



**USAID**  
ВІД АМЕРИКАНСЬКОГО НАРОДУ



UKRAINIANS AND AMERICANS  
IN PARTNERSHIP TO FIGHT HIV/AIDS  
**PEPFAR**

**Deloitte.**



# КЕРІВНИЦТВО ІЗ ЗАСТОСУВАННЯ СХЕМ СТИМУЛЮВАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У СФЕРІ НАДАННЯ ВІЛ-ПОСЛУГ

2018

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

# ЗМІСТ

СКОРОЧЕННЯ І ТЕРМІНИ .....	2
ВИСЛОВЛЕННЯ ПОДЯКИ .....	3
ВСТУП .....	4
Мета і завдання розробки Керівництва .....	5
<b>1. СТИМУЛИ І МОТИВАТОРИ ДЛЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У СФЕРІ НАДАННЯ ВІЛ-ПОСЛУГ .....</b>	<b>6</b>
<b>2. СХЕМИ СТИМУЛЮВАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ, ЯКІ НАДАЮТЬ ВІЛ-ПОСЛУГИ .....</b>	<b>9</b>
2.1. Схема стимулювання № 1. Стимулювання за результатами оцінки на основі ключових показників ефективності (КПЕ) ...	10
2.1.1. Основні елементи схеми стимулювання за результатами оцінки на основі КПЕ. ....	11
2.1.2. Механізм стимулювання в рамках схеми № 1. ....	11
2.1.3. Стимули і мотиватори, які застосовуються в рамках схеми № 1 .....	14
2.2. Схема стимулювання № 2. Стимулювання виконання додаткового функціоналу у сфері надання ВІЛ-послуг .....	16
2.2.1. Основні елементи схеми стимулювання виконання додаткового функціоналу у сфері надання ВІЛ-послуг. ....	17
2.2.2. Механізм стимулювання в рамках схеми № 2. ....	18
2.2.3. Стимули і мотиватори, які застосовуються в рамках схеми стимулювання № 2. ....	19
2.3. Схема стимулювання № 3. Стимулювання залученості та ініціативності медичних працівників щодо оптимізації процесів у рамках надання ВІЛ-послуг. ....	21
2.3.1. Основні елементи схеми стимулювання залученості та ініціативності медпрацівників щодо оптимізації процесів у рамках надання ВІЛ-послуг .....	21
2.3.2. Механізм стимулювання в рамках схеми № 3. ....	22
2.3.3. Стимули і мотиватори, які застосовуються в рамках схеми № 3 .....	24
<b>3. ОРГАНІЗАЦІЙНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ СХЕМ СТИМУЛЮВАННЯ ДЛЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ .....</b>	<b>25</b>
<b>4. РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ОТРИМАННЯ ДОДАТКОВОГО ФІНАНСУВАННЯ ПРИ ВПРОВАДЖЕННІ СХЕМ СТИМУЛЮВАННЯ .....</b>	<b>27</b>
<b>ДОДАТКИ .....</b>	<b>30</b>
Додаток 1. Карта ключових показників ефективності (КПЕ) .....	31
Додаток 2. Опис індикаторів, які застосовуються у схемі стимулювання № 1 .....	32
Додаток 3. Форма Індивідуального плану розвитку (ІПР) медпрацівника .....	37
Додаток 4. Форма оцінки ефективності виконання додаткових обов'язків у сфері надання ВІЛ-послуг .....	38
Додаток 5. Рекомендації та алгоритм впровадження інструменту ощадливого менеджменту «Скринька для ідей/пропозицій у сфері надання ВІЛ-послуг». ....	40

# СКОРОЧЕННЯ І ТЕРМІНИ

<b>АРТ</b>	антиретровірусна терапія
<b>ВІЛ</b>	вірус імунодефіциту людини
<b>ЗОЗ</b>	заклад охорони здоров'я
<b>ЗП-СМ</b>	загальна практика – сімейна медицина
<b>ЗПТ</b>	замісна підтримувальна терапія
<b>ІПР</b>	Індивідуальний план розвитку
<b>ІПСШ</b>	інфекції, що передаються статевим шляхом
<b>ІФА</b>	імуноферментний аналіз
<b>КД</b>	кабінет «Довіра»
<b>КІЗ</b>	кабінет інфекційних захворювань
<b>КіТ</b>	консультування і тестування (на ВІЛ)
<b>КПЕ</b>	ключовий показник ефективності (KPI – Key Performance Indicator) – індикатор, що відображає ефективність виконання тієї чи іншої діяльності (процесу, операції) станом на момент вимірювання
<b>ЛВІН</b>	люди, які вживають ін'єкційні наркотики
<b>ЛЖВ</b>	люди, які живуть з ВІЛ
<b>Мотиватор</b>	внутрішнє спонукання до дії
<b>НД</b>	наркологічний диспансер
<b>ПКП</b>	постконтактна профілактика
<b>ПМСД</b>	первинна медико-санітарна допомога
<b>ПТВ</b>	послуги тестування на ВІЛ
<b>ПТД</b>	протитуберкульозний диспансер
<b>СНІД</b>	синдром набутого імунодефіциту
<b>Стимул</b>	те, що спонукає особу до виконання певної дії; зазвичай – зовнішнє джерело впливу фінансового або нефінансового характеру
<b>ТБ</b>	туберкульоз
<b>Центр СНІДу</b>	центр профілактики та боротьби зі СНІДом
<b>ЦПМСД</b>	центр первинної медико-санітарної допомоги
<b>ЦРЛ</b>	центральна районна лікарня
<b>ШВД</b>	шкірно-венерологічний диспансер

# ВИСЛОВЛЕННЯ ПОДЯКИ

Керівництво із застосування схем стимулювання медичних працівників у сфері надання ВІЛ-послуг було підготовлено за ініціативою Проекту USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії».

Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії» дякує **Агентству США з міжнародного розвитку (USAID)** за фінансову підтримку, надану для розробки цього документа.

Це Керівництво підготували автори **Ольга Галушко** та **Геннадій Слабкий**.

Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії» та автори Керівництва висловлюють глибоку вдячність **Ірині Іванчук, Тарасові Гриценку і Сергію Рябоконю** за надані коментарі та участь в обговоренні цього документа.

Рекомендований формат для цитування:

**Керівництво** із застосування схем стимулювання медичних працівників у сфері надання ВІЛ-послуг / Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії». Київ, 2018.

# ВСТУП

За оцінками ВООЗ і ЮНЕЙДС, Україна продовжує залишатися регіоном з високим рівнем поширеності ВІЛ серед країн Центральної Європи та Східної Азії. Аналіз епідемічної ситуації в країні свідчить про те, що контроль за епідемією ВІЛ-інфекції здійснюється неповною мірою<sup>1</sup>.

Україна взяла на себе зобов'язання щодо досягнення цілей «90–90–90» для викорінення епідемії СНІДу до 2020 року: 90% ВІЛ-інфікованих людей знають свій ВІЛ-статус, 90% людей з ВІЛ-позитивним статусом отримують лікування, і 90% ЛЖВ перебувають на лікуванні та досягли вірусної супресії, внаслідок чого їхня імунна система продовжує залишатися сильною, а ймовірність передачі інфекції істотно знизилася.

Однією з ключових передумов виконання прийнятих зобов'язань є якісні зміни в системі кадрової політики. Без підготовлених, мотивованих і професійних кадрових ресурсів досягнення всіх поставлених цілей не буде можливим.

Це також відповідає рекомендаціям ВООЗ, згідно з якими сучасний підхід до планування кадрових ресурсів охорони здоров'я має спиратися не тільки на наявність достатньої кількості фахівців-медиків у розрахунок на обсяг населення, охопленого послугами, а й на: 1) наявність у цього персоналу необхідної мотивації; 2) оптимальну вартість послуг, що надаються; 3) відповідність наданих послуг необхідним стандартам; 4) оптимальну продуктивність<sup>2</sup>.

У цьому Керівництві зроблено фокус на розробці практичних рекомендацій щодо підвищення рівня мотиваційної складової медичних працівників, що дозволить досягти бажаних цілей у протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу на рівні країни. Актуальність розробки Керівництва підтверджують результати дослідження, викладені в документі «Аналіз робочого навантаження, мотиваторів і стимулів

праці медичних працівників, які надають ВІЛ-послуги в семи регіонах України»<sup>3</sup>.

Згідно з отриманими результатами, медпрацівники загалом задоволені умовами своєї роботи (3,8–4,0 бали за п'ятибальною шкалою). Виняток становить оплата праці, якою медпрацівники переважно не задоволені (середня оцінка – 2,6 бала). Задоволені своїм заробітком тільки 20% опитаних, і більш ніж удвічі більше (46%) – не задоволені.

Будучи переважно не задоволеними своїми доходами за основним місцем роботи, більшість медпрацівників висловлюють зацікавленість у збільшенні оплати праці і готові для цього:

опанувати надання нових для себе послуг, у т. ч. ВІЛ-сервісу (67%);

брати на себе додаткові функціональні обов'язки (55%);

опанувати суміжні спеціальності (65%).

Готовність до виконання хоча б однієї з зазначених вище умов підтвердили 78% опитаних, у т. ч. 80% лікарів і 77% медсестер. Зацікавлені у збільшенні оплати праці на зазначених умовах і більшість (75%) медпрацівників, яких сьогодні «скоріше влаштовує» рівень їхнього доходу.

Разом з тим, більшість респондентів (71%) не готова до прямого збільшення робочого часу на колишніх умовах оплати праці. Таким чином, медпрацівники переважно орієнтовані на зміну якості роботи, її велику інтенсивність, і за рахунок цього – підвищення ціни своєї праці за одиницю часу.

Описані вище результати було враховано при розробці пропозицій щодо стимулювання медпрацівників за допомогою прямих і непрямих

1 Стратегія розвитку і планування кадрових ресурсів системи охорони здоров'я у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні на період до 2020 року. Затверджена на засіданні Комітету з програмних питань Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу рішенням від 09.09.2016.

2 HRH planning in health care. Centre for health planning and management / Hornby, 2007, Geneva.

3 Аналіз робочої навантаження, мотиваторів і стимулів труда медичних працівників, надаючих ВІЧ-услуги в семи регіонах України / Проект USAID «Реформа ВІЧ-услуг в дійстві», Deloitte. Київ, 2016. 236 с.

фінансових стимулів. Також узято до уваги результати аналізу факторів утримання співробітників у системі охорони здоров'я загалом і у сфері надання ВІЛ-послуг зокрема. Це важливо, тому що застосування стимулів має лише короткостроковий ефект, а для забезпечення ефективності та якості надання послуг у довгостроковій перспективі необхідно створювати умови, інфраструктуру та культуру, спрямовані на постійне підтримання мотивації медпрацівників до роботи в бюджетній сфері, надання допомоги населенню та виконання соціально значущої роботи.

Згідно з результатами опитування, головними факторами, які утримують медпрацівників у бюджетному секторі медицини, є «навколофінансові» стимули (наприклад, оплачувана відпустка/лікарняний, надбавки за стаж/категорію, можливість проходити підвищення кваліфікації за бюджетний кошт), а також гарантована зайнятість. Хоча б один із зазначених факторів вибрали 87% опитаних, у тому числі 70% респондентів вказали на необхідність гарантії зайнятості. Нефінансові мотиватори: тривалу відпустку (32%), наявність вільного часу після прийому (10%), а також любов до своєї роботи та усвідомлення її корисності (3%) – респонденти вибирали порівняно рідше і практично завжди в поєднанні з фінансовими стимулами.

У той же час, нефінансові мотиватори відіграють велику роль при виборі медпрацівниками конкретного місця роботи. Серед причин, що утримують респондентів у тому чи іншому медзакладі, як правило, вказувалися фактори, пов'язані з різними аспектами «комфортності» для них цього ЗОЗ: починаючи від приємного колективу (58%), набутого в ньому авторитету (37%) і лояльного керівництва (47%) і закінчуючи хорошими умовами праці (наприклад, обладнаний кабінет, хороший ремонт; 22%) і зручним розташуванням ЗОЗ (24%). Хоча б один з таких факторів обрали 85% опитаних.

З огляду на описані вище результати дослідження, при розробці механізму стимулювання нами враховано необхідність, з одного боку, посилення мотивації медпрацівників до підвищення якості та ефективності надання ВІЛ-послуг, з іншого боку – формування умов для утримання медпрацівників, підвищення їхньої лояльності до відповідних ЗОЗ і до сфери медичного обслуговування населення загалом.

## **Мета і завдання розробки Керівництва**

Підвищення мотивації медичних працівників до надання ВІЛ-послуг – це одна з основних передумов досягнення стратегічно значущої для країни мети – подолання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Ключовим ресурсом для досягнення цієї мети є людський ресурс – медичні працівники, які здатні сповільнити і зупинити подальше поширення епідемії.

Мета розробки цього Керівництва – обґрунтувати і надати рекомендації щодо застосування схем стимулювання медичних працівників для підвищення рівня їхньої зацікавленості та ефективності надання ВІЛ-послуг.

Завдання розробки Керівництва:

проаналізувати законодавчу базу України в частині особливостей та можливостей мотивації медичних працівників;

визначити цілі на рівні ЗОЗ та медичних працівників, спрямовані на підвищення рівня охоплення ВІЛ-послугами;

обґрунтувати варіанти схем стимулювання та механізмів їх реалізації;

запропонувати індикатори, які дозволять визначити досягнення відповідних цілей на рівні конкретного медичного працівника;

запропонувати стимули і мотиватори для збільшення кількості та підвищення якості надання ВІЛ-послуг на всіх рівнях медичної допомоги;

надати рекомендації щодо отримання необхідного фінансування для впровадження схем стимулювання на локальному рівні.

# СТИМУЛИ І МОТИВАТОРИ ДЛЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У СФЕРІ НАДАННЯ ВІЛ-ПОСЛУГ



# 1. СТИМУЛИ І МОТИВАТОРИ ДЛЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У СФЕРІ НАДАННЯ ВІЛ-ПОСЛУГ

У цьому Керівництві основну увагу приділено двом видам заохочень – стимулам та мотиваторам.

Стимул – це зовнішній чинник, який спонукає особу до певної дії. Стимулами можуть бути рішення керівництва, норми законів тощо, які дають певні переваги, пільги, вигоди (наприклад, підвищення заробітної плати, премія, відзначення досягнень на рівні колективу, вручення відомчої відзнаки (державної нагороди), додаткова (тривала) відпустка, велика пенсія, право дострокового виходу на пенсію, забезпечення житлом, відшкодування витрат на проїзд, лікування, навчання, оздоровлення (в тому числі членів сім'ї) тощо).

Мотиватор – це внутрішнє обґрунтування особою певної дії, сформульоване нею з урахуванням власних уподобань, цінностей, потреб тощо (тобто чинник, який може бути «зручним», «важливим», «вигідним», «перспективним», «приємним» тощо),

У системі цінностей особи стимули і мотиватори можуть збігатися (наприклад, «Я обрала цю роботу, бо тут тривала відпустка») або суперечити одне одному (наприклад, «Я піду з цієї роботи, хоч тут і висока зарплата»; «Тут мало платять, але можна пройти навчання за кошти закладу»). Крім того, особа може не брати до уваги певні стимули, тому що для неї важливішими є інші чинники (тобто її власні мотиватори): «У цьому закладі висока зарплата, але на дорогу до нього я витрачаю дві години, тому мені це не підходить»).

Загальноприйнятий підхід до класифікації стимулів та мотиваторів передбачає їх поділ на дві групи – фінансові та нефінансові. У свою чергу, фінансові стимули та мотиватори можуть бути прямими (заробітна плата, надбавки, премії, доплати) і непрямими (оплачувана відпустка / лікарняний, додаткова оплачувана відпустка, соціальне страхування, компенсація відвідування навчальних заходів, конференцій тощо). Серед нефінансових

стимулів/мотиваторів можна виділити: визнання результатів та досягнень, хороші умови праці, можливість проходити підвищення кваліфікації за бюджетний кошт, зручний графік роботи тощо.

Фінансові стимули мають важливе значення, тому що дають можливість отримати оцінку внеску, зусиль у вигляді конкретної грошової винагороди, що має особливу вагу для працівників бюджетної сфери.

Проте варто відзначити, що за результатами «Аналізу робочого навантаження, мотиваторів і стимулів праці медичних працівників, які надають ВІЛ-послуги в семи регіонах України» було також виділено інші чинники, які утримують медпрацівників у бюджетному секторі медицини і в конкретному медзакладі<sup>4</sup>.

Нижче наведено список мотиваторів у порядку спадання від найбільш значущих, за оцінками опитуваних медичних працівників, до найменш значущих. Із них саме нефінансові мотиватори є найважливішими серед факторів, що утримують медперсонал в конкретному медзакладі.

Що утримує в бюджетному секторі медицини:

1. Гарантія зайнятості.
2. Гарантована оплачувана відпустка / декрет / лікарняний.
3. Надбавка за стаж роботи, кваліфікаційну категорію тощо.
4. Тривала відпустка.
5. Можливість проходити підвищення кваліфікації за бюджетний кошт.
6. Постійна наявність пацієнтів.
7. Наявність вільного часу після прийому.
8. Можливість поєднувати основну роботу з іншими видами зайнятості.
9. «Люблю свою роботу (професію), приношу користь людям, це моє покликання».

<sup>4</sup> Аналіз робочої навантаження, мотиваторів і стимулів праці медичних працівників, надаючих ВІЛ-послуги в семи регіонах України / Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг в дійстві», Deloitte. Київ, 2016. 236 с.

Що утримує в конкретному медичному закладі:

1. Приємний колектив.
2. Хороше (лояльне) керівництво.
3. Набутий авторитет, значущість у колективі.
4. «Цінують як фахівця».
5. Можливість розвиватись, набувати досвіду, проходити навчання.
6. Зручне розташування закладу (наприклад, близько до дому, дитячого садка, магазинів тощо).
7. Хороші умови праці (обладнаний кабінет, гарний ремонт тощо).

Беручи до уваги вищевикладене, можна стверджувати, що серед стимулів та мотиваторів повинні бути враховані ті, які дозволять, з одного боку, реалізувати фінансові очікування медичних працівників, а з іншого – створити умови для підтримання довгострокової мотивації щодо досягнення поставлених цілей, лояльного ставлення як до конкретного ЗОЗ, так і до системи охорони здоров'я загалом. Співробітникам важливо усвідомлювати цінність своєї роботи, особливо у сфері надання ВІЛ-послуг, адже ця робота пов'язана з групами, котрі мають ризиковану щодо ВІЛ поведінку.

Стосовно фінансового стимулювання важливо відзначити, що одним із завдань, визначених Концепцією управління якістю медичної допомоги в галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року, є необхідність формування економічної мотивації для підвищення якості медичного обслуговування, зокрема шляхом зміни оплати праці працівників сфери охорони здоров'я за рахунок виділення двох складових: постійної (на базі єдиної тарифної сітки) та змінної (залежно від обсягу і якості надання медичної допомоги)<sup>5</sup>. Відповідно, запропоновані нами рекомендації щодо фінансового стимулювання медичних працівників стосуються тільки змінної частини оплати праці.

Фінансові стимули дуже важливо доповнювати нефінансовими мотиваторами, які формують ставлення до роботи, бажання виконувати покладений функціонал, підвищують задоволеність роботою загалом. Саме це забезпечує утримання працівників та зміцнює бажання працювати на досягнення цілей у довгостроковій перспективі.

---

<sup>5</sup> Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 01.08.2011 № 454 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року». URL: [http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20110801\\_454.html](http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110801_454.html).

**СХЕМИ СТИМУЛЮВАННЯ  
МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ,  
ЯКІ НАДАЮТЬ ВІЛ-ПОСЛУГИ**

## 2. СХЕМИ СТИМУЛЮВАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ, ЯКІ НАДАЮТЬ ВІЛ-ПОСЛУГИ

Схема стимулювання являє собою комплекс інструментів та процесів, спрямованих на забезпечення мотивації співробітників до виконання певного функціоналу, досягнення цілей, підтримки високого рівня ефективності і прагнення до розвитку.

Взаємозв'язок і послідовність застосування інструментів та виконання певних процесів формують механізм стимулювання. Якщо схема стимулювання відображає основні елементи і принципи стимулювання, то механізм розкриває деталі та процедуру їх реалізації.

Схеми стимулювання охоплюють основні види ВІЛ-послуг, а саме:

- консультування і тестування на ВІЛ;
- антиретровірусна терапія ВІЛ-інфекції;
- замісна підтримувальна терапія (ЗПТ);
- консультування з питань вірусних гепатитів В і С, ІПСШ, інших опортуністичних інфекцій;

### 2.1. Схема стимулювання № 1. Стимулювання за результатами оцінки на основі ключових показників ефективності (КПЕ)

Оцінка на основі КПЕ – це послідовність етапів з визначення та контролю виконання індикаторів, спрямованих на підвищення якості надання медичних послуг. Така оцінка становить безперервний цикл пов'язаних між собою етапів, у ході яких на постійній основі проводиться вимірювання якості виконання процесів та визначення заходів щодо підвищення їхньої ефективності.

#### Мета проведення оцінки на основі КПЕ для ЗОЗ:

1. Підвищити доступність, ефективність роботи і якість надання ВІЛ-послуг.

- консультування з питань туберкульозу (ТБ);
- профілактика ТБ.

Рекомендації щодо застосування схем стимулювання можна впровадити в ЗОЗ, які надають ВІЛ-послуги. До таких ЗОЗ слід віднести:

- центри профілактики та боротьби зі СНІДом;
- кабінети «Довіра» (КД), кабінети інфекційних захворювань (КІЗ), сайти АРТ, які працюють у ЗОЗ, непрофільних щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу;
- протитуберкульозні диспансери (ПТД);
- шкірно-венерологічні диспансери (ШВД);
- наркологічні диспансери (НД);
- центри первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД);
- сайти ЗПТ (можуть діяти на базі будь-якого з перерахованих або інших ЗОЗ).

2. Підвищити рівень мотивації співробітників.
3. Розвивати кадровий потенціал, підвищувати рівень компетентності співробітників щодо надання ВІЛ-послуг.

#### Впровадження оцінки на основі КПЕ дозволить медичному працівникові:

1. Зрозуміти критерії оцінки ефективності його роботи.
2. Отримувати регулярний зворотний зв'язок від керівника і пацієнтів.
3. Мати підстави для визнання заслуг та додаткової винагороди за досягнення результатів.

### 2.1.1. Основні елементи схеми стимулювання за результатами оцінки на основі КПЕ

Схема стимулювання за результатами оцінки на основі КПЕ включає такі елементи (див. **Рис. 1**):

- 1) постановка цілей щодо охоплення ВІЛ-послугами на рівні ЗОЗ;
- 2) визначення КПЕ відповідно до поставлених цілей та специфіки ЗОЗ;

- 3) заповнення Карти КПЕ (**Додаток 1**) і визначення медичних працівників, які підлягають оцінці;
- 4) внесення фактичних значень КПЕ за результатами визначеного закладом періоду оцінки;
- 5) розрахунок розміру надбавки (фінансового стимулу) для медпрацівників, які пройшли оцінку, і застосування нефінансових стимулів/мотиваторів.

Рекомендована періодичність застосування схеми стимулювання № 1 – щоквартально.

Рисунок 1. Основні елементи схеми стимулювання за результатами оцінки на основі КПЕ



### 2.1.2. Механізм стимулювання в рамках схеми № 1

Механізм стимулювання за результатами оцінки на основі КПЕ включає:

- формування списку рекомендованих індикаторів для проведення оцінки на основі КПЕ;
- підготовку та проведення оцінки на основі КПЕ;
- заповнення Карти КПЕ;
- розрахунок розміру надбавки (фінансового стимулу) за результатами виконання КПЕ.

### Формування списку рекомендованих індикаторів для проведення оцінки на основі КПЕ

В основі схеми стимулювання № 1 лежить оцінка виконання ключових показників ефективності (КПЕ). Ці показники являють собою індикатори оцінки ефективності діяльності та якості надання медичних ВІЛ-послуг.

Індикатори, на основі яких проводиться процедура оцінки, повинні відповідати низці критеріїв (див. **Табл. 1**).

Таблиця 1. Критерії вибору індикаторів

Критерій	Пояснення
Достовірність	Індикатори повинні вимірювати стан або подію, для оцінки яких вони призначені.
Надійність	Індикатори повинні давати об'єктивну оцінку та аналогічні результати при застосуванні більше ніж один раз для виміру одного й того самого стану або події за решти однакових умов.
Специфічність	Індикатори повинні вимірювати тільки стан або подію, для вимірювання яких вони призначені.
Чутливість	Індикатори повинні відображати зміни в характері стану або події, які оцінюються.
Фінансова доступність	Витрати на отримання показників за індикаторами повинні бути слушними.
Здійсненність	Повинна існувати можливість проведення збору та обробки даних за запропонованими індикаторами.
Вимірюваність	Індикатори повинні бути такими, щоб їх можна було об'єктивно виміряти.
Можливість порівняння	Індикатори повинні бути такими, щоб їх можна було порівняти в часі та в різних географічних локаціях.

Далі наведено перелік рекомендованих індикаторів оцінки ефективності надання ВІЛ-послуг на рівні конкретного ЗОЗ, який сформовано з урахуванням чинного Клінічного протоколу «ВІЛ-інфекція у дорослих та підлітків», проекту нової редакції цього протоколу<sup>6</sup>, а також наявної нормативно-правової бази щодо ВІЛ-послуг, оцінки ефективності та винагороди за працю медичних працівників.

### Перелік рекомендованих КПЕ для проведення оцінки в рамках схеми стимулювання № 1

1. Охоплення пацієнтів послугами тестування на ВІЛ (ПТВ).
2. Охоплення обліком осіб, у яких виявлено наявність серологічних маркерів ВІЛ.

3. Охоплення АРТ.
4. Раннє охоплення АРТ.
5. Утримання на АРТ через 12 місяців після її початку.
6. Частка ВІЛ-інфікованих пацієнтів, які пройшли скринінг на ТБ.
7. Частка зареєстрованих ВІЛ-інфікованих пацієнтів з ТБ, які отримують АРТ під час лікування ТБ.
8. Частка ЛВІН, які пройшли тестування на ВІЛ за останні 6 місяців і знають свої результати.
9. Охоплення ЗПТ.
10. Утримання на ЗПТ через 6 місяців після її початку.

Опис індикаторів (див. **Додаток 2**) побудовано за форматом, який наведено в Табл. 2.

Таблиця 2. Формат опису індикаторів оцінки ефективності

Номер і назва індикатора	
Обґрунтування	Що вимірює цей індикатор і чому він важливий.
Цільове значення	Очікуване значення індикатора (показник), досягнення якого дозволить реалізувати поставлені цілі.
Чисельник	Визначення чисельника.

6 ВІЛ-інфекція у дорослих та підлітків. Уніфікований клінічний протокол первинної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Проект. Київ, 2017.

## Номер і назва індикатора

Знаменник	Визначення знаменника.
Методика розрахунку	Принципи розрахунку показника, можливі методи (інструменти) вимірювання.
Джерела даних	Форми/звіти, де фіксуються і накопичуються дані для розрахунку показника.
Періодичність розрахунку	Частота вимірювання індикатора.
Інтерпретація та аналіз індикатора	Як можна використати індикатор? Які висновки можна зробити на основі показників досягнення індикатора? Що може означати досягнутий показник?

Підготовка та проведення оцінки на основі КПЕ

1. Підготовку до проведення оцінки на основі КПЕ здійснює відділ кадрів ЗОЗ за погодженням з керівниками структурних підрозділів.
2. Відділ кадрів готує проект службового листа про початок проведення оцінки, який включає графік проведення оцінки, перелік працівників, які підлягають оцінці, перелік відповідальних за проведення оцінки із зазначенням їхніх завдань і сфер відповідальності.
3. На початку кварталу (періоду оцінки) заповнюють Карта КПЕ, в якій вказують індикатори оцінки, їхні цільові значення, а також перелік медпрацівників, робота яких підлягатиме оцінці.

Рекомендації щодо розподілу індикаторів для ЗОЗ наведено в Матриці розподілу КПЕ (див. **Табл. 3**).

4. Оцінку результатів виконання КПЕ проводять після завершення періоду оцінки.
5. Після здійснення розрахунку досягнення КПЕ отримані результати передають на затвердження керівникові підрозділу.
6. Отримані результати і розмір надбавки повідомляють працівникові, який проходив оцінку. Також важливо надати йому зворотний зв'язок, вказати, на що слід звернути увагу в наступному періоді оцінки для поліпшення показників.

**Таблиця 3. Матриця розподілу КПЕ (індикаторів) у розрізі ЗОЗ**

Індикатор	Тип ЗОЗ/структурного підрозділу					
	ЦПМСД	НД	ПТА	Центр СНІДу	кабінет «Довіра», КІЗ, сайт АРТ	сайт ЗПТ
1. Охоплення пацієнтів послугами тестування на ВІЛ (ПТВ)	+	+	+	+	+	+
2. Охоплення обліком осіб, у яких виявлено наявність серологічних маркерів ВІЛ	+	+	+	+	+	
3. Охоплення АРТ	+	+	+	+	+	
4. Раннє (впродовж 30 днів з моменту взяття на диспансерний облік) охоплення АРТ	+	+	+	+	+	
5. Утримання на АРТ через 12 місяців після її початку	+	+	+	+	+	

Індикатор	Тип ЗОЗ/структурного підрозділу					
	ЦПМСД	НА	ПТА	Центр СНІДу	кабінет «Довіра», КІЗ, сайт АРТ	сайт ЗПТ
6. Частка ВІЛ-інфікованих пацієнтів, які пройшли скринінг на ТБ	+	+	+	+	+	
7. Частка зареєстрованих ВІЛ-інфікованих пацієнтів з ТБ, які отримують АРТ під час лікування ТБ	+		+	+	+	
8. Частка ЛВІН, які пройшли тестування на ВІЛ за останні 6 місяців і знають свої результати		+				
9. Охоплення ЗПТ	+	+				+
10. Утримання на ЗПТ через 6 місяців після її початку	+	+				+

## Заповнення Карти КПЕ

Форму Карти КПЕ і правила її заповнення наведено в **Додатку 1**.

## Розрахунок розміру надбавки за результатами виконання КПЕ

Надбавку за виконання КПЕ для медичних працівників, які проходять оцінку, розраховують за формулою:

$$N_{\text{КПЕ}} = k \times \text{ПО}_{\text{КВ}} \times \Sigma \text{КПЕ}_{\text{В}},$$

де:

$N_{\text{КПЕ}}$  – надбавка за досягнення КПЕ;

$k$  – коефіцієнт надбавки (визначається керівництвом ЗОЗ, затверджується наказом керівника ЗОЗ та фіксується в колективному договорі);

$\text{ПО}_{\text{КВ}}$  – розмір сумарного посадового окладу за період оцінки (квартал) (посадовий оклад встановлюється згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 06.04.2016

№ 288 «Про удосконалення умов праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери», з урахуванням підвищень);

$\Sigma \text{КПЕ}_{\text{В}}$  – сума КПЕ, скоригованих на показник ваги відповідного КПЕ, яка розраховується за формулою:

$$\text{КПЕ}_{\text{В}} = \text{КПЕ}_i \times \text{В}_i,$$

де:

$\text{КПЕ}_i$  – фактичне значення кожного КПЕ за період оцінки (вноситься в Карту КПЕ);

$\text{В}_i$  – вага кожного КПЕ згідно з Картою КПЕ.

## 2.1.3. Стимули і мотиватори, які застосовуються в рамках схеми № 1

Запропоновані стимули та мотиватори (див. **Табл. 4**) слід застосовувати за результатами підрахунку досягнення КПЕ за відповідний період оцінки.



Таблиця 4. Стимули і мотиватори, які застосовуються в рамках схеми № 1

Стимул/ мотиватор	Нормативний документ, який регламентує застосування стимулу/ мотиватора	Положення документа
Надбавка за досягнення КПЕ на рівні ЗОЗ	Кодекс законів про працю (КЗпП) України	<p>Стаття 9. <b>Додаткові порівняно з законодавством трудові і соціально-побутові пільги</b></p> <p>Підприємства, установи, організації в межах своїх повноважень і за рахунок власних коштів можуть встановлювати додаткові порівняно з законодавством трудові і соціально-побутові пільги для працівників.</p> <p>Стаття 143. <b>Заохочення за успіхи в роботі</b></p> <p>До працівників підприємств, установ, організацій можуть застосовуватись будь-які заохочення, що містяться в затверджених трудовими колективами правилах внутрішнього трудового розпорядку.</p>
Занесення на Дошку пошани ЗОЗ і публічне висловлення подяки на зборах колективу (грамоти і сувеніри)	КЗпП України	<p>Стаття 146. <b>Заохочення за особливі трудові заслуги</b></p> <p>За особливі трудові заслуги працівники представляються у вищі органи до заохочення, до нагородження орденами, медалями, почесними грамотами, нагрудними значками і до присвоєння почесних звань і звання кращого працівника за даною професією.</p>
Переваги та пільги в галузі соціально-культурного і житлово-побутового обслуговування, у просуванні по роботі	КЗпП України	<p>Стаття 145. <b>Переваги і пільги для працівників, які успішно і сумлінно виконують свої трудові обов'язки</b></p> <p>Працівникам, які успішно й сумлінно виконують свої трудові обов'язки, надаються в першу чергу переваги та пільги в галузі соціально-культурного і житлово-побутового обслуговування (путівки до санаторіїв та будинків відпочинку, поліпшення житлових умов і т. ін.). Таким працівникам надається також перевага при просуванні по роботі.</p>
Враховання побажань працівника при наданні додаткової оплачуваної відпустки	Закон України від 15.11.1996 № 504/96-ВР «Про відпустки» (з подальшими змінами)	<p>Згідно зі <b>статтею 8</b> Закону України «Про відпустки», щорічна додаткова відпустка за особливий характер праці надається: 1) окремим категоріям працівників, робота яких пов'язана з підвищеним нервово-емоційним та інтелектуальним навантаженням або виконується в особливих природних географічних і геологічних умовах та умовах підвищеного ризику для здоров'я, – тривалістю до 35 календарних днів за Списком виробництв, робіт, професій і посад, затверджуваним Кабінетом Міністрів України; 2) працівникам з ненормованим робочим днем – тривалістю до 7 календарних днів згідно зі списками посад, робіт та професій, визначених колективним договором, угодою.</p> <p>Стаття 8 вказує, що конкретна тривалість щорічної додаткової відпустки за особливий характер праці встановлюється колективним чи трудовим договором залежно від часу зайнятості працівника в цих умовах.</p> <p>Постановою Кабінету Міністрів України від 17.11.1997 № 1290 «Про затвердження Списків виробництв, робіт, цехів, професій і посад, зайнятості працівників в яких дає право на щорічні додаткові відпустки за роботу із шкідливими і важкими умовами праці та за особливий характер праці» (<b>пункт 72</b>) визначено додаткову відпустку працівникам центрів профілактики та боротьби зі СНІДом закладів та спеціалізованих відділень закладів охорони здоров'я, призначених для лікування хворих на СНІД та ВІЛ-інфікованих, а також лабораторій, кабінетів, відділів, відділень і закладів охорони здоров'я, на які покладено органами охорони здоров'я обстеження населення з ВІЛ-інфекцією і дослідження крові, біологічних рідин, отриманих від хворих на СНІД та ВІЛ-інфікованих, у максимальному розмірі 18 календарних днів.</p>

Отже, за результатами оцінки на основі КПЕ до медичних працівників можна застосувати такі стимули/мотиватори:

- надбавка за досягнення КПЕ на рівні ЗОЗ;
- занесення на Дошку пошани ЗОЗ і публічне висловлення подяки на зборах колективу (грамоти і сувеніри);
- переваги та пільги в галузі соціально-культурного і житлово-побутового обслуговування, у просуванні по роботі;
- врахування побажань працівника при наданні додаткової оплачуваної відпустки.

## 2.2. Схема стимулювання № 2. Стимулювання виконання додаткового функціоналу у сфері надання ВІЛ-послуг

Ця схема дає змогу досягти таких цілей:

- підвищення мотивації медичних працівників щодо взяття на себе додаткових обов'язків у наданні ВІЛ-послуг;
- створення умов для розвитку медпрацівників через опанування та виконання нового функціоналу;
- перерозподіл обов'язків між медпрацівниками та передача частини обов'язків на медсестер, психологів; залучення центрів ПМСД до надання послуг тестування та консультування.

За результатами дослідження, викладеного у звіті «Аналіз робочого навантаження, мотиваторів та стимулів роботи медичних працівників, які надають ВІЛ-послуги в семи регіонах України», було визначено найбільш актуальні ВІЛ-послуги, які не потребують серйозних зусиль з перепідготовки персоналу та капіталовкладень. Серед них:

- консультування пацієнтів з питань ВІЛ-інфекції (первинна профілактика);
- консультування і тестування пацієнтів на ВІЛ;
- ведення стабільних пацієнтів на АРТ;

Наведені стимули/мотиватори слід застосовувати в комплексі. Наприклад, якщо медпрацівникам, які проходять оцінку, вдалося досягти цільових значень КПЕ (див. Карту КПЕ), то для них розраховується надбавка за результатами кварталу.

Варто здійснити публічне визнання заслуг найкращих медпрацівників, надати додаткову оплачувану відпустку з урахуванням побажань працівника щодо її термінів тощо,

За наявності у працівника бажання пройти підвищення кваліфікації слід надати відповідні рекомендації у пріоритетному порядку.

- консультування і скринінг на туберкульоз;
- ведення стабільних пацієнтів на ЗПТ.

Перераховані послуги вже надають (у різному обсязі) у всіх типах закладів і лікарі, і середній медичний персонал. Частка лікарів, які їх надають, значущо більша, ніж медсестер. Конкретні показники варіюють залежно від виду послуг. Рівень толерантності медпрацівників до окремих видів ВІЛ-послуг, яких вони зараз не надають, досить високий.

Переважає більшість медичних працівників, які брали участь у дослідженні, готові розширити спектр своїх послуг консультування у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу. Значно вища настороженість спостерігається щодо перспектив ведення стабільних пацієнтів на АРТ та особливо – на ЗПТ. Ключова умова надання нових для медпрацівників ВІЛ-послуг – **наявність дієвого матеріального стимулу** у вигляді прямого збільшення розміру посадового окладу. Решта запропонованих прямих (доплата за кожного пацієнта, який отримав послугу) і непрямих (отримання медстрахування за рахунок ЗОЗ) матеріальних стимулів, інші мотиватори (зручні графіки роботи та відпусток, поліпшення умов праці, додаткове безкоштовне навчання та ін.) виявилися для більшості респондентів менш привабливими<sup>7</sup>.

7 Аналіз робочої навантаження, мотиваторів і стимулів труда медичних працівників, надаючих ВІЛ-послуги в семи регіонах України / Проект USAID «Реформа ВІЧ-послуг в дійстві», Deloitte. Київ, 2016. С. 181.

### 2.2.1. Основні елементи схеми стимулювання виконання додаткового функціоналу у сфері надання ВІЛ-послуг

Схема стимулювання виконання додаткового функціоналу у сфері надання ВІЛ-послуг включає такі елементи (див. **Рис. 2**):

1) визначення функціоналу/обов'язків у сфері надання ВІЛ-послуг, які можна перерозподілити між працівниками;

- 2) формування плану навчання для опанування додаткового функціоналу/обов'язків;
- 3) визначення критеріїв оцінки якості опанування додаткового функціоналу у сфері надання ВІЛ-послуг;
- 4) оцінка ефективності виконання опанованого функціоналу/обов'язків з надання ВІЛ-послуг;
- 5) застосування стимулів та мотиваторів щодо медпрацівників, які опанували і виконують додатковий функціонал/обов'язки.

Рекомендована періодичність застосування схеми стимулювання № 2 – щомісячно.

Рисунок 2. Основні елементи стимулювання виконання додаткового функціоналу у сфері надання ВІЛ-послуг



## 2.2.2. Механізм стимулювання в рамках схеми № 2

### Порядок проведення оцінки ефективності виконання додаткового функціоналу у сфері надання ВІЛ-послуг

1. До початку періоду оцінки формують список медпрацівників, які хочуть і готові опанувати додатковий функціонал у сфері надання ВІЛ-послуг. Список затверджує керівник ЗОЗ.
2. Якщо для виконання додаткового функціоналу потрібне навчання, то медпрацівники із затвердженого списку заповнюють індивідуальний план розвитку (ІПР) (див. **Додаток 4**), у якому вказують:
  - конкретний функціонал з надання ВІЛ-послуг, який планують опанувати і надалі виконувати, при цьому важливим є дотримання таких критеріїв:
    - функціонал стосується надання ВІЛ-послуг;
    - функціонал не належить до прямих посадових обов'язків медичного працівника;
    - функціонал може виконуватися в конкретному ЗОЗ, де працює співробітник;
  - план навчання та критерії оцінки якості навчання.

### До медпрацівника можуть застосовуватися стимули/мотиватори в рамках схеми № 2 тільки після успішного проходження навчання щодо нового функціоналу та готовності надавати відповідні ВІЛ-послуги.

3. Якщо навчання вже пройдено і працівник виконує додатковий функціонал у рамках перерозподілу обов'язків, тоді до початку періоду оцінки заповнюють Форму оцінки ефективності виконання додаткових обов'язків у сфері надання ВІЛ-послуг (Додаток 4), а за підсумками періоду оцінки у форму вносять фактичні показники виконання індикаторів оцінки та здійснюють розрахунок доплати за виконання додаткових обов'язків.

Розрахунок здійснюють за формулою:

$$D = \Sigma K_{\text{інд}} \times PO \times k,$$

де:

$\Sigma K_{\text{інд}}$  – сумарний коефіцієнт показників оцінки ефективності виконання додаткового функціоналу (розраховується як середнє значення коефіцієнтів відповідних індикаторів; див. **Додаток 3**);

**PO** – посадовий оклад (встановлюється згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 06.04.2016 № 288 «Про удосконалення умов праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери», з урахуванням підвищень);

**k** – коефіцієнт доплати за виконання додаткового функціоналу/обов'язків у сфері надання ВІЛ-послуг (визначається керівництвом ЗОЗ, затверджується наказом керівника ЗОЗ та фіксується в колективному договорі).

### Навчання медичних працівників для забезпечення виконання ними додаткового функціоналу у сфері надання ВІЛ-послуг

Важливою умовою опанування медпрацівниками нових обов'язків у сфері надання ВІЛ-послуг є проведення відповідного навчання. Низку рекомендацій щодо напрямів та формату навчання надано в дослідженні «Аналіз робочого навантаження, мотиваторів і стимулів праці медичних працівників, які надають ВІЛ-послуги в семи регіонах України».

Варто акцентувати увагу на ключових аспектах при організації та проведенні навчання щодо таких ВІЛ-послуг, як КіТ, АРТ і ЗПТ.

Згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19.08.2005 № 415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію», послуги **консультування і тестування на ВІЛ** можуть надавати як лікарі, так і середній медичний персонал, психологи, соціальні працівники. За останнє десятиліття значна кількість медпрацівників пройшла навчання з питань КіТ на тренінгах та семінарах, що проводяться міжнародними проектами, регіональними центрами СНІДу, іншими організаціями. Досі в навчанні практикувалася спеціалізація: підготовку з питань консультування проходили більшою мірою лікарі, з питань тестування – середній медичний персонал. У зв'язку з цим актуальним завданням є уточнення

потреби в навчанні фахівців конкретних лікувальних закладів, які планують надавати КіТ. Пріоритетом має стати комплексна підготовка медичних сестер, соціальних працівників та психологів, які зможуть у повному обсязі опанувати і надалі надавати КіТ, включаючи до- та післятестове консультування. Складовою частиною навчальної програми для медичних працівників має стати тема особливостей консультування різних груп населення, формування толерантного ставлення до всіх пацієнтів з фокусом на найбільш уразливі до інфікування ВІЛ категорії населення. Актуальним залишається завдання регламентації порядку навчання персоналу з питань КіТ, включаючи визначення закладів і організацій, які можуть проводити таке навчання, забезпечення контролю набутих знань і навичок, а також формат документів, які підтверджують успішне проходження навчання, тощо.

Виходячи з даних формативного дослідження, лікарі та середній медичний персонал ЗОЗ, яким буде делеговані обов'язки з консультування з питань **АРТ** (включаючи можливі побічні ефекти, формування прихильності, компоненти моніторингу АРТ), потребують тематичного навчання з цих питань. Навчальна програма повинна бути побудована відповідно до адаптованої клінічної настанови, заснованої на доказах, «ВІЛ-інфекція у дорослих та підлітків». Усі слухачі навчальних програм і заходів повинні отримати стислу інструкцію/пам'ятку, яка містить схему проведення консультування з питань

АРТ. Не менш важливою складовою навчання має стати формування толерантного ставлення до ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

При підготовці фахівців для розширення сайтів **ЗПТ** слід враховувати, що визначення потреби в ЗПТ та її призначення проводить лікар-нарколог. Подальше ведення таких пацієнтів може бути передано сімейним лікарям/терапевтам після проходження ними курсів тематичного удосконалення з питань ЗПТ (з фокусом на її рецептурну форму). Актуальною є підготовка до роботи на сайтах медичних сестер, включаючи вивчення ними питань отримання, зберігання, відпуску препаратів ЗПТ, контролю за станом пацієнтів, ведення документації та ін. Не менш важливою складовою навчання має стати формування толерантного ставлення до наркозалежних пацієнтів, кращого розуміння їхніх особливих потреб, формування навичок оцінки їхніх потреб в інших ВІЛ-послугах.

### 2.2.3. Стимули і мотиватори, які застосовуються в рамках схеми стимулювання № 2

За результатами періоду оцінки, впродовж якого медпрацівник надавав ВІЛ-послуги в рамках перерозподілу на нього нового функціоналу, можуть застосовуватися стимули/мотиватори, наведені в **Табл. 5**.

Таблиця 5. **Стимули і мотиватори, які застосовуються в рамках схеми стимулювання № 2**

Стимул/ мотиватор	Нормативний документ, який регламентує застосування стимулу/ мотиватора	Положення документа
Доплата за опанування та виконання додаткового функціоналу у сфері надання ВІЛ-послуг	КЗпП України	<p>Стаття 9. <b>Додаткові порівняно з законодавством трудові і соціально-побутові пільги</b></p> <p>Підприємства, установи, організації в межах своїх повноважень і за рахунок власних коштів можуть встановлювати додаткові порівняно з законодавством трудові і соціально-побутові пільги для працівників.</p> <p>Стаття 143. <b>Заохочення за успіхи в роботі</b></p> <p>До працівників підприємств, установ, організацій можуть застосовуватись будь-які заохочення, що містяться в затверджених трудовими колективами правилах внутрішнього трудового розпорядку.</p>

Стимул/ мотиватор	Нормативний документ, який регламентує застосування стимулу/мотиватора	Положення документа
Оформлення добровільного (на додаток до обов'язкового) медичного страхування за рахунок ЗОЗ	Закон України від 07.03.1996 № 85/96-ВР «Про страхування»	<p>Для стимулювання співробітників можуть використовуватися лише добровільні види страхування, оскільки обов'язкові види страхування можна віднести до гарантій для співробітників, передбачених законодавством.</p> <p>У разі вибору страхування як інструменту стимулювання співробітників відповідні процедури страхування повинні бути коректно відображені у фінансовій документації, а також можуть відобразитися в колективному договорі, трудовому договорі, статуті закладу.</p> <p>Законом України «Про страхування» (<b>стаття 7</b>) передбачено обов'язкове страхування медичних та інших працівників державних і комунальних закладів охорони здоров'я і державних наукових установ (крім тих, які працюють в установах і організаціях, що фінансуються з Державного бюджету України) на випадок захворювання на інфекційні хвороби, пов'язаного з виконанням ними професійних обов'язків в умовах підвищеного ризику зараження збудниками інфекційних хвороб, особисте страхування медичних та фармацевтичних працівників (крім тих, які працюють в установах і організаціях, що фінансуються з Державного бюджету України) на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини при виконанні ними службових обов'язків.</p>
Врахування побажань працівника при наданні додаткової оплачуваної відпустки	Закон України від 15.11.1996 № 504/96-ВР «Про відпустки» (з подальшими змінами)	<p>Згідно зі <b>статтею 8</b> Закону України «Про відпустки», щорічна додаткова відпустка за особливий характер праці надається: 1) окремим категоріям працівників, робота яких пов'язана з підвищеним нервово-емоційним та інтелектуальним навантаженням або виконується в особливих природних географічних і геологічних умовах та умовах підвищеного ризику для здоров'я, – тривалістю до 35 календарних днів за Списком виробництв, робіт, професій і посад, затверджуваним Кабінетом Міністрів України; 2) працівникам з ненормованим робочим днем – тривалістю до 7 календарних днів згідно зі списками посад, робіт та професій, визначених колективним договором, угодою.</p> <p>Стаття 8 вказує, що конкретна тривалість щорічної додаткової відпустки за особливий характер праці встановлюється колективним чи трудовим договором залежно від часу зайнятості працівника в цих умовах.</p> <p>Постановою Кабінету Міністрів України від 17.11.1997 № 1290 «Про затвердження Списків виробництв, робіт, цехів, професій і посад, зайнятість працівників в яких дає право на щорічні додаткові відпустки за роботу із шкідливими і важкими умовами праці та за особливий характер праці» (<b>пункт 72</b>) визначено додаткову відпустку працівникам центрів профілактики та боротьби зі СНІДом закладів та спеціалізованих відділень закладів охорони здоров'я, призначених для лікування хворих на СНІД та ВІЛ-інфікованих, а також лабораторій, кабінетів, відділів, відділень і закладів охорони здоров'я, на які покладено органами охорони здоров'я обстеження населення з ВІЛ-інфекцією і дослідження крові, біологічних рідин, отриманих від хворих на СНІД та ВІЛ-інфікованих, у максимальному розмірі 18 календарних днів.</p>



Отже, для заохочення медичних працівників опанувати і виконувати додатковий функціонал у сфері надання ВІЛ-послуг може застосовуватися схема стимулювання № 2.

За результатами виконання упродовж періоду оцінки нових обов'язків до медпрацівника можуть застосовуватися такі стимули/мотиватори:

- доплата за опанування та виконання додаткового функціоналу у сфері надання ВІЛ-послуг;
- оформлення добровільного (на додаток до обов'язкового) медичного страхування за рахунок ЗОЗ;
- врахування побажань працівника при наданні додаткової оплачуваної відпустки.

Доплата за опанування та виконання додаткового функціоналу розраховується за підсумками періоду оцінки, впродовж якого медпрацівник надавав відповідні послуги. Важливо відзначити,

що цей стимул може застосовуватися лише до медпрацівників, які успішно пройшли навчання і підтвердили свою здатність виконувати додаткові обов'язки у сфері надання ВІЛ-послуг.

Надання ВІЛ-послуг пов'язане з ризиком для здоров'я медпрацівників, тому мотиватором опанування і надання цих послуг може виступати добровільне (на додаток до обов'язкового) медичне страхування за рахунок ЗОЗ.

Надання ВІЛ-послуг пов'язане з високим емоційним навантаженням, підвищеним ризиком для здоров'я. Тому слід дати змогу медпрацівникам, які готові брати на себе додатковий функціонал щодо надання ВІЛ-послуг, скористатися додатковою оплачуваною відпусткою з урахуванням їхніх побажань щодо термінів такої відпустки тощо. Згідно зі ст. 8 Закону України «Про відпустки», конкретна тривалість щорічної додаткової відпустки за особливий характер праці встановлюється колективним чи трудовим договором залежно від часу зайнятості працівника в цих умовах.

## 2.3. Схема стимулювання № 3. Стимулювання залученості та ініціативності медичних працівників щодо оптимізації процесів у рамках надання ВІЛ-послуг

Одним з важливих аспектів підтримки в колективі атмосфери відкритості, ініціативності, небайдужості є залучення персоналу до впровадження покращень у процесах, організації праці, умовах роботи.

**Впровадження схеми стимулювання № 3 спрямоване на досягнення таких цілей:**

- оптимізація процесів у сфері надання ВІЛ-послуг шляхом пошуку та усунення «вузьких місць»;
- стандартизація процесів та коректний перерозподіл обов'язків у сфері надання ВІЛ-послуг між медичними працівниками;
- підвищення рівня ініціативності, залучення медичного персоналу до пошуку шляхів поліпшення умов та покращення якості надання ВІЛ-послуг.

### 2.3.1. Основні елементи схеми стимулювання залученості та ініціативності медпрацівників щодо оптимізації процесів у рамках надання ВІЛ-послуг

Схема стимулювання залученості та ініціативності медпрацівників щодо оптимізації процесів у рамках надання ВІЛ-послуг включає такі елементи (див. **Рис. 3**):

- 1) визначення «вузьких місць» і проблем у наданні ВІЛ-послуг;
- 2) ініціювання роботи над проблемою/пропозицією в рамках робочих груп;
- 3) впровадження змін, запропонованих робочою групою, та оцінка отриманих результатів;
- 4) застосування стимулів/мотиваторів до медичних працівників, які підлягають стимулюванню в рамках цієї схеми.

Рекомендована періодичність застосування схеми № 3 – щоквартально.

Рисунок 3. Основні елементи схеми стимулювання залученості та ініціативності медичних працівників щодо оптимізації процесів у рамках надання ВІЛ-послуг



### 2.3.2. Механізм стимулювання в рамках схеми № 3

Особливість механізму стимулювання в рамках схеми № 3 полягає у впровадженні концепції управління, спрямованої на усунення втрат, оптимізацію процесів та пошук шляхів поліпшення умов праці та якості роботи загалом. Ця концепція отримала назву «Ощадливий менеджмент» (відома під назвами Lean Management або Lean Manufacturing)<sup>8</sup>.

Переваги такого підходу:

- стимулювання персоналу до прояву ініціативи, надання ідей щодо покращення, які отримають підтримку і будуть реалізовані;
- створення умов для командної роботи, тісної взаємодії на загальне благо через робочі групи з впровадження пропозицій щодо покращення;
- створення нових та поліпшення наявних стандартів роботи; пошук та усунення «вузьких місць» у робочих процесах;

- формування у працівників відчуття причетності, небайдужості і залученості до процесів безперервного поліпшення;
- можливість за мінімальних витрат здійснити низку покращень;
- можливість сформувати культуру ощадливості та здорового глузду в роботі.

Ощадливий менеджмент у сфері охорони здоров'я вже набув поширення в західних країнах. У США, наприклад, активно застосовується практика впровадження ощадливого виробництва в медицині, при якій ефективність надання медичних послуг підвищується як мінімум на 20%<sup>9</sup>.

Низку досягнень та покращень у закладах охорони здоров'я завдяки впровадженню ощадливого менеджменту було представлено Інститутом покращень в охороні здоров'я (IHI – Institute for Healthcare Improvements<sup>10</sup>).

<sup>8</sup> Lean Manufacturing. URL: [http://en.wikipedia.org/wiki/Lean\\_manufacturing](http://en.wikipedia.org/wiki/Lean_manufacturing).

<sup>9</sup> URL: [http://earchive.tpu.ru/bitstream/11683/15462/1/conference\\_tpu-2015-C40-V2-091.pdf](http://earchive.tpu.ru/bitstream/11683/15462/1/conference_tpu-2015-C40-V2-091.pdf).

<sup>10</sup> URL: <https://www.entnet.org/sites/default/files/GoingLeaninHealthCareWhitePaper-3.pdf>.



## Інструменти для реалізації механізму стимулювання за результатами впровадження ощадливого менеджменту

Попри вдавану складність впровадження ощадливого менеджменту, частково пов'язану з необхідністю зміни мислення, ставлення до повсякденних операцій та внесення здорового глузду в кожну дію та в кожне рішення, процес можна почати з досить простих кроків. Одним з найдієвіших інструментів залучення співробітників до пошуку та усунення «вузьких місць» є **скриньки для пропозицій** та ідей щодо покращення процесів, умов праці у сфері надання ВІЛ-послуг. Рекомендації та алгоритм впровадження цього інструменту наведено в **Додатку 5**.

Важливо надавати зворотний зв'язок за кожною пропозицією (особливо це стосується відхилених ідей/пропозицій, щодо яких варто вказати причини відхилення або на який термін і чому відкладається робота над пропозицією). Для роботи над пропозиціями (ідеями) слід сформувати робочі групи. На цьому етапі вкрай важливими будуть підтримка та активна участь керівництва. Члени робочої групи визначають мету і формують план дій у рамках запропонованої ідеї. Паралельно можуть працювати кілька робочих груп.

За результатами впровадження ідеї та/або закінчення роботи робочої групи учасники надають стислий звіт (можна у формі презентації перед колегами). Авторів найкращих ідей обов'язково оголошують на загальних зборах колективу, їхні фотографії розміщують на Дошці пошани, нагороджують грамотами та пам'ятними подарунками. Учасники найбільш успішної та ефективної робочої групи також отримують визнання і подарунки.

Іншим ефективним інструментом, який не потребує значного фінансування для впровадження, є **метод «5S»**<sup>11</sup>.

Це метод організації робочого простору, спрямований на створення оптимальних умов для виконання операцій, підтримки порядку, чистоти, охайності, економії часу та енергії.

Назва методу відображає п'ять кроків на літеру S: Sort (сортування), Set In Order (упорядкування), Shine (сяяння [чистоти]), Standardize (стандартизація), Sustain (життєва стійкість)<sup>12</sup>.

Принцип 5S в охороні здоров'я передбачає такі складові<sup>13</sup>:

1. **Сортування:** відокремити необхідне від непотрібного.
2. **Упорядкування:** ставити все на свої місця; організувати матеріали відповідно до того, наскільки часто вони використовуються. Рекомендовано використовувати наочні засоби для полегшення розуміння системи.
3. **Сяяння чистоти:** зробити все охайним та чистим.
4. **Стандартизація:** визначити, як повинно виконуватися завдання/процес; поінформувати всіх залучених до завдання/процесу про найбільш ефективний спосіб його виконання.
  - Цей крок встановлює правила дотримання перших 3S:
  - стандарти повинні бути зрозумілі всім учасникам процесу;
  - стандарти повинні бути очевидні і наочні;
  - інформація повинна розташовуватися поряд з тим, чого вона стосується.
5. **Життєва стійкість:**
  - правильні процедури стають звичкою;
  - навчання всіх працівників;
  - досягнення особистої зацікавленості та участі працівників, а також зміна робочих звичок;
  - робоче місце добре організовано та утримується відповідно до прийнятих стандартів.

11 What is 5S. URL: <http://www.kaizenworld.com/what-is-5s.html>.

12 Implementation of 5S management method for lean healthcare at a health center in Senegal: a qualitative study of staff perception. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4390558>.

13 URL: [http://earchive.tpu.ru/bitstream/11683/15462/1/conference\\_tpu-2015-C40-V2-091.pdf](http://earchive.tpu.ru/bitstream/11683/15462/1/conference_tpu-2015-C40-V2-091.pdf).

Наостанок можна відзначити, що, впроваджуючи концепцію ощадливого виробництва, медичні заклади можуть отримати помітну економію за всіма статтями витрат, при цьому покращити доступність і якість медичної допомоги, зокрема:

- забезпечити процес постійного вдосконалення в закладі охорони здоров'я, де надаються ВІЛ-послуги;
- забезпечити процес постійного вдосконалення надання ВІЛ-послуг у закладі охорони здоров'я;
- стимулювати пошук рішень проблемних питань співробітниками, які безпосередньо стикаються з такими питаннями, отже, можуть запропонувати найбільш дієві способи їх вирішення;
- створити умови для формування у співробітників почуття керування процесом, розвитку особистої відповідальності за процеси і результати у сфері надання ВІЛ-послуг;
- уникати проблем, які часто повторюються, за рахунок впровадження стандартів роботи;
- досягти економії коштів, оскільки впровадження цього підходу не вимагає особливого фінансування, а ефект буде відчутним.

### 2.3.3. Стимули і мотиватори, які застосовуються в рамках схеми № 3

Ключовим аргументом на користь впровадження інструментів ощадливого менеджменту у сфері надання ВІЛ-послуг будуть покращення, які відбулися на основі ідей та пропозицій співробітників. Ці покращення можуть стосуватися визначення шляхів оптимізації дій при наданні ВІЛ-послуг, впорядкування робочого простору, візуалізації та стандартизації процесів, поліпшення умов праці за мінімальних ресурсних витрат.

Як заохочення за залученість та ініціативність при впровадженні ощадливого менеджменту у сфері надання ВІЛ-послуг можна використовувати такі стимули/мотиватори (див. Табл. 6):

- вручення грамот і пам'ятних подарунків за найкращі ідеї;
- занесення на Дошку пошани ЗОЗ і публічне висловлення подяки на зборах колективу.

Ці стимули/мотиватори слід застосовувати після підбиття квартальних підсумків ефективності роботи робочих груп та визначення результатів впровадження ідей, запропонованих медпрацівниками за цей період.

Таблиця 6. Стимули і мотиватори, які застосовуються в рамках схеми стимулювання № 3

Стимул/ мотиватор	Нормативний документ, який регламентує застосування стимулу/мотиватора	Положення документа
Вручення грамот і пам'ятних подарунків за найкращі ідеї	КЗпП України	Стаття 143. <b>Заохочення за успіхи в роботі</b> До працівників підприємств, установ, організацій можуть застосовуватись будь-які заохочення, що містяться в затверджених трудовими колективами правилах внутрішнього трудового розпорядку.
Занесення на Дошку пошани ЗОЗ і публічне висловлення подяки на зборах колективу		Стаття 146. <b>Заохочення за особливі трудові заслуги</b> За особливі трудові заслуги працівники представляються у вищі органи до заохочення, до нагородження орденами, медалями, почесними грамотами, нагрудними значками і до присвоєння почесних звань і звання кращого працівника за даною професією.

**ОРГАНІЗАЦІЙНІ АСПЕКТИ  
ЗАСТОСУВАННЯ  
СХЕМ СТИМУЛЮВАННЯ  
ДЛЯ ПЕРВИННОЇ  
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

### 3. ОРГАНІЗАЦІЙНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ СХЕМ СТИМУЛЮВАННЯ ДЛЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Первинна ланка медичної допомоги є першим контактом населення з системою охорони здоров'я. Тому особливо важливо, щоб медичні працівники першого контакту (лікарі загальної практики – сімейні лікарі та сімейні медичні сестри), які фізично та економічно є найдоступнішими для населення, проводили певну роботу у сфері ВІЛ-сервісу.

На сьогодні функції лікарів загальної практики – сімейних лікарів та лікарів загальнолікарняної мережі у сфері надання ВІЛ-послуг визначено Стандартом лікування ВІЛ-позитивних людей, які є споживачами ін'єкційних наркотиків<sup>14</sup>. Останні кваліфікаційні характеристики лікарів загальної практики – сімейних лікарів затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 05.08.2013 № 686. До цих характеристик не включено розділів, пов'язаних з наданням допомоги з питань ВІЛ-інфекції та ЗПТ, тому якщо в закладі охорони здоров'я буде здійснено перерозподіл обов'язків для залучення лікарів загальної практики – сімейного лікарів до надання допомоги з питань ВІЛ-інфекції та ЗПТ, рекомендовано розглянути доцільність оновлення відповідних розділів посадової інструкції, яка розробляється на рівні цього ЗОЗ, зокрема:

– **розділ «Завдання та обов'язки»**

доповнити такими пунктами (перелік визначається закладом відповідно до ситуації):

1. Проведення консультування з питань ВІЛ-інфекції.
2. Проведення дотестового та післятестового консультування щодо ВІЛ і тестування на ВІЛ із застосуванням двох швидких тестів.
3. Надання антиретровірусної терапії людям, які живуть з ВІЛ.
4. Надання замісної підтримувальної терапії споживачам наркотиків;

– **розділ «Повинен знати»** доповнити такими пунктами (перелік визначається закладом відповідно до ситуації):

1. Методику проведення консультування щодо ВІЛ.
2. Методику проведення тестування на ВІЛ швидкими тестами.
3. Методи профілактики інфікування ВІЛ на робочому місці.
4. Способи знешкодження біоматеріалів після проведення тестування на ВІЛ.
5. Методику надання антиретровірусної терапії.
6. Методику надання замісної підтримувальної терапії споживачам наркотиків.
7. Способи зберігання, обліку та списання препаратів замісної терапії.

Такі зміни на рівні первинної ланки медичної допомоги дозволять підвищити ефективність виявлення випадків інфікування ВІЛ, збільшити охоплення послугами КІТ, проведення профілактичних заходів і, як наслідок, зробити допомогу ЛЖВ більш доступною та своєчасною.

<sup>14</sup> Наказ МОЗ України від 19.08.2008 № 476 «Про затвердження Стандарту лікування ВІЛ-позитивних людей, які є споживачами ін'єкційних наркотиків. URL: [http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20080819\\_476.html](http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20080819_476.html).

**РЕКОМЕНДАЦІЇ  
ЩОДО ОТРИМАННЯ  
ДОДАТКОВОГО ФІНАНСУВАННЯ  
ПРИ ВПРОВАДЖЕННІ  
СХЕМ СТИМУЛЮВАННЯ**

## 4. РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ОТРИМАННЯ ДОДАТКОВОГО ФІНАНСУВАННЯ ПРИ ВПРОВАДЖЕННІ СХЕМ СТИМУЛЮВАННЯ

Постановою Кабінету Міністрів України від 30.08.2002 № 1298 «Про оплату праці працівників на основі Єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери»<sup>15</sup> затверджено вимоги та принципи системи оплати праці в бюджетній сфері, зокрема єдину тарифну сітку розрядів та коефіцієнтів оплати праці, а також норму про те, що доплати і надбавки можуть встановлюватися керівництвом організацій у межах фонду заробітної плати, затвердженого в кошторисі.

Згідно з законодавством, види заохочень, підстави та порядок їх застосування є предметом локального правового регулювання. Статтею 143 КЗпП передбачено, що стосовно працівників підприємств, установ та організацій можуть бути застосовані будь-які заохочення, зазначені в затверджених трудовими колективами правилах внутрішнього трудового розпорядку.

Наказом МОЗ України від 08.12.2000 № 204-о затверджено Галузеві правила внутрішнього трудового розпорядку<sup>16</sup>. Розділ VI «Заохочення за успіхи у роботі» передбачає застосування будь-яких заохочень, затверджених трудовими колективами в правилах внутрішнього трудового розпорядку. Ці заохочення застосовуються власником або уповноваженим ним органом разом або за погодженням з профспілковим органом закладу, оголошуються наказом в урочистій обстановці і заносяться до трудових книжок працівників.

За особливі трудові заслуги подання на працівників направляються у вищі органи для заохочення, до нагородження орденами, медалями, почесними грамотами, нагрудними значками і до присвоєння почесних звань і звання кращого працівника за відповідною професією.

Підстава і порядок стимулювання співробітників можуть бути предметом договірного регулювання. Так, при укладанні трудового договору сторони мають право передбачити будь-які додаткові заохочувальні заходи за умови належного виконання працівником узятих на себе зобов'язань. Заохочення застосовуються роботодавцем спільно або за погодженням з виборним органом профспілкової організації. Необхідно відзначити, що відсутність такого органу профспілки не позбавляє роботодавця права самостійно застосовувати до співробітника будь-який вид заохочень.

В умовах впровадження Закону України від 19.10.2017 «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»<sup>17</sup>, який частково набув чинності з 1 січня 2018 року, а повністю починає діяти з 1 січня 2020 року, змінюється система фінансування закладів охорони здоров'я і, відповідно, організація їхньої діяльності. Також починає діяти система фінансування закладів охорони здоров'я з місцевого бюджету для забезпечення їхньої ефективної діяльності.

Для отримання фінансової підтримки керівництво закладу охорони здоров'я має провести відповідні розрахунки, обґрунтувати доцільність впровадження схем стимулювання медичних працівників та необхідний обсяг фінансування і подати ці документи до органів місцевої влади на етапі формування місцевого бюджету. Слід підкреслити, що підтримка ЗОЗ є не правом місцевої влади, а її обов'язком, тому саме від місцевої влади очікується активна адвокація програм стимулювання медпрацівників у сфері надання ВІЛ-послуг при подальшому погодженні цих програм на регіональному і національному рівнях.

Постановою Кабінету Міністрів України від 30/11/2016 №1013-р «Про схвалення Концепції

15 URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1298-2002-n/paran79#n79>.<http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/288-2016-n>

16 Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 18.12.2000 № 204-о «Про затвердження Галузевих правил внутрішнього трудового розпорядку». URL: [http://old.moz.gov.ua/ua/print/dn\\_20001218\\_204-.html](http://old.moz.gov.ua/ua/print/dn_20001218_204-.html).

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

реформи фінансування системи охорони здоров'я» встановлено можливості часткової оплати медичних послуг на основі капітаційної ставки та бонусних доплат за досягнення певних результатів встановлених договором про надання первинної медичної допомоги. Передбачені в Концепції положення знайшли відображення в прийнятому в жовтні 2017 року Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення».

З огляду на зазначене, рекомендується встановити окремий коефіцієнт, який буде застосовуватися до базової капітаційної ставки у випадку надання послуг ВІЛ-інфікованим особам з підтвердженим діагнозом. Крім того, рекомендується передбачити додаткові бонуси за виконання певних індикаторів, які пропонуються у цьому Керівництві. Таким чином медпрацівники, які працюватимуть, будуть вмотивовані на роботу з ВІЛ-інфікованими та представниками груп населення, які мають ризиковану щодо ВІЛ поведінку. Джерелом таких бонусних доплати може виступати або Національна

служба здоров'я України згідно з договорами про надання первинної медичної допомоги, або органи місцевого самоврядування. Останні відповідно до пункту 5 статті 3 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» в межах своєї компетенції можуть фінансувати підвищення оплати праці медичних працівників (програми "місцевих стимулів"), а також місцеві програми надання населенню медичних послуг, місцеві програми громадського здоров'я та інші програми в охороні здоров'я.

Отже, для впровадження програм стимулювання медпрацівників у сфері надання ВІЛ-послуг необхідна підтримка органів місцевої влади та Національної служби здоров'я України. При складанні відповідних запитів важливо проводити розрахунки та обґрунтування, спираючись на особливості кожної з описаних вище схем стимулювання. Це дозволить вибрати найбільш прийнятний підхід до стимулювання медичних працівників і сформулювати аргументований запит на обсяг фінансування, необхідний для його впровадження.

# ДОДАТКИ





## Додаток 2. Опис індикаторів, які застосовуються у схемі стимулювання № 1

<b>1. Охоплення пацієнтів послугами тестування на ВІА (ПТВ)</b>	
Обґрунтування	Оцінка прогресу в забезпеченні доступу до ПТВ та визначення потреби в подальшому впровадженні ПТВ.
Цільове значення	2018 р.: 75%. 2019 р.: 85%. 2020 і наступні роки: 90%. (наведені цільові значення встановлюються безпосередньо для стимулювання персоналу)
Чисельник	Кількість осіб, які звернулися до ЗОЗ протягом звітного періоду, мали показання для призначення ПТВ та отримали ПТВ.
Знаменник	Кількість осіб, які звернулися до ЗОЗ упродовж звітного періоду і мали показання до тестування на ВІА.
Методика розрахунку	Підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. У обліковій документації мають бути задокументовані дата звернення особи до ЗОЗ, дата тестування на ВІА та його результат. Особи, для яких такі записи відсутні, не включаються до розрахунку. Особи, які мали документальне підтвердження позитивного ВІА-статусу на момент здійснення ПТВ до аналізу не включаються. Показник індикатора – це відношення чисельника до знаменника, помножене на 100%.
Джерела даних	Форма первинної облікової документації № 503/о № 503/о “Журнал моніторингу послуг з тестування на ВІА (ПТВ)”
Періодичність розрахунку	Щоквартально.
Інтерпретація та аналіз індикатора	До аналізу мають бути включені дані осіб, які на момент звернення до ЗОЗ мали показання для призначення ПТВ та отримали ПТВ.
<b>2. Охоплення обліком осіб у яких виявлено наявність серологічних маркерів ВІА</b>	
Обґрунтування	Оцінка рівня доступу осіб з ВІА-позитивним статусом до медичної допомоги у зв'язку з ВІА та ступеню мобілізації зусиль державного та недержавного сектору щодо забезпечення своєчасного звернення їх у ЗОЗ.
Цільове значення	2018 р. – 80 %, 2019 р. – 85 %, 2020 та подальший період > 90 %.
Чисельник	Загальна кількість осіб, у яких протягом звітного періоду було виявлено наявність серологічних маркерів ВІА-інфекції та яких було взято на облік протягом 30 днів після проведення підтверджувального етапу дослідження на маркери ВІА-інфекції.
Знаменник	Кількість осіб, у яких упродовж звітного періоду виявлено серологічні маркери ВІА.
Методика розрахунку	Показник індикатора – це відношення чисельника до знаменника, помножене на 100%. У обліковій документації мають бути задокументовані дата виявлення серологічних маркерів ВІА-інфекції, а також дата взяття на облік у зв'язку з ВІА. Особи, для яких такі записи відсутні, не включаються до чисельника індикатора.
Джерела даних	Форма первинної облікової документації № 503/о № 503/о “Журнал моніторингу послуг з тестування на ВІА (ПТВ)”
Періодичність розрахунку	Щоквартально.
Інтерпретація та аналіз індикатора	Показник додатково аналізується за переліком категорій / груп населення, у яких виявлено серологічні маркери ВІА-інфекції.

### 3. Охоплення АРТ

Обґрунтування	Оцінка прогресу в забезпеченні доступу до АРТ.
Цільове значення	90%.
Чисельник	Кількість осіб з ВІЛ-інфекцією, які перебувають під медичним наглядом та отримують лікування антиретровірусними препаратами.
Знаменник	Кількість осіб з ВІЛ-інфекцією, які перебувають під медичним наглядом.
Методика розрахунку	Показник індикатора – це відношення чисельника до знаменника, помножене на 100%. Інструмент вимірювання: клінічний моніторинг лікування ВІЛ-позитивних осіб (наказ МОЗ України від 21.03.2012 № 182 «Про затвердження форм первинної звітної документації та звітності з питань моніторингу лікування ВІЛ-позитивних осіб та інструкцій щодо їх заповнення»).
Джерела даних	Форма № 56 «Звіт про надання антиретровірусної терапії ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД станом на ____2____р.». Дані МІС ВІЛ.
Періодичність розрахунку	Щоквартально.
Інтерпретація та аналіз індикатора	Показник дозволяє визначити рівень охоплення ВІЛ-позитивних осіб антиретровірусною терапією та оцінити доступ до лікування пацієнтів з ВІЛ-інфекцією, на підставі отриманих результатів – прийняти рішення про подальші зусилля щодо забезпечення своєчасного виявлення, взяття під медичний нагляд та початку АРТ (з урахуванням наявності АРВ-препаратів) для всіх, хто цього потребує.

### 4. Раннє охоплення АРТ

Обґрунтування	Раннє охоплення АРТ має важливе значення для досягнення цілей стратегії Test and START, застосування якої забезпечило б суттєве збільшення охоплення АРТ, а також зростання рівня прихильності до лікування.
Цільове значення	90%.
Чисельник	Кількість осіб з уперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, які почали АРТ впродовж 30 днів з моменту взяття під медичний нагляд.
Знаменник	Кількість осіб з уперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, узятих під медичний нагляд у звітному періоді.
Методика розрахунку	Показник індикатора – це відношення чисельника до знаменника, помножене на 100%. Інструмент вимірювання: клінічний моніторинг лікування ВІЛ-позитивних осіб (наказ МОЗ України від 21.03.2012 № 182 «Про затвердження форм первинної звітної документації та звітності з питань моніторингу лікування ВІЛ-позитивних осіб та інструкцій щодо їх заповнення»).
Джерела даних	Контрольна карта диспансерного нагляду за ВІЛ-інфікованими особами (форма № 030-5/о). Дані МІС ВІЛ.
Періодичність розрахунку	Щоквартально.
Інтерпретація та аналіз індикатора	Раннє охоплення АРТ впливає на зменшення «втрат» пацієнтів у каскаді лікування з моменту встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції до моменту початку лікування, що є особливо важливим в аспекті охоплення АРТ важкодоступних груп та профілактики подальшого поширення ВІЛ-інфекції.

## 5. Утримання на АРТ через 12 місяців після її початку

Обґрунтування	Індикатор оцінює прихильність до АРТ пацієнтів з ВІЛ-інфекцією і своєчасність призначення АРТ, що сприяє збільшенню тривалості та покращенню якості їхнього життя.
Цільове значення	90%.
Чисельник	Кількість пацієнтів з ВІЛ-інфекцією у звітній річній когорті, які залишаються живими і продовжують отримувати АРТ через 12 місяців після її початку.
Знаменник	Кількість пацієнтів з ВІЛ-інфекцією, включених до когорти року, що передує звітному, в тому числі особи, які припинили прийом терапії або померли.
Методика розрахунку	Показник індикатора – це відношення чисельника до знаменника, помножене на 100%.
Джерела даних	Форма звітності № 57 «Звіт про дорослих та дітей, які розпочали антиретровірусну терапію у когорті та лікуються 6, 12, 24, 36 ... місяців, за ___ місяць 20__ року» Дані МІС ВІЛ.
Періодичність розрахунку	Щоквартально.
Інтерпретація та аналіз індикатора	Безперервність АРТ є ключовим чинником її ефективності. Індикатор дозволяє визначити рівень утримання пацієнтів на АРТ. Для аналізу відмінностей у значеннях індикатора в розрізі підгруп, ЗОЗ або регіонів необхідно враховувати статистику причин переривання терапії.

## 6. Частка ВІЛ-інфікованих пацієнтів, які пройшли скринінг на ТБ

Обґрунтування	Індикатор характеризує дії, спрямовані на зниження ризику захворювання на ТБ серед осіб, які живуть з ВІЛ.  Він відображає стан виконання рекомендацій щодо необхідності проходження особами, які живуть з ВІЛ, скринінгу на ТБ при встановленні діагнозу ВІЛ-інфекції та подальших відвідуваннях ЗОЗ, використовуючи попереднє відвідування як непряму оцінку.
Цільове значення	90%.
Чисельник	Кількість пацієнтів з ВІЛ-інфекцією, у яких ТБ-статус оцінювався і документувався під час їхнього останнього візиту до ЗОЗ упродовж звітного періоду.
Знаменник	Кількість пацієнтів з ВІЛ-інфекцією, які відвідали ЗОЗ у зв'язку з ВІЛ-інфекцією впродовж звітного періоду.
Методика розрахунку	Показник індикатора – це відношення чисельника до знаменника, помножене на 100%.  ТБ-статус особи необхідно оцінювати при кожному відвіданні нею ЗОЗ, а потім реєструвати («Так», якщо «Нема ознак», «Підозра» або «Лікування», і «Ні», якщо ТБ-статус не оцінювався) в медичній карті пацієнта, який отримує АРТ, і потім переносити у відповідні журнали реєстрації випадків ТБ у ВІЛ-сервісному закладі.
Джерела даних	Медична карта амбулаторного хворого (форма № 025/о). Контрольна карта диспансерного нагляду (форма № 030-1/о). Інформаційна система e-TB-Manager.
Періодичність розрахунку	Щоквартально.
Інтерпретація та аналіз індикатора	Оцінка ТБ-статусу дозволяє виявити ВІЛ-інфікованих пацієнтів, у яких нема ознак активного ТБ і для яких необхідне профілактичне лікування латентного ТБ ізоніазидом та своєчасний початок лікування ТБ. Індикатор не оцінює якості більш активного виявлення випадків ТБ і не визначає, чи проходять особи з підозрою на ТБ подальше обстеження і наскільки воно ефективне. Проте він підкреслює важливість більш активного виявлення випадків ТБ у людей, які живуть з ВІЛ, у момент встановлення діагнозу і при кожному відвіданні ЗОЗ для отримання ВІЛ-послуг.

**7. Частка зареєстрованих ВІЛ-інфікованих пацієнтів з ТБ, які отримують АРТ під час лікування ТБ**

Обґрунтування	Індикатор оцінює прихильність і потенціал протитуберкульозних служб у забезпеченні доступу до АРТ для ВІЛ-інфікованих пацієнтів з ТБ.
Цільове значення	90%.
Чисельник	Кількість ВІЛ-інфікованих пацієнтів з ТБ, зареєстрованих упродовж звітного періоду, які отримують АРТ (почали або продовжують раніше почату).
Знаменник	Кількість ВІЛ-інфікованих пацієнтів з ТБ, зареєстрованих упродовж звітного періоду.
Методика розрахунку	<p>Показник індикатора – це відношення чисельника до знаменника, помножене на 100%.</p> <p>Дані для цього індикатора відображаються в ТБ-Реєстрі і включаються до звіту після завершення лікування ТБ, щоб включити всіх пацієнтів з ТБ, які почали АРТ в будь-який момент лікування ТБ.</p> <p>У закладах, які направляють пацієнтів з ТБ до ВІЛ-сервісних або до інших закладів, повинна бути система зворотного зв'язку щодо результатів такого перенаправлення (тобто почали пацієнти АРТ чи ні). Цю інформацію фіксують у ТБ-Реєстрі.</p> <p>Персонал, який надає лікування пацієнтам з ТБ, повинен мати інформацію про початок прийому ними АРТ; це дозволить надавати належну допомогу при побічних ефектах або проблемах, зумовлених взаємодією лікарських засобів.</p> <p>Пацієнти з ТБ можуть почати АРТ в будь-який момент лікування ТБ. Початок АРТ може відкладатися при несвоєчасному проведенні тестування на ВІЛ або з метою зниження ризику лікарської взаємодії, яка може виникати в інтенсивній фазі лікування ТБ.</p> <p>Слід використовувати такі методи збору даних, які дозволяють отримати дані щодо АРТ, початої в будь-який момент лікування ТБ.</p>
Джерела даних	Медична карта амбулаторного хворого (форма № 025/о). Контрольна карта диспансерного нагляду (форма № 030-1/о). Інформаційна система e-TB-Manager. Дані МІС ВІЛ.
Періодичність розрахунку	Щоквартально.
Інтерпретація та аналіз індикатора	<p>Індикатор оцінює, наскільки АРТ стала компонентом пакету допомоги, який пропонують ВІЛ-інфікованим пацієнтам з ТБ.</p> <p>Він також дозволяє оцінити доступність АРТ для ВІЛ-інфікованих пацієнтів з ТБ; наявність АРВ-препаратів та рівень уваги персоналу до питань АРТ у процесі рутинного надання допомоги; ефективність взаємодії служб ТБ і АРТ у ході перенаправлення, ведення та відстеження зареєстрованих пацієнтів з ТБ, які відповідають критеріям призначення АРТ.</p> <p>Індикатор не оцінює, чи отримують пацієнти належне лікування з використанням відповідної схеми, в який момент у процесі лікування ТБ пацієнти починають АРТ, їхню прихильність до лікування, якість моніторингу або подальшого нагляду.</p> <p>Індикатор також не дозволяє оцінити вплив АРТ на пацієнтів, які її отримують.</p> <p>Індикатор забезпечує отримання інформації про лікування ВІЛ-інфекції у ЛЖВ, хворих на ТБ.</p>

**8. Частка ЛВІН, які пройшли тестування на ВІЛ за останні 6 місяців і знають свої результати (вказаний індикатор застосовується у разі наявності інформації)**

Обґрунтування	Індикатор вимірює прогрес у здійсненні заходів із залучення до тестування на ВІЛ груп населення, які мають ризиковану щодо ВІЛ поведінку (зокрема ЛВІН).
Цільове значення	90%.
Чисельник	Кількість ЛВІН, які перебувають на обліку, пройшли тестування на ВІЛ за останні 6 місяців та отримали його результат.
Знаменник	Загальна кількість ЛВІН, які перебувають на обліку.
Методика розрахунку	Показник індикатора – це відношення чисельника до знаменника, помножене на 100%.
Джерела даних	Дані МІС ВІЛ, звітність ЗОЗ.
Періодичність розрахунку	Щоквартально.
Інтерпретація та аналіз індикатора	Індикатор використовується для прийняття рішень про ефективність заходів профілактики ВІЛ серед ЛВІН.

**9. Охоплення ЗПТ**

Обґрунтування	Оцінка прогресу в забезпеченні доступу людей з опіоїдною залежністю до ЗПТ.
Цільове значення	40% і вище.
Чисельник	Кількість людей з опіоїдною залежністю, які перебувають під медичним наглядом та отримують ЗПТ.
Знаменник	Кількість людей з опіоїдною залежністю, які перебувають під медичним наглядом .
Методика розрахунку	Показник індикатора – це відношення чисельника до знаменника, помножене на 100%.
Джерела даних	Медична карта амбулаторного хворого (форма № 025/о). Контрольна карта диспансерного нагляду (форма № 030-1/о).
Періодичність розрахунку	Щоквартально.
Інтерпретація та аналіз індикатора	Показник дозволяє визначити рівень охоплення людей з опіоїдною залежністю програмами ЗПТ та оцінити рівень їх доступу до ЗПТ, на підставі отриманих результатів – прийняти рішення щодо подальших зусиль із забезпечення своєчасного взяття на облік і надання ЗПТ для всіх, хто цього потребує.

**10. Утримання на ЗПТ через 6 місяців після її початку**

Обґрунтування	Індикатор оцінює прихильність до ЗПТ серед людей з опіоїдною залежністю.
Цільове значення	90%
Чисельник	Кількість людей з опіоїдною залежністю у звітній когорті, які продовжують отримувати ЗПТ через 6 місяців після її початку.
Знаменник	Кількість людей з опіоїдною залежністю, включених до когорти року, що передує звітному, в тому числі особи, які припинили прийом ЗПТ або померли.
Методика розрахунку	Показник індикатора – це відношення чисельника до знаменника, помножене на 100%.
Джерела даних	Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о). Контрольна карта диспансерного нагляду (форма № 030-1/о).
Періодичність розрахунку	Щоквартально.
Інтерпретація та аналіз індикатора	Безперервність ЗПТ є ключовим чинником її ефективності. Індикатор дозволяє визначити рівень утримання людей з опіоїдною залежністю на ЗПТ. Для аналізу відмінностей у значеннях індикатора в розрізі підгруп, ЗОЗ або регіонів необхідно враховувати статистику причин переривання ЗПТ.

### Додаток 3. Форма Індивідуального плану розвитку (ІПР) медпрацівника

<b>Прізвище, ініціали медпрацівника</b>	
<b>Посада</b>	
<b>Дата заповнення</b>	
<b>Функціонал/обов'язки у сфері ВІЛ-послуг, які підлягають опануванню та виконанню за результатами навчання</b>	

Заблановані навчальні заходи	Дата проведення	Відповідальний за проведення навчання	Очікуваний результат	Факт проведення навчання (так/ні, дата)	Оцінка за результатами навчання

## Додаток 4. Форма оцінки ефективності виконання додаткових обов'язків у сфері надання ВІЛ-послуг

**Інструкція:** форма містить стовпчик з автоматичним обрахунком (для зручності використання). Тому таблицю доцільно перенести у програму Microsoft Excel і у всіх рядках стовпчика 5 «Коефіцієнт виконання індикатора» поставити формулу відповідно до п. 7 Правил заповнення форми.

<b>Прізвище, ініціали медичного працівника</b>					
<b>Посада</b>					
<b>Період оцінки</b>					
<b>Функціонал/обов'язки у сфері ВІЛ-послуг, які підлягають оцінці</b>					
					Результат розраховується автоматично
<b>№ рядка</b>	<b>Індикатор оцінки ефективності виконання функціоналу/ обов'язків</b>	<b>Формула розрахунку показника</b>	<b>Очікуване значення</b>	<b>Фактичне значення</b>	<b>Коефіцієнт виконання індикатора</b>
	1	2	3	4	5
1	Відсоток робочого часу на виконання нових обов'язків у сфері ВІЛ-послуг	<b>Чисельник:</b> кількість годин на виконання нового функціоналу <b>Знаменник:</b> загальна кількість годин за звітний період			
2	Кількість пацієнтів, яким було надано ВІЛ-послуги в рамках нових обов'язків	Кількість пацієнтів, які отримали ВІЛ-послуги в рамках нового функціоналу за звітний період			
3	Середнє значення самооцінки медичним працівником та оцінки керівником ефективності виконання нових обов'язків	(самооцінка медпрацівником + оцінка керівника) / 2			
4	Самооцінка медпрацівником ефективності виконання своїх нових обов'язків у сфері ВІЛ-послуг	Оцінка ефективності виконання медпрацівником нових обов'язків у сфері ВІЛ-послуг	Нема потреби вносити		
5	Оцінка керівником ефективності виконання медпрацівником нових обов'язків у сфері ВІЛ-послуг	Оцінка керівником ефективності виконання медпрацівником нових обов'язків у сфері ВІЛ-послуг	Нема потреби вносити		
6	Сумарний коефіцієнт індикаторів оцінки ефективності виконання додаткового функціоналу				



## **Правила заповнення форми оцінки ефективності виконання додаткового функціоналу у сфері надання ВІЛ-послуг**

1. Дані вносять перед початком періоду, який оцінюється.
2. У формі наведено рекомендовані індикатори оцінки. Залежно від специфіки ЗОЗ та додаткових обов'язків медичного працівника у сфері ВІЛ-послуг, які підлягають оцінці, індикатори можуть змінюватися (за погодженням з керівництвом ЗОЗ).
3. Очікувані значення індикаторів (стовпчик 3) вносять до початку періоду, який оцінюється.
4. Фактичні значення індикаторів (стовпчик 4) вносять за результатами періоду оцінки.
5. Коефіцієнт виконання індикатора (стовпчик 5) розраховують як відношення фактичного значення до очікуваного.
6. Сумарний коефіцієнт індикаторів оцінки ефективності виконання додаткового функціоналу (рядок 6) – це середнє значення коефіцієнтів відповідних індикаторів.

## **Додаток 5. Рекомендації та алгоритм впровадження інструменту ощадливого менеджменту «Скринька для ідей/пропозицій у сфері надання ВІЛ-послуг»**

Необхідні ресурси:

- 1) скринька, в яку медпрацівники зможуть викидати заповнені бланки анкет з пропозиціями щодо покращення;
- 2) роздруковані бланки анкет для внесення медпрацівниками ідей та пропозицій щодо покращення у сфері надання ВІЛ-послуг.

Проект зі скриньок пропозицій впроваджується за такою процедурою:

### **1. Заповнення Анкети ідеї**

Для подання ідеї працівник заповнює бланк «Анкета ідеї» і викидає його у скриньку для ідей/пропозицій.

### **2. Попередня оцінка ідеї**

Ідея після її подання переходить на стадію попередньої оцінки та розгляду. Упродовж 72 годин варто надати зворотний зв'язок щодо можливих результатів розгляду ідеї:

**2.1. Ідею відхилено.** В цьому випадку слід обґрунтувати причини відхилення ідеї.

**2.2. Ідею прийнято.** В цьому випадку ідея переходить на наступний етап.

### **3. Реалізація ідеї**

У процесі реалізації ідея проходить такі стадії:

**Стадія 1. Ідею прийнято.** Ідею прийнято для докладного розгляду та аналізу. Таке рішення приймає керівництво ЗОЗ за погодженням з керівниками підрозділів.

**Стадія 2. Старт реалізації.** Визначено відповідальних та учасників для реалізації ідеї. Сформовано робочу групу, яка впроваджуватиме пропозицію. Важливо визначити лідера робочої групи.

**Стадія 3. Складання плану.** Сформовано план дій з реалізації ідеї, в якому визначено завдання, терміни, відповідальних.

**Стадія 4. Тестування.** Апробація пропозиції.

**Стадія 5. Ідею впроваджено.** Надання зворотного зв'язку щодо впровадження ідеї. Робоча група презентує результати впровадження пропозиції та отриманий ефект.

### **Визнання та винагорода**

Щокварталу варто проводити конкурс на найкращі ідеї, авторів яких важливо відзначити: висловити подяку на загальних зборах колективу, розмістити інформацію на Дошці пошани (або у формі «калеї зірок», куди буде почесно потрапити, тому що такої честі буде удостоєно тільки найкращих), вручити приємні подарунки. Командам, які стали найкращими за результатами впровадження ідей, можна купити частування на всіх, вручити грамоти.

### **Пропозиції підлягають розгляду, якщо вони відповідають таким критеріям:**

- результатом впровадження ідеї буде створення додаткової цінності або можливість скорочення видатків ЗОЗ;
- пропозиція містить практичні удосконалення у певній частині процесів організації або покращень для пацієнтів;
- пропозиція чітко сформульована і можлива для реалізації.

## Пропозиції не приймаються, якщо вони:

- виходять за межі повноважень працівника або стосуються його безпосереднього функціоналу та обов'язкові до виконання;
- стосуються питань, які вже перебувають на розгляді;
- стосуються особистих скарг або претензій;
- за своєю суттю суперечать корпоративній політиці.

## Анкета ідеї/пропозиції

<b>Проблема</b>			
<b>Опис ідеї (пропоноване рішення)</b>			
<b>Цільова аудиторія</b>	<input type="checkbox"/> Внутрішні клієнти <input type="checkbox"/> Пацієнти <input type="checkbox"/> Процеси <input type="checkbox"/> Підрядники <input type="checkbox"/> Інше (уточнити)		
<b>Вигода для ЗОЗ</b>			
<b>Фінансові інвестиції</b>			
<b>Необхідна допомога</b>			
<b>Бажана участь автора у процесі впровадження ідеї</b>			
<b>Прізвище, ініціали</b>	<b>Посада</b>	<b>Відділення</b>	<b>Дата подання ідеї</b>





