

**Міністерство охорони здоров'я України**  
**Український центр наукової медичної інформації**  
**та патентно-ліцензійної роботи**

**ОРГАНІЗАЦІЙНІ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗАСАДИ ДІЯЛЬНОСТІ**  
**РЕГІОНАЛЬНИХ ЛІКАРНЯНИХ КАС**  
(методичні рекомендації)

Київ – 2013

**Міністерство охорони здоров'я України**  
**Український центр наукової медичної інформації**  
**та патентно-ліцензійної роботи**

“УЗГОДЖЕНО”

Директор Департаменту реформ та  
розвитку медичної допомоги

МОЗ України



М. Хобзей

2013 р.

**ОРГАНІЗАЦІЙНІ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗАСАДИ ДІЯЛЬНОСТІ**  
**РЕГІОНАЛЬНИХ ЛІКАРНЯНИХ КАС**

(методичні рекомендації)

**(84.13/243.13)**

Київ - 2013

**Установи-розробники:**

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця.

Всеукраїнська громадська організація «Асоціація працівників лікарняних кас України».

**Автори:**

академік НАМН України, д.мед.н., проф., Москаленко В. Ф. (044)-234-40-62

д.мед.н., проф., Парій В. Д. (044)-495-62-22

к.мед.н., Грищук С. М. (0412)-55-31-41

Мишківський В.С. (0412)-41-37-87

Рецензент: д. мед. н., проф. Степаненко А.В.

Голова проблемної комісії «Соціальна медицина» МОЗ та НАМН України

д.мед. н., проф. Слабкий Г.О.

## ЗМІСТ

1. Вступ. Огляд функціонування лікарняних кас в Україні	5
2. Алгоритм організації лікарняних кас (організаційно-юридичні аспекти)	11
3. Організаційно-функціональна структура регіональної (обласної) лікарняної каси	13
3.1. Система договірних відносин для забезпечення діяльності лікарняних кас	19
4. Технології організації медикаментозного забезпечення закладів охорони здоров'я та членів лікарняної каси	21
4.1. Організація медикаментозного забезпечення закладів охорони здоров'я	21
4.2. Організація медикаментозного забезпечення членів лікарняних кас у закладах охорони здоров'я	23
5. Управління якістю медичної допомоги при лікуванні членів лікарняних кас	27
6. Механізми співпраці лікарняної каси з лікарями на рівні первинної медичної допомоги	31
7. Інформаційні технології в діяльності лікарняних кас	33
7.1. Забезпечення персоніфікованого обліку членів лікарняних кас та їх коштів	35
7.2. Забезпечення автоматизованого обліку лікарських засобів та виробів медичного призначення у закладах охорони здоров'я	36
7.3. Проведення автоматизованого контролю за використанням ресурсів лікарняної каси у закладах охорони здоров'я	38
Висновки	40
Перелік рекомендованих наукових джерел	42
Додатки	44

## 1. Вступ.

Процеси реформування, які відбуваються в нашій державі, формують необхідність вдосконалення охорони здоров'я в напрямку створення системи, яка б відповідала сучасним світовим зразкам. Незважаючи на постійне збільшення фінансування сфери охорони здоров'я, суттєвої зміни структури витратків не відбувається, в т.ч. частка витрат на медикаментозне забезпечення залишається на рівні 7-8%. У зв'язку з цим важливим напрямком реформування галузі повинен бути пошук соціально адаптованих і економічно раціональних форм залучення коштів населення для медичного забезпечення та формування ідеології громадської охорони здоров'я, що має місце в усіх розвинених державах світу. Це стосується насамперед принципу суспільної солідарності і розвитку недержавного сектору охорони здоров'я, що є основою будь-якої прогресивної демократичної системи. Такий розвиток охорони здоров'я в нашій державі ще не набув загального поширення. Одним із напрямків реформування сфери охорони здоров'я для покращення якості і доступності медичного обслуговування стала солідарна участь населення у співоплаті витрат на медичну допомогу у формі лікарняних кас. Вітчизняна історія медичного страхування свідчить, що страхова медицина формувалася на основі лікарняних кас, які були організовані при промислових підприємствах. Метою їх створення було і є залучення коштів населення на добровільній основі для забезпечення членів лікарняних кас медикаментами при наданні амбулаторно-поліклінічної допомоги, лікуванні в умовах стаціонару, проведенні діагностичних обстежень.

Недостатнє фінансування галузі охорони здоров'я, повільні темпи її реформування щодо запровадження багатоканального фінансування, відсутність обов'язкового медичного страхування створили передумови до залучення додаткових коштів на потреби медичного обслуговування населення.

Сучасне добровільне медичне страхування в Україні не набуло такого поширення, щоб стати базою для впровадження обов'язкового страхування. Тому почали створюватися лікарняні каси - громадські об'єднання населення,

яке не бажає чекати дотримання від держави безплатних соціальних гарантій, і готове самостійно на засадах солідарної участі забезпечувати необхідні ресурси для доступної та якісної медичної допомоги членам організацій.

Варто наголосити, що за своїми організаційно-методичними особливостями лікарняні каси (ЛК) можуть бути альтернативою добровільного медичного соціального страхування і несуть у собі той потенціал навичок, який дозволить опанувати медичним працівникам та населенню основи страхової медицини.

Але на сучасному етапі діяльності ЛК в Україні спостерігаються істотні відмінності та недоліки в організації їх роботи, що гальмує подальший розвиток і спонукає до необхідності створення рекомендацій щодо діяльності лікарняних кас, які повинні мати «прозорий» механізм залучення та використання фінансових ресурсів в охорону здоров'я, а також ефективну систему контролю за їх раціональним використанням.

Саме такий розвиток лікарняних кас, на нашу думку, дозволить вирішити одне з основних завдань сфери охорони здоров'я – забезпечити доступність тих видів медичної допомоги, котрі недостатньо фінансуються за рахунок бюджетних коштів, збільшити обсяг та якість необхідних населенню медичних послуг та забезпечити належний контроль за якістю їх надання.

МОЗ України підтримує діяльність лікарняних кас, що підтверджується наступними документами:

1. Наказ МОЗ України від 09.07.2003 року за №315 “Про функціонування лікарняних кас”, де вказується на необхідності розробки методичних рекомендацій щодо створення та діяльності лікарняних кас.

2. Наказ МОЗ України від 11.08.2005 року №400 “Про взаємодію лікарняних кас, органів державної влади, органів місцевого самоврядування та закладів охорони здоров'я”, де рекомендується сприяти діяльності регіональних (обласних) лікарняних кас, створених відповідно до законів України “Про благодійництво та благодійні організації”, “Про об'єднання громадян”,

основною метою діяльності яких є покращення рівня медикаментозного забезпечення та якості медичної допомоги.

Лікарняна каса – це членська, самостійна, неприбуткова, недержавна організація, головною метою якої є надання допомоги закладам охорони здоров'я, яка може бути використана лише за цільовим призначенням (на медикаментозне, діагностичне та консультаційне забезпечення членів лікарняної каси).

Завданнями діяльності лікарняних кас є:

1. Забезпечення солідарної участі населення у вирішенні питань надання медичної допомоги в межах діючого законодавства України.

2. Фінансова доступність перебування в ЛК кожному громадянину та забезпечення його належною медичною допомогою на певній території.

Для забезпечення успішної роботи ЛК необхідно відпрацювати:

1. організаційно-правові взаємовідносини, побудовані на договірних засадах, щодо медикаментозного забезпечення членів ЛК, між лікарняною касою, органами управління охорони здоров'я, лікувальними закладами, сімейними лікарями;

2. систему управління якістю лікувально-діагностичного процесу членів ЛК;

3. договірні відносини з підприємствами, установами, організаціями різних форм власності щодо колективного перебування в ЛК;

4. організаційно-функціональну структуру ЛК у районах та містах області;

5. автоматизовану систему персоніфікованого обліку членів ЛК, сплати ними внесків, використання коштів на програми медичного забезпечення, а також контролю за використанням ресурсів закладами охорони здоров'я.

Методичні рекомендації підготовлені кафедрою менеджменту охорони здоров'я Національного медичного університету імені О.О.Богомольця на основі узагальненого досвіду діяльності лікарняних кас Житомирської, Полтавської, Донецької та ряду інших областей України. Представлені

матеріали базуються на результатах наукового дослідження «Оптимізація діяльності лікарняних кас» (2009р.). метою якого було розробка та обґрунтування оптимальної моделі організації та функціонування лікарняної каси.

У методичних рекомендаціях наведено оптимальну модель діяльності лікарняної каси, яка реалізується на основі залучення ресурсів населення, і може бути впроваджена у будь-якому регіоні України. Вдосконалено систему медикаментозного забезпечення лікувальних закладів та управління якістю медичної допомоги на всіх рівнях надання шляхом використання лікарського формуляра та протоколів лікування. Показано ефективні механізми співпраці лікарняної каси з сімейними лікарями. Запропоновано автоматизовану систему контролю за раціональним використанням ресурсів лікарняної каси, застосування якої значно зменшує проблему недостатнього фінансування галузі охорони здоров'я в частині медикаментозного забезпечення.

Висвітлено значення інформаційних технологій для успішної діяльності організації.

Методичні рекомендації призначені для організаторів охорони здоров'я, керівників регіональних підрозділів охорони здоров'я та лікарняних кас, головних лікарів закладів охорони здоров'я.

### **Огляд функціонування лікарняних кас в Україні.**

Департаментом реформ та розвитку медичної допомоги МОЗ України проведено аналіз інформації, наданої Міністерством АР Крим, департаментами охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, департаментом охорони здоров'я та медичного забезпечення Київської та управлінням охорони здоров'я Севастопольської міських державних адміністрацій. Згідно з цією інформацією, станом на 01.01.2013 року в Україні функціонує 206 лікарняних кас.

Загальна кількість членів лікарняних кас становить 642 тис. осіб. Найбільше громадян перебуває в ЛК в Житомирській області – 209 тис. осіб;



Чернігівській області – 64 тис. осіб; Миколаївській області – 63 тис. осіб., інші регіони – 306 тис. осіб.

За категоріями населення структура членів лікарняних кас виглядає наступним чином: працюючі - 62,6%, в тому числі медичні працівники 16,7%; пенсіонери – 20,8%; діти – 8,2%; інші категорії населення – 8,3%.

На придбання лікарських засобів та виробів медичного призначення у лікарняних касах використовується 80% коштів, на ведення справ та утримання кас – 18%, інші витрати складають 2%.

За рахунок лікарняних кас медикаменти та вироби медичного призначення отримали 521,9 тис. осіб. У середньому з розрахунку на одного члена лікарняної каси у 2012 році надходження становили 154,2 грн., витрати – 144,5 грн.

За метою діяльності – покращення медичної допомоги населенню – всі лікарняні каси мають однакові завдання. Лікарняні каси мають суттєві відмінності, починаючи від організаційно-правової форми (благодійна чи громадська) і закінчуючи предметом формування і використання коштів.

Нами досліджено окремі напрямки діяльності лікарняних кас методом анкетування 140 керівників ЛК за наступними питаннями:

1. наявність договірних відносин з закладами охорони здоров'я.
2. наявність обмежень по сумі витрат та кількості випадків лікування;
3. використання при забезпеченні ліками та виробами медичного призначення галузевих стандартів (лікарський формуляр, протоколи лікування);
4. територіальна обмеженість дії (місто, район);
5. наявність системи управління якістю медичної допомоги.

За результатами дослідження встановлено, що у 68% лікарняних кас відсутні угоди про співпрацю з закладами охорони здоров'я, тому медикаменти отримують безпосередньо пацієнти з аптечних закладів за роздрібними цінами на весь курс лікування. Відсутність угоди не дає можливість контролювати якість медичної допомоги членам ЛК.

90% лікарняних кас створені за муніципальним принципом, тобто діють тільки на території певного району або міста, тому в разі звернення члена організації в інший лікувальний заклад області медикаментозне забезпечення за рахунок ЛК не надається. Тому доцільно створювати регіональні (обласні) лікарняні каси.

У 94% організацій є обмеження щодо максимальної суми витрат та кількості випадків надання медичної допомоги за певний період, що недоцільно, так як при потребі забезпечення на значні суми ЛК відмовляє у допомозі, що зменшує її популярність серед населення.

Серед опитаних керівників лікарняних кас 85% зазначили, що вони проводять закупівлю ліків через аптечні заклади, в результаті чого їх вартість зростає на 20-40% порівняно з оптовими постачальниками.

97% лікарняних кас не використовують в своїй діяльності галузеві стандарти - лікарські формуляри та протоколи лікування, що пов'язано з складністю їх впровадження у закладах охорони здоров'я.

Найважливішим, на нашу думку, є той факт, що у 82% лікарняних кас України відсутня система контролю за раціональним призначенням лікарських засобів, тобто ЛК не проводять моніторинг якості надання медичної допомоги.

Разом з цим досить позитивним є досвід діяльності обласних (регіональних) лікарняних кас (благодійної організації „Лікарняна каса Житомирської області”). За кількістю членів організації (24% від загальної кількості членів ЛК в Україні), розміром надходжень членських внесків (27% усіх коштів лікарняних кас), кількістю випадків лікування (48% від загальної кількості пролікованих членів лікарняних кас в Україні) ЛК Житомирської області є найпотужнішою і динамічно розвивається.

## **2. Алгоритм організації лікарняних кас (організаційно-юридичні аспекти).**

Етапи організації лікарняної каси:

1. Створення ініціативної групи.
2. Визначення засновників.
3. Підготовка і проведення Установчих зборів.
4. Реєстрація в органах юстиції.
5. Засідання Правління ЛК з затвердженням виконавчої дирекції , штатного розпису та основних регламентуючих Положень ЛК («Про членство в ЛК» (додаток 1), «Про використання коштів на медичне забезпечення членів ЛК» (додаток 2), «Про амбулаторне лікування» (додаток 3)).
6. виготовлення печатки та штампу.
7. Відкриття рахунку, заключення угод з банками щодо прийому внесків від індивідуальних платників.
8. Підбір кадрів.
9. Визначення джерел надходження коштів до благодійної організації (переважно - внески населення, можуть бути пожертвування фізичних, юридичних осіб, закордонні гранти).
10. Забезпечення інформаційної підтримки.
11. Створення автоматизованої системи управління ресурсами ЛК.
12. Організація вступу населення до ЛК.

Доцільно розглядати вступ до ЛК через:

- Індивідуальне членство. Банківські структури; консультативні пункти; поштові відділення, листування; Укртелеком; провайдери мобільного зв'язку.
- Корпоративне (колективне) членство. Для цього необхідно створити робочу групи для зустрічей з керівниками та колективами організацій, установ. Проводиться заключення угод про співробітництво між ЛК та організаціями.

- Розробка, виготовлення, вручення членських посвідчень (через три місяці після вступу).
13. Визначення напрямків співпраці з закладами охорони здоров'я.
  14. Організація медикаментозного забезпечення .
  15. Організація системи контролю за якістю медичної допомоги та використанням ресурсів ЛК.

### 3. Організаційно-функціональна структура регіональної (обласної) лікарняної каси.

Вищим органом управління Лікарняної каси має бути Конференція (загальні збори), на якій обираються голова та члени Правління, члени Ревізійної комісії та Наглядової ради (при необхідності). Загальна структура управління ЛК подана нижче (рис. 1).

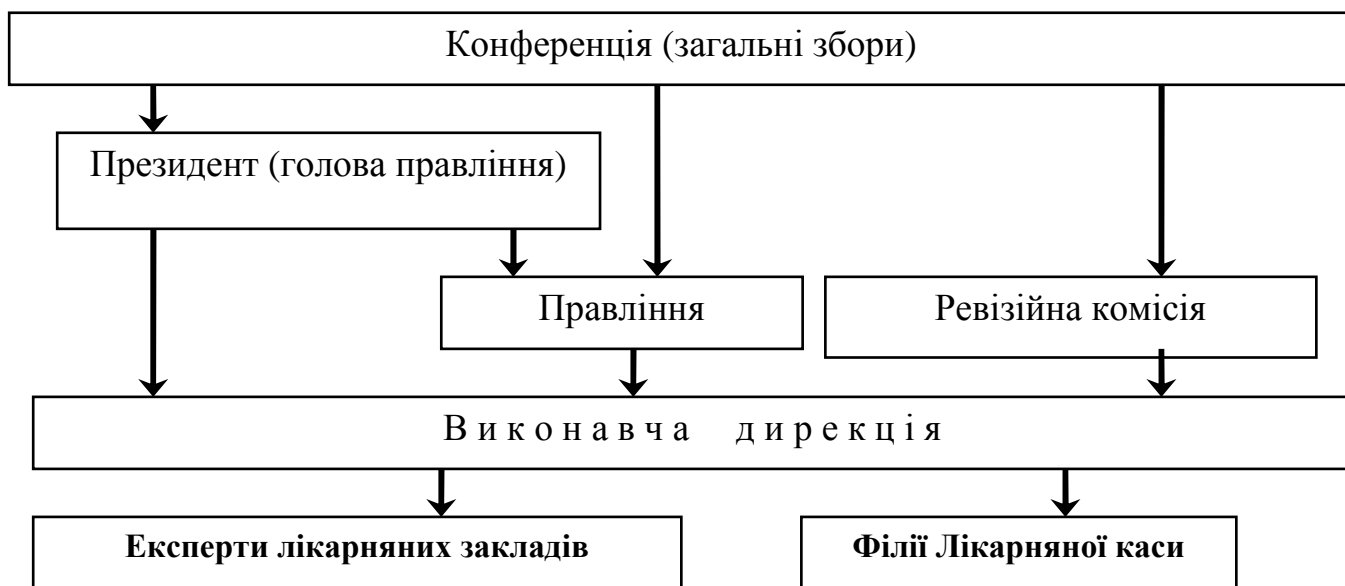


Рис. 1. Структура управління ЛК.

Поточну діяльність ЛК забезпечує виконавча дирекція, до складу якої можуть входити апарат управління, інформаційно-аналітичний, фінансово-економічний відділи, відділ маркетингу та фармацевтичного менеджменту, відділ аудиту якості лікувально-діагностичного процесу та роботи з сімейними лікарями, відділ по роботі з корпоративними клієнтами (рис.2).

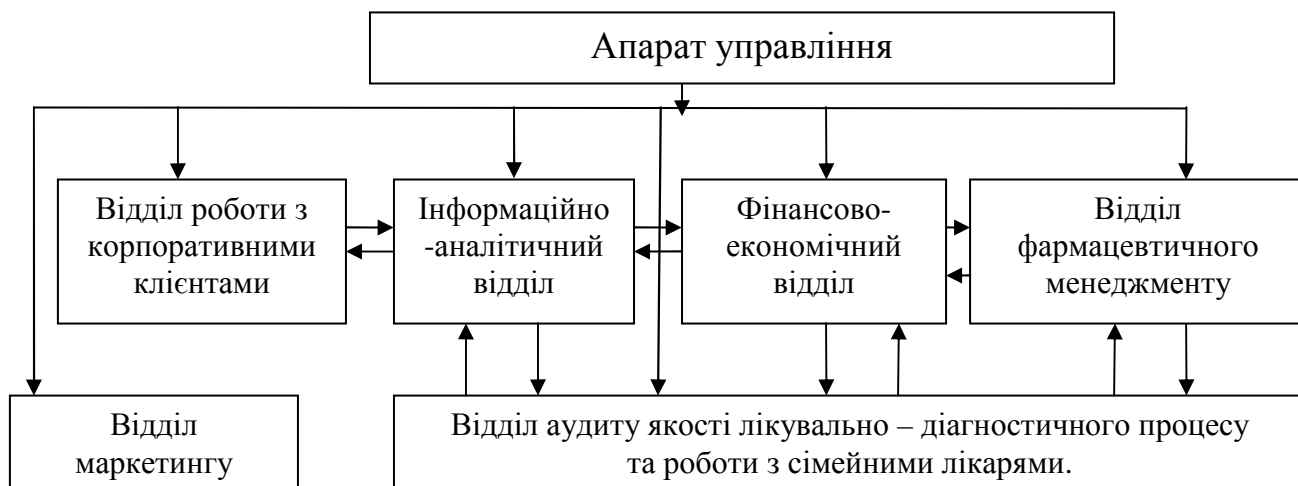


Рис. 2. Примірні структура виконавчої дирекції Лікарняної каси.

Кількість працівників органів управління залежить від кількості громадян, які перебувають в ЛК. Робота відділів будується на системному принципі, тому вони тісно пов'язані між собою, доповнюють та змушують контролювати виконання функціональних обов'язків іншими відділами.

Основні завдання та функції відділів наступні.

1. Інформаційно-аналітичний відділ: забезпечення персоніфікованого обліку добровільних пожертвувань членів ЛК; проведення аналізу щодо перебування населення області в ЛК, фінансових надходжень по регіонах, населених пунктах, підприємствах та організаціях; проведення інформаційно-роз'яснювальної роботи серед населення області щодо діяльності ЛК; перевірка стану сплати добровільних пожертвувань членами ЛК, які потребують медичної допомоги; проведення роботи з членами ЛК, які сплачують добровільні пожертвування не в повному обсязі.

2. Фінансово-економічний відділ: ведення бухгалтерського обліку з дотриманням єдиних методологічних засад, встановлених на законодавчому рівні, з урахуванням особливостей діяльності організації і технології оброблення облікових даних; нарахування і виплата заробітної плати працівникам, утримання і перерахування платежів до державного і місцевого бюджетів, єдиного соціального внеску; ведення обліку матеріальних цінностей; проведення нарахування амортизації основних засобів; забезпечення систематичного, повного і достовірного обліку виробничих затрат, виконання кошторисів витрат; здійснення розрахункових операцій з суб'єктами господарської діяльності відповідно до договірних зобов'язань; контроль правильності нарахувань з різними кредиторами (комунальні послуги, оренда, зв'язок та ін.).

3. Відділ фармацевтичного менеджменту: вивчення та аналіз фармацевтичного ринку з метою раціональних витрат коштів на закупівлю медикаментів; організація своєчасного та повного забезпечення ЗОЗ лікарськими засобами (ЛЗ) та виробами медичного призначення (ВМП) для надання медичної допомоги членам ЛК; контроль за замовленням, обліком та

цільовим використанням ЛЗ; контроль за залишками ЛЗ у ЗОЗ області; відвідування закладів з метою перевірки раціонального та цільового використання ЛЗ.

4. Відділ аудиту якості лікувально-діагностичного процесу та роботи з сімейними лікарями: впровадження стандартизації медичної допомоги, підвищення якості лікувально-діагностичного процесу, сприяння підвищення рівня кваліфікації лікарів; проведення аудиту якості надання медичної допомоги членам ЛК; контроль за своєчасним та повним забезпеченням членів ЛК лікарськими засобами; проведення фармакономічного аналізу використання лікарських засобів при наданні медичної допомоги членам ЛК; співпраця з сімейними лікарями, з обласними спеціалістами з питань експертизи надання медичної допомоги та підвищення кваліфікації лікарів; зустрічі з пацієнтами – членами ЛК, які отримують медичну допомогу в лікувальних закладах; розгляд звернень, скарг, питань, що стосуються лікування або перебування в ЛК; підготовка інформації керівникам медичних закладів щодо якості надання медичної допомоги лікарями закладу; аудит замовлень на лікарські засоби від закладів щодо їх відповідності лікарському формуляру та локальним клінічним протоколам; відвідування ЗОЗ з метою перевірки якості лікувально-діагностичного процесу, раціонального та цільового використання ліків, надання методичної допомоги; ведення статистичної звітності щодо кількості пролікованих, витрат на надання медичної допомоги, використання лікарських засобів, дотримання протоколів лікування та її аналіз; проведення навчання та консультацій по якості надання медичної допомоги лікарів, лікарів-експертів в лікувальних закладах та співробітників ЛК.

На наш погляд, діяльність лікарняних кас необхідно орієнтувати на загальні принципи організації охорони здоров'я в Україні. Лікарняні каси повинні працювати в єдиному комплексі охорони здоров'я, єдиній організаційній системі, яка об'єднує всі лікарняні заклади.

Згідно основних напрямків діяльності в роботі ЛК необхідно виділити наступні розділи (рис. 3).

1. Залучення коштів. Внески сплачують члени ЛК, якими можуть бути громадяни віком понад 18 років незалежно від стану здоров'я. Членські внески можуть сплачуватися індивідуально через банківські установи та централізовано шляхом відрахування із заробітної плати. Розмір внесків встановлюється рішенням конференції членів ЛК (становить 2,5-3% від мінімальної заробітної плати). Діти користуються правами члена ЛК за умови перебування в ЛК одного з батьків та сплати додаткового внеску незалежно від кількості дітей.

Колективними членами ЛК можуть бути підприємства, установи, організації незалежно від форм власності. Підприємства можуть сплачувати повністю або частину внесків за своїх співробітників із прибутку. Перераховані кошти потрапляють на персональний рахунок після внесення відомостей у базу даних менеджерами-аналітиками ЛК інформаційно – аналітичного відділу. Через 3 місяці після першої сплати внесків видається членський квиток із зазначенням ідентифікаційного номера.

Розміри та порядок сплати внесків, а також механізми вступу та вибуття з ЛК регламентуються положенням "Про членство в ЛК" (див. додаток 1). Внески приймаються через відділення банків та Укрпошти.

2. Облік та аналіз надходження коштів. Кошти надходять по системі „клієнт-банк” на рахунок ЛК. Працівниками інформаційно-аналітичного відділу проводиться персоніфікований облік внесків по кожному громадянину, який є членом організації. При сплаті внесків індивідуально, через банківські установи, кошти автоматизовано потрапляють на персональний рахунок, яким є ідентифікаційний код.



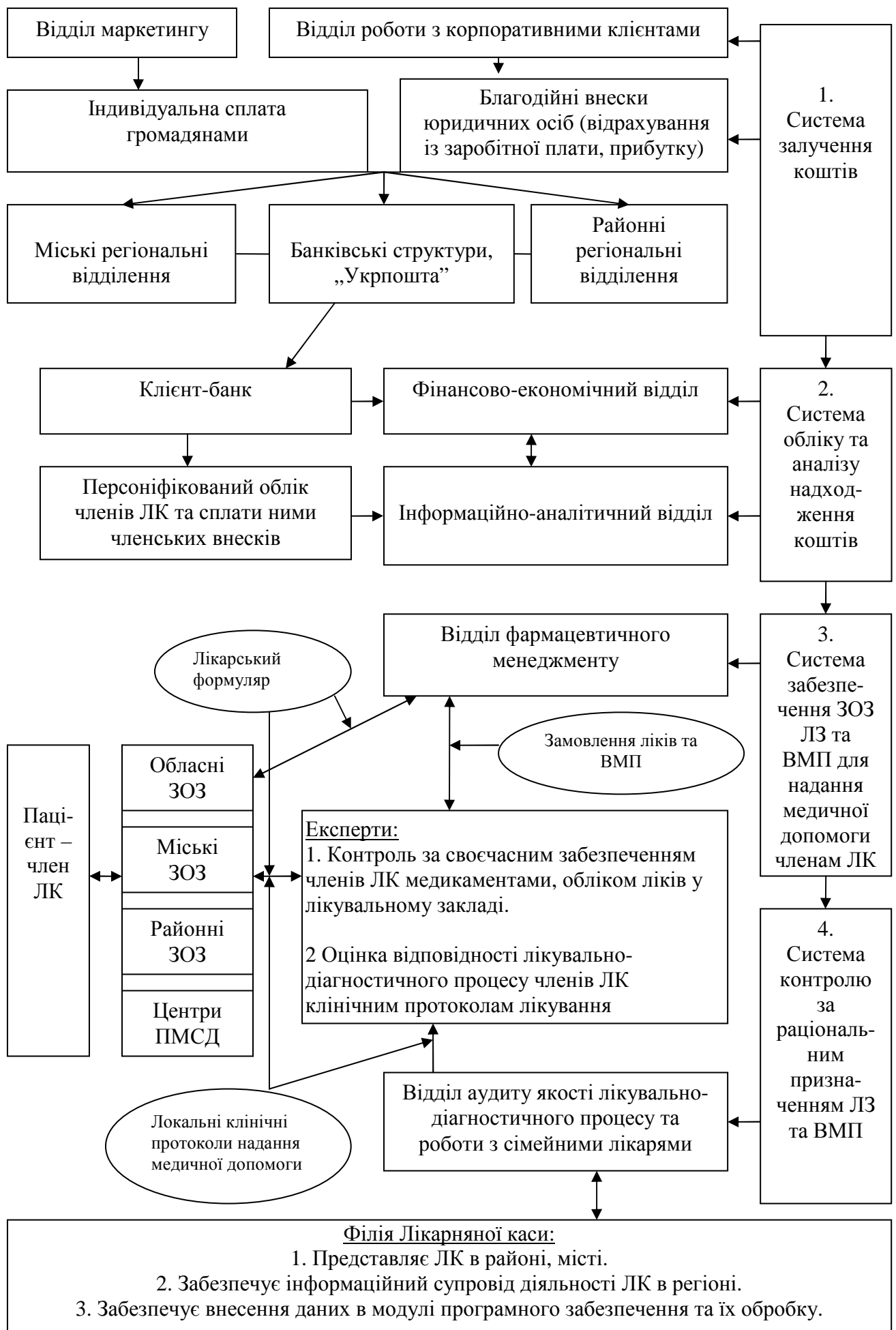


Рис. 3. Оптимальна організаційна структура регіональної ЛК.

Бухгалтерії підприємств, установ, організацій, які перераховують кошти, подають в паперовій або електронній формі відомості про осіб, за яких здійснено перерахування, з вказанням прізвища та ідентифікаційного коду.

Для покращення діяльності в кожному районі області та у великих міських і обласних медичних закладах створюються філії ЛК. Функції експертів - керівників філій виконують спеціалісти, які мають вищу медичну освіту. Філії ЛК оснащені автоматизованими інформаційно-аналітичними комплексами. Підготовлені спеціалісти-аналітики бази даних ЛК забезпечують аналіз сплати та використання членських внесків, накопичення даних, автоматизований контроль за якістю медичної допомоги та інші функції.

Лікарняна каса відповідно до «Положення про порядок використання внесків на медичне забезпечення членів ЛК» (додаток 2) у випадку захворювання забезпечує хворого лікарськими засобами (ЛЗ) та виробами медичного призначення (ВМП), необхідними реактивами та розхідними матеріалами для проведення лабораторних та інструментальних досліджень. Положенням передбачено надання невідкладної медичної допомоги, стаціонарного, амбулаторно-поліклінічного лікування, діагностичних досліджень (рис. 4).

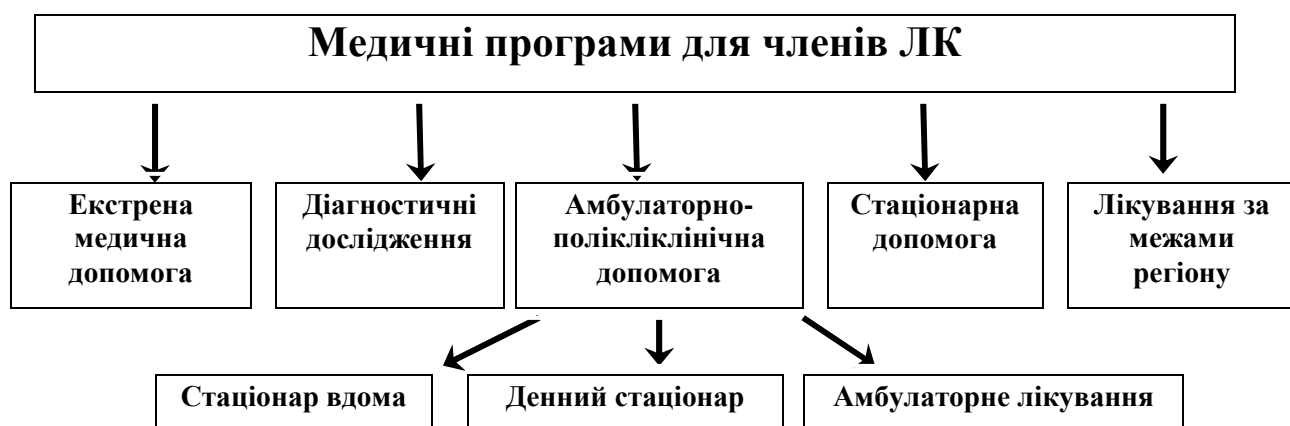


Рис. 4. Медичні програми по забезпеченню членів ЛК.

Виконання зазначеного положення неможливе без системи забезпечення лікувальних закладів лікарськими засобами та виробами медичного

призначення (на схемі - 3) та системи контролю за їх раціональним використанням (на схемі – 4), які описані нижче (відповідно розділ 4 та розділ 5).

### 3.1. Система договірних відносин для забезпечення діяльності лікарняних кас.

Діяльність ЛК здійснюється на основі системи договірних взаємовідносин, яка є важливим організаційно-функціональним принципом ЛК. Система в межах правового поля забезпечує співпрацю ЛК з лікувальними закладами, підприємствами, громадянами, які є членами благодійної організації (рис. 5).



Рис. 5. Система договірних відносин Лікарняної каси.

У ній ми виділяємо такі види угод:

I. Угоди, які направлені на залучення коштів населення до ЛК:

- 1) із підприємствами, установами, організаціями щодо перерахування на рахунок ЛК внесків співробітників, які бажають бути або є членами ЛК;
- 2) із фінансовими посередниками, які займаються прийомом та перерахуванням внесків від населення (банківські структури, Укрпошта).
- 3) З фізичними особами, які популяризують діяльність ЛК.

III. Угоди, які направлені на забезпечення лікувально-діагностичного процесу членів ЛК та здійснення управління якістю медичної допомоги:

- 1) з лікувальними закладами різних рівнів, предметом угоди є об'єднання зусиль медичного закладу та ЛК із метою забезпечення членів ЛК медикаментами, реактивами та іншими санітарно-технічними засобами.
- 2) із сімейними лікарями - з метою покращення надання первинної медичної допомоги членам організації;
- 3) з обласним департаментом охорони здоров'я щодо сприяння контролю за якістю лікування членів організації;
- 4) з середнім медичним персоналом (при необхідності) щодо обліку медикаментозного забезпечення кожного випадку лікування члена ЛК.

IV. Угоди, направлені на забезпечення надання медичної допомоги членам організації поза межами регіону:

- 1) з Всеукраїнською громадською організацією «Асоціація працівників лікарняних кас України»;
- 2) з лікарняними касами інших регіонів України;
- 3) з лікувальними закладами різних форм власності інших регіонів України.

## **4. Технології організації медикаментозного забезпечення закладів охорони здоров'я та членів лікарняної каси.**

### **4.1. Організація медикаментозного забезпечення закладів охорони здоров'я.**

На оплату медикаментів та виробів медичного призначення, які надаються лікувальним закладам згідно їх замовлень, витрачається понад 80% коштів лікарняних кас.

Для раціонального та ефективного використання матеріальних ресурсів необхідно активно запроваджувати систему галузевих стандартів забезпечення лікувально-діагностичного процесу. Як показує досвід, така можливість досягається завдяки використанню локальних протоколів лікування та формуляра лікарських засобів. Метою створення Формуляра є оптимізація використання лікарських засобів у лікувально-профілактичних закладах для підвищення якості лікування, його уніфікації та економії ресурсів.

Для виконання статутних зобов'язань ЛК повинна заключити угоди «Про спільну діяльність щодо покращення медичної допомоги членам лікарняної каси» (додаток №4) з лікувальними закладами області.

Для вирішення питань медикаментозного забезпечення членів ЛК у структурі виконавчої дирекції організації створюється відділ фармацевтичного менеджменту, який вирішує такі завдання: забезпечення лікувальних закладів необхідними лікарськими засобами згідно замовлень, що надходять від них; проведення фармацевтичного менеджменту та вибір постачальника лікарських засобів; постійний контроль за термінами придатності лікарських засобів та медикаментами, реалізація яких заборонена приписами контрольно-аналітичної інспекції; контроль за предметно-кількісним обліком лікарських засобів у лікувальних закладах.

Медикаментозне забезпечення членів ЛК здійснюється централізовано. Замовлення відділень на ліки та вироби медичного призначення надходять до

лікаря закладу охорони здоров'я з функціями контролю за якістю медичної допомоги (надалі – експерта), який проводить автоматизований системний аналіз та формує узагальнене замовлення.

В подальшому замовлення за допомогою електронної пошти, факсу, телефону надходять в обласний офіс ЛК, де вони аналізуються фармацевтом та експертом. Формується єдина заявка, вивчаються пропозиції на фармацевтичному ринку, та проводиться автоматизоване замовлення оптовим фармацевтичним фірмам, які постачають медикаменти безпосередньо у лікарняні заклади (рис. 6). Для вивчення обґрунтованості замовлення закладу по кількості та асортименту препаратів співробітниками відділу фармацевтичного менеджменту проводиться аналіз даних про обіг ліків та їх залишок у лікувальному закладі, шляхом віддаленого доступу до програми обліку через мережу інтернет, використовуючи систему захищеного доступу з підтвердженою відповідністю (наявний сертифікат КСЗІ – комплексної системи захисту інформації), або надсилання інформації про залишок ліків в центральний офіс із філій ЛК за допомогою електронної пошти.

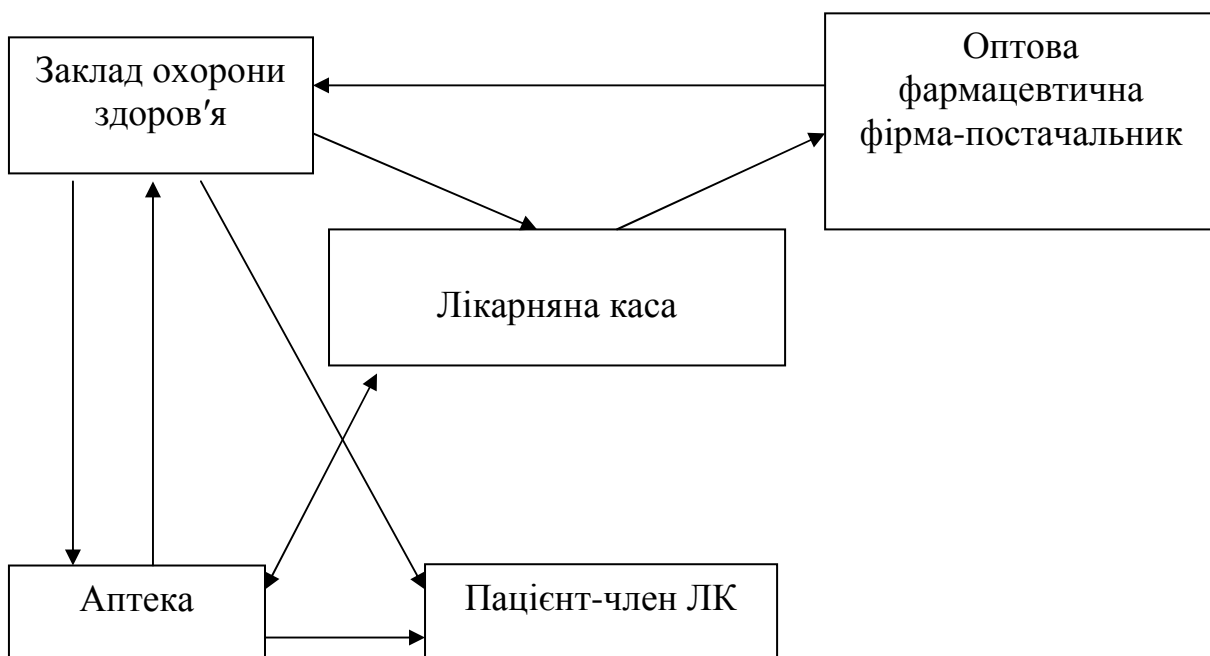


Рис. 6. Організація медикаментозного забезпечення лікувальних закладів та членів лікарняної каси.

Лікарські засоби та вироби медичного призначення заклад охорони здоров'я отримує за дорученням, підписаним керівником та бухгалтером, як благодійну допомогу, відповідно забезпечується їх облік та збереження. Термінове забезпечення ЛЗ відбувається за угодою ЛК з аптеками, які розташовані при закладах охорони здоров'я. Для забезпечення ЛЗ закладу охорони здоров'я необхідно укласти трьохсторонні угоди, де ЗОЗ виступає отримувачем, фармацевтична фірма, аптека – постачальником, ЛК – платником.

Зі аптечного складу закладу ліки видаються відділенням згідно вимог-рецептів, підписаних експертом. Старші медичні сестри проводять облік ліків згідно вимог діючої нормативної бази та забезпечують отримання їх пацієнтами-членами ЛК згідно листа лікарських призначень.

#### **4.2. Організація медикаментозного забезпечення членів лікарняних кас у закладах охорони здоров'я.**

Медикаментозне забезпечення та облік ліків проводиться залежно від виду медичної допомоги, яку отримує пацієнт. Перед забезпеченням членів ЛК медикаментами медичними працівниками, визначеними за наказом керівника закладу охорони здоров'я, перевіряється повнота сплати членських внесків.

В процесі лікування медичними працівниками вказується кількість використаних препаратів та виробів медичного призначення і пацієнт підписами підтверджує факт їх отримання.

##### **4.2.1. Стаціонарна допомога.**

Старша медсестра відділення виписує вимогу з вказанням асортименту та кількості необхідних лікарських засобів та виробів медичного призначення (залежно від кількості членів ЛК);

- для забезпечення ліками членів ЛК, що надходять на лікування до лікарняного закладу у вечірні години та вихідні дні у відділенні повинен бути запас медикаментів, що зберігається у маніпуляційному кабінеті;

- залишки медикаментів у відділенні передаються при передачі зміни медичними сестрами.

#### 4.2.2. При лікуванні членів ЛК в умовах денного стаціонару:

- для забезпечення процесу лікування пацієнтів лікарем оформляється карта хворого денного стаціонару поліклініки, стаціонару вдома (ф. 003-2/о);
- на підставі записів у карті хворого медсестра подає вимогу на аптечний склад лікувального закладу, де зберігаються ліки ЛК.
- отримання ліків зі складу та облік аналогічний такому як у стаціонарі; видача ліків пацієнтам проводиться щоденно, на вихідні дні допускається видача таблетованих форм препаратів відразу на декілька днів (2-3);
- ліки отримуються та обліковуються медсестрою денного стаціонару.

#### 4.2.3. При лікуванні членів ЛК в умовах стаціонару на дому:

- проводиться після огляду пацієнта лікарем; на основі записів в амбулаторній карті лікарем оформляється карта хворого денного стаціонару поліклініки, стаціонару вдома (ф. 003-2/о);
- на підставі записів в карті хворого дільнична медсестра виписує вимогу, що подається на аптечний склад у поліклініці;
- після отримання ліків дільнична медсестра виконує лікарські призначення.

#### 4.2.4. При амбулаторному лікуванні:

- амбулаторне лікування членів ЛК проводиться лікуючими лікарями поліклінік;
- амбулаторному лікуванню за рахунок ЛК підлягають тільки захворювання, що вказані в положенні “Про амбулаторне лікування членів ЛК» (затверджується Правлінням ЛК);
- медикаменти для амбулаторного лікування членів ЛК призначаються на 5–денний термін, з зазначенням у вимозі-рецепті кратності їх введення. Вимогу – рецепт лікуючий лікар виписує в двох екземплярах, ставить особисту печатку;
- при необхідності продовження лікування, після повторної явки до лікаря виписується нова вимога-рецепт на термін лікування до п’яти днів;



- ліки пацієнт безкоштовно отримує при пред'явленні вимоги – рецепта, посвідчення члена ЛК, в аптечній установі, з якою укладена угода.

4.2.5. При наданні членам ЛК екстреної та невідкладної медичної допомоги:

- для формування запасу ліків на станції екстреної медичної допомоги до ЛК надається вимога з зазначенням необхідної кількості медикаментів;
- медикаментами за рахунок ЛК пацієнт забезпечується при пред'явленні посвідчення члена ЛК;
- облік ліків проводиться відповідно до вимог діючої нормативної бази згідно записів у "Карті виїзду швидкої медичної допомоги" (ф. 110/о)

4.2.6. Медикаментозне забезпечення та облік ЛЗ та ВМП у підрозділах ЗОЗ:

- у випадку необхідності для забезпечення надання медичної допомоги та обстежень членів ЛК у підрозділах ЗОЗ (хірургічний, травматологічний кабінет, жіноча консультація, лабораторія, відділення функціональної діагностики, і т.ін.) може створюватися запас лікарських засобів та виробів медичного призначення;
- подається вимога з зазначенням потреби на розгляд експерта, після чого отримуються необхідні матеріали, які далі обліковують згідно діючих нормативних вимог.
- підрозділ ЗОЗ щомісячно подає звіт у бухгалтерію закладу охорони здоров'я про використання медикаментів та виробів медичного призначення.

4.2.7. Для оперативного забезпечення ліками, що можуть бути відсутніми на складі ЛК, заключається договір з аптекою, яка знаходиться при лікувальному закладі. Ліки отримуються там по вимозі, підписаній експертом або черговим лікарем; в кінці місяця аптека надсилає до виконавчої дирекції ЛК рахунок, який підтверджується вимогами; ліки, придбані в аптеці, також обліковуються на аптечному складі закладу згідно накладних.

По закінченню лікування старші медсестри відділень зазначають кількість використаних медикаментів та виробів медичного призначення, що

надавалися за рахунок ЛК (що передбачено відповідними угодами між ними та ЛК).

Всі листи призначень пролікованих? членів ЛК (ф.003-4/о), та карта хворого денного стаціонару поліклініки, стаціонару вдома (ф. 003-2/о);) надходять до експерта ЛК у ЗОЗ, який проводить оцінку якості отриманої медичної допомоги. Після цього інформація з листів призначень вноситься оператором-аналітиком ЛК у відповідну програму (описано нижче), що дає можливість контролювати обіг ЛЗ та ВМП у відділеннях лікувального закладу та проводити автоматизований моніторинг якості надання медичної допомоги.

## 5. Управління якістю медичної допомоги при лікуванні членів лікарняних кас.

Основним завданням системи управління якістю є забезпечення раціонального підходу до фармакотерапії та її відповідність протоколам лікування. Необхідність додержання стандартів медичної допомоги, клінічних протоколів, з 01.01.2012 року є обов'язковим в усіх закладах охорони здоров'я (ст. 14-1. Закону України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 07.07.2011 року).

Аудит за раціональним використанням медикаментів у лікувальних закладах, відповідністю призначень протоколам лікування членам ЛК перебуває в компетенції відділу аудиту якості лікувально-діагностичного процесу та роботи з сімейними лікарями і повинен проводитися у співпраці з керівниками лікувально-профілактичних закладів та обласного департаменту охорони здоров'я.

Можливість контролю за якістю надання медичної допомоги членам ЛК закріплена у договорах із лікувальними закладами. Аналіз надходження лікарських засобів та виробів медичного призначення до пацієнта, та їх раціональне використання здійснюється чотирьохрівневою системою управління якістю надання медичної допомоги (рис. 7).

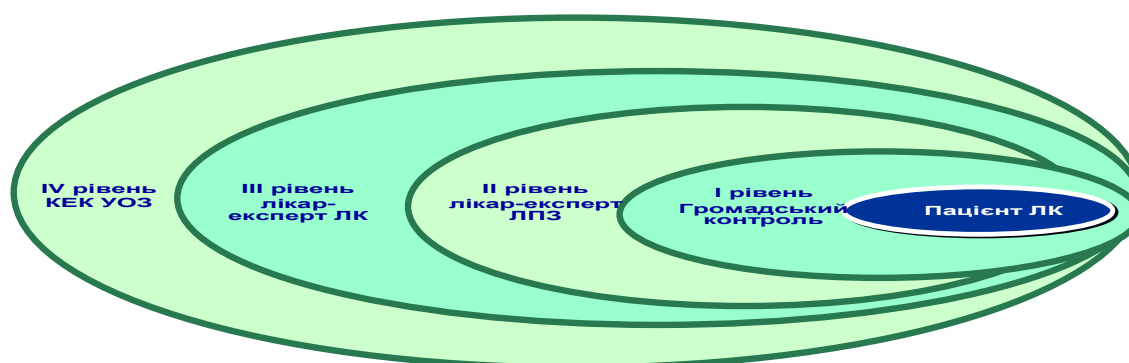


Рис. 7. Чотирьохрівнева система управління якістю лікувально-діагностичного процесу членів ЛК.

Перший рівень - пацієнти, які є членами ЛК, виступають у ролі «громадського контролю» - при виписці підписують лист лікарських призначень (ф. 003-4/о), у якому старшими медсестрами (згідно угод між ними та ЛК) вказується кількість препаратів, отриманих ними протягом лікування.

Другий рівень контролю забезпечує експерт закладу охорони здоров'я. Його службові функції та обов'язки включають проведення організаційно-методичних заходів щодо забезпечення раціонального та обгрунтованого використання лікарських засобів та виробів медичного призначення при наданні медичної допомоги членам ЛК. Експерт здійснює контроль за:

- кількістю та асортиментом лікарських засобів у закладі охорони здоров'я (надалі - ЗОЗ);
- своєчасним інформуванням фармацевтом лікарів про перелік медикаментів, наявних на аптечному складі у ЗОЗ;
- вимогами, за якими видаються лікарські засоби зі складу ЗОЗ, на їх відповідність формуляру закладу охорони здоров'я;
- поточним лікувально-діагностичним процесом членів ЛК у відділеннях ЗОЗ;
- дотриманням інструкції по використанню препаратів;

У функції експерта входить обговорення недоліків, виявлених в результаті проведення поточного аналізу з лікарями, консультативна допомога пацієнтам щодо діяльності ЛК. Експерт проводить ретроспективний аналіз всіх листів призначень (ф. 003-4/о) та 10-20% медичних карт стаціонарних хворих (ф. 001-о) виписаних пацієнтів. Також експерт інформує адміністрацію ЗОЗ про недоліки в організації медичної допомоги членам ЛК.

Третій рівень контролю забезпечують експерти офісу ЛК, які проводять експертну оцінку листів призначень усіх пролікованих у лікувальних закладах членів ЛК (з використанням інформаційних технологій шляхом автоматизованого аналізу відповідності лікарських призначень існуючим протоколам лікування).

Експерти здійснюють перевірки ЗОЗ з метою контролю стану лікувально-діагностичного процесу членів ЛК та надання консультативної допомоги лікарям щодо покращення якості медичної допомоги членам ЛК. Крім того, вони проводять відбір медичної документації пацієнтів на засідання клініко-експертної комісії департаменту охорони здоров'я (ДОЗ) облдержадміністрації.

Четвертий рівень контролю якості надання медичної допомоги забезпечує клініко-експертна комісія ДОЗ облдержадміністрації, яка здійснює аналіз стану лікувально-діагностичного процесу в окремих лікувальних закладах шляхом експертизи медичних карт хворих. Вона визначає якість надання медичної допомоги конкретному пацієнту та випадки необґрунтованого призначення лікарських засобів та виробів медичного призначення.

Висновок експертної комісії може бути приводом для застосування заходів адміністративного та фіскального впливу щодо лікарів, якими допускаються порушення порушення (згідно до угоди між ЛК та ЗОЗ). Про результати експертизи інформується лікувальний заклад та територіальний орган місцевого самоуправління.

Моніторинг лікувально-діагностичного процесу забезпечується за перспективним, поточним та ретроспективним аналізом.

Перспективний аналіз проводиться для визначення оптимальних шляхів проведення лікувально-діагностичного процесу пацієнтів. За його результатами для закладу охорони здоров'я формуються рекомендації щодо оптимального вибору способу і методу лікування захворювання, необхідності планової госпіталізації, обстеження хворого як на догоспітальному етапі, так і в стаціонарі.

Поточний аналіз лікувально-діагностичного процесу проводиться в ЗОЗ за місцем лікування пацієнта. Експерт спільно з лікуючим лікарем у день госпіталізації пацієнта аналізує обґрунтованість і доцільність лікувальних та діагностичних призначень, їх відповідність визначеним критеріям, протоколам надання медичної допомоги і лікарському формуляру.

Ретроспективний аналіз якості медичної допомоги використовується після завершення лікування. Для уніфікації його результатів та можливості їх подальшого порівняння експертом оформлюється карта експертної оцінки лікувально-діагностичного процесу (додаток №5).

Ретроспективний аналіз проводиться з другого рівня контролю якості лікувально-діагностичного процесу. Експерт аналізує всі медичні карти стаціонарного хворого (ф № 003-о) та листи призначень (ф №003-4/о), медичні карти амбулаторних хворих (ф № 025-о) та листи призначень (ф № 003-2/о), обґрунтованість призначень медикаментів та їх доз. При виявленні недоліків проставляються відмітки у програмі по обробці листів призначень (при наявності), що дає можливість в подальшому проводити автоматизований аналіз.

На третьому рівні лікарі-експерти офісу ЛК проводять ретроспективний аналіз 10-20% пролікованих пацієнтів з кожного лікувального закладу, порівнюють отримані результати з результатами другого рівня ретроспективного аналізу, визначаються заклади з низькою якістю медичної допомоги. Проводиться комплекс заходів щодо покращення якості лікувально-діагностичного процесу.

Наступним кроком ретроспективного аналізу є четвертий рівень, який за поданням експертів ЛК проводиться клініко-експертною комісією ДОЗ облдержадміністрації. Робота комісії організовується відповідно наказу МОЗ України від 24.02.2010р. №163 "Про управління якістю медичної допомоги".

За результатами проведених нами досліджень, в результаті використання наведеної вище системи якості надання медичної допомоги членам ЛК на 23% вища порівняно з пацієнтами, які не перебувають в організації.

## **6. Механізми співпраці лікарняної каси з лікарями на рівні первинної медичної допомоги.**

При наданні медичної допомоги виникає необхідність забезпечити ефективну діагностику і лікування пацієнтів та при цьому раціонально використати кошти, які на це направлені. Приймаючи до уваги те, що приблизно 80% усього об'єму медичних послуг пацієнти повинні отримувати від сімейного лікаря, цілком зрозуміло, що саме від нього великою мірою залежить як ефективність медичної допомоги, так і раціональне використання коштів для забезпечення цього процесу, в тому числі й тих, які надає ЛК.

Із метою покращення доступності медичної допомоги членам ЛК, ефективного використання медикаментів, нами відпрацьована організаційна модель співпраці сімейного лікаря з ЛК, в основу якої покладені договірні взаємовідносини: сімейний лікар → сім'я → лікарняна каса → сімейний лікар → територіальний заклад охорони здоров'я.

Угодою (додаток 6) передбачено організаційні, фінансові, методичні зобов'язання сторін, із них Лікарняна каса забезпечує амбулаторію, дільницю сімейного лікаря медикаментами в рамках регламентуючих положень; здійснює контроль якості надання медичної допомоги членам ЛК при лікуванні в районних та обласних лікувальних закладах; надає матеріально-технічну та фінансову допомогу сімейному лікарю.

Сімейний лікар надає медичну допомогу членам ЛК, направляє на лікування в інші лікувальні заклади; є гарантом виконання Статутних положень ЛК при наданні членам організації медичної допомоги.

ЛК надає матеріальну та фінансову допомогу сімейним лікарям у вигляді:

1. 3-10% від суми коштів, які надійшли на рахунок ЛК від членів ЛК, з якими сімейним лікарем заключені угоди;

2. При зменшенні середньої вартості лікування захворювань у порівнянні з обласними показниками сімейному лікарю нараховується 10% від суми зменшених витрат;

3. Оплата залежить від кількості пролікованих сімейним лікарем пацієнтів-членів ЛК, її розмір зменшується пропорційно відсотку недоліків при наданні медичної допомоги (недотримання протоколів лікування).

4. У випадку, коли кількість членів ЛК на дільниці складає не менше 25% від кількості всього населення дільниці та позитивній різниці між надходженням та витратами коштів членів ЛК дільниці надається допомога для покращання матеріально-технічного стану лікарської амбулаторії?.

В базі даних в електронній картці членів ЛК, з якими укладена угода із сімейним лікарем (додаток 7), зазначається прізвище сімейного лікаря, що дає можливість аналізувати надходження та витрати коштів за певний проміжок часу.

Результати підтверджують, що співпраця ЛК із сімейними лікарями, що побудована на договірних засадах, дає можливість більш раціонально та ефективно використовувати наявні матеріальні ресурси ЛК. Сімейний лікар може бути розпорядником коштів своєї дільниці, при позитивному фінансовому балансі. Запропоновані механізми співпраці сімейних лікарів із регіональною лікарняною касою сприяють зростанню ролі сімейного лікаря в організації медичної допомоги населенню.



## 7. Інформаційні технології в діяльності лікарняних кас.

Для виконання основної мети діяльності лікарняної каси необхідно виконати ряд завдань: проведення персоніфікованого обліку членів ЛК та їх коштів; облік медикаментів, реактивів, виробів медпризначення, що надаються ЛК для лікувальних закладів та членів ЛК, аналіз їх використання; аудит якості надання медичної допомоги, обґрунтованості та раціональності лікарських призначень. Виконати ці завдання на сучасному етапі без використання інформаційних технологій неможливо. У відповідності до вимог технічного завдання для створення електронного реєстру пацієнтів, враховуючи його архітектуру та структуру, створена автоматизована система управління ресурсами лікарняної каси (рис. 8). та розроблений програмний інформаційно-аналітичний комплекс.

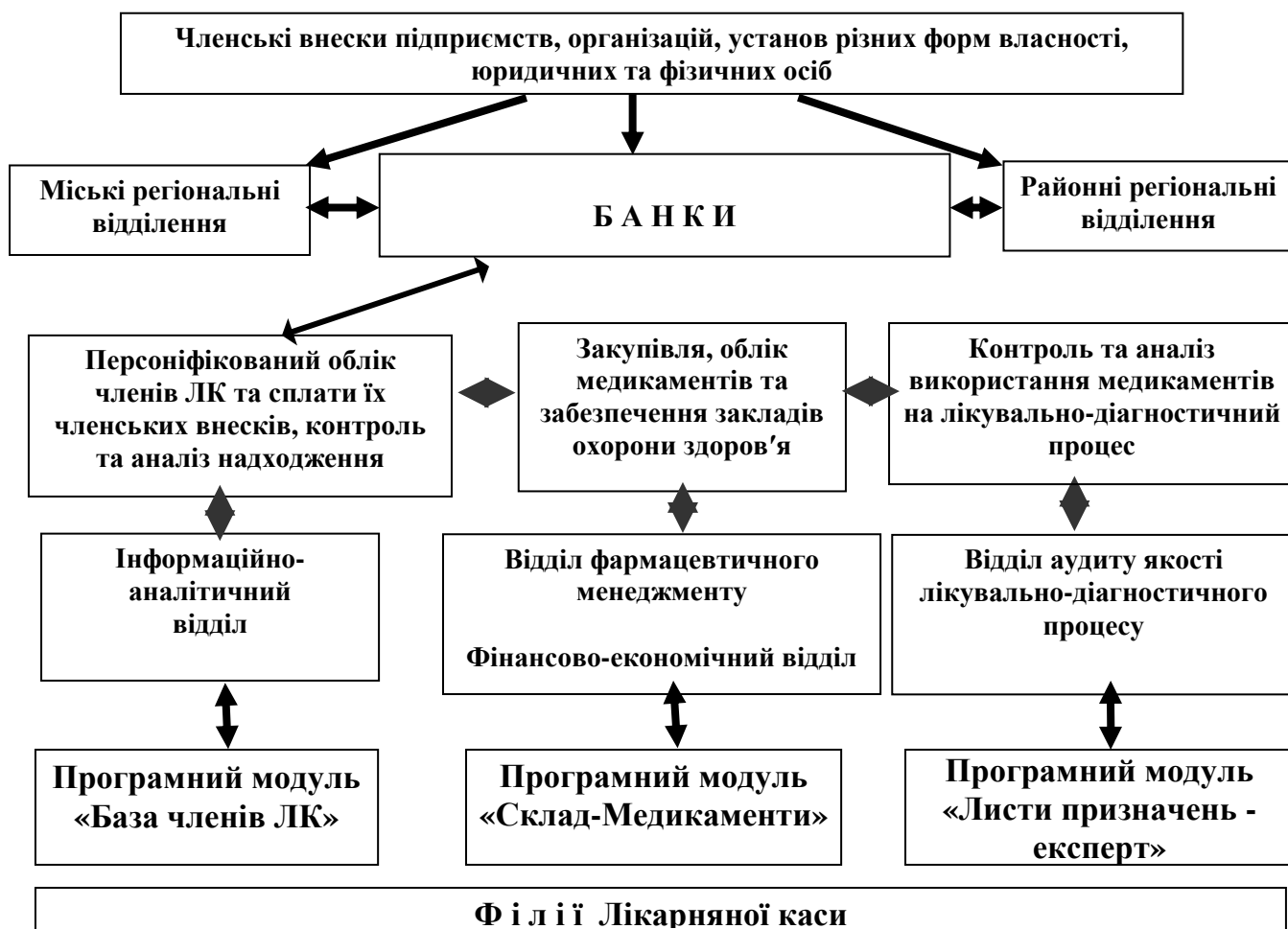


Рис. 8. Автоматизована система управління ресурсами Лікарняної каси.

Згідно вимог технічного завдання, система має комплексну систему захисту інформації (КСЗІ) і включає в себе наступні модулі: «База членів ЛК»; «Склад – Медикаменти», «Листи лікарських призначень- експерт».

На рівні центрального офісу супровід модуля «База членів ЛК» забезпечує інформаційно-аналітичний відділ. Ведення модуля «медикаменти – листи лікарських призначень –експерт» в частині «медикаменти» забезпечують відділ фармацевтичного менеджменту (приймання замовлень від ЗОЗ, проведення аналізу з наступною передачею замовлення постачальникам) та фінансово-економічний відділ (розрахунки з постачальниками). Внесення листів призначень та аналіз якості надання медичної допомоги здійснюється фахівцями відділу аудиту якості лікувально-діагностичного процесу.

На рівні філії ЛК у районі, місті, закладі охорони здоров'я передбачено ведення всіх зазначених модулів на одному автоматизованому робочому місці менеджера-аналітика. При потребі встановлюються додаткові робочі місця для експерта, фармацевта ЗОЗ, старших/постових медсестер відділень (рис. 9).

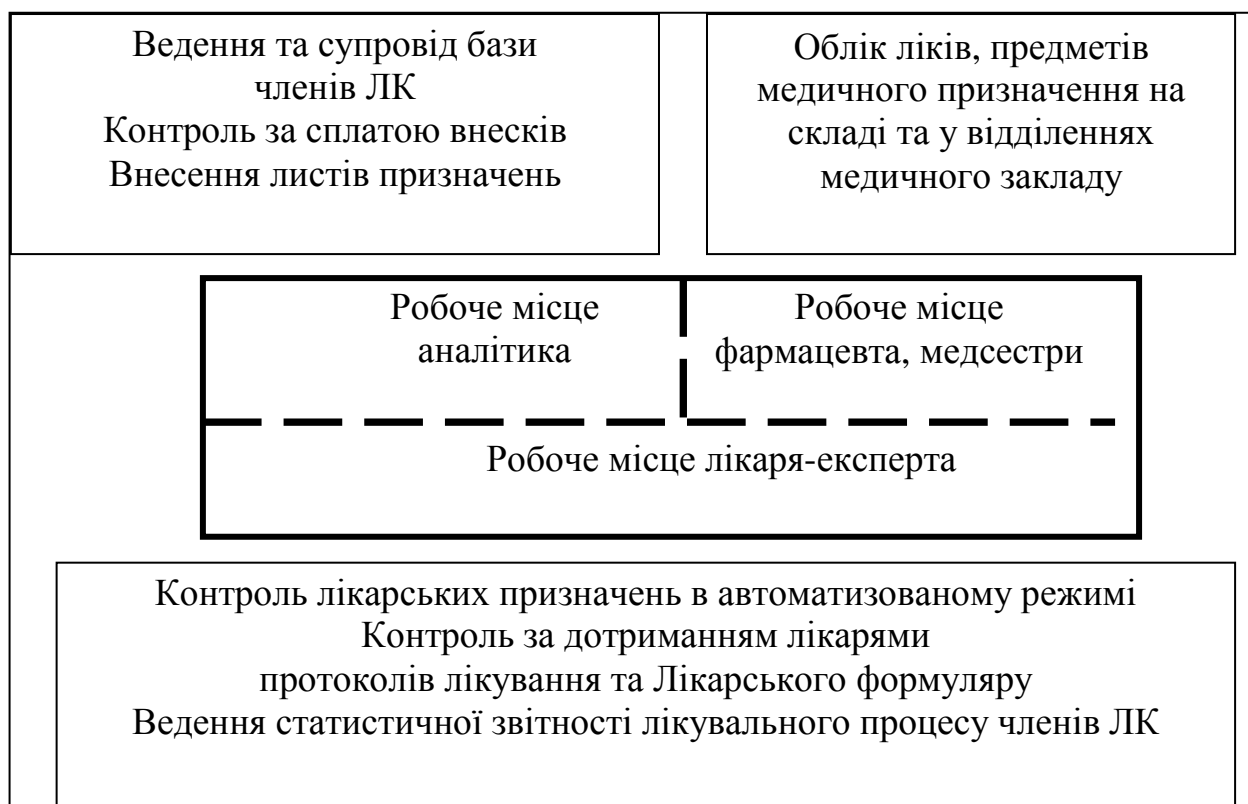


Рис. 9. Програмний комплекс «Лікарняна каса».

## **7.1. Забезпечення персоніфікованого обліку членів ЛК та їх коштів.**

З цією метою використовується програмний комплекс “База членів ЛК”. На кожного громадянина, який сплатив внески, створюється електронна картка, в якій зазначаються наступні дані: ідентифікаційний код (він же і номер посвідчення), ПІБ, дата народження, адреса, телефон, адреса електронної пошти, дані про дітей, дата вступу, розмір внеску, розмір сплачених та витрачених коштів та інші. У картці є можливість створювати додаткові поля, маркери в залежності від потреб (наприклад, прізвище сімейного лікаря).

Рознесення коштів повинно бути максимально автоматизоване. Основою для цього використовується унікальний набір цифр – ідентифікаційний код громадянина. Внески на рахунок ЛК можуть надходити у двох формах.

При індивідуальній сплаті (через відділення банків, «Укрпошти») установи надсилають електронний файл з даними про прийняті платежі. У базі даних менеджер – аналітик формує документ «Банківська виписка» з вказанням дати та назви банку, і кошти згідно вказаних у документі ідентифікаційних кодів платників заносяться на електронні картки членів ЛК. Якщо людина вперше сплачує внески, її коду немає в базі даних, тоді створюється нова електронна картка. Подальші платежі будуть заноситися автоматично.

При сплаті внесків із заробітної плати чи прибутку підприємств, організацій, установ, бухгалтерією до ЛК подаються відомості з вказанням прізвища, ідентифікаційного коду та розміру утриманих коштів. У разі подання документу в електронній формі кошти розносяться автоматизовано, аналогічно банківській виписці, якщо на паперових носіях – розноску виконує менеджер-аналітик шляхом введення суми внеску по кожному члену ЛК підприємства. У базі даних формується електронний документ «Прибутковий касовий ордер» з вказанням дати перерахування та назви підприємства.

База даних має трирівневу ієрархічну структуру, рекомендується в ній виділити наступні розділи з урахуванням місця проживання та форми сплати внесків (рис. 10).

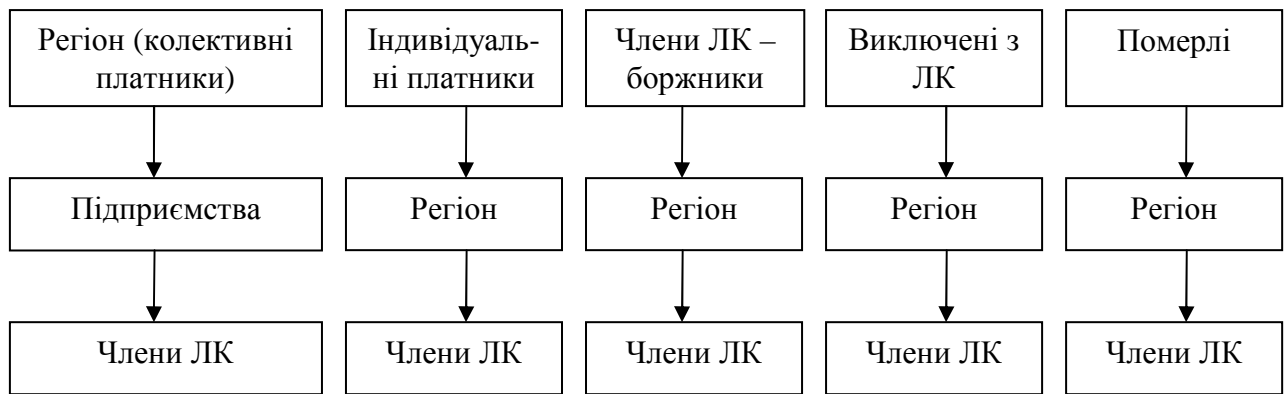


Рис. 10. Структура бази даних членів ЛК.

Робота з базою має постійний і динамічний характер. Рознесення коштів, які надійшли при індивідуальній сплаті, через банківські установи, здійснюється менеджерами-аналітиками центрального офісу ЛК. Менеджери аналітики філій проводять рознесення коштів, які надійшли з підприємств свого регіону, а також щомісячно по результатах аналізу сплати внесків здійснюють ротацію електронних карток по папкам бази даних.

Щомісячно у базу даних членів ЛК здійснюється імпорт розміру витрат на надання медичної допомоги у лікарняних закладах з іншого модуля «Медикаменти-листи лікарських призначень - експерт», формується документ «Видатковий касовий ордер» по кожному закладу охорони здоров'я.

При обробці даних модуля «База членів ЛК» залежно від потреб формується різноманітна статистична та аналітична звітність, проводиться аналіз щодо перебування в ЛК, розміру сплачених внесків та витрат на лікування по окремих членах ЛК, підприємствах, регіонах.

## **7.2. Забезпечення автоматизованого обліку лікарських засобів та виробів медичного призначення у закладах охорони здоров'я.**

Для автоматизації обліку ліків у закладах охорони здоров'я та контролю за їх призначенням використовується програма "Медикаменти-листи

лікарських призначень - експерт“, яка поєднує в собі три частини: «медикаменти-склад» (автоматизоване робоче місце фармацевта), «відділення – листи лікарських призначень» (автоматизоване робоче місце старшої/постової медсестри), «експерт» - автоматизоване робоче місце експерта.

Ведення програми дозволяє забезпечити контроль за термінами зберігання, реєстрацією препаратів, їх кількістю та асортиментом в усіх підрозділах лікарняного закладу в режимі «онлайн» з робочого місця фармацевта (при необхідності – експерта, аналітика). Облік медикаментів проводиться за кількісними та вартісними показниками.

У частині «Медикаменти-склад» програма містить блоки, які забезпечують повну схему обробки інформації щодо медикаментозного забезпечення закладу охорони здоров'я, а саме: ведення нормативно-довідкової інформації у вигляді довідників (постачальників, відділень ЗОЗ, лікарських засобів та виробів медичного призначення з указанням коду анатомо-терапевтично-хімічної (АТХ) класифікації та міжнародної непатентованої назви; прибуткування лікарських засобів; обробка вимог відділень на лікарські засоби (формування накладних-переміщення); отримання необхідних звітних форм.

Модуль програми «відділення – листи призначень» (автоматизоване робоче місце старшої/постової медсестри) використовується для обліку ліків у відділенні закладу шляхом ведення електронного листа призначень. Модуль містить наступні довідники: члени ЛК, лікарі ЗОЗ, діагнози за МКХ-10, медикаменти та вироби медичного призначення.

При госпіталізації в ЗОЗ члена ЛК на нього заводиться електронний лист призначень, який складається з паспортної частини (ПІБ, ідентифікаційний код, відділення, лікар, діагноз) та лікарських призначень.

Призначені медикаменти вибираються з довідника, в програмі вказується залишок ліків у відділенні, вводиться необхідна кількість лікарських засобів та виробів медичного призначення.

При відсутності у відділенні автоматизованого робочого місця старшої/постової медсестри у листі призначень відповідальною особою зазначається кількість використаних препаратів, дані з нього вносяться в програму після виписки пацієнта менеджером-аналітиком філії ЛК.

### **7.3. Проведення автоматизованого контролю за використанням ресурсів лікарняної каси у закладах охорони здоров'я.**

З цією метою використовується модуль «Експерт» програми "Медикаменти-листи лікарських призначень - експерт» (програма автоматизованого моніторингу використання ресурсів лікарняними закладами на всіх рівнях надання медичної допомоги).

Вона дає можливість при внесенні в базу даних листів лікарських призначень (назви препаратів, кількість, діагноз, термін лікування) оцінити економічну складову ефективності лікування за принципом «результати-витрати».

Використання такої автоматизованої системи дає можливість проводити аналіз ефективності використання ресурсів за витратами на лікування та кількістю недоліків в стаціонарі, денному стаціонарі, амбулаторних умовах. Аналіз може бути проведений за ЗОЗ, лікарями, нозологічними формами, тощо. В результаті проводиться порівняння з іншими закладами з побудовою таблиць, графіків, діаграм, визначаються ЗОЗ, в яких необхідно провести аналіз використання ресурсів за участю головних спеціалістів департаменту охорони здоров'я.

Звітні форми дають інформацію по кількісним показникам, зокрема: використання ліків з зазначенням лікаря, пацієнта та діагнозу, що дозволяє систематизувати медичні препарати в розрізі захворювань, частоті їх використання для полегшення планування профілактичних заходів та підтримання необхідного асортименту ліків; інформацію по якісним показникам, зокрема: на основі відхилення від середніх показників можна

визначати лікарняні заклади та лікарів, які потребують більш глибокого аналізу якості лікувально-діагностичного процесу.

Таким чином, автоматизована система управління ресурсами ЛК дозволяє контролювати надходження коштів на рахунок ЛК, проводити раціональну закупівлю медикаментів та їх облік, контролювати використання наданих для ЗОЗ лікарських засобів; визначати вартість медикаментозного забезпечення окремих нозологічних форм; управляти якістю надання медичної допомоги, що в результаті дає можливість раціонально витратити ресурси ЛК.

## **Висновки.**

1. Запропонована нами в методичних рекомендаціях організаційна схема діяльності ЛК є найбільш оптимальною і дозволяє охопити населення та заклади охорони здоров'я всього регіону (від закладів первинної медичної допомоги до обласних лікарняних закладів), дає можливість функціонувати ЛК незалежно від кількості її членів у районі, місті в єдиному медичному просторі, тісно співпрацювати з органами управління охороною здоров'я й інтегруватись із закладами охорони здоров'я інших регіонів України для забезпечення членів ЛК належною медичною допомогою.
2. Рекомендована схема організації та функціонування лікарняної каси повинна включати чотири взаємопов'язаних та доповнюючих організаційно-функціональних блоки: залучення коштів; обліку та аналізу надходження внесків; забезпечення лікарняних закладів ЛЗ та виробами медичного призначення; управління якістю медичної допомоги. ЛК повинна працювати в єдиній організаційній системі, охоплювати населення та заклади охорони здоров'я всього регіону.
3. Наведена нами автоматизована система управління якістю надання медичної допомоги, яка базується на використанні лікарського формуляра, локальних клінічних протоколів, стандартів, підвищує ефективність використання фінансових ресурсів лікарняних кас. Діяльність ЛК буде успішною за наявності системи галузевих стандартів надання медичної допомоги та системи контролю за їх дотриманням, зміни психології та підвищення професійної підготовки лікарів щодо призначення лікування у спектрі його стандартизації та ступеня доказовості. Наявність вказаної системи дає можливість членам ЛК отримувати медикаментозне забезпечення без обмеження суми витрат та кількості випадків лікування в межах регламентуючих положень ЛК.



4. Вважаємо, що в умовах недостатнього фінансування галузі лікарняні каси є найбільш оптимальною формою солідарної участі населення в подальшому розвитку охорони здоров'я. Це зменшує соціальну напругу, а також дає можливість спільно з лікарняними закладами впроваджувати сучасні механізми надання якісної медичної допомоги, які базуються на принципах доказової медицини.

## Перелік рекомендованих наукових джерел.

1. Визначення потреби у фінансових ресурсах в частині медикаментозного забезпечення при лікуванні пацієнтів акушерсько-гінекологічного профілю в умовах цілодобового стаціонару на регіональному рівні / В. Д. Парій, Н. Г. Гойда, В. Є. Донець, С. М. Грищук // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я = East European Journal of Public Health. - 2010. - N 4. - С. 48-54
2. Грищук С.М. Фармакоекономічні аспекти дотримання протоколів при лікуванні ішемічної хвороби серця у пацієнтів-членів благодійної організації «Лікарняна каса Житомирської області» / С.М.Грищук // Матеріали IV науково-практичної конференції “Фармакоекономіка в Україні: стан та перспективи розвитку”. – Харків, 2011. – С. 129-131.
3. Гусак О.Я. Організація роботи клініко-експертної комісії в управлінні якістю медичної допомоги / О.Я. Гусак, В.С. Мишківський, С.М. Грищук // Медичні перспективи. – 2010. – Том XV. - №1. – С.129.
4. Дослідження ефективності впровадження локальних клінічних протоколів у закладах охорони здоров'я Житомирської області / В.Д. Парій, О.К. Толстанов, В.С. Мишківський, С.М. Грищук // Медичні перспективи. – 2010. – Том XV. - №1. – С.142.
5. Лікарняні каси як інструмент реформування охорони здоров'я та покращення якості медичної допомоги / В.Д. Парій, О.К. Толстанов, В.С. Мишківський, С.М. Грищук // Матеріали XIII конгресу СФУЛТ. – Львів, 2010. – С.733.
6. Мишківський В.С. Лікарняна каса Житомирської області: 10-річний досвід підвищення якості та доступності медичних послуг / В.С. Мишківський, С.М. Грищук // Управління закладом охорони здоров'я. - 2011. - №5 . - С. 47-51.
7. Москаленко В. Ф. Принципи організації оптимальної моделі системи охорони здоров'я / В. Ф. Москаленко // Охорона здоров'я України. - 2007. - № 3-4. - С. 9-13.

8. Москаленко В.Ф. Системы здравоохранения. Современный контекст – К.: «Книга-плюс», 2012. – 320с.
9. Парій В.Д. Досвід впровадження протоколів лікування при призначенні антибактеріальної терапії членам благодійної організації «Лікарняна каса Житомирської області» / В.Д. Парій, В.С. Мишківський, С.М. Грищук // Матеріали III науково-практичної конференції “Фармакоекономіка в Україні: стан та перспективи розвитку”. – Харків, 2010. – С. 254-256.
10. Підгорна Л. М. Аналітичний огляд систем охорони здоров'я в різних країнах світу / Л. М. Підгорна // Главный врач. - 2008. - № 1. - С. 40-44.
11. Полозенко Д.В. Добровільне медичне страхування та лікарняні каси – складові реформи охорони здоров'я в Україні / Д.В. Полозенко, В.Д. Парій // Фінанси України. – 2012. - №3. – С.83-89.
12. Слабкий Г.А. Международные подходы к развитию общественного здравоохранения / Г.А. Слабкий, Г.Я. Пархоменко // Україна. Здоров'я нації. – 2012. - №1. – 7-14.
13. Толстанов О.К. Впровадження локальних клінічних протоколів як інструмент покращення якості медичної допомоги / О.К. Толстанов, В.Д. Парій, С.М. Грищук // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції «Підвищення якості медичної допомоги: наукові засади та практичні результати». – Київ, 2010. – С.143-144.
14. Шевченко М.В. Фінансування системи охорони здоров'я України у 2009-2010 роках / М.В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2011. - №4. – 113-116.

## ПОЛОЖЕННЯ ПРО ЧЛЕНСТВО В ЛКАРНЯНІЙ КАСІ

### 1. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

1.1. Метою цього Положення є врегулювання відносин між керівництвом **ЛКАРНЯНОЇ КАСИ** та її членами, впорядкування внесення вступних і щомісячних добровільних пожертвувань і їх використання; положення розроблене відповідно до Статуту **ЛКАРНЯНОЇ КАСИ** /надалі - ЛК /.

1.2. Членами ЛК можуть бути громадяни України, іноземні громадяни та особи без громадянства, які досягли 18 років, а також юридичні особи, котрі підтримують мету та завдання ЛК, надають їй матеріальну підтримку або іншу допомогу, що не суперечить чинному законодавству України.

1.3. Особи віком до 18 років користуються правом членства в ЛК за умови внесення одним із батьків добровільних пожертвувань в порядку, передбаченому п.4.4 цього Положення.

1.4. Юридичні особи, які є членами ЛК, здійснюють повноваження через своїх представників.

### 2. ПРАВА ЧЛЕНІВ ЛК

2.1. Члени ЛК мають право:

- на медикаментозне забезпечення, діагностичні обстеження, які передбачені Положенням „Про порядок використання коштів на медичне забезпечення членів **ЛКАРНЯНОЇ КАСИ**”, за умови, що на момент призначення обстеження, лікування внесено всю суму добровільних пожертвувань за період перебування в ЛК;

- брати участь в управлінні справами ЛК;  
- обговорювати питання діяльності ЛК;  
- бути обраним до органів управління ЛК;  
- брати участь в роботі ЛК;  
- вносити пропозиції щодо включення питань до порядку денного Конференції ЛК;

- отримувати від ЛК інформацію щодо її діяльності;  
- отримувати матеріальну й іншу підтримку від ЛК;  
- добровільно виходити з ЛК без права повторного вступу;  
- на захист і реалізацію своїх законних прав та інтересів;  
- на здійснення власних творчих ідей.

2.2. Члени ЛК можуть мати інші права, передбачені чинним законодавством, в тому числі право на звернення до відповідних органів у випадку невиконання ЛК вимог Статуту та норм чинного законодавства.

2.3. Громадяни набувають права членів ЛК **через 3 календарних місяці** з моменту вступу до організації після внесення ними вступного та трьох щомісячних добровільних пожертвувань. Моментом вступу до ЛК вважається дата надходження коштів на розрахунковий рахунок ЛК.

2.4. Член ЛК має право вносити добровільні пожертвування щомісяця, щоквартально, раз у півроку та в іншій формі за умови внесення всієї суми добровільних пожертвувань за відповідний період.

### **3. ОБОВ'ЯЗКИ ЧЛЕНІВ ЛК**

3.1. Члени ЛК зобов'язані:

- дотримуватися вимог Статуту ЛК;
- виконувати рішення Конференції ЛК;
- не допускати вчинення дій, які наносять шкоду діяльності ЛК;
- надавати допомогу в пропагуванні діяльності ЛК;
- своєчасно вносити добровільні пожертвування;
- дотримуватися положень і внутрішніх документів ЛК;
- при отриманні картки члена ЛК мають надати такі документи: паспорт, ідентифікаційний номер, довідку з місця навчання, квитанції про сплату.

### **4. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ТА РОЗМІР ДОБРОВІЛЬНИХ ПОЖЕРТВУВАНЬ**

4.1. Особи, які виявили бажання бути членом ЛК, вносять вступне добровільне пожертвування у розмірі \_\_\_/ *грн.*

4.2. Громадяни, за винятком осіб, зазначених у п.4.3, вносять щомісячні добровільні пожертвування у розмірі \_\_% від встановленого розміру мінімальної заробітної плати, затвердженої Постановою Верховної Ради України..

4.3. Пільгові членські внески у розмірі \_\_\_/ гривень сплачують:

а) студенти до 23 років, які навчаються на денному стаціонарі навчальних закладів.

4.4. Один із батьків, який є членом ЛК, і має дітей віком до 18 років, може вносити додаткове пожертвування у розмірі \_\_\_\_\_ гривень (незалежно від кількості дітей).

4.4.1. Новонароджені набувають членства в ЛК за умови сплати за них одним із батьків трьохмісячного розміру добровільних пожертвувань (\_\_\_) у термін до 30 календарних днів із дати народження. В іншому випадку членство дитини настає на загальних підставах, через 3 календарні місяці з моменту сплати.

4.4.2. Діти, які користувалися правом членства в ЛК згідно з пунктом 1.3 цього Положення, після досягнення повноліття (18 років) мають право на продовження членства в ЛК за умови внесення щомісячних добровільних пожертвувань (згідно з пунктами 4.2. або 4.3. цього Положення) протягом 90 календарних днів із дня досягнення повноліття. В іншому випадку членство настає на загальних підставах, згідно з пунктом 2.3. цього Положення.

4.5 У разі призову на строкову службу до Збройних Сил України, виїзду за кордон на термін більше трьох місяців член ЛК має право (за заявою) призупинити внесення добровільних пожертвувань.

4.6. Внесення добровільних пожертвувань членами ЛК здійснюється у відділеннях банків та „Укрпошти” самостійно або шляхом утримання із заробітної плати бухгалтерією підприємства, установи, організації, в якій працює член ЛК, в разі укладення з ними договорів про співробітництво.

4.7. Підприємства, установи, організації незалежно від форм власності можуть вносити повністю або частково добровільні пожертвування за своїх співробітників у випадку їх членства в ЛК.

4.8. При невнесенні членом ЛК добровільних пожертвувань протягом трьох місяців підряд без поважних причин Правління може вирішити питання щодо виключення його з ЛК.

4.9. Повторний вступ до ЛК осіб, які були виключені, не передбачений. Відновлення в ЛК проводиться згідно з «Тимчасовим положенням про відновлення громадян у ЛК» .

## **5. ЗАКЛЮЧНА ЧАСТИНА**

5.1. Внесені вступні та щомісячні добровільні пожертвування при вибутті з ЛК не повертаються.

5.2. Кошти та майно ЛК не розподіляються між її членами, а використовуються лише для виконання статутних завдань.

5.3. У випадку реорганізації ЛК активи та майно переходять до правонаступників, при ліквідації - в дохід держави.

5.4. Зміни та доповнення до цього Положення вносяться за рішенням Правління ЛК.

**ПОЛОЖЕННЯ**  
**„Про порядок використання коштів на медичне забезпечення**  
**членів ЛІКАРНЯНОЇ КАСИ (ЛК)**

Порядок використання коштів регламентується Статутом *ЛІКАРНЯНОЇ КАСИ*, цим Положенням, і спрямований на покриття дефіциту бюджетних асигнувань щодо медикаментозного та лабораторного забезпечення населення, підтримання матеріально-технічної бази лікувальних закладів, впровадження нових медичних технологій, надання благодійної допомоги членам ЛК.

Процес лікування, що забезпечується за рахунок ЛК, включає в себе терапію основного захворювання, його ускладнень і супутньої патології, якщо вона впливає на перебіг основного, терміном до 12 днів. Продовження лікування за рахунок ЛК понад 12 днів (але не більше 24 днів) можливе в умовах цілодобового стаціонару при важкому стані пацієнта за рішенням консилиуму лікарів із участю лікаря-експерта ЛК.

Медикаментами члени ЛК забезпечуються згідно з Лікарським формуляром та протоколами лікування.

Можливість отримувати допомогу за рахунок ЛК настає через три календарних місяці з моменту вступу до організації (моментом вступу вважається дата надходження добровільних пожертвувань на рахунок ЛК), за умови, що на момент призначення обстеження, лікування внесено всю суму добровільних пожертвувань за період перебування в організації (без урахування поточного місяця).

Під час виявлення у лікувальному закладі невнесення добровільних пожертвувань за три та більше місяців медикаментозне забезпечення та обстеження проводиться лише після внесення добровільних пожертвувань за рік авансом та за прострочений термін.

**Медичні благодійні програми включають в себе:**

**I. Екстрена та невідкладна медична допомога**

Забезпечення бригад екстреної та невідкладної допомоги необхідними медикаментами та виробами медичного призначення для надання медичної допомоги пацієнтам – членам ЛК.

**II. Діагностичні дослідження**

За направленням лікаря забезпечуються: рентгенологічні, функціональні, лабораторні методи дослідження, за винятком визначення токсоплазму, цитомегаловірусу, хламідіозу, герпесу, венеричних захворювань, йоду в сечі, рівня статевих гормонів, обстежень на хромосомні відхилення та наявність спадкових захворювань, обстеження методом полімеразної ланцюгової реакції.

Витрати на проведення комп'ютерної томографії (КТ) компенсуються у розмірі 50% від вартості обстеження в комунальних закладах охорони здоров'я.

Витрати при обстеженні методом магнітно-резонансної томографії (МРТ) компенсуються в розмірі 250 грн. незалежно від місця проведення обстеження.

Перебування в ЛК не впливає на черговість досліджень.

### **III. Амбулаторно - поліклінічна допомога**

1. Забезпечення пацієнтів, які знаходяться на лікуванні в умовах денного стаціонару, медикаментами та виробами медичного призначення.

Лікуванню в денному стаціонарі підлягають хворі, які потребують: лікарського спостереження після проведених маніпуляцій; внутрішньовенного крапельного введення медикаментів; введення фармакотерапевтичних засобів через певні проміжки часу протягом дня (внутрішньовенні, внутрішньом'язові ін'єкції, з допомогою фізіотерапевтичних процедур); проведення складних діагностичних обстежень зі спеціальною підготовкою; невідкладної допомоги з приводу станів, які виникли під час перебування в поліклініці; проведення складних лікарських маніпуляцій (пункції плеври, черевної порожнини, суглобів і ін.).

2. Забезпечення пацієнтів, які знаходяться на лікуванні в умовах домашнього стаціонару, медикаментами та іншими розхідними матеріалами. Лікуванню в домашньому стаціонарі підлягають хворі, які не можуть перебувати в цілодобовому або денному стаціонарі.

3. Амбулаторне лікування окремих гострих і загострення хронічних хвороб за рахунок ЛК забезпечується медикаментами та виробами медичного призначення тільки відповідно до „Тимчасового положення про амбулаторне лікування членів ЛК”.

### **IV. Стаціонарна допомога**

Під час лікування в умовах цілодобового стаціонару члени ЛК отримують необхідне діагностичне та медикаментозне забезпечення. Пологи та планові хірургічні втручання (оперативне лікування фіброміоми, кіст яєчників, аденоми передміхурової залози, жовчно - та сечокам'яної хвороби, судинних патологій, злякисних новоутворень, катаракти, кили і т.п.) забезпечуються за рахунок ЛК при умові членства в організації не менше одного року або внесенні добровільних пожертвувань за рік авансом (можливість отримувати допомогу за рахунок ЛК наступає через три календарних місяці).

Пульс-терапія за рахунок ЛК проводиться один раз у рік.

Новонароджені під час перебування в пологовому будинку та при переведенні в обласну дитячу лікарню отримують медичну допомогу за рахунок ЛК.

### **V. Медикаментозне забезпечення за межами області**

Забезпечення членів ЛК, які за направленням обласних спеціалістів мають проходити планове обстеження та лікування за межами області, проводиться при отриманні клопотання в ЛК. За умови надання медичної допомоги у



невідкладному порядку питання вирішується індивідуально при наявності підтверджуючих документів (виписки з амбулаторної, стаціонарної карт і чеків про оплату використаних ліків). В обох випадках розмір витрат не перевищує \_\_\_\_\_ грн. протягом року.

## **VI. Благодійна допомога юридичним та фізичним особам (членам ЛК)**

За рішенням Правління ЛК в окремих випадках може надаватися така благодійна допомога:

- у разі не надання лікувальним закладом медичної допомоги згідно з цим Положенням, ЛК компенсує витрати членів ЛК на придбання ліків, при наявності підтверджуючих документів (виписки з амбулаторної, стаціонарної карт і чеків про оплату використаних ліків).

При дотриманні статутних вимог, раціональному та ефективному використанні коштів, які надійшли від членів ЛК окремих регіонів, за рішенням Правління може надаватися благодійну допомогу ЗОЗ, іншим юридичним і фізичним особам, які сприяють діяльності ЛК.

### **ЛК не забезпечує витрати, пов'язані з такими захворюваннями та послугами:**

- венеричні та інші захворювання, які можуть передаватися статевим шляхом (сифіліс, гонококова інфекція, хламідійна інфекція, трихомоніаз, аногенітальний герпес, цитомегаловірус, мікоплазмоз, уреоплазмоз, гарднерельоз і т.ін.) та їх ускладнення;
- виробничий травматизм;
- витрати на обстеження та лікування в приватних медзакладах, із якими не укладено відповідні угоди про співпрацю;
- ГРВІ, грип (за винятком їх ускладнень) та етіологічне лікування інших вірусних інфекцій;
- грибкові захворювання внутрішніх органів, шкіри та її придатків;
- діагностика та лікування безпліддя;
- забезпечення, встановлення медичних приладів або пристосувань (протезів): окулярів, контактних лінз, слухових пристроїв, слухових імплантатів, штучних кришталіків, штучних суглобів, штучних серцевих клапанів, судинних протезів, стентів і т.п. (за винятком сітки при лікуванні кил);
- забезпечення дезінфікуючими засобами;
- забезпечення дозованими інгаляторами для профілактики та зняття бронхообструкції;
- забезпечення засобами для проведення гемодіалізу (тобто застосування штучної нирки);
- забезпечення препаратами крові;
- забезпечення медикаментами та виробами медичного призначення для введення препаратів, які ЛК не надає згідно з цим Положенням (за винятком хіміотерапії);
- забезпечення специфічної хіміо- та гормонотерапії при злоякісних новоутвореннях;

- забезпечення цукрознижуючими препаратами;
- захворювання та травми, які виникли в результаті свідомих дій членів ЛК, пов'язаних із невиправданим ризиком;
- захворювання, причиною яких є вживання алкоголю, наркотичних або токсичних речовин;
- імунізація та вакцинація;
- консервативне лікування глаукоми;
- корекція вад рефракції;
- легеневі та позалегенові форми туберкульозу;
- лікувально-оздоровчі заходи та санаторно-курортне лікування;
- лікування імунодефіцитних станів, їх ускладнень, забезпечення засобами для корекції імунітету та рівня лейкоцитів;
- лікування та діагностика методами нетрадиційної медицини (гіпноз, гомеопатичне лікування, рефлексотерапія, мануальна терапія, масаж, фітотерапія, іридодіагностика і т.п.);
- лікування та обстеження, яке не призначене лікарем;
- модифікації людського тіла з метою поліпшення фізичного, психологічного, розумового або емоційного стану (хірургічна зміна статі і т.п.);
- переривання вагітності (забезпечується за рахунок ЛК тільки при наявності медичних показань);
- пластична хірургія, зміна ваги або хірургічне лікування ожиріння;
- проведення профілактичних медичних оглядів (крім забезпечення одноразовими гінекологічними наборами) ;
- проходження обстеження та лікування для підтвердження групи інвалідності;
- професійні захворювання;
- психічні розлади (шизофренія, епілепсія, маніакально-депресивний синдром, олігофренія, психози, деменція і т.д.) та їхні ускладнення;
- різноманітні травми та соматичні захворювання, що виникли у зв'язку з захворюваннями психічної природи;
- спадкові захворювання, пов'язані з порушенням хромосомного набору;
- стоматологічне лікування, зубопротезування, за винятком станів, які потребують лікування в стаціонарних умовах;
- травми, отруєння, опіки, отримані членом ЛК у результаті військових дій, народних заворушень, страйків;
- травми, отруєння, опіки, отримані членом ЛК у результаті замаху на самогубство або інші навмисні дії, спрямовані на погіршення здоров'я;
- трансплантація органів або тканин;
- хронічні захворювання в стадії ремісії;
- цукровий діабет, за винятком важкої форми.

## ПОЛОЖЕННЯ ПРО АМБУЛАТОРНЕ ЛІКУВАННЯ ЧЛЕНІВ ЛІКАРНЯНОЇ КАСИ

Забезпечення членів ЛК медикаментами при амбулаторному лікуванні проводиться згідно даного Положення, регіонального лікарського формуляру, локальних клінічних протоколів надання медичної допомоги та «Положення про порядок використання коштів на медичне забезпечення членів ЛК».

- Амбулаторному лікуванню за рахунок ЛК підлягають тільки захворювання, що вказані в Додатку.

- За захворювання, які не ввійшли в Додаток, можуть лікуватися за рахунок ЛК в умовах цілодобового стаціонару, денного стаціонару чи стаціонару на дому при наявності відповідних медичних показань. У разі їх відсутності медикаменти за рахунок ЛК пацієнт не отримує.

- Медикаменти для амбулаторного лікування членів ЛК призначаються на 5 – денний термін, з зазначенням у вимозі-рецепті кратності введення.

- Вимогу – рецепт лікуючий лікар виписує в двох екземплярах, ставить особисту печатку. У разі необхідності продовження лікування, після повторної явки до лікаря виписується повторна вимога-рецепт на термін лікування до п'яти днів. - Максимальний термін лікування однієї патології за рахунок ЛК в амбулаторних умовах - 10 днів.

- Ліки пацієнт отримує при пред'явленні вимоги – рецепта з особистою печаткою лікаря, картки члена ЛК, документу, що засвідчує особу, у фармацевта аптеки чи лікувального закладу. Термін дії вимоги-рецепта становить три дні.

### Додаток: Перелік медичних показань

для лікування членів ЛК в амбулаторних умовах за рахунок ЛК.

- 1) **Інфекційні та паразитарні хвороби:** бешіха; гельмінтози.
- 2) **Хвороби нервової системи:** невралгія, неврити всіх локалізацій; гангліоніт (оперізуючий лишай) (патогенетичне лікування).
- 3) **Хвороби ока та придаткового апарату:** кон'юнктивіт, блефарит, ячмінь, видалення стороннього тіла ока.
- 4) **Хвороби дихальної системи:** гострий синусит, тонзиліт, ларингіт, фарингіт, трахеїт, бронхіт; гостра пневмонія (легкий перебіг); хронічний тонзиліт, синусит, бронхіт (фаза загострення).
- 5) **Хвороби вуха та сосковидного відростка:** гострий отит; хронічний отит (фаза загострення).
- 6) **Хвороби органів травлення:** виразкова хвороба шлунку, 12 – палої кишки (фаза загострення, неускладнений перебіг); хронічний гастрит, дуоденіт,

гастродуоденіт. (фаза загострення, виражений больовий синдром), дискінезії жовчного міхура та жовчновивідних шляхів.

**7) Хвороби шкіри та підшкірної клітковини:** алергічний дерматит (легка, середньотяжка форма); кропивниця (рецидивуючий перебіг, легка, середньотяжка форма); абсцес, фурункул, карбункул, гідраденіт, флегмона; гострий лімфаденіт; панарицій. Оперативне та післяопераційне лікування інших патологій, що проводиться в умовах поліклініки.

**8) Хвороби системи кровообігу:** гострий та загострення хронічного геморою.

**9) Хвороби кістково – м'язової системи та сполучної тканини:** остеохондроз хребта різних локалізацій з проявами вертебробазиллярного артеріального синдрому; люмбаго, люмбоішіалгії, загострення радикулітів всіх відділів; вертеброгенна радикулопатія, артрити, бурсіти, тендовагініти (загострення, больовий синдром); артрози (загострення, за винятком хондропротекторів).

**10) Хвороби сечостатевої системи:** гострий цистит, пієлонефрит; хронічний цистит, пієлонефрит (фаза загострення), уретрити, аднексити.

**11) Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників:** переломи, вивихи, травми, рани; термічні та хімічні опіки, поверхневі обморожування.

#### **Додатково для дитячого населення:**

**1) Хвороби нервової системи:** симптоми відновного періоду новонароджених; наслідки запальних хвороб нервової системи.

**2) Хвороби системи кровообігу:** кардіоміопатії (тонзилогенна, ендокринна-обмінна, метаболічна).

**3) Хвороби органів травлення:** диспепсії (функціональні розлади травлення).

**ДОГОВІР № \_\_\_\_\_**  
**про спільну діяльність щодо покращення медичної допомоги членам**  
**ЛІКАРНЯНОЇ КАСИ**

м. \_\_\_\_\_ “ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 201\_\_р  
 Благодійна організація “ Лікарняна каса \_\_\_\_\_ ”, надалі – ЛК,  
 в особі виконавчого директора \_\_\_\_\_, який  
 діє на підставі Статуту, з однієї сторони, та \_\_\_\_\_

в подальшому «Заклад», в особі головного  
 лікаря \_\_\_\_\_, який діє на підставі  
 \_\_\_\_\_, з іншої сторони,  
 уклали даний договір про наступне:

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

Предметом даного договору є об'єднання зусиль Закладу та ЛК з метою забезпечення членів ЛК медикаментами, реактивами та іншими санітарно-технічними засобами.

### 2. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

#### 2.1. Заклад зобов'язується:

2.1.1 Провести відповідно до локальних клінічних протоколів діагностики та лікування, стандартів, лікарського формуляру, необхідні діагностичні, лікувальні заходи при наданні медичної допомоги членам ЛК в амбулаторно-поліклінічних умовах, швидкої, невідкладної допомоги, стаціонарного лікування.

2.1.2 Госпіталізацію, обстеження та лікування хворих проводити по направленню дільничного (сімейного) лікуючого лікаря, лікувального закладу по пред'явленню хворим членської картки та посвідчення, що засвідчує особу.

2.1.3. Проводити спільно з експертом ЛК контроль відповідності лікувально-діагностичного процесу членів ЛК регламентуючим наказам МОЗ України, клінічним протоколам та протоколам лікування та обстеження.

2.1.4. Постійно впроваджувати нові медичні технології, раціонально та ефективно використовувати медичні та санітарно-технічні засоби надані Лікарняною касою. У випадку необґрунтованого призначення діагностичних обстежень та лікарських препаратів повернути вартість використаних медикаментів, реактивів та інших лікарських засобів.

2.1.5. Сприяти у поданні експертом звіту про використання лікарських засобів та виробів медичного призначення, що надаються Лікарняною касою, та статистичного аналізу надання медичної допомоги членам ЛК (щомісячно до 10 числа місяця, що настає за звітним періодом).

- 2.1.6. Сприяти статутній діяльності ЛК.
- 2.1.7. Надавати необхідну медичну документацію та інформацію щодо надання медичної допомоги членам ЛК експерту та виконавчій дирекції ЛК.
- 2.1.8. В рівних можливостях розподіляти медичні засоби, що придбані за рахунок бюджетного фінансування між членами ЛК та тими, хто ними не являється.
- 2.1.9. Не пропонувати членам ЛК додатково сплачувати благодійні внески.
- 2.1.10. Забезпечити необхідні умови для зберігання медикаментів, реактивів та інших санітарно-технічних засобів та надати умови для роботи експерта.
- 2.1.11. Забезпечувати збереження переданих йому ЛК медикаментів, реактивів, виробів медичного призначення та інших цінностей.
- 2.1.12. Вести облік у бухгалтерських та інших відповідних документах всі передані ЛК матеріальні цінності з дотриманням встановлених вимог.
- 2.1.13. Спільно з ЛК проводити інвентаризації, ревізії, перевірки отриманих цінностей та їх цільове використання.

## **2.2. ЛК зобов'язується:**

- 2.2.1. Надавати Закладу регулярну благодійну допомогу медикаментами, реактивами та виробами медичного призначення, необхідними для якісного обслуговування членів ЛК за вимогою Закладу протягом \_\_\_\_\_ днів з моменту надання замовлення, а в невідкладних випадках в той же день.
- 2.2.2. Кожних півроку інформувати Заклад щодо надходження коштів членів ЛК та можливості використання членських внесків на інші цілі, передбачені в положенні “Про порядок використання благодійних внесків”.
- 2.2.3. На запит Закладу надавати інформацію про кількість членів ЛК.
- 2.2.4. Надавати документи:
  - положення “Про членство в ЛК”;
  - положення “Про порядок використання коштів на медичне забезпечення членів ЛК”;
  - Положення „Про амбулаторне лікування членів ЛК” та інформувати Заклад про внесення змін та доповнень до них письмово в місячний термін.
- 2.2.5. Призначати експерта (експертів) по узгодженню з Закладом.
- 2.2.6. Забезпечувати лікувально-діагностичний процес члена ЛК в інших лікувальних закладах області.

## **3. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН**

- 3.1. Заклад несе відповідальність за якість та відповідність медичної допомоги директивним документам МОЗ України та ДОЗ облдержадміністрації, згідно з чинним законодавством та нормативно-правовими актами України.
- 3.2. Заклад несе повну матеріальну відповідальність за збереження та цільове використання матеріальних цінностей, що передані йому ЛК, в зв'язку з

- чим зобов'язується у випадку часткової чи повної нестачі або псування матеріальних цінностей компенсувати ЛК повну вартість заподіяної шкоди
- 3.3. ЛК несе відповідальність за своєчасне забезпечення медикаментами, реактивами, виробами медичного призначення, які не можуть бути надані члену ЛК в межах бюджетних асигнувань.
- 3.4. Сторони звільняються від відповідальності за даним договором, якщо невиконання чи неналежне виконання ними свої зобов'язань виникло в наслідок дії непередбачуваних обставин (форс-мажор).

#### **4. ТЕРМІН ДІЇ ДОГОВОРУ, ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО НЬОГО**

- 4.1 Договір вступає в силу з моменту його підписання обома сторонами та укладений на невизначений строк.
- 4.2 У випадку, коли одна із сторін за 10 днів до закінчення строку дії договору не виявить бажання його розірвати, договір вважається продовженим на невизначений термін.
- 4.3 Основою для дострокового розірвання даного договору може служити невиконання або неналежне виконання однією із сторін прийнятих на себе зобов'язань у відповідності з розділом 2 даного договору.
- 4.4 Зміни та доповнення вносяться за згодою обох сторін у письмовій формі, підписуються уповноваженими на те представниками сторін.
- 4.5 Всі розбіжності з приводу виконання даного договору вирішуються шляхом переговорів, у разі неможливості вирішення мирним шляхом – відповідно до чинного законодавства.
- 4.6 Договір складено у двох примірниках, що мають однакову юридичну силу, по одному для кожної сторони.

#### **5. ЮРИДИЧНІ АДРЕСИ ТА РЕКВІЗИТИ СТОРІН**

*ЛК*

*ЗАКЛАД*

\_\_\_\_\_

М.П.

\_\_\_\_\_

М.П.

**Карта експертної оцінки  
лікувально – діагностичного процесу  
пацієнта, що проходив лікування?**

у \_\_\_\_\_ (назва відділення) \_\_\_\_\_ (назва ЗОЗ?)

Прізвище, ім'я, по-батькові пацієнта \_\_\_\_\_

№ медичної карти \_\_\_\_\_ шифр діагнозу МКХ-10 \_\_\_\_\_  
Діагноз: основний \_\_\_\_\_

Ускладнення \_\_\_\_\_

Діагноз супутній \_\_\_\_\_

Прізвище лікуючого лікаря \_\_\_\_\_

Дати: початку лікування \_\_\_\_\_ закінчення лікування \_\_\_\_\_ проведено л/д \_\_\_\_\_

**Експертні висновки: (кожен пункт оцінюється в балах); необхідне підкреслити.**

**Виявлені порушення записуються у зауваженнях.**

:

**1. Обстеження:**

- |   |        |        |
|---|--------|--------|
| 1.1. якісний збір анамнезу захворювання;    | так -1 | ні - 0 |
| 1.2. дотримання протоколу обстеження;       | так -1 | ні - 0 |
| 1.3. дотримання термінів обстеження;        | так -1 | ні - 0 |
| 1.4. обґрунтованість призначених обстежень; | так -1 | ні - 0 |
| 1.5. своєчасна оцінка лабораторних даних;   | так -1 | ні - 0 |

**2. Лікування:**

- |  |        |        |
|--|--------|--------|
| 2.1. дотримання показань до госпіталізації, вибору умов лікування;   | так -2 | ні - 0 |
| 2.2. правильність, своєчасність встановлення клінічного діагнозу; -  | так -2 | ні - 0 |
| 2.3. дотримання стандартів та протоколів лікування;  | так -3 | ні - 0 |
| 2.4. адекватність дозування та тривалості прийому лікарських засобів<br>стану пацієнта та клінічним рекомендаціям; | так -2 | ні - 0 |
| 2.5. своєчасність та обґрунтованість корекції лікування -  | так -2 | ні - 0 |

**3. Результати лікування:**

- |   |        |        |
|---|--------|--------|
| 3.1. покращення стану пацієнта.                 | так -1 | ні - 0 |
| 3.2. відсутність ускладнень в ході лікування    | так -2 | ні - 0 |
| 3.3. дотримання оптимального терміну лікування; | так -2 | ні - 0 |
| 3.4. дотримання критеріїв виписки?;             | так -1 | ні - 0 |
| 3.5. якість рекомендацій;                       | так -1 | ні - 0 |

**4. Якість ведення медичних карт та листів призначень хворих – членів ЛК:**

- |  |        |        |
|--|--------|--------|
| 4.1. охайний зовнішній вигляд медичної карти   | так -1 | ні - 0 |
| 4.2. відповідність записів у медичній карті хворого та листі призначень, відображення<br>корекції лікування в обох документах;   | так -1 | ні - 0 |
| 4.3. дотримання правил ведення листів лікарських призначень (наявність підписів лікаря<br>та медсестри, змін дозування та кратності прийому медикаментів, відсутність виправлень<br>у призначеннях); | так -1 | ні - 0 |
| 4.4. достовірність списання медикаментів у листі призначень (визначається на основі<br>співставлення записів в медичній карті хворого та листі призначень);  | так -1 | ні - 0 |
| 4.5. наявність підписів члена ЛК про отримане лікування.   | так -1 | ні - 0 |

**Всього балів - \_\_\_\_\_**



Отже, на підставі вищенаведених даних якість лікувально – діагностичного процесу потрібно вважати (підкреслити):

**Високою** (27-28 балів)

**Середньою** ( 25-26 балів )

**Низькою** ( менше 25 балів ) ( підкреслити )

**Зауваження:**

---

---

---

---

---

---

---

---

Перелік препаратів та виробів медичного призначення, які використані нераціонально лікарські призначення не відповідають наведеним пунктам 2.3., 2.4., 2.5.):

Пункт порушення	Назва препаратів	Кількість

Дата проведення експертизи \_\_\_\_\_

Прізвище, імя, по-батькові експерта \_\_\_\_\_

Лікарська спеціальність, посада, стаж роботи за фахом, кваліфікаційна категорія експерта

\_\_\_\_\_

Перелік медичної документації, на основі якої проведена експертиза:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Підпис експерта:

**УГОДА № \_\_\_\_**  
**на надання послуг між сімейним лікарем (терапевтом, педіатром)**  
**та благодійною організацією «Лікарняна каса».**

м. \_\_\_\_\_

“ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

**Благодійна організація «Лікарняна каса» (ЛК)**, в особі виконавчого директора \_\_\_\_\_, який діє на підставі Статуту, в подальшому «Замовник», з однієї сторони, та

\_\_\_\_\_,  
 \_\_\_\_\_,  
 /прізвище, ім'я, по батькові/  
 паспорт серії \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, виданий /коли, ким/  
 \_\_\_\_\_, мешкає за  
 адресою: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, ідентифікаційний код \_\_\_\_\_ у подальшому «Виконавець», з другої сторони, разом Сторони, уклали дану угоду про наступне:

### 1. ПРЕДМЕТ УГОДИ.

1.1. Замовник доручає, а Виконавець бере на себе зобов'язання надати послуги, зазначені в п.2.3. даної угоди, у

\_\_\_\_\_  
 /назва ЗОЗ/  
 з метою організації доступної та якісної медичної допомоги членам ЛК, їх медикаментозного забезпечення та популяризації діяльності благодійної організації «Лікарняна каса».

1.2. Виконавець сам організовує свою роботу, визначає час початку і закінчення щоденної роботи, розподіляє час роботи і її тривалість на свій розсуд, не підпорядковується внутрішньому розпорядку Замовника.

### 2. ОБОВ'ЯЗКИ СТОРИН.

2.2. Виконавець зобов'язаний виконати роботу в обумовлені цією угодою строки, керуючись у своїй роботі Статутом ЛК, іншими документами, розробленими та затвердженими Замовником.

#### **2.3. Виконавець бере на себе зобов'язання надати наступні послуги:**

2.3.1. Забезпечити повноту виконання договорів „Про співробітництво членів ЛК з сімейним лікарем» в рамках Положення „Про порядок використання коштів на медичне забезпечення членів ЛК”;

2.3.2. Надавати медичну допомогу членам ЛК згідно з локальними клінічними протоколами;

- 2.3.3. Організувати виконання комплексу заходів, направлених на популяризацію діяльності Замовника.
- 2.3.4. Проводити контроль за своєчасною сплатою добровільних пожертвувань членами ЛК, з якими укладені угоди.
- 2.3.5. Забезпечити обґрунтованість направлення пацієнта-члена ЛК на лікування в цілодобовому, денному, домашньому стаціонарі та амбулаторному лікуванні.
- 2.3. **Замовник зобов'язується** забезпечити Виконавця всім необхідним для виконання зобов'язань, передбачених даною угодою, зокрема:
- положенням “Про членство в благодійній організації ЛК”;
  - положенням “Про порядок використання коштів на медичне забезпечення членів ЛК»;
  - положенням «Про амбулаторне лікування членів ЛК».
- 2.4. Замовник зобов'язаний прийняти роботу і своєчасно провести оплату на підставі акту наданих послуг.

### **3. ВИМОГИ**

- 3.2. Виконавець має бути членом благодійної організації «Лікарняна каса».
- 3.3. Виконавець повинен знати основні напрямки діяльності Замовника, умови вступу та членства в ЛК, порядок надходження та використання членських внесків, основні принципи надання медичної допомоги членам ЛК.

### **4. РОЗМІР І ПОРЯДОК ОПЛАТИ.**

- 4.2. Оплата послуг проводиться на підставі акту наданих послуг, який подається Виконавцем до виконавчої дирекції Замовника.
- 4.3. Достовірність даних Акту наданих послуг підтверджується лікарем-експертом філії.
- 4.4. Надані послуги оплачуються згідно з вказаними нижче показниками:
- 4.4.1. у відсотках до суми коштів, що надійшли на рахунок ЛК від її членів, наступним чином:
- 4.4.1.1. Відсотки нараховуються на суму коштів, що фактично надійшли від членів ЛК, з якими укладені Угоди „Про співробітництво членів ЛК з сімейним лікарем», за квартал, за мінусом суми боргу по проплаті членських внесків, що виник за вказаний період.
- 4.4.1.2. Виконавець отримує:
- 3% від суми коштів, що перераховані на рахунок ЛК особами, які стали членами ЛК до підписання угоди про співпрацю між Замовником та Виконавцем;
  - 10% від суми коштів, що перераховані на рахунок ЛК особами, що стали членами ЛК після підписання угоди про співпрацю між Замовником та Виконавцем.
- 4.4.2. В разі зменшення середньої вартості лікування, в порівнянні з середньо-обласними показниками, по окремих нозологічних формах

(МКХ Х перегляду), виплачується до 10% від суми зекономлених коштів.

4.4.3. Розмір оплати послуг зменшується пропорційно частці недотримання протоколів лікування при наданні медичної допомоги членам ЛК.

4.4.4. В тому випадку, коли кількість членів ЛК на дільниці складатиме не менше 25% від кількості всього населення дільниці та стабільному фінансовому стані, Правління ЛК може розглядати питання стосовно надання благодійної допомоги відповідно до Положення.

4.5. Оплата проводиться до 10 числа наступного місяця після затвердження виконавчим директором акту наданих послуг.

## **5. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН.**

5.2. У випадку порушення своїх зобов'язань за цією Угодою Сторони несуть відповідальність, визначену цією угодою та чинним в Україні законодавством. Порушенням зобов'язання є його невиконання або неналежне виконання, тобто виконання з порушенням умов, визначених змістом зобов'язання.

5.3. Сторони не несуть відповідальності за порушення своїх зобов'язань за цією Угодою, якщо воно сталося не з їх вини. Сторона вважається невинуватою, якщо вона доведе, що вжила всіх залежних від неї заходів для належного виконання своїх зобов'язань.

## **6. ТЕРМІН ДІЇ ТА ІНШІ УМОВИ УГОДИ.**

6.2. Угода вступає в силу з моменту її підписання і діє до «31» грудня 201\_\_ року включно.

6.3. Якщо жодна із Сторін не заявить письмово про припинення дії Угоди за 10 днів до закінчення терміну її дії, то Угода вважається продовженою на кожен наступний рік на цих же самих умовах.

6.4. Дострокове розірвання Угоди можливе у випадку невиконання чи неналежного виконання однією із сторін своїх зобов'язань.

6.5. Якщо одна із сторін виявила бажання розірвати дану Угоду, вона повинна повідомити іншу не пізніше, як за 10 днів.

6.6. Після підписання цієї Угоди всі попередні угоди втрачають юридичну силу.

6.7. Ця угода не носить характеру трудового договору і на неї, відповідно, не поширюється дія норм чинного в Україні трудового законодавства; виконавець не підлягає соціальному страхуванню.

6.8. Усі правовідносини, що виникають у зв'язку з виконанням цієї Угоди і не врегульовані нею, регламентуються нормами чинного в Україні законодавства.

6.9. Ця угода складена українською мовою, на трьох сторінках у двох примірниках, кожний з яких має однакову юридичну силу.

6.10. Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних», Виконавець надає свою згоду Замовнику на обробку та внесення до бази

персональних даних інформацію, що міститься в цій угоді чи додається до неї з метою забезпечення реалізації господарських відносин, розрахунків за надані послуги, адміністративно-правових відносин, податкових відносин та відносин у сфері бухгалтерського обліку, а також на передачу інформації з такою бази даних третім особам у порядку та на умовах, визначених чинним законодавством України.

Своїм підписом в цьому договорі Виконавець підтверджує, що вважає наявність даного пункту в договорі достатнім для повного виконання Замовником вимог п.2 статті 12 Закону України «Про захист персональних даних» і не потребує письмових повідомлень про наведене нижче. Цим Виконавець також підтверджує, що повідомлений:

- про те, що дата підписання даного договору є датою внесення його персональних даних до бази персональних даних Замовником;
- про свої права, що передбачені статтею 8 Закону України «Про захист персональних даних»;
- про те, що метою збору його персональних даних є забезпечення реалізації господарських відносин, розрахунків за надані послуги, адміністративно-правових відносин, податкових відносин та відносин у сфері бухгалтерського обліку, а також на передачу інформації з такою бази даних третім особам у порядку та на умовах, визначених чинним законодавством України;
- про те, що особи, яким передаються персональні дані (надалі – «відповідальні особи Замовника»), використовують такі персональні дані виключно відповідно до їхніх службових або трудових обов'язків та такі відповідальні особи Замовника несуть персональну відповідальність за розголошення у будь-який спосіб персональних даних, які їм було довірено або які стали відомі у зв'язку з виконанням ними службових або трудових обов'язків.

Жодних претензій з цього приводу Виконавець не має.

## 7. ЮРИДИЧНІ АДРЕСИ ТА РЕКВІЗИТИ СТОРІН.

**Замовник:**

Благодійна організація  
«Лікарняна каса»,

**Виконавець:**

ПІБ \_\_\_\_\_

Підписи:

Замовник: \_\_\_\_\_

Виконавець: \_\_\_\_\_

Угода № \_\_\_\_\_

Про співробітництво членів *ЛІКАРНЯНОЇ КАСИ* з сімейним лікарем  
 м. \_\_\_\_\_ „\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 201\_\_р

Сімейний лікар

\_\_\_\_\_  
 /прізвище, ім'я, по батькові/  
 з однієї сторони, і член ЛК (ПІБ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Ідент.код \_\_\_\_\_  
 з іншої сторони, уклали даний договір про наступне:

### 1. Предмет договору.

Предметом даного договору є співпраця між сімейним лікарем та членом ЛК в наданні медичної допомоги, медикаментозного забезпечення згідно з Положенням „Про порядок використання коштів на медичне забезпечення членів ЛК”, забезпеченні наступності надання медичної допомоги члену ЛК.

### 2. Зобов'язання сторін.

*Сімейний лікар зобов'язується:*

Надавати первинну медико-санітарну допомогу члену ЛК.

Забезпечувати скерування, в разі необхідності, до інших закладів охорони здоров'я.

Проводити роз'яснювальну роботу щодо діяльності ЛК.

Забезпечити лікування члену ЛК в амбулаторних умовах та умовах денного, домашнього стаціонару.

*Зобов'язання члена ЛК*

Член ЛК зобов'язується своєчасно сплачувати внески на рахунок ЛК у розмірах, передбачених Положенням „Про членство в ЛК”.

### 3. Відповідальність сторін.

Сімейний лікар несе відповідальність за якість надання первинної медико-санітарної допомоги.

Член ЛК несе відповідальність за своєчасність сплати членських внесків.

Суперечки і розбіжності відносно виконання договору вирішуються за згодою сторін, з залученням, при необхідності, представників ЛК та адміністрації лікувального закладу.

#### **4. Термін дії договору.**

Договір вступає в силу з моменту його підписання і діє до кінця поточного року.

Зміни і доповнення до даного договору можуть вноситись за письмовою згодою усіх сторін.

Дія договору продовжується на наступний рік, якщо жодна зі сторін не виявила наміру про його припинення не пізніше, як за 10 днів до закінчення строку його дії.

У випадку припинення трудових стосунків між сімейним лікарем та адміністрацією лікувального закладу, його обов'язки переходять до іншої особи, призначеної наказом по лікувальному закладу. В даному випадку укладається нова угода між сімейним лікарем та членом ЛК.

Даний договір складений українською мовою у трьох оригінальних примірниках, кожен з яких має однакову юридичну силу, по одному - для ЛК, сімейного лікаря, члена ЛК.

#### **Реквізити сторін.**

**Сімейний лікар**

**ЧЛЕН ЛК**