

Україна має надлишкові потужності в госпітальному секторі з майже вдвічі більшою кількістю лікарень, у порівнянні з країнами-компараторам Європейського регіону ВООЗ (наприклад, 4,2 лікарні на 100 000 населення в Україні, 2,3 – в Естонії, 2,8 – в Польщі та 2,9 – у Сполученому Королівстві). Багато лікарень є застарілими і не використовують сучасні технології в достатній мірі та мають низький потенціал для надання невідкладної допомоги в екстрених випадках, таких як інсульт та інфаркт. Також із загальної кількості лікарень близько 7% складають монопрофільні психіатричні/наркологічні заклади; 7% – це санаторно-оздоровчі заклади, і 6% – це монопрофільні туберкульозні лікарні. Таких лікарень майже не існує в країнах з більш розвиненою економікою, оскільки багато їхніх послуг можуть надаватися в умовах ПМД. Ці заклади споживають багато ресурсів у госпітальному секторі, але надають послуги невеликій кількості пацієнтів. Крім того, ці послуги можуть надаватися в альтернативних закладах.

Лікарні часто утримують ліжка та персонал, які не потрібні для надання допомоги в умовах стаціонару. В Україні співвідношення лікарняних ліжок та персоналу лікарні на 100 000 населення щонайменше на 30% вище, ніж у країнах-компараторах. Пацієнтів госпіталізують частіше (18,9 госпіталізацій на 100 населення в Україні порівняно з 15,6 – в Естонії, 12,9 – у Швеції та 12,4 – у Сполученому Королівстві),³⁹ і на триваліший час стаціонарного перебування (середня тривалість перебування в лікарні становить 11,2 дня в Україні проти 7,3 дня у Польщі, 7,6 – у Естонії та 7 днів у Сполученому Королівстві). У той же час українські лікарні пропонували більше низько-інтенсивної допомоги. Офіційна статистика показала, що 24% випадків в українських лікарнях супроводжувались хірургічним втручанням порівняно з 70% в інших країнах. Щонайменше 20% усіх стаціонарних випадків можна було лікувати амбулаторно,⁴⁰ а 57% стаціонарних ліжко-днів не можна було обґрунтувати.

На лікарні припадає 60-65% загальних державних витрат на охорону здоров'я, що і досі призводить до концентрації надання послуг в стаціонарах. За оцінкою, середня вартість лікування одного випадку в госпітальних умовах у 2017 році становила 4 315 гривень (170 доларів США). Згідно з опитуванням 2017 року, напівдобровільні «благодійні» внески пацієнтів генерують додаткові 30% бюджету стаціонарів порівняно з ресурсами, які вони отримують з державних джерел. Витрати «з кишені» пацієнтів на лікарські засоби, так звані «благодійні» внески та «подяки» лікарям, – все це впливає на вартість допомоги. Частка витрат «з кишені» пацієнта висока та зросла до 52,3% у 2016 році. Майже всі домогосподарства (93% від загальної кількості) повідомили, що платили за медичні послуги з власної «кишені» у 2017 році.

Розмір витрат «з кишені» пацієнта на лікарські засоби, що відпускаються за рецептом, значно відрізняється в різних медичних закладах, створюючи великі нерівності в плані доступності допомоги. Крім того, оціночні витрати «з кишені» пацієнта відрізняються в залежності від типу

лікарень: дослідження, проведене в Миколаївській області, виявило, що пацієнти найчастіше платять зі своєї «кишені», якщо їх госпіталізують у загальні лікарні, і вони покривають від 59% до 94% від загальної вартості ліків, які використовуються в умовах стаціонарного лікування.

В середньому витрати на оплату праці в лікарнях складають близько 80% від загальних витрат, а 5-10% усіх витрат припадає на лікарські засоби та медичні вироби. Водночас, у лікарнях третинного рівня ці пропорції відрізняються: приблизно 50% усіх витрат ідуть на оплату праці, а 20-30% витрат – на лікарські засоби та медичні вироби. Незважаючи на високу частку витрат на оплату праці у стаціонарних витратах, заробітна плата медичного персоналу низька – майже на 35% нижче зарплати українського робітника середньої кваліфікації. Така низька офіційна винагорода в секторі охорони здоров'я заохочує до широко розповсюджених витрат «з кишені» пацієнтів, призводить до відсутності прозорості та демотивації персоналу. Дослідження з відстеження державних видатків виявило, що медики вважають, що їхня зарплата за найбільш скромними оцінками становить лише 33% від очікуваного рівня.

Саме тому реструктуризація лікарень є одним з головних пріоритетів у ході реформи охорони здоров'я. Попередні механізми фінансування охорони здоров'я були, головним чином, механізмами розподілу медичної субвенції між закладами регіону відповідно до показників потужності (як то кількість ліжок та персоналу). Медична субвенція розподілялась між всіма рівнями місцевих бюджетів кожної області за формулою, що базується на чисельності наявного населення, припускаючи, що вони надаватимуть своєму населенню медичні послуги первинного, вторинного рівнів та інші необхідні медичні послуги. Такі механізми фінансування фрагментували наявні ресурси та не створили сприятливого середовища для реструктуризації.

Нові механізми фінансування передбачають, що ресурси об'єднуються на національному рівні та використовуються для укладання

договорів з надавачами послуг у межах існуючого бюджету. Отже, нові механізми оплати послуг надавача створюють можливість комплексно підходити до закупівлі стаціонарних послуг та впроваджувати їх разом з реструктуризацією мережі лікарень. Надлишкову лікарняну інфраструктуру необхідно перепрофілювати та розвантажити наявні ресурси, що має створити простір для зниження витрат «з кишені» пацієнтів на стаціонарні послуги, та покращити фінансовий захист населення.

2.2. Аналіз проекту пілотних закупок послуг стаціонарної медичної допомоги

Пілотні закупівлі послуг стаціонарної медичної допомоги розпочалися у квітні 2019 року та охопили 48 лікарень Миколаївської області. Цей регіон було обрано через його готовність брати участь у пілотному проекті та наявність потужних звітних систем на рівні надавачів послуг. Миколаївська область була добре підготовленою до запуску пілотного проекту: всі лікарні в регіоні отримали статус некомерційних підприємств (автономія надавачів), внесли в базу даних історичні дані про кількість пролікованих випадків у стаціонарах та провели аналіз витрат, пов'язаних з наданням стаціонарної медичної допомоги, за методикою, затвердженою Кабінетом Міністрів України у 2017 році.

Пілотні закупівлі стаціонарних послуг в Миколаївській області охоплюють порівняно невелику частку (3,4%) лікарень в Україні. Пілотний проект було розгорнуто у всьому регіоні з населенням 1 439 000 осіб (2017 р.), та до проекту було залучено багатoproфільні лікарні усіх рівнів за невеликими винятками. Монопрофільні лікарні, такі як туберкульозні, психіатричні та онкологічні лікарні, а також лікарні для ветеранів війни, не були включені до пілотного проекту. Договори з лікарнями охоплюють як спеціалізовані стаціонарні, так і амбулаторні медичні послуги.

Контрактування стаціонарної допомоги здійснюється з використанням поєднання глобального бюджету та механізму оплати за

пролікований випадок. Частка глобального бюджету становить 60%, і вона визначається на підставі історичного бюджету лікарні за минулий рік. Оплата за пролікований випадок була розроблена для 50 груп; включення пролікованих випадків до відповідної ДСГ здійснюється на основі кодів Міжнародної класифікації хвороб Десятого перегляду (МКХ-10), та за наявності коду медичних процедур (послуг) та хірургічних операцій. Для кожного надавача визначається очікувана складність випадків за ДСГ.

Звітність готується регулярно, а дані щодо кожного пролікованого випадку у кожному закладі надаються НСЗУ в форматі Excel. Групування відбувається автоматично, виходячи з логіки, яка визначена наказом Міністерства охорони здоров'я. Виплати здійснюються щомісяця, що складає 60% фіксованої частини від узгоджених асигнувань та 40% змінної частки, яка визначається фактичною кількістю пролікованих випадків та присвоєними коефіцієнтами кожній ДСГ. Граничні суми оплати узгоджуються в договорах між замовником і надавачем послуг для фіксованої (глобальна ставка) та змінної (оплата за пролікований випадок) частини щомісячних платежів. Заходи щодо контролю ризиків перевищення бюджету визначені в регламенті пілотного проекту та базуються на «принципі нейтральності бюджету», який включає в себе наступне: коригування базової ставки, використання коефіцієнту рівня стаціонару та контроль обсягів.

Мета пілотного проекту – оцінити готовність лікарень до отримання оплати за кількість наданих медичних послуг та вивчити реакцію лікарень на нові методи оплати. Пілот також допоможе розробити та протестувати операційні процедури та документообіг у новій платіжній системі, дозволить посилити потенціал НСЗУ з точки зору проведення стратегічних закупівель стаціонарної допомоги до того, як вони будуть запроваджені в масштабах всієї країни, а також створить систему моніторингу і раннього реагування на можливі ризики надмірного надання послуг надавачами. Пілот допоможе зрозуміти потенційні наслідки для

надавачів стаціонарної допомоги, такі як недостатнє або надмірне надання послуг, очікувана раціоналізація стаціонарних спроможностей, ризики та вигоди, пов'язані з новими механізмами оплати, з точки зору замовника, надавачів та споживачів стаціонарної медичної допомоги.

2.3. Аналіз системи планування закупок для стаціонарної медичної допомоги

Міністерство охорони здоров'я та НСЗУ активно готуються до запуску загальнодержавних закупівель послуг стаціонарної медичної допомоги. Цей рік (2020) має вирішальне значення для визначення критеріїв укладання договорів з надавачами стаціонарної допомоги. На основі доопрацьованих критеріїв, НСЗУ може ініціювати закупівлю послуг у всіх надавачів стаціонарної допомоги, які відповідатимуть певним вимогам, визначеним у пакетах медичних послуг (наприклад, терапія, хірургічна допомога дорослим та дітям, педіатрія, гострий інфаркт міокарда, інсульт, медична допомога при пологах та неонатальних станах). Міністерство охорони здоров'я працює над довгостроковим баченням моделі надання послуг та майстер-планом трансформації стаціонарної допомоги.

Деякі стаціонарні послуги (медична допомога при гострому інфаркті міокарда, інсульті, пологах та догляду за новонародженими) обрано для пріоритетного впровадження та модернізації. Стаціонарне лікування пріоритетних станів буде профінансовано належним чином, а для модернізації надання медичної допомоги та розбудови спроможностей медичного персоналу, залученого до надання таких послуг, передбачені додаткові інвестиції.

Уряд планує перейти на оплату за пролікований випадок, поступово зменшуючи частку глобального бюджету у виплатах надавачам стаціонарних послуг. Основою для оплати стаціонарних послуг стануть ДСГ, які будуть розроблені для України за австралійською моделлю. Україна слідує прикладу інших країн, що впроваджують цю модель, таких як Хорватія, Ірландія,

Північна Македонія, Республіка Молдова, Румунія тощо. На сьогоднішній день, класифікації, які необхідні для групування на базі австралійського підходу, перекладені та доступні українською мовою; проведено тренінги для персоналу 103 лікарень з питань кодування та використання системи ДСГ, а Міністерство охорони здоров'я та НСЗУ обговорюють потенційне масштабування тренінгів для інших лікарень. Укладання договорів щодо лікування специфічних захворювань, яке традиційно здійснюється в монопрофільних лікарнях (наприклад, заклади для лікування ВІЛ, туберкульозу чи психіатричні заклади), проводитиметься на основі глобального бюджету, і один контракт охоплюватиме всі заклади однієї спеціалізації в одному регіоні.

Початкові етапи укладання договорів можуть базуватися на спрощених ДСГ. Фінансування медичних послуг на основі ДСГ базуватиметься на визначеній базовій ставці, яка буде стандартною для всіх стаціонарів країни, визначених для кожної групи пролікованих випадків вагових коефіцієнтах, що ґрунтуються на прикладі інших країн, а також адаптованих розрахунках витрат, що отримано для трьох регіонів країни. Планується, що платежі будуть базуватися на загальнодержавних стандартних тарифах.

Для ефективного контракування стаціонарів з боку НСЗУ всім надавачам послуг необхідно отримати новий статус комунальних некомерційних підприємств (автономія лікарні). Станом на лютий 2019 року новий статус отримали 324 лікарні або 27% від загальної кількості. Автономія надавачів послуг змінює правила роботи для надавачів: вона вимагає, щоб лікарні керувались у своїй діяльності Господарським кодексом України та використовували нові фінансові правила (наприклад, змінені підходи до фінансового планування), а також встановлює нові правила щодо договірних відносин з працівниками (наприклад, вимагає від лікарень узгодити умови колективних договорів з працівниками). Це також дає більшу гнучкість для вирішення питань ефективності та покращення надання послуг.

Для стимулювання реструктуризації та модернізації стаціонарних спроможностей було реалізовано декілька підходів, включаючи визначення госпітальних округів, мінімальних вимог до медзакладів, що надають інтенсивну допомогу, та підвищення вступних вимог до студентів медичних університетів. Госпітальні округи орієнтуються на більші групи населення (надання допомоги 120 000 або більше осіб для багатoproфільних лікарень інтенсивного лікування I рівня, та 200 000 і більше осіб для багатoproфільних лікарень інтенсивного лікування II рівня) при плануванні та організації стаціонарної допомоги.

Вимоги щодо об'єму надання послуг лікарнями I та II рівня визначають обсяг надання вторинної медичної допомоги, який мають забезпечувати багатoproфільні лікарні інтенсивного лікування, та індикативний мінімальний обсяг допомоги пацієнтам з томографічно верифікованим діагнозом мозкового інсульту для багатoproфільних лікарень інтенсивного лікування II рівня, що становить не менше 400 випадків на рік.

Для регулювання кількості та якості тренінгів для медичного персоналу Міністерство охорони здоров'я запровадило кілька нормативно-правових актів. Підвищені вступні вимоги до студентів-медиків мають на меті покращити якість випускників медичних університетів та зменшити неконтрольований вхід до складу медичних кадрових ресурсів/ спеціалістів, які навчаються в медичних університетах на контрактній основі (дві третини всіх студентів), та мають вільний вибір вибору спеціальності. Останнє положення вже зменшило кількість студентів, яких зараховано до медичних університетів у 2018 році. Міністерство охорони здоров'я працює над подоланням формальної неефективності післядипломної освіти.

Швидке впровадження нових механізмів оплати ПМД та підвищення заробітної плати медичного персоналу, який надає первинну медичну допомогу, призвели до очікувань швидкої та ефективної реалізації реформи оплат на рівні стаціонарів. Надавачі послуг прагнуть дізнатися деталі нових підходів до оплати та вступити в договірні відносини з НСЗУ.

Очікувані результати нових механізмів оплати – це збільшення доходів стаціонарів на основі обсягу та складності наданої допомоги, а отже, і збільшення зарплати працівників стаціонару.

2.4. Аналіз закупок послуг амбулаторної вторинної медичної допомоги

Амбулаторна вторинна медична допомога, в основному, організована у вигляді поліклінік в структурі стаціонарних лікарень (1 085), у вигляді окремих поліклінік (459 закладів, що часто розташовані у великих містах), або у вигляді однопрофільних закладів (423 заклади, у тому числі 179 стоматологічні поліклініки). Більше половини всіх лікарів (55%) працюють в амбулаторних відділеннях стаціонарів, в поліклініках або амбулаторних відділеннях диспансерів. Лікарі майже всіх спеціальностей надають амбулаторну допомогу з деякими винятками (наприклад, кардіо та торакальні хірурги, нейрохірурги, анестезіологи, радіологи, неонатологи та судово-медичні експерти в основному працюють у стаціонарах).

Пацієнти можуть звертатися до лікарів вторинного рівня напряму. Такий механізм звернень обмежує потенціал та обсяг надання медичної допомоги на первинному рівні. Відповідно до законодавства, поліклініки мають право стягувати плату за консультації, що надаються пацієнтам без направлення.

Незважаючи на наявність великої стаціонарної інфраструктури, хірургічна активність лікарень є низькою: в середньому в 2019 році кількість хірургічних процедур на 100 000 населення становила 5 408 в Україні порівняно з 9 684 в Естонії та 10 759 в Іспанії. В середньому, в Україні припадало 55 операцій на одного лікаря хірургічної спеціальності порівняно з 76 – в Естонії та 99 – в Іспанії. Амбулаторні операції та процедури не складають найбільшу частину амбулаторної допомоги. На сьогодні, такі процедури, як хірургія катаракти, тонзилектомія та пластика грижі, в основному здійснюються в стаціонарних умовах.

Міністерство охорони здоров'я планувало ініціювати механізм оплати за послугу для амбулаторної спеціалізованої допомоги. Наміром цього було закупити консультацію чи діагностичну процедуру, яка була б гарантована всім пацієнтам, що отримали направлення від свого лікаря первинної медичної допомоги, як безоплатна. Однак перелік цих амбулаторних процедур був обмеженим, що створювало хибний стимул для надавачів цих процедур зосереджуватися лише на визначених послугах та надавати більшу кількість таких оплачуваних послуг, шукаючи більшого доходу. Ці ризики та недостатня кількість ресурсів для закупівлі амбулаторної спеціалізованої допомоги стали основними причинами відкладення загальнодержавної закупівлі таких послуг на 2019 рік. Плани на 2022 рік окреслюють визначений набір процедур (гістероскопія, колоноскопія, гастроскопія, бронхоскопія та цистоскопія), які будуть відшкодовані надавачам на основі оплати за послугу для стимулювання амбулаторного надання цих послуг.

У пілотному проєкті в Миколаївській області договори зі стаціонарами охоплюють також амбулаторну спеціалізовану допомогу. Механізм оплати був визначений на основі глобального бюджету, розрахованого на базі історичних даних про витрати на агреговані послуги за період квітень-грудень 2019 року, з рівними щомісячними виплатами. Капітаційні ставки не коригуються в залежності від віку або статі, але є вищими за капітаційні ставки, визначені для ПМД.

2.5. Аналіз закупок для екстреної медичної допомоги

Центри екстреної медичної допомоги є у кожному регіоні України та мають мережу станцій з постійними та тимчасовими підстанціями, розміщеними зручним чином для охоплення населення у кожному регіоні. Обласні центри екстреної медичної допомоги мають централізовані або децентралізовані диспетчерські відділення, які керують автомобілями

швидкої медичної допомоги та реагують на виклики швидкої допомоги у своєму районі обслуговування. Децентралізована модель призводить до фрагментації ресурсів та дублювання послуг, і поступово впроваджується централізована модель. Фактична кількість автомобілів швидкої допомоги в службі екстреної медичної допомоги (ЕМД) становить 3 118 машин швидкої допомоги (0,7 на 10 000 населення проти нормативних 1 на 10 000 населення), але подальше уточнення алгоритмів та маршрутів ЕМД може зменшити фактичну потребу в машинах швидкої допомоги.

На даний момент ЕМД фінансується в основному за рахунок медичної субвенції, яка виділяється з центрального бюджету (5 мільярдів гривень у 2018 році), а додаткові 20% коштів виділяються на фінансування ЕМД з місцевих бюджетів. Диспетчерські центри ЕМД в Україні щорічно отримують 9 465 137 викликів (2 232 на 10 000 населення) та здійснюють виїзди на 8 400 770 викликів (1 981 на 10 000 населення). Кількість отриманих викликів в Україні вдвічі більша, ніж у скандинавських країнах, а кількість виїздів у 4-5 разів більша, ніж у країнах-компараторах. У той же час, лише 24% викликів, отриманих ЕМД, потребують транспортування до лікарні проти, приблизно, 60% у країнах-компараторах. Система ЕМД в Україні використовує підхід «пролікував та відпустив», який є поширеним у країнах пострадянського простору, і може свідчити про те, що ЕМД надає деякі послуги первинної медичної допомоги, які інакше є недоступними. Результати лікування пацієнтів, яким надано допомогу службою ЕМД та залишено їх вдома, невідомі. Поточна реформа ЕМД повинна зосереджуватись на наданні допомоги в реальних надзвичайних ситуаціях, а не наданні інших видів догляду за станами, що не є загрозливими для життя.

У 2019 році Міністерство охорони здоров'я ініціювало трансформацію ЕМД та виділило майже 1 мільярд гривень додаткового фінансування для впровадження реформ ЕМД. Для пілотування реформ ЕМД було визначено шість регіонів (Донецька, Одеська, Полтавська, Тернопільська та Вінницька області та місто Київ). Ці регіони придбають

нові машини швидкої допомоги та обладнання. Вони вдосконалять диспетчерську систему екстреної медичної допомоги, запровадивши протоколи пріоритизації викликів, щоб зменшити тягар не екстрених викликів та оптимізувати реагування на екстрені. Ці диспетчерські центри зможуть надавати в режимі реального часу комп'ютеризовані дані про результати їхньої діяльності, що дозволить покращити моніторинг та подальше планування ЕМД у пілотних регіонах. Значні додаткові зусилля будуть спрямовані на вдосконалення потенціалу та підготовки або перепідготовки персоналу ЕМД, як диспетчерів, так і медичного персоналу, що надає невідкладну допомогу. Реорганізація команд ЕМД, що розглядається, з метою включення парамедиків з відповідною підготовкою може покращити використання ресурсів та скоротити інтервал часу від виклику до доставки до лікарні. Закупівлі послуг екстреної медичної допомоги у 2020 році планується здійснювати за принципом капітації через прямі договори між НСЗУ та центрами екстреної медичної допомоги у кожному регіоні.

2.6. Узгодження проектів закупок з іншими напрямками системи охорони здоров'я та реформами державного сектору

Переглянуті закупівлі медичних послуг поза межами ПМД добре узгоджуються з пріоритетами реформи фінансування системи охорони здоров'я, а також з іншими напрямками трансформації системи охорони здоров'я. Закон №2168 визначив принципи та часові терміни запровадження нового механізму закупівель послуг, а Міністерство охорони здоров'я ефективно дотримується положень Закону. Наприклад, наступні заходи безпосередньо пов'язані із закупівлями послуг поза межами ПМД.

- Створення НСЗУ у 2018 році з широкими функціями щодо закупівлі послуг медичної допомоги. НСЗУ змогла здійснити пілотні закупівлі послуг стаціонарної та амбулаторної спеціалізованої медичної

допомоги у 2019 році, щоб підготуватися до масштабування закупівель всіх медичних послуг у 2020 році.

- Впровадження нових механізмів оплати ПМД та відшкодування лікарських засобів. Рання успішність реформи ПМД з капітаційною оплатою на основі підписаних декларацій у поєднанні з призначенням ліків пацієнтам з гіпертонічною хворобою, діабетом та астмою надавачами послуг ПМД став потужним сигналом для підтвердження готовності та спроможності впроваджувати нові механізми оплати послуг для інших видів медичної допомоги.

- Визначення послуг, що входять до програми медичних гарантій. Це важливий елемент реформи фінансування системи охорони здоров'я, оскільки він визначає межі закупівель і служить основою для укладання договорів між НСЗУ та надавачами послуг.

- Розвиток електронної системи охорони здоров'я. Закон №2168 визначив принципи функціонування та вимоги до електронного обміну та зберігання інформації. Це важливі елементи для закупівлі, і вони потребуватимуть подальшої розробки для здійснення закупівель в майбутньому.

- Забезпечення технологій дистанційної підтримки, включаючи базову телемедицину. Такі ініціативи, якщо вони будуть додатково посилені, можуть допомогти розширити надання спеціалізованої медичної допомоги за межами стаціонарів та встановити ефективну кросдисциплінарну підтримку в межах лікарняної мережі. Медичні послуги, що надаються дистанційно, пропонують безліч можливостей, включаючи використання мобільних технологій та персональних пристроїв, а також зчитування зображень та прийняття діагностичних і лікувальних рішень дистанційно.

Інші заходи щодо трансформації охорони здоров'я, які впливають на закупівлі, включають реформу медичної освіти, розвиток спеціалізованої допомоги (наприклад, реперфузійні центри) та реформу централізованих закупівель лікарських засобів та медичних виробів. Реформа медичної освіти,

в тому числі післядипломної, допоможе покращити набір компетенцій медичного персоналу та, потенційно, закупівлю передових та більш якісних послуг, а також може допомогти покращити відповідність між попитом та пропозицією робочої сили. Завданням розвитку пріоритетних спеціалізованих послуг є зменшення смертності внаслідок гострих станів, якої можна було уникнути. Розвиток розпочався зі створення мережі реперфузійних центрів, які забезпечують доступ до коронарного стентування, і продовжиться створенням інсультних центрів. Реформа централізованих закупівель допомогла поліпшити доступ до основних лікарських засобів за рахунок збільшення обсягів закуповуваних ліків завдяки зекономленим коштам. Найближчим часом централізовані закупівлі ліків мають бути належним чином скоординовані із закупівлями стаціонарних та амбулаторних послуг, щоб уникнути невідповідностей у постачанні лікарських засобів та очікуваного обсягу послуг, що закуповується у надавачів.

Реформа охорони здоров'я є однією з найбільш очікуваних реформ (друга за пріоритетністю після антикорупційної реформи) і широко визнаних серед населення. Більш широкі реформи державного сектора включають реформи державної служби, децентралізації та антикорупційні реформи. Реформа державної служби була основним важелем трансформації структури та функцій Міністерства охорони здоров'я. Вона також може допомогти розвинути НСЗУ та її регіональні відділення, визначивши вимоги до державних службовців та процесу їх найму, а також збільшення шкали оплати праці. Реформа децентралізації привела до неоднозначності з точки зору надання більшої кількості ресурсів та повноважень місцевим громадам, з одночасним об'єднанням фінансових ресурсів медичної галузі та прямих закупівель медичних послуг на національному рівні. Однак це допомогло створити ідею міжрайонних територій, які обслуговуватимуться лікарнями інтенсивного лікування в рамках концепції госпітального округу. Антикорупційні реформи та реформи фінансування системи охорони

здоров'я переслідують ті ж самі цілі – запровадження прозорих механізмів взаємодії комунальних підприємств та держави, а також зменшення неформальних транзакцій у сфері охорони здоров'я.

Під час підготовки цього розділу закупівлі поза межами ПМД здійснювались лише близько трьох місяців і охоплювали лише стаціонарну та амбулаторну спеціалізовану допомогу в одному регіоні України. На цьому етапі оцінити вплив реалізованого підходу важко. Планувалося, що запровадження прямих закупівель сприятиме підвищенню ефективності надання послуг на рівні надавача, шляхом зменшення контролю над ресурсами, які використовуються для лікування кожного конкретного випадку, пропонуючи простір для внутрішнього регулювання необхідних людських та матеріальних ресурсів.

Залежно від частки глобального бюджету та оплат лікарням за пролікований випадок, можна очікувати, що деякі надавачі отримають більше переваг від запропонованого підходу, а інші, можливо, не зможуть генерувати достатній дохід, щоб утримати той самий рівень показників потужності, як раніше. Тому рішення про те, яким чином розподілити глобальний бюджет та оплату за пролікований випадок для стаціонарів є надзвичайно важливим: використання більшої частки глобального бюджету може збільшити шанси стаціонарів на уникнення банкрутства, особливо при запровадженні нових методів оплати; при цьому, збільшення частки оплат за пролікований випадок стимулюватиме більших надавачів послуг, оскільки вони можуть отримувати більший дохід за принципом «гроші йдуть за пацієнтом».

Зважаючи на обмеження, встановлені для контролю за надмірним наданням послуг (зниження базової ставки та щомісячні граничні суми), навряд чи стаціонари реагуватимуть на запропонований механізм оплати за пролікований випадок значним розширенням надання послуг. Це ж саме очікування стосується договорів щодо надання амбулаторних спеціалізованих послуг – глобальний бюджет, ймовірно, несуттєво змінить

результати роботи поліклінік, але може вплинути на використання ресурсів у поліклініках, які необхідні для організації амбулаторної допомоги.

Перша позитивна зміна, яка вже спостерігається в пілотному проекті, – це покращення звітності. В Миколаївській області планується провести більш комплексну оцінку на основі зафіксованих змін на рівні надавачів, пацієнтів та замовника. На рівні надавача будуть відстежуватися та оцінюватися такі характеристики:

- кількість пролікованих випадків за ДСГ;
- зміни в характеристиках госпіталізацій, таких як тривалість перебування та госпіталізація пацієнтів зі станами, які можуть лікуватися на рівні амбулаторної допомоги, та внутрішня реорганізації надавачів стаціонарної допомоги (якщо такі є).

На рівні пацієнта оцінка буде охоплювати зміни в уподобаннях та маршрутах пацієнта (наприклад, які лікарні будуть обрані пацієнтами для лікування негострих станів), повторна госпіталізація пацієнтів до лікарень та рівень задоволеності пацієнтів, які можуть бути зафіксовані в дослідженні «Індекс здоров'я. Україна» або інших дослідженнях. Для замовника основними цілями є оцінка необхідних спроможностей для управління договорами зі стаціонарами, необхідність в модулях інтелектуального аналізу даних, які допоможуть оцифрувати рахунки та оплати надавачам, та підготуватися до розгортання закупівель у 2020 році.

Масштабування пілотного проекту на всю країну потребує значних зусиль та політичної підтримки. Запуск стратегічних закупівель, контрактування та нових фінансових стимулів був виконаний добре, але потребує збільшення темпів. Водночас, щоб досягти змін у клінічній практиці на місцях, потрібен більш широкий спектр інструментів поза фінансуванням, таких як інституціоналізовані механізми розширення гарантій та підвищення якості. Реалізація закупівель стаціонарної, амбулаторної спеціалізованої та екстреної допомоги є більш складною, ніж закупівлі первинної медичної допомоги, особливо в умовах фінансових

обмежень. Наступні кроки потребуватимуть підтримки всіх зацікавлених сторін, а створення коаліції для успішної реалізації може стати першим викликом на цьому шляху.

Найбільший виклик попереду – необхідна реструктуризація мережі надавачів послуг. Нові фінансові стимули та механізми оплати послуг є необхідними, але недостатніми умовами створення оптимальної мережі надавачів стаціонарної допомоги. Біла книга про надання послуг, підготовлена командою ВООЗ спільно з Міністерством охорони здоров'я, та генеральний план лікарень, розроблений Світовим банком у співпраці з двома регіональними командами, чітко вказують на необхідність переформатування та скорочення лікарняної інфраструктури, зосереджуючись на меншій кількості закладів, що забезпечать повний цикл послуг інтенсивного лікування населенню, а також на необхідності розвитку догляду за хворими після лікування важких форм захворювань та паліативної допомоги в деяких закладах, які не будуть обрані в якості основних надавачів послуг інтенсивного лікування. Такі заходи є вкрай важливими для забезпечення сталості реформи фінансування. Зокрема, важливим завданням буде підвищення ефективності через реструктуризацію мережі лікарень, що потребуватиме політичної підтримки та стійкості.

Закупівлі послуг у надавачів медичної допомоги потребуватимуть кращого регулювання стандартів якості допомоги та забезпечення їх дотримання. В договори з надавачами послуг необхідно буде включити конкретні очікування щодо якості медичної допомоги, яка надається користувачам. Наразі НСЗУ досить обмежена в діях щодо питань якості, оскільки єдиним ефективним інструментом, який вона має, є розірвання контракту з надавачами. НСЗУ може знадобитися найняти незалежну інституцію з нагляду за якістю або розвивати потенціал всередині організації для належного моніторингу якості та встановити процедури, які дозволять рутинно вирішувати питання якості. Значні зміни в процесі видачі та

позбавлення ліцензії є необхідними, оскільки наявна процедура є переважно формальною і не сприяє забезпеченню якості.

Запровадження оплати на основі ДСГ потребує значного посилення аудиторських функцій. Поточний план – почати закупівлю стаціонарних послуг застосовуючи спрощену версію оплат на основі ДСГ. Після 3-5 років впровадження (або раніше) може знадобитися більш розвинена система ДСГ, яка послужить основою для оплат і дозволить краще фіксувати медичні маніпуляції та використані ресурси для надання послуг лікування в стаціонарі. Прийняття специфіки ДСГ буде ґрунтуватися на наявності ресурсів та готовності НСЗУ. Для забезпечення якості кодування та його постійного вдосконалення має бути запроваджена система аудиту клінічного кодування, як тільки буде достатньо ресурсів (людських, інформаційних технологій) та потенціалу для цього. Функція аудиту може належати НСЗУ або бути передана медичним асоціаціям чи надавачам. У будь-якому випадку потенційним аудиторам знадобляться підготовка, інструменти (наприклад, програмне забезпечення для аудиту) для проведення аудиту, методологія, тощо.

Розвиток стаціонарної медичної допомоги зможе все більше покладатися на проведення амбулаторних операцій. Закупівля стаціонарних послуг повинна стимулювати більш ефективні види екстреної та планової медичної допомоги. Амбулаторна хірургія дуже швидко стала складати основну частку всіх хірургічних втручань у амбулаторних умовах в стаціонарах чи поза ними в більш розвинених країнах-сусідах. Протягом останніх 25 років амбулаторна хірургія є частим рішенням для наступних видів медичних втручань: пластика грижі, хірургія катаракти, тонзилектомія та холецистектомія. В Україні всі ці інтервенції, в основному, проводяться в стаціонарі із середньою тривалістю стаціонарного лікування 6-8 днів, і цю тенденцію слід змінити, запровадивши правильні стимули для закупівельного процесу.

Підвищена складність закупівлі стаціонарної допомоги може призвести до необхідності впровадження додаткових правил оплати для закупівлі екстреної медичної допомоги. На сьогоднішній день закупівлі послуг екстреної медичної допомоги планується організувати за принципом капітації. Цього може бути недостатньо для створення необхідних змін у моделях надання послуг ЕМД. Необхідно розробити механізми раціоналізації такі як, наприклад, ефективна система медичного сортування. Механізм оплати за послуги екстреної медичної допомоги також може потребувати включення стимулів для скорочення часу від виклику до доставки пацієнта в приймальне відділення екстреної медичної допомоги для гострих станів; належного транспортування пацієнтів відповідно до маршрутів пацієнта, визначених для інсультів, інфарктів (серцево-судинних станів), материнської допомоги, неонатальної допомоги та всіх інших невідкладних станів; інфекційних захворювань, психічного здоров'я, метаболічних та онкологічних захворювань. Це може призвести до включення механізмів закупівлі послуг ЕМД на основі результатів.

На наступних етапах закупівель необхідно буде належно оцінити та розробити стратегії зниження наступних ризиків:

1. Можливий опір реформам з боку медичної спільноти та добре оплачуваних фахівців (за рахунок неформальних платежів) та новим прозорим механізмам закупівель, які направлені на усунення неформальних надходжень лікарень. Потужна комунікаційна кампанія може допомогти заручитися підтримкою прихильників реформи та пояснити нові механізми контракування надавачів. Вона також може забезпечити більше розуміння змін з боку пацієнтів та підвищити довіру до реформ.

2. Навички керівників надавачів послуг можуть бути недостатніми для належної роботи в нових умовах. Нове положення щодо наявності в лікарнях керівника без медичної освіти, але з підготовкою в галузі менеджменту або ділового адміністрування, потребує ресурсів і процесу для реалізації. Для заохочення подальшого розвитку лікарням може знадобитися

матриця показників ефективності, щоб конкурувати та порівнювати себе з іншими, і провідні лікарні мають отримувати винагороду.

3. Асинхронізований розвиток електронної системи охорони здоров'я поставить під загрозу закупівлі. Подальший розвиток електронної системи охорони здоров'я важливий для кращого розуміння обсягів та складнощів медичної допомоги, підключення пацієнтів на усіх рівнях допомоги та кращого виконання стратегічних рішень щодо закупівель. Для того, щоб переконатися, що інформація про один епізод медичної допомоги може бути повністю пов'язана з усіма іншими епізодами у всіх інших закладах, знадобиться унікальний національний ідентифікатор. Цей напрям роботи потребуватиме достатньої кількості інвестицій та уваги для стабільного розвитку.

4. Оплата за пролікований випадок та оплата за послугу можуть заохочувати до надмірного надання послуг або класифікації пацієнтів у ДСГ вищої вартості. Ретельний збір даних щодо базових показників кожного надавача послуг та точне відстеження змін обсягів наданої допомоги повинні допомогти ефективно реагувати на несподівані коливання об'ємів наданих послуг. Слід також запровадити відповідні заходи для усунення марних витрат, наприклад, на зайві госпіталізації та неефективні призначення. Наступний етап впровадження вимагатиме подальшого зміцнення потенціалу як НСЗУ на центральному рівні, так і територіальних замовників.

5. Закупівлі послуг та централізоване постачання лікарських засобів та медичних виробів можуть поставити під загрозу виконання договорів, що базуються на об'ємі наданої допомоги, якщо вони не будуть відповідним чином скоординовані. Рішення про товари, які і надалі будуть закуповуватися на центральному рівні, а також графіки поставок повинні бути прийняті до того, як будуть укладені договори, або ж договори повинні передбачати певну гнучкість для врахування змін.

6. Прямі закупівлі медичних послуг через НСЗУ можуть ще сильніше зменшити залученість органів місцевого самоврядування до

фінансування надавачів медичних послуг. У той же час, надавачам знадобляться додаткові ресурси та інвестиції для стратегічного розвитку спроможностей. При запровадженні закупівель необхідно забезпечити чітке розуміння щодо фінансування капітальних витрат надавачів та ролі органів місцевого самоврядування у покритті видатків і наданні пропозицій щодо фінансування видатків надавачів, які не будуть включені до закупівель через НСЗУ, в тому числі програми ліквідації нестратегічних закладів.

7. Ліквідувати витрати «з кишені» пацієнтів може бути нелегко, а особливо в умовах фіскального обмеження фінансування медичних послуг та наявної нераціональності на всіх рівнях надання медичної допомоги. Запропонований підхід щодо зосередження уваги на запровадженні стимулів для лікування пріоритетних станів та стимулів для більш ефективних надавачів послуг є виправданим, однак може бути недостатнім для покриття витрат пацієнтів з метою покращення фінансового захисту у всіх випадках користування медичною допомогою. Уряд має ретельно пояснити, що впровадження буде поетапним, а система зазнаватиме поступової тривалої трансформації.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

1. Проведено аналіз та встановлено, що органи місцевого самоврядування мають важливу роль як власників закладів, так і органів фінансування, проте потрібен подальший політичний діалог щодо того, яким чином узгодити децентралізовані функції та пріоритети національної політики в галузі охорони здоров'я. Існує різниця у здійсненні функцій органів місцевого самоврядування на практиці, а також різниця у фінансуванні охорони здоров'я цими органами. Відсутність узгодженості між національною та місцевою політиками може призвести як до нерівностей, так і до неефективності.

2. Проведений аналіз встановив, що зміщення фокусу з надання медичної допомоги на стаціонарному рівні, потребуватиме скоординованого розвитку інших рівнів допомоги. Допомога має бути пацієнт-орієнтованою, щоб плавно провести пацієнта від заходів щодо зміцнення здоров'я до лікування, від ведення захворювання до реабілітації та догляду до закінчення життя, повторюючи ці етапи залежно від потреб пацієнта та обставин.

3. Проведено аналіз стратегічних закупок для первинної медичної допомоги, національна служба здоров'я України (НСЗУ) розпочала розробку механізмів розширення функції закупівель для охоплення стаціонарних, спеціалізованих амбулаторних, екстрених та інших видів медичних послуг, які будуть включені до державної програми медичних гарантій.

4. Проведено аналіз проекту пілотних закупок послуг стаціонарної медичної допомоги, аналіз системи планування закупок для стаціонарної медичної допомоги, аналіз закупок послуг амбулаторної вторинної медичної допомог, аналіз закупок для екстреної медичної допомоги

РОЗДІЛ 3

РОЗВИТОК МЕХАНІЗМУ УПРАВЛІННЯ ПРОЕКТАМИ ЗАКУПОК В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Механізм процесу закупок

відповідно методології управління проектами

Управління закупками проекту має бути спрямовано на придбання необхідних продуктів/послуг/результатів, що виробляються за межами організації-виконавця, складається. Ця галузь знань з управління проектами охоплює процеси управління контрактами та змінами (необхідними для укладання та адміністрування контрактами та замовленнями на купівлю).

У групі процесів «виконання» граничні межі управління закупками проекту визначено процесом «Здійснення закупок», виконання якого передбачає: отримання відповідей від продавця, вибір продавця та укладання угоди. Загально-інформаційна модель процесу «Здійснення закупок» наведена на рис. 3.



Рисунок 3. Загально-інформаційна модель процесу «Здійснення закупок»

Закупки проекту здійснюються на підставі угод, укладених з продавцями, що надали конкурентоздатні пропозиції/заявки. Кількість і доступність договірних ресурсів, а також терміни їх використання

документуються у формі ресурсного календаря. Крім того, можуть бути оновлені:

- план управління проектом (базовий план вартості, змісту, розкладу проекту та план управління закупівлями);
- документація щодо вимог проекту та їх відстеження в процесі реалізації;
- реєстр ризиків. Здійснення закупок має відбуватися із використанням наступних методів та інструментів:
 - конференцій потенційних продавців (або «конференції підрядників», «конференції вендорів», «дотендерні конференції») – зустрічі з усіма потенційними продавцями.

Забезпечення спільного розуміння вимог до закупок (наприклад, технічні вимоги та умови контрактів);

- експертної оцінки пропозицій (вибір постачальника ґрунтується на багатокритеріальній оцінці пропозицій із урахуванням правил проведення закупок). Роль експерта може виконувати спеціаліст організації-покупця або міждисциплінарна команда експертів, яка має досвід у: юриспруденції, фінансах, бухгалтерському обліку, інжинірингу тощо;
- переліку потенційних продавців (можна значно розширити шляхом розміщення оголошень у засобах масової інформації, через Інтернет);
- переговорів (проводяться для уточнення вимог та досягнення згоди, оформлення контракту).

Досвід показує, що лише ті проекти, які використовують планування закупівель, досягають точнішого виконання замовлень і набагато знижують витрати на придбання товарів, робіт чи послуг. Проекти, що використовують замовлення на постачання, отримують 76% закупівель своєчасно і на 2% знижують витрати на закупівлі. Проекти, що використовують графіки закупівель, і розробники цих графіків забезпечують

на 95% своєчасне виконання зобов'язань і на 11% знижують витрати на закупівлі.

Процес планування закупівель полягає у визначенні переліку товарів і послуг, потрібних для виконання проекту, які з тієї або іншої причини вигідно отримати ззовні.

В процесі планування закупівель ідентифікується, які проектні потреби можуть бути краще задоволені шляхом використання продукції або послуг за межами організації, де реалізується проект.

Аналіз «виробляти чи купувати» використовується для визначення того, чи можливо виробити визначений продукт силами команди проекту чи організації, що виконує проект, чи його необхідно придбати на зовнішньому ринку.

Це методика із галузі загального менеджменту і складова частина процесу планування закупівель. Всі існуючі обмеження бюджету проекту стають факторами, які впливають на прийняття рішення «виробляти чи купувати» для визначення найбільш вигідного варіанту.

Експертна оцінка. Експертні оцінки по поставках також можуть використовуватися для розробки або зміни критеріїв оцінки пропозицій продавців. Експертні оцінки юридичних питань можуть передбачати залучення юристів для надання допомоги в складанні контрактів, які містять нестандартні положення або умови. Ця юридична експертиза, включаючи ділову і технічну експертизу, може розповсюджуватися як на технічні деталі придбаних товарів, послуг або результатів робіт, так і на різні аспекти процесу управління постачаннями.

Типи контрактів. Різні види контрактів приблизно відповідають різним типам закупівель. Приблизний вид контракту, конкретні положення і умови контракту визначають ступінь ризику, який приймає як покупець, так і продавець. Контракти зазвичай належать до одного із трьох основних типів:

- Контракти із фіксованою ціною Fixed Price Contract (FPC).
- Контракт з твердою фіксованою ціною Firm Fixed Price (FFP).

– Контракт із відшкодуванням витрат Cost Reimbursable Contracts.

Трьома найбільш розповсюдженими типами контракту з відшкодуванням витрат є:

- контракт із відшкодуванням витрат плюс винагорода (CPF);
- контракт із відшкодуванням витрат плюс фіксована винагорода (CPFF);
- контракт із відшкодуванням витрат плюс винагорода за результати (CPIF).
- Контракт із відшкодуванням витрат плюс винагорода Cost Plus Fee (CPF) або Cost plus percentage of costs (CPPC).
- Контракт із відшкодуванням витрат плюс фіксована винагорода Cost plus fixed fee (CPFF).
- Контракт із відшкодуванням витрат плюс винагорода за результати Cost plus incentive fee (CPIF).

– Контракт «час плюс матеріали» Time and Material Contracts.

– Контракт з оплатою одиниці продукції Unit price contracts (UPC)

— за цим типом контракту покупець платить певну ціну за одиницю продукту.

Широкий спектр перерахованих типів контрактів забезпечує гнучкість та варіабельність при закупівлях у проекті. На вибір контракту мають вплив такі фактори:

- рівень ризиків (рис. 4). З рисунку випливає, що найменші ризики для покупця (представника команди управління проектом) містять контракти типу FFP, а для продавця (підрядника) — CPPS;
- вимоги, що висуваються покупцем продавцю;
- рівень конкуренції на ринку;
- можливості майбутніх потенційних закупівель товарів, робіт чи послуг, декларовані командою проекту.

1. Використані види контрактів.
2. Хто буде готувати незалежні оцінки і чи потрібні вони в якості критеріїв оцінки.
3. Операції, які команда проекту може виконувати самостійно, якщо в складі материнської організації проекту є відділ постачання, контрактів або закупівель.
4. Стандартизовані документи.
5. Управління декількома постачальниками.
6. Координування постачань з іншими аспектами проекту (наприклад, із звітністю по дотриманню розкладу і виконанню проекту).
7. Обмеження і допущення, які можуть мати вплив на планування закупівель і придбань.
8. Слідкування за часом випередження, необхідного для закупівель або отримання предметів від продавця, координація графіку поставок із розробкою розкладу проекту.
9. Слідкування за рішеннями «виробляти або купувати» і їх узгодження із процесами оцінки ресурсів операцій і розробкою розкладу.
10. Встановлення для кожного контракту контрольних термінів здачі результатів постачань і координацію з процесами розробки розкладу і контролю (табл. 6).
11. Визначення необхідності гарантій виконання контракту або укладання договорів страхування для зниження деяких форм ризиків проекту.
12. Надання продавцям інструкцій для розробки і виконання ієрархічної структури робіт за контрактом.
13. Визначення форми і формату для опису змісту робіт контракту.
14. Здійснення вибору продавця, якщо це необхідно.
15. Визначення метрик постачань, що використовуються для управління контрактами і оцінок продавців.

План управління закупівлями може бути офіційним або неофіційним, детальним або загальним в залежності від вимог проекту. План управління закупівлями є складовою частиною плану управління проектом.

Таблиця 6

Замовлення на поставку (ЗП)

Найменування (ПІБ) і адреса бенефіціара.....					
Від (найменування/ПІБ бенефіціара-замовника)					
Дата					
Кому					
№	Опис товарів, робіт чи послуг	Одиниця виміру	Кількість	Вартість однієї одиниці	Загальна вартість
Всього					
Умови: 1. Поставка повинна бути завершена до (вказати дату) після чого замовлення анулюється 2. Рахунки-фактури повинні супроводжуватися дублікатами відпо- відних замовлень на поставку					
Узгодив (ПІБ)			Затвердив (ПІБ)		
Підпис			Підпис		
Дата			Дата		

Планування запиту пропозицій

На цьому етапі слід: описати продукт, що є результатом проекту, перерахувати необхідні технічні деталі. Слід розрізняти опис продукту (повний опис всього продукту проекту) і опис фрагмента продукту (опис тільки тієї частини продукту, яку закуповують для проекту у даного постачальника). Визначити:

- які товари і послуги доступні на ринку;
- чи немає обмежень на експорт технологій і виробів;
- яка у постачальників ділова репутація;
- на яких умовах вони зазвичай працюють.

Багато постачальників на початковому етапі прагнуть заманити покупця низькою ціною і хорошою якістю матеріалів і устаткування, що постачаються. Але потім або піднімають ціну, або починають поставляти все більше бракованої продукції. Зрозуміло, що ні те, ні інше проекту не вигідно. І ще на етапі аналізу постачальників слід прийняти рішення для різних ситуацій зміни поведінки постачальника.

Якщо в компанії, яка виконує проект, немає окремого підрозділу, що займається закупівлями і контрактами, то все навантаження по забезпеченню цих робіт лягає на команду управління проектом. Тому бажано знайти або підготувати кваліфікованого фахівця із закупівель і налагодити його взаємодію з іншими підрозділами в проекті.

Запит пропозицій продавців

Запит пропозицій — це стандартний формат для з'ясування, що і як потрібно купити для проекту.

Запит пропозицій передбачає такі дії:

- Підготовку документа. Роботи по закупівлях. Statement of work (SOW). Шаблон такого документа повинен містити:

- Контекст роботи. Опишіть детально роботу, яка повинна бути зроблена. Конкретизуйте, які засоби можуть бути залучені, і точну природу роботи.

- Розташування роботи. Опишіть, де робота повинна виконуватися. Конкретизуйте розташування технічних засобів і місце, де люди повинні виконувати роботу.

- Період роботи. Конкретизуйте, коли очікується, що робота почнеться та закінчиться, робочі години, кількість робочих годин за тиждень та розклад робіт.

- Розклад постачань. Складіть список постачань, опишіть їх детально і конкретизуйте, коли вони повинні бути виконані.

- Відповідні стандарти. Конкретизуйте будь-яку компанію або специфічні для промисловості стандарти, які доречні для виконання роботи.

- Акцептні критерії. Опишіть, як організація покупця визначить, чи прийнятна виконана робота.

Метою проведення торгів у проектах, бюджет яких формується з недержавних джерел, є створення конкурентного середовища у сфері закупівель товарів, робіт і послуг за рахунок недержавних коштів, а також запобігання проявам корупції у цій сфері, забезпечення прозорості процедур закупівель товарів, робіт і послуг за недержавні кошти та досягнення оптимального і раціонального їх використання. Детальніше про процедуру організації торгів йтиметься у останньому параграфі даної теми.

Відбір продавців.

У процесі вибору продавців отримують заявки або пропозиції від продавців, які оцінюються на основі обраних критеріїв для вибору одного або декількох постачальників, яких можна розглядати як кваліфікованих і прийнятних (по ціні продавців).

Під час вибору постачальника враховується багато чинників, наприклад такі:

- Ціна або вартість можуть бути основним критерієм вибору, але пропозиція з мінімальною ціною може виявитися не найкращою з точки зору вартості, якщо постачальник не зможе забезпечити своєчасність поставок продуктів, послуг або результатів.

- Пропозиції часто розглядаються і оцінюються окремо з технологічної і вартісної точок зору. Іноді потрібно, щоб пропозиція постачальника містила відповіді на питання управління, які також підлягають оцінці.

- Для зниження ризиків, пов'язаних із строками і якістю предметів поставок, необхідна наявність багатьох джерел, звідки, в разі необхідності, можуть бути отримані критичні для проекту продукти, послуги або

результати. Під час цього може підвищуватися потенційна вартість предметів закупівлі і збільшуватися кількість проблем, пов'язаних, зокрема, з технічним обслуговуванням і заміною деталей.

Для прийняття рішення по основних предметах поставок весь процес — від запиту пропозицій від постачальника до оцінки їх відповідей можна повторити. На основі результатів вивчення попередніх пропозицій можна скласти короткий список кращих постачальників. Після цього можна провести більш ретельну оцінку, основу на інших пропозиціях постачальників, які увійшли до цього списку.

При виборі продавців використовуються такі інструменти і методи:

Система зважування. Система зважування — це метод кількісної оцінки якісних показників для зниження суб'єктивності в виборі постачальників.

Цей спосіб аналізу передбачає:

- призначення кількісної оцінки (ваги) кожному із критеріїв оцінки;
- оцінку потенційних постачальників по кожному із критеріїв;
- множення цих оцінок на вагу критерію;
- підсумовування результатів по кожному постачальнику і отримання загальної оцінки.

Незалежні оцінки. Команда проекту або організація, де реалізується проект, може провести самостійну незалежну оцінку продавців або залучити до цієї роботи сторонні організації для визначення конкурентоспроможності запропонованих цін по більшості предметів закупівлі. Ця незалежна оцінка іноді називається «орієнтиром вартості».

Система відсіву. Система відсіву установлює поріг мінімальних вимог до постачальника по одному або декількох критеріях оцінки і може використовувати систему зважування і незалежних оцінок.

Одним із найбільш надійних джерел інформації є документація про оцінку виконання постачальником своїх обов'язків, яку отримано в процесі адміністрування контрактів в минулому. Ці рейтингові системи

використовуються під час вибору продавців в якості доповнення до системи відсіву. Експертна оцінка. Експертна оцінка використовується при оцінці пропозиції продавця. Оцінка пропозицій продавця здійснюється міждисциплінарною командою по розгляду пропозицій, в яку входять фахівці із кожної галузі, яких стосуються контрактні документи і майбутній контракт. Можуть також використовуватися експертні оцінки по функціональних дисциплінах, зокрема таких як: управління проектами (табл. 7), контракти, юриспруденція, фінанси, бухгалтерський облік, інжиніринг, дизайн, наукові дослідження, розробки, продажі і виробництво.

Таблиця 7

Експертна оцінка продавців за критеріями обізнаності
з засадами проектного менеджменту

Критерії	Бали			
	Максимальні	1-ий продавець	2-ий продавець	3-ій продавець
Відповідна освіта та досвід в управлінні проектами	10	8	6	9
Сертифікація	5	5	0	5
Управлінський підхід	5	4	3	5
Обізнаність з методологією проектного менеджменту	10	7	4	9
Загальна кількість балів	30	24	13	28

Як показано в таблиці, третій продавець набрав найбільшу кількість балів — 28 з 30 можливих.

Методи оцінки пропозицій. Існує багато способів оцінок і ранжування пропозицій, але всі вони основані на використанні визначених експертних оцінок і критеріїв оцінки. Критерії оцінки можуть включати в себе як об'єктивні, так і суб'єктивні елементи. Критерії оцінки, які використані для оцінок формалізованих пропозицій, зазвичай мають наперед визначені вагові значення. Далі в процесі оцінки пропозицій в якості входів використовуються результати оцінок багатьох фахівців, отримані в процесі

вибору продавців, і якщо після підрахунку балів знаходиться істотна різниця, то ці питання підлягають окремому вирішенню. Далі може бути проведена оцінка і порівняння всіх пропозицій із застосуванням системи зважування, яка визначає загальну вагу кожної пропозиції в балах. Методи оцінки пропозицій можуть також використовувати систему відсіву і дані, які отримано системою рейтингових оцінок постачальників.

У табл. 8 показано комбінований спосіб вибору продавців (рейтинговий і зважений).

Таблиця 8

Зважені оцінки пропозицій

Критерії	Вага (%)	Пропозиція 1		Пропозиція 2		Пропозиція 3	
		рейтинг	результат	рейтинг	результат	рейтинг	результат
Технічний аспект	30						
Управлінський аспект	30						
Попереднє виконання	20						
Ціна	20						
Загальний результат	100						

Результатом переговорів по контракту є документ, який може бути підписаний як покупцем, так і продавцем, тобто контракт.

Слід зазначити, що в закордонній літературі з управління закупівель в проектах частіше вживається термін «contract» (з англ. — контракт, договір), а у вітчизняних, зокрема в Положенні про державні закупівлі — термін «договір», тобто ці терміни є синонімами.

Контракт (договір) — угода двох або більше сторін, спрямована на встановлення, зміну або припинення їхніх прав та обов'язків.

Тобто контракт (договір) є визначеною правовою формою, яка регулює відносини між учасниками проекту при здійсненні закупівель.

Остаточний контракт може являти собою виправлену пропозицію продавця або зустрічну пропозицію покупця. Під час поставки складних

продуктів переговори по контракту можуть бути самостійним процесом з власними входами (наприклад перелік предметів поставки) і виходами (наприклад документ по прийнятих рішеннях). Під час поставки простих продуктів умови поставки в контракті можуть бути фіксованими і не підлягати обговоренню. Ці умови можуть лише бути прийнятими або не прийнятими продавцем.

Адміністрування контрактів

Адміністрування контрактів — це процес управління контрактами і відносинами між продавцем і покупцем. До цього процесу належать:

- моніторинг і документування того, як продавець виконує свої обов'язки;
- коригувальні заходи;
- забезпечення основи для майбутніх стосунків з продавцями;
- управління контрактними змінами та відносинами з покупцями проекту.

У випадку значних закупок або придбань складається план адміністрування контракту. Цей план формується на основі вказаних покупцем особливих положень контракту (наприклад, вимог до документації, поставок і виконання), яких повинні дотримуватися і покупець, і продавець. План охоплює всі операції по адмініструванню контракту протягом всього життєвого циклу контракту. Кожен план управління контрактом є частиною плану управління проектом. Досвід управління проектами свідчить, що причини зривів закупівель і збільшення запасів в проектах — це відсутність інформації у постачальників, яка потрібна покупцю для ухвалення рішень, що і скільки йому потрібно замовляти у постачальників.

Закриття контрактів

Призначення процесу «Закриття контрактів» — закінчення контрактів, включаючи вирішення будь-яких відкритих питань, і формальне закриття кожного контракту.

Коли продавець завершує всю роботу за контрактом, менеджер проекту відповідає за забезпечення того, щоб контракт був правильно закритий. Менеджер проекту починає з:

- перевірки того, щоб записи по всіх сторгованих закупівельних документах були включені в проектну папку;
- зустрічі з членами команди проекту для оцінки виконання своїх зобов'язань всіма продавцями;
- перевірки завершення всіх робіт, даних в описі роботи кожного продавця; порівняння виконання і постачання продавця з WBS;
- рішення про те, задовольняє чи ні виконання продавця критеріям приймання і визначення результатів або елементів, що залишилися нереалізованими, якщо такі є.

Оцінка показників виконання продавцем своїх зобов'язань за контрактом загалом вимагає від менеджера проекту і його команди розв'язання таких робіт:

- упорядкування всіх закупівельних записів для їх включення у проектні записи;
- здійснення командного перегляду показників виконання продавцем своїх зобов'язань;
- досягнення консенсусу в питанні про міру відповідності показників виконання продавця критеріям приймання;
- визначення будь-яких нереалізованих результатів і необхідних дій.

Оцінка показників виконання контракту може поставити менеджера проекту перед необхідністю виконання двох таких додаткових дій:

- 1) коригування критеріїв приймання (визначення і затвердження змін в початковому описі робіт);

2) обговорення результатів перегляду з підрозділом по закупівлях, якщо очікуються конфлікти або інші проблеми з продавцем.

Хоча команда проводить відстеження виконання продавцем своїх зобов'язань по фазі проекту або проекту загалом за допомогою процесу адміністрування контракту, необхідно формально оцінити продукти і послуги продавця перед закриттям контракту.

Це гарантує, що команда прийшла до угоди, і визначені результати ведуть до заключного приймання або розриву контракту.

Організація і проведення торгів за проектами

У світовій практиці управління проектами виділяють три основних способи підбору партнерів для закупівлі товарів, робіт чи послуг:

- 1) вільний вибір постачальників;
- 2) вибір постачальників, що раніше залучалися до реалізації проектів;
- 3) вибір постачальників шляхом організації торгів.

Останнім часом намітилася чітка тенденція до зростання динаміки оголошень торгів, які й визначають методи придбання товарів, робіт та послуг у проекті. Все більше число фахівців приходить до висновку, що це краща форма ухвалення оптимального рішення на постачання устаткування, виконання робіт або надання послуг для проекту.

Торги в Україні поділяються на відкриті та закриті, можуть проводитися в один чи два етапи, в формі конкурсу. Можуть бути реалізовані й інші способи закупівель, які не є по суті торгами, такі як запит цінних котирувань, закупівлі в одного учасника, які повинні застосовуватися в особливих випадках по спеціальному дозволу контролюючого органу. Часто вживаний термін «тендер» в практиці управління проектами використовується як аналог термінів «конкурс» чи «торги», а також позаконкурсної (але конкурентної) процедури.

Тендер (з англ. tend — обслуговувати) — конкурсна форма проведення підрядних торгів з метою визначення переможця.

Якщо закупівлі в проекті здійснюються за державні гроші (проект фінансується з бюджету), то під час торгів (тендеру) здійснюють конкурентний відбір учасників згідно з процедурами, встановленими «Положенням про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти».

У такому разі закупівля може здійснюватися шляхом проведення таких процедур:

- відкриті торги;
- торги з обмеженою участю;
- двоступеневі торги;
- запит цінкових пропозицій (котирувань);
- редукціон (торги зі зменшенням ціни);
- закупівля в одного учасника.

Основною процедурою здійснення закупівель є відкриті торги.

Процедура двоступеневих торгів застосовується у таких випадках:

1) замовник не може скласти конкретний перелік товарів (робіт) або визначити вид послуг, а також якщо для прийняття оптимального рішення про закупівлю необхідно провести попередні переговори з учасниками;

2) всі тендерні пропозиції, подані учасниками для участі у відкритих торгах, замовник відхилив через змову учасників щодо ціни відповідного товару, робіт чи послуг, а також коли учасники, які подали тендерні пропозиції, не відповідали вимогам, викладеним у тендерній документації;

3) для виконання нових будівельних робіт, які є повторенням подібних будівельних робіт, що відповідають типовому проекту, щодо якого укладено первинний договір про закупівлю.

Розглянемо детальніше процедури відкритих торгів та торгів з обмеженою участю (рис. 6).

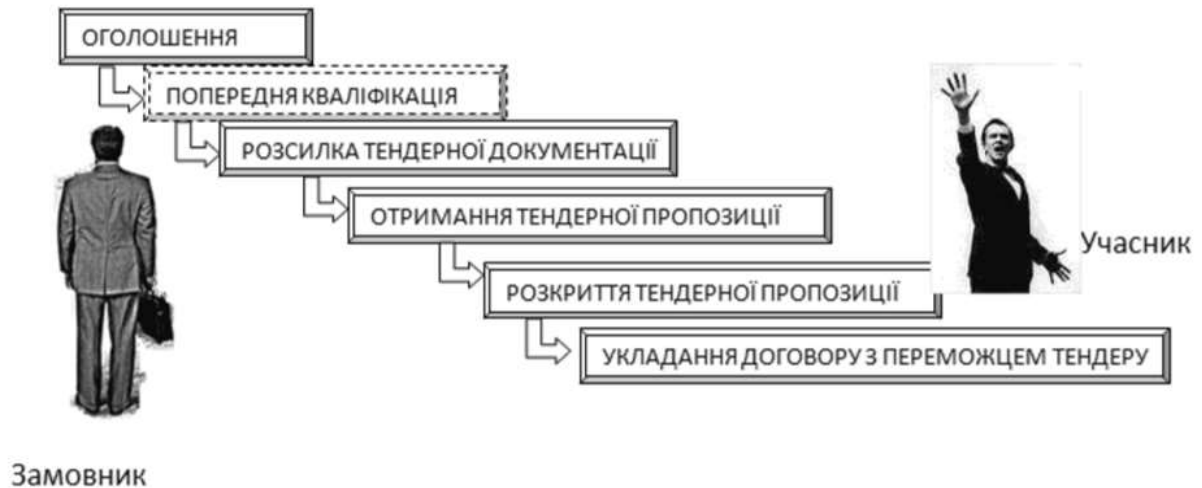


Рисунок 6. Послідовність кроків організації тендеру

Оголошення.

В оголошенні про проведення відкритих торгів та запрошенні до участі у процедурі торгів з обмеженою участю обов'язково зазначаються:

- найменування та місцезнаходження замовника;
- вид, кількість та місце поставки товарів або вид і місце виконання робіт чи надання послуг;
- строк поставки товарів, виконання робіт чи надання послуг;
- кваліфікаційні вимоги, яким повинні відповідати учасники;
- способи та місце отримання тендерної документації;
- місце та строк подання тендерних пропозицій;
- місце та дата розкриття тендерних пропозицій;
- умови надання тендерного забезпечення (якщо цього вимагає замовник) та способи зв'язку для отримання додаткової інформації.

Попередня кваліфікація учасників. Попередня кваліфікація не є обов'язковою і проводиться лише у випадку, якщо замовник прийняв рішення про необхідність її проведення.

Моніторинг і контроль закупок проекту

За РМВОК®, моніторинг і контроль закупок проекту міститься у процесі «управління закупками», що включає: управління відносинами з

продавцями, контроль виконання контрактів і внесення змін. Загальноінформаційна модель процесу «управління закупками» наведена на рис. 7.



Рисунок 7. Загально-інформаційна модель процесу «Управління закупками»

Процес управління закупками формалізується низкою документів:

контракт/угода на закупку;

запити на внесення змін у контракт;

технічна документація продавця (наприклад, гарантійні зобов'язання, фінансові документи тощо);

результати перевірок, що передбачені контрактом.

Також можуть бути оновлені документи проекту:

- кореспонденція (документування комунікацій між продавцем і покупцем щодо змін або уточнення умов контракту, результати аудитів та перевірок, прийняття рішень і т.ін.);

- розклад і запити на оплату;

- документація з оцінки виконання контракту продавцем (оцінка виконання продавцем умов контракту є основою для: продовження виконання робіт за діючим контрактом або дострокового припинення виконання робіт; залучення продавця для майбутніх проектів);

- план управління проектом (план управління закупками та базовий план розкладу).

Управління закупками має відбуватися із використанням наступних методів:

- управління змінами контракту (системи відстеження, процедури вирішення конфліктних ситуацій тощо);
- перевірок та аудитів;
- звітування про виконання;
- систем розрахунків (оплата здійснюється лише після підтвердження якості виконаних робіт);
- адміністрування претензій (усі спірні питання, або «претензії», «апеляції», слід документально оформлювати, моніторити та управляти протягом усього життєвого циклу контракту. Найкращим способом урегулювання усіх претензій і розбіжностей є переговори);
- системи управління документами (особливий комплекс процесів, відповідних контрольних функцій і інструментів автоматизації управління проектом).

3.2. Впровадження електронної системи охорони здоров'я (e-health) як модуль для підтримки закупок послуг

Електронна система охорони здоров'я (e-health) – це проект Міністерства охорони здоров'я, який в даний час перебуває на етапі розробки. Перший етап цієї розробки передбачає запровадження електронних систем для підтримки закупівель послуг ПМД. В даний час система служить в першу чергу для фінансових і платіжних цілей, а не виступає в якості повноцінної електронної системи охорони здоров'я з електронними медичними записами. Електронна система охорони здоров'я (e-health) включає в себе певні модулі, які дозволяють НСЗУ укладати договори з надавачами (електронне укладання договорів з надавачами послуг ПМД та аптеками), реєструвати вибір громадянами лікарів ПМД (електронні

декларації) та здійснювати реімбурсацію лікарських засобів в рамках програми «Доступні ліки» (електронний рецепт).

База даних про укладені декларації пов'язана із базою надавачів медичних послуг, з якими НСЗУ уклала договори. Вона диференційована та розділена за віком/статтю пацієнта, закладом/лікарем/спеціальністю, адміністративними одиницями (область/місто/район/село). База даних надавачів послуг містить їхні ідентифікаційні дані та інформацію про тип/форму власності, спеціальність лікаря/ім'я/стать/ідентифікаційні дані/контактні дані. Наразі база даних містить інформацію про 27,6 мільйона осіб, що уклали декларації з 22 032 лікарями ПМД, про 1 276 надавачів послуг ПМД та 1 000 аптек, які уклали договори з НСЗУ, а також про 2,3 мільйона призначених рецептів на лікарські засоби.

У 2019 році НСЗУ провела верифікацію даних щодо реєстрації (декларацій) в системі електронного здоров'я, що виявило значну проблему, пов'язану з реєстрацією на рівні ПМД. НСЗУ виявила понад 500 000 дублювань, 283 000 випадків укладання декларацій померлими пацієнтами та 61 000 осіб, які не існують. Загалом, НСЗУ скасувала 825 000 декларацій (3% від загальної кількості підписаних) та відповідний чином переглянула бюджет надавачів послуг ПМД.

НСЗУ розміщує на своєму веб-сайті аналітичні дані та інформаційні дашборди, які оновлюються в режимі реального часу, для громадськості та надавачів медичних послуг.³¹ Починаючи з липня 2019 року, надавачі медичних послуг будуть вводити детальну інформацію щодо кожної консультації, використовуючи Міжнародну класифікацію первинної медичної допомоги, друге видання.

Нещодавно запроваджений модуль електронних призначень дозволяє збирати персоналізовану інформацію про призначення, надання та реімбурсацію лікарських засобів у рамках програми «Доступні ліки». База даних пов'язує інформацію про призначені лікарські засоби з пацієнтом,

надавачем послуг та аптекою, та повинна уможливити запровадження системи рецептурного та бюджетного контролю.

НСЗУ ініціювала зміни до Постанови Кабінету Міністрів № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» (25 квітня 2018 року). Зміни, затверджені постановою Кабінету Міністрів³² у червні 2019 року, спрямовані на покращення стандартів та впровадження електронної системи охорони здоров'я на всіх рівнях і, зокрема, на уточнення ролі та функцій НСЗУ в роботі електронної системи охорони здоров'я, включаючи аудит та верифікацію даних.

Узгодження з іншими напрямками зміцнення системи охорони здоров'я та реформами державного сектору

На цьому першому етапі мала місце хороша узгодженість між укладанням договорів ПМД і встановленням стандартів для базового або мінімального пакету послуг ПМД (Наказ МОЗ №504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги»). Цей Наказ являє собою перший етап запровадження концепції ПМД як групи лікарів, які співпрацюють з мультидисциплінарною командою для надання медичних послуг визначеному колу зареєстрованих пацієнтів.

Для подальшого узгодження контрагування із концепцією надання послуг, необхідно буде розвивати систему капітаційної оплати для заохочення раннього виявлення та ведення складних НІЗ, а також більш інтегрованих медичних послуг. Це передбачає поступовий розвиток мультидисциплінарної команди ПМД та розширення обсягу послуг, що надаються в рамках ПМД. Система капітаційної оплати також повинна розвиватися, щоб забезпечити зв'язок між гарантованим пакетом медичних послуг та його подальшим розширенням, що передбачає ширший спектр послуг, таких як ведення складних НІЗ, випадків туберкульозу, психічного здоров'я та деяких соціальних послуг.

Важливо інвестувати в розробку формалізованих процедур механізмів оцінки впливу. Формалізовані механізми моніторингу та оцінки

наразі відсутні, що не дозволяє оцінити вплив як реформи фінансування системи охорони здоров'я в цілому так і впливу впровадження реформ ПМД, зокрема. Крім того, інформаційна система охорони здоров'я ще не генерує дані, які б дозволили отримати корисні показники для оцінки впливу.

Водночас, наявні дані з опитувань та інформаційної системи НСЗУ дають змогу скласти перше уявлення про зміни в результаті запровадження реформи ПМД щодо доступності послуг ПМД, рівня задоволеності пацієнтів та неформальних платежів.

- Витрати на ПМД значно зросли, що відображає зусилля зі зміцнення послуг на первинній ланці (див. Розділ 3): у 2017 році ПМД становила 10,6% від державних витрат на охорону здоров'я порівняно з 14,6% у 2019 році.

- «Вільний вибір лікаря ПМД» успішно працює: майже 27,6 мільйона громадян (66% населення) обрали свого лікаря ПМД з моменту запровадження політики вільного вибору в квітні 2018 року. Рис. 8 показує активність укладання декларацій з надавачами послуг ПМД за регіонами України.

- Принцип «гроші йдуть за пацієнтом» і чітка та проста капітаційна формула забезпечили більшу прозорість та справедливість розподілу бюджету серед надавачів ПМД, і створили потужний стимул для швидкого перетворення державних закладів ПМД на автономні установи. Як зазначалося вище, 1 024 або 97% усіх державних закладів ПМД (дані НСЗУ) були перетворені на комунальні підприємства та уклали договори з НСЗУ, починаючи з липня 2018 року.

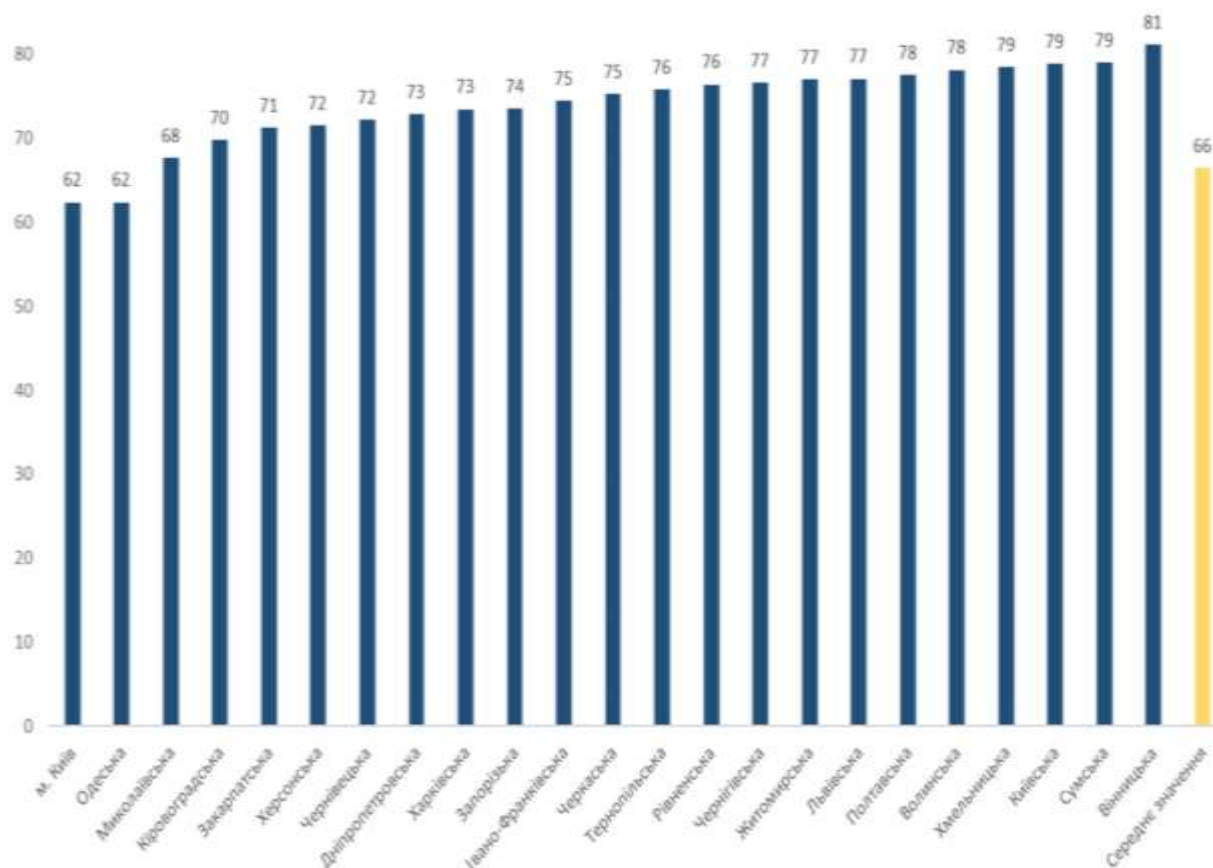


Рисунок 8. Відсоток жителів, які підписали декларації з надавачами ПМД, за регіонами

Примітка: ця діаграма не включає Донецьку та Луганську області, а також Автономну Республіку Крим.

Джерело: НСЗУ, липень 2019 року

Нові механізми закупівель ПМД забезпечують кращу доступність послуг ПМД. Значних географічних обмежень у доступі до послуг ПМД немає. Послуги ПМД надають 1 276 закладів ПМД, що охоплюють 6 323 практики/місць надання ПМД у сільській (4 072) та міській (2 251) місцевостях. В середньому, на практику ПМД припадає 4 372 зареєстрованих пацієнта, та 1 255 пацієнтів на одного лікаря ПМД. На Рис. 4.2 представлено середню кількість пацієнтів, що уклали декларації з практиками ПМД/місцями надання послуг ПМД та лікарями ПМД за регіонами.

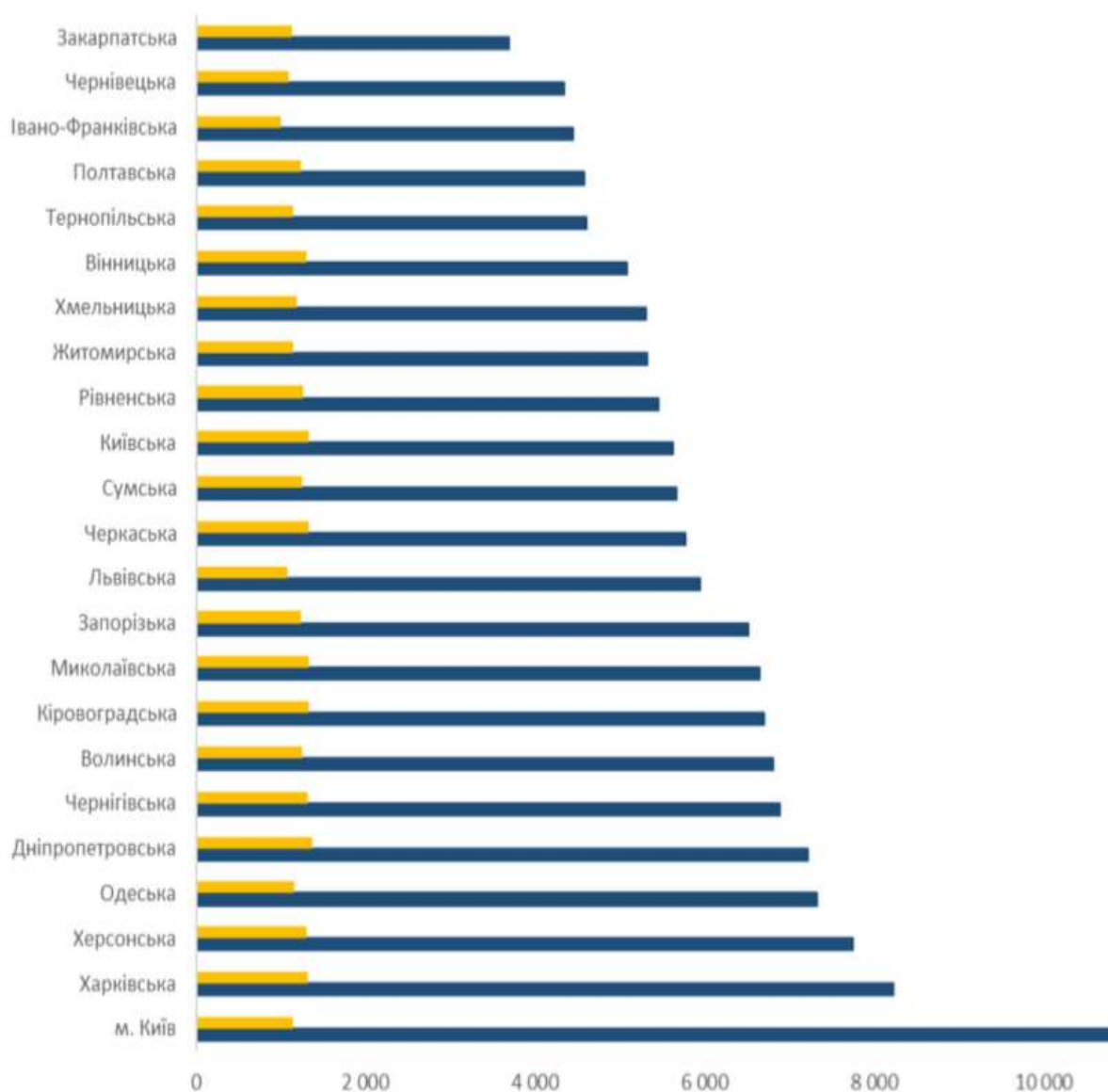


Рисунок 9. Середня кількість декларацій на одного лікаря ПМД та місце надання ПМД, за регіонами

Примітка: ця діаграма не включає Донецьку та Луганську області, а також Автономну Республіку Крим.

Джерело: НСЗУ, липень 2019 року.

На додаток до цих адміністративних даних, основою для реформи закупівель послуг ПМД може стати низка останніх досліджень сектору охорони здоров'я. До них відносяться: дослідження «Індекс здоров'я. Україна» (2016-2017), проведене Міжнародним фондом «Відродження»; «Дослідження медичних ресурсів в Україні» проведене Світовим банком (2018); «Чи можуть люди дозволити собі оплачувати медичну допомогу?»

ВООЗ (2018); «Обсяг неформальних платежів в Україні на рівні первинної медичної допомоги», USAID (2018); та «Дослідження задоволеності пацієнтів у 15 центрах ПМСД» (2019).

Більшість людей задоволені відвідуванням лікаря ПМД. За даними дослідження задоволеності пацієнтів,³³ проведеного у 15 центрах ПМСД в рамках Проекту USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я», 95% респондентів були «задоволені» або «доволі задоволені» своїм візитом до лікаря ПМД. Найбільший вплив на рівень задоволеності пацієнтів під час візиту до сімейного лікаря зумовили такі фактори, як повага з боку лікаря, уважне вислуховування та зрозуміле пояснення медичної інформації. Позитивні зміни в якості медичного обслуговування викликали у респондентів вау-ефект, що впливало на загальний рівень задоволеності. Оскільки це одноразовий ефект, то для досягнення стабільно високого рівня задоволеності пацієнтів необхідні постійні якісні покращення.

Доступ до основних лікарських засобів для людей з хронічними станами покращився. За даними Оцінки ВООЗ щодо програми «Доступні ліки» в Україні,³⁴ понад 6,6 мільйонів жителів України скористалися цією програмою. Це становить майже половину кількості пацієнтів з хронічними станами.

Реформа забезпечила підвищену прозорість гарантованого пакету медичних послуг, що може забезпечити скорочення неформальних платежів. Відповідно до опитування щодо неформальних платежів за 2018 рік в Україні³⁵, проведене Проектом USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії», 56% з 4 000 пацієнтів в Україні здійснили принаймні один неформальний платіж протягом останніх 12 місяців, а 48% пацієнтів здійснили неформальний платіж за отримання послуг ПМД. Оскільки більша частина періоду охопленого опитуванням припадала на проміжок часу до впровадження нових механізмів укладання договорів з ПМД, ці цифри слугують відліковою точкою для відстеження впливу на неформальні платежі таких чинників, як прозорість гарантованих медичних послуг, вільний вибір лікаря ПМД та

збільшення фінансування ПМД. Середній неформальний платіж за послугу становив 13,6 гривень на рівні ПМД (20,3 гривні за всі послуги). Щорічний середній показник неформальних платежів за послуги ПМД становив 55,9 гривень на одного пацієнта (126,1 гривні за всі послуги). Неформальні платежі на рівні послуг ПМД найчастіше здійснювалися за медсестринські послуги. Основною причиною здійснення неформальних платежів, яку називали пацієнти, було бажання відчувати краще ставлення з боку медичного персоналу (24%), а другою за важливістю причиною було бажання отримати кращу якість обслуговування або кращий обсяг послуг (16%). Зі значним зростанням обізнаності як для медперсоналу так і пацієнтів щодо гарантованих послуг ПМД, такі поширені неформальні платежі мають скоротитися, але для цього потрібна постійна увага до проблеми та її моніторинг.

Успішний запуск реформи закупівель послуг ПМД у 2018-2019 рр. має супроводжуватися подальшим розвитком стратегічних функцій щодо закупівель медичних послуг на рівні НСЗУ та змінами в медичній практиці. Окрім механізмів фінансування потрібен більш широкий спектр регуляторних механізмів та систем. Серйозні виклики в середньостроковій перспективі можна очікувати в наступних сферах.

Першочерговим пріоритетом є доопрацювання бачення та механізмів впровадження для поліпшення організаційних та клінічних спроможностей ПМД, також потрібно буде скоригувати стратегічні закупівлі для підтримки функціонування ПМД. Пріоритетна роль ПМД задекларована в основних регуляторних документах, але конкретні цілі щодо розвитку, функцій та взаємодії ПМД з іншими рівнями медичної допомоги потребують більшої чіткості. Міністерство охорони здоров'я зараз перебуває в процесі розробки білої книги щодо довгострокового бачення надання послуг, що має важливе значення для подальшого просування. Така біла книга передбачає, що ПМД гратиме більш активну роль у профілактиці та лікуванні НІЗ

(включаючи психічне здоров'я) та інфекційних захворювань (наприклад, туберкульозу).

Нинішня структура мережі ПМД в основному обумовлюється договорами з НСЗУ, що може спричинити потенційні ризики та обмеження щодо доступу до послуг ПМД. Слід запровадити механізм моніторингу структури, спроможностей та організації системи надання послуг ПМД, включаючи моніторинг мережі надавачів, кількості та розподілу надавачів послуг за географічною ознакою, а також відмінності у можливостях надавачів надавати медичні послуги (міські/сільські, за регіонами, за видами).

З подальшим розгортанням реформи необхідно розглядати можливість введення змішаних методів оплати для кращого приведення фінансових стимулів у відповідність до бажаних змін у ПМД. Для подальшого зміцнення ПМД з метою раннього виявлення та кращого ведення випадків НІЗ, які є основним тягарем хвороб в Україні, необхідно здійснювати нові заходи, включаючи удосконалення моделі надання медичної допомоги та механізму фінансування. Міжнародний досвід свідчить, що система оплат, побудована виключно на капітаційних ставках, є недостатнім стимулом для переорієнтації надавачів послуг ПМД на більш проактивну участь у профілактиці та лікуванні НІЗ.

Міністерство охорони здоров'я регулює загальні процеси забезпечення якості, але ключові сфери, включаючи клінічні протоколи, безперервну освіту та клінічний аудит, потребують більшої уваги. Зі створенням НСЗУ необхідно переглянути і чітко визначати ролі, відносини та розподіл основних функцій у сфері контролю та покращення якості між Міністерством охорони здоров'я, НСЗУ, надавачами послуг та професійними асоціаціями. Крім того, укладення договорів із приватними надавачами послуг в межах ПМГ може вимагати регуляторних змін з метою уніфікації систем та стандартів клінічного ведення, якими повинні керуватись приватні і державні надавачі, що підписали договори з НСЗУ.

Електронна система охорони здоров'я (e-health), в цілому ефективно виконує свою функцію реєстрації населення та укладання договорів з надавачами медичних послуг, проте вона має проблеми, які необхідно вирішити найближчим часом. Інформаційна система e-health, що спрямована на підтримку реформ в галузі охорони здоров'я, була розроблена та впроваджена в надзвичайно жорстких часових рамках, щоб відповідати швидким темпам впроваджуваних реформ. Ідентифікація пацієнтів відбувається за кодом їхньої декларації, який генерується з особистих даних пацієнта (прізвище, ім'я тощо). Це призводить до неминучого дублювання. Крім того, можливі друкарські помилки і різне написання імен. Створюваний реєстр не інтегровано з іншими національними реєстрами, і він не забезпечує оперативного оновлення даних, включаючи дані про смертність, народжуваність та інші дані. У зв'язку з цим, наявний реєстр вже містить недостовірні дані, що може спричинити проблеми з боку контролюючих органів та дискредитувати платіжну систему. Формати директорій та баз даних не стандартизовані, що перешкоджає підключенню сторонніх інформаційних систем до системи електронного здоров'я. Необхідні стандартні вимоги, що забезпечують семантичну і технічну працездатність системи. Скасовані статистичні форми не були належним чином замінені іншими формами звітності, що призвело до ризику втрати великих обсягів історичних даних, навіть якщо вони були низької якості.

Швидкий розвиток електронної системи охорони здоров'я та зміцнення потенціалу НСЗУ щодо роботи в цифрових операційних системах є життєво важливим для подальшої реалізації стратегічних закупівель послуг у сфері охорони здоров'я та посилення спроможності НСЗУ щодо виявлення шахрайства та неефективного використання коштів. На даний момент ключові функції НСЗУ, які полягають у загальному управлінні та управлінні наданням медичної допомоги, в тому числі робота з медичною документацією, моніторинг результатів діяльності та якості, не автоматизовані. НСЗУ не має цифрових механізмів для відстеження надання

послуг та перенаправлення, контролю ефективності роботи надавачів послуг та надання послуг ПМД належної якості. Крім того, небажані наслідки та негативні стимули капітаційної системи можуть спричинити ризики зміни поведінки надавача послуг, якщо за ним немає моніторингу (зниження продуктивності та якості роботи, надання послуг у недостатній кількості, надмірне перенаправлення та уникнення підписання декларацій з пацієнтами, які хворіють більше, або лікування яких потребує більших витрат).

Очікується, що попит на рецепти на амбулаторному рівні буде продовжувати рости і потребуватиме ефективного управління. Результати оцінки програми «Доступні ліки»³⁶, що проведена ВООЗ, та останні дані НСЗУ, демонструють величезний попит та різке збільшення кількості рецептів на лікарські засоби. Така тенденція часто зустрічається в країнах, де охоплення швидко розширюється і, фактичні ціни на лікарські засоби чи послуги, якими користуються пацієнти, різко знижуються.

ВИСНОВКИ ПО РОЗДІЛУ 3

1. Обґрунтовано застосування механізму процесу закупок відповідно методології управління проектами. Розкрито забезпечення спільного розуміння вимог до закупок. Визначені фактори які впливають контракт закупок.

2. Обґрунтування процес організації і проведення торгів за проектами. У практиці управління проектами виділяють три основних способи підбору партнерів для закупівлі товарів, робіт чи послуг: вільний вибір постачальників; вибір постачальників, що раніше залучалися до реалізації проектів; вибір постачальників шляхом організації торгів.

3. Запропоновано процес моніторингу і контролю закупок проекту. За РМВОК®, моніторинг і контроль закупок проекту міститься у процесі «управління закупками», що включає: управління відносинами з продавцями, контроль виконання контрактів і внесення змін.

4. Практична реалізація електронної системи охорони здоров'я (e-health) – це проект Міністерства охорони здоров'я, який в даний час перебуває на етапі розробки. Перший етап цієї розробки передбачає запровадження електронних систем для підтримки закупівель послуг ПМД. Електронна система охорони здоров'я (e-health) включає в себе певні модулі, які дозволяють НСЗУ укладати договори з надавачами (електронне укладання договорів з надавачами послуг ПМД та аптеками), реєструвати вибір громадянами лікарів ПМД (електронні декларації) та здійснювати реімбурсацію лікарських засобів в рамках програми «Доступні ліки» (електронний рецепт). База даних про укладені декларації пов'язана із базою надавачів медичних послуг, з якими НСЗУ уклала договори. Нещодавно запроваджений модуль електронних призначень дозволяє збирати персоналізовану інформацію про призначення, надання та реімбурсацію лікарських засобів у рамках програми «Доступні ліки».

РОЗДІЛ 4

ОХОРОНА ПРАЦІ

4.1. Характеристика та аналіз потенційно-шкідливих і небезпечних виробничих факторів

Для створення нормальних умов виробничої діяльності необхідно забезпечити не лише комфортні метеорологічні умови, а й необхідну чистоту повітря. В наслідок виробничої діяльності в повітряне середовище приміщень можуть надходити різноманітні шкідливі речовини, що використовуються в технологічних процесах. Шкідливими вважаються речовини, що при контакті з організмом людини за умов порушення умов безпеки можуть призвести до виробничої травми, професійного захворювання або розладів у стані здоров'я, що визначаються сучасними методами як у процесі праці, так і віддалені строки життя теперішнього чи наступних поколінь (ГОСТ 12.1.007-76).

Шкідливі речовини можуть проникати в організм людини через органи дихання, органи травлення а також шкіру та слизові оболонки. Через дихальні шляхи потрапляють пари газо та пилоподібні речовини, через шкіру переважно рідкі речовини. Через шлунково-кишкові шляхи потрапляють речовини під час ковтання або при внесенні в їх в рот забрудненими руками.

Основним шляхом надходження промислових шкідливих речовин до організму людини є дихальні шляхи. Завдяки величезній (понад 90 м²) всмоктувальній поверхні легенів утворюються сприятливі умови для потрапляння шкідливих речовин у кров.

Шкідливі речовини, що потрапили ти, чи іншим шляхом в організм можуть викликати отруєння (гострі чи хронічні). Ступінь отруєння залежить від токсичності речовини, її кількості, часу дії, шляху проникнення, метеорологічних умов, індивідуальних особливостей організму. Гострі

отруєння виникають в результаті одноразової дії великих доз шкідливих речовин (чадний газ, метан, сірководень). Хронічні отруєння розвиваються в наслідок тривалої дії на людину невеликих концентрацій шкідливих речовин (свинець, ртуть, марганець). Шкідливі речовини потрапивши в організм розподіляються в ньому нерівномірно. Найбільша кількість свинцю накопичується в кістках, марганцю – в печінці та ін. Такі речовини мають властивість утворювати в організмі так зване «депо» і затримуватись в ньому тривалий час.

При хронічному отруєнні шкідливі речовини можуть не лише накопичуватись в організмі (матеріальна кумуляція), але й викликати «накопичення» функціональних ефектів «функціональна кумуляція».

В санітарно-гігієнічній практиці прийнято поділяти шкідливі речовини на хімічні речовини та промисловий пил.

Хімічні речовини (шкідливі та небезпечні) відповідно до ГОСТу 12.0.003-74 за характером впливу на організм людини поділяються на :

- загально токсичні, що викликають отруєння всього організму (ртуть, оксид вуглецю, толуол, анілін);
- подразнюючі, що викликають подразнення дихальних шляхів та слизових оболонок (хлор, аміак, сіро водень, озон);
- сенсibiliзуючі, що діють як алергени (альдегід, розчинники та лаки на основі нітросполук);
- канцерогенні, що викликають ракові захворювання (ароматичні, вуглеводні, аміносполуки, азбест);
- мутагенні, що викликають зміни спадкової інформації (свинець, радіоактивні речовини, формальдегід);
- що впливають на репродуктивну (відтворення потомства) функцію (бензол, свинець, марганець, нікотин).

Слід зазначити, що існують і й інші різновиди класифікацій шкідливих речовин, наприклад, за переважаючою дією на певні органи чи

системи людини (серцеві, кишково-шлункові, печінкові, ниркові), за основною шкідливою дією (задушливі, подразнюючі, нервові), за величиною середньо смертельної дози.

Виробничий пил досить розповсюджений небезпечний та шкідливий виробничий фактор. З пилом стикаються виробники машинобудування.

Пил може здійснювати на людину фіброгенну дію, при якій в легенях відбувається розростання сполучних тканин, що порушують нормальну будову та функцію органу.

Вражаюча дія пилу в основному визначається дисперсністю (розміром частинок пилу), їх формою та твердістю, волокнистістю питомою поверхнею.

Шкідливість виробничого пилу обумовлена його здатністю викликати професійні захворювання легенів, в першу чергу пневмоконіози.

Необхідно врахувати, що в виробничих умовах працівники, як правило, зазнають впливу кількох шкідливих речовин, в тому числі і пилу. При цьому їхня спільна дія може бути взаємо підсиленою, взаємо послабленою чи «незалежною».

На дію шкідливих речовин впливають також інші шкідливі та небезпечні фактори. Наприклад, підвищена температура і вологість як і значне м'язове напруження, в більшості випадків підсилюють дію шкідливих речовин.

Суттєве значення мають індивідуальні особливості людини, з огляду на це для робітників які працюють у шкідливих умовах проводяться обов'язкові попередні «при вступі на роботу» та періодичні (один раз на 3, 6, 12 та 24 місяці залежно від токсичності речовини) медичні огляди.

Вібрація серед всіх видів механічних впливів для технічних об'єктів найбільш небезпечні. Знакозмінні напруження, викликані вібрацією сприяють накопиченню пошкоджень в матеріалах, появі тріщин, руйнуванню.

Найчастіше і досить швидко руйнування об'єкта настає при вібраційних впливах за умов резонансу. Вібрації викликають також відмови машин, приладів.

За способом передачі на тіло людини вібрацію поділяють на загальну, яка передається через опорні поверхні на тіло людини, та локальну, котра передається через рухи людини. У виробничих умовах часто зустрічаються випадки комбінованого впливу вібрації – загальної та локальної

Вібрація викликає порушення фізіологічного та функціонального станів людини. Стійкі шкідливі фізіологічні зміни називають вібраційною хворобою. Симптоми вібраційної хвороби проявляються у вигляді головного болю, заніміння пальців рук, болю в кістках та передпліччі, виникають судоми, підвищується чутливість до охолодження, з'являється безсоння. При вібраційній хворобі виникають паталогічні зміни спинного мозку серцево-судинної системи, кісткових тканин та суглобів, змінюється капілярний кругообіг.

Функціональні зміни, пов'язані з дією вібрації на людину оператора – погіршення зору, зміни реакції, вестибулярного апарату, виникнення галюцинацій, швидка втомлюваність. Негативні відчуття від вібрації виникають при прискореннях, що складають 5 % прискорення сили ваги, тобто при $0,5 \text{ м/с}^2$. Особливо шкідливі вібрації з частотами близькими до частот власних коливань тіла людини, більшість котрих знаходиться в межах 6...30 Гц.

Резонансні частоти окремих частин тіла наступні:

Очі	22...27
Горло	6....12
Грудна клітка	2...12
Ноги, руки	2...8
Голова	8...27
Обличчя та щелепи	4...27

Пояснична частина хребта 4...14

Живіт 4...12

Шум – будь який не бажаний звук, котрий заважає.

Виробничим шумом називається шум на робочих місцях, на дільницях або на територіях підприємства, котрий виникає під час виробничого процесу.

Наслідком шкідливої дії виробничого шуму можуть бути професійні захворювання, підвищення загальної захворюваності, зниження працездатності, підвищення ступеня ризику травм та нещасних випадків, пов'язаних з порушенням сприйняття попереджувальних сигналів, порушення слухового контролю функціонування технологічного обладнання, зниження продуктивності праці.

За характером порушення фізіологічних функцій шум поділяється на такий, що заважає (перешкоджає мовному зв'язку), подразнювальний (викликає нервові напруження і внаслідок цього – зниження працездатності, загальну перевтому), шкідливий (порушує фізіологічні функції на тривалий період і викликає розвиток хронічних захворювань, котрі безпосередньо або опосередковано пов'язані зі слуховим сприйняттям, погіршення слуху, гіпертонію, туберкульозу, виразку шлунку), травмуючий (різко порушує фізіологічні функції організму людини).

Шум як фізичне явище – це коливання пружного середовища. Він характеризується звуковим тиском як функцією частоти та часу. З фізіологічної точки зору шум визначається як відчуття, що сприймаються органами слуху під час дії на них звукових хвиль в діапазоні частот 16 – 20000 Гц. Загалом шум – це безладне поєднання звуків різної частоти та інтенсивності.

Відповідно до ГОСТ 12.1.044-84 оцінку пожежовибухонебезпечності усіх речовин та матеріалів проводять залежно від агрегатного стану: газ, рідковина, тверда речовина (пил виділено в окрему групу). Тому і показники їхньої пожежовибухонебезпечності будуть дещо різні.

Перш за все визначають групу горючості даної речовини. За цим показником всі речовини та матеріали поділяються на негорючі, важкогорючі та горючі.

Негорючі – речовини та матеріали не здатні до горіння на повітрі нормального складу. Це неорганічні матеріали, метали, гіпсові конструкції.

Важкогорючі – це речовини та матеріали, які здатні до займання в повітрі від джерела запалювання, однак після його вилучення не здатен до самостійного горіння. До них належать матеріали, які містять горючі та негорючі складові частини. Наприклад, асфальтобетон, фібrolіт.

Горючі – речовини та матеріали, які здатні самозаймання, а також займання від джерела запалювання і самостійного горіння після його вилучення. До них належать всі органічні матеріали. В свою чергу всі горючі матеріали поділяються на легкозаймисті, тобто такі, які займаються від джерела запалювання незначної енергії (сірник, іскра) без попереднього нагрівання та важко займисті, які займаються від порівняно потужного джерела запалювання.

Температура спалаху – найнижча температура горючої сировини, при якій над її поверхнею утворюються пари або гази, здатні спалахнути від джерела запалювання, але швидкість їх утворення ще недостатня для стійкого горіння.

За температурою спалаху розрізняють:

- легкозаймисті рідини (ЛЗР) – рідини, які мають температуру спалаху, що не перевищує 61 С у закритому тиглі (бензин, ацетон, етиловий спирт)
- горючі рідини (ГР) – рідини, які мають температуру спалаху понад 61 С у закритому тиглі або 66 С у відкритому тиглі (мінеральні мастила, мазут, формалін)

Важливими показниками, що характеризують пожежовибухо-небезпечні властивості газів, рідин та пилу є концентраційні межі поширення полум'я (запалення). Нижня (НКМ) та верхня (ВКМ) концентраційні межі

поширення полум'я – це мінімальна та максимальна об'ємна (масова) доля горючої речовини у суміші з даним окислювачем, при яких можливе займання (спалахування) суміші від джерела запалювання з наступним поширенням полум'я по суміші на будь-яку відстань від джерела запалювання з наступним поширенням полум'я по суміші на будь-яку відстань від джерела запалювання.

Суміші, що містять горючу сировину нижче НКМ чи вище ВКМ горіти не можуть. Наявність областей негорючих концентрацій речовин та матеріалів надає можливість вибрати такі умови їх зберігання, транспортування та використання, при яких виключається можливість виникнення пожежі чи вибуху.

Значну вибухову та пожежну небезпеку становлять різноманітні горючі пиловидні речовини в завислому стані. Залежно від значення НКМ поширення полум'я пил поділяється на вибухо- та пожежонебезпечний (пил деревини, тютюну).

Вимоги щодо конструктивних та планувальних рішень промислових об'єктів, а також інших питань забезпечення їхньої пожежо- та вибухобезпеки значною мірою визначаються категорією приміщень та будівель за вибухопожежною та пожежною небезпекою. Визначення категорії приміщення проводиться з урахуванням показників пожежовибухонебезпечності речовин та матеріалів, що там знаходяться (використовуються) та їх кількості.

Відповідно до ОНТП 24-86 приміщення за вибухопожежною та пожежною небезпекою поділяються на 5 категорій (А, Б, В, Г, Д).

Категорія А. Горючі гази, легкозаймисті рідини з температурою спалаху не більше 28 С в такій кількості, що можуть утворюватися вибухонебезпечні паро газоповітряні суміші, при спалахуванні котрих розвивається розрахунковий надлишковий тиск вибуху в приміщенні, що перевищує 5 кПа.

Речовини та матеріали, здатні вибухати та горіти при взаємодії з водою, киснем повітря або одне з одним в такій кількості, що розрахунковий надлишковий тиск вибуху в приміщенні перевищує 5 кПа.

Категорія Б. Горючий пил або волокна, легкозаймисті рідини з температурою спалаху більше 28 С та горючі рідини в такій кількості, що можуть утворюватися вибухонебезпечні пило повітряні або пароповітряні суміші, при спалахуванні котрих розвивається розрахунковий надлишковий тиск вибуху в приміщенні, що перевищує 5 кПа.

Категорія В. Горючі та важкогорючі рідини, тверді горючі та важкогорючі речовини і матеріали, речовини та матеріали здатні при взаємодії з водою, киснем повітря або одне з одним лише горіти за умови, що приміщення, в яких вони знаходяться, або використовуються, не відносяться до категорій А та Б.

Категорія Г. Негорючі речовини та матеріали в гарячому, розжареному або розплавленому стані, процес обробки яких супроводжується виділенням променистого тепла, іскор, полум'я; горючі гази, рідини, тверді речовини, які спалюються або утилізуються як паливо.

Категорія Д. Негорючі речовини та матеріали в холодному стані.

4.2. Методи та засоби колективного та індивідуального захисту від шуму та вібрації

Боротьба з шумом у джерелі його виникнення – це найбільш дієвий спосіб боротьби з ним. Створюються мало шумні механічні передачі, розроблено способи зниження шуму в підшипникових вузлах, вентиляторах.

Зниження шуму звукопоглинанням. Об'єкт, котрий випромінює шум, розташовують у кожусі, внутрішні стінки якого покриваються звукопоглинальним матеріалом. Кожух повинен мати достатню звукопоглинальну здатність, не заважати обслуговуванню обладнання під час роботи, не ускладнювати його обслуговування, не псувати інтер'єр цеху.

Різновидом цього методу є кабіна, в котрій розташовується найбільш шумний об'єкт і в котрій працює робітник. Кабіна зсередини вкрита звукопоглинальним матеріалом, щоб зменшити рівень шуму всередині кабіни, а не лише ізолювати джерело шуму від решти виробничого приміщення.

Зниження шуму звукоізоляцією. Суть цього методу полягає в тому, що шумовипромінювальний об'єкт або декілька найбільш шумних об'єктів розташовуються окремо, ізолювано від основного, менш шумного приміщення звукоізолюваною стіною або перегородкою. Звукоізоляція також досягається шляхом розташування найбільш шумного об'єкта в окремій кабіні. При цьому в ізолюваному приміщенні і в кабіні рівень шуму не зменшиться, але шум впливатиме на менше число людей. Звукоізоляція досягається також шляхом розташування оператора в спеціальній кабіні, звідки він спостерігає та керує технологічним процесом. Звукоізоляційний ефект забезпечується також встановленням екранів та ковпаків. Вони захищають робоче місце і людину від безпосереднього впливу прямого звуку, однак не знижуючи шум в приміщенні.

Зниження шуму акустичною обробкою приміщення. Акустична обробка приміщення передбачає вкривання стелі та верхньої частини стін звукопоглинальним матеріалом. Внаслідок цього знижується інтенсивність відбитих звукових хвиль. Додатково до стелі можуть підвищуватись звукопоглинальні щити, конуси, куби, встановлюються резонаторні екрани, тобто штучні поглиначі. Штучні поглиначі можуть застосовуватись окремо або в поєднанні з личкуванням стелі та стін. Ефективність акустичної обробки приміщення залежить від звукопоглинальних властивостей застосовуваних матеріалів та конструкції, особливостей їх розташування, об'єму приміщення, його геометрії, місць розташування джерел шуму. Ефект акустичної обробки більший в низьких приміщеннях (де висота стелі не перевищує 6 метрів) витягнутої форми. Акустична обробка дозволяє знизити шум на 8 дБА.

Заходи щодо зниження шуму слід передбачувати на стадії проектування обладнання в цеху. Особливу увагу слід звертати на винесення шумного обладнання в окреме приміщення, що дозволяє зменшити число працівників в умовах підвищеного рівня шуму та здійснити заходи щодо зниження шуму з мінімальними витратами коштів, обладнання та матеріалів. Зниження шуму можна досягти шляхом знешумлення всього обладнання з високим рівнем шуму.

Роботу щодо знешумлення діючого виробничого обладнання в приміщенні розпочинають зі складання шумових карт і спектрів шуму, обладнання і виробничі приміщення, на підставі котрих виносяться рішення щодо напрямку роботи.

Загальні методи боротьби з вібрацією базуються на аналізі рівня, котрі описують коливання машин у виробничих умовах і кваліфікуються наступним чином:

- зниження вібрації в джерелі виникнення шляхом зниження або усунення збуджувальних сил.
- від лагодження від резонансних режимів раціональним вибором приведеної маси або жорсткості системи, котра коливається;
- вібродемпферування – зниження вібрації за рахунок сили тертя демпферного пристрою, тобто приведення коливальної енергії в тепло;
- динамічне гасіння – введення в коливну систему додаткових мас або збільшення жорсткості системи;
- віброізоляція – введення в коливну систему додаткового пружного зв'язку, з метою послаблення передавання вібрацій, суміжному елементу конструкції або робочому місцю;
- використання індивідуальних засобів захисту.

Зниження вібрації в джерелі її виникнення досягається шляхом зменшення сили, яка викликає коливання. Тому ще на стадії проектування машин та механічних пристроїв потрібно вибирати кінематичні схеми, в

котрих динамічні процеси, викликані ударами та прискореннями, були б виключені або знижені. Зниження вібрації може бути досягнуте зрівноваженням мас, зміною маси або жорсткості, зменшенням технологічних допусків при виготовленні і складанні, застосуванням матеріалів з великим внутрішнім тертям. Велике значення має підвищення точності обробки та зниження шорсткості поверхонь, що труться.

Від лагодження від режиму резонансу. Для послаблення вібрації істотне значення має запобігання резонансним режимам роботи з метою виключення резонансу з частотою змушувальної сили. Власні частоти окремих конструктивних елементів визначаються розрахунковим методом за відомими значеннями маси та жорсткості або ж експериментально на стендах.

Резонансні режими при роботі технологічного обладнання усуваються двома шляхами: зміною характеристик систем (маси або жорсткості) або встановленням іншого режиму роботи (від лагодження резонансного значення кутової частоти змушувальної сили).

Вібродемпферування. Цей метод вібрації реалізується шляхом перетворення енергії механічних коливань коливальної системи в теплову енергію. Збільшення витрат енергії в системі здійснюється за рахунок використання в якості конструктивних матеріалів з великим внутрішнім тертям: пластмас, метало гуми, сплавів марганцю та міді, нікельованих сплавів, нанесення на вібруючі поверхні шару пружном'язких матеріалів, котрі мають великі втрати на внутрішнє тертя. Найбільший ефект при використанні вібродемпферних покриттів досягається в областях резонансних частот, оскільки при резонансі значення впливу сил тертя на зменшення амплітуди зростає.

Найбільший ефект вібродемпферного покриття дають за умови, що протяжність вібродемпферного шару спів розмірна з довжиною хвилі згину в матеріалі конструкції. Покриття потрібно наносити в місцях, де генерується

вібрація максимального рівня. Товщина вібродемпферних покриттів береться рівною 2-3 товщинам елемента конструкції, на котру воно наноситься.

Добре демпфернують коливання мастильні матеріали. Шар мастила між двома спряженими елементами усуває можливість їх безпосереднього контакту, а відтак – появу сил поверхневого тертя, котрі є причиною збудження вібрації.

Віброгасіння. Для динамічного гасіння коливань використовуються динамічні віброгасії, маятникові, ексцентрикові, гідравлічні. Вони являють собою додаткову коливну систему з масою m та жорсткістю q , власна частота котрої f_0 , налаштована на основну частоту f коливань даного агрегату, що має масу M та жорсткість Q , віброгасій кріпиться на вібруючому агрегаті і налаштовується таким чином, що в ньому в кожний момент часу збуджуються коливання, котрі знаходяться в протифазі з коливаннями агрегату. Недоліком динамічного гасіння є те, що він діє лише при певній частоті, котра відповідає його резонансному режиму коливань.

Для зниження вібрації застосовується також ударні віброгасії маятникового, пружинного і плаваючого типів. В них здійснюється перехід кінетичної енергії відносного руху елементів, що контактують, в енергію деформації з поширенням напружень із зони контакту по елементах, що взаємодіють. В наслідок цього енергія розподіляється по об'єму елементів віброгасія, котрі зазнають взаємних ударів, викликаючи їх коливання. Одночасно відбувається розсіювання енергії внаслідок дії сил зовнішнього та внутрішнього тертя. Маятникові удари віброгасія використовуються для гасіння коливань частотою 0,4 – 2 Гц, пружинні – 2 – 10 Гц, плаваючі – понад 10 Гц.

Віброгасії камерного типу призначені для перетворення пульсуючого потоку газу в рівномірний. Такі віброгасії встановлюються на всмоктувальній та нагнітальній сторонах компресорів, на гідроприводах.

Вони забезпечують значне зниження рівня вібрацій трубо- та газопроводів.

Динамічне віброгасіння досягається також встановленням агрегату на масивному фундаменті. Маса фундаменту підбирається таким чином, щоб амплітуда коливань підосви фундаменту не перевищувала 0,1 – 0,2 мм.

Віброізоляція полягає у зниженні передачі коливань від джерела збудження до об'єкта, що захищається, шляхом введення в коливну систему додаткового пружного зв'язку. Цей зв'язок запобігає передачі енергії від коливного агрегату до основи або від коливної основи до людини, або від конструкцій, що захищаються.

Віброізоляція реалізується шляхом встановлення джерела вібрації на віброізоляторі. В комунікаціях повітропроводів розташовуються гнучкі вставки. Застосовуються пружні прокладки у вузлах кріплення повітропроводів, в перекриттях, несучих конструкціях будівель, в ручному механізованому інструменті.

Для віброізоляції стаціонарних машин з вертикальною змушувальною силою використовують віброізольовані опори у вигляді прокладок або пружин. Однак можлива їх комбінація. Комбінаційних віброізолятор поєднує пружинний віброізолятор з пружною прокладкою. Пружинний віброізолятор пропускає високочастотні коливання, а комбінований забезпечує необхідну ширину діапазона коливань, що гасяться. Пружні елементи можуть бути металевими, полімерними, волокнистими, пневматичними, гідравлічними, електромагнітними.

Засоби індивідуального захисту від вібрації застосовуються у випадку, коли розглянуті вище технічні засоби не дозволяють знизити рівень вібрації до норми. Для захисту рук використовуються рукавиці, вкладиши, прокладки. Для захисту ніг – спеціальне взуття, підметки, наколінники. Для захисту тіла – нагрудники, пояси, спеціальні костюми.

З метою профілактики вібраційної хвороби для працівників рекомендується спеціальний режим праці. Наприклад, при роботі з ручними інструментами загальний час роботи в контакті з вібрацією не повинен перевищувати 2/3 робочої зміни. При цьому тривалість безпосереднього

впливу вібрації, включаючи мікро паузи, не повинна перевищувати 15 – 20 хв. Передбачається ще дві регламентовані перерви для активного відпочинку.

Всі, хто працює з джерелами вібрації, повинні проходити медичні огляди перед вступом на роботу і періодично, не рідше 1 разу на рік.

4.3. Розрахунок освітлення приміщення

Зробити розрахунок загального освітлення цеха. Довжина – $A = 40$ м, ширина $B = 42$ м, висота $H = 8$ м. Висота робочої поверхні $h_p = 1,5$ м. Для освітлення використовуються світильники з люмінесцентними лампами типу ПВЛМ. Мінімальна освітленість лампами розжарювання за нормами

$E_{\min} = 100$ лк. Напруга мережі 220 В.

Відстань від стелі до робочої поверхні

$$H_0 = H - h_p = 8 - 1,5 = 6,5 \text{ м.}$$

Відстань від стелі до світильників

$$h_c = 0,2 H_0 = 0,2 * 6,5 = 1,3 \text{ м.}$$

Висота підвішування світильника над освітлювальною поверхнею

$$h = H_0 - h_c = 6,5 - 1,3 = 5,2 \text{ м.}$$

Висота підвищування світильника над підлогою

$$H_p = h + h_p = 5,2 + 1,5 = 6,7 \text{ м.}$$

(величина, що знаходить в межах норм). Для досягнення найбільшої рівномірності освітлення приймаємо відношення

$$L / h = 1,5 /$$

Тоді відстань між центром світильників

$$L = 1,5 H_p = 1,5 * 6,7 = 10,05 \text{ м.}$$

Необхідна кількість світильників

$$N = \frac{S}{L^2} = \frac{40 * 42}{7,8^2} = 28$$

Приймаємо 28 світильників (чотири ряди по 7 світильників).

Індекс приміщення.

$$i = \frac{AB}{h(A+B)} = \frac{40 * 42}{5,2(40+42)} = 3,9$$

За таблицею при $i = 3,9$; $h_p = 70 \%$, $p_c = 50 \%$, $p_p = 10 \%$ для світильника типу ПВЛМ коефіцієнт використання світлового потоку 0,68.

Світловий потік однієї лампи

$$\Phi = \frac{E_{\min} SK_3 Z}{N} = \frac{100 * 1680 * 1,4 * 1,1}{28 * 0,68} = \frac{258720}{19,04} = 13588 \text{ лм.}$$

де коефіцієнт запасу $K_3 = 1,4$; $Z = 1,1$ для люмінесцентних ламп.

За знайденим світловим потоком, вибираємо лампу потужністю 1000 Вт, що має світловий потік 14600 лм, найбільш близький до розрахункового.

При цьому фактична освітленість:

$$E_{\phi} = E_n \frac{\Phi_{\lambda}}{\Phi_p} = 100 \frac{14600}{13588} = 107 \text{ лк.}$$

Загальна потужність освітлювальної установки

$$P_3 = P_{\lambda} N = 1000 * 28 = 28000 \text{ Вт.} = 28 \text{ кВт}$$

ВИСНОВКИ

1. В роботі проведено дослідження тенденцій змін в управлінні проектами державних закупок медичних препаратів. У 2019 році Міністерство охорони здоров'я України звернулося до Програми розвитку ООН в Україні (ПРООН) та інших міжнародних партнерів (зокрема, ЮНІСЕФ та компанії Crown Agents) з проханням підтримати процес державних закупівель медичних препаратів. Результатом проведеного аналізу встановлено, що згідно з договором, підписаним між Міністерством і ПРООН, Україна має закуповувати медикаменти через міжнародні організації, включно з ПРООН, як тимчасове рішення до 2025 року.

2. Теоретично обґрунтовано організацію проведення торгів за проектами. Для виконання робіт з проекту керівникові і команді управління проектом потрібно створювати проектну команду для управління проектом закупок.

3. Проведено аналіз та встановлено, що органи місцевого самоврядування мають важливу роль як власників закладів, так і органів фінансування, проте потрібен подальший політичний діалог щодо того, яким чином узгодити децентралізовані функції та пріоритети національної політики в галузі охорони здоров'я. Існує різниця у здійсненні функцій органів місцевого самоврядування на практиці, а також різниця у фінансуванні охорони здоров'я цими органами. Відсутність узгодженості між національною та місцевою політиками може призвести як до нерівностей, так і до неефективності.

4. Проведено аналіз стратегічних закупок для первинної медичної допомоги, національна служба здоров'я України (НСЗУ) розпочала розробку механізмів розширення функції закупівель для охоплення стаціонарних, спеціалізованих амбулаторних, екстрених та інших видів медичних послуг, які будуть включені до державної програми медичних гарантій.

5. Проведено аналіз проекту пілотних закупок послуг стаціонарної медичної допомоги, аналіз системи планування закупок для стаціонарної медичної допомоги, аналіз закупок послуг амбулаторної вторинної медичної допомог, аналіз закупок для екстреної медичної допомоги

6. Обґрунтовано застосування механізму процесу закупок відповідно методології управління проектами. Розкрито забезпечення спільного розуміння вимог до закупок. Визначені фактори які впливають контракт закупок. Обґрунтування процес організації і проведення торгів за проектами. У практиці управління проектами виділяють три основних способи підбору партнерів для закупівлі товарів, робіт чи послуг: вільний вибір постачальників; вибір постачальників, що раніше залучалися до реалізації проектів; вибір постачальників шляхом організації торгів.

7. Запропоновано процес моніторингу і контролю закупок проекту. За РМВОК®, моніторинг і контроль закупок проекту міститься у процесі «управління закупками», що включає: управління відносинами з продавцями, контроль виконання контрактів і внесення змін.

8. Практична реалізація електронної системи охорони здоров'я (e-health) – це проект Міністерства охорони здоров'я, який в даний час перебуває на етапі розробки. Перший етап цієї розробки передбачає запровадження електронних систем для підтримки закупівель послуг ПМД. Електронна система охорони здоров'я (e-health) включає в себе певні модулі, які дозволяють НСЗУ укладати договори з надавачами (електронне укладання договорів з надавачами послуг ПМД та аптеками), реєструвати вибір громадянами лікарів ПМД (електронні декларації) та здійснювати реімбурсацію лікарських засобів в рамках програми «Доступні ліки» (електронний рецепт). База даних про укладені декларації пов'язана із базою надавачів медичних послуг, з якими НСЗУ уклала договори.

ЛІТЕРАТУРА

1. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту : <http://www.moz.gov.ua>
2. Крикавський Є. В. Матеріальні потоки у логістиці промислового підприємства : моногр. / Є. В. Крикавський, Н. М. Васильців, В. А. Фалович. – Львів : Вид-во НУ «Львівська політехніка», 2015. – 249 с.
3. Логістичний менеджмент фармацевтичного підприємства : моногр. / О. В. Посилкіна, Р. В. Сагайдак-Нікітюк, Г. В. Загорій та ін. – Х. : НФаУ, 2011. – 772 с.
4. Christopher, M. Logistics and Supply Chain Mangament. Strategies for Reducing Cost and Improving Service / M. Christopher. – 2 ed. – London : Financial Temes-Pitman Publishing, 2018. – 80 p.
5. Посилкіна О.В. Логістичний менеджмент фармацевтичного виробництва: Монографія / О.В. Посилкіна, Р.В. Сагайдак-Нікітюк, Г.В. Загорій та ін. ; за заг. ред. проф. О.В. Посилкіної. – Х. : Вид-во НФаУ, 2011. – 772 с.
6. Посилкіна О.В., Сагайдак Р.В., Громовик Б.П. Фармацевтична логістика: Монографія / За ред. О.В. Посилкіної. – Х.: Вид-во НФаУ: Золоті сторінки, 2004. – 320 с.
7. Богатирьова Є. В. Історія фармації України / Є. В. Богатирьова, Ю. П. Сніжанко, В. П. Черних та ін. — Х., 2015. — 322 с.
8. Громовик Б, Гасюк Г., Левицька О. Фармацевтичний маркетинг: теоретичні та прикладні засади. — Відніця: Нова книга, 2014. — 464 с.
9. Дихтярева Н. М. Менеджмент и маркетинг в фармации / Дихтярева Н. М. Ч. II. Маркетинг в фармации. — Х., 2018. — 406 с.
10. Мнушко З. М. Менеджмент та маркетинг у фармації: Підручник для студентів вузів. — 2-е вид.-/ З.М.Мнушко, Н.М.Дихтярьова; під ред. З.М.Мнушко. — Х.: Вид-во НФаУ «Золоті сторінки», 2009. — 448

11. Посилкіна О. В., Сагайдак Р. В., Громовік Б. П. Фармацевтична логістика: Монографія / М-во охорони здоров'я України; Нац. фармац. університет. — Х.: Вид-во НФаУ, 2016. — 437 с.
12. Лідери та аутсайтери світового фармринку [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://www.aptekagal.com.ua/show_article.php?year
13. Мировой фармрынок к 2025 г. удвоится и достигнет 1,3 трлн дол. США [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://optica.in.ua/>
14. Новая структура мирового фармацевтического рынка [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.provisor.com.ua/archive/>
15. Новий світовий порядок на фармацевтичному ринку [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/16320>
16. Світовий фармацевтичний ринок: стан та тенденції [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://www.newchemistry.ru/letter.php?n_id
17. Pharma 2020: Supplying the future by PriceWaterhouse Coopers [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://www.pwc.com/en_GX/gx/pharma-life-sciences/
18. Pharma 2020: The Vision — Which Path Will You Take? by PriceWaterhouse Coopers [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.pwc.com/gx/en/pharma-life-sciences/pharma2020/pharma-2020>
19. Pharma's new world order [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.rsc.org/chemistryworld/News/>
20. TOP-50-Pharmaceutical-companies-Pharm-Exec The Pharm Exec [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.scribd.com/doc/21016515/>
21. Бауэрсокс Д.Дж., Клосс Д.Дж. Логистика: интегрированная цепь поставок: учебное пособие / [2-е изд., пер. с англ. Н. Н. Барышниковой, Б. С. Пинскера]. — М.: ЗАО «Олимп Бизнес», 2008. — 640 с.
22. Посилкіна О.В., Сагайдак-Нікітюк Р.В., Загорій Г.В., Горбунова О.Ю., Юрченко А.П. Логістичний менеджмент фармацевтичного виробництва: Монографія.- Х.: Вид-во НФаУ : Золоті сторінки, 2017.- 772с.

23. Евразийский союз ученых (2020) Инновационный подход к логистике в медицине (<https://euroasia-science.ru/ekonomicheskie-nauki/innovatsionnyipodhod-k-logistike-v-me/>).

24. Логістика фармацевтична. Фарм. енциклоп. (<https://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/2106/logistika-farmacevtichna>).
Урядовий портал (2020)

25. Реформа системи охорони здоров'я (<https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemiohoroni-zdorovya>).

26. Аналіз застосування інноваційних логістичних підходів до діяльності медичних установ. Класич. приват. ун-т, 4(15): 168–172. neolit.ua (2018)

27. Логістика для медицини (<https://neolit.ua/ua/articles/96>). new-retail.ru (2020)

28. Логистика для здравоохранения: быть или не быть (https://new-retail.ru/business/logistika_dlya_zdravookhraneniya_byt_ili_ne_byt5582/).

29. Benchmarking The Hospital Logistics Process. URL : <https://logisticsmanagementandsupplychainmanagement.wordpress.com/category/healthcare-logistics/> (дата звернення: 18.01.2019).

30. Справочник по управлению материально-технической базой учреждения здравоохранения и основам медицинской логистики / гл. ред. И.С. Мельникова. Москва : Грантъ, 2019. 576 с.

31. Сайников Е.В. Новые подходы к организации обеспечения медицинским имуществом на региональном уровне. URL : http://www.farosplus.ru/index.htm?/mtmi/mt_4_10/nov_podhody.htm (дата звернення: 21.06.2019).

32. Dembińska-Cyran I. Internal and external supply chain of hospital. URL : http://www.logforum.net/vol1/issue1/no5/5_1_1_05.html (дата звернення: 02.07.2019).

33. Кочін І. В. Медицина катастроф: виробниче видання / І. В. Кочін, Г. О. Черняков, П. І. Сидоренко ; за ред. проф. І. В. Кочіна. – Київ : Здоров'я, 2018. – 724 с.

34. Про екстрену медичну допомогу : Закон України від 05.07.2012 р. № 5081-VI [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua). – Назва з екрана.

35. Про Загальнодержавну цільову програму захисту населення і територій від надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру на 2013–2017 роки : Закон України від 07.06.2012 р. № 4909-VI [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua). – Назва з екрана.

36. Про затвердження Положення про єдину державну систему цивільного захисту : постанова КМУ від 09.01.2014 р. № 11 [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua). – Назва з екрана.

37. Про заходи щодо удосконалення надання екстреної медичної допомоги населенню в Україні : наказ МОЗ України від 29.08.2008 р. № 500 [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua). – Назва з екрана.

38. Посилкіна О. В. Фармацевтична логістика : моногр. / О. В. Посилкіна, Р. В. Сагайдак, Б. П. Громовик. – Х. : Вид-во НФаУ ; Золоті сторінки, 2017. – 320 с.

39. The Pharmaceutical Industry in Figures. European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations – 2018. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.efpia.eu/uploads/Figures_Key_Data_2013.pdf

40. Top world pharmaceutical corporations. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http:// www. abpi. org.uk /industry-info / knowledge-hub / global-industry / Pages / pharmaceutical-companies. aspx](http://www.abpi.org.uk/industry-info/knowledge-hub/global-industry/Pages/pharmaceutical-companies.aspx)

41. На гребне волны: ТОП-50 мировых фармацевтических компаний в 2019 г. [http://www. apteka.ua/article/86099](http://www.apteka.ua/article/86099)

42. PharmXplorer: рейтинг производителей (02.03.2009). [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/8055>

43. Чорноротов О. Огляд фармацевтичного ринку України за 2019 рік / О. Чорноротов [Електронний ресурс] – Режим доступу : http://www.credit-rating.ua/img/st_img/AS/2014/10.04.2014/Pharma_2013.pdf

44. Костюк Г. В. Конкуентоспроможність фармацевтичної промисловості України / Г. В. Костюк, А. В. Коваленко [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=2547>

45. Чернова Г. В. Суспільно-географічні аспекти розвитку фармацевтичної промисловості світу / Г. В. Чернова [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://geopolitika.crimea.edu/arhiv/2014/tom10-v-2/051chern.pdf>

46. Фролова Г. І. Конкуентоспроможність підприємств фармацевтичної галузі України / Г. І. Фролова, В. Ю. Фролова // Вісник Бердянського університету менеджменту і бізнесу. – 2012. – № 1 (17). – С. 146 – 152.

47. Кирсанов Д. Аптечный рынок Украины по итогам 2019 г. / Д. Кирсанов [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.apteka.ua/article/321846>

48. "Державний реєстр лікарських засобів України". Дані станом на травень 2019 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.drlz.kiev.ua>

49. Настанова. Лікарські засоби. Належна виробнича практика: СТ-Н МОЗУ 42-4.0:2011. – Офіц. вид. – К.: М-во охорони здоров'я України, 2018. – 289 с. – (Нормативний документ МОЗ України. Настанова).

50. Про затвердження Концепції розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України на 2011–2020 роки: МОЗ України, 2010. – №769 (Нормативний документ МОЗ України. Наказ).

51. Фармацевтичний ринок України за 2020 рік [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.credit-rating.ua/img/st_img/AS/2013/04.06.2013/Pharma_Ukr_2012.pdf