

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
15.06.2015 № 338
(у редакції наказу Міністерства
охорони здоров'я України
_____2022 № _____)

Міністерство охорони здоров'я України

**ПРОЕКТ
«ПОЛПШЕННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА
СЛУЖБИ У ЛЮДЕЙ»**

Операційний посібник проекту
(частина 1 Управління проектом)

Київ, 2022

ЗМІСТ

1. ПОЗНАЧЕННЯ ТА СКОРОЧЕННЯ	5-6
2. ВСТУП	7
3. ЗМІСТ	8
3.1. Мета	8
3.2. Сфера застосування	8-9
4. ВИЗНАЧЕННЯ	9-10
5. КОМПОНЕНТИ ПРОЕКТУ	10-10
5.1. Компонент 1: Удосконалення надання послуг на місцевому рівні	11
5.2. Компонент 2: Зміцнення урядування МОЗ у галузі охорони здоров'я	11-11
5.2.1. Розвиток електронної охорони здоров'я	12
5.2.2. Реформа системи фінансування	12-13
5.2.3. Громадське здоров'я	13
5.2.4. Інформація і комунікація	13
5.2.5. Розбудова спроможностей	14
5.3. Компонент 3: Підтримка впровадження, моніторинг і оцінювання Проекту	14-15
5.4. Компонент 4: Сприяння реформам у секторі охорони здоров'я	15
6. ГРАФІК ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОЕКТУ, ПЛАН ЗАХОДІВ ЩОДО РЕАЛІЗАЦІЇ ІНВЕСТИЦІЙНОГО ПРОЕКТУ	166
6.1. Складання ГВП та ПЗРП	16-16
6.2. Внесення змін до ПЗРП та ГВП	177
6.3. Звітність про виконання ПЗРП та ГВП	177
7. БЮДЖЕТ ПРОЕКТУ	18
8. УПРАВЛІННЯ ПРОЕКТОМ	18
8.1. Основні установи, що задіяні у Проекті	18-21
8.2. Загальна схема управління Проектом	211
8.3. Організація управління Проектом	211
8.3.1. Координатор Проекту	21-212
8.3.1.1 Відповідальні структурні підрозділи МОЗ	22-23
8.3.2. ГКПП	23-234
8.3.3. ГКП	255
8.3.4. ГУС	25-257
8.3.5. Реалізація заходів із виконання Проекту	27-279
8.3.6. Зберігання документації Проекту	29
8.3.6.1. Основні принципи	29
8.3.6.2. Система зберігання документації Проекту	29
8.3.6.3. Порядок отримання та зберігання документації, надання інформації на запити стосовно інформації та документації субпроекту визначається ГУС.	300
8.3.6.4. Вхідна документація МБРР	300
9. ІНФОРМАЦІЙНА СИСТЕМА УПРАВЛІННЯ ДОКУМЕНТООБІГОМ ПРОЕКТУ	300
10. МОНІТОРИНГ, ОЦІНЮВАННЯ ТА ЗВІТНІСТЬ	30
10.1. Діяльність Проекту та пов'язані з нею індикатори, впровадження індикаторів у систему моніторингу.	311
10.2. Типи показників системи моніторингу	31
10.3. Очікувані результати, вплив реалізації Проекту на поліпшення охорони здоров'я	322
10.4. Інституційний супровід системи МІОЗ	32-32
10.5. Опис індикаторів, методологія вимірювання та періодичність звітування	355
10.6. Індикатори досягнення ЦРП (PDO)	355
10.6.1. ЦРП №1 Рання діагностика раку шийки матки і раку молочної залози, що вимірюється як:	366-38
10.6.2. ЦРП № 2: Високий артеріальний тиск під контролем, що вимірюється часткою пацієнтів у віці 40-60 років, які досягають цільовий рівень артеріального тиску (вимірювання становить 140/90 мм рт. ст.)	38-39
10.6.3. ЦРП № 3: Покращена якість лікування (профілактика, рання діагностика та лікування) ССЗ в закладах первинної та вторинної медичної допомоги, що вимірюється як:	39-42
10.6.4. ЦРП № 4: Середня тривалість стаціонарного перебування у лікарнях	42-43

10.7. ПРОМІЖНІ РЕЗУЛЬТАТИ ПРОЕКТУ	43
10.7.1. Кількість медичних працівників та фахівців, що працюють в сфері охорони здоров'я, що пройшли тренінг в рамках роботи Проекту.	43-46
10.7.2. Медичні заклади реконструйовані, відреставровані та обладнані	466
10.7.3. Відсоток закладів первинної медичної допомоги, які відповідають нормам облаштування для покращеного лікування ССЗ (відповідно до конкретного переліку)	466-49
10.7.4. Кількість проведених процедур скринінгу раку:	49-50
10.7.5. Частка діагнозів гострого інфаркту міокарду з підйомом сегменту ST, підтверджених відповідно до належних протоколів за попередні 12 місяців.	50-51
10.7.6. Частка закладів первинної медичної допомоги, які мають структуровані школи здоров'я чи подібні ініціативи, що стосуються освітніх групових заходів, пов'язаних з основними факторами ризику виникнення неінфекційних захворювань (НІЗ).	51-52
10.7.7. Критичні стандарти електронної охорони здоров'я затверджені	52-53
10.7.8. Комунікаційна кампанія	53-54
10.7.9. Наявність лікарняних ліжок	544
10.7.10. Кількість областей, які в будь-якому визначеному році впровадили, принаймні, одну реформу підвищення ефективності	54-55
10.7.11. Частка бенефіціарів у областях, відібраних для проекту, які звітують про покращення доступу та якості цільових медичних послуг	55-56
10.8. Друга мета кластеру: вивчення доступу та якості медичних послуг, витрат домогосподарств на охорону здоров'я, громадської думки, експрес-оцінка чинної системи збору та використання даних та розробка Стратегії посилення та раціоналізації системи управління медичною інформацією.	566
10.9. Третя мета кластеру: посилення спроможності МОЗ та відібраних Областей щодо МіО.	566
10.10 Новий Компонент фінансування на основі результатів	57-60
11. ЕКОЛОГІЧНЕ ТА СОЦІАЛЬНЕ УПРАВЛІННЯ ПРОЕКТОМ	61
11.1. Порядок вирішення екологічних і соціальних питань	61
11.2. Розробка документації	61-62
11.3. Розгляд і затвердження	62
11.4. Реалізація	62
11.5. Моніторинг та звітність	62-63
11.6. Звітування про інциденти в екологічній та соціальній сфері	63
11.7. Інституційні механізми	63-65
11.8. Повноваження та напрямки роботи представника ГВП, що відповідає за соціальні та екологічні аспекти	65-66
11.9. Повноваження та напрямки роботи ГКПП	66
11.10. Механізм розгляду скарг	66-68
11.11. Розкриття інформації та консультації	68-70
Додаток 1	71
Графік впровадження субпроекту	71-72
Додаток 2	733
ЗВІТ про виконання плану заходів щодо реалізації інвестиційного проекту	73-734
ЗВІТ про виконання плану заходів щодо реалізації субпроекту	75-76
Додаток 3	77
Звіт про виконання Графіку впровадження проекту	77-78
Додаток 4	79
Загальна схема управління проектом	79
Додаток 5	80
Основні організаційні засади та вимоги до впровадження субпроектів в частині будівництва, реконструкції та ремонту об'єктів (приміщень) закладів охорони здоров'я в рамках першого компоненту проекту	80-84
Додаток 6	85
Матриця результатів та моніторинг	85-91
Додаток 7	922
Основні положення до проведення експертного дослідження медичної документації для індикаторів Матриці результатів	92-924
Додаток 8	955
Звіт щодо проведених навчань медичного персоналу	955-96
Додаток 9	97
Звіт щодо медичних закладів, реконструйованих, відреставрованих і обладнаних	97

Додаток 10	98
Звіт щодо закладів ПМД, які відповідають нормам облаштування для покращеного лікування ССЗ98	98-101
Додаток 11	1022
Звіт щодо наявності шкідл. здоров'я принаймні за одним типом НІЗ	1022
Додаток 12	1033
КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН ЗАХОДІВ, ПОВ'ЯЗАНИХ З МІОЗ ПРОЕКТУ	103-104
Додаток 13	1055
ТАБЛИЦІ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ЗБОРУ ДАНИХ, ПОВ'ЯЗАНИХ З МАТРИЦЕЮ РЕЗУЛЬТАТІВ	1055
Додаток 14	1066
Звіт за результатами моніторингу	106-112
Додаток 15	1133
РАМКОВІ ВИМОГИ ДО ЕКОЛОГІЧНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ	1133
ОСНОВНІ ПОЛОЖЕННЯ	114-1146
1. ОПИС ДІЯЛЬНОСТІ В РАМКАХ ПРОЕКТУ, ЯКА ВИМАГАЄ ЕКОЛОГІЧНОЇ ОЦІНКИ	1166-117
2. ПОЛІТИКИ, ПРАВИЛА ТА ПРОЦЕДУРИ ЕКОЛОГІЧНОЇ ОЦІНКИ УКРАЇНИ ТА МБРР	117
2.1. УКРАЇНСЬКЕ ЗАКОНОДАВСТВО, ЯКЕ РЕГУЛЮЄ ЕКОЛОГІЧНУ ОЦІНКУ	117
2.2. ПОПЕРЕДЖУВАЛЬНІ ПОЛІТИКИ МБРР	119-120
2.3. ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ПОПЕРЕДЖУВАЛЬНИХ ПОЛІТИК ТА УКРАЇНСЬКИХ НОРМ У СФЕРІ ЗАХИСТУ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА	1200
3. ПОТЕНЦІЙНІ ЕКОЛОГІЧНІ І СОЦІАЛЬНІ ВПЛИВИ ДІЯЛЬНОСТІ В РАМКАХ ПРОЕКТУ ОЗНСЛ	1211
3.1. ПОПЕРЕДНЯ ПЕРЕВІРКА/ВИЗНАЧЕННЯ ПОТЕНЦІЙНИХ ВПЛИВІВ НА НАВКОЛИШНЄ СЕРЕДОВИЩЕ	1211-122
3.2. ПОТЕНЦІЙНІ СОЦІАЛЬНІ ВПЛИВИ	1222
4. РАМКОВІ ВИМОГИ ДО ЕКОЛОГІЧНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ ПРОЕКТУ ОЗНСЛ	1222
4.1. ОГЛЯД РАМКОВИХ ВИМОГ ДО ЕКОЛОГІЧНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ	1223
4.2. ПЛАНИ ЕКОЛОГІЧНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ (ПЕМ) ТА ПЛАН ЕКОЛОГІЧНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ У ВИГЛЯДІ ПЕРЕВІРОЧНОГО СПИСКУ (ПЕМ-ПС)	1233-124
4.3. ЕКОЛОГІЧНИЙ МОНІТОРИНГ І ЗВІТНІСТЬ	12424
5. РОЗКРИТТЯ ІНФОРМАЦІЇ ТА КОНСУЛЬТАЦІЇ	1245
6. ДОДАТКИ ДО РАМКОВИХ ВИМОГ ДО ЕКОЛОГІЧНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ	1255
ДОДАТОК 15.1. ЗАГАЛЬНИЙ ОГЛЯД ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ У СФЕРІ ЗАХИСТУ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА	1255-128
ДОДАТОК 15.2. СПИСОК ЗАКОНОДАВЧИХ АКТІВ З ОХОРОНИ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА	12929-130
ДОДАТОК 15.3. ПЕРЕЛІК ВИДІВ ДІЯЛЬНОСТІ ТА ОБ'ЄКТІВ, ЩО СТАНОВЛЯТЬ ПІДВИЩЕНУ ЕКОЛОГІЧНУ НЕБЕЗПЕКУ (ВИТЯГ)	1311
ДОДАТОК 15.4. ПЛАН ЕКОЛОГІЧНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ У ВИГЛЯДІ ПЕРЕВІРОЧНОГО СПИСКУ (ПЕМ-ПС) ДЛЯ НЕВЕЛИКИХ БУДІВЕЛЬНИХ РОБІТ. ЧАСТИНА 1, ОПИС ДІЯЛЬНОСТІ	132
ДОДАТОК 15.5. ПЛАН ЕКОЛОГІЧНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ У ВИГЛЯДІ ПЕРЕВІРОЧНОГО СПИСКУ (ПЕМ-ПС) ДЛЯ НЕВЕЛИКИХ БУДІВЕЛЬНИХ РОБІТ. ЧАСТИНА 2, МОЖЛИВІ ВПЛИВИ	1344
ДОДАТОК 15.6. ПЛАН ЕКОЛОГІЧНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ У ВИГЛЯДІ ПЕРЕВІРОЧНОГО СПИСКУ (ПЕМ-ПС) ДЛЯ НЕВЕЛИКИХ БУДІВЕЛЬНИХ РОБІТ. ЧАСТИНА 3, ЗАХОДИ ПО ЗМЕНШЕННЮ ВПЛИВІВ	1355-136
ДОДАТОК 15.7. ПЛАН ЕКОЛОГІЧНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ У ВИГЛЯДІ ПЕРЕВІРОЧНОГО СПИСКУ (ПЕМ-ПС) ДЛЯ НЕВЕЛИКИХ БУДІВЕЛЬНИХ РОБІТ. ЧАСТИНА 4, МОНІТОРИНГ	13737
ДОДАТОК 15.8. ПЛАН ЕКОЛОГІЧНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ (ПЕМ)	13838
ДОДАТОК 15.9. ПЛАН ЗАХОДІВ ПО ЗМЕНШЕННЮ ВПЛИВІВ	13939
ДОДАТОК 15.10. ПЛАН МОНІТОРИНГУ	1400
ДОДАТОК 15.11. ПРОТОКОЛИ ГРОМАДСЬКИХ КОНСУЛЬТАЦІЙ	1411
ДОДАТОК 15.12. АЛГОРИТМ ФІКСУВАННЯ ТА УЗГОДЖЕННЯ ДОДАТКОВИХ РОБІТ ІЗ МБРР ТА/ЧИ ВІДПОВІДАЛЬНИМ ОРГАНОМ (ЗАМОВНИКОМ) ПІД ЧАС ВИКОНАННЯ РЕМОНТНО-БУДІВЕЛЬНИХ РОБІТ ТА ПРИ ПІДПИСАНОМУ ДОГОВОРІ ІЗ ПІДРЯДНИКОМ	1422-149
ДОДАТОК 15.13. РАМКОВИЙ ПЛАН З ПІДГОТОВКИ НА ВИПАДОК НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ	149-155

1. СКОРОЧЕННЯ ТА АБРЕВІАТУРИ

У Посібнику наведені такі скорочення та акроніми:

АТ	–	Артеріальний тиск
ВМД	–	Вторинна (спеціалізована) медична допомога
	–	
ГВС	–	Графік впровадження субпроекту
ГКП	–	Група координації Проекту (МОЗ)
ГКПП	–	Група консультативної підтримки Проекту (МОЗ)
ГУС	–	Група управління субпроектом
ДКСУ	–	Державна казначейська служба України
ДСГ	–	Діагностично-споріднені групи
ЗОЗ	–	Заклади охорони здоров'я
ІПВ	–	Індикатор прийнятих витрат ¹
ІСУД	–	Інформаційна система управління документообігом Проекту
КМУ	–	Кабінет Міністрів України
Консультант за кластером		Індивідуальний консультант за кластером другого або третього компонентів Проекту
МБРР	–	Міжнародний банк реконструкції та розвитку (Світовий банк)
Мінекономіки	–	Міністерство розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства України
Мінфін	–	Міністерство фінансів України
МіОЗ	–	Моніторинг, оцінка та звітність
Місцеві органи охорони здоров'я	–	Структурні підрозділи райдержадміністрацій та органів місцевого самоврядування з питань охорони здоров'я
МОЗ	–	Міністерство охорони здоров'я України
НКР	–	Національний канцер-реєстр
НСЗУ	–	Національна служба здоров'я України ²
ОВНС	–	Оцінка впливу на навколишнє середовище – процес і документ з оцінки впливу на навколишнє середовище
ОДА	–	Обласні державні адміністрації областей – учасників Проекту
ОЕВ	–	Оцінка екологічних впливів
ОПП	–	Операційний посібник проекту
ПВК	–	Показники використання коштів ³

¹ «ІПВ» або «Індикатор прийнятих витрат» означає частину бюджетних асигнувань Позичальника за відповідними бюджетними програмами, переглянутими Рахунковою палатою України, за звітні періоди.

² «НСЗУ» або «Національна служба здоров'я України» означає національне агентство Позичальника, відповідальне за закупівлю медичних послуг.

ПЕМ	–	План екологічного менеджменту
ПЕМ-ПС	–	План екологічного менеджменту у вигляді перевірного списку
ПЗРП	–	План заходів з реалізації Проекту
ПЗРС	–	План заходів з реалізації субпроекту
ПМД	–	Первинна медична допомога
Проект	–	Проект «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей», що фінансується за рахунок коштів Міжнародного банку реконструкції та розвитку та співфінансування за рахунок коштів місцевих бюджетів
РВЕМ	–	Рамкові вимоги до екологічного менеджменту
Регіон	–	Основна адміністративно-територіальна одиниця України, що становить територіальну основу для організації та функціонування місцевих органів влади та органів місцевого самоврядування
Розпорядники коштів субвенції	–	Розпорядники коштів субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на реформування регіональних систем охорони здоров'я для здійснення заходів з реалізації спільного з МБРР Проекту
РП		Рахункова палата України ⁴
ТМД	–	Третинна (високоспеціалізована) медична допомога
Структурні підрозділи ОДА з питань ОЗ	–	Структурні підрозділи обласних державних адміністрацій з питань охорони здоров'я
ССЗ	–	Серцево-судинні захворювання
ЦРП	–	Цілі реалізації Проекту
ІДЦ (PDO)	–	Індикатори досягнення цілей реалізації Проекту

³ «ПВК» або «Показники використання коштів» означає стосовно Категорії 6 показник, пов'язаний із зазначеною Категорією, як зазначено далі у Додатковій статті 5.

⁴ «Рахункова палата України» означає контролюючий орган, який здійснює контроль за використанням бюджетних коштів Позичальником або будь-якого його наступника, прийнятого для Банку.

2. ВСТУП

Проект «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей» (далі – Проект) фінансується за рахунок коштів Міжнародного банку реконструкції та розвитку (далі – МБРР) та співфінансування за рахунок коштів місцевих бюджетів.

Основна мета Операційного посібника проекту (далі – ОПП) – встановити відповідні процедури управління Проектом, а також визначити технологію і послідовність його впровадження.

Посібник має сприяти ефективному виконанню заходів Проекту, визначити загальні стандарти здійснення операцій, забезпечити їх універсальність та прозорість, сприяти професійній підготовці спеціалістів, а також допомагати персоналу учасників проекту в процесі прийняття рішень. Якщо ОПП не визначає певної процедури, яка виявиться необхідною в ході впровадження Проекту, Міністерство охорони здоров'я України (далі – МОЗ) вживає заходів щодо її визначення, узгодження з МБРР і згодом оновлення ОПП.

МОЗ впроваджуватиме Проект відповідно до умов та положень Угоди про позику від 19 березня 2015 року № 8475-UA (далі – Угода про позику), підписаної між Україною і МБРР. В Угоді про позику чітко прописана необхідність виконання проекту відповідно до положень ОПП та вимог Групи МБРР, викладених у «Керівництві із протидії корупції» (посилання: Угода про позику, Додаткова стаття 2, розділи В і С).

Дії МОЗ регулюються положеннями Угоди про позику, постановами Кабінету Міністрів України від 05.09.2007 №1090 «Деякі питання виконання бюджетних програм, спрямованих на реалізацію проектів економічного та соціального розвитку, які підтримуються Міжнародним банком реконструкції та розвитку», від 27.01.2016 № 70 «Про порядок підготовки, реалізації, проведення моніторингу та завершення реалізації проектів економічного і соціального розвитку України, що підтримуються міжнародними фінансовими організаціями», від 27.05.2015 № 350 «Про затвердження Порядку та умов надання субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на реформування регіональних систем охорони здоров'я для здійснення заходів із виконання спільного з Міжнародним банком реконструкції та розвитку проекту «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей», Договором про безповоротну передачу коштів позики між Міністерством фінансів України та Міністерством охорони здоров'я України стосовно використання коштів, наданих Україні Міжнародним банком реконструкції та розвитку, Субсидіарними угодами за обласними субпроектами між МОЗ та обласними державними адміністраціями областей – учасників Проекту (далі – ОДА) та Вінницькою міською радою, законодавством України. Будь-які подальші зміни до зазначених документів автоматично стають обґрунтованими та набувають чинності для проекту «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей». Національні та субнаціональні домовленості не підміняють собою угоду з Банком.

3. ЗМІСТ

3.1. Мета

У першій частині ОПП наведено опис загальної стратегії і структури управління Проектом, компонентів, інституційної основи та очікуваних результатів впровадження Проекту.

У цій частині визначено й деталізовано процеси управління Проектом для досягнення кінцевої мети в умовах оптимізованого використання часу, оптимізації процесів якості, фінансових та людських ресурсів.

Процедури закупівель товарів, робіт та послуг визначені в другій частині ОПП.

У третій частині ОПП визначено порядок використання коштів Проекту. Вона містить опис системи управління фінансами, процедур бухгалтерського обліку, особливостей роботи з рахунками Проекту, порядку фінансової та бухгалтерської звітності, а також планування, складання бюджету та фінансового контролю.

3.2. Сфера застосування

Документ призначений для управління Проектом та розробки його систем і документів. Документ є обов'язковим для використання та дотримання МОЗ, державними адміністраціями регіонів та їх структурними підрозділами, органами місцевого самоврядування та установами і закладами охорони здоров'я, задіяними у реалізації Проекту.

МОЗ у процесі впровадження Проекту здійснює взаємодію:

- у рамках реалізації першого компоненту Проекту – зі структурними підрозділами з питань охорони здоров'я Вінницької, Волинської, Дніпропетровської, Закарпатської, Запорізької, Львівської, Полтавської і Рівненської обласних державних адміністрацій, а також інших обласних державних адміністрацій у разі, якщо такі будуть розглянуті та включені до Проекту у майбутньому; зі структурними підрозділами з питань капітального будівництва Волинської, Дніпропетровської і Рівненської обласних державних адміністрацій; з Департаментом капітального будівництва Вінницької міської ради; органами місцевого самоврядування та закладами охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) областей – учасників проекту;

- у рамках реалізації кластеру «Громадське здоров'я» другого компоненту Проекту – зі структурними підрозділами з питань охорони здоров'я усіх регіонів України, у тому числі Вінницької, Волинської, Дніпропетровської, Закарпатської, Запорізької, Львівської, Полтавської і Рівненської обласних державних адміністрацій; органами місцевого самоврядування та ЗОЗ Вінницької, Волинської, Дніпропетровської, Закарпатської, Запорізької, Львівської, Полтавської і Рівненської областей;

- у рамках реалізації кластерів «Розвиток електронної охорони здоров'я», «Реформа системи фінансування», «Інформація і комунікація», а також «Розвиток

спроможностей» другого компоненту Проекту та у рамках реалізації третього компоненту Проекту – зі структурними підрозділами з питань охорони здоров'я облдержадміністрацій всіх регіонів України, Департаментом охорони здоров'я міста Києва, органами місцевого самоврядування та ЗОЗ;

– з державними органами, установами, громадськими та міжнародними організаціями, яким буде надано можливість внести свої зауваження і пропозиції стосовно Проекту та взяти безпосередню участь у вирішенні або реалізації окремих питань.

4. ВИЗНАЧЕННЯ

Терміни, використовувані у Посібнику, мають такі значення:

Графік впровадження субпроекту (ГВС) – це керівний документ, який містить основні положення субпроекту, виражені через його заходи, строки їх реалізації, джерела фінансування, планову вибірку коштів, відповідність заходу показникам результативності Проекту.

Група консультативної підтримки Проекту МОЗ (ГКПП) – група індивідуальних консультантів, які працюють за договорами з МОЗ та відповідають за повсякденне управління реалізацією Проекту та за технічну допомогу у рамках Проекту.

Група координації проекту МОЗ (ГКП) – утворений МОЗ наглядовий орган, з яким будуть проводитись консультації та який ухвалюватиме стратегічні рішення стосовно Компонентів 2, 3 та 4 Проекту.

Групи управління субпроектом (ГУС) – координаційні органи, утворені Вінницькою, Волинською, Дніпропетровською, Закарпатською, Запорізькою, Львівською, Полтавською і Рівненською облдержадміністраціями, а також інших обласних державних адміністрацій у разі, якщо такі будуть розглянуті та включені до Проекту у майбутньому, що здійснюють загальне управління, координацію та моніторинг виконання заходів субпроектів першого компоненту Проекту.

Завершення Проекту – закінчення, закриття Проекту. Завершальна фаза Проекту, складання остаточної звітності з Проекту, проведення заключного аудиту і складання документації, що відображає стан Проекту на дату його завершення.

Зацікавлені сторони – учасники Проекту, юридичні або фізичні особи, що реально беруть участь у Проекті або мають істотний вплив на Проект.

Зовнішні зацікавлені сторони Проекту – це міністерства та відомства, установи, громадські та міжнародні організації, яким надано право вносити свої зауваження та пропозиції стосовно Проекту.

Внутрішні зацікавлені сторони Проекту – це МОЗ, державні адміністрації регіонів та їх структурні підрозділи, органи місцевого самоврядування та установи і заклади охорони здоров'я, задіяні у реалізації Проекту.

Консультанти за субпроектом – індивідуальні консультанти, що працюють за договорами із структурними підрозділами охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, задіяних у реалізації відповідних субпроектів, та надають консультаційні послуги відповідно до укладених договорів у рамках першого компоненту Проекту.

Координатор Проекту – призначений заступник Міністра, уповноважений Міністром охорони здоров'я України забезпечувати організацію, нагляд і контроль за роботою з реалізації Проекту, підписувати документи, пов'язані з реалізацією Проекту. Координатор проекту несе персональну відповідальність за його реалізацію. Зазначений заступник Міністра може делегувати деякі пов'язані з Проектом обов'язки щодо реалізації Проекту керівникам структурних підрозділів МОЗ.

Координатор субпроекту – керівник ГУС, уповноважений головою ОДА забезпечувати організацію, нагляд і контроль за роботою з реалізації субпроекту, підписувати документи, пов'язані з реалізацією субпроекту. Координатор субпроекту несе персональну відповідальність за його реалізацію.

Координатор проекту (ГКПП) – індивідуальний консультант, залучений за договором з МОЗ, відповідальний за повсякденну підтримку управління за Компонентами 2, 3, та 4; консультаційну та координаційну підтримку Компонента 1; загальну координацію заходів Проекту.

План заходів щодо реалізації інвестиційного проекту (ПЗРП) – зведений керівний документ, який містить основні положення Проекту, виражені через його заходи, строки їх реалізації, джерела фінансування, планову вибірку коштів на відповідний рік,.

План заходів щодо реалізації інвестиційного проекту у частині субпроекту (ПЗРС) – зведений керівний документ, який містить основні положення субпроекту, виражені через його заходи, строки їх реалізації, джерела фінансування, планову вибірку коштів на відповідний рік.

Продукт Проекту – кінцевий продукт або кінцевий результат Проекту, який відображає втілення основної мети Проекту. В даному випадку продуктом Проекту є досягнення його цілей, визначених в Матриці результатів.

«Керівництво із протидії корупції» - це розроблене Групою Світового банку «Керівництво щодо запобігання шахрайству й корупції та їх подолання в проектах, що фінансуються за рахунок позик МБРР та кредитів і грантів МАР», затверджене 15 жовтня 2006 року та переглянуте в січні 2011 року та в липні 2016 року.

5. КОМПОНЕНТИ ПРОЕКТУ

Проект має два ключові напрямки, визначені Метою реалізації проекту: покращення якості медичних послуг у вибраних Областях, із особливим акцентом на первинній і вторинній профілактиці серцево-судинних захворювань і раку, та підвищення ефективності системи охорони здоров'я. Перший спрямований на

поліпшення надання послуг з охорони здоров'я на обласному рівні, оскільки більшість послуг в Україні зараз є децентралізованими. Другий передбачає посилення спроможності МОЗ виконувати свою керівну роль у розробленні політики в галузі охорони здоров'я, а також у моніторингу, визначенні критеріїв розподілу ресурсів, громадському здоров'ї та управлінні інформацією.

Для досягнення вищевказаних цілей Проект підтримує реалізацію наступних чотирьох компонентів:

5.1. Компонент 1: Удосконалення надання послуг на місцевому рівні

Компонент 1 підтримує реформу охорони здоров'я у 8 обраних регіонах (Вінницька, Волинська, Дніпропетровська, Закарпатська, Запорізька, Львівська, Полтавська і Рівненська області), а також в інших регіонах у разі, якщо такі будуть розглянуті та включені до Проекту у майбутньому.

У рамках загальної пріоритетної мети вдосконалення профілактики й лікування неінфекційних хвороб та пов'язаного з цим зміцнення механізмів надання послуг в областях необхідно буде реалізувати пріоритетні заходи щодо: 1) поліпшення первинної медичної допомоги (далі – ПМД) загалом; 2) боротьби із серцево-судинними захворюваннями (далі – ССЗ) на первинному рівні; 3) боротьби із ССЗ на вторинному рівні; 4) раннього виявлення та лікування раку; 5) раціоналізації системи лікарень та урядування в ній.

Заходи Компонента 1 реалізовуватимуться згідно із ПЗРС, ГВСП та Планами закупівель субпроектів.

У рамках цього компоненту, зокрема, буде підтримано заходи щодо:

- покращення результатів роботи обраних ЗОЗ області з точки зору доцільності, ефективності та якості їх послуг;
- впровадження сучасних управлінських підходів, методів та інструментів, у тому числі застосування сучасного медичного обладнання;
- поліпшення структури і функціональної працездатності ЗОЗ;
- підвищення потенціалу системи ОЗ щодо запобігання, лікування і контролю за найбільш важливими захворюваннями, причинами смертності та інвалідності в країні.

Цей компонент, серед іншого, передбачає фінансування будівництва, реконструкції, капітального та поточного ремонту об'єктів і приміщень комунальних ЗОЗ, та інших об'єктів комунальної власності територіальних громад, на базі яких буде створено ЗОЗ, придбання необхідного обладнання та меблів.

5.2. Компонент 2: Зміцнення урядування МОЗ у галузі охорони здоров'я

Компонент 2 спрямований на поліпшення управління системою ОЗ та впроваджується на рівні МОЗ.

Метою компонента є зміцнення стратегічного управління системою ОЗ та забезпечення МОЗ належної координації діяльності на регіональному рівні.

Цей компонент передбачає підтримку інформатизації галузі ОЗ, впровадження нових методів фінансування, розбудову системи громадського здоров'я, розбудову організаційного потенціалу (в тому числі через створення та розбудову підпорядкованих МОЗ організацій та підприємств), інформаційно-комунікаційний супровід реформи системи ОЗ.

Компонент охоплює такі кластери:

5.2.1. Розвиток електронної охорони здоров'я

У рамках цього кластеру заплановано такі заходи:

- створення умов для розвитку електронної охорони здоров'я (далі – eHealth), у тому числі відповідних інституційних засад, навчання персоналу; розробка нових та адаптація міжнародних стандартів, правил та нормативно-правових актів з eHealth, переведенням медичної та звітної документації у сфері ОЗ у електронну форму;
- впровадження базових інформаційних систем eHealth (центральний рівень), розробка та впровадження базових довідкових реєстрів центрального рівня.

Реалізація зазначеного вище дасть можливість підвищити ефективність планування в системі ОЗ шляхом скорочення термінів збирання достовірної статистичної інформації; підвищення безпеки пацієнта шляхом мінімізації помилок при зборі та обробці даних, пов'язаних з людським фактором; здійснювати безперервний моніторинг процесів, пов'язаних з соціальним і медичним забезпеченням населення; підвищення ефективності використання фінансових та матеріальних ресурсів в ОЗ, ефективне управління програмою державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення.

5.2.2. Реформа системи фінансування

Зокрема, у рамках цього кластеру плануються такі заходи:

- створення інституційних засад для реалізації національного проекту з розробки системи діагностично-споріднених груп (далі – ДСГ) на основі Австралійського групувальника ДСГ (АГ-ДСГ) та технічної підтримки її подальшого розвитку;
- підтримка формування законодавчих засад для запровадження в Україні системи ДСГ та механізму фінансування ЗОЗ, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу (далі – ВМД) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу (далі – ТМД), на базі системи ДСГ;
- формування навичок та вмінь персоналу, який буде впроваджувати систему ДСГ в Україні;
- проведення пілотного проекту із впровадження системи ДСГ на основі Австралійського групувальника ДСГ;
- підтримка впровадження системи ДСГ у всіх державних та комунальних ЗОЗ України, що надають ВМД та ТМД;

– підтримка у поступовому переході на фінансування ЗОЗ, які надають ВМД та ТМД населенню, на основі системи ДСГ

Підтримка Національної служби здоров'я (НСЗУ) в рамках переходу на фінансування ЗОЗ на основі нової системи, зокрема встановлення технічних засобів та запровадження інформаційних систем для .

Реалізація зазначених вище заходів сприятиме запуску нової моделі фінансування для ВМД та ТМД в Україні на основі договірних відносин із ЗОЗ під час закупівлі послуг.

5.2.3. Громадське здоров'я

У рамках цього компоненту, зокрема, буде підтримано заходи:

розробка належної політики та стратегії, спрямованих на зміцнення системи громадського здоров'я (ГЗ) в Україні;

забезпечення персоналу, який працює у новій інституційній архітектурі системи ГЗ, можливостями для підвищення рівня компетентності та розвитку потенціалу;

удосконалення механізмів моніторингу та контролю нової системи ГЗ за факторами ризику та тягарем хвороб;

надання допомоги персоналу первинної ланки медико-санітарної допомоги в упровадженні нових підходів до пропагування здорового способу життя, профілактики та зменшення факторів ризику виникнення неінфекційних та інших хвороб;

забезпечення працівників первинної ланки медико-санітарної допомоги можливостями для вдосконалення діяльності, спрямованої на роботу з населенням на рівні територіальних громад;

протидії поширенню епідемії COVID-19 (закупівля необхідних матеріалів та обладнання)

Реалізація зазначеного вище дасть можливість знизити тягар захворюваності, смертності та інвалідності, пов'язаний з інфекційними та неінфекційними захворюваннями, шляхом посилення послуг охорони громадського здоров'я на національному та регіональному рівнях в Україні.

5.2.4. Інформація і комунікація

Ці заходи підтримуватимуть проведення інформаційно-просвітницьких кампаній, пов'язаних з реформою системи ОЗ в Україні, зокрема, підготовку та проведення кампанії інформування громадськості (з використанням теле- та радіоефірного часу, соціальних медіа, тощо), друк публікацій, виготовлення інформаційних матеріалів, проведення прес-конференцій та круглих столів з питань реформи системи ОЗ в Україні, проведення опитування громадської думки серед цільових груп та населення загалом.

5.2.5. Розбудова спроможностей

Завданням кластеру є розбудова спроможних інституцій як на центральному так і на регіональному рівні; створення сприятливих умов та надання безпосередньої допомоги у розвитку спроможності для індивідуального, організаційного та інституційного зростання клієнтів, консультантів та зацікавлених сторін проекту задля досягнення цілей реалізації проекту.

Допомога буде надана різним цільовим групам проекту, в тому числі:

- особи/інституції, які приймають рішення (Міністерство охорони здоров'я України, Національна служба здоров'я України, ДП «Електронне здоров'я», обласні та місцеві адміністрації (Департаменти охорони здоров'я)
- надавачі послуг (медичні працівники)
- спільноти (пацієнтські і професійні)

Допомога у формуванні належних функцій та структурних підрозділів, розвитку та управлінні надається у форматі семінарів, тренінгів, воркшопів, тренінгів для тренерів, національних конференцій, навчальних візитів, он-лайн навчання, індивідуальних і групових консультацій та менторства тощо. Основним фокусом навчальних заходів є розвиток управлінських та лідерських навичок, покращення надання медичних послуг.

Кластер також підтримує діяльність із залучення громадян до реформи, включаючи:

- залучення громадян до прийняття рішень в охоплених проектом районах
- моніторинг скарг та звернень, забезпечення реалізації політики Банку щодо захисту громадян
- надання підтримки в розробленні та впровадженні ефективної системи управління скаргами для установ та закладів охорони здоров'я

5.3. Компонент 3: Підтримка впровадження, моніторинг і оцінювання Проекту

Цей компонент охоплює заходи з надання підтримки впровадженню Проекту, у тому числі заходи з управління Проектом; координації центральних та регіонального компонентів і міжсекторальної координації; моніторингу, оцінки та звітності Проекту (далі – МіОЗ).

У рамках цього компоненту надається технічна підтримка МОЗ та областям включно з необхідним технічним аудитом ключових заходів та інвестицій Проекту. Технічна підтримка здійснюється Групою консультаційної підтримки проекту (далі – ГКПП) – групою відібраних за правилами та процедурами МБРР консультантів.

Враховуючи необхідність постійного управління Проектом та забезпечення координації діяльності у регіонах, у рамках компоненту передбачається матеріально-технічна підтримка управління Проектом.

Щорічний аудит Проекту здійснюється акредитованою компанією, відібраною за правилами та процедурами МБРР.

Враховуючи те, що Проект охоплює багатосекторальні заходи, включаючи фінансові питання, закупівлі, реалізацію освітніх заходів та заходів, пов'язаних з клінічними та організаційними аспектами надання медичної допомоги, тощо, а також географічну розпорошеність запланованих заходів (у відібраних областях, на загальнонаціональному рівні, у відібраних ЗОЗ, тощо), з метою координації та оцінки вчасності та успішності впровадження запланованих заходів, є необхідність в реалізації комплексу заходів з МіОЗ Проекту.

У рамках цього компоненту заходи поділяються на кілька напрямів:

- збір, узагальнення та аналіз інформації для показників, включених до Матриці результатів Проекту;

- отримання поточної інформації від ГУС та консультантів за другим та третім компонентами Проекту, відслідковування поступу в реалізації Проекту за всіма частинами та в цілому, а також подання зведеної інформації та/або звітів Координатору Проекту, ГУС, МОЗ, іншим центральним органам виконавчої влади тощо; – методологічна та організаційна допомога областям у тому, що стосується збору даних для загальної Матриці результатів Проекту, а також проведення соціологічних та будь-яких інших заходів, що пов'язані з МіОЗ, проте не мають безпосереднього відношення до Матриці результатів Проекту.

Першочерговими завданнями у рамках цього компоненту є збір та аналіз результатів виконання Проекту, визначення ступеню досягнення індикаторів, зафіксованих у Матриці результатів, для оцінки всіх субпроектів та компонентів, а також Проекту в цілому.

5.4. Компонент 4: Сприяння реформам у секторі охорони здоров'я

Цей компонент забезпечує безпосередню підтримку поточної реформи охорони здоров'я.

Фінансування в рамках цього компонента передбачає реімбурсацію програм прийнятних витрат (бюджетних програм), які здійснюються НСЗУ, з метою подальших реформ у сфері первинної медико-санітарної допомоги, підготовки та запуску реформи системи фінансування спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги (госпітальний сегмент) та посилення захисту населення, здійснення заходів щодо протидії поширенню гострої респіраторної хвороби COVID-19 в Україні.”

У рамках цього компонента після досягнення конкретних показників (див. показники моніторингу результатів Проекту) та перевірки їх досягнення Банком, кошти з рахунку позики перераховуватимуться в загальний фонд державного бюджету для фінансування витрат на подальшу підтримку реалізації реформи системи охорони здоров'я.

6. ГРАФІК ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОЕКТУ, ПЛАН ЗАХОДІВ ЩОДО РЕАЛІЗАЦІЇ ІНВЕСТИЦІЙНОГО ПРОЕКТУ

Проект реалізовуватиметься:

Дніпропетровська, Запорізька, Закарпатська, Волинська, Полтавська, Львівської та Рівненська обласні державні адміністрації здійснюють реалізацію субпроектів у частині компоненту I Проекту відповідно до заключених з МОЗ субсидіарних угод.

Вінницька обласна державна адміністрації та Вінницька міська рада здійснюють реалізацію субпроекту у частині компоненту I Проекту до 31 березня 2024 року.

МОЗ України здійснює реалізацію заходів за Компонентами 2, 3, 4 до 31 березня 2024 року.

Для здійснення координації робіт за Проектом/субпроектами з 30 вересня 2020 року по 31 березня 2024 року на рівні МОЗ України та ОДА будуть збережені (у складі прийнятому Світовому банку) ГКПП та Групи управління субпроектами, включаючи індивідуальних консультантів.

6.1. Складання ПЗРП, ПЗРС та ГВС

Для забезпечення моніторингу статусу реалізації субпроектів ГУС складають Графіки впровадження субпроектів (ГВС), які затверджуються Координаторами субпроектів та надсилаються МОЗ (ГКПП).

Форма ГВС наведена в Додатку 1.

Відповідно до вимог Додатку 7 до Порядку підготовки, реалізації, проведення моніторингу та завершення реалізації проектів економічного і соціального розвитку України, що підтримуються міжнародними фінансовими організаціями, затвердженого постановою КМУ від 27 січня 2016 року № 70 із послідовними змінами, МОЗ на кожен рік реалізації Проекту складає ПЗРП. ПЗРП після погодження ГКП затверджується Координатором Проекту. Копія ПЗРП подається до Мінфіну.

ПЗРП складається у розрізі субпроектів відповідно до ПЗРС та кластерів другого, третього та четвертого компонентів Проекту.

ПЗРС на кожен рік реалізації Проекту за вищевказаною формою складаються ГУС на підставі Планів закупівель субпроектів, мають бути затверджені Координаторами субпроектів та до 10 січня поточного року надіслані МОЗ (ГКПП).

МОЗ забезпечує виконання ПЗРП.

ГУС забезпечують виконання ПЗРС та ГВС у межах відповідних обласних субпроектів.

Поступ в реалізації Проекту обговорюється на щорічному (щопіврічному) семінарі під головуванням заступника міністра – Координатора Проекту, за участю команди МБРР, ГУС, всіх зацікавлених сторін Проекту. Також під час

Відформатовано: українська

Відформатовано: українська

семінару, в разі необхідності, проводяться навчальні сесії/тренінги з тематики, пов'язаної з Проектом.

6.2. Внесення змін до ПЗРП, ПЗРС та ГВС

Впродовж терміну виконання Проекту до ГВС, у разі необхідності, можуть вноситися зміни на підставі пропозицій, поданих внутрішніми та зовнішніми зацікавленими сторонами Проекту та відповідно до оновлених Планів закупівель субпроектів, погоджених МБРР та затверджених ГУС. Щорічні (щопіврічні) семінари вважаються платформою для обговорень питань щодо внесення ключових змін до ГВС.

ГВС зі змінами затверджується Координатором субпроекту та подається МОЗ (ГКПП) до 10 січня наступного року.

Зміни до ПЗРС та ПЗРП можуть вноситися впродовж року у випадку внесення змін до Планів закупівель субпроектів та Планів закупівель центральних компонентів проекту МОЗ.

ПЗРС зі змінами затверджується Координатором субпроекту та подається МОЗ (ГКПП). Зміни до ПЗРП у частині субпроектів та центральних компонентів Проекту затверджуються Координатором проекту.

6.3. Звітність про виконання ПЗРП, ПЗРС та ГВС

ГУС щокварталу до 5-го числа наступного місяця подають МОЗ (ГКПП) у електронному вигляді скановану копію звіту про виконання ПЗРС та аналітичну інформацію до нього за формою додатку 2.

Узагальнений звіт про виконання ПЗРП формується ГКПП на базі відповідних звітів про виконання субпроектів та інформації про виконання заходів центральних компонентів Проекту, та передається на затвердження Координатору Проекту.

Після затвердження Координатором Проекту Звіт про виконання ПЗРП разом з узагальненою аналітичною інформацією про основні результати, досягнуті у звітному періоді, та інформацією про досягнення показників результативності Проекту надсилається МОЗ центральним органам виконавчої влади у визначеному законодавством порядку.

ГУС щорічно до 25-го числа наступного за звітним роком місяця подають МОЗ (ГКПП) у електронному вигляді скановану копію звіту про виконання ГВС за формою додатку 3.

МОЗ подає до 30 числа місяця, що настає за кожним півріччям, Міністерству закордонних справ України інформацію про стан виконання Угоди про позику між Україною та МБРР.

7. БЮДЖЕТ ПРОЕКТУ

Проект буде реалізовано з використанням інвестиційної позики МБРР у розмірі 214,73 млн. дол. США та плюс, щонайменше, 10% від суми позики на реалізацію субпроектів за рахунок співфінансування з місцевих бюджетів.

Загальна сума і розподіл витрат на Проект визначена Планами закупівель субпроектів та Планами закупівель центральних компонентів Проекту, ГВС.

Розподіл бюджету Проекту між кластерами Компонентів 2 і 3 Проекту може змінюватися в ході реалізації Проекту. Відповідні зміни будуть відображені в оновленому Плані закупівель.

Внесення змін до розподілу бюджету між областями в рамках Компонента 1 вимагає внесення змін до Угоди про позику.

8. УПРАВЛІННЯ ПРОЕКТОМ

8.1. Основні установи, що задіяні у Проекті

МОЗ

Інституційні механізми та механізми впровадження Проекту більшою мірою відображають існуючі інституції. Як орган державної влади, відповідальний за розробку політики у галузі ОЗ, МОЗ несе загальну відповідальність за реалізацію Проекту.

МОЗ забезпечує дотримання строків реалізації Проекту, досягнення відповідних показників результативності, визначених у Матриці результатів Проекту, Угоді про позику, налагоджує ефективну взаємодію з ОДА та розпорядниками коштів субвенції, забезпечує у межах своїх повноважень виконання зобов'язань, узятих за Угодою про позику та Субсидіарними угодами, а також дотримання процедур, визначених постановою КМУ від 27 січня 2016 р. № 70 та документами МБРР, на які є посилання в Угоді про позику.

У межах Проекту МОЗ безпосередньо або через ГКП, ГКПП і ГУС забезпечує:

1) управління Проектом, спрямоване на досягнення запланованих результатів, зокрема:

розробку та реалізацію ПЗРП, ГВС, моніторинг реалізації Проекту;

вжиття заходів для своєчасної та ефективної реалізації Проекту, досягнення визначених показників результативності, усунення причин зволікання та розв'язання проблем у ході реалізації Проекту;

підготовку звітів про реалізацію Проекту;

2) управління бюджетом Проекту, зокрема:

підготовку запитів до МБРР на одержання коштів позики і запитів на одержання таких коштів з відповідних рахунків;

цільове використання коштів;

підготовку фінансових звітів, ведення бухгалтерського обліку, зберігання фінансових та інших документів, необхідних для проведення аудиту Проекту;

організацію проведення аудиту Проекту;

3) організацію закупівлі товарів (робіт, послуг), зокрема:
підготовку змін до Планів закупівлі товарів (робіт, послуг) та її проведення згідно з Угодою про позику і ПЗРП;
підготовку договорів (контрактів) згідно з вимогами МБРР, моніторинг та контроль реалізації договорів (контрактів);
створення і забезпечення функціонування Комісії з відбору консультантів, товарів, робіт та неконсультаційних послуг для організації та проведення процедури закупівель товарів (робіт, послуг), визначених Планами закупівлі другого та третього компонентів Проекту.

У реалізації заходів за Компонентами 2 і 4 Проекту приймають участь НСЗУ та Центр громадського здоров'я України.

МОЗ відповідає за:

здійснення загальної координації заходів за Проектом на загальнодержавному та місцевому рівнях для забезпечення їх відповідності цілям реалізації Проекту (далі – ЦРП);
комунікацію з МБРР, Мінфіном, Мінекономіки, а також іншими органами державної влади задля забезпечення виконання Проекту;
виконання зобов'язань у рамках Субсидіарних угод, підписаних з відібраними регіонами;
загальну координацію виконання заходів в рамках другого і третього компонентів Проекту та управління коштами 2 і 3 компонентів Проекту;
загальну координацію діяльності з питань закупівель та використання коштів Проекту;
підготовку бюджетного запиту щодо обсягів коштів, необхідних для фінансування заходів Проекту на відповідний рік;
підтримку програм навчання для спеціалістів системи ОЗ та інших органів державної влади, причетних до Проекту;
загальну координацію моніторингу щодо коштів Проекту, підготовку заявок на зняття коштів з рахунку Позики, ведення документації та бухгалтерського обліку в рамках Проекту, здійснення внутрішнього контролю за використанням коштів Проекту;
забезпечення оновлень ОПП, відповідно затверджених Світовим банком;
забезпечення підготовки та подання до МБРР та відповідних органів державної влади звітів про хід реалізації Проекту, звіту про завершення Проекту, підготовлені за формою і подані у терміни, визначені законодавством та Угодою про позику;
забезпечення своєчасної підготовки та подання до МБРР і відповідних органів державної влади річних звітів про аудит пов'язаних з Проектом витрат;
загальну координацію комунікаційних кампаній на центральному рівні.
проведення інформаційної кампанії на центральному рівні.

МОЗ своїм наказом створює ГКП і Комісію з відбору консультантів, товарів, робіт та неконсультаційних послуг (далі – Комісія з відбору).

Функції та повноваження Комісії з відбору відповідно до правил та процедур МБРР описані у частині 2 Посібника, а також у Положенні про неї, затвердженому наказом МОЗ.

Для забезпечення підтримки та впровадження Проекту МОЗ залучає групу індивідуальних консультантів до Групи консультаційної підтримки Проекту (ГКПП), яка відповідає за щоденне управління впровадженням Проекту та його технічну підтримку.

На центральному рівні міжгалузева координація з Міністерством розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства України та Міністерством фінансів здійснюватиметься в рамках Оглядів стану портфеля проектів МБРР для України.

Обласні державні адміністрації

Вінницька, Волинська, Дніпропетровська, Закарпатська, Запорізька, Львівська, Полтавська і Рівненська ОДА, а також інші обласні державні адміністрації у разі, якщо такі будуть розглянуті та включені до Проекту у майбутньому, відповідають за реалізацію заходів субпроектів відповідно до Угоди про позику та зобов'язань, узятих за Субсидіарними угодами за обласними субпроектами, підписаними МОЗ та ОДА.

Для реалізації субпроекту керівник ОДА своїм розпорядженням затверджує склад ГУС, формує Комісію з відбору консультантів, товарів, робіт та неконсультаційних послуг, а також затверджує положення про них.

У випадку коли Комісію з відбору очолює заступник голови ОДА, керівник структурного підрозділу ОДА з питань ОЗ має призначатися заступником голови Комісії з відбору.

Функції та повноваження Комісії з відбору описані у частині 2 Посібника.

ОДА безпосередньо або через ГУС забезпечують у рамках субпроекту:

1) управління субпроектом, спрямоване на досягнення запланованих результатів, зокрема:

виконання ПЗРС та ГВС, внесення змін до них, моніторинг реалізації субпроекту;

вжиття заходів для своєчасної та високоякісної реалізації субпроекту, досягнення показників Матриці результатів Проекту, усунення причин зволікання та розв'язання проблем у ході реалізації проекту;

підготовку звітів про реалізацію субпроекту;

2) управління бюджетом субпроекту, зокрема:

координацію роботи розпорядників коштів субвенції, визначених відповідно до рішень обласних рад, у частині підготовки бюджетного запиту щодо обсягів фінансування заходів субпроекту на відповідний рік; підготовки запитів до МОЗ України (ГКПП) на одержання коштів позики і запитів на одержання таких коштів з відповідних рахунків; підготовки фінансових звітів,

ведення бухгалтерського обліку, зберігання фінансових та інших документів, необхідних для проведення аудиту Проекту;

цільове використання коштів;

сприяння у організації проведення аудиту субпроекту;

3) організацію закупівлі товарів (робіт, послуг) за субпроектом, зокрема:

виконання Плану закупівлі за субпроектом, підготовку та погодження з МБРР змін до нього, проведення процедур згідно з Угодою про позику;

підготовку договорів (контрактів) по субпроекту згідно з вимогами МБРР, моніторинг та контроль реалізації договорів (контрактів);

контроль за використанням коштів субвенції Розпорядниками коштів субвенції.

Структурні підрозділи ОДА з питань ОЗ відповідають за здійснення загальної координації заходів регіональних субпроектів для забезпечення їх відповідності ЦРП, можуть залучати інші структурні підрозділи ОДА та індивідуальних консультантів, що працюють за договорами, відповідно до потреби, для забезпечення успішної реалізації субпроектів.

Структурні підрозділи ОДА з питань капітального будівництва, Департамент капітального будівництва Вінницької міської ради виконують в рамках субпроектів функції замовників будівництва, реконструкції та капітального ремонту об'єктів (приміщень) та відповідають за реалізацію відповідних заходів згідно рішень обласних рад.

У ході впровадження Проекту ГУС отримують підтримку від ГКПП згідно з відповідними механізмами.

Місцеві органи самоврядування та ЗОЗ

Здійснюють заходи з реалізації субпроекту на місцевому рівні відповідно до ПЗРС та ГВС.

8.2. Загальна схема управління Проектом

Механізм управління Проектом забезпечує ефективне виконання заходів під час реалізації ПЗРП.

Ключовими елементами механізму управління Проектом є Координатор Проекту, відповідальні структурні підрозділи МОЗ, ГКП, КВ, ГКПП та ГУС.

Загальна схема управління Проектом наведена у додатку 4.

8.3. Організація управління Проектом

8.3.1. Координатор Проекту

Координатор Проекту забезпечує організацію, нагляд і контроль за роботою з реалізації Проекту, підписує документи, пов'язані з реалізацією Проекту, несе персональну відповідальність за його реалізацію та забезпечує виконання умов Угоди про позику.

Координатор Проекту відповідно до наказу МОЗ одночасно виконує функції Голови ГКП та Голови Комісії з відбору відповідно до правил та

процедур МБРР. В разі необхідності, функція голови Комісії з відбору може бути делегована іншим штатним працівникам МОЗ.

До його функціональних обов'язків Координатора Проекту належить:

- нагляд за реалізацією Проекту і за роботою ГКПП та ГУС, зокрема шляхом спостереження за ходом виконання ПЗРП, Плану закупівлі та бюджету Проекту, підготовки фінансової звітності та оцінки досягнення показників результативності;

- загальна координація заходів Проекту на загальнодержавному та регіональному рівнях для забезпечення їх відповідності ЦРП;

- підписання документів, пов'язаних з реалізацією Проекту;

- координація та контроль за діяльністю ГКПП;

- забезпечення комунікації з МБРР, Мінфіном, Мінекономіки, а також іншими органами державної влади, ОДА, органами місцевого самоврядування, підприємствами, установами та організаціями всіх форм власності задля забезпечення виконання Проекту;

- забезпечення реалізації заходів та управління коштами в рамках другого і третього компонентів Проекту;

- забезпечення організації роботи з підготовки заявок на зняття коштів з Рахунку Позики, ведення документів та рахунків в рамках Проекту, здійснення внутрішнього контролю за використанням коштів Проекту;

- забезпечення організації роботи з управління процесом закупівель в рамках Проекту, в тому числі затвердження Плану закупівель та змін до нього;

- забезпечення організації роботи з опрацювання пакетів із закупівель, координації процесу оцінювання тендерних пропозицій, укладення договорів та контроль за їх виконанням в рамках 2 і 3 компонентів Проекту;

- координація та контроль за своєчасною підготовкою та поданням до МБРР і відповідних органів державної влади річних звітів про аудит пов'язаних із Проектом витрат;

- координація та контроль щодо забезпечення, і, за потреби, оновлення ОПП;

- забезпечення підготовки та подання до МБРР та відповідних органів державної влади звітів про хід реалізації, Звіту про завершення впровадження Проекту;

- затвердження звітів консультантів ГКПП, підписання контрактів на закупівлю товарів, робіт та послуг, пов'язаних з реалізацією Проекту, актів виконаних/наданих товарів, робіт та послуг, підписання заявок на поповнення рахунку позики;

- підписання банківських, платіжних та інших фінансових документів, що стосуються реалізації Проекту;

- презентації Проекту для зовнішніх зацікавлених організацій.

8.3.1.1 Відповідальні структурні підрозділи МОЗ

Структурні підрозділи МОЗ, відповідальні за організацію впровадження Компонента 1 Проекту та впровадження всіх кластерів Компонентів 2, 3 і 4 Проекту, визначаються наказом МОЗ.

Керівники структурних підрозділів, відповідальні за впровадження кластерів другого та третього компонентів Проекту в разі необхідності входять до складу ГКП та/або КВ та, відповідно, за консультативної підтримки ГКПП забезпечують:

- підготовку проекту змін до Плану заходів з реалізації Проекту та Плану закупівель для другого та третього компонентів Проекту;
- підготовку бюджетних запитів до проекту державного бюджету на відповідний рік;
- підготовку технічних завдань та технічних специфікацій на закупівлю товарів, робіт та послуг;
- участь у переговорах щодо проектів договорів з постачальниками/виконавцями товарів, робіт, послуг, підготовку та супровід таких договорів;
- приймання наданих послуг, виконаних робіт та поставлених товарів в рамках реалізації другого та третього компонентів Проекту та затвердження відповідних актів виконаних/наданих товарів, робіт та послуг.

Керівники відповідальних структурних підрозділів МОЗ несуть відповідальність за організацію впровадження Компонента 1 Проекту та впровадження всіх кластерів другого та третього компонентів Проекту.

8.3.2. ГКПП

ГКПП відповідає за поточний нагляд за реалізацією Проекту та надання консультативної (технічної) підтримки в реалізації Проекту МОЗ та обласним ГУС.

До складу ГКПП входять індивідуальні консультанти, відібрані відповідно до правил та процедур МБРР, з якими МОЗ укладає договори.

Керівник ГКПП відповідає за поточну координацію діяльності з реалізації Проекту та нагляд за провадженням Проекту.

Консультанти ГКПП надають технічну підтримку у рамках Проекту і забезпечують допомогу МОЗ у дотриманні вимог МБРР до закупівель, звітності, аудиту та моніторингу Проекту.

У складі ГКПП можливі зміни, аби забезпечити реагування на виклики у процесі реалізації Проекту.

Склад консультантів ГКПП та вимоги до них затверджуються Координатором Проекту та погоджуються з МБРР. Діяльність ГКПП координується Координатором Проекту.

Основними завданнями ГКПП є консультативна підтримка:

- організаційних умов впровадження Проекту;

- своєчасного визначення проблем у ході реалізації Проекту і оперативного їх вирішення;
 - ефективного планування, координації та моніторингу реалізації всіх компонентів Проекту;
 - координації діяльності ГУС;
 - технічної допомоги ГУС;
 - прозорого впровадження Проекту;
 - інформування громадськості про Проект;
 - здійснення організаційних заходів щодо планування та забезпечення виконання завдань, передбачених ПЗРП;
 - внесення змін до ПЗРП;
 - моніторингу виконання договорів;
 - здійснення аналізу стану виконання Проекту;
 - організації управління змінами у процесі управління Проектом, підготовки пропозицій щодо управлінських заходів, спрямованих на підвищення ефективності реалізації Проекту;
 - поточний нагляд за фінансовою та закупівельною діяльністю та її відповідністю положенням Угоди про позику у рамках другого та третього компонентів Проекту, включаючи підготовку усіх проектів документів (технічних завдань, тендерних документів, звітів консультантів, документів на приймання товарів та послуг за контрактами), складання фінансових звітів, податкових, статистичних та спеціальних звітів Проекту.
- ГКПП відповідно до покладених на неї завдань:
- бере участь у розробці та розгляді проектів нормативно-правових актів з питань реалізації Проекту, готує відповідні пропозиції;
 - бере участь у проведенні роз'яснювальної роботи з питань реалізації Проекту, в тому числі у засобах масової інформації;
 - розглядає пропозиції структурних підрозділів ОДА з питань ОЗ щодо забезпечення безперебійного функціонування систем, створених чи модернізованих під час реалізації Проекту.

У процесі виконання покладених на неї завдань ГКПП у межах своїх повноважень співпрацює з МБРР, міністерствами, іншими центральними та місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування.

Для виконання покладених на неї завдань ГКПП має право готувати пропозиції з питань у межах своєї компетенції, які мають подаватися на розгляд до МОЗ.

МОЗ на безоплатній основі надає індивідуальним консультантам ГКПП та кластерів центральних компонентів Проекту робоче місце, включаючи обладнання, необхідне для виконання завдань (телефон, факс, ПК, принтер, копіювальний пристрій, доступ до інтернету тощо), якщо це передбачено договорами з ними про надання консультаційних послуг.

8.3.3. ГКП

Основними завданнями ГКП є забезпечення:

- координація роботи щодо обговорення та аналізу політики реформування системи охорони здоров'я;
- відповідності заходів Проекту напрямам державної політики та міжнародної технічної допомоги у сфері громадського здоров'я;
- розгляду та погодження стратегічних документів та проектів нормативних актів, підготовлених у рамках Проекту, в тому числі щодо ПЗРП, Плану закупівель Проекту, розрахунків до бюджету Проекту;
- ухвалення стратегічних рішень стосовно другого та третього компонентів Проекту;
- нагляду за фінансовою та закупівельною діяльністю та її відповідністю Угоді про позику у рамках другого та третього компонентів Проекту.

Відповідно до покладених на неї завдань ГКП:

- бере участь у розробці та розгляді стратегічних документів та проектів нормативних актів, підготовлених у рамках Проекту, готує відповідні пропозиції;
- бере участь у проведенні роз'яснювальної роботи з питань реалізації Проекту, в тому числі у засобах масової інформації;
- під час виконання покладених на неї завдань взаємодіє в рамках наданих повноважень з МБРР, міністерствами, іншими центральними і місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування;
- приймає рішення щодо застосування передбаченої Планом закупівель процедури відбору з єдиного джерела (SSS) до індивідуальних консультантів чи компаній у рамках другого та третього компонентів Проекту.

ГКП для виконання покладених на неї завдань має право:

- за погодженням із заінтересованими міністерствами, іншими центральними та місцевими органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування, та науковими установами залучати для роботи їх працівників;
- готувати пропозиції з питань у межах своєї компетенції, які мають подаватися на розгляд до КМУ;
- заслуховувати на засіданнях інформацію ГУС щодо стану реалізації субпроектів.

ГКП очолює Координатор Проекту. У разі відсутності на робочому місці (відпустки, відрядження, тощо) Координатор проекту може делегувати головування на ГКП керівникові структурного підрозділу МОЗ, який є членом ГКП.

8.3.4. ГУС

Керівники ОДА областей, які впроваджують субпроекти, розпорядженням ОДА створюють ГУС, які повинні здійснювати загальне управління, координацію та моніторинг субпроекту у регіоні. Керівник ГУС є Координатором субпроекту.

Основними завданнями ГУС є забезпечення:

– організаційних та інституційних умов впровадження субпроекту в регіоні;

– розгляду та затвердження документів у рамках субпроекту, включаючи ПЗРС, ГВС, План закупівель субпроекту та внесення змін до них;

– своєчасного визначення проблем у ході реалізації субпроекту і оперативного їх вирішення;

– ефективного планування, координації та моніторингу реалізації всіх заходів субпроекту в регіоні, передбачених ПЗРС, ГВС;

– управління коштами субпроекту;

– поточного контролю за фінансовою та закупівельною діяльністю на відповідність її Угоді про позику, включаючи контроль за підготовкою всіх документів щодо виплат, фінансових звітів, податкових, статистичних та спеціальних звітів Проекту;

– управління процесом моніторингу контрактів;

– процесу управлінської діяльності ГУС шляхом видання організаційно-розпорядчих документів та контролю за їх виконанням;

– ефективного використання ресурсів та майна субпроекту;

– відстеження досягнення індикаторів Матриці результатів Проекту;

– взаємодії з ГКПП з питань впровадження субпроекту;

– прозорого впровадження заходів у рамках субпроекту через кампанії з підвищення поінформованості громадськості.

ГУС відповідно до покладених на неї завдань:

– готує пропозиції щодо організації та виконання заходів із реалізації субпроекту в регіоні;

– забезпечує відбір консультантів, товарів, робіт та неконсультаційних послуг відповідно до правил та процедур МБРР;

– заслуховує на своїх засіданнях інформацію керівників органів та установ ОЗ з питань реалізації субпроекту в регіоні;

– забезпечує дотримання Рамкових вимог до екологічного менеджменту (додаток 15) з метою не допущення негативних впливів на довкілля та соціальне середовище при виконанні робіт з будівництва, реконструкції та капітального ремонту об'єктів, пов'язаних з позиками Банку.

– організовує роз'яснювальну роботу з питань реалізації субпроекту, в тому числі у засобах масової інформації.

ГУС очолює керівник ГУС – Координатор субпроекту, заступник голови ОДА, відповідальний за галузь охорони здоров'я, або керівник структурного підрозділу ОДА з питань ОЗ. У випадку коли Комісію з відбору очолює заступник голови ОДА, заступником голови Комісії з відбору призначається керівник структурного підрозділу ОДА з питань ОЗ з можливістю, в разі необхідності, делегування функцій.

Координатор субпроекту:

- здійснює керівництво діяльністю ГУС, несе персональну відповідальність за організацію виконання покладених на неї завдань;
- виконує функції Голови Комісії з відбору в рамках субпроекту відповідно до правил і процедур МБРР;
- визначає порядок денний засідань ГУС та регламент її роботи;
- формує, у разі необхідності, в установленому порядку склад робочих підгруп;
- організовує розгляд ГУС поточних питань із реалізації субпроекту в регіоні не рідше одного разу в квартал;
- представляє ГУС у відносинах з МБРР, Мінфіном, Мінекономіки, органами державної влади, органами місцевого самоврядування, підприємствами, установами та організаціями всіх форм власності з питань з реалізації субпроекту.

До складу ГУС відповідно до Плану закупівель за субпроектom входять консультанти за напрямками (наприклад, консультанти з питань управління субпроектom, консультанти з фінансового управління та закупівель та будь-які інші консультанти відповідно до потреби), відібрані за правилами і процедурами МБРР, які мають підписані договори з підрозділами ОДА з питань охорони здоров'я.

Консультанти ГУС надають послуги під керівництвом Координатора субпроекту і координують свою діяльність з відповідними консультантами ГКПП та консультантами за кластерами 2 і 3 компонентів Проекту.

Структурний підрозділ ОДА з питань охорони здоров'я на безоплатній основі надає індивідуальним консультантам ГУС робоче місце, включаючи обладнання, необхідне для виконання завдань (телефон, факс, ПК, принтер, копіювальний пристрій, доступ до інтернету тощо), якщо це передбачено договорами з ними про надання консультаційних послуг.

МБРР забезпечує необхідне навчання з фідуціарних питань для всіх членів ГУС.

8.3.5. Реалізація заходів із виконання Проекту

Реалізація заходів із виконання Проекту здійснюється на двох рівнях: центральному – МОЗ та ЗОЗ державної форми власності; регіональному – структурні підрозділи ОДА з питань ОЗ, районні, міські, міст обласного значення, районні у містах органи ОЗ, ЗОЗ комунальної форми власності.

Реалізацію заходів субпроектів першого компоненту Проекту, які направлені на проведення робіт з реконструкції та капітального ремонту об'єктів (приміщень), будівельно-монтажних робіт, ОДА здійснюють через свої структурні підрозділи з питань капітального будівництва (ОДА Вінницької області – через Департамент капітального будівництва Вінницької міської ради).

ОДА забезпечують доступ структурних підрозділів з питань капітального будівництва до коштів, необхідних для робіт з реконструкції та капітального ремонту об'єктів (приміщень), будівельно-монтажних робіт на об'єктах ОЗ в рамках першого компонента Проекту.

ОДА забезпечують виконання заходів, передбачених системою природоохоронних заходів (далі - СПЗ) та відповідними планами природоохоронних заходів (далі - ППЗ) по об'єктах будівництва, реконструкції та капітального ремонту, включаючи настанови, правила й процедури, визначені в згаданих документах. З цією метою наведені нижче заходи реалізуються у прийнятний для МОЗ та Банку спосіб:

(а) якщо для будь-якого із заходів субпроекту чи інвестиції на підставі СПЗ потрібен ППЗ: (І) такий ППЗ буде підготовлений відповідно до вимог СПЗ, оприлюднений на місцевому рівні й поданий до Банку; (ІІ) щодо згаданого ППЗ будуть проведені адекватні й змістовні консультації; та (ІІІ) зазначені заходи або інвестиції будуть реалізовані у відповідності з таким ППЗ; та

(б) без обмеження положень наступного абзацу (в) на жодному з об'єктів не буде розпочато жодних робіт доти, поки у спосіб, прийнятний для Банку, не буде вжито всіх заходів, передбачених ППЗ для виконання перед початком відповідних робіт.

(в) забезпечує дотримання положень, щоб жодна з робіт, передбачених субпроектом, не була пов'язана з примусовим вилученням земельних ділянок, що призводить до переселення, втрати житла, втрати майна або доступу до нього, втрати джерел доходу або засобів до існування, і не передбачала примусового обмеження доступу до визначених законом парків та заповідних територій.

(г) стосовно об'єктів інфраструктури, що фінансуються за рахунок коштів субпроекту: (1) забезпечує прийняття об'єктів у спільну власність відповідних територіальних громад Вінницької області та (2) відповідає за планування експлуатації та технічного обслуговування зазначених об'єктів і управління ними, включаючи виділення для них людських ресурсів і коштів у спосіб, прийнятний для Банку.

Не рідше одного разу в квартал на засіданнях ГУС структурні підрозділи з питань капітального будівництва ОДА, Департамент капітального будівництва Вінницької міської ради звітують за виконання покладених на них функцій замовників, у тому числі, але не виключаючи:

здійснення закупівель; управління фінансами та адміністрування коштів Позики; отримання товарів, робіт і послуг; розробка, погодження та затвердження проектної документації; отримання дозвільних документів на виконання робіт; нагляд за виконанням робіт; здійснення платежів постачальникам та виконавцям; забезпечення дотримання вимог нормативних актів у галузі будівництва; забезпечення виконання заходів у природоохоронній та соціальній сферах відповідно до Рамкових вимог до екологічного менеджменту та відповідних Планів управління захистом довкілля; забезпечення введення об'єктів в експлуатацію у терміни, передбачені проектною документацією і контрактами з підрядними організаціями та у межах коштів, передбачених цими контрактами.

Основні організаційні засади та вимоги до впровадження субпроектів в частині будівництва, реконструкції та ремонту об'єктів (приміщень) ЗОЗ в рамках

першого компоненту Проекту та структурні схеми впровадження наведені в Додатку 5.

8.3.6. Зберігання документації Проекту

8.3.6.1. Основні принципи

Цей розділ визначає загальні правила та процедури зберігання документів Проекту, які готує та отримує ГКПП, протягом періоду впровадження Проекту.

Ці правила є обов'язковими до виконання усіма консультантами. Вони забезпечують збереження та швидкий пошук документації; доступ до інформації та обізнаність з нею співробітників. Крім того, такі правила спрощують виконання завдань, що передбачують реагування на запити третіх сторін.

Відповідальним за супроводження документів є офіс-менеджер ГКПП.

Вся вхідна і вихідна кореспонденція Проекту, яка надходить до ГКПП у письмовому та електронному вигляді, реєструється офіс-менеджером ГКПП у Журналі реєстрації.

Документи, які направляються ГКПП на розгляд до структурних підрозділів МОЗ, ГКП можуть бути повернені до ГКПП на доопрацювання лише у разі, якщо документ є повністю або в значній частині неприйнятним. У цьому випадку відповідний підрозділ МОЗ, ГКП готують у письмовій формі обґрунтування неприйнятності документа і повертають документ разом з таким обґрунтуванням до ГКПП.

8.3.6.2. Система зберігання документації Проекту

Основні принципи отримання та зберігання документації Проекту у МОЗ стосуються наступного:

1. Офіційна кореспонденція між МБРР та учасниками Проекту, реєструється МОЗ відповідно до правил внутрішнього документообігу МОЗ. Копія вхідної кореспонденції надається відповідальним виконавцем МОЗ до ГКПП впродовж трьох робочих днів з моменту її реєстрації у МОЗ.

2. Оригінали всіх фінансових документів зберігаються у структурних підрозділах МОЗ з питань економіки та бухгалтерського обліку.

3. Оригінали документів, пов'язаних із закупівлями у рамках Проекту, зберігаються секретарем Комісії з відбору в Міністерстві охорони здоров'я.

4. Оригінали решти документів Проекту зберігаються у структурному підрозділі МОЗ, відповідальному за організацію впровадження Проекту.

5. МОЗ забезпечує ГКПП приміщенням для тимчасового на час їх опрацювання зберігання оригіналів фінансової та тендерної документації/тендерних пропозицій, обладнанням сейфом або шафою, чи буде виділено окрему кімнату, що її можна опечатати.

6. Будь-який запит до МОЗ стосовно інформації та документації Проекту узгоджується з Координатором Проекту. Тільки після отримання письмового дозволу Координатора Проекту ГКПП може надати інформацію чи документ третій стороні, що надіслала запит.

7. По завершенні Проекту вся документація здається до архіву МОЗ.

8.3.6.3. Порядок отримання та зберігання документації, надання інформації на запити стосовно інформації та документації субпроекту визначається ГУС.

8.3.6.4. Вхідна документація МБРР

Вхідна документація від МБРР подаватиметься у двох основних форматах, що мають однакову силу:

- Листи на бланку МБРР за підписом його відповідальних працівників;
- Електронні листи-повідомлення з електронних адрес відповідальних працівників МБРР.

9. ІНФОРМАЦІЙНА СИСТЕМА УПРАВЛІННЯ ДОКУМЕНТООБІГОМ ПРОЕКТУ

Інформаційна система управління документообігом Проекту (ІСУД) створена з метою:

- 1) забезпечення функції формування, реєстрації та управлінського контролю за документами Проекту;
- 2) забезпечення широкого спектру моніторингу виконання Проекту;
- 3) консультаційної підтримки учасників Проекту;
- 4) презентаційної функції Проекту.

Для виконання завдань планування, безперервного управління та моніторингу всіх процесів в ході реалізації Проекту застосовується програмне забезпечення, реалізоване на базі Web-технологій. ІСУД враховує вимоги законодавства України, а також нормативи та стандарти МБРР.

Мова сайту – українська та англійська.

Інформація на веб-сайті має статус - або для вільного доступу або службова інформація.

Положення про веб-сайт Проекту, Керівництво користувача затверджується МОЗ.

10. МОНІТОРИНГ, ОЦІНЮВАННЯ ТА ЗВІТНІСТЬ

Враховуючи те, що Проект охоплює багатосекторальні заходи: фінансові питання, закупівлі, реалізацію освітніх заходів, а також заходів, пов'язаних з клінічними та організаційними аспектами надання медичної допомоги тощо, а також географічну розпорошеність запланованих заходів (в пілотних областях, на національному рівні, в пілотних лікарнях тощо), координація та оцінка вчасності й успішності впровадження запланованих заходів потребує реалізації комплексу заходів з МіОЗ.

Перша мета кластеру полягає у моніторингу виконання Проекту та досягнення результатів та охоплює наступні завдання:

- проводити збір даних щодо виконання показників Матриці результатів проекту;

– доповнити дані офіційної статистики інформацією з досліджень та аналізу медичних форм (наприклад, підтвердження діагнозів STEMI, Контроль високого кров'яного тиску);

– валідувати (підтвердити) дані офіційної статистики інформацією з досліджень та аналізу медичних форм (наприклад, дані по виявленню раку).

Моніторинг буде проводитись на основі індикаторів, наведених в Матриці результатів Проекту. Всі Області-учасниці, а також центральні компоненти будуть звітувати до ГКПП згідно індикаторів, релевантних до їх запланованих заходів. Форма звіту наведена у додатку 14.

Консультант з моніторингу і оцінювання проекту буде здійснювати перевірку, узагальнення та аналіз отриманих даних, готувати та направляти звіти до МБРР, Координатора проекту (ГКПП) та Координатора Проекту. В Областях відповідати за звітування згідно релевантних індикаторів буде один співробітник і/або консультант.

Також, Консультант з моніторингу і оцінювання проекту буде координувати заходи щодо доповнення та валідації статистичних даних. Дизайн досліджень буде розроблений найнятим(и) українським(и)/ міжнародним(и) консультантом/консультантами, а дані будуть зібрані у відповідних Областях незалежними дослідницькими агенціями, звіти за результатами досліджень будуть складені українським(и)/міжнародним(и) консультантом/консультантами із залученням національних консультантів, МОЗ, МБРР.

10.1. Діяльність Проекту та пов'язані з нею індикатори, впровадження індикаторів у систему моніторингу.

Для того, щоб відстежувати проектну діяльність, оцінювати результати Проекту та їхній вплив розроблено Матрицю результатів, яка включає в себе широкий спектр показників (Додаток 6).

По кожному субпроекту та кластеру Проекту розроблено перелік індикаторів, які найкращим чином могли б слугувати підґрунтям для оцінювання їх ефективності. Ці показники були включені в Матрицю результатів, керуючись необхідністю, з одного боку, відображення всіх цілей реалізації Проекту, забезпечення охоплення основних тематичних областей (хвороби системи кровообігу, рак, розбудова Електронної охорони здоров'я та системи фінансування галузі, охорона громадського здоров'я, забезпечення комунікації з приводу реалізації Проекту) та, з іншого боку, можливостями збору та аналізу даних з урахуванням термінів реалізації заходів.

10.2. Типи показників системи моніторингу

Показники, які вимірюють результати діяльності за компонентами Проекту, наведені в Матриці результатів у вигляді двох груп:

– Показники, які стосуються загальних ЦРП, описують ключові результати Проекту та досягнення яких означатиме, що Проект досяг поставлених завдань (включено 4 індикатори).

– Група показників, які спрямовані на оцінювання проміжних результатів (продуктів) Проекту, а саме досягнень здебільшого компоненту 1 Проекту: поліпшення якості медичних послуг у відібраних Областях із особливим акцентом на первинній та вторинній профілактиці серцево-судинних захворювань та раку. Тут за основу взяті заходи, заплановані у відповідних субпроектах областей і покликані на покращення надання медичної допомоги / стану здоров'я населення у обраних типах неінфекційних захворювань та рівнях надання медичної допомоги. На додаток, включено і індикатори, які слугують базисом для оцінювання діяльності за компонентом 2, спрямовані на вимірювання досягнутого прогресу в реалізації заходів. Більше того, як і загальні завдання Проекту, доповнюють і посилюють компонент 1, а отже, створюють передумову для досягнення поставлених результатів. До переліку проміжних показників включено 11 індикаторів.

Перелік показників включає в себе як кількісні, так якісні показники. Кількісні показники вимірюються у відсотках, частках або абсолютних цифрах; а якісні дані представлені шляхом аналізу реалізації запланованих заходів, створення структур, складених, підготовлених та / або прийнятих нормативних документів.

Окрім показників, включених до Матриці результатів, заплановано збір додаткових даних за результатами вибірових досліджень домогосподарств та дослідження закладів охорони здоров'я (декілька хвиль збору даних протягом Проекту). Додатковий збір емпіричних даних дозволить вивчити результативність реалізованих заходів, виявити прогалини та відмінні практики, і як наслідок - внести корективи в реалізацію Проекту.

10.3. Очікувані результати, вплив реалізації Проекту на поліпшення охорони здоров'я

Досягнення ЦРП вимірюється за допомогою чотирьох індикаторів рівня ЦРП, які також є індикаторами для оцінювання результативності даного Проекту. За допомогою цих чотирьох показників з Матриці результатів будуть оцінені різні аспекти Проекту.

Матриця результатів включає в себе базове значення для кожного показника, оціненого на підготовчій стадії Проекту, а також цільове значення, яке має бути досягнуто, якщо всі передбачені в Проекті заходи (а) будуть проведені (б) на належному рівні.

10.4. Інституційний супровід системи МіОЗ

Консультант з моніторингу і оцінювання проекту буде координувати МіОЗ всього Проекту, а саме: перевірку, узагальнення та аналіз даних отриманих від областей та центральних компонентів, підготовку звітів щодо діяльності Проекту, організацію запланованих досліджень, досягнення індикаторів Матриці результатів Проекту. Також Консультант з моніторингу і оцінювання проекту забезпечуватиме організацію засідань ГКП, присвячених розгляду, аналізу та ухваленню коригуючих заходів щодо реалізації Проекту.

Дані надаються у формі звітів від (а) ГУС кожної області та консультантів по кластерах, які будуть надавати значення по ряду показників із Матриці результатів (форма звіту Додаток 14), (б) ДУ «Центр медичної статистики МОЗ України». ГУС та консультанти за кластерами під час реалізації Проекту здійснюють постійний моніторинг, фіксуючи досягнення (або не досягнення) відповідних цільових показників за своїми напрямками роботи. Додаткові показники для моніторингу можуть бути визначені керівником ГКПП відповідно до фактичних потреб.

На рівні областей звітуванням по індикаторам Матриці результатів займається спеціаліст з питань моніторингу і оцінювання субпроекту (далі – Спеціаліст з МіОЗ), який/яка у координації з Консультантом з моніторингу і оцінювання проекту здійснюватиме заходи по моніторингу і оцінюванню субпроекту відповідно до положень Операційного посібника проекту, зокрема:

- щоквартально, щопіврічно та щорічно збирати інформацію про хід реалізації субпроекту та перевіряти точність даних;
- обраховувати значення індикаторів на основі зібраних даних, готувати квартальний, піврічний і річний звіти;
- подавати звіти до Управління внутрішнього аудиту МОЗ та вносити звіти до ІСУД Проекту;
- інформувати ГУС та ГКПП про прогрес у впровадженні субпроекту та надавати дані для прийняття управлінських рішень;
- координувати/брати участь в інших заходах кластеру МіОЗ, зокрема, в дослідженнях, що будуть проведені на рівні Облaсті;
- організовувати та брати участь в освітніх заходах і тренінгах, присвячених МіОЗ.

Структурні підрозділи з питань охорони здоров'я Обласних державних адміністрацій (далі – ОДА) офіційно (у формі наказу) призначають спеціаліста з МіОЗ і сповіщають ГКПП про його контактні дані у письмовій формі.

Алгоритм підготовки звіту(звітів) субпроектами полягає в наступному:

1. Спеціаліст з МіОЗ готує дані для обрахунку значення індикаторів для субпроекту та вносить дані до ІСУД Проекту під своїм логіном. Для кожного індикатора обов'язковим є введення всіх необхідних параметрів, джерел даних, коментарів щодо наявності даних та впровадження субпроекту. Всі дані та коментарі вводяться українською та англійською мовами.

2. Консультант з питань управління субпроектom ГУС перевіряє правильність та точність введених даних, їх джерел та коментарів.

3. Після перевірки внесених даних та коментарів Консультант з питань управління субпроектom ГУС за допомогою системи ІСУД формує звіт за результатами моніторингу, який має бути затверджений Головою ГУС.

4. Відскановані копії затвердженого звіту та додатків до нього завантажуються в ІСУД, після чого оригінал звіту надсилається до Управління внутрішнього аудиту МОЗ.

5. За показниками проміжних результатів №05 «Медичний персонал, який проходить підготовку», №06 «Медичні заклади реконструйовані, відреставровані і обладнані», №07 «Відсоток закладів первинної медичної допомоги, які відповідають нормам облаштування для покращеного лікування ССЗ», №10 «Частка центрів первинної медичної допомоги, які мають структуровані школи здоров'я (займаються освітніми груповими заходами, пов'язаними з основними факторами ризику виникнення НІЗ (неінфекційних захворювань))», готуються окремі звіти відповідно до додатків 8, 9, 10, та 11, які повинні бути підписані Головою ГУС та додані до звіту за результатами моніторингу у якості додатків. Відскановані копії вказаних документів завантажуються в ІСУД одночасно зі звітом за результатами моніторингу.

Алгоритм підготовки звітів консультантами кластерів:

1. Консультанти кластерів надають звіти Консультанту з моніторингу і оцінювання за своїми кластерами. Консультант з моніторингу і оцінювання вносить дані зі звітів консультантів кластерів до ІСУД Проекту під своїм логіном. Для кожного індикатора обов'язковим є введення всіх необхідних параметрів, джерел даних, коментарів щодо наявності даних та впровадження кластеру. Всі дані та коментарі вводяться українською та англійською мовами.

2. За показником проміжних результатів № 05 «Медичний персонал, який проходить підготовку» готується окремий звіт відповідно до додатку 8, який повинен бути підписаний консультантом кластеру. Відсканована копія підписаного звіту завантажуються в ІСУД.

3. Для визначення ЦРП №4 «Середня тривалість стаціонарного перебування у лікарнях» та показником проміжних результатів № 13 «Наявність лікарняних ліжок» ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» готує необхідну інформацію та передає її до Управління внутрішнього аудиту МОЗ.

4. На основі звітів за кожним з субпроектів та кластерів Консультант з моніторингу і оцінювання кластеру за допомогою системи ІСУД готує зведений Звіт за результатами моніторингу про досягнення чи недосагнення запланованих цільових показників із вказуванням на супутні перешкоди чи сприятливі чинники, які слугують якісним доповненням до кількісних показників, відображених у Матриці результатів.

5. Керівник структурного підрозділу МОЗ, який визначений наказом відповідальним за впровадження кластеру «Моніторинг і оцінювання» перевіряє правильність та точність введених в ІСУД даних, їх джерел та коментарів.

6. Після перевірки внесених даних та коментарів зведений Звіт за результатами моніторингу має бути затверджений Координатором проекту. Відсканована копія затвердженого звіту завантажуються в ІСУД, оригінал звіту передається до Управління внутрішнього аудиту МОЗ.

7. МОЗ направляє Звіт за результатами моніторингу до МБРР.

8. На основі даних зведеного звіту до Матриці результатів вносяться показники за відповідний період.

9. Терміни подання звітів за результатами моніторингу (додаток 12).

ГУС та консультантами за кластерами подають квартальні звіти до 20 квітня та 20 жовтня, піврічні звіти - до 4 серпня поточного року, річні звіти - до 4 лютого наступного за звітним року.

ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» до 15 квітня наступного за звітним року подає до Управління внутрішнього аудиту МОЗ інформацію, необхідну для визначення ЦРП №4 «Середня тривалість стаціонарного перебування у лікарнях» та показником проміжних результатів № 13 «Наявність лікарняних ліжок».

Зведені піврічні Звіти результатами моніторингу подаються до МБРР до 14 серпня поточного року, річні – до 14 лютого наступного за звітним року. Консультант з моніторингу і оцінювання на основі інформації від ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» уточняє значення за ЦРП №4 «Середня тривалість стаціонарного перебування у лікарнях» та показник проміжних результатів № 13 «Наявність лікарняних ліжок» у Звіті за результатами моніторингу, після чого він перевіряється Керівником структурного підрозділу МОЗ, який визначений наказом відповідальним за впровадження кластеру «Моніторинг і оцінювання», затверджується Координатором проекту та направляється до МБРР до 20 квітня наступного за звітним року. В основі звітів мають бути офіційні перевірені статистичні дані.

10.5. Опис індикаторів, методологія вимірювання та періодичність звітування

З метою забезпечення послідовності та коректності розрахунків й вимірювання результатів Проекту, підготовлено докладний опис кожного показника, включаючи спосіб підрахунку, джерела даних та масштаби збору даних.

Опис цих показників викладено відповідно до їхньої послідовності представлення в Матриці результатів.

10.6. Індикатори досягнення ЦРП (PDO)

Діяльність Проекту в цілому сфокусована на двох пріоритетних напрямках у сфері охорони здоров'я: (а) покращення послуг в сфері охорони здоров'я з особливим фокусом на первинній та вторинній профілактиці ССЗ та раку у вибраних областях; (б) підвищення ефективності системи охорони здоров'я. Таким чином, індикатори Проекту, які стосуються оцінювання досягнень ЦРП, в цілому включають основні показники, які стосуються якості та результативності надання медичної допомоги. Індикатори, які в більшій мірі стосуються оцінювання досягнень областей в межах субпроектів, оцінюються в масштабі відповідних областей, тоді як на національному рівні оцінюються показники, які здебільшого надають інформацію щодо досягнення цілей кластеру.

10.6.1. ЦРП №1 Рання діагностика раку шийки матки і раку молочної залози, що вимірюється як:

а) Співвідношення нових випадків *in situ* до нових випадків інвазивного раку шийки матки⁵

б) Частка нових випадків раку молочної залози, виявлених на стадії I

Пояснення, визначення: Чим раніше вдається виявити рак молочної залози та шийки матки, тим більші шанси на одужання. Стадія діагностування раку використовується, щоб допомогти розробити план лікування і прогнозувати шанси людини на одужання. Знання стадії допомагає лікареві в таких заходах: у розробці плану лікування, у тому числі типу операції, яка має бути використана, чи потрібне медикаментозне лікування, таке як хіміо- або променева терапія; передбачити ризик рецидиву (ймовірність того, що рак повернеться після лікування); передбачити прогноз (шанс одужання).

Одним із очікуваних результатів є покращання доступності населення до методів ранньої діагностики раку, а отже, очікується покращення практик виявлення раку на ранніх стадіях, що відобразиться на збільшенні значення показника.

Рак *in situ* до 2014 р. був необов'язковою формою для обліку в Україні; він враховувався здебільшого для шийки матки, оскільки ця нозологічна форма входить до «Звіту про захворювання на злоякісні новоутворення» форма № 7, яка затверджена наказом МОЗ від 07.04.2006 № 203 «Про затвердження Форм звітності та інструкцій щодо їхнього заповнення». Аналіз даних Національного канцер-реєстру свідчить про неповний облік випадків раку *in situ* всіх нозологічних форм.

Наказом МОЗ від 28.07.2014 № 527 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у ЗОЗ, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності» затверджено форму первинної облікової документації «Реєстраційна карта хворого на злоякісне новоутворення» (форма № 30-6/о) та інструкцію щодо її заповнення, до якої включено також реєстрацію раку *in situ*. З огляду на це, а також на заплановану розробку та ведення електронного реєстру, рівень реєстрації раку *in situ* після цього зазнає змін.

Наявність даних: дані доступні й такі, що вже збираються, показник Групи А.

Початковий показник:

а) 0,79

б) 21,8%

⁵ У 2013 році у Львівській області було виявлено 181 випадок на стадії 0 (*in situ*) та 229 випадків інвазивного раку (стадії I-IV), співвідношення вираховується як число випадків на стадії 0, поділене на число всіх випадків інвазивного раку.

Підрахунок показника ЦРП Індикатор 1 а) Співвідношення нових випадків in situ до нових випадків інвазивного раку шийки матки:

Джерело інформації: Форма 7 «Звіт про захворювання на злоякісні новоутворення»

Формула розрахунку: чисельник ділиться на знаменник

Чисельник: кількість випадків раку шийки матки, що виявлено in situ в області (табл.1001, ряд. 1, гр. 6 Форми № 7)

Знаменник: кількість випадків захворювань на рак шийки матки в області (табл. 1000 ряд. 49, гр. 1 Форми № 7)

Підрахунок показника ЦРП Індикатор 1 б) Частка нових випадків раку молочної залози виявлених на стадії 0-I:

Джерело інформації: Форма 35 «Звіт по хворих на злоякісні новоутворення».

Формула розрахунку: чисельник ділиться на знаменник і множиться на 100.

Чисельник: кількість хворих в області, в яких виявлено рак молочної залози на стадії 0-I (вибірка з програми “Популяційний канцер-реєстр”)

Знаменник: кількість хворих в області, в яких виявлено рак молочної залози на стадії I-IV (ряд.16, гр. 1 табл. 2100 Форми 35)

Частота звітування: щопівроку.

Масштаб звітування: Львівська область

Відповідальні за звітування: Львівська область

Очікувані значення показника: субпроекту Львівської області (2015-2019 роки):

	1	2	3	4	5	Кінцеве цільове значення
а) Співвідношення нових випадків in situ до нових випадків інвазивного раку шийки матки	0.79	0.80	0.88	0.65*	0.70*	0.70*
б) Частка нових випадків раку молочної залози виявлених на стадії 0-I	22.0	24.0	30.0*	24.0*	27.0	27.0

*цільові показники переглянуто в рамках середньострокового перегляду Проекту та реструктуризації Проекту.

Окрім медичної статистики, до підрахунку ЦРП №1 також включено Експертний аналіз медичних записів, які містять інформацію про нові виявлені випадки та стадію, на якій вперше виявлено захворювання. Враховуючи високий рівень виявлення на ранній стадії раку грудей та шийки матки (близько 90% виявляються на ранніх стадіях) в порівнянні з міжнародною статистикою (наприклад, в Канаді цей показник близько 70%), варто провести експертне дослідження з метою пояснення особливостей зафіксованого показника, який дає

високі значення, та оцінити відповідність даних офіційної статистики даним за результатами експертного аналізу. Проект методології проведення експертного оцінювання представлено в додатку 7. Базовий та цільові показники можуть бути переглянуті на основі результатів Експертного аналізу медичних записів.

10.6.2. ЦРП № 2: Високий артеріальний тиск під контролем, що вимірюється часткою пацієнтів у віці 40-60 років, які досягають цільовий рівень артеріального тиску (вимірювання становить 140/90 мм рт. ст.)

Пояснення, визначення: Досягнення цільового рівня АТ є комплексним показником з огляду на велику кількість сторін та заходів, які цьому сприяють: надання медичним працівником відповідної консультації пацієнту, - що також враховує - стиль життя пацієнта, схильність до лікування пацієнта, доступність медикаментів тощо. Тим не менше, даний показник не збирається в межах існуючої системи медичної інформації. Завдяки експертному аналізу медичних записів існує можливість отримати такі дані.

Індикатор застосовується для моніторингу досягнень всіх пілотних областей, субпроекти яких покликані покращити надання медичної допомоги на первинній ланці, або сфокусовані на покращення доступності та якості медичної допомоги, особливо при ССЗ (всі пілотні області крім Львівської).

В додатку 7 представлено основні положення здійснення Експертного аналізу медичних записів у «Медичній карті амбулаторного хворого» (Форма 025/о), затвердженій наказом МОЗ від 14.02.2012 № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у ЗОЗ незалежно від форми власності та підпорядкування». Експертний аналіз медичних записів має загальну мету виявити, як працює система охорони здоров'я щодо надання допомоги тим, в кого виявлено артеріальну гіпертензію, а більш конкретно – що відбувається з тими, в кого виявлено артеріальну гіпертензію; чи хворі відвідують лікаря, з яким проміжком часу, яка з них частина досягає бажаного показника АТ, яку частку пацієнтів зі встановленим діагнозом втрачає система.

Наявність даних: дані можуть бути отримані після початку Проекту. Показник Групи С.

Початковий показник: 15,4 % пацієнтів, чий тиск знаходиться під контролем (пацієнтів, що досягли цільового рівня АТ), з-поміж усіх пацієнтів у віці 40-60 років, в яких діагностовано гіпертонію за останні 12 місяців (дані наведені за результатами дослідження в Полтавській області, середнє для всіх областей та значення для всіх областей Проекту будуть доступні протягом першого року Проекту після проведення аналізу медичних записів).

Джерело інформації: звіт Експертного аналізу медичних записів; систематичний метод збору інформації може бути запропонований після проведення першого дослідження з аналізу медичних записів.

Формула розрахунку: Чисельник ділиться на знаменник та множиться на 100.

Чисельник: кількість хворих у віці 40-60 років, які досягли цільового рівня АТ протягом 12 місяців.

Знаменник: кількість хворих у віці 40-60 років з діагностованою артеріальною гіпертензією за вибраний звітний період.

Частота звітування: щорічно на основі експертного аналізу⁶.

Масштаб звітування: Всі пілотні області, окрім Львівської області: Вінницька, Волинська, Дніпропетровська, Закарпатська, Запорізька, Полтавська, Рівненська області.

Відповідальні за звітування: Консультант з моніторингу і оцінювання кластеру, ГКПП (після запровадження механізму систематичного збору інформації - Вінницька, Волинська, Дніпропетровська, Закарпатська, Запорізька, Полтавська, Рівненська області).

Очікувані значення показника: 60%) (цільовий показник було змінено за результатами реструктуризації Проекту).

10.6.3. ЦРП № 3: Покращена якість лікування (профілактика, рання діагностика та лікування) ССЗ в закладах первинної та вторинної медичної допомоги, що вимірюється як:

а) скорочення випадків госпіталізації, пов'язаної з гіпертензією, внаслідок удосконалення методів лікування гіпертензії на амбулаторному рівні та рівні невідкладної медичної допомоги;

б) кількість пацієнтів, які отримали стентування від гострого інфаркту міокарду з підйомом сегменту ST.

а) Скорочення випадків госпіталізації, пов'язаної з гіпертензією.

Пояснення, визначення: Гіпертонія є таким захворюванням, з яким можна уникнути госпіталізації, однак воно чутливе до умов надання амбулаторної медичної допомоги. Такий показник не є індикатором якості лікарняного лікування, але досить яскраво свідчить про ефективність заходів на первинній ланці та надання медичної допомоги амбулаторно. Ці заходи становлять найбільший інтерес з огляду на комплексність заходів системи надання медичної допомоги, таких як підтримка та профілактика здоров'я населення.

Враховується так звана "чиста" гіпертонія, тобто "гіпертонічна хвороба" без згадування про ішемічну хворобу серця та судинні ураження головного мозку.

Наявність даних: данні є доступними та такими, що вже збираються. Показник Групи А.

Початковий показник: 5,8 на 1000 мешканців.

Джерело інформації: «Звіт лікувально-профілактичного закладу за 20__ рік» форма звітності № 20, затверджений наказом МОЗ від 10.07.2007 № 378 «Про затвердження форм звітності з питань охорони здоров'я та інструкцій щодо

⁶ Експертний аналіз проводиться з початку 2017 року, враховуючи особливості проведення дослідження серед когорт вперше виявлених хворих.

їхнього заповнення», (далі – форма звітності №20) табл.3220, ряд.10.3 гр.(1+3+4+7) (Додаток 13).

Формула розрахунку: чисельник (кількість хворих, які вибули зі стаціонару «з гіпертонічною хворобою») ділиться на знаменник (постійне населення) і помножити на 1000.

Чисельник: кількість хворих, які вибули із стаціонару з гіпертонічною хворобою (табл.3220, ряд.10.3, гр.(1+3+4+7)). Для розрахунку показника використовуються дані ЗОЗ системи МОЗ, МВС, та Укрзалізниці.

Знаменник: постійне населення на 01 січня звітного року.

Частота звітування: щопівроку.

Масштаб звітування: Всі пілотні області, окрім Львівської: Вінницька, Волинська, Дніпропетровська, Закарпатська, Запорізька, Полтавська, Рівненська області.

Агрегований показник вираховується як сума кількості хворих, які вибули зі стаціонару «з гіпертонічною хворобою», по всіх областях поділена на сумарне постійне населення областей на 01 січня даного звітного року, та помножена на 1000.

Базові та цільові показники для областей представлено в Таблиці 10.1.

Таблиця 10.1 Рівень госпіталізації пацієнтів з гіпертонією у вибраних областях.

Область	1	2	3	4	5	Кінцеве цільове значення
Вінницька	6.05	5.83	5.80	5.55	5.31	5.31
Волинська	4.80	4.63	4.61	4.41	4.21	4.21
Дніпропетровська	4.97	4.79	4.77	4.57	4.36	4.36
Закарпатська	3.62	3.49				
Запорізька	8.56	8.25				
Полтавська	5.66	5.46	5.43	5.20	4.97	4.97
Рівненська	5.81	5.60	5.57	5.33	5.10	5.10
Всього в середньому	5.7	5.40	5.20	5.00	4.80	4.80

Відповідальні за звітування: Вінницька, Волинська, Дніпропетровська, Закарпатська, Запорізька, Полтавська, Рівненська області

Очікувані значення показника: 4,4 на 1000 мешканців.

б) Стентування від гострого інфаркту міокарду (ГІМ) з підйомом сегменту ST ;

Пояснення, визначення: Стентування допомагає поліпшити приплив крові до серцевого м'яза, розширюючи звужені коронарні артерії. Цей метод лікування є золотим стандартом в усьому світі.

Наявність даних: ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» щороку збирає інформацію на додаток до інших звітів. До початку Проекту використовувалися дані, отримані з областей та з Реєстру перкутанних коронарних втручань. В Матриці результатів наведені дані, надані областями на основі аналізу медичних записів. Таким чином, подальші показники можуть бути також отримані від обласних Центрів медичної статистики. Показник Групи В.

Початковий показник: 93,6 на 1 млн населення.

Джерело інформації: Дані збирають на підставі Форми первинної облікової документації № 066/о "Карта хворого, який вибув із стаціонару, № ____", затвердженої наказом МОЗ від 14.02.2012 (далі - облікова форма № 066/о).

Формула розрахунку: Кількість процедур стентування поділена на кількість населення (постійне населення на 1 січня даного звітного року) та помножена на 1 000 000.

Агрегований показник вираховується як сума значень виконаних процедур по всіх областях поділена на сумарне постійне населення областей на 01 січня даного звітного року, та помножена на 1 000 000.

Базові та цільові показники по кількості процедур, чисельності населення та значення показника представлено в таблиці 10.2

Таблиця 10.2 Кількість процедур стентування у розрізі областей і загалом на 1 млн. населення

Область	Кількість процедур					
	базове значення	1	2	3	4	5
Вінницька	176	250	300	300	350	350
Волинська	20	100	150	200	250	300
Дніпропетровська	252	260	360	450	472	472
Закарпатська	212	210	220			
Рівненська	124	160	190	210	230	240
Всього	784	980	1220	1160	1302	1362

Область	Кількість процедур на 1 млн. населення						Кінцеве цільове значення
	Базове значення	1	2	3	4	5	
Вінницька	108.41	152.54	183.48	183.97	215.32	216.04	216.04
Волинська	19.29	92.06	137.24	182.00	226.45	270.54	270.54
Дніпропетровська	76.12	80.23	111.81	140.68	148.55	149.61	149.61

Закарпатська	169.63	168.51	176.49			⁷	
Рівненська	107.41	139.42	165.56	182.99	200.47	209.26	209.26
Всього	93.6	117.2	146.2	163.9	184.6	193.7	193.7

Дані щодо кількості населення, що були використані для обрахунку показника*

Область	базове значення	1 (прогноз)	2 (прогноз)	3 (прогноз)	4 (прогноз)	5 (прогноз)
Вінницька	1,623,527	1,638,900	1,635,100	1,630,700	1,625,500	1,620,100
Волинська	1,036,550	1,086,300	1,093,000	1,098,900	1,104,000	1,108,900
Дніпропетровська	3,310,738	3,240,500	3,219,800	3,198,700	3,177,400	3,154,900
Закарпатська	1,249,743	1,246,200	1,246,500			
Рівненська	1,154,502	1,147,600	1,147,600	1,147,600	1,147,300	1,146,900
Всього	8,375,060	8,359,500	8,342,000	7,075,900	7,054,200	7,030,800

* При розрахунку ЦРП №3 повинні використовуватись актуальні дані демографічної статистики.

Частота звітування: щоквартально.

Масштаб звітування: Дніпропетровська, Рівненська, Вінницька, Волинська, Закарпатська.

Відповідальні за звітування: Дніпропетровська, Рівненська, Вінницька, Волинська, Закарпатська області.

Цільове значення показника: 250 на 1 млн. населення.

10.6.4. ЦРП № 4: Середня тривалість стаціонарного перебування у лікарнях

Пояснення, визначення: Термін перебування на ліжку в стаціонарі часто використовується як показник ефективності надання медичних послуг та використання існуючих ресурсів. Скорочення часу, що витрачається на стаціонарне лікування, знижує вартість медичної допомоги і дозволяє пролікувати більше пацієнтів за окремий період. Крім того, скорочення терміну перебування в стаціонарі дозволяє здійснити зрушення в лікуванні від дорогої стаціонарної допомоги до менш дорогої амбулаторної допомоги.

Індикатор застосовується для моніторингу досягнень Проекту в пілотних областях, заходи яких спрямовані на ефективне використання ресурсів системи охорони здоров'я, що також пов'язано як з управлінськими потужностями системи охорони здоров'я, так і з новою системою фінансування лікарень.

⁷Закарпатська область братиме участь у Проекті упродовж 2-х років, очікуваний результат за 2016 рік – 176,5 на 1 000 000 населення

Наявність даних: дані є доступними та такими, що вже збираються. Показник Групи А. Методологія була уточнена Центром медичної статистики МОЗ та погоджена із регіонами.

Початковий показник: 11,7 днів⁸.

Джерело інформації: розрахунок проводити на підставі форми № 20, табл. 3100, ряд. 78 (Додаток 13). Формула розрахунку: чисельник (проведено вибулими хворими ліжко - днів) ділиться на знаменник (кількість виписаних хворих із стаціонару та кількість померлих).

Чисельник: проведено вибулими зі стаціонару ліжко - днів (табл. 3100, ряд.78, гр.7).

Знаменник: кількість вибулих із стаціонару (Таблиця 3100, ряд.78,гр.(5+6)).

Частота звітування: щорічно.

Масштаб звітування: загальнонаціональний показник.

Відповідальні за звітування: ГУС всіх пілотних областей, ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України», консультанти кластеру «Реформа системи фінансування». Очікувані значення показника: 9,5 днів.

10.7. Проміжні результати Проекту

10.7.1. Кількість медичних працівників та фахівців, що працюють в сфері охорони здоров'я, що пройшли тренінг в рамках роботи Проекту.

Пояснення, визначення: Цей показник стосується покращення якості надання медичної допомоги та управління сфери охорони здоров'я. Даний показник відноситься до основних показників (core indicators) роботи проектів МБРР в сфері охорони здоров'я. Професійне зростання та оновлення знань, навичок, підходів тощо, безпосередньо стосується якості (а також економічної ефективності) медичних послуг. Враховуючи потребу оцінювати заплановані тренінги, індикатор буде відслідковуватися на рівні всіх субпроектів та кластерів.

Наявність даних: дані будуть зібрані на основі звітів областей, які будуть надаватися ГУС Консультанту з моніторингу і оцінювання кластеру, а також даних про проведення тренінгів в рамках реалізації центральних компонентів Проекту. Показник Групи D.

1. Основні вимоги до класичних тренінгів:

- тривалість – щонайменше 1 день (8 годин);
- максимальна кількість учасників – 50 осіб;
- програма тренінгу має відповідати тематиці та цілям проекту/субпроекту, супроводжуватись коротким обґрунтуванням необхідності проведення тренінгу, його основної мети та завдань;
- тренінг має бути включений до Плану заходів проекту/субпроекту затверджений координатором Проекту/Керівником ГУС;

⁸ Базове значення – 11,7 днів було зазначено в Документі з оцінки проекту (PAD), затверджений у лютому 2015 року.

- у програмі тренінгу має бути передбачено щонайменше 25% загального часу на проведення практичних занять;
- фінансування тренінгів можливе лише на основі співфінансування з місцевого бюджету або за кошти Проекту;
- програми тренінгів, що проводяться за кошти позики, погоджуються з консультантом кластеру розбудова спроможностей, МіОЗ та СБ в рамках відповідних технічних завдань, а програми тих тренінгів, що проводяться за співфінансування, погоджуються з консультантом кластеру МіОЗ за 10 робочих днів до дати проведення тренінгу;
- кваліфікація тренера (тренерів), який надає консультаційні послуги, має відповідати наступним вимогам: 1) досвід роботи у сфері за тематикою тренінгу щонайменше 3 роки; 2) досвід розробки навчальних матеріалів та модулів – щонайменше 3 роки; 3) досвід проведення семінарів (тренінгів) для медичного персоналу (у секторі охорони здоров'я) – щонайменше 2 роки.

2. До показника кількості персоналу, який проходить підготовку в рамках роботи Проекту, також зараховуються фахівці в сфері охорони здоров'я, які пройшли навчання на основі міжнародно визнаних тренінгових он-лайн модулів, та отримали відповідні сертифікати⁹.

3. Проведення тренінгів з використанням програм відео-конференцій, вебінарів:

- тривалість – щонайменше 6 годин онлайн навчання;
- можливий поділ на 2-3 дні;
- онлайн формат має технічно передбачати візуальний та аудіо контроль присутності учасника;
- у програмі тренінгу має бути передбачено щонайменше 25% загального часу на виконання практичних завдань;
- практичні завдання можуть бути виконані в форматі домашнього завдання з наступною перевіркою виконання тренером;
- максимальна кількість учасників – 50 осіб;
- програма тренінгу має відповідати тематиці та цілям проекту, супроводжуватись коротким обґрунтуванням необхідності проведення тренінгу, його основної мети та завдань;
- тренінг має бути включений до Плану заходів проекту або ініційований та затверджений координатором Проекту;
- фінансування тренінгів передбачено з коштів Проекту;
- програми тренінгів, що проводяться за кошти позики, погоджуються з консультантами кластеру кластеру розбудова спроможностей, МіОЗ та СБ в рамках відповідних технічних завдань за 10 робочих днів до дати проведення тренінгу;
- кваліфікація тренера (тренерів), який надає консультаційні послуги, має відповідати наступним вимогам: 1) досвід роботи у сфері за тематикою тренінгу щонайменше 3 роки; 2) досвід розробки навчальних матеріалів та модулів – щонайменше 3 роки; 3) досвід проведення семінарів (тренінгів) для медичного персоналу (у секторі охорони здоров'я) – щонайменше 2 роки.

Форма звіту щодо проведених навчань наведена у додатку 8. Індикатор включає всіх спеціалістів в областях та кластерах, навчання яких передбачено в

⁹ Наприклад, модулі «Британського медичного журналу»

рамках реалізації Проекту у всіх областях та на центральному рівні.

Початковий показник: 0.

Джерело інформації: Звіти, надані областями та консультантами за кластерами.

Формула розрахунку: кількість спеціалістів, що пройшли навчання в рамках Проекту впродовж всього періоду впровадження Проекту.

Частота звітування: щоквартально.

Масштаб звітування: Всі пілотні області, включаючи Вінницьку, Волинську, Дніпропетровську, Закарпатську, Запорізьку, Львівську, Полтавську, Рівненську. Кластери центральних компонентів Проекту.

Відповідальні за звітування: ГУС всіх пілотних областей, консультанти за кластерами.

Очікувані значення показника: 24 937.

За даними грудня 2014 року, заплановано навчити нижче вказану кількість фахівців:

Таблиця 10.3. Кількість працівників охорони здоров'я, які братимуть участь в тренінгах, організованих та проведених в рамках Проекту

Область	Штатні працівники	2015	2016	2017	2018	2019	Всього
Вінницька	Медичні працівники та менеджери	0	1190	593	596	596	2975
Волинська	Медичні працівники та менеджери	365	1027	34	34	540	2000
Дніпропетровська	Медичні працівники та менеджери	0	75	1190	685	0	1950
Закарпатська	Медичні працівники та менеджери	102	368	0	0	680	1150
Запорізька	Медичні працівники та менеджери	404	1251	45	0	0	1700
Львівська	Медичні працівники та менеджери	236	161	0	0	3	400
Полтавська	Медичні працівники та менеджери	387	774	774	774	3400	6109
Рівненська	Медичні працівники та менеджери	98	401	390	250	106	1245
Центральні кластери		187	287	1800	2187	2947	7408
Всього за рік		1779	5534	4826	4526	8272	24937

Всього у сукупному підсумку	1779	7313	12139	16665	24937	
-----------------------------	------	------	-------	-------	-------	--

10.7.2. Медичні заклади реконструйовані, відреставровані та обладнані

Пояснення, визначення: Цей показник дозволяє відстежити результати виконання будівельних робіт, запланованих у визначені терміни в окремих областях. Відстежується процес відповідності виконаних робіт до запланованих у Проекті заходів. Цей показник відноситься до основних показників (core indicators) проектів МБРР у сфері охорони здоров'я.

В рамках обласних субпроектів передбачено нове будівництво, реконструкція, капітальний та поточний ремонт об'єктів ОЗ.

Форма звіту про виконання будівельних робіт наведена в Додатку 9. Початковий показник: 0.

Джерело інформації: Звіти, надані ГУС Консультанту з моніторингу і оцінювання кластеру.

Перелік запланованих до будівництва, реконструкції, капітального та поточного ремонту ЗОЗ наведено в Таблиці 10.4.

Таблиця 10.4. Перелік запланованих до будівництва, реконструкції та капітального ремонту ЗОЗ*

Волинська – ПМСД, амбулаторії	32
Дніпропетровська – ПМСД, амбулаторії	32
Дніпропетровська – лікарні	2
Рівненська - ПМСД, амбулаторії	51
Закарпатська – відділення інтервенційної кардіології м. Хуст	1
Вінницька – Кардіологічний центр	1

** Переглянуто за результатами середньострокового перегляду проекту (2018 р) та за результатами змін до Угоди про позику та 01.11.2019 року від 27.04.2020 року*

Формула розрахунку: Кількість закладів охорони здоров'я, по яких отримано сертифікат або зареєстровано декларацію про готовність до експлуатації об'єкту, підписано акти виконаних робіт для поточного ремонту.

Частота звітування: щопівроку.

Масштаб звітування: Відповідні пілотні області: Вінницька, Волинська, Дніпропетровська, Закарпатська, Рівненська.

Відповідальні за звітування: Вінницька, Волинська, Дніпропетровська, Закарпатська, Рівненська області.

Очікувані значення показника в цілому по країні не менше 119 (за рахунок коштів позики – 118, за рахунок співфінансування -1).

10.7.3. Відсоток закладів первинної медичної допомоги, які відповідають нормам облаштування для покращеного лікування ССЗ (відповідно до конкретного переліку)

Пояснення, визначення: Забезпеченість обладнанням первинної ланки

надання медичної допомоги є необхідною умовою надання медичної допомоги на належному рівні. Із загального переліку обладнання Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та окремих надавачів медичних послуг первинної ланки, визначених наказом МОЗ, обов'язковими для оцінки оснащення ЗОЗ для покращення ведення пацієнтів з ССЗ є наступні позиції та їхні мінімальні нормативи забезпеченості:

1. Тонometr з малими, середніми і великими манжетами - відповідно до фактичної кількості лікарів ПМД, а також молодших спеціалістів з медичною освітою, що здійснюють обслуговування вдома;

2. Стетофонендоскоп - відповідно до фактичної кількості лікарів ПМД, а також молодших спеціалістів з медичною освітою, що здійснюють обслуговування вдома;

3. Отоофтальмоскоп - відповідно до фактичної кількості лікарів ПМД;

4. Медична вимірвальна стрічка (рулетка) - відповідно до фактичної кількості лікарів ПМД, а також молодших спеціалістів з медичною освітою, що здійснюють обслуговування вдома;

5. Апарат визначення рівня глюкози крові у комплекті (з витратними (одноразовими) матеріалами) - відповідно до фактичної кількості лікарів ПМД, а також молодших спеціалістів з медичною освітою, що здійснюють обслуговування вдома;

6. Ростомір - 1 на кожен кабінет прийому лікаря ПМД;

7. Ваги (для дорослих) - 1 на кожен кабінет прийому лікаря ПМД;

8. Електрокардіограф – відповідно до кількості кабінетів надання ПМД.

Початковий показник¹⁰: 33% амбулаторій первинної медичної допомоги оснащені обладнанням для поліпшеного ведення випадків ССЗ із загальної їх кількості в області.

Джерело інформації: звіти за результатами дослідження рівня укомплектованості первинної ланки необхідним обладнанням.

Методологія розрахунку. Індикатор визначається на основі даних інвентаризації в центрах ПМСД та амбулаторіях, які є юридичною особою (ЕСТТ амбулаторія) та самостійно ведуть облік матеріально-технічного оснащення. Індикатор розраховується як частка амбулаторій, укомплектованих інструментарієм й обладнанням (відповідно до вищезазначеного переліку), до загальної кількості амбулаторій області.

Для проведення дослідження відповідності закладів ПМСД нормам облаштування для покращеного лікування ССЗ (відповідно до вищезазначеного переліку) центри ПМСД та амбулаторії ЕСТТ щорічно станом на 31 грудня проводять інвентаризацію зазначеного обладнання та інструментарію, за результатами якої складають Звіт щодо матеріально-технічної укомплектованості центрів ПМСД/ амбулаторії відповідно до форм додатку 10.

Керівник центру ПМСД/амбулаторії подає в електронній формі звіт спеціалісту з МіОЗ субпроекту відповідної області до 31 січня наступного за

¹⁰ Базове значення – 31% було зазначено в РАД, затверджений у лютому 2015 року, уточнені дані отримано пізніше, у квітні 2016 року після проведення дослідження закладів первинної медичної допомоги, на основі якого уточнено базове (початкове) значення індикатора (33%).

звітним року.

Зведений Звіт щодо матеріально-технічної укомплектованості закладів ПМСД та ЕСТТ амбулаторій області за підписом Керівника ГУС заноситься до ІСУД. Форми звітів наведені у додатку 10.

Оцінка рівня матеріально-технічної укомплектованості ЦМПД здійснюється поетапно.

1. Визначення наявності/відсутності позицій обладнання й інструментарію із переліку для ЕСТТ амбулаторій.

За результатами заповнення Звіту щодо матеріально-технічної укомплектованості амбулаторій визначається реальний стан укомплектованості амбулаторій за переліком. В графі 4 таблиці додатку 10 зазначається наявна кількість обладнання й інструментарію за усіма 8 позиціями, в графі 3 – нормативна кількість відповідного обладнання й інструментарію, визначена вище, у графі 6 – кількість одиниць обладнання, термін експлуатації якого минув, або закінчиться протягом наступних 4-х років (заповнюється лише для позиції №8 переліку – «Електрокардіограф»). Укомплектованість амбулаторій за кожною із позицій переліку обладнання й інструментарію визначається як співвідношення суми графі 4 до графі 3 таблиці, помножене на 100. Амбулаторія вважається укомплектованою відповідно до норм облаштування для покращеного лікування ССЗ, якщо кількість одиниць обладнання і інструментарію у графі 4 дорівнює або перевищує кількості у графі 3 по кожній з восьми позицій переліку обладнання.

2. Визначення рівня укомплектованості амбулаторій, які входять до центру ПМСД.

Інформація по кожній амбулаторії центру ПМСД вноситься до Звіту щодо матеріально-технічної укомплектованості амбулаторій центру ПМСД. Укомплектованість амбулаторій за кожною із позицій переліку обладнання й інструментарію визначається як співвідношення суми графі 10 до графі 9 таблиці, помножене на 100. Амбулаторія вважається укомплектованою відповідно до норм облаштування для покращеного лікування ССЗ, якщо кількість одиниць обладнання і інструментарію у графі 10 дорівнює або перевищує кількості у графі 9 по кожній з восьми позицій переліку обладнання.

Рівень укомплектованості амбулаторій центру ПМСД визначається як співвідношення кількості укомплектованих амбулаторій за кожною із 8 позицій переліку обладнання й інструментарію, до загальної кількості амбулаторій центру ПМСД, помножене на 100.

3. Визначення укомплектованості амбулаторій у області.

Показник укомплектованості амбулаторій на рівні пілотної області визначається на основі зведених даних зі Звітів щодо матеріально-технічної укомплектованості центрів ПМСД області та Звітів щодо матеріально-технічної укомплектованості амбулаторій (якщо ЕСТТ амбулаторії є у області) як співвідношення кількості укомплектованих амбулаторій за кожною із 8 позицій переліку обладнання й інструментарію, до загальної кількості амбулаторій

області, помножене на 100.

Частота звітування: щороку.

У 2016 році дослідження проводилось у березні–квітні, у наступні роки реалізації проекту – протягом січня.

Масштаб звітування: Відповідні пілотні області, окрім Львівської: Вінницька, Волинська, Дніпропетровська, Закарпатська, Запорізька, Полтавська, Рівненська.

Відповідальні за звітування: Вінницька, Волинська, Дніпропетровська, Закарпатська, Запорізька, Полтавська, Рівненська області.

Очікувані значення показника: 55% амбулаторій первинної медичної допомоги пілотних областей оснащені обладнанням для поліпшеного ведення випадків ССЗ.

Члени ГКП можуть направляти на ДОЗи запит щодо аналізу діяльності та прогресу в реалізації досягнення показника.

Консультанти за центральними компонентами (координація в регіонах, МіОЗ, залучення громадян) мають право перевіряти звіти на коректність інформації на основі випадкової вибірки або іншим структурованим способом.

10.7.4. Кількість проведених процедур скринінгу раку:

а) тести раку шийки матки

б) мамограми

Пояснення, визначення: Індикатор застосовується для МіОЗ досягнення Львівської області, субпроект якої покликаний покращити стан здоров'я населення області у сфері протидії злоякісним новоутворенням, а одним із очікуваних результатів є покращання доступності населення до методів ранньої діагностики раку шляхом поширення скринінгових обстежень на рак шийки матки та грудної залози.

Наявність даних: дані є доступними та такими, що вже збираються, однак з 2015 року в даному показнику мають бути враховані лише скринінгові процедури, виконані відповідно до узгоджених вимог. Показник Групи В.

Початковий показник:

(а) 709 184

(б) 20 893

а) Тести раку шийки матки

Джерело інформації: Центр медичної статистики Львівської області: «Звіт роботи цитологічної лабораторії», ГУС Львівської області: кількість цитологічних аналізів, виконаних відповідно до узгоджених вимог протягом звітного року.

Цитологічні аналізи на виявлення раку шийки матки проводяться відповідно до наказів МОЗ України.

б) Мамограми

Джерело інформації: Центр медичної статистики Львівської області, форма звітності №20: загальна кількість процедур мамографії, виконаних відповідно до узгоджених вимог протягом звітного року.

Мамографічні дослідження проводяться відповідно до наказів МОЗ України.

Частота звітування: щоквартально.

Масштаб звітування: Львівська область.

Відповідальні за звітування: Львівська область.

Очікувані значення показника на кінець року реалізації субпроекту:

	базове значення	1	2	3*	4*	5	Кінцеве цільове значення
а) тести раку шийки матки	709,184	710,000	750,000	830,000	500,000	500,000	500,000
б) мамограми	20,893	22,000	48,000	80,000	80,000	80,000	80,000

*переглянуто на основі середньострокового перегляду Проекту

10.7.5. Частка діагнозів гострого інфаркту міокарду з підйомом сегменту ST, підтверджених відповідно до належних протоколів за попередні 12 місяців.

Пояснення, визначення: Правильність постановки діагнозу є важливою передумовою як в досягненні позитивних клінічних результатів, так і економічно ефективного використання ресурсів. Процедура підтвердження діагнозу гострого інфаркту міокарду з елевачією сегменту ST заснована на застосуванні відповідних досліджень. Тим не менше, надавачі медичної допомоги не завжди володіють достатніми знаннями щодо правильної постановки діагнозу. Більше того, відсутність необхідного устаткування та інших ресурсів роблять неможливим дотримання протоколів на практиці. Таким чином, з метою вдосконалення процедури постановки діагнозу існує потреба у запровадженні системи оцінювання якості надання медичної допомоги, а саме в даному випадку – використання належним чином протоколів (із чітко окресленими процедурами) для правильної постановки діагнозів.

Індикатор застосовується для моніторингу досягнення результатів таких областей, як Дніпропетровська, Рівненська, Вінницька, Волинська, Закарпатська, субпроекти яких покликані на покращення якості надання медичної допомоги при гострих станах, пов'язаних з ССЗ.

Наявність даних: Показник не розраховується системою охорони здоров'я. В межах підготовки Проекту розроблено проект збору даних по індикатору (детальніше в Додатку 7). Показник групи В.

Початковий показник: 65% усіх нових діагностованих випадків гострого інфаркту міокарда з елевацією сегмента ST, були підтверджені відповідно до протоколу, з-поміж усіх нових діагностованих випадків гострого інфаркту міокарда з елевацією сегмента ST за останні 12 місяців. Дані не збираються на рівні офіційної статистики, початкове значення вказане на основі даних, наданих УОЗ Рівненської ОДА, отриманих через аналіз документів. Базове значення зібрано і уточнено через Експертний аналіз медичних записів на першому році реалізації Проекту.

Джерело інформації: Звіт за результатами Експертного аналізу медичних записів. Систематичний метод збору інформації пропонується на основі даних, отриманих за результатами першого аналізу медичних записів.

Частота звітування: два рази на рік.

Області: Дніпропетровська, Рівненська, Вінницька, Волинська, Закарпатська.

Відповідальні за звітування: Консультант з моніторингу і оцінювання кластеру, Дніпропетровська, Рівненська, Вінницька, Волинська, Закарпатська області.

Очікувані значення показника: 78%.

10.7.6. Частка закладів первинної медичної допомоги, які мають структуровані школи здоров'я чи подібні ініціативи, що стосуються освітніх групових заходів, пов'язаних з основними факторами ризику виникнення неінфекційних захворювань (НІЗ).

Пояснення, визначення: Розширення прав і можливостей людей і громад є одним з найважливіших принципів Глобального плану дій з профілактики та боротьби з неінфекційними захворюваннями (ВООЗ, проект плану дій з профілактики та боротьби з НІЗ, 2013–2020).

Організації пацієнтів та/або групи самопомоги є для багатьох пацієнтів місцем, де вони можуть дізнатися більше про те, як впоратися зі своєю хворобою і бути в змозі зробити самооцінку й отримувати лікування під наглядом лікаря.

В рамках кластеру «Громадське здоров'я» областям Проекту надається допомога по створенню шкіл здоров'я, модераторами в яких є надавачі ПМД (лікарі або медичні сестри).

Основні вимоги до шкіл здоров'я такі:

1. Затверджене Положення про школу здоров'я (загальні положення, цілі, напрямки діяльності, тривалість навчання, технічне оснащення, відповідальні за організацію діяльності тощо).
2. Затверджена навчально-просвітницька програма школи здоров'я, напрямки якої мають відповідати тематиці й цілям субпроекту, а також включати навчальні заходи за іншими напрямками.
3. Виділений та обладнаний спеціальний кабінет для занять.
4. У структурі занять у школі здоров'я теоретична частина має займати

не більше 30%, практична частина – не менше 50%, обговорення та індивідуальні консультації - близько 20% часу занять. Тривалість занять - 1-1,5 год.

5. Кількість слухачів у групі не перевищує 12 осіб.

6. Проведення серед слухачів анкетування щодо корисності занять у школі та цікавих тем на майбутнє, тощо.

7. Клінічний досвід роботи лектора має бути не меншим 3 років.

8. Інформація про роботу школи здоров'я має бути належним чином висвітлена (оголошення в реєстратурі поліклініки, кабінетах лікарів, в засобах масової інформації, тощо).

Початковий показник: 0% амбулаторій ПМСД у пілотних областях створено і функціонують школи здоров'я.

Джерело інформації: надані пілотними областями звіти за формою Додатка 11.

Формула розрахунку: кількість амбулаторій в області, в яких створені школи здоров'я принаймні за одним типом НІЗ, поділена на загальну кількість амбулаторій в області, помножена на 100.

Частота звітування: щопівроку.

Масштаб звітування: Всі пілотні області: Вінницька, Волинська, Дніпропетровська, Закарпатська, Запорізька, Львівська, Полтавська, Рівненська.

Відповідальні за звітування: Всі пілотні області: Вінницька, Волинська, Дніпропетровська, Закарпатська, Запорізька, Львівська, Полтавська, Рівненська, консультант кластеру «Громадське здоров'я».

Очікувані значення показника: 50% амбулаторій ПМСД у пілотних областях створено і функціонують школи здоров'я.

10.7.7. Критичні стандарти електронної охорони здоров'я затверджені

Ключові стандарти – основні (затверджені нормативно) технічні вимоги та/або стандарти зберігання і передачі медичних даних в Електронний реєстр пацієнтів і суміжних системах, наприклад EHR (Electronic Health Record), EPR (Electronic Patient Record), тощо. Ці стандарти повинні бути розроблені (або адаптовані для українських потреб і реалій з закордонних аналогів), а також впроваджені (шляхом затвердження на рівні МОЗ, згідно з офіційною процедурою, затвердженою МОЗ, через процедуру прийняття національних стандартів, правил підключення до центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я, видання методичних рекомендацій, тощо) для подальшого використання всіма користувачами електронних систем у сфері ОЗ і формування технічних вимог до медичних інформаційних систем.

Індикатор застосовується для моніторингу досягнень кластеру Електронної охорони здоров'я, що здійснюється на національному рівні.

До Першої частини Ключових стандартів відносяться базові вимоги та стандарти eHealth, що встановлюють вимоги до електронного реєстру пацієнтів (центрального), регулювання на національному рівні щодо унікального коду

пацієнта, електронні медичні облікові форми (в закладі), визначення користувачів електронних ресурсів, основи обміну даними в секторі системи охорони здоров'я, структура спеціалізованого електронного реєстру охорони здоров'я), затверджені МОЗ.

Друга частина Ключових стандартів включає: Архітектуру та функціональні стандарти інформаційних систем в секторі охорони здоров'я (щонайменше: ЗОЗ, що надають первинну, вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу).

Початковий показник: Ні.

Джерело інформації: інформація про затвердження ключових стандартів системи eHealth надається Консультантом з координації впровадження кластеру Консультанту з моніторингу і оцінювання, та оцінюється ГКП.

Частота звітування: щопівроку.

Масштаб звітування: національний рівень.

Відповідальні за звітування: Консультант кластеру «Електронна охорона здоров'я».

Очікувані значення показника: Так/дві частини затверджені.

10.7.8. Комунікаційна кампанія

Комунікаційна кампанія – це комплекс подій або /заходів інформаційно-комунікаційного характеру, спрямованих на формування у цільових груп населення позитивного сприйняття реформи системи охорони здоров'я.

Критерії успішної реалізації інформаційної кампанії охоплюють: реагування на потреби цільової аудиторії, усунення прогалин у знанні населенням основних складових здорового способу життя, базові знання про роботу системи охорони здоров'я, права та обов'язки пацієнтів, тощо.

Кількісні та якісні показники успішної реалізації комунікаційної кампанії відображені у звітах про реалізацію кампанії, динаміці соціологічних даних (підвищення обізнаності, позитивне сприйняття, тощо), моніторингу засобів масової інформації або іншому відповідному аналізі, наданому Консультантом з комунікаційної підтримки реформ та командою Проекту.

Реалізація кластерів вимагає координації на національному (центральному компонент) та регіональному (пілотні області) рівні. Комунікаційні заходи в рамках Проекту мають бути узгоджені і включати цілі й завдання, спільні для всіх пілотних областей, які відповідають головній меті Проекту.

Оцінювання результативності інформаційно-комунікаційної кампанії здійснюватиметься на основі наступних досягнень:

- функціонування ефективної системи комунікацій щодо реформи охорони здоров'я в Україні, яка оцінюється за результатами регулярного моніторингу ЗМІ;

- позитивне ставлення до реалізованих змін, розвиток здорових звичок серед населення за результатами соціологічних обстежень.

За результатами реалізації кластеру очікується досягнення наступних конкретних результатів:

- збільшення кількості публікацій про перебіг реформи системи охорони здоров'я;
- збільшення кількості соціальних заходів щодо пропаганди здорового способу життя;
- збільшення кількості звернень громадян до веб-сайту МОЗ та його сторінок в соціальних мережах;

Кількісні і якісні показники ефективності впровадження комунікаційної кампанії відображаються Консультантом з комунікаційної підтримки реформ у звітах про реалізовані заходи.

Наявність даних: звіти, надані Консультантом з комунікаційної підтримки реформ. Показник Групи D.

Початковий показник: Немає

Джерело інформації: Звіти, надані Консультантом з комунікаційної підтримки реформ.

Частота звітування: щопівроку.

Масштаб звітування: Загальнодержавний рівень та рівень пілотних областей.

Відповідальний за звітування: Консультант з комунікаційної підтримки реформ.

Очікувані значення показника: Комунікаційні кампанії розробляються та реалізуються.

10.7.9. Наявність лікарняних ліжок

Початковий показник: 880 на 100 000 населення.

Джерело інформації: форма звітності № 20, (таблиця 3100 «Ліжковий фонд та його використання», Додаток 13), рядок 78 «Усього», графа 1 «Кількість ліжок на кінець звітного року», ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України».

Частота звітування: щопівроку.

Масштаб звітування: Національний рівень, всі області.

Відповідальні за звітування: ГУС всіх пілотних областей, ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України», консультанти кластеру «Реформа системи фінансування».

Очікувані значення показника: 650 на 100 000 населення.

10.7.10. Кількість областей, які в будь-якому визначеному році впровадили, принаймні, одну реформу підвищення ефективності

Пояснення:

Впровадження реформ на загальнонаціональному рівні потребує підтримки на регіональному рівні, включаючи регулювання, оптимізацію ресурсів, заходів з

покращення якості, ініціативи та регіональні програми, співпрацю з місцевими органами влади, НУО, тощо.

Індикатор застосовується для моніторингу реалізації реформ у пілотних областях.

Індикатор розробляється ГУС та узгоджується МОЗ і МБРР.

Джерело інформації: річні звіти з областей з відображенням їхнього прогресу у досягненні цілей та подальших дій. Звіти розглядаються та затверджуються відповідними департаментами МОЗ.

Формула розрахунку: кількість пілотних областей, які впровадили узгоджені заходи.

Частота звітування: щороку.

Масштаб звітування: Всі пілотні області, включаючи Вінницьку, Волинську, Дніпропетровську, Закарпатську, Запорізьку, Львівську, Полтавську, Рівненську.

Відповідальні за звітування: ГУС, Консультант з моніторингу і оцінювання, ГКПП.

Очікувані значення показника: 8 областей.

10.7.11. Частка бенефіціарів у областях, відібраних для проекту, які звітують про покращення доступу та якості цільових медичних послуг

Пояснення: оцінка бенефіціарами Проекту (споживачами медичних послуг, на яких спрямовано заходи Проекту) якості та доступу до медичних послуг є важливим джерелом інформації для прийняття управлінських рішень щодо реформ системи охорони здоров'я. У ході реалізації Проекту очікується суттєве вдосконалення бенефіціарами оцінки доступу та якості медичних послуг.

Розрахунок індикатора: розрахунок здійснюватиметься на основі даних вибіркового репрезентативного опитування бенефіціарів віком 18+ та 40–60 років в кожній з областей Проекту.

Початковий показник: 0

Джерело інформації: репрезентативні опитування бенефіціарів в кожній з областей Проекту.

Формула розрахунку: частка бенефіціарів, які повідомили про покращення якості та доступу до медичних послуг за поточний період, мінус частка бенефіціарів, які повідомили про покращення якості та доступу до медичних послуг за попередній період.

Частота звітування: другий, третій та п'ятий рік реалізації Проекту.

Масштаб звітування: всі пілотні області, включаючи Вінницьку, Волинську, Дніпропетровську, Закарпатську, Запорізьку, Львівську, Полтавську, Рівненську.

Відповідальні за звітування: Консультант з моніторингу і оцінювання кластеру, ГКПП

Очікувані значення показника: щонайменше 10%.

Для відслідковування результатів досягнення показника можна використовувати дані інших досліджень для тріангуляції або порівняння результатів щодо доступу та якості цільових медичних послуг.

10.8. Друга мета кластеру: вивчення доступу та якості медичних послуг, витрат домогосподарств на охорону здоров'я, громадської думки, експрес-оцінка чинної системи збору та використання даних та розробка Стратегії посилення та раціоналізації системи управління медичною інформацією.

Друга мета буде досягнута через спільну роботу МОЗ, ГКПП, МБРР та найнятих консультантів. Останні відповідатимуть за розробку методології, яка буде представлена зацікавленим сторонам для отримання коментарів та зауважень. Збір даних буде виконано дослідницькою компанією.

У рамках досягнення зазначеної мети, упродовж реалізації Проекту, планується двічі провести обстеження бенефіціарів: обстеження бенефіціарів у областях Проекту передбачає обстеження домогосподарств та медичних закладів.

У рамках обстеження домогосподарств (співмешканців віком 18+ та 40–60 років) у областях Проекту буде досліджено наступні питання: самооцінка стану здоров'я, доступ та використання послуг з охорони здоров'я, оцінка якості послуг, фінансові бар'єри для отримання послуг, характеристики витрат на охорону здоров'я, включаючи неформальні платежі, сприйняття реформи охорони здоров'я та Проекту.

Обстеження медичних закладів допоможе оцінити умови надання послуг у відібраних Областях і вивчити наступні питання: наявність ліків, обладнання та послуг, стан інфраструктури, забезпеченість кадрами та вакантні посади, управління закладами, а також робота з громадами та їх залучення. Обстеження буде проведено в закладах первинного та вторинного рівнів відібраних Областей з акцентом на завдання субпроектів.

10.9. Третя мета кластеру: посилення спроможності МОЗ та відібраних Областей щодо МіО.

Третя мета кластеру щодо посилення спроможності МОЗ та відібраних областей охоплює:

- тренінг з управління інформацією та використання даних для керівників та спеціалістів з МіО у відібраних Областях та МОЗ. Програма семінару включатиме теми, присвячені принципам МіО та управління медичною інформацією, логіко-структурному підходу, управлінню, орієнтованому на результати та прийняттю рішень на основі доказових даних;
- щопіврічні семінари для учасників Проекту центрального та обласного рівнів.

Заходи в рамках досягнення цієї мети будуть організовані Консультантом з моніторингу та оцінювання кластеру у співпраці з консультантами інших кластерів та ГКПП.

10.10. Новий Компонент фінансування на основі результатів був створений шляхом перерозподілу коштів проекту сумою 40 млн. дол. США. Після досягнення визначених індикаторів ці кошти буде перераховано до загального фонду державного бюджету України і їх можна буде використовувати для підтримки реформ.

ІПВ 1: *Кількість людей, які обрали лікаря ПМСД відповідно до кількості підтверджених підписаних декларацій та одержують медичну допомогу від лікарів первинної ланки, які уклали контракт з НСЗУ (кількість)*
Індикатор: *Щонайменше 29,5 мільйонів людей обрали лікаря ПМСД відповідно до кількості перевірених підписаних декларацій та отримують медичну допомогу від лікарів первинної медично-санітарної допомоги, які уклали договори з НСЗУ.*

Пояснення, визначення: 1. Згідно з Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» пацієнт реалізує своє право на вибір лікаря шляхом подання надавачу медичних послуг декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу («декларація»).

Згідно з Порядком вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, затвердженим наказом МОЗ від 19.03.2018 № 503 («Порядок вибору лікаря»), пацієнт має право на отримання медичних послуг, пов'язаних з ПМД, у надавача ПМД з моменту подання йому декларації та до її припинення.

Згідно з постановою КМУ від 18 грудня 2018 р. № 1117 «Деякі питання реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік» надавачі медичних послуг, які уклали договори про медичне обслуговування населення з НСЗУ, отримують оплату за капітаційною ставкою за кожного пацієнта, який подав декларацію («зелений список»).

2. Згідно з Порядком вибору лікаря декларація подається пацієнтом або самостійно, або шляхом звернення до надавача медичних послуг через електронну систему охорони здоров'я.

Згідно з Порядком функціонування електронної системи охорони здоров'я у центральній базі даних електронної системи охорони здоров'я міститься Реєстр декларацій про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, що містить інформацію про всі подані декларації.

Індикатор застосовується для моніторингу досягнення результатів на національному рівні.

Наявність даних: Точність та достовірність інформації у центральній базі даних забезпечується НСЗУ та адміністратором шляхом проведення періодичної

верифікації з дотримання вимог Закону України “Про захист персональних даних”. Таким чином, електронна система охорони здоров’я містить дані про всі подані декларації, щодо яких здійснюється періодична верифікація.

Початковий показник: на 1 січня 2019 року кількість підписаних декларацій у закладах, які підписали договори з НСЗУ, становила 23 418 036.

Джерело інформації: НСЗУ за запитом Міністерства охорони здоров’я.

Частота звітування: по досягненні індикатора

Відповідальний. Консультант з моніторингу і оцінювання кластеру.

Очікувані значення показника: 27 мільйонів декларацій у 2019 році, 29,5 мільйонів у 2020 році.

ІПВ 2. Затверджені нові методи оплати роботи лікарень на основі кількості пролікованих випадків; нові договори про оплату роботи лікарень, які розроблені та готові до впровадження НСЗУ (так/ні)

Індикатор: Затверджені нові методи оплати роботи лікарень на основі кількості пролікованих випадків; нові договори про оплату роботи лікарень розроблені та готові до впровадження НСЗУ (так/ні)

Пояснення, визначення: 1. 27 лютого 2019 року КМУ прийнято постанову №131, якою було затверджено Порядок здійснення пілотного проекту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області («пілотний проект»).

В межах пілотного проекту в Україні вперше запроваджується оплата медичних послуг у стаціонарних медичних закладах на умовах оплати за пролікований випадок із застосуванням методу діагностично споріднених груп («ДСГ»).

Постанова № 131 вводить поняття ДСГ (всього 50 груп ДСГ), базової ставки та вагових коефіцієнтів, затверджує основні принципи оплати за пролікований випадок із застосуванням методу ДСГ.

2. Для реалізації пілотного проекту постановою КМУ від 27 лютого 2019 р. №134 внесено зміни до типової форми медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій та порядку їх формалізації. Зокрема, спеціальний додаток до договору, який містить спеціальні умови надання спеціалізованих медичних послуг в амбулаторних та стаціонарних умовах.

Індикатор застосовується для моніторингу досягнення результатів на регіональному рівні.

Наявність даних: 5 березня 2019 року НСЗУ на офіційному веб-сайті розмістило оголошення про укладення договорів на медичне обслуговування населення з метою реалізації пілотного проекту.

13 березня 2019 року НСЗУ уклала договори на медичне обслуговування населення з 56 комунальними закладами охорони здоров'я Полтавської області. Інформація про всі укладені договори розміщена на офіційному веб-сайті НСЗУ.

Початковий показник: на 1 січня 2019 року відсутність нормативно-правових актів.

Джерело інформації: НСЗУ за запитом Міністерства охорони здоров'я.

Частота звітування: по досягненні індикатора

Відповідальний. Консультант з моніторингу і оцінювання кластеру.

ПВ 3. Запущено пілотну програму надання лікарняних послуг на вторинному рівні, і щонайменше 20 лікарень у відібраній області отримали виплати від НСЗУ

Індикатор: Запущено пілотну програму надання лікарняних послуг на вторинному рівні, і щонайменше 20 лікарень у відібраній області отримали виплати від НСЗУ

Пояснення, визначення. Проект (див. ПВК 2) вважатиметься спроможним, якщо протягом другого кварталу 2019 року щонайменше 20 лікарень, які беруть участь в пілотному проєкті, зможуть довести отримання коштів від НСЗУ згідно договору.

Індикатор застосовується для моніторингу досягнення результатів на обласному рівні (Полтавська область).

Наявність даних: Інформація стосовно виплат на офіційному сайті НСЗУ.

Початковий показник: на 1 січня 2019 року виплат немає.

Джерело інформації: Виписка з рахунку НСЗУ за запитом Міністерства охорони здоров'я.

Частота звітування: по досягненні індикатора

Відповідальний. Консультант з моніторингу і оцінювання кластеру.

ІПВ 4: Кількість призначених лікарень, які уклали договори з НСЗУ в рамках новоствореного пакету послуг для задоволення потреб, пов'язаних з COVID-19 (кількість)

Індикатор: Щонайменше 100 призначених лікарень уклали договори з НСЗУ в рамках новоствореного пакету послуг, пов'язаних з COVID-19

Пояснення, визначення: У 2020 році НСЗУ планує розпочати укладення договорів із закладами охорони здоров'я, використовуючи поєднання загального бюджету та оплати за пролікований випадок (запланована дата – 1 квітня 2020 року). Враховуючи пандемію COVID-19 буде запроваджена додаткова оплата закладам охорони здоров'я за діагностику та лікування пацієнтів із підозрою та підтвердженим випадком захворювання COVID-19 відповідно до прийнятних протоколів надання допомоги у таких випадках.

Наявність даних: НСЗУ.

Початковий показник: 0.

Очікуване значення показника: 100.

Джерело інформації: НСЗУ за запитом Міністерства охорони здоров'я.

Частота звітування: по досягненні індикатора

Відповідальний. Консультант з моніторингу і оцінювання кластеру.

11. ЕКОЛОГІЧНЕ ТА СОЦІАЛЬНЕ УПРАВЛІННЯ ПРОЕКТОМ

Процедури та механізми забезпечення соціальних та екологічних політик, якими мають керуватися бенефіціари Проекту, визначені у Рамкових вимогах до екологічного менеджменту (РВЕМ)* (додаток 15), що оновлені у 2020 році та опубліковані на сайті Міністерства охорони здоров'я України. (https://moz.gov.ua/uploads/3/19979-esmf_spih_ukr_fin.pdf).

Метою Рамкових вимог до екологічного менеджменту є надання допомоги фахівцям ГКПП та впроваджувальним установам субпроектів у визначенні потенційних екологічних та соціальних наслідків субпроектів, у підготовці планів соціально-екологічного менеджменту (ПСЕМ), в яких узагальнено необхідні заходи щодо пом'якшення наслідків для їх мінімізації, та проведенні екологічного та соціального моніторингу та звітності. ПСЕМ включені до тендерної документації на будівництво/реконструкцію/ремонт та реалізуються підрядниками.

Кожна організація, відповідальна за впровадження субпроектів (обласні та міські управління охорони здоров'я за підтримки Управлінь капітального будівництва), керується процедурами та механізмами, зазначеними в РВЕМ та ПСЕМ.

11.1. Порядок вирішення екологічних і соціальних питань.

МОЗ відповідає за загальну реалізацію проекту силами утвореної для цього Групи консультативної підтримки Проекту (ГКПП). ГКПП відповідатиме за повсякденне управління проектом та його підтримку, включно з забезпеченням відповідності виконання проекту Політиці гарантій безпеки Світового банку, Настановам Світового Банку з охорони довкілля, охорони праці та безпеки життєдіяльності, Настановам ВООЗ щодо COVID-19 і цим РВЕСМ. У складі ГКПП працює учасник, що відповідає за моніторинг та дотримання РВЕМ під час реалізації Проекту.

У ГУС (групах управління субпроектів) визначений працівник, який відповідає за взаємодію з ГКПП з питань реалізації РВЕСМ під час реалізації проекту у регіоні. Реалізація цих РВЕСМ передбачає перелік активностей, що здійснює ГКПП та представники бенефіціарів (місцева влада, представники субпроектів).

11.2. Розробка документації.

*Цей документ є оновленою версією Рамкових вимог до екологічного менеджменту базового Проекту «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей»

Бенефіціарами Проєкту в регіонах та представниками підрядних організацій розроблено та впроваджуються необхідні екологічні та соціальні документи за кожним із заходів, пов'язаними та асоційованими з Проєктом. Ці документи складені українською мовою, щоб забезпечити якнайкраще їх розуміння зацікавленими особами. Основний документ – це План екологічного та соціального менеджменту (ПЕСМ). Зразок плану екологічного і соціального менеджменту (ПЕСМ) наведений у додатку 4 РВЕМ.

Перевірені та погоджені плани є обов'язковою складовою всіх контрактів на виконання робіт чи здійснення нагляду, укладених у зв'язку з відповідним заходом. У разі самостійного виконання робіт силами бенефіціарів, застосування ПЕСМ до виконуваних робіт залишиться обов'язковим, як і виконання Підрядними організаціями згідно вимог Світового Банку щодо асоційованих робіт пов'язаних з діяльністю в рамках Проєкту.

Шаблони цих частин переліку ПЕСМ наведені в додатку Рамкових вимог до екологічного менеджменту (РВЕМ). Ці ПЕСМ є спрощеним практичним документом — стандартизованим, легким у розробці, впровадженні та моніторингу, пристосованим до різних проєктів з реконструкції/ремонту.

11.3. Розгляд і затвердження.

Документи, що розроблені представниками бенефіціарів, ГУС, підрядними організаціями розглянуті та затверджені ГКПП для подальшого виконання. Також вони подаються на розгляд і затвердження для подальшого виконання до Світового банку. Після цього Світовий банк проводитиме наступний контроль усіх документів після їх одержання і, за потреби, надає свої зауваження. Якщо під час наступного контролю виявлено невідповідність документів стандартам Світового банку, Банк має право внести зміни до процедур та встановити обов'язковість попереднього розгляду нових документів.

11.4. Реалізація.

За виконання документів відповідатимуть представники бенефіціарів у регіонах Субпроєктів. Відповідальність за виконання ПЕСМ вони поділятимуть відповідно до ситуації з підрядними організаціями та консультантами з нагляду. ГКПП надає підтримку в реалізації субпроєкту та здійсненні нагляду.

11.5. Моніторинг та звітність.

Передбачене подання щоквартальних звітів від субпроєктів до ГКПП, з наступним відправленням до фахівців Світового Банку.

ГКПП щокварталу подає до Банку загальні звіти про реалізацію субпроєктів, поки вони активно виконуються. Ці звіти міститимуть статистичні дані щодо реалізації субпроєкту; зведений реєстр отриманих скарг і звернень і результатів їх урегулювання; зведений огляд заходів, що здійснюються в кожному конкретному

субпроекти та інші складові на вимогу ГКПП. Орієнтовний шаблон звіту з питань екологічного та соціального менеджменту подано в РВЕМ.

11.6. Звітування про інциденти в екологічній та соціальній сфері.

Для виконання всіх вимог Політики гарантій безпеки Світового банку у звіті про перебіг субпроекту зазначаються всі відповідні об'єкти. В разі оновлення плану діяльності за субпроектом всі зміни подаватимуться в тому числі фахівцям Світового банку з екологічних та соціальних питань, представнику ГКПП, який відповідає за даний напрямок.

Попри значні зусилля, спрямовані на управління екологічними та соціальними ризиками, пов'язаними з діяльністю в рамках Проекту, завжди можуть траплятися інциденти. Інцидент у цьому контексті — це нещасний випадок або негативна подія, що є наслідком невиконання стороною-виконавцем національного законодавства та вимог політики гарантій безпеки Банку, або умов, що виникають через несподівані або непередбачені події під час реалізації проекту. До інцидентів належать: смертельні випадки, серйозні аварії і травми; соціальні наслідки припливу робочої сили; сексуальну експлуатацію і жорстоке поводження або інші форми гендерного насильства; значне забруднення навколишнього середовища; спалах захворювань на COVID-19 серед працівників; втрату біорізноманіття або критично важливого середовища проживання; втрату матеріальної культурної спадщини; і втрату доступу до ресурсів громади.

Цей інструментарій реагування на екологічні та соціальні інциденти (ІРЕСІ) (додаток 6 РВЕМ) покликаний допомогти виконавцям урегулювати інциденти, що мають місце під час реалізації проекту та надавати їм інформацію щодо порядку реагування на такі інциденти.

ІРЕСІ не замінює собою звичайного нагляду та звітування за проектом; його розроблено для того, щоб допомогти виконавцям реагувати на інциденти, виявлені ними під час здійснення нагляду або в будь-який інший час.

ІРЕСІ складається з таких шести кроків процесу роботи з інцидентами та звітування про них:

- А. Крок 1. Початкове повідомлення
- В. Крок 2. Класифікація
- С. Крок 3. Розслідування
- Д. Крок 4. Реагування
- Е. Крок 5. Наступна перевірка.

Для кожного кроку визначено завдання та обов'язки Виконавців і МОЗ/ГКПП в реагуванні на інциденти. Цей ІРЕСІ містить розділ, присвячений заходам з реагування та відновлення, в якому подаються приклади можливих шляхів реагування виконавців на інциденти.

Детальні описи кроків ІРЕСІ подано в додатку 6 РВЕМ.

11.7. Інституційні механізми

Міністерство охорони здоров'я і створена Міністерством ГКПП відповідають за моніторинг та звітність щодо реалізації РВЕСМ/ПЕСМ та всі пов'язані з цим питання, такі як звітність про інциденти та скарги. Функції ГКПП більш докладно описані нижче.

Відповідно до пропонованих інституційних механізмів на обласному рівні, до реалізації проекту залучені два управління обласних державних адміністрацій: підрозділ охорони здоров'я та підрозділ капітального будівництва (УКБ). З них, УКБ відповідатиме за всі технічні питання, включаючи нагляд за роботами підрядників. У кожному УКБ є відділ технічного нагляду, належно укомплектований висококваліфікованими інженерами, які будуть відповідати за екологічний моніторинг будівельних робіт в рамках субпроектів відповідно до ПЕСМ та надання звітів ГКПП.

Інституційні обов'язки всіх сторін у стислому викладі такі:

Світовий банк	МОЗ/ГКПП	Обласні виконавці
Визначає категорію проекту з точки зору екологічних і соціальних питань Надає Позичальникові консультації щодо екологічних та соціальних вимог Світового банку Здійснює розгляд і повідомляє про «Відсутність заперечень» щодо звітів з екологічних та соціальних питань Оприлюднює звіт на сторінці InfoShop Контролює реалізацію ПЕСМ Вносить взаємно прийнятні зміни під час реалізації	Розробляє РВЕСМ Надає виконавцям субпроектів консультації щодо конкретних екологічних та соціальних інструментів Розглядає документацію з економічних і соціальних питань Реагує на запити Банку та громадськості Контролює реалізацію ПЕСМ Надає підтримку під час організації та проведення консультацій з громадськістю та ГО	Розробляє та реалізовує ЕС/ПЕСМ за субпроектом Проводить консультації з групами, постраждалими від діяльності в рамках проекту, та місцевими громадськими організаціями Оприлюднює проекти документів/остаточні документи в країні. Надає відповіді та звітує Банку, ГКПП, ГФП та громадськості Контролює реалізацію ПЕСМ Забезпечує дотримання вимог національного законодавства.

У контексті відповідальності ГКПП за підготовку та реалізацію РВЕСМ Група забезпечує належне включення вимог ПЕСМ до тендерної документації, а також підготовку учасниками торгів плану необхідних заходів щодо пом'якшення наслідків та виділення бюджетних коштів на реалізацію ПЕСМ.

ГКПП надаватиме оперативну та управлінську підтримку Субпроектам протягом усього строку його реалізації, тому необхідно переконатися, щоб посада фахівця ГКПП з екологічних і соціальних питань була належним чином відображена у бюджеті Проекту. Крім того, бюджет повинен включати бюджетну статтю, яка забезпечуватиме підтримку цільової технічної допомоги ГКПП та обласним виконавцям у процедурах Банку, пов'язаних із закупівлями, фінансовим управлінням, управлінням екологічними та соціальними ризиками, та механізму розгляду скарг у зв'язку з конкретним проектом (див. нижче).

МОЗ/ГКПП відповідають за перегляд і затвердження РВЕСМ та моніторинг їх реалізації, а також консультування Підрядників з екологічних та соціальних питань.

Фахівець ГКПП з екологічних і соціальних питань контролює дотримання положень РВЕСМ. У рамках своїх завдань він може виконувати такі функції:

- надання підтримки у забезпеченні відповідності ПЕСМ (ремонт/реконструкція та будівельні роботи) політиці гарантій безпеки Світового банку;
- забезпечення належного врахування всіх необхідних заходів екологічного та соціального характеру щодо зменшення впливів та моніторингу в бюджетах будівельних робіт (планах закупівель) субпроектів;
- моніторинг виконання пом'якшувальних заходів та інформування керівника ГКПП/СБ/МОЗ про будь-які виявлені невідповідності;
- забезпечення виконання дистанційного моніторингу та моніторингових візитів щодо екологічних та соціальних питань в рамках кожного субпроекту;
- забезпечення запровадження та функціонування механізму розгляду скарг (МРС) на рівні проекту та подання щоквартальних звітів про розгляд скарг, отриманих у зв'язку з виконанням проекту;
- забезпечення відповідного оновлення РВЕСМ і ПЕСМ субпроекту, щоб відобразити потреби проекту та зміни в екологічній і соціальній політиці Світового банку (якщо застосовується);
- у випадку інциденту, забезпечення своєчасного повідомлення Банку, участь у розробленні плану коригувальних заходів.

Фахівець з екологічних і соціальних питань звітує перед керівником ГКПП.

11.8. Повноваження та напрямки роботи представника ГВП, що відповідає за соціальні та екологічні аспекти.

Представник ГКПП один або з іншими відповідальними представниками ГКПП здійснює моніторингові візити з метою налагоджування каналів збору скарг та пропозицій, надання консультаційної підтримки представникам бенефіціарів в регіонах.

Представник ГКПП формує план та кількість моніторингових візитів в квартал, який погоджує з профільними фахівцями Банку та затверджує МОЗ. Кількість виїздів залежить від обсягу робіт в рамках Субпроєкту, виявлених скарг, потенційних екологічних та соціальних наслідків тощо.

Представник ГКПП має право формувати запити до Субпроєктів, що стосуються зони відповідальності. Бенефіціари зобов'язані надавати інформацію та звітність у вказані строки.

Представник ГКПП має повноваження спілкуватися з профільними фахівцями Банку з екологічних та соціальних питань, надавати звіти та інформацію, що стосуються зони відповідальності напряму, залучати представників Банку для отримання поради та прийняття рішень щодо екстрених питань реалізації Проєкту.

Представник ГКПП має повноваження відповідати на питання щодо виконання екологічних та соціальних захисних політик Світового Банку.

Представник ГКПП має право отримувати будь-яку інформацію, яка дає можливість виконувати функціональні обов'язки, зазначені в технічному завданні

Представник ГКПП має право брати участь у загальних зборах щодо проєкту вцілому, стосовно динаміки проєкту та все, що стосується питань екологічних та соціальних захисних політик Світового Банку та механізму розгляду скарг.

Представник ГКПП має право формувати запити та спілкуватися з субпроєктами в телефонному режимі або режимі електронного листування.

11.9. Повноваження та напрямки роботи ГКПП.

ГКПП відповідає за організацію нагляду та проведення громадських обговорень щодо окремих субпроєктів. ГКПП тісно співпрацює з обласними виконавцями у сфері забезпечення доступу до інформації про субпроєкти для широкої громадськості та зацікавлених сторін відповідно до національного законодавства та політики Світового банку.

Представники Світового банку відвідують заклади охорони здоров'я, що беруть участь у проєкті, з метою моніторингу реалізації субпроєктів у тому числі щодо дотримання екологічних та соціальних вимог Банку.

11.10. Механізм розгляду скарг.

Врегулювання скарг, поданих особами, на яких поширюється дія проєктів, що фінансуються Світовим банком, є важливою складовою управління ризиками проєкту. Механізм розгляду скарг (МРС) слугує ефективним інструментом для раннього виявлення, оцінки та врегулювання скарг (в тому числі анонімних), і отже, зміцнення відповідальності перед бенефіціарами. МРС є важливим

механізмом зворотного зв'язку, який може покращити ефект проєкту та зменшити небажані наслідки.

МРС на рівні субпроєкту доступний для зацікавлених сторін проєкту та інших сторін, на яких поширюється дія проєкту, для надсилання запитань, коментарів, пропозицій та/або скарг (в тому числі анонімних) та забезпечення будь-якої форми зворотного зв'язку щодо всіх заходів, що фінансуються проєктом. Кожний ПЕСМ включає запровадження МРС на рівні субпроєктів та робітників і матиме такий самий функціонал, як МРС на рівні проєкту, але локального масштабу.

МРС запроваджує механізми та процедури для:

- каналу(-ів) подання скарг та пропозицій (в тому числі анонімних);
- реєстрації скарг та ведення журналу обліку;
- виявлення обставин та наступні шляхи щодо вирішення питання;
- відповідь особі, що подала пропозицію або скаргу;
- право особи на апеляцію.

Рівень 1.

Будь-яка особа може подати скаргу або звернення на рівні субпроєкту за допомогою будь-яких каналів зв'язку (усно, письмово, шляхом вкидання звернення в кошик для звернень, шляхом електронного листування, через коментар або звернення у соціальних медіа тощо). Протягом 3х днів особа, що отримала/ідентифікувала таке звернення, повинна визначити в чий зоні відповідальності знаходиться вирішення пропозиції, скарги або звернення та надіслати його відповідній особі. Відповідальна особа з боку субпроєкту /ГУС або місцевої влади (бенефіціара) контролює хід виконання, терміни для опрацювання (не більше 30 днів відповідно до національного законодавства), підготовки та надсилання письмової відповіді на адресу скаржника. Звернення фіксується у внутрішньому реєстрі субпроєкту. Відповідальна особа ГУС протягом тижня має повідомити відповідального консультанта ГВП про звернення або скаргу, вказуючи причину та обставини.

Рівень 2.

Місцева влада за допомогою відкритих та легко доступних каналів зв'язку також може отримувати пропозиції та звернення від громадян, які підпали під дію Проєкту (наприклад, шляхом звернення на гарячі лінії місцевої влади). Згідно з Законом України щодо звернення громадян, розгляд скарги чи пропозиції не може перевищувати 30 днів. У разі якщо надання відповіді потребує більше часу, про це має бути повідомлена особа, що надіслала пропозицію, скаргу або звернення. Представники місцевого контактного центру/гарячої лінії протягом 3 днів повинні визначити, хто несе відповідальність за звернення зі скаргою (ГКПП або Виконавець) та надіслати його відповідальній особі ГУС за допомогою листування, телефонної комунікації тощо. В свою чергу відповідальна особа від

ГУС протягом 5 робочих днів має повідомити представника ГКПП про обставини скарги або пропозиції.

Рівень 3.

У випадку, якщо скаржник не задовольнив результати розгляду скарг на місцевому рівні, він / вона може також подати скаргу до ГКПП, яка призначила відповідальну особу. Представник ГКПП може самостійно фіксувати скаргу під час здійснення моніторингового візиту до Субпроекту. Призначена особа повинна розглянути скаргу протягом 5 робочих днів та визначити всі обставини ситуації. Після цього слід визначити коригувальні заходи та відповідальних осіб протягом 5 робочих днів. Визначені коригувальні заходи слід вжити протягом 10 днів, а відповідь про вжиті заходи слід надати протягом наступних 5 днів після закриття скарги. У разі, якщо для розгляду скарги буде виділено більше часу, необхідно щоб скаржник був повідомлений про це. Для вирішення скарги представник ГКПП може залучати представників Субпроекту.

Відповідальна особа з боку Субпроекту.

Представники бенефіціарів/ГУС зобов'язані визначити відповідальну особу (на рівні закладу та регіону) за збір скарг та пропозицій від громадян, що підпадають під дію проекту.

Відповідальна особа здійснює моніторинг каналів подання скарг, є відповідальною за опрацювання подій та наслідків, надання відповіді скаржнику. Відповідальна особа постійно звітує представникові ГКПП за допомогою електронного листування, телефонної комунікації щодо отриманих скарг та пропозицій, вказуючи причини. Представник ГКПП здійснює консультативну підтримку щодо ведення та вирішення скарг. Один раз на квартал, до 14 числа наступного місяця, відповідальна особа подає звіт GRS-log (українською та англійською мовами) шляхом надсилання електронного листа, де вказує всі обставини зафіксованої скарги або пропозиції, що надійшла та описує дії та рішення, які виконала влада/представник ГУС, інша відповідальна особа з боку бенефіціарів. (Шаблон звіту надається представником ГКПП)

Механізм GRM (запуск каналів збору скарг та звітування) обов'язковий до застосування потенційними бенефіціарами та учасниками проекту.

Бенефіціари надають підтримку та сприяють організації візитів представників ГКПП та Світового Банку в регіони.

11.11. Розкриття інформації та консультації.

Під час створення локальних РВЕМ передбачено проведення громадських консультацій для розкриття та обговорення текстів Рамкових вимогах до екологічного менеджменту (РВЕМ) кожного об'єкту, які підготували місцеві групи з впровадження.

Зацікавлені сторони проекту, зокрема місцеві громади, беруть участь у консультаціях при розробці/зміні РВЕМ кожного об'єкту. Відгуки громадськості

включаються до складу цих документів до їх завершення. Тексти проєктів РВЕМ переглядаються у випадку отримання побажань та зауважень. Додаткова інформація, отримана від громадськості під час консультацій, має бути додана до РВЕМ об'єкту. Остаточні версії РВЕМ повторно оприлюднюються на веб-сайтах обласних/міських державних адміністрацій.

Розкриття відповідної інформації про проєкт допомагає зацікавленим сторонам, включаючи тих, на кого проєкт може негативно вплинути, зрозуміти екологічні та соціальні ризики, наслідки, можливості та заходи пом'якшення наслідків. Завданням розкриття інформації та повідомленням буде:

- надати графік та інформацію про заходи, які будуть організовані для місцевих громад, а також механізми та канали збору зворотного зв'язку;
- інформувати ключових зацікавлених сторін про екологічні та соціальні ризики та наслідки, пов'язані з проєктною діяльністю;
- вдосконалити знання про діяльність, а також пов'язані з ними заходи щодо зменшення ризику під час епідемії COVID-19;
- забезпечити кращі практики щодо охорони навколишнього середовища, охорони здоров'я та безпеки працівників та підрядників;
- залучити громадськість до процесу надання зворотного зв'язку та вживати коригуючих дій у випадках, які можуть призвести до зайвих ризиків або негативної думки щодо реалізації проєкту.

Слід дотримуватися обережності, щоб мінімізувати ризики зараження COVID-19 в процесі залучення зацікавлених сторін та консультацій (наприклад, мінімальне використання зустрічей віч-на-віч та застосування онлайн-інструментів).

Беручи до уваги епідемію коронавірусної інфекції під час реалізації Проєкту, Міністерство охорони здоров'я забезпечує можливість:

- друкувати та ділитися інформаційними матеріалами щодо COVID-19 для навчальних, медичних закладів, власників бізнесу, представників громад тощо.
- проводити тренінги та інформаційні кампанії;
- сприяє проведенню неформальних консультацій з громадськістю;
- забезпечує наявність інформаційних буклетів/плакатів/інфографічних повідомлень щодо обсягів роботи в рамках Проєкту;
- поширює інформацію про захист від COVID-19, профілактичні заходи за допомогою засобів масової інформації, включаючи інфографіку у соціальних мережах, таких як Facebook, та сприяє розміщенню такої інформації на веб-сайтах медичних закладів.

У рамках проєкту була реалізована ініціатива з метою залучення громадян до реформи охорони здоров'я та впливу на покращення медичних послуг за методикою «community score cards». Цей двосторонній інструмент, в якому брали

учать представники медичної спільноти та представники пацієнтської спільноти, клієнти медичних закладів, проводився з метою оцінки моніторингу послуг закладів охорони здоров'я в Україні, виявлення проблем та напрацювання спільних рішень. Ініціатива допомогла групам-учасникам конструктивно працювати, ефективно ідентифікувати проблеми медичних закладів, які заважають їм надавати кращі послуги, та пропонувати рішення. Це дозволило здійснити взаємний діалог між пацієнтами та лікарями. Систематичний збір інформації від громадян про те, які зміни вони потребують, та як вони оцінюють внесені зміни, ще не запроваджено.

Вправа за методикою «community score cards» для медиків та споживачів медичних послуг продовжуватиметься в рамках проєкту, як двосторонній канал зв'язку з метою більш ефективного залучення зацікавлених сторін та для підвищення ефективності реалізації проєкту.

ДОДАТКИ

Додаток 1

Графік впровадження субпроекту «_____» на 2015 – 20__ р.р.

Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей _____, що підтримується _____ Міжнародним банком реконструкції та розвитку
(найменування проекту)

Угода про позику (Проект "Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей") між Україною та Міжнародним банком реконструкції та розвитку №8475-UA від 19 березня 2015 року
(реквізити договору - найменування, дата укладання і номер)

Відповідальний виконавець _____

Бенефіціар _____

Найменування заходу	Строк виконання		Планова вибірка коштів у розрізі джерел фінансування, тис. дол. США		Планові показники результативності реалізації субпроекту
	Дата початку виконання заходу	Дата завершення виконання заходу	позика	співфінансування за рахунок місцевих бюджетів	

Додаток 2

ЗВІТ про виконання плану заходів щодо реалізації інвестиційного проекту

за _____ квартал 20__ року

, що підтримується Міжнародним банком реконструкції та розвитку

Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей
(найменування проекту)

Загальна вартість проекту _____ Сума позики 214 729,837 тис дол
(у валюті позики) (у валюті позики)

Угода про позику (Проект "Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей") між Україною та Міжнародним банком реконструкції та розвитку №8475-UA від 19 березня 2015 року
(найменування, дата укладання і номер договору)

Відповідальний виконавець Міністерство охорони здоров'я України

Бенефіціар Міністерство охорони здоров'я України

Найменування бюджетної програми; код
програмної класифікації видатків та
кредитування бюджету

КПКВ 2301610 "Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей", КПКВ 2311600
"Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на реформування охорони
здоров'я регіонів для здійснення заходів з виконання спільного з Міжнародним
банком реконструкції та розвитку проекту "Поліпшення охорони здоров'я на службі
у людей".

у валюті позики

Найменування заходу	Планово			Фактично		
	Сума	Кількість	Строк виконання	Сума	Кількість	Строк виконання
Розпочато закупівель						
Укладено контрактів						
Планова вибірка коштів						

Координатор Проекту _____ **(ПІБ)**
(підпис)

" _____ " " _____ "
20__р.

М.П.

**ЗВІТ про виконання плану заходів щодо реалізації субпроекту «_____»
за _____ квартал 20__ року**

Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей
(найменування проекту)

Загальна вартість субпроекту	_____ тис. дол. США	Сума позики	_____ тис. дол. США
------------------------------	---------------------	-------------	---------------------

Угода про позику (Проект "Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей") між Україною та Міжнародним банком реконструкції та розвитку №8475-UA від 19 березня 2015 року
(найменування, дата укладання і номер договору)

Відповідальний виконавець	Міністерство охорони здоров'я України
---------------------------	---------------------------------------

Бенефіціар	Міністерство охорони здоров'я України
------------	---------------------------------------

Найменування бюджетної програми; код програмної класифікації видатків та кредитування бюджету	КПКВ 2311600 "Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на реформування охорони здоров'я регіонів для здійснення заходів з виконання спільного з Міжнародним банком реконструкції та розвитку проекту "Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей".
---	---

Найменування заходу	у валюті позики		
	Планово		
	Сума	Кількість	Строк виконання
Розпочато закупівель			
Укладено контрактів			
Планова вибірка коштів			

Керівник ГУС

(підпис) (ПБ)

"_____"
"_____" 20__р.

М.П.

Додаток 3

Звіт про виконання Графіку впровадження субпроекту «.....»

по _____ області за _____ квартал 20____ року

Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей _____, що підтримується _____ Міжнародним банком реконструкції та розвитку
(найменування проекту)

Угода про позику (Проект "Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей") між Україною та Міжнародним банком реконструкції та розвитку №8475-UA від 19 березня 2015 року

(реквізити договору - найменування, дата укладання і номер)

Відповідальний виконавець _____

Бенефіціар _____

Найменування заходу	Строк виконання		Сума вибраних коштів у звітному періоді (у валюті позики)				Сума вибраних коштів з початку реалізації проекту (у валюті позики)				Показники результативності реалізації проекту		Стан виконання заходу (з порівняльною оцінкою фактичного виконання і планового)	Проблемні питання, вплив їх на виконання зобов'язань України та стан вирішення (з поясненнями причини їх виникнення та зазначенням механізму вирішення)
	Дата початку виконання заходу	Дата завершення виконання заходу	позика		співфінансування за рахунок місцевих бюджетів		позика		співфінансування за рахунок місцевих бюджетів		планові	фактичні		
			планова	фактична	планова	фактична	планова	фактична	планова	фактична				

Всього по субпроекту															
-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Керівник ГУС

(ПІБ)

(підпис)

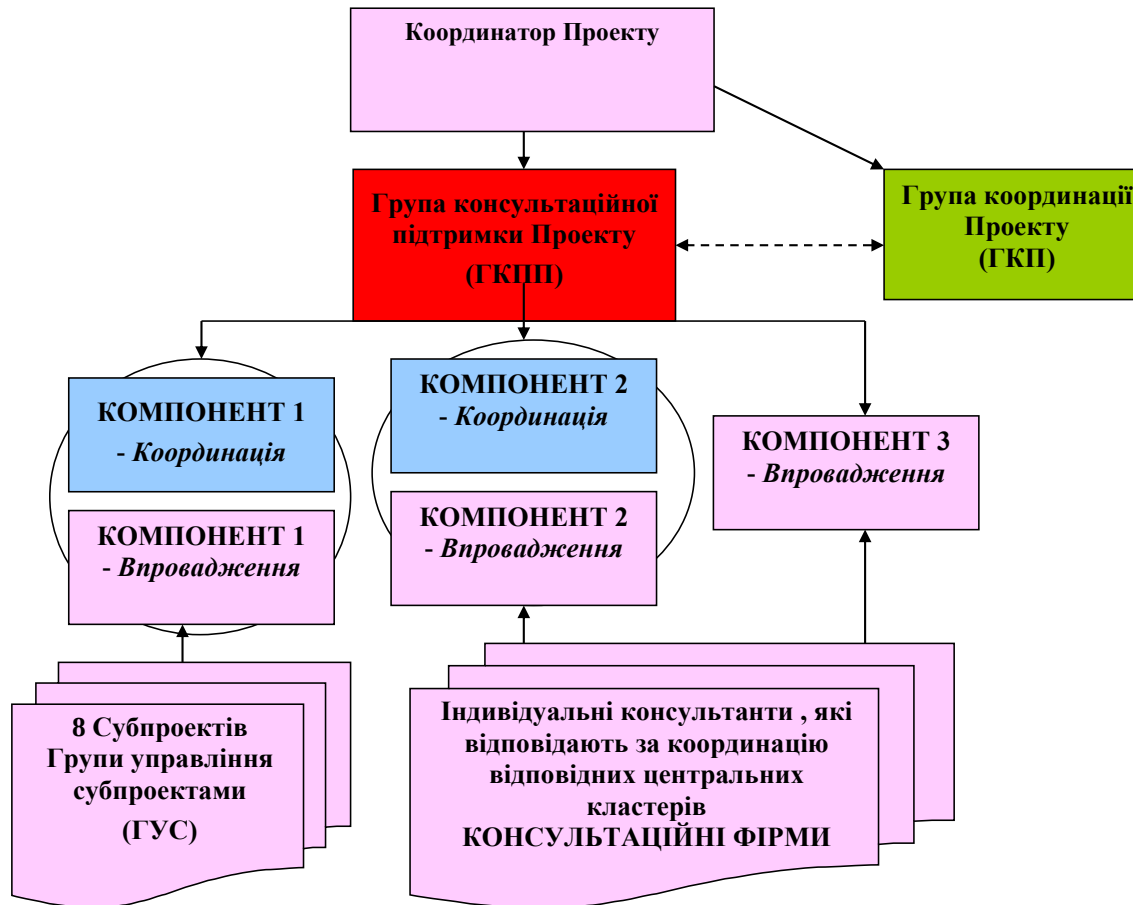
"_____"

"_____"

" 20____р.

М.П.

Загальна схема управління Проектом



Основні організаційні засади та вимоги до впровадження субпроектів в частині будівництва, реконструкції та ремонту об'єктів (приміщень) закладів охорони здоров'я в рамках першого компоненту Проекту

У рамках 4 субпроектів першого компоненту Проекту передбачена реконструкція, капітальний та поточний ремонт об'єктів ЗОЗ (Закарпатська, Дніпропетровська, Волинська та Рівненська області) та будівництво нової клініки (Вінницька область) (надалі – будівництво).

Структурні підрозділи ОДА з питань капітального будівництва, Департамент капітального будівництва Вінницької міської ради виконують в рамках субпроектів функції замовників будівництва об'єктів ЗОЗ (далі – Замовники) та відповідають за реалізацію цих проектів згідно рішень відповідних обласних рад та Вінницької міської ради.

Структурні підрозділи ОДА з питань охорони здоров'я забезпечують закупівлю медичного обладнання в рамках субпроектів.

Для виконання функцій замовника та ефективного впровадження проектів перед початком виконання робіт між Замовником та установою, організацією, органом державної влади чи місцевого самоврядування, на балансі (чи у власності) яких знаходиться об'єкт, чи на баланс яких буде передано об'єкт нового будівництва (далі – власник, балансоутримувач), укладається договір про спільну діяльність, у якому визначаються повноваження та відповідальність сторін щодо управління проектом(-тами). Документ має відображати обсяги та умови спільної діяльності, делегування повноважень, умови погодження етапів виконання робіт та остаточного прийняття об'єктів в експлуатацію, джерела фінансування та, за необхідності, вартість робіт.

Будівництво здійснюється відповідно до затвердженої проектної документації, державних стандартів, норм і правил у порядку, визначеному законодавством.

Розробка, погодження та затвердження проектної документації на реконструкцію та ремонт об'єктів ЗОЗ здійснюється їх власниками за рахунок коштів співфінансування Проекту у порядку, передбаченому законодавством.

Розробка, погодження та затвердження проектної документації на будівництво Регіонального центру серцево-судинної патології у місті Вінниця (надалі – Кардіоцентр) здійснюється Замовником - Департаментом капітального будівництва Вінницької міської ради на підставі відповідного рішення Вінницької міської ради та за рахунок коштів співфінансування Проекту.

Проектна документація на будівництво об'єктів розробляється у встановленому законодавством порядку, з урахуванням вимог містобудівної документації та вихідних даних і дотриманням вимог законодавства, будівельних норм, державних стандартів і правил, у тому числі вимог доступності для інвалідів та інших мало мобільних груп населення та затверджується власником.

Медичні завдання на проектування капітального ремонту та реконструкції об'єктів погоджуються структурними підрозділами ОДА з питань охорони здоров'я і затверджується власником. Медичне завдання на проектування Кардіоцентру додатково погоджується з Міністерством охорони здоров'я України.

Вимоги щодо медичного обладнання для оснащення Кардіоцентру надаються Замовником проектувальнику до початку розроблення проектної документації, якщо інше не передбачено умовами договору підряду та/або завданням на проектування.

Окремі етапи робіт, у тому числі отримання вихідних даних на проектування, погодження та експертиза проектної документації, підготовка планів управління захистом довкілля (документів екологічного менеджменту проектів) та технічної складової тендерних документів на закупівлю будівельних робіт згідно вимог МБРР тощо, виконуються з залученням проектних організацій на підставі завдань замовників.

В установленому законодавством порядку Замовники забезпечують технічний та авторський нагляд за рахунок визначених обласними та Вінницькою міською радами джерел фінансування (коштів співфінансування).

Технічний супровід проекту будівництва Кардіоцентру здійснюється з залученням інжинірингової компанії з відповідним досвідом на підставі завдання Замовника - Департаменту капітального будівництва Вінницької міської ради. Завдання серед іншого включатиме: технічний нагляд за будівництвом, геодезичний контроль, екологічний моніторинг згідно вимог МБРР та забезпечення введення об'єкту в експлуатацію згідно затвердженого плану та умов підрядного договору (контракту).

МБРР затвердив спеціальні операційні соціальні та екологічні попереджувальні політики, призначення яких - не допустити негативних впливів на довкілля та соціальне середовище (або зменшити їх і компенсувати) при виконанні операцій, пов'язаних з позиками Банку. Ці політики вступають в дію, якщо проект може створити ризик негативних впливів на природне середовище (повітря, вода, земля); на здоров'я людей і їх безпеку; на культурну спадщину.

Згідно з попереджувальними політиками і процедурами МБРР у, включаючи Операційну Політику ОР/ВР/ГР 4.01 "Екологічна оцінка", проекту присвоєна категорія В. Відповідно до цієї категорії, описані вище підпроекти вимагають виконання процедури екологічної оцінки, яка має відповідати вимогам як українського законодавства, так і вимогам політик МБРР. Обсяг екологічної оцінки може бути різним для різних підпроектів.

Позичальник є відповідальним за виконання екологічної оцінки та надання інформації громадськості шляхом громадських консультацій.

Для того, щоб попередження екологічних та соціальних впливів виконувалося на належному рівні, МОЗ розробило Рамкові вимоги до екологічного менеджменту (додаток 15). Згідно цих вимог, три області (Дніпропетровська, Волинська та Рівненська) розроблять для кожного мікропроекта, який буде виконуватися в області, конкретний, прив'язаний до місця робіт План екологічного менеджменту у вигляді перевірного списку (ПЕМ-ПС). Для підпроекту у Вінниці План екологічного менеджменту (ПЕМ) буде розроблений під час виконання ОВНС на більш пізній стадії. Ці плани визначатимуть очікувані негативні екологічні і соціальні впливи та заходи по їх попередженню. Крім того, для кожного підпроекту і мікропроекту будуть підготовлені плани моніторингу, де будуть перераховані параметри, які будуть контролюватися, частота, методи і відповідальні виконавці.

Закупівля будівельних робіт, медичного обладнання, інжинірингових послуг супроводу проекту будівництва Кардіоцентру здійснюється згідно правил та процедур МБРР.

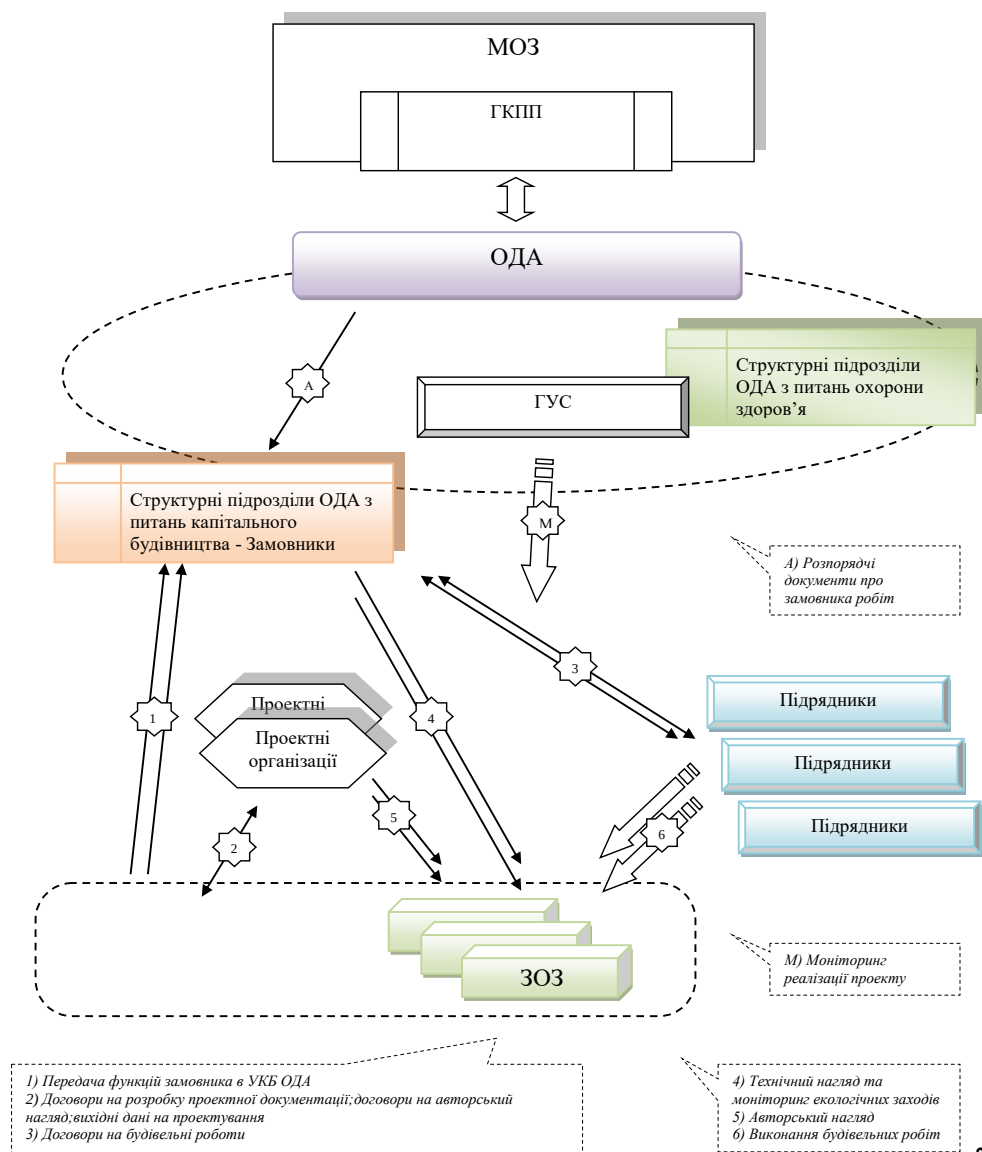
Будівельні роботи виконуються підрядниками на підставі укладених з Замовниками договорів (контрактів). Постачання будівельних матеріалів, виробів та конструкцій, обладнання виконується підрядниками згідно умов контрактів.

У разі внесення змін до укладених договірних угод (контрактів) на реконструкцію, капітальний ремонт та будівництво об'єктів ОЗ необхідно дотримуватися алгоритму фіксування та узгодження додаткових робіт із МБРР та/чи відповідальним органом (Замовником) під час виконання ремонтно-будівельних робіт та при підписаному договорі із підрядником (погодженого МБРР) відповідно до додатку 15.12.

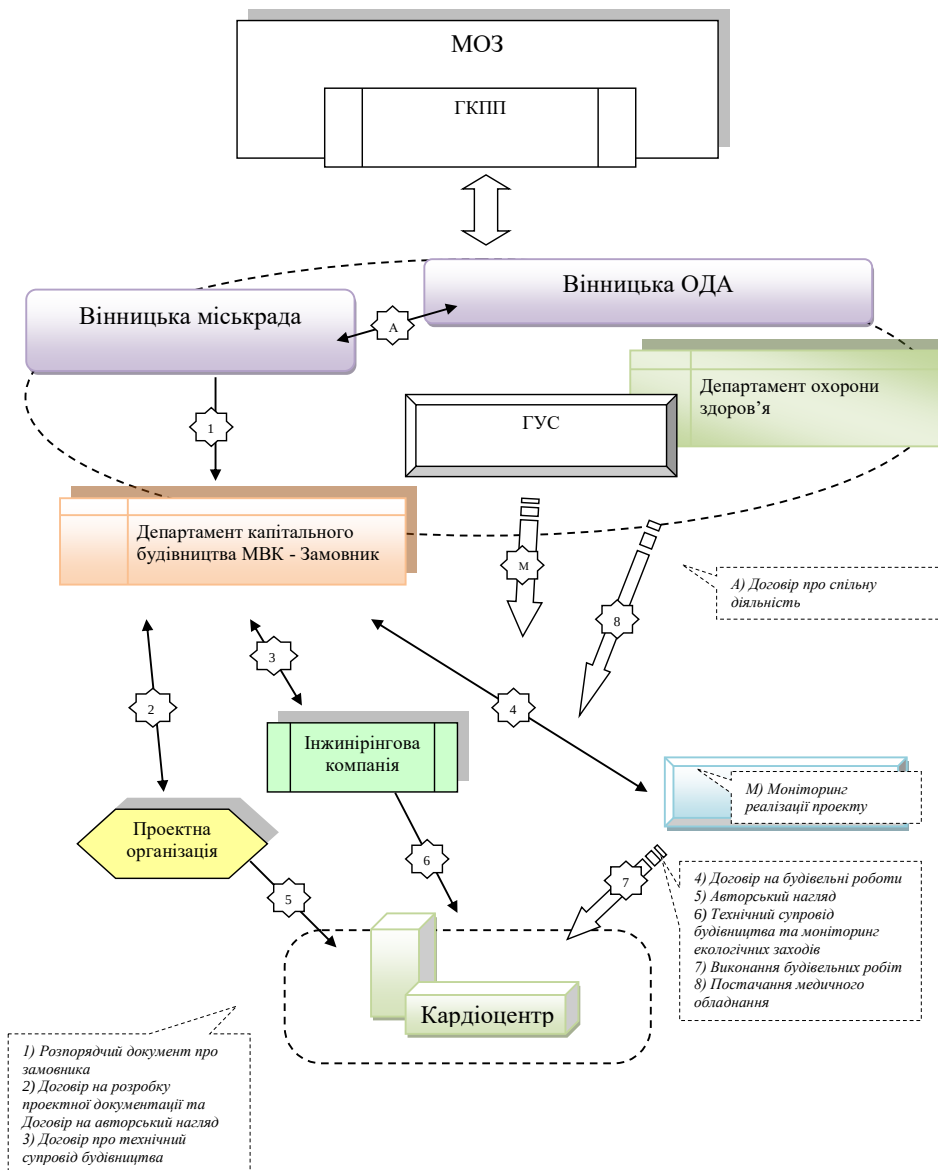
Після введення об'єктів в експлуатацію вони передаються Замовником на баланс власника на підставі рішення обласної ради (Вінницької міської ради) у визначеному законодавством порядку.

Нижче наведені структурні схеми впровадження проектів будівництва в рамках першого компоненту Проекту.

СТРУКТУРА
впровадження субпроектів
в частині робіт з реконструкції, капітального та поточного ремонту
закладів охорони здоров'я в рамках першого компоненту Проекту



СТРУКТУРА
впровадження субпроекту Вінницької області
в частині будівництва Вінницького кардіоцентру
в рамках першого компоненту Проекту



Проект «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей»
Матриця результатів та моніторинг

[illegible]

ПЕРЕГЛЯНУТІ ПОКАЗНИКИ МОНІТОРИНГУ РЕЗУЛЬТАТІВ ДІЯЛЬНОСТІ

Мета (цілі) розвитку Проекту

Запропонований проект «Поліпшення здоров'я на службі у людей» спрямований на підвищення якості медичних послуг у Вибраних областях, з особливим акцентом на первинній та вторинній профілактиці серцево-судинних захворювань і раку, а також на підвищення ефективності системи охорони здоров'я.

Показники цілей розвитку Проекту (ЦРП) за цілями/ результатами

Назва показника ПВК	Базовий рівень	Проміжні цільові значення					Кінцеве цільове значення
		1	2	3	4	5	
Покращення якості медичних послуг у Вибраних областях, з особливим акцентом на ССЗ та рак							
Показник ЦРП 1: Раннє виявлення раку шийки матки та молочної залози, який вимірюється як: а) відношення нових виявлених випадків in situ до нових виявлених випадків інвазивного раку шийки матки (кількість)	0,79	0,79	0,80	0,88	0,65	0,70	0,70
Дія: Цей показник було переглянуто	Обґрунтування: Збільшити та зкоригувати цільові показники до закінчення Проекту так, щоб вони відображали постійно здійснювані заходи Львівської області щодо вирішенні проблем скринінгу раку та ситуацію виявлення ракових захворювань пізньої стадії від початку масової кампанії скринінгу раку.						
б) Частка нових випадків раку молочної залози, виявлених на 0 та 1 стадіях (відсоток)	21,80	22,00	24,00	30,00	24,00	27,00	27,00
Дія: Цей показник було переглянуто	Обґрунтування: Перші підсумки кампанії скринінгу раку у Львівській області свідчать про те, що виявлено також випадки раку пізньої стадії, і початкові очікування того, що кампанія скринінгу виявить більше випадків раку ранньої стадії, виявилися нереалістичними. Значення показника переглянуто, щоб відобразити цю ситуацію і встановити відповідне нове кінцеве цільове значення.						

Назва показника ПВК	Базовий рівень	Проміжні цільові значення					Кінцеве цільове значення
		1	2	3	4	5	
Показник ЦРП 2: високий кров'яний тиск під контролем, що вимірюється часткою пацієнтів віком 40-60 років, які досягають цільового рівня артеріального тиску (показник 140 / 90 мм. рт. ст.) (відсоток)	15,40	15,70	16,00	17,50	18,00	60,00	60,00
Показник ЦРП 3: Покращене управління якістю (профілактика, рання діагностика та лікування) ССЗ на первинному та вторинному рівні медичної допомоги, який вимірюється як: а) зменшення госпіталізацій, пов'язаної з гіпертонією (кількість)	5,80	5,70	5,40	5,20	5,00	4,80	4,80
б) кількість пацієнтів, яким проведено стентування при гострому інфаркті міокарда з елевацією сегмента ST (кількість)	93,60	117,20	146,20	163,90	184,60	193,70	193,7
Підвищення ефективності системи охорони здоров'я							
Показник ЦРП 4: середня тривалість перебування в стаціонарі (дні)	11,70	11,60	11,50	11,00	10,50	10,00	9,50

PDO TRACE

Показники проміжних результатів за компонентами

Назва показника ПВК	Базовий рівень	Проміжні цільові значення					Кінцеве цільове значення
		1	2	3	4	5	
Покращення надання послуг на місцевому рівні							
Побудовані, відремонтовані та / або обладнані медичні заклади (кількість)	0,00	5,00	6,00	12,00	33,00	119,00	119,00

Назва показника ПВК	Базовий рівень	Проміжні цільові значення					Кінцеве цільове значення
		1	2	3	4	5	
Дія: Цей показник було переглянуто	Обґрунтування: Загальна кількість об'єктів, які будуть побудовані, реконструйовані та відремонтовані й обладнані, становить 145 об'єктів. Внаслідок зменшення кількості об'єктів (обсяг робіт з реконструкції зменшено у Волинській та Рівненській областях) порівняно зпочатковими 260 об'єктами, кошти Позики у сумі 12,9 млн. дол. США перерозподілені на новий компонент «Фінансування залежно від результатів».						
7. Відсоток закладів первинної медичної допомоги, що відповідають нормам обладнання з метою для поліпшення управління ССЗ (згідно з чітким списком) (відсоток)	31,00	33,00	36,00	40,00	45,00	55,00	55,00
8. Кількість процедур скринінгу на рак: а) тести шийки матки на рак (кількість)	709 184,00	710 000,00	750 000,00	830 000,00	500 000,00	500 000,00	500 000,00
Дія: Цей показник було переглянуто	Обґрунтування: Цільові значення зменшені і продовжені до кінця Проекту, щоб відповідати реалістичній кількості жінок у цільовій віковій групі, яким необхідно пройти скринінг. Для цього показника здійснюватиметься моніторинг додаткових даних щодо фактичної кількості жінок, які пройшли скринінг, виходячи із загальної кількості проведених тестів.						
б) мамографії (кількість)	20 893,00	22 000,00	48 000,00	80 000,00	80 000,00	80 000,00	80 000,00
Дія: Цей показник було переглянуто	Обґрунтування: Цільові значення скоригвані відповідно до реальних значень з урахуванням кількості мамографічних апаратів та підготовлених фахівців у Львівській області.						
Медичний персонал, що пройшов підготовку (кількість)	0,00	1779,00	7 313,00	12 139,00	16 665,00	24 937,00	24 937,00
9. Частка гострого інфаркту міокарда з діагнозом елевації ST сегмента, підтверджена згідно з відповідними протоколами за попередні 12 місяців (відсоток)	65,00	66,00	68,00	72,00	75,00	78,00	78,00
10. Частка центрів первинної медичної допомоги, які мають структуровані школи здоров'я або подібні ініціативи, що	0,00	10,00	20,00	30,00	40,00	50,00	50,00

Назва показника ПВК	Базовий рівень	Проміжні цільові значення					Кінцеве цільове значення	
		1	2	3	4	5		
проводять групові освітні заходи, пов'язані з основними факторами ризику неінфекційних захворювань (відсоток)								
14. Кількість Областей, які в кожному даному році впровадили принаймні одну реформу, спрямовану на підвищення продуктивності (кількість)	0,00	1,00	2,00	4,00	7,00	8,00	8,00	
Посилення керівного потенціалу міністерства охорони здоров'я								
11. Ухвалені критично важливі стандарти електронного здоров'я, схвалені МОЗ (так / ні)	Ні	Так	Так				Так	
12. Розроблена та впроваджена на центральному рівні комунікаційна кампанія (так / ні)	Ні						Так	
Дія: Цей показник позначено для видалення	Обґрунтування: Комунікаційні кампанії відображені належним чином у планах дій та бюджеті МОЗ.							
13. Наявність лікарняних ліжок (кількість)	880,00	860,00	820,00	780,00	740,00	700,00	650,00	
Дія: Цей показник було переглянуто								
Підтримка, моніторинг та оцінка впровадження Проекту								
15. Частка бенефіціарів у областях, що беруть участь у Проекті, які повідомили про покращення доступу та якості цільових медичних послуг (відсоток)	0,00	0,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
Дія: Цей показник було переглянуто	Обґрунтування: Через затримки у реалізації проекту і на основі досвіду проекту на сьогоднішній день цільові значення скориговано. Оскільки на час запуску проекту базові дані для порівняння були відсутні, то узгоджений перший відображений у звіті результат був отриманий на основі даних дослідження Індекс здоров'я 2017 року. Проміжні цільові значення на 2018 та 2019 роки встановлені на такому рівні, коли щонайменше 10 відсотків бенефіціарів областей-учасниць Проекту							

Назва показника ПВК	Базовий рівень	Проміжні цільові значення					Кінцеве цільове значення
		1	2	3	4	5	
	повідомляють про покращення доступу та якості цільових медичних послуг; досягнення цих показників будуть вимірюватися на основі даних дослідження Індекс здоров'я. Кінцевий цільовий показник с кориговано так, щоб він відповідав підвищенню рівня щонайменше на 10 відсотків, і він буде вимірюватися на основі даних дослідження Індекс здоров'я за 2020 рік. Періодичність вимірювань змінено з «раз на 2 роки» на «раз на рік».						
Фінансування залежно від результатів (Дія: це новий компонент)							
ІПВ 1: Кількість людей, які обрали лікаря ПМСД відповідно до кількості підтверджених підписаних декларацій та одержують медичну допомогу від лікарів первинної ланки, які уклали контракт з НСЗУ (кількість)	23 418 136,00				27 000 000,00	29 500 000,00	29 500 000,00
Дія: Новий показник переглянuto							
ІПВ 2. Затверджені нові методи оплати роботи лікарень на основі кількості пролікованих випадків; нові договори про оплату роботи лікарень розроблені та готові до впровадження НСЗУ (так/ні)	Ні				Так		Так
Дія: Без змін							
ІПВ 3. Запущено пілотну програму надання лікарняних послуг на вторинному рівні, і щонайменше 20 лікарень у відібраній області отримали виплати від НСЗУ (Текст)	0.00						20,00
Дія: Без змін							

Назва показника ПВК	Базовий рівень	Проміжні цільові значення					Кінцеве цільове значення
		1	2	3	4	5	
ПВ 4. Кількість призначених лікарень, які уклали договори з НСЗУ в рамках новоствореного пакету послуг для задоволення потреб, пов'язаних з COVID-19 (кількість)	0.00						100,00
<i>Дія: Це новий показник</i>							

Основні положення до проведення експертного дослідження медичної документації для індикаторів Матриці результатів

ЦРП №1:

Рання діагностика раку шийки матки і раку молочної залози, що вимірюється як:

- а) Співвідношення нових випадків *in situ* до нових випадків інвазивного раку шийки матки
- б) Частка нових випадків молочної залози, виявлених на стадії I

Відповідно до даних національної статистики, показники раннього виявлення раку є порівнюваними з значеннями показника в розвинених країнах. Наприклад, випадки раку молочної залози на стадії I та II в Україні в 2013 становили 77,1%, а у Великобританії цей показник складає 86% ¹¹. Беручи до уваги існування деяких систематичних стимулів для представлення бажаного значення показників, пропонується проведення додаткового дослідження для валідації існуючих даних, а саме дослідження існуючої медичної документації для того, щоб валідизувати данні, наявні в існуючій системі медичної інформації.

Опис дослідження

Завдання дослідження:

1. Валідизувати співвідношення нових виявлених випадків раку шийки матки на стадії *in situ* до нових випадків інвазивного раку шийки матки в Львівській області (у звітному році)

2. Валідизувати частку нових випадків раку молочної залози, виявлених на стадії I, в Львівській області (у звітному році)

Генеральна сукупність:

1. Всі зареєстровані випадки раку шийки матки на стадії *in situ* та інвазивного раку в Львівській області у звітному році

2. Всі зареєстровані випадки раку молочної залози в Львівській області у звітному році

Стратегія формування вибірки: Враховуючи невеликий розмір генеральної сукупності, рекомендується проводити дослідження на суцільній основі, а не вибіркове обстеження.

Метод збору даних: Збір даних із медичних карток (Форма 30-6/о) та інших релевантних джерел медичної документації (наприклад, історія хвороби)

Місце проведення: Львівська область

¹¹ <http://www.cancerresearchuk.org/cancer-info/cancerstats/types/breast/incidence/#stage>

Індикатор рівня ЦРП 2:

Високий артеріальний тиск під контролем, що вимірюється часткою пацієнтів у віці 40-60 років, які досягають цільовий рівень артеріального тиску (вимірювання становить 140/90 мм рт. ст.)

Індикатор відстежує частку пацієнтів державних медичних закладів, в яких було діагностовано артеріальну гіпертензію і які мають досягти цільового рівня артеріального тиску. За даних обставин, коли система збору медичної статистики є застарілою та ведеться в паперовому вигляді, інформація щодо контрольованого тиску серед пацієнтів не відстежується офіційною медичною статистикою, а також не є доступною в агрегованій формі з інших джерел.

Показник може відстежуватися за допомогою вивчення медичної документації пацієнтів допоки не буде знайдено організаційного рішення для інституціоналізованого збору даного показника. Цей індикатор включає лише пацієнтів, які мають доступ до медичної допомоги та використовують послуги охорони здоров'я.

Опис дослідження

Мета дослідження:

Вивчити досягнення цільового рівня кров'яного тиску (у пацієнтів, яким було встановлено діагноз в останні 12 місяців) у звітному році.

Генеральна сукупність:

Пацієнти, яким було встановлено діагноз гіпертонії за останні 12 місяців на рівні закладів ПМД та амбулаторних закладів вторинної медичної допомоги у пілотних областях.

Вибірка: для розрахунку розміру вибірки необхідний первинний аналіз статистичної інформації про захворюваність на гіпертонію в кожній області. Оцінювана кількість медичних карток, проаналізованих у кожній області, становить 250 од. на кожну область на рік, тобто загальна вибірка близько 1750 карток.

Метод збору даних: Збір даних на основі випадкової вибірки медичних карток (Форма 025/о).

Місце проведення: Вінницька, Волинська, Закарпатська, Запорізька, Дніпропетровська, Полтавська, Рівненська область.

Індикатор 9. Частка діагнозів гострого інфаркту міокарду з підйомом сегменту ST, підтверджених відповідно до належних протоколів за попередні 12 місяців

За даними місцевого протоколу, ГІМ з елевациєю сегмента ST є діагнозом, який вимагає підтвердження 2 з 3 умов: довгий біль (понад 20 хвилин), зміни, відображені в ЕКГ, наявність біохімічних маркерів некрозу міокарда. Оскільки в даний час медико-інформаційна система не збирає дані про точність діагностики, аналіз медичної документації може бути використано для збору даних як для базового показника, так і для відстеження проміжних показників.

Опис дослідження

Мета дослідження:

1. Визначити точність діагностики інфаркту міокарду з підняттям сегменту ST у 5 пілотних областях у звітному році.

Додаткова мета: огляд процедур стентування, що проводилися у пацієнтів з інфарктом міокарду з підняттям сегменту ST.

Метод збору даних: Збір даних на основі випадкової вибірки медичних карток пацієнтів з інфарктом міокарду з підняттям сегменту ST (Карта виїзду швидкої медичної допомоги – форма 110/о, карта хворого, який вибув зі стаціонару – форма 066).

Вибірка: Станом на 2013, у п'яти пілотних областях було 9 848 випадків гострого інфаркту міокарду. Якщо взяти за ціль одержання даних із довірчим інтервалом 5% та довірчим рівнем 95%, для цього необхідно буде проаналізувати загальну вибірку близько 1500 карток.

Місце проведення: Вінницька, Волинська, Закарпатська, Дніпропетровська, Рівненська область.

Звіт щодо проведених навчань медичного персоналу

ПРОЕКТ «ПОЛІПШЕННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА СЛУЖБІ У ЛЮДЕЙ»

Звіт за результатами проведення тренінгу

на тему _____

Субпроект _____

Дата проведення тренінгу « _____ » _____ 20__ року

Місце проведення тренінгу _____

Дата подачі звіту « _____ » _____ 20__ року

Звіт подано _____
/ПІБ, посада/

1. Мета тренінгу _____

/короткий опис існуючої проблеми, розв'язання якій сприяє тренінг, обґрунтування необхідності проведення тренінгу, його мета, основні завдання /

2. Цільова група _____

/учасники тренінгу: медичні працівники та фахівці, їх спеціалізація /

3. Стислий опис тренінгу:

3.1. Загальна тривалість, місце проведення тренінгу, тренери (короткий опис їх загального досвіду роботи, місце зайнятості, актуальна інформація щодо контактних даних тренера (телефон, e-mail))

3.2. Лекційний матеріал: доповідачі, теми та плани виступів, тривалість

3.3. Практичні заняття: зміст, мета, матеріально-технічна база проведення занять, їх тривалість

4. Контроль засвоєння матеріалу, навички опановані учасниками тренінгу

5. Джерело фінансування _____

/ співфінансування, за кошти Проекту /

6. Бюджет _____

/із наведенням основних статей витрат із підтверджуючими документами /

ДОДАТКИ:

1. Програма тренінгу
2. Список учасників тренінгу */бажано сканований список із підписами учасників/*

Керівник ДОЗ/УОЗ _____ */Підпис/*

ПІБ

Додаток 9

Звіт щодо медичних закладів, реконструйованих, відреставрованих і обладнаних

станом на 31 _____ 20____р.

Область _____

№ з/п	Найменування закладу *	Адреса	Вид будівництва (нове будівництво, реконструкція, капітальний ремонт, поточний ремонт)	Дата укладення договору на виконання будівельних робіт	Дата видачі сертифіката, реєстрації декларації про готовність до експлуатації об'єкта, дата акта виконаних робіт для поточного ремонту
1	2	3		4	5

* До графи заносяться всі ЗОЗ, які побудовані, реконструйовані та відремонтовані за весь час реалізації субпроекту

Всього побудованих, реконструйованих та відремонтованих ЗОЗ області за весь час реалізації субпроекту _____од.

Керівник ГУС _____ /Підпис/

ПІБ

Додаток 10

Звіт щодо закладів ПМД, які відповідають нормам облаштування для покращеного лікування ССЗ

Звіт щодо матеріально-технічної укомплектованості амбулаторії ЕСТТ* станом на 31 грудня 20__р.

Дата _____

Виконавець _____

Область _____

Амбулаторія _____

Адреса амбулаторії _____

Кількість штатних одиниць лікарів

ПМД _____

Кількість фактично працюючих лікарів

ПМД _____

Кількість штатних одиниць молодших спеціалістів з медичною освітою _____

Кількість фактично працюючих молодших спеціалістів з медичною освітою _____

Кількість кабінетів прийому лікаря _____

№ з/п	Обладнання та інструментарій	Норматив відповідно до п.10.7.3 ОПН, од.	Існує в наявності, од.		Обладнання, термін експлуатації якого минув, або закінчиться протягом наступних 4-х років, од.	Частка укомплектованості, (7=4/3*100), %
			На балансі амбулаторії	Власне майно персоналу амбулаторії		
1	2	3	4	5	6	7
1	Тонometr з малими, середніми і великими манжетами				X	
2	Стетофонендоскоп					
3	Отоофтальмоскоп					
4	Медична вимірювальна стрічка (рулетка)					
5	Апарат визначення рівня глюкози крові у комплекті (з витратними (одноразовими) матеріалами)					
6	Ростомір					
7	Ваги (для дорослих)					
8	Електрокардіограф (у комплекті з витратними (одноразовими) матеріалами)					
9	Амбулаторія укомплектована					(так/ні)

*СБ залишає за собою право проведення вибіркового аудиту Амбулаторій, що беруть участь у Проєкті з метою виявлення зловживань та невідповідності наявної кількості обладнання й інструментарію Амбулаторії заявленій їх кількості у цій анкеті. У випадку виявлення зловживань СБ залишає за собою право виключення Амбулаторії із участі у Проєкті

Керівник _____

/Підпис/

ПБ

**ЗВІТ щодо матеріально-технічної укомплектованості амбулаторій центру ПМСД
станом на 31 грудня 20____р.**

Область
Назва центру ПМСД
Адреса центру ПМСД
Виконавець
Дата подачі звіту

Дата подати звіту												
№ п/п	Найменування амбулаторії, адреса	Кількість штатних одиниць, посад		Кількість фактично працюючого персоналу, осіб		Кількість кабінетів прийому лікаря	Обладнання та інструментарій	Норматив відповідно до п.10.7.3 ОПН, од.	Існує в наявності, од.		Обладнання та інструментарій, термін експлуатації якого минув, або закінчиться протягом наступних 4-х років, од.	Частка укомплекто- ваності, (13=10/9*100), %
		Лікарів ПМД	Молодших спеціалі- стів з медичною освітою	лікарів ПМД	молодших спеціалі- стів з медичною освітою				На балансі амбулаторії	Власне майно персоналу амбулаторії		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1							1.Тонометр з малими, середніми і великими манжетами				X	
							2.Стетофонендоскоп					
							3.Отоофтальмоскоп					
							4.Медична вимірювальна стрічка (рулетка)					
							5.Апарат визначення рівня глюкози крові у комплекті (з витратними (одноразовими) матеріалами)					
							6.Ростомір					
							7.Ваги (для дорослих)					
							8.Електрокардіограф (у комплекті з витратними (одноразовими) матеріалами)					
Амбулаторія №1 укомплектована												(так/ні)
2							1.Тонометр з малими, середніми і великими манжетами				X	
							2.Стетофонендоскоп					
							3.Отоофтальмоскоп					
							4.Медична вимірювальна стрічка (рулетка)					
							5.Апарат визначення					

							рівня глюкози крові у комплекті (з витратними (одноразовими) матеріалами)					
							6.Ростомір					
							7.Ваги (для дорослих)					
							8.Електрокардіограф (у комплекті з витратними (одноразовими) матеріалами)					
Амбулаторія №2 укомплектована												(так/ні)
...												
X	Всього по центру ПМСД						1.Тонometr з малими, середніми і великими манжетами				X	
							2.Стетофонендоскоп					
							3.Отоофтальмоскоп					
							4.Медична вимірювальна стрічка (рулетка)					
							5.Апарат визначення рівня глюкози крові у комплекті (з витратними (одноразовими) матеріалами)					
							6.Ростомір					
							7.Ваги (для дорослих)					
							8.Електрокардіограф (у комплекті з витратними (одноразовими) матеріалами)					

1. Кількість укомплектованих амбулаторій _____ од.
2. Загальна кількість амбулаторій центру ПМСД _____ од.
3. Рівень укомплектованості амбулаторій центру ПМСД ($3=1/2*100$) _____ %

Керівник центру ПМСД _____ /Підпис/

ПБ

ЗВІТ щодо матеріально-технічної укомплектованості амбулаторій області
станом на 31 грудня 20____р.

Область _____

Виконавець _____

Дата подачі звіту _____

Кількість штатних одиниць лікарів ПМД _____

Кількість фактично працюючих лікарів ПМД _____

Кількість штатних одиниць молодших спеціалістів з медичною освітою _____

Кількість фактично працюючих молодших спеціалістів з медичною освітою _____

Кількість кабінетів прийому лікаря _____

№ з/п	Обладнання та інструментарій	Норматив відповідно до п.10.7.3 ОПП, од.	Існує в наявності, од.		Обладнання, термін експлуатації якого минув, або закінчиться протягом наступних 4-х років, од.	Частка укомплектованості, (7=4/3*100), %
			На балансі амбулаторії	Власне майно персоналу амбулаторії		
1	2	3	4	5	6	7
1	Тонometr з малими, середніми і великими манжетами				X	
2	Стетофонендоскоп					
3	Отоофтальмоскоп					
4	Медична вимірювальна стрічка (рулетка)					
5	Апарат визначення рівня глюкози крові у комплекті (з витратними (одноразовими) матеріалами)					
6	Ростомір					
7	Ваги (для дорослих)					
8	Електрокардіограф (у комплекті з витратними (одноразовими) матеріалами)					

1. Кількість укомплектованих амбулаторій _____ од.

2. Загальна кількість амбулаторій області _____ од.

3. Рівень укомплектованості амбулаторій області (3=1/2*100) _____ %

Керівник ДОЗ/УОЗ _____ /Підпис/

ПІБ

Звіт щодо наявності шкіл здоров'я принаймні за одним типом НІЗ

станом на 31 _____ 20__р.

Область _____

№ з/п	Найменування амбулаторії	Адреса	Дата створення школи	Напрямок Школи здоров'я	Кількість проведених занять, од.	Загальна кількість осіб, які взяли участь у заняттях Школи за звітний період, осіб
1	2	3	4	5	6	7

1. Кількість амбулаторій області, в яких запроваджені школи здоров'я принаймні за одним типом НІЗ _____ од.
2. Загальна кількість амбулаторій області _____ од.
3. Частка амбулаторій області, в яких запроваджені школи здоров'я принаймні за одним типом НІЗ ($3=1/2*100$) _____ %.

Керівник ДОЗ/УОЗ _____ /Підпис/

ПІБ

[illegible]

Таблиці, які використовуються для збору даних, пов’язаних з Матрицею результатів

Форма 20

Таблиця 3220

_____ область
За 20__ рік
Склад хворих у стаціонарі, строки та результат лікування (кількість)

Таблиця 3220

Найменування класів та окремих хвороб	Номер рядка	Шифр відповідно до МКХ-10	А. Дорослі віком 18 років і старші			Б. Діти віком 0-17 років включно				
			виписано хворих	проведено виписаними ліжко-днів	померло	виписано хворих	у тому числі віком до 1 року	проведено виписаними ліжко-днів	померло	У тому числі віком до 1 року
А	Б	В	1	2	3	4	5	6	7	8
Усього	1.0	A00-T98								

Таблиця 3100

Профіль ліжок	Номер рядка	Кількість ліжок, фактично розгорнутих та згорнутих на ремонт		У звітному році (кількість)				Проведено хворими ліжко-днів	Кількість ліжко-днів згортання в зв’язку з ремонтом та іншими причинами
		на кінець звітного року	середньорічних	надійшло хворих, усього	у тому числі дітей віком 0-17 років включно	виписано хворих	померло		
А	Б	1	2	3	4	5	6	7	8
Усього									

Звіт за результатами моніторингу

"ЗАТВЕРДЖУЮ"

_____ / _____ /
"___" _____ 20__ року

Проект «Покращення охорони здоров'я на службі у людей»

Назва субпроекту _____

Період звітування

Звіт подано

Інформація підтверджена

Дата подачі звіту

Показник	Формула	Підрахунок	Значення за період	Цільове значення	Зауваження, коментарі
ЦРП №1 Рання діагностика раку шийки матки і раку молочної залози, що вимірюється як: а) Співвідношення нових випадків in situ до нових випадків інвазивного раку шийки матки	Параметр 1 ділиться на Параметр 2	Параметр 1: кількість пацієнтів в області, у яких було діагновано рак шийки матки на Стадії 0 (рак І ^А І№) Параметр 2: кількість пацієнтів в області, у яких було діагновано інвазивний рак шийки (Стадії І-№)			
ЦРП №1 Рання діагностика раку шийки матки і раку молочної залози, що вимірюється як: б) Частка нових випадків раку молочної залози, виявлених на стадії І	Параметр 1 ділиться на Параметр 2 і множиться на 100 (%)	Параметр 1: Кількість пацієнтів, що були діагновані з раком молочної залози на Стадії І за звітний період Параметр 2: Кількість пацієнтів, що були діагновані з раком молочної залози за звітний період			
ЦРП №2: Високий артеріальний тиск під контролем, що вимірюється часткою пацієнтів у віці 40-60 років, які досягають цільовий рівень артеріального тиску (вимірювання становить 140/90 мм рт. ст)	Параметр 1 ділиться на Параметр 2 і множиться на 100 (%)	Параметр 1: Кількість пацієнтів у віці від 40 до 60 років, що досягли цільового значення АТ за період звітування Параметр 2: Кількість пацієнтів у віці від 40 до 60 років, що були діагновані з АГ за період звітування			
ЦРП №3 Покращена якість лікування (профілактика, рання діагностика та лікування) ССЗ в закладах первинної та вторинної медичної допомоги, що вимірюється як: а) скорочення випадків госпіталізації, пов'язаної з гіпертензією, внаслідок удосконалення методів лікування гіпертензії на амбулаторному рівні та рівні невідкладної медичної допомоги	Параметр 1 ділиться на Параметр 2 і множиться на 1 000	Параметр 1: Кількість пацієнтів, що вибули зі стаціонару за діагнозом «гіпертонічна хвороба» за період звітування Параметр 2: Кількість населення на 1 січня звітного року			

ЦРП №3 Покращена якість лікування (профілактика, рання діагностика та лікування) ССЗ в закладах первинної та вторинної медичної допомоги, що вимірюється як: б) кількість пацієнтів, які отримали стентування від гострого інфаркту міокарду з підйомом сегменту ST	Параметр 1 ділиться на Параметр 2 і множиться на 1 000 000	Параметр 1: Кількість пацієнтів, що отримали стентування при гострому інфаркті міокарду з елевацією сегменту ST за період звітування Параметр 2: Кількість населення на 1 січня звітного року
ЦРП №4 Середня тривалість стаціонарного перебування у лікарнях	Параметр 1 ділиться на Параметр 2	Параметр 1: тривалість перебування вибулих пацієнтів, ліжко-днів Параметр 2: кількість вибулих пацієнтів
№ 05 Медичний персонал, який проходить підготовку	Значення Параметру 1	Параметр 1: число спеціалістів, що пройшли тренінги за звітний період
№ 06 Медичні заклади реконструйовані, відреставровані і обладнані	Значення Параметру 1	Параметр 1: Кількість закладів, щодо яких підписано підсумковим Акт здавання-приймання виконаних будівельних робіт та документи про введення в експлуатацію були підписані в звітному періоді
№ 07 % закладів первинної медичної допомоги, які відповідають нормам облаштування для покращеного лікування ССЗ (відповідно до конкретного переліку)	Параметр 1 ділиться на Параметр 2 і множиться на 100 (%)	Параметр 1: Кількість закладів первинної допомоги, що відповідають нормам оснащення для покращеного ведення ССЗ Параметр 2: Загальна кількість закладів первинної допомоги в області
№ 08 Кількість проведених процедур скринінгу раку: а) тести раку шийки матки	Значення Параметру 1	Параметр 1: Кількість процедур, виконаних з дотриманням узгоджених умов (відповідно до Операційного посібника)
№ 08 Кількість проведених процедур скринінгу раку: б) мамограми	Значення Параметру 1	Параметр 1: кількість процедур, виконаних з дотриманням узгоджених умов (відповідно до Операційного посібника)
№ 09 Частка діагнозів гострого інфаркту міокарду з підйомом сегменту ST, підтверджених відповідно до належних протоколів за попередні 12 місяців	Параметр 1 ділиться на Параметр 2 і множиться на 100 (%)	Параметр 1: Кількість випадків STEMI в області, в яких діагноз був підтверджений відповідно на національного протоколу з STEMI за звітний період Параметр 2: Кількість випадків STEMI в області за звітний період
№ 10 Частка центрів первинної медичної допомоги, які мають структуровані школи з охорони здоров'я чи подібні ініціативи, що займаються освітніми груповими заходами, пов'язаними з основними факторами ризику виникнення NCD (неінфекційних захворювань)	Параметр 1 ділиться на Параметр 2 і множиться на 100 (%)	Параметр 1: кількість амбулаторій області, в яких запроваджені школи здоров'я принаймні за одним типом основних НІЗ за звітний період Параметр 2: Загальна кількість амбулаторій в області за звітний період

№ 11 Критичні стандарти з електронної охорони здоров'я затверджені МОЗ	Вибір з 4-х варіантів	Параметр 1: Затвердження стандартів eHealIII
№ 12 Комунікаційна кампанія розроблена та реалізована на центральному рівні	Вибір варіанту "Так" / "Ні"	Параметр 1:
№ 13 Наявність лікарняних ліжок	Параметр 1 ділиться на Параметр 2 і множиться на 100 000	Параметр 1: Загальна кількість ліжок Параметр 2: Кількість населення на 1 січня звітного року
№ 14 Кількість областей, які в будь-якому визначеному році впровадили, принаймні, одну реформу підвищення ефективності	Значення Параметру 1	Параметр 1: Кількість пілотних областей, що запровадили принаймні одну реформу з підвищення продуктивності в конкретний рік
№ 15 Частка бенефіціарів в областях-учасниках, які звітують про покращення доступу і якості адресних послуг у сфері охорони здоров'я	Параметр 1 мінус Параметр 2	Параметр 1: частка бенефіціарів, які повідомили про покращення якості та доступу до послуг з охорони здоров'я за поточний період Параметр 2: частка бенефіціарів, які повідомили про покращення якості та доступу до послуг з охорони здоров'я за попередній період

Додаток:

ЦРП №1 Раннє виявлення раку молочної залози та шийки матки; вимірюється через:

а) Співвідношення кількості нових випадків на стадії in situ до кількості нових інвазивних випадків раку шийки матки

Джерело даних: _____

Коментар щодо наявності даних /джерела / збору: _____

Коментар щодо впровадження Проекту: _____

б) Частка нових випадків молочної залози, виявлених на стадії I

Джерело даних: _____

Коментар щодо наявності даних /джерела / збору: _____

Коментар щодо впровадження Проекту: _____

ЦРП №2 Контрольований рівень артеріального тиску, що вимірюється як частка пацієнтів у віці 40-60 років, що досягають цільовий рівень кров'яного тиску (показник - 140/90 мм рт.ст.)

Джерело даних: _____

Коментар щодо наявності даних /джерела / збору: _____

Коментар щодо впровадження Проекту: _____

ЦРП №3 Краща якість ведення випадків (профілактики, діагностики та лікування) ССЗ на первинному та вторинному рівнях; вимірюється через

а) зниження рівня госпіталізації пацієнтів з гіпертонією завдяки поліпшеному веденню пацієнтів амбулаторно та на первинному рівні

Джерело даних: _____

Коментар щодо наявності даних /джерела / збору: _____

Коментар щодо впровадження Проекту: _____

б) кількість пацієнтів, що отримали стентування при гострому інфаркті міокарда із елевацією сегмента ST

Джерело даних: _____

Коментар щодо наявності даних /джерела / збору: _____

Коментар щодо впровадження Проекту: _____

ЦРП №4 Термін перебування на ліжку

Джерело даних: _____

Коментар щодо наявності даних /джерела / збору: _____

Коментар щодо впровадження Проекту: _____

№ 05 Медичні співробітники, що отримали навчання

Джерело даних: _____

Коментар щодо наявності даних /джерела / збору: _____

Коментар щодо впровадження Проекту: _____

№ 06 Медичні заклади, що були побудовані, реконструйовані та відремонтовані

Джерело даних: _____

Коментар щодо наявності даних /джерела / збору: _____

Коментар щодо впровадження Проекту: _____

№ 07 % закладів первинної допомоги, що відповідають вимогам до оснащення для поліпшеного ведення випадків ССЗ (відповідно до чіткого переліку)

Джерело даних: _____

Коментар щодо наявності даних /джерела / збору: _____

Коментар щодо впровадження Проекту: _____

№ 08 Кількість виконаних процедур зі скринінгу на рак:

а) тести на рак шийки матки

Джерело даних: _____

Коментар щодо наявності даних /джерела / збору: _____

Коментар щодо впровадження Проекту: _____

б) мамографії

Джерело даних: _____

Коментар щодо наявності даних /джерела / збору: _____

Коментар щодо впровадження Проекту: _____

№ 09 Частка діагностованих випадків гострого інфаркту міокарда з елевациєю сегмента ST, що були підтверджені відповідно до належних протоколів за останні 12 місяців

Джерело даних: _____

Коментар щодо наявності даних /джерела / збору: _____

Коментар щодо впровадження Проекту: _____

№ 10 Частка амбулаторій ПМСД, в яких є структуровані школи здоров'я або аналогічні ініціативи, що працюють над груповими освітніми заходами, пов'язаними із головними факторами ризику НІЗ

Джерело даних: _____

Коментар щодо наявності даних /джерела / збору: _____

Коментар щодо впровадження Проекту: _____

№ 11 Критично важливі стандарти з електронної охорони здоров'я затверджені МОЗ

Джерело даних: _____

Коментар щодо наявності даних /джерела / збору: _____

Коментар щодо впровадження Проекту: _____

№ 12 Комунікаційна компанія розроблена та реалізована на загальнодержавному рівні

Джерело даних: _____

Коментар щодо наявності даних /джерела / збору: _____

Коментар щодо впровадження Проекту: _____

№ 13 Наявність лікарняних ліжок

Джерело даних: _____

Коментар щодо наявності даних /джерела / збору: _____

Коментар щодо впровадження Проекту: _____

№ 14 Кількість областей, що в зазначений рік реалізували принаймні 1 реформу з підвищення продуктивності

Джерело даних: _____

Коментар щодо наявності даних /джерела / збору: _____

Коментар щодо впровадження Проекту: _____

№ 15 Частка бенефіціарів в областях Проекту, які повідомили про покращення якості та доступу до послуг з охорони здоров'я, на які спрямований Проект

Джерело даних: _____

Коментар щодо наявності даних /джерела / збору: _____

Коментар щодо впровадження Проекту: _____

Рамкові вимоги до екологічного менеджменту

Міністерство охорони здоров'я України
Проект «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей»

Рамкові вимоги до екологічного менеджменту

ОСНОВНІ ПОЛОЖЕННЯ

1. **Мета проекту.** Проект має на меті покращення надання медичних послуг у вибраних областях, з особливою увагою до попередження неінфекційних захворювань первинною і вторинною ланками. Метою проекту є також підвищення ефективності і дієвості роботи органів управління системи охорони здоров'я.

2. **Опис проекту.** В рамках компонент 1 Проекту є чотири субпроекти, які передбачають реконструкцію та ремонт об'єктів первинної медичної допомоги (Дніпропетровська, Волинська та Рівненська області) та будівництво нової клініки (Вінницька область). Позичальником і виконавцем усього Проекту є Уряд України (представлений Міністерством охорони здоров'я), а в кожній з областей-учасників виконавцем Проекту є Обласна державна адміністрація та її структурний підрозділ з питань охорони здоров'я. Технічні аспекти будівельних робіт в областях будуть забезпечуватися структурними підрозділами з питань капітального будівництва обладміністрацій.

3. **Де виконуватиметься проект і що буде зроблено.** Три субпроекти у трьох областях (Дніпропетровська, Волинська та Рівненська) планують роботи по реконструкції та ремонту існуючих будівель у багатьох містах, районах і населених пунктах (обсяг робіт на кожному об'єкті невеликий). За рахунок таких робіт існуючі будівлі/приміщення будуть переобладнані у амбулаторії первинної медичної допомоги, або (як це планується на одному об'єкті в Дніпропетровську), один поверх існуючої клініки буде переобладнано. Існуючі будівлі використовуються в даний час як медичні заклади, або (в деяких населених пунктах) використовувалися в минулому як офіси, дитячі садки чи для інших громадських потреб.

Як правило, реконструкція передбачатиме різні роботи всередині будівлі, заміну вікон/дверей, покрівлі (при потребі), фасадні роботи і необхідний ремонт інженерних мереж будівлі. Жодні роботи за межами об'єкту (лінії енергопостачання, водопроводу, каналізації і т. ін.) в рамках даного проекту виконуватися не будуть.

Один субпроект (Вінниця) передбачає будівництво нового кардіологічного центру (лікарні) на земельній ділянці, яка вже відведена для цих цілей міськими органами влади. Очікується, що загальна площа будівлі складатиме 10,000-20,000 кв. м. Земельна ділянка розташована на території існуючого "медичного містечка" в м. Вінниці, в якому діють кілька лікарень, клінік і інших медичних закладів. Земельна ділянка наразі не використовується, більша її частина заросла чагарниками і деревами.

4. **Категорія проекту.** МБРР затвердив спеціальні операційні соціальні та екологічні попереджувальні політики, призначення яких - не допустити негативних впливів на довкілля та соціальне середовище (або зменшити їх і компенсувати) при виконанні операцій, пов'язаних з позиками Банку. Ці політики вступають в дію, якщо проект може створити ризик негативних впливів на природне середовище (повітря, вода, земля); на здоров'я людей і їх безпеку; на культурну спадщину.

Згідно з попереджувальними політиками і процедурами МБРР, включаючи Операційну Політику ОР/ВР/ГР 4.01 "Екологічна оцінка", Проекту присвоєна

категорія В. Відповідно до цієї категорії, описані вище субпроекти вимагають виконання процедури екологічної оцінки, яка має відповідати вимогам як українського законодавства, так і вимогам політик МБРР. Обсяг екологічної оцінки може бути різним для різних субпроектів. Позичальник є відповідальним за виконання екологічної оцінки та надання інформації громадськості шляхом громадських консультацій.

5. *Можливі впливи на навколишнє природне та соціальне середовище.*

Субпроекти, які будуть фінансуватися в рамках Проекту (діяльність по будівництву та реконструкції) можуть призвести до певних впливів на довкілля, які можна підсумувати так:

- Забруднення землі і повітря, шум, неестетичні фасади під час реставраційних робіт, сміття на будівельному майданчику і т.ін. Втім, всі ці впливи будуть мати місце недовгий час і на дуже обмежених майданчиках (всередині та поряд з будівлями). Масштаб цих впливів можна легко зменшити ретельною підготовкою проектною документації та належним виконанням робіт.

Під час експлуатації:

- При роботі амбулаторій первинної медичної допомоги будуть утворюватися побутові відходи та відходи використаних шприців, які будуть видалятися шляхом їх збору та переробки ліцензованими компаніями по збиранню і видаленню відходів;

- При роботі Вінницького кардіологічного центру будуть також утворюватися медичні відходи. Питання видалення цих відходів буде вирішене в рамках виконання Оцінки впливу на навколишнє середовище і Плану екологічного менеджменту (ПЕМ) для цього проекту, яка буде здійснена на наступних етапах. У випадку, якщо екологічні політики МБРР містять більш жорсткі вимоги, ніж вимоги українського законодавства, повинні бути виконані вимоги МБРР.

Можливі соціальні впливи можна підсумувати так:

- Позитивні: кращий доступ до медичних закладів первинної ланки; кращі умови для відвідувачів цих закладів внаслідок кращого стану стін та покриттів, вентиляції, санітарії та опалення; вищий рівень послуг за рахунок використання більш сучасного обладнання;

- Негативні: певні групи населення можуть не погоджуватися з доцільністю перепрофілювання будівель та приміщень; жителі прилеглих будинків та вулиць можуть відчувати дискомфорт у зв'язку з більш інтенсивним рухом транспорту, людським потоком та можливим контактом з хворими; протягом, можливо, тривалого періоду реконструкції люди матимуть обмежений доступ до медичного обслуговування на місці.

6. *Попередня екологічна оцінка.* Для всіх субпроектів, які будуть виконуватися в рамках Проекту, виконавцями проекту (МОЗ та обласними державними адміністраціями) виконана попередня екологічна оцінка. Більшість субпроектів попадають в категорію С і "низька В" МБРР, яка вимагає виконання скороченої оцінки впливу на навколишнє середовище та/або підготовку спрощеного перевірконого списку ПЕМ. Для субпроекту у Вінницькій області (категорія В) буде підготовлено ОЕВ/ОВНС та ПЕМ.

7. *Рамкові вимоги до екологічного менеджменту.* Для того, щоб попередження екологічних та соціальних впливів виконувалося на належному

рівні, Міністерство охорони здоров'я розробило Рамкові вимоги до екологічного менеджменту (РВЕМ). Згідно цих вимог, три області-учасники (Дніпропетровська, Волинська та Рівненська) розроблять для кожного мікропроекту, який буде виконуватися в області, конкретний, прив'язаний до місця робіт ПЕМ у вигляді перевірного списку (ПЕМ-ПС). Для субпроекту у Вінниці ПЕМ буде розроблений під час виконання ОВНС на більш пізній стадії. Ці плани визначатимуть очікувані негативні екологічні і соціальні впливи та заходи по їх попередженню. Крім того, для кожного субпроекту і мікропроекту будуть підготовлені плани моніторингу, де будуть перераховані параметри, які будуть контролюватися, частота, методи і відповідальні виконавці.

8. Оприлюднення Рамкових вимог до екологічного менеджменту та консультації. 15 жовтня 2014 року ГКПП розмістить інформацію щодо проекту та попередній варіант Рамкових вимог до екологічного менеджменту на веб-сторінці МОЗ (www.moz.gov.ua) для того, щоб широкі кола громадськості могли з ними ознайомитися. Цей документ також буде оприлюднено на інформаційній сторінці МБРР (World Bank Infoshop). Пізніше ГКПП організує громадські консультації щодо Проекту і попередній варіант Рамкових вимог до екологічного менеджменту буде переглянутий з урахуванням зауважень, одержаних під час консультацій. Остаточна версія Рамкових вимог до екологічного менеджменту буде знову оприлюднена на веб-сторінці МОЗ та Інформаційній сторінці МБРР після закінчення консультацій з громадськістю.

1. ОПИС ДІЯЛЬНОСТІ В РАМКАХ ПРОЕКТУ, ЯКА ВИМАГАЄ ЕКОЛОГІЧНОЇ ОЦІНКИ

В рамках компонента 1 Проекту існує п'ять субпроектів «Типу А» (у Дніпропетровській, Рівненській, Полтавській, Вінницькій та Волинській областях) тривалістю в п'ять років і бюджетом до 41 мільйона доларів США, які фінансуються МБРР, плюс принаймні 10 відсотків співфінансування з бюджетів областей. Чотири з цих субпроектів «Типу А» передбачають реконструкцію і ремонт об'єктів охорони здоров'я (Дніпропетровська, Рівненська та Волинська області) і будівництво нової клініки (Вінницька область).

В рамках трьох субпроектів у трьох областях (Дніпропетровська, Волинська та Рівненська) плануються роботи з реконструкції існуючих будівель у багатьох містах, районах і населених пунктах (обсяг робіт на кожному об'єкті невеликий). За рахунок таких реконструкцій існуючі будівлі/приміщення будуть переобладнані в амбулаторії первинної медичної допомоги, або (як це планується на одному об'єкті в Дніпропетровську) буде переобладнано один поверх існуючої клініки. Існуючі будівлі використовуються на даний час як медичні заклади або (в деяких населених пунктах) використовувалися в минулому як офіси, дитячі садки чи для інших громадських потреб. Не передбачається будь-яке придбання нових земельних ділянок для цих субпроектів.

Звичайно реконструкція включатиме виконання різноманітних робіт всередині будівель, заміну вікон/дверей, проведення покрівельних робіт (за необхідності), фасадних робіт та необхідне покращення існуючої інфраструктури на місцях. Виконавці субпроектів (обласні державні адміністрації) чітко зазначили, що поза межами майданчиків, на яких розташовані об'єкти, не будуть виконуватись жодні роботи з поліпшення інфраструктури (які мають відношення

до ліній електропередачі, водопроводу та каналізації), оскільки всі ці об'єкти інфраструктури знаходяться у володінні та управлінні органів місцевого самоврядування, і області не інвестуватимуть кошти проекту у виконання таких робіт.

Один субпроект (Вінниця) передбачає будівництво нового кардіологічного центру (лікарні) на земельній ділянці, яка вже відведена для цих цілей міськими органами влади. Очікується, що загальна площа будівлі складатиме 10 000 - 20 000 кв. м. Земельна ділянка розташована на території існуючого "медичного містечка" в м. Вінниці, в якому діють кілька лікарень, клінік і інших медичних закладів. Земельна ділянка наразі не використовується, більша її частина заросла чагарниками і деревами.

Технічні аспекти будівельних робіт в областях будуть забезпечуватися структурними підрозділами з питань капітального будівництва обладміністрацій. Вони організовують будівництво всіх державних об'єктів в області (шкіл, лікарень, державних будівель, тощо). У них є достатня кількість персоналу для одночасного управління декількома великими та багатьма малими проектами будівництва.

2. ПОЛІТИКИ, ПРАВИЛА ТА ПРОЦЕДУРИ ЕКОЛОГІЧНОЇ ОЦІНКИ УКРАЇНИ ТА МБРР

2.1. Українське законодавство, яке регулює екологічну оцінку

В додатку 15.1 представлений загальний огляд українського законодавства та нормативно-правової бази у сфері охорони навколишнього природного середовища. У цьому розділі надається детальний опис лише оцінки впливів на навколишнє середовище.

Існує окремий Закон «Про екологічну експертизу» від 1995 року, в якому визначаються декілька видів екологічної експертизи, з яких обов'язковою та найбільш важливою є державна екологічна експертиза. Фактично в цьому Законі зазначається, що проектна документація повинна аналізуватись та схвалюватись колегією експертів з екології. Ці експерти можуть працювати від імені Міністерства екології та природних ресурсів (МЕПР) чи його обласної філії (якщо була підготовлена повна ОВНС, дивіться нижче), або вони можуть бути членами групи, що проводить всі необхідні експертизи (які включають санітарно-епідеміологічну експертизу, експертизу з енергозбереження, пожежно-технічну експертизу, експертизу з питань охорони праці та інші експертизи, якщо це необхідно). У 2017 році на заміну цей закон був замінений на Закон України «Про оцінку впливу на довкілля». Далі по тексту розуміємо слова «екологічна оцінка», як «оцінка впливу на довкілля».

Організації, що займаються проведенням експертизи, можуть бути приватної та державної форми власності, однак, якщо фінансування для проектів IV та V категорій складності забезпечується з державного бюджету або з коштів державних та комунальних підприємств і організацій, або за рахунок позик, одержаних під державні гарантії, експертиза має проводитись державною експертною організацією.

Порядок підготовки документації, яка стосується оцінки впливів на навколишнє середовище, встановлюється Державними будівельними нормами ДБН А.2.2-1-2003 «Склад і зміст матеріалів оцінки впливів на навколишнє середовище

(ОВНС)». У Додатку Б до ДБН А.2.2-3-2012 перелічуються ті закони, які мають враховуватись під час екологічної оцінки (дивіться цей перелік в україномовній версії у Додатку 15.2 до цього документа). У Додатку Е до цього ДБН (оновленого у 2013 році, дивіться Додаток 15.3) перелічуються види діяльності та об'єкти, що становлять підвищену екологічну небезпеку, для яких обов'язковим є існування повномасштабної ОВНС. Один субпроект (у м. Вінниця) Проекту підпадає під дію цієї вимоги через необхідну вирубку чагарників та дерев, які ростуть на земельній ділянці (п. 29 Переліку видів діяльності та об'єктів, що становлять підвищену екологічну небезпеку).

Основним законом, що регулює всі види діяльності з будівництва, є Закон «Про регулювання містобудівної діяльності» від 12 березня 2011 року. Цим законом встановлюється, який вид документації має бути підготовлений для проектів будівництва різних типів, і те, як ця документація повинна аналізуватись. Положення цього закону прописуються у державних будівельних нормах, які також враховують вимоги інших законодавчих актів.

Інженерно-геологічні вишукування, проектування і будівництво регулюються Міністерством регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства (МРРБ). Існує повний набір проектно-будівельних норм і стандартів, з яких у цьому документі ми згадаємо ДБН А.2.2-3-2012 «Склад та зміст проектно-будівельної документації на будівництво», в яких визначається термінологія, види та об'єкти діяльності з будівництва, тощо. Іншим ключовим документом є ДБН А.2.2-1-2003 «Склад і зміст матеріалів оцінки впливів на навколишнє середовище (ОВНС) при проектуванні і будівництві підприємств, будинків і споруд». Як зазначалось вище, у додатку Б наводиться перелік тих законів, які мають враховуватись при проведенні екологічної оцінки, а в додатку В зазначений детальний огляд етапів проектування і будівництва та відповідних етапів екологічної оцінки (ОВНС).

Повна ОВНС (як зазначається у ДБН А.2.2-1-2003, разом з матеріалами громадських слухань) є обов'язковою лише для проектів, що становлять підвищену екологічну небезпеку (Стаття 31 Закону «Про регулювання містобудівної діяльності»). Щоб з'ясувати, чи має проект розглядатись таким чином, розробники при проектній організації повинні використовувати критерії, визначені Законом «Про об'єкти підвищеної небезпеки» від 2001 року. Головним критерієм є плановане використання небезпечних матеріалів, але й також згадується можливість виникнення надзвичайних ситуацій. Діяльність у рамках Проекту не підпадає під цю категорію.

Однак, ДБН А.2.2-3-2012 «Склад та зміст проектно-будівельної документації на будівництво» (Додатки В.1.2 та Д) вимагає підготовки обов'язкового розділу про «впливи на навколишнє середовище, заходи з їх мінімізації, пом'якшення та компенсації» у всіх видах проектно-будівельної документації (техніко-економічне обґрунтування, робоча документація, тощо). При розгляді проектно-будівельної документації в Держбудекспертизі, цей розділ також аналізується і погоджується експертами.

У ДБН А.2.2-3-2012, згаданих вище, також існують вимоги до обґрунтування рішення щодо необхідності будівництва (реконструкції) конкретного об'єкта, а також положення «щодо забезпечення доступу для інвалідів».

Загальні настанови стосовно того, як повинні бути організовані громадські слухання у випадку повномасштабного ОВНС, перелічені в Розділі 1 ДБН А.2.2-1-2003: параграф 1.6, частина 4 та параграф 1.9. У параграфі 1.10 ДБН А.2.2-1-2003

містяться вимоги до документації про громадські слухання, які мають бути включені в кінцеву версію ОВНС.

Ініціатор проекту та розробник ОВНС несуть відповідальність за організацію громадських слухань.

2.2. Попереджувальні політики МБРР

МБРР затвердив спеціальні операційні соціальні та екологічні попереджувальні політики, призначення яких - не допустити негативних впливів на довкілля та соціальне середовище при виконанні операцій, пов'язаних з позиками Банку. Приймаючи до уваги природу пропонованих субпроектів, не вступають у дію вісім з десяти Операційних політик МБРР (ОР-ВР 4.04 - Природні середовища існування; 4.09 – Боротьба зі шкідниками; 4.10 - Корінне населення; 7.50 - Проекти, розташовані на міжнародних водних шляхах; 4.37 - Безпека гребель; 4.12 - Вимушене переселення; ОР-ВР 4.36 - Ліси та 7.60 Проекти на спірних територіях). ОР 4.01: Екологічна оцінка – застосовується у випадку всіх субпроектів, і схоже на те, що 1 політика (ОР-ВР 4.11 - Матеріальна культурна спадщина) також не застосовується (це буде роз'яснено під час підготовки місць розташування мікропроектів у Дніпропетровській, Волинській та Рівненській областях). Ці дві політики описані нижче, ОР 4.01 описана більш детально і ОР 4.11 – у загальний спосіб.

ОР/ВР 4.01: Екологічна оцінка

Ця політика застосовується у випадку ймовірного спричинення Проектом потенційних (негативних) екологічних ризиків та впливів у зоні реалізації субпроектів, що і є в нашому випадку. ОР/ВР4.01 охоплює впливи на навколишнє природне середовище (повітря, вода та земля); здоров'я та безпеку людини; матеріальну культурну спадщину; транскордонні та глобальні екологічні питання.

При застосуванні ОР 4.01 Банк класифікує Проект як категорія А, В, С чи F1 відповідно до природи і масштабу потенційних впливів на навколишнє середовище. Для категорії В проектів (субпроект у Вінниці підпадає під цю категорію), масштаб ЕО може різнитись і є меншим за категорію А. Діяльність у рамках чотирьох інших субпроектів (Волинська, Рівненська області та м. Дніпропетровськ) підпадає під категорію «низька В».

У залежності від проекту та характеру впливів можна використовувати ряд інструментів: оцінка впливів на навколишнє середовище (в українському контексті - ОВНС), екологічний аудит, рамкові вимоги до екологічного менеджменту (РВЕМ) та План екологічного менеджменту (ПЕМ).

Позичальник несе відповідальність за проведення оцінки впливів на навколишнє середовище.

У випадку субпроектів, що належать до екологічної категорії В, ГУС проводить консультації із групами, на яких впливає проект, та неурядовими організаціями (НУО), присвячені аспектам захисту навколишнього середовища в рамках субпроекту, і враховує їх погляди. ГУС якомога раніше ініціює проведення таких слухань.

ГУС своєчасно надає відповідну інформацію до проведення слухань, форма та мова укладення якої є доступними для груп, з якими проводяться консультації.

До проведення оцінки ГУС робить РВЕМ доступними у відповідній країні, вони укладаються місцевою мовою та розміщуються в громадському закладі, до якого є вільний доступ для груп, на які впливає проект, і місцевих НУО.

ОР 4.11 – Матеріальна культурна спадщина

Ще не відомо, чи впливатиме будь-який мікропроект на матеріальну культурну спадщину (наприклад, якщо будівля, що буде реконструйована, міститься у переліку об'єктів культурної спадщини). У випадку впливу на матеріальну культурну спадщину буде підготовлений План заходів для матеріальної культурної спадщини.

2.3. Порівняльний аналіз попереджувальних політик та українських норм у сфері захисту навколишнього середовища

Аналіз вимог України та МБРР щодо Екологічної оцінки проекту та Плану управління захистом довкілля вказує на те, що в цілому вони є подібними.

Екологічна оцінка

В частині термінології і методології політика і процедури ЕО МБРР загалом відповідають системі та практикам ОВНС, прийнятими в Україні.

Спільна ключова вимога, визначена в обох системах, стосується обов'язкового характеру оцінки впливів на навколишнє середовище як невід'ємної частини підготовки проектів, проектної документації та розробки будь-якої діяльності в рамках проекту, який передбачає нове будівництво та/або модернізацію існуючого об'єкта. Повномасштабна ОВНС (як це зазначається в Розділі 2 ДБН А.2.2-1-2003) є обов'язковою для всіх об'єктів, які становлять «підвищену небезпеку». Відповідно до законодавства та нормативно-правових актів України субпроекти не підпадають під цю категорію об'єктів «підвищеної небезпеки».

У випадку об'єктів, які «не становлять підвищену небезпеку», може бути підготовлена скорочена версія ОВНС. Масштаб цієї «скороченої» версії погоджується місцевими природоохоронними органами та санітарно-епідеміологічною службою.

У випадку повномасштабної ОВНС вимоги до об'єму екологічної та соціальної оцінки, а також вимоги до розкриття інформації про ЕО відповідно до українського законодавства є подібними до вимог політик МБРР. Основним документом України, який регулює процес укладення ОВНС та зазначає вимоги до документації щодо ОВНС, є ДБН А.2.2-1-2003.

У випадку, якщо екологічні політики МБРР містять більш жорсткі вимоги, ніж вимоги українського законодавства, повинні бути виконані вимоги політик МБРР.

Управління культурною спадщиною

Існує близька схожість вимог та підходів, прийнятих МБРР та Україною, в частині управління культурною спадщиною.

Основною спільною вимогою, зазначеною в політиці Банку і в українському законодавстві, є забезпечення збереження культурного надбання та історичної спадщини (п. 2.36 ДБН А.2.2-1-2003).

3. ПОТЕНЦІЙНІ ЕКОЛОГІЧНІ І СОЦІАЛЬНІ ВПЛИВИ ДІЯЛЬНОСТІ В РАМКАХ ПРОЕКТУ ОЗНСЛ

3.1. Попередня перевірка/визначення потенційних впливів на навколишнє середовище

Проектні пропозиції від областей-учасниць, розроблені в результаті оцінки, не передбачають жодного придбання земельних ділянок (у Вінниці земельна ділянка для нового кардіологічного центру вже була зарезервована під будівництво медичного закладу). Заплановані ремонти і розширення (мікропроекти) будуть проведені в межах існуючих закладів. Будь-яка діяльність, що може спричинити будь-яке постійне чи тимчасове фізичне чи економічне переміщення, буде виключена з проекту. Тому не застосовується Політика ОР4.12 про вимушене переселення.

На етапі підготовки Проекту були зроблені візити лише до обмеженої кількості проектних майданчиків, у той час, коли на більш пізньому етапі в рамках кожного субпроекту необхідно буде розробити ПЕМ-ПС.

Нижче представлена таблиця, в якій вказані визначені можливі питання.

Таблиця 3.1.

Попередня перевірка / Визначення питань		
Вид діяльності і приклади потенційних питань та/або впливів	Мікропроекти	Нове будівництво
A. Реконструкція будівель – Підвищене заповнення та шум під час робіт з реконструкції – Будівельні відходи	1.1.2. + +	Не стосується
B. Нове будівництво – Вирубка дерев і рослин – Впливи виїмки ґрунту, забруднення ґрунту та ерозії ґрунту – Притаманний будівельному майданчику рух транспортних засобів – Підвищене заповнення та шум під час будівельних робіт – Будівельні відходи – Забруднення ґрунту та поверхневих вод стоками	1.1.3.	+ + + + + +
C. Система очищення стічних вод – Індивідуальна система очищення стічних вод	+ або -	Не стосується
D. Вплив на природні екосистеми та важливі природні середовища	-	-
F. Безпека дорожньо-транспортного і пішохідного руху – Притаманний будівельному майданчику рух транспортних засобів – Пішохідний рух	- -	+ +
G. Поводження з побутовими та медичними відходами (етап експлуатації) – Побутові відходи – Медичні відходи	+ - +	+ + +

– Використані шприці – Утилізація медичних відходів поза межами об'єкта	-	+
--	---	---

3.2. Потенційні соціальні впливи

Впровадження субпроектів матиме різноманітні соціальні наслідки. Загалом, успішна реалізація Проекту забезпечить населенню соціальні переваги, але можуть також існувати певні негативні впливи, що є реальними чи відчутними.

Потенційні позитивні впливи

- Кращий доступ до закладів первинної медико-санітарної допомоги;
- Вищий рівень задоволення послугами, що надаються, через кращий стан вентиляції, санітарії та опалення;
- Вищий рівень послуг, що надаватимуться на сучасному обладнанні, і можливо вищі шанси найму на роботу кваліфікованого медичного персоналу.

Потенційні негативні впливи мікропроектів

- Зміна цільового призначення будівлі (наприклад, реконструкція колишнього дитсадка в амбулаторію) може насторожити наспротив зі сторони певних груп місцевого населення;
- Якщо амбулаторія буде розташована в багатоповерховому будинку, жителі можуть висловити протест з приводу інтенсивного дорожньо-транспортного руху, постійного руху людей та можливих контактів із хворими;
- При реконструкції будівлі існуючого медичного закладу люди можуть бути занепокоєні відсутністю протягом довгого періоду часу доступу до медичних послуг, що надаються на місці;
- Оскільки у кінцевому підсумку проект фінансуватиметься з бюджету, у людей можуть виникати питання щодо необхідності саме цієї інвестиції (на їх думку можуть існувати більш нагальні питання).

Потенційні негативні впливи проекту нового будівництва

- Запилення, шум та дорожньо-транспортний рух, який має відношення до будівельних робіт;
- Оскільки у кінцевому підсумку проект фінансуватиметься з бюджету, у людей можуть виникати питання щодо необхідності саме цієї інвестиції (на їх думку можуть існувати більш нагальні питання).

4. РАМКОВІ ВИМОГИ ДО ЕКОЛОГІЧНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ ПРОЕКТУ ОЗНСЛ

4.1. Огляд Рамкових вимог до екологічного менеджменту

Метою Рамкових вимог до екологічного менеджменту (РВЕМ) Проекту є надання допомоги персоналу ГКПП та виконавцям субпроектів (обласним державним адміністраціям) під час визначення потенційних впливів субпроектів на навколишнє середовище, підготовки планів управління захистом довкілля, в яких будуть підсумовані необхідні заходи з попередження впливів з метою їх мінімізації

чи попередження, а пізніше – під час проведення моніторингу навколишнього середовища та підготовки звітності.

Існує два види діяльності в рамках Проекту, що пропонуються 4 областями, які різняться в залежності від виду робіт та потенційних впливів на навколишнє середовище і соціальних впливів:

(i) У рамках субпроектів у 3 областях (Дніпропетровська, Волинська та Рівненська області) планується проведення мало масштабних робіт з реконструкції на цілому ряді об'єктів (які надалі іменуються як мікропроекти). Ці мікропроекти підпадають під категорію «низька В», встановлену МБПП;

(ii) субпроект у Вінницькій області – будівництво нового великого закладу охорони здоров'я на новій земельній ділянці у м. Вінниця – підпадає під категорію В МБПП.

Різниця між субпроектами типу (i) та субпроектом типу (ii) полягає в тому, що повномасштабна ОЕВ/ОВНС має бути підготовлена лише для субпроекту нового будівництва у м. Вінниця. Тому буде використана наступна схема екологічної оцінки:

– Підхід, за яким використовуються ПЕМ-ПС для субпроектів типу (i), де питання захисту навколишнього середовища за кожним з мікропроектів будуть відомі та обмежуватимуться мало масштабними будівельними/ремонтними роботами; сфера впливу чітко визначена та обмежена. Кожен з виконавців субпроектів (структурні підрозділи облдержадміністрацій з питань охорони здоров'я та капітального будівництва) у Дніпропетровській, Волинській та Рівненській областях повинен підготувати та використовувати ПЕМ-ПС для кожного мікропроекту. Ці ПЕМ-ПС мають розроблятися кожного року для мікропроектів, які повинні бути реалізовані в наступному році.

– Підхід ОЕВ/ОВНС та ПЕМ для субпроекту в м. Вінниця.

4.2. Плани екологічного менеджменту (ПЕМ) та План екологічного менеджменту у вигляді перевірконого списку (ПЕМ-ПС)

Для вирішення питань запобіжних заходів області розроблять ПЕМ-ПС для кожного мікропроекту (Дніпропетровська, Волинська та Рівненська області) або ПЕМ для проекту будівництва (Вінниця). Ці ПЕМ/ПЕМ-ПС забезпечать настанови щодо потенційних впливів у кожному випадку та заходів з попередження, які мають бути здійснені під час проведення діяльності протягом етапу проектування та етапу впровадження до часу проведення моніторингу і оцінки результатів. ПЕМ/ПЕМ-ПС повинні також забезпечувати формат плану моніторингу, який включає показники моніторингу, часові рамки, методи моніторингу та коло інституційної відповідальності.

Для субпроектів типу (i) 3 області підготують ПЕМ-ПС для кожного мікропроекту, що має бути реалізований, які складатимуться із 4 частин:

- **Частина 1:** опис мікропроекту (для використання особою, що перевіряє/погоджує)
- **Частина 2:** визначення потенційних впливів (для використання особою, що перевіряє/погоджує)
- **Частина 3:** визначення потенційних впливів та відповідних заходів з попередження (стає частиною контракту на будівництво)

• **Частина 4:** план моніторингу/нагляду для перевірки виконання попереджувальних заходів (для використання особами технагляду на об'єкті та представниками ГКПП).

Шаблони цих частин ПЕМ-ПС можна знайти в Додатках 15.4-15.7. Ці ПЕМ-ПС будуть стандартизованим, легкими для підготовки, впровадження і моніторингу; вони спеціально пристосовані до маломасштабних будівельних/ремонтних проектів.

Для субпроекту типу (ii) (Вінниця) План екологічного менеджменту (ПЕМ) буде підготовлений після завершення оцінки впливів на навколишнє середовище (у формі ОВНС). Шаблон цього ПЕМ, а також зразок Плану попередження наслідків (який є невід'ємною частиною ПЕМ) можна знайти в Додатках 15.8-15.9.

4.3. Екологічний моніторинг і звітність

Відповідно до запропонованих інституційних заходів на обласному рівні до реалізації субпроекту будуть залучені два підрозділи обласних державних адміністрацій: з питань охорони здоров'я та капітального будівництва. З цих двох підрозділів підрозділ з питань капітального будівництва нестиме відповідальність за всі технічні питання, включаючи нагляд за роботами підрядників. При ньому існує відділ технічного нагляду, який належним чином укомплектований та має кваліфікованих інженерів. Ці інженери відповідатимуть за екологічний моніторинг діяльності з будівництва в рамках субпроектів згідно з ПЕМ/ ПЕМ-ПС.

У Додатку 15.10 можна знайти зразок Плану моніторингу разом з прикладами (які повинні бути оновлені згідно з характеристиками кожного конкретного проекту).

5. РОЗКРИТТЯ ІНФОРМАЦІЇ ТА КОНСУЛЬТАЦІЇ

Попередній варіант Рамкових вимог до екологічного менеджменту (РВЕМ) в рамках Проекту буде опублікований перед етапом оцінки проекту МОЗ. РВЕМ будуть розміщені на Інтернет сайті МОЗ, МОЗ організує громадське обговорення. Після проведення громадського обговорення попередній варіант Рамкових вимог до екологічного менеджменту буде переглянутий з урахуванням зауважень, одержаних під час обговорення. Остаточна версія Рамкових вимог до екологічного менеджменту буде знову оприлюднена на веб-сторінці МОЗ та Інформаційній сторінці МБРР. Протокол обговорення разом із переліком розглянутих питань буде доданий до кінцевого варіанту РВЕМ як Додаток 15.11.

На більш пізньому етапі три області-одержувачі коштів (Дніпропетровська, Волинська та Рівненська області) підготують ПЕМ-ПС. Інформація про субпроекти буде розміщена на відповідних Інтернет сайтах обласних державних адміністрацій, і будуть організовані громадські обговорення. На них будуть оприлюднені та обговорені попередні варіанти ПЕМ-ПС, підготовлені місцевими виконавцями субпроектів.

У Вінниці розкриття інформації широкій громадськості та громадські слухання будуть організовані відповідно до вимог ДБН А.2.2-1-2003 під час підготовки повномасштабної ОЕВ/ОВНС, тобто в місцевих засобах інформації буде опублікована заява про наміри, громада буде ознайомлена з коротким змістом та чорновим варіантом Звіту з ОЕВ/ОВНС та проектом ПЕМ, і обласні виконавці субпроекту організують громадські консультації. Потім проекти Звіту з

ОЕВ/ОВНС та ПЕМ будуть переглянуті для врахування коментарів, і будуть опубліковані кінцеві версії ОЕВ/ОВНС і ПЕМ для субпроекту.

6. ДОДАТКИ ДО РАМКОВИХ ВИМОГ ДО ЕКОЛОГІЧНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ

ДОДАТОК 15.1. Загальний огляд законодавства України у сфері захисту навколишнього середовища

1. Основні законодавчі акти

Українська законодавча і нормативно-правова база, яка регулює екологічні питання, є досить широкою та складною. Вона складається (в ієрархічному порядку) з: міжнародних конвенцій, угод, протоколів та договорів, ратифікованих Верховною Радою; законів; постанов та розпоряджень Кабінету Міністрів України (КМУ); наказів міністерств. Різні норми, правила, стандарти та настанови, які часто разом іменуються нормативно-правовими актами, схвалюються постановами КМУ та наказами міністерств. Для набуття чинності кожен законодавчий акт має бути зареєстрований в Міністерстві юстиції.

Також важливими є положення численних органів виконавчої влади (міністерств, державних агентств, державних інспекцій, державних служб та інших центральних органів виконавчої влади), які визначають повноваження відповідного урядового органу та його філій на регіональному (обласному і районному) рівні. Ця сфера законодавства зазнала дуже суттєвих змін після проведення адміністративних реформ у 2010 році, коли була змінена вся система центральних органів влади.

Екологічні аспекти також регулюються відповідними правовими положеннями, що містяться в інших частинах законодавства країни (цивільне законодавство, водний кодекс, земельний кодекс, адміністративне законодавство, кримінальне законодавство, тощо). Зокрема, ці положення визначають підстави та деталі каральних заходів/штрафних санкцій, що мають дисциплінарний, адміністративний, матеріальний та/або кримінальний характер, які застосовуються до порушника законодавства про охорону навколишнього середовища та стосуються шкоди, заподіяної внаслідок злочину, екологічного ризику та масштабу спричиненого негативного впливу.

Нижче представлений перелік основних законів, що регулюють екологічні аспекти компонентів Проекту, які розглядаються:

– **«Про охорону навколишнього природного середовища» (1991).** У цьому Законі містяться загальні положення щодо охорони навколишнього природного середовища, забезпечення безпеки здоров'я людей та навколишнього середовища.

– **«Про основи містобудування» (1992)** – у цьому Законі визначені різні правові, економічні, соціальні та організаційні положення стосовно містобудівної діяльності, спрямованої «на формування повноцінного життєвого середовища, забезпечення при цьому охорони навколишнього природного оточення, раціонального природокористування та збереження культурної спадщини».

– **«Про забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення» (1994).** Широкий Закон, який супроводжується численними

нормативно-правовими актами, наприклад «Державні санітарні норми і правила утримання територій населених місць», правила містобудування, тощо. Від 01.10.2023 відбудеться втрата чинності цього закону. Замість нього почне діяти Закон України «Про систему громадського здоров'я» від 06.09.2022.

– **«Про оцінку впливу на довкілля» (2017)** - Закон визначає загальні положення щодо екологічної оцінки. Слід зазначити, що цей Закон стосується лише тих видів діяльності, для яких встановлено обов'язковість ОЕВ/ОВД. Цей закон прийнятий на заміну Закону України «Про екологічну експертизу» (1995), який діяв на старті проекту.

– **«Про місцеве самоврядування в Україні» (1997).** У цьому Законі визначається відповідальність органів місцевого самоврядування, включаючи органи, що обираються (ради), та виконавчі органи (адміністрації).

– **«Про відходи» (1998).** У цьому Законі визначається коло відповідальності МЕРП, МРРБ, декількох інших міністерств та місцевих органів влади. Він зазнав суттєвих змін, особливо після того, як Україна стала членом Базельської конвенції. Цей закон діятиме до 09.07.2023 після чого втратить чинність, а йому на заміну почне діяти Закон України «Про управління відходами» від 20.06.2022.

– **«Про благоустрій населених пунктів» (2005).** У цьому Законі встановлюються повноваження органів на різних урядових рівнях (КМУ, МРРБ, Рада міністрів Автономної Республіки Крим, місцеві державні адміністрації, органи місцевого самоврядування).

– **«Про регулювання містобудівної діяльності» (2011).** Після прийняття цього Закону були внесені зміни до численних нормативно-правових актів, які визначають вимоги до галузі будівництва. Цей Закон встановлює правові та організаційні основи містобудівної діяльності і спрямований на забезпечення сталого розвитку територій з урахуванням державних, громадських та приватних інтересів".

Звичайно, існує велика кількість інших законів, що стосуються охорони навколишнього природного середовища (Земельний кодекс, Водний кодекс, такі Закони, як «Про охорону атмосферного повітря», «Про природно-заповідний фонд України», «Про екологічну мережу України», тощо), але вони не є настільки важливими для діяльності в рамках цього проекту. Перелік актуальних нормативно-правових актів щодо охорони навколишнього середовища оновлено шляхом прийняття 30 грудня 2021 року нових ДБН А.2.2-1:2021 «Склад і зміст матеріалів оцінки впливів на навколишнє середовище», які набрали чинності 01 вересня 2022 року. У додатку «Г» до ДБН А.2.2-1:2021 перелічені ті закони та кодекси України, міжнародні конвенції та угоди, які ратифіковані Україною щодо охорони навколишнього середовища (дивіться цей перелік у Додатку 2 до цього документа).

Через те, що очікувані впливи на навколишнє середовище в рамках пропонованого компонента Проекту є дуже обмеженими, у цьому документі ми представимо лише короткий опис нормативно-правових актів про екологічну оцінку, які є важливими для діяльності в рамках цього Проекту.

2. Інституційна система охорони навколишнього природного середовища в Україні

Технічні та деякі господарські аспекти в сфері громадського будівництва в основному регулюються Міністерством розвитку громад та територій України, у той час, як контроль за виконанням законодавства в сфері охорони навколишнього середовища здійснюється іншими органами виконавчої влади (Міністерством захисту довкілля та природних ресурсів України, Державною екологічною інспекцією, Державною службою геології та надр України, Державним агентством водних ресурсів України тощо).

При цьому, виконання державної природоохоронної політики на обласному рівні покладено на Обласні державні адміністрації/Обласні військові адміністрації. Державна екологічна інспекція України, яка є центральним органом виконавчої влади при Міністерстві захисту довкілля та природних ресурсів України, відповідає за контроль дотримання законодавства в сфері охорони навколишнього природного середовища. Державна екологічна інспекція України та її обласні управління мають повноваження проводити перевірки, випускати обов'язкові приписи, накладати штрафи, тощо. Районні відділи Екологічної інспекції мають інспекторів у районах.

У межах великих міст адміністрації міста контролюють стан навколишнього природного середовища (вивезення сміття, прибирання вулиць, зелених зон, тощо) за допомогою своїх Департаментів міського благоустрою та збереження природного середовища (назви цих департаментів можуть відрізнятися в залежності від окремого міста, але їх функції є дуже схожими).

В структурі органів прокуратури України, зокрема, в структурі Офісу Генерального прокурора України та обласних прокуратур діє спеціалізована екологічна прокуратура (на правах структурного підрозділу). Вона здійснює досудове розслідування та підтримання публічного обвинувачення у кримінальних провадженнях про кримінальні правопорушення у сфері охорони навколишнього природного середовища.

3. Доступ до інформації та участь громадськості

В Україні доступ до екологічної інформації був забезпечений після того, як у 1999 році парламент ратифікував Орхуську Конвенцію про доступ до інформації, участь громадськості в процесі прийняття рішень та доступ до правосуддя з питань, що стосуються довкілля. Міністерство екології та природних ресурсів України (існувало до утворення Міністерства захисту довкілля та природних ресурсів України) розробило декілька нормативно-правових актів, в яких конкретизуються положення цієї Конвенції.

Детальні вимоги до організації громадських слухань, присвячених природоохоронним питанням, існують лише для двох видів діяльності: радіаційно небезпечні об'єкти (постанова КМУ №1122 від 18 липня від 1998 року «Про затвердження Порядку проведення громадських слухань з питань використання ядерної енергії та радіаційної безпеки») та розробка генеральних планів міст і генеральних схем планування територій (Порядок розроблення містобудівної документації, затверджений Наказом Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово комунального господарства України №290 від 16 листопада 2011 року). Ці вимоги не стосуються Проекту.

Загальні настанови стосовно того, як мають бути організовані громадські слухання у випадку повномасштабної ОВНС, перелічені в Розділі 1 ДБН А.2.2-1-

2003: параграф 1.6, частина 4 та параграф 1.9. У параграфі 1.10 ДБН А.2.2-1-2003 містяться вимоги до документації про громадські слухання, які мають бути включені у кінцевий варіант ОВНС.

Ініціатор Проекту та розробник ОВНС несуть відповідальність за організацію громадських слухань.

У 2011 році парламент прийняв Закон України «Про доступ до публічної інформації». У цьому Законі розглядається набагато ширша сфера, але в ньому також визначаються питання екологічної інформації (стаття 13, п. 2). Згідно з цією статтею, не лише урядові органи, але й також суб'єкти господарської діяльності повинні надавати інформацію (якщо вони нею володіють) про стан навколишнього природного середовища, якість продуктів харчування та споживчих товарів, катастрофи, природні лиха та інші події, які можуть представляти загрозу здоров'ю та благополуччю громадян.

Органи місцевого самоврядування несуть відповідальність за організацію консультацій з громадськістю, і в різних територіальних громадах (великих і малих містах, селах) були погоджені різні процедури. Як правило, громадські слухання можуть скликатись органом місцевого самоврядування або з власної ініціативи, або на вимогу представників громади. Такі слухання можуть проводитись на будь-якому рівні: у селах (сільський схід), малих та великих містах. Рішення таких слухань вважаються рекомендаціями.

Інший механізм консультацій з громадськістю слухань був схвалений постановою КМУ № 996 від 3 листопада 2010 року «Про забезпечення участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики». У цій постанові встановлюється, що при всіх міністерствах, інших центральних органах влади, обласних та районних адміністраціях повинні створюватись Громадські ради.

У цій постанові також зазначається, що орган влади повинен організовувати обов'язкові громадські слухання, присвячені певним темам (законодавчі акти, що пропонуються; державні та регіональні програми; звіти про виконання бюджету), а також на вимогу організацій громадянського суспільства, що проводять діяльність у регіоні, проводити інші громадські консультації. Громадська рада також може ініціювати проведення громадських слухань, і вона відіграє важливу роль у їх підготовці. Громадські консультації організовуються «для залучення громадян у діяльність уряду з метою забезпечення їм доступу до інформації про діяльність органів влади, забезпечення гласності, відкритості та прозорості вищезазначених органів». Рішення таких слухань вважаються рекомендаціями.

ДОДАТОК 15.2. Список законодавчих актів з охорони навколишнього середовища

Додаток «Г»
(довідковий) ДБН А.2.2-1:2021

Закони та кодекси України, міжнародні конвенції та угоди, ратифіковані Україною, щодо охорони навколишнього середовища

Закони України:

«Про охорону навколишнього природного середовища» від 25.06.1991;
«Про охорону атмосферного повітря» від 16.10.1992;
«Про охорону земель» від 19.06.2003;
«Про природно-заповідний фонд України» від 16.06.1992;
«Про екологічну мережу України» від 19.04.2018;
«Про Червону книгу України» від 07.02.2003;
«Про рослинний світ» від 09.04.1999;
«Про тваринний світ» від 13.12.2001;
«Про регулювання містобудівної діяльності» від 17.02.2011;
«Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» від 24.02.1994;
«Про оцінку впливу на довкілля» від 23.05.2017;
«Про стратегічну екологічну оцінку» від 20.03.2018;
«Про захист рослин» від 14.10.1998;
«Про зону надзвичайної екологічної ситуації» від 13.07.2000;
«Про Загальнодержавну програму формування національної екологічної мережі України на 2000-2015 роки» від 21.09.2000;
«Про Основні засади (стратегію) державної екологічної політики України на період до 2030 року» від 28.02.2019;
«Про Перелік документів дозвільного характеру у сфері господарської діяльності» від 19.05.2011;

Кодекси України:

Господарський кодекс України від 16.01.2003;
Земельний кодекс України від 25.10.2001;
Водний кодекс України від 06.06.1995;
Кодекс України про надра від 27.07.1994;
Лісовий кодекс України від 21.01.1994;

Міжнародні конвенції та угоди:

Конвенція Організації Об'єднаних Націй про боротьбу з опустелюванням у тих країнах, що потерпають від серйозної посухи та/або опустелювання, особливо в Африці від 04.07.2002;
Конвенція про охорону дикої флори та фауни і природних середовищ існування в Європі (Берн, 19.09.1979 р.) від 29.10.1996;
Конвенція про охорону біологічного різноманіття від 1992 р. від 29.11.1994;
Конвенція про водно-болотні угіддя, що мають міжнародне значення, головним чином як середовища існування водоплавних птахів (Рамсар, 02.02.1971) від 29.10.1996;
Конвенція про охорону та використання транскордонних водотоків та міжнародних озер (Хельсинки, 17.03.1992 р.) від 01.07.1999;
Рамкова конвенція Організації Об'єднаних Націй про зміну клімату (Міжнародний документ від 09.05.1992р.) від 29.10.1996;
Картахенський протокол про біобезпеку до Конвенції про біологічне різноманіття (Міжнародний документ від 29.01.2000) від 12.09.2002;

Конвенція про захист Чорного моря від забруднення від 04.02.1994;
Рамкова конвенція про охорону та сталий розвиток Карпат від 12.10.2017;
Європейська ландшафтна конвенція від 07.09.2005 р. № 994_154

СОЦІАЛЬНЕ СЕРЕДОВИЩЕ

Закони та кодекси України:

«Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992;
«Про місцеве самоврядування в Україні» від 21.05.1997;
«Про громадські об'єднання» від 22.03.2012;
«Про підприємництво» від 07.02.1991;
«Про звернення громадян» від 02.10.1996;
«Про інформацію» від 02.10.1992;
«Про державну таємницю» від 21.01.1994;
Цивільний кодекс України від 16.01.2003;

Міжнародні конвенції та угоди:

Конвенція про доступ до інформації, участь громадськості в процесі прийняття рішень та доступ до правосуддя з питань, що стосуються довкілля (Орхуська конвенція) (Міжнародний документ від 25.06.1998) від 06.07.1999;

ТЕХНОГЕННЕ СЕРЕДОВИЩЕ

Закони та кодекси України:

«Про основи містобудування» від 16.11.1992;
«Про землеустрій» від 22.05.2003;
«Про використання земель оборони» від 27.11.2003;
«Про меліорацію земель» від 14.01.2000;
«Про пестициди і агрохімікати» від 02.03.1995;
«Про відходи» від 05.03.1998;
«Про металобрухт» від 05.05.1999;
«Про об'єкти підвищеної небезпеки» від 18.01.2001;
Кодекс цивільного захисту України від 02.10.2012;
«Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності» від 05.04. 2007;
«Про використання ядерної енергії та радіаційну безпеку» від 08.02.1995;
«Про поводження з радіоактивними відходами» від 30.06.1995;
«Про Загальнодержавну програму поводження з токсичними відходами» від 14.09.2000;
«Про вилучення з обігу, переробку, утилізацію, знищення або подальше використання неякісної та небезпечної продукції» від 14.01.2000;
«Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо відходів» від 07.03.2002;

Міжнародні конвенції та угоди:

Конвенція про заборону розробки, виробництва, накопичення, застосування хімічної зброї та про її знищення (Міжнародний документ від 13.01.1993) від 16.10.1998;
Угода про співробітництво в галузі вивчення, розвідки і використання мінерально-сировинних ресурсів (Міжнародний документ від 27.03.1997); від 16.01.1998;
Конвенція про оцінку впливу на навколишнє середовище у транскордонному контексті (Міжнародний документ від 25.02.1991) від 19.03.1999;
Конвенція про ядерну безпеку (Міжнародний документ від 17.06.1994) від 17.12.1997;
Об'єднана конвенція про безпеку поводження з відпрацьованим паливом та про безпеку поводження з радіоактивними відходами (Міжнародний документ від 05.09.1997) від 20.04.2000.

ДОДАТОК 15.3. Перелік видів діяльності та об'єктів, що становлять підвищену екологічну небезпеку (витяг)

ЗАТВЕРДЖЕНО
постановою Кабінету Міністрів України
від 28 серпня 2013 р. № 808

ПЕРЕЛІК
видів діяльності та об'єктів, що становлять підвищену екологічну небезпеку

1. У сфері теплової енергетики:
 - теплові електростанції (ТЕС, ТЕЦ);
 - устаткування для виробництва електроенергії, пари і гарячої води тепловою потужністю 200 кВт і більше з використанням органічного палива.
-
-
24. Виробництво у сфері легкої промисловості, що передбачає фарбування та оброблення хімічними засобами.
25. Виробництво технічного вуглецю та електрографіту.
26. Радіотехнічні об'єкти (радіопередавальні, радіотелевізійні, радіолокаційні станції, цифрові радіорелейні станції, базові станції систем стільникового зв'язку).
27. Електричні лінії (повітряні, кабельні) та підстанції напругою 330 кВт і більше.
28. Установки для поверхневого оброблення металів, деревини, полімерних матеріалів з використанням органічних розчинників, зокрема для оздоблення, друку, покривання, знежирення, гідроізолювання, калібрування, фарбування, очищення або насичення.
29. Вирубка дерево-чагарникової рослинності (за винятком вирубки, пов'язаної з веденням лісового господарства) на території площею більше 0,12 гектара.
30. Нове будівництво об'єктів, господарська діяльність (за винятком лісгосподарської) в охоронних зонах територій та об'єктів природно-заповідного фонду, на територіях, прилеглих до водоохоронних зон, бережних захисних смуг водних об'єктів, зон санітарної охорони.
31. Генетично-інженерна діяльність, введення в обіг генетично модифікованих організмів та продукції, виробленої з їх використанням (у відкритій та закритій системах).
32. Інтродукція чужорідних видів фауни та флори.
33. Виробництво мікробіологічної продукції.

ДОДАТОК 15.4. План екологічного менеджменту у вигляді перевірного списку (ПЕМ-ПС) для невеликих будівельних робіт. Частина 1, опис діяльності

ЧАСТИНА 1. ОПИС ДІЯЛЬНОСТІ		
ІНСТИТУЦІЙНІ ДАНІ		
Назва субпроекту		
Об'єкт і зміст робіт за субпроектом		
Інституції, які приймають участь (імена і контакти)	МБРР	
	ГКПП	
	Виконавець проекту на рівні області	
Впроваджуючі організації (імена і контакти)	Загальний нагляд, екобезпека і інше	
	Нагляд за безпекою на місцевому рівні	
	Підрядна організація	
ОПИС МІСЦЯ РОБІТ		
Назва (місто, населений пункт, адреса)		
Опис місця розташування, оточуючих будівель, мікрорайону і т.д.		
Хто є власником земельної ділянки?		
Хто є власником будівлі/будівель?		
Опишіть об'єкт		

Опишіть географічний, фізичний, біологічний, геологічний, гідрографічний та соціо-економічний контекст	
ЗАКОНОДАВСТВО	
Опишіть регуляторні акти, рішення і дозволи, які необхідні для роботи на даному об'єкті	
КОНСУЛЬТАЦІЇ З ГРОМАДСЬКІСТЮ	
Вкажіть, коли і де відбувалися консультації з громадськістю, як вони були підготовлені та де можна ознайомитися з протоколом	
ЗАХОДИ ПО ПІДВИЩЕННЮ КВАЛІФІКАЦІЇ ПРАЦІВНИКІВ ЗАЛУЧЕНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ	
Чи плануються такі заходи? Якщо так, то де і коли?	

ДОДАТОК 15.5. План екологічного менеджменту у вигляді перевірного списку (ПЕМ-ПС) для невеликих будівельних робіт. Частина 2, можливі впливи

ЧАСТИНА 2. ВИДИ ДІЯЛЬНОСТІ І ПРИКЛАДИ МОЖЛИВИХ НЕГАТИВНИХ ВПЛИВІВ	Так/Ні
А. Реконструкція/ремонт Пил і шум під час робіт Будівельні відходи	
В. Нове будівництво Вирубка дерев і кущів Впливи від виїмки ґрунту, забруднення ґрунту та ерозія Рух транспортних засобів на/навколо об'єкту Підвищення рівнів пилу і шуму під час виконання будівельних робіт Будівельні відходи Забруднення ґрунтових та поверхневих вод стоками	1.1.4.
С. Каналізація Індивідуальна система очищення стічних вод	
Д. Вплив на природні екосистеми і важливі місця проживання живих істот	1.1.5.
Ф. Рух транспорту та безпека пішоходів Рух транспортних засобів на/навколо об'єкту Рух пішоходів	
Г. Поводження з побутовими відходами та медичними відходами (на стадії експлуатації) Побутові відходи Медичні відходи Шприци Видалення медичних відходів	

ДОДАТОК 15.6. План екологічного менеджменту у вигляді перевірного списку (ПЕМ-ПС) для невеликих будівельних робіт.
Частина 3, заходи по зменшенню впливів

ЧАСТИНА 3. ПЛАН ЗМЕНШЕННЯ ВПЛИВІВ		
ДІЯЛЬНІСТЬ	ПАРАМЕТР	ПЕРЕВІРОЧНИЙ СПИСОК ПОПЕРЕДЖУВАЛЬНИХ ЗАХОДІВ
А. Загальні умови роботи	Інформування, інструктаж і безпека праці	1. Місцеві органи будівельного нагляду та місцеві органи влади проінформовані про початок робіт 2. Населення поінформоване через ЗМІ та/або шляхом розміщення оголошень в громадських місцях (включаючи місце проведення робіт) 3. Для робіт по реконструкції/ремонту одержані всі необхідні дозволи 4. Всі роботи виконуватимуться дисципліновано, з необхідними заходами безпеки спрямованими на те, щоб мінімізувати впливи на сусіднє населення та навколишнє середовище 5. Засоби особистої безпеки робітників відповідають міжнародним правилам хорошої роботи (завжди каска, при потребі маски і захисні окуляри, страховочні ланцюги і захисне взуття) 6. На місцях проведення робіт розміщена інформація щодо основних правил поведінки і виконання робіт
	Якість повітря	1. При скиданні відходів зруйнованих конструкцій з поверхів вище першого використовуйте спеціальні жолоби 2. Тримайте відходи зруйнованих конструкцій в на огороженій території і збризкуйте для зменшення пилоутворення 3. Під час руйнування конструкцій відбійними молотками або перфораторами збризкуйте місце роботи та/або встановіть захисні екрани проти пилу 4. Тримайте територію (тротуари, дороги) чистими від будівельних відходів для зменшення пилоутворення 5. Не допускається спалювання відходів на місці проведення робіт 6. На об'єкті не допускається зайва робота обладнання на холостих оборотах
В. Загальні роботи по реконструкції/будівництву	Шум	1. Шум на будівництві буде дозволений лише протягом обумовленого в дозволі часу

	2. Під час роботи кришки двигунів, генераторів, компресорів і іншого обладнання будуть закриті, а саме обладнання буде розміщене якнайдалі від місць проживання людей
Якість вод	1. На об'єкті будуть впроваджено захист від ерозії та змиву ґрунту
Поводження з відходами	1. Місця для складування і вивезення кожного типу відходів будуть визначені заздалегідь 2. Будівельні відходи будуть відділені від сміття, органічних, хімічних і інших відходів шляхом сортування на місці і окремого розміщення у відповідних контейнерах 3. Вивезення будівельних відходів буде здійснюватися ліцензованою компанією 4. Записи щодо вивезення сміття будуть завжди наявними для перевірки
Поводження з азбестом	1. Перед тим, як азбестові конструкції будуть розбиратися, їх будуть змочувати для зменшення азбестового пилу 2. Роботи з азбестом буде виконувати досвідчений персонал 3. Якщо треба буде тимчасово зберігати азбестові матеріали, вони будуть розміщені в контейнерах з відповідним маркуванням і заходами проти несанкціонованого вивезення з об'єкта 4. Азбестовмісткі матеріали не будуть використовуватися повторно
Прямі чи непрямі загрози від будівельних робіт для руху транспорту і пішоходів	Відповідно до вимог національних правил, Підрядник забезпечить належне огороження майданчика, а рух будівельного транспорту буде регулюватися. Ці заходи повинні включати щонайменше: ▪ Розміщення попереджувальних знаків, бар'єрів і позначених об'їздів для транспорту: будівельний майданчик повинен бути добре видимим, а громадяни попередженими щодо можливих небезпек. ▪ Розробка схеми руху транспорту і інструктаж персоналу. Забезпечення безпечних проходів і переходів там, де шляхи будівельного транспорту і пішоходів перетинаються. ▪ Забезпечення безпечного і безперервного доступу до всіх прилеглих офісів, магазинів і житлових приміщень протягом будівельних робіт.
Культурна спадщина	Якщо будівельні роботи ведуться поблизу історичних пам'яток, або відбуваються на території, яка віднесена до історичних пам'яток, необхідно повідомити про плановані роботи відповідний орган нагляду і одержати дозволи на проведення робіт згідно з законом і місцевими, і національними нормативними актами.

ДОДАТОК 15.7. План екологічного менеджменту у вигляді перевірного списку (ПЕМ-ПС) для невеликих будівельних робіт.
Частина 4, моніторинг

Перевірочний список для невеликих будівельних робіт. Частина 4, моніторинг (клітинки заповнені для прикладу)

ЧАСТИНА 4. ПЛАН МОНІТОРИНГУ							
Стадія	Що (параметр, який підлягає моніторингу)	Де (треба проводити моніторинг параметру)	Як (треба проводити моніторинг параметру)	Коли (Вкажіть частоту моніторингу)	Затрати (якщо вони не включені в бюджет проекту)	Чому (треба перевіряти параметр)	Хто (відповідальний за моніторинг)
Під час підготовки робіт	Отримання всіх необхідних дозволів	До початку робіт	Перевірити документацію	Один раз, на початку проекту		Забезпечити виконання вимог національного законодавства і політики WB OP 4.01	ГУС Інженер нагляду
Під час виконання робіт	Початок/закінче ння роботи Правильне видалення азбесту	На об'єкті На об'єкті	Візуально Візуально, документи ліцензованого полігону	Час від часу Щотижня, протягом фази "розборки" існуючих конструкцій			ГУС Інженер нагляду

ДОДАТОК 15.8. План екологічного менеджменту (ПЕМ)

1 Підстави для виконання ОВНС/екологічної оцінки

Мета і завдання оцінки екологічних і соціальних впливів та підготовки Плану екологічного менеджменту (ПЕМ)
Методологія оцінки

2 Екологічне законодавство та політики

3 Опис проекту

Місцезнаходження
Існуюче землекористування на території та поблизу виконання проектних робіт, а також існуючі плани щодо майбутнього землекористування
Опис пропонованого проекту (основні елементи, процеси, альтернативи)
Інфраструктура, споруди, інші характеристики (існуючі і нові)
Опис стадії будівництва
Ресурси, які будуть використовуватися під час будівництва і експлуатації (матеріали, енергія, трудові і т.д.)

4 Характеристики навколишнього середовища в зоні пропонованого проекту

Клімат
Топографія
Поверхневі води (водні об'єкти, дренажні системи, якість води і т.п.)
Геологічні характеристики (геологія, зсуви, сейсміка)
Грунтові води (гідрогеологія)
Якість повітря
Шум
Ландшафт
Культурна спадщина, громадські об'єкти (будівлі, місця)
Екосистеми, природоохоронні території, види
Території підвищеної вразливості

5 Оцінка потенційних впливів

Якість вод, ґрунтові води
Ґрунт
Землекористування
Якість повітря
Шум
Відходи, забруднення землі
Ландшафт
Екосистеми, природоохоронні території, види
Території підвищеної вразливості
Надзвичайні ситуації
Вплив на людей, на здоров'я
Вплив на соціоекономічний розвиток
Культурна спадщина, громадські об'єкти (будівлі, місця)
Кумулятивні впливи
Оцінка важливості, ступеню та природи впливу (тобто прямий, непрямий, вторинний, кумулятивний, короткотривалий, середньої тривалості, довготривалий, залишковий, постійний, тимчасовий, позитивний, негативний і т.д.)

6 Попереджувальні заходи*

7 Моніторинг*

8 Порівняльна оцінка альтернатив

9 Результати громадських консультацій

Нетехнічний підсумок для широкої громадськості

* Використовуйте таблиці " План заходів по зменшенню впливів " і "План моніторингу"

ДОДАТОК 15.9. План заходів по зменшенню впливів

План заходів по зменшенню впливів (невід'ємна частина ПЕМ)

Стадія	Вплив	Захід по зменшенню	Інституційна відповідальність	Коментарі (напр., природа впливу і т.п.)
До початку будівельних робіт	•			
Будівництво	•			
Експлуатація	•			

ДОДАТОК 15.10. План моніторингу

План моніторингу (невід'ємна частина ПЕМ)

Стадія	Що (параметр, який підлягає моніторингу)	Де (треба проводити моніторинг параметру)	Як (треба проводити моніторинг параметру)	Коли (Вкажіть частоту моніторингу)	Затрати (якщо вони не включені в бюджет проекту)	Хто (відповідальни й за моніторинг)
До початку будівельних робіт						
Будівництво						
Експлуатація						

ДОДАТОК 15.12. Алгоритм фіксування та узгодження додаткових робіт із МБРР та/чи відповідальним органом (Замовником) під час виконання ремонтно-будівельних робіт та при підписаному договорі із підрядником

Алгоритм фіксування та узгодження додаткових робіт із Світовим Банком та/чи відповідальним органом (Замовником) під час виконання ремонтно-будівельних робіт та при підписаному договорі із підрядником (договір з попереднім (prior review) розглядом Банком)

Алгоритм фіксації додаткових робіт (ініційованих підрядником)

Процес узгодження додаткових робіт складається з двох етапів (1) етапу: Погодження технічного рішення та (2) етапу: Погодження цін.

1. У разі виникнення додаткових робіт підрядник невідкладно (не пізніше 2 робочих днів після виявлення) інформує листом відповідальний орган (Замовника – департамент капітального будівництва, тощо) про факт виявлення таких робіт.

У даному листі:

1.1. Підрядник повинен підтвердити, що вказані у листі додаткові роботи відсутні у контракті.

1.2. Підрядник повинен надати достатні аргументи щодо необхідності виконання додаткових робіт. Необхідно вказати причину виникнення додаткових робіт.

Приклад аргументації:

*При заміні підлоги на об'єкті у приміщенні площею у 120м.кв. було з'ясовано, що труби тепло- та водопостачання мають значний знос (корозія, протікання) та потребують заміни. Загальна необхідна довжина труб, що потребують заміни - 65м.п. Матеріал – сталь. Діаметр – 100мм.
Додаткові роботи включатимуть: демонтаж старих труб та встановлення нових труб ПВХ з витратами та на матеріали, роботи та супутні витрати. Специфікація та витрати матеріалів надано окремо у відомості об'ємів.*

Етап: Погодження технічного рішення

2. При прийнятті рішення щодо можливості виконання додаткових робіт Групою впровадження проекту та/або відповідальним органом:

2.1. Група впровадження проекту та/або відповідальний орган (Замовник) направляє на об'єкт, на якому проводяться ремонтно-будівельні роботи, інженера з технічного нагляду, представника проектної організації, що здійснює авторський нагляд, для комісійного підтвердження цих робіт.

2.2. Після підтвердження виникнення додаткових робіт відповідальний орган (Замовник) для оцінки доцільності виконання додаткових робіт протягом 3-х робочих днів після такого

підтвердження ініціює комісійне (представник проектної організації, представник підрядника, інженер з технічного нагляду) складання дефектного акту (акту на додаткові роботи) з фіксацією в ньому об'ємів цих робіт та підпис його Комісією.

2.3 Відповідальний орган (Замовник) направляє на розгляд та погодження до Світового банку листа з обґрунтуванням доцільності виконання додаткових робіт. До листа додається скан-копія належним чином оформленого дефектного акту (акту на додаткові роботи).

Крім того, (у разі необхідності), додаються креслення чи схема на якій будуть відображені дані додаткові роботи.

2.4. Світовий Банк розглядає обсяги додаткових робіт (та креслення у разі необхідності) протягом 7 робочих днів та надає висновки щодо їх погодження. У разі необхідності, термін розгляду може бути довшим.

2.5. Після погодження технічних рішень Підрядник на свій ризик може приступити до виконання додаткових робіт до погодження цін.

Етап: Погодження цін

3. Після отримання погодження Світового Банку Підрядник у тижневий термін готує та надає на погодження до відповідального органу (Замовника) кошторис на додаткові роботи. Якщо у якості додаткових робіт виступають роботи та матеріали, що були зафіксовані у договорі, підрядник повинен забезпечити їх виконання по договірним розцінкам, а також вказати шифри таких робіт. Якщо роботи чи матеріали раніше не були зафіксовані у договорі, підрядник повинен забезпечити їх виконання по ринковим розцінкам для даного регіону.

3.1 Відповідальний орган (Замовник) та консультант з інженерних робіт перевіряє правильність ціноутворення цих робіт та відповідність ринковим цінам. Бажано докласти розрахунки або інформацію щодо перевірки цін на нові роботи і матеріали.

3.2 У разі погодження відповідальним органом (Замовником) кошторису витрат на додаткові роботи, відповідальний орган (Замовник) направляє на розгляд та погодження до Світового банку листа з кошторисом на додаткові роботи.

3.3 Світовий Банк протягом 7 робочих днів розглядає кошторис на додаткові роботи та надає висновок щодо його погодження / не погодження. У разі необхідності, термін розгляду може бути довшим.

3.4 Після отримання листа-погодження від Світового Банку відповідальний орган (Замовник) разом з Підрядником протягом двох робочих днів формує проект додаткової угоди з Підрядником на виконання цих робіт, який надає на погодження до Світового банку та ГУС. Додаткова угода може включати сукупність попередньо погоджених робіт.

** в контракті із Підрядником необхідно зазначити що усі додаткові роботи, що були виконані, але не були оформлені та зафіксовані належним чином, Підрядник виконує за власний рахунок, власними силами та матеріалами.*

Алгоритм фіксації додаткових робіт (ініційованих Замовником)

Процес узгодження додаткових робіт складається з двох етапів: (1) етапу: Погодження технічного рішення та (2) етапу: Погодження цін.

Етап: Погодження технічного рішення

1. У разі виникнення додаткових робіт (зміна нормативно-правових вимог до ремонтно-будівельних робіт, внесення змін до ПКД, ініційованих авторським наглядом та інше) Відповідальний орган (Замовник) інформує підрядника та готує листа до Світового банку з обґрунтуванням необхідності здійснення додаткових робіт.

У даному листі:

1.1. Відповідальний орган (Замовник) повинен підтвердити, що дані роботи відсутні у контракті.

1.2. Відповідальний орган (Замовник) повинен надати достатні аргументи щодо необхідності виконання даних робіт. Необхідно вказати причину виникнення додаткових робіт.

1.3. До листа Відповідальний орган (Замовник) повинен додати відомість об'ємів робіт із вказанням необхідних додаткових робіт (чи коригуванням існуючих робіт).

Крім того (у разі необхідності), додаються креслення чи схема на якій будуть відображені дані додаткові роботи.

2. Світовий Банк розглядає обсяги додаткових робіт (та креслення у разі необхідності) та протягом 7 робочих днів надає висновки щодо їх погодження. У разі необхідності, термін розгляду може бути довшим.

3. Після погодження технічних рішень Підрядник на свій ризик може приступити до виконання додаткових робіт до погодження цін.

Етап: Погодження цін

1. Після отримання погодження Світового Банку, Відповідальний орган (Замовник) ініціює складання кошторису на додаткові роботи, який готується Підрядником. Якщо у якості додаткових робіт виступають роботи та матеріали, що були зафіксовані у договорі, підрядник повинен забезпечити їх виконання по договірним розцінкам, а також вказати

шифри таких робіт. Якщо роботи чи матеріали раніше не були зафіксовані у договорі, підрядник повинен забезпечити їх виконання по ринковим розцінкам для даного регіону.

2. Відповідальний орган (Замовник) виносить на розгляд та погодження до ГУС додаткові роботи та кошторис їх виконання, з обґрунтуванням доцільності їх виконання.

3. У разі погодження додаткових робіт та їх кошторису Групою управління субпроектом відповідальний орган (Замовник) направляє на розгляд та погодження до Світового банку листа з обґрунтуванням доцільності виконання додаткових робіт.

4. Світовий Банк розглядає обсяги додаткових робіт та кошторис їх виконання та протягом 7 робочих днів надає висновки щодо їх погодження.

5. Після отримання листа-погодження від Світового Банку відповідальний орган (Замовник) разом з Підрядником протягом двох робочих днів формує проект додаткової угоди з Підрядником на виконання цих робіт, який надає на погодження до Світового банку та ГУС. Додаткова угода може включати сукупність попередньо погоджених робіт.

** в контракті із Підрядником необхідно зазначити що усі додаткові роботи, що були виконані, але не були оформлені та зафіксовані належним чином, Підрядник виконує за власний рахунок, власними силами та матеріалами.*

Алгоритм фіксування та узгодження додаткових робіт із Світовим Банком та/чи відповідальним органом (Замовником) під час виконання ремонтно-будівельних робіт та при підписаному договорі із підрядником (договір з подальшим (post review) розглядом Банком)

Алгоритм фіксації додаткових робіт (ініційованих підрядником)

Процес узгодження додаткових робіт складається з двох етапів (1) етапу: Погодження технічного рішення та (2) етапу: Погодження цін.

1. У разі виникнення додаткових робіт підрядник невідкладно (не пізніше 2 робочих днів після виявлення) інформує листом відповідальний орган (Замовника – департамент капітального будівництва, тощо) про факт виявлення таких робіт.

У даному листі:

1.1. Підрядник повинен підтвердити, що вказані у листі додаткові роботи відсутні у контракті.

1.2. Підрядник повинен надати достатні аргументи щодо необхідності виконання додаткових робіт. Необхідно вказати причину виникнення додаткових робіт.

Приклад аргументації:

При заміні підлоги на об'єкті у приміщенні площею у 120 м.кв. було з'ясовано, що труби тепло- та водопостачання мають значний знос (корозія, протікання) та потребують заміни. Загальна необхідна довжина труб, що потребують заміни - 65 м.п. Матеріал – сталь. Діаметр – 100мм.

Додаткові роботи включатимуть: демонтаж старих труб та встановлення нових труб ПВХ з витратами та на матеріали, роботи та супутні витрати. Специфікація та витрати матеріалів надано окремо у відомості об'ємів.

Етап: Погодження технічного рішення

2. При прийнятті рішення щодо можливості виконання додаткових робіт Групою впровадження проекту та/або відповідальним органом:

2.1. Група впровадження проекту та/або відповідальний орган (Замовник) направляє на об'єкт, на якому проводяться ремонтно-будівельні роботи, інженера з технічного нагляду, представника проектної організації, що здійснює авторський нагляд, для підтвердження цих робіт.

2.2. Після підтвердження виникнення додаткових робіт відповідальний орган (Замовник) для оцінки доцільності виконання додаткових робіт протягом 3-х робочих днів після такого підтвердження ініціює комісійне (представник проектної організації, представник

підрядника, інженер з технічного нагляду) складання дефектного акту (акту на додаткові роботи) з фіксацією в ньому об'ємів цих робіт та підпис його Комісією

2.2.1. Відповідальний орган (Замовник) повідомляє Світовий банк про додаткові роботи листом з відповідними обґрунтуваннями. Світовий банк може надати свої коментарі та зауваження.

2.3. Замовник погоджує технічні рішення, після чого Підрядник може приступити до виконання додаткових робіт. Всі додаткові роботи мають бути належним чином обґрунтовані та задокументовані для їх подальшого розгляду спеціалістами Світового банку або іншими уповноваженими Банком представниками.

Етап: Погодження цін

3.1. Підрядник (за погодженням із Замовником технічного рішення), у тижневий термін готує та надає на погодження до відповідального органу (Замовника) кошторис на додаткові роботи. Якщо у якості додаткових робіт виступають роботи та матеріали, що були зафіксовані у договорі, підрядник повинен забезпечити їх виконання по договірним розцінкам, а також вказати шифри таких робіт. Якщо роботи чи матеріали раніше не були зафіксовані у договорі, підрядник повинен забезпечити їх виконання по ринковим розцінкам для даного регіону.

3.2. Відповідальний орган (Замовник) та консультант з інженерних робіт перевіряє правильність ціноутворення цих робіт та відповідність ринковим цінам. Бажано докладати розрахунки або інформацію щодо перевірки цін на нові роботи і матеріали.

3.3. Відповідальний орган (Замовник) погоджує цінову пропозицію та разом з Підрядником протягом двох робочих днів формує проект додаткової угоди з Підрядником на виконання цих робіт, який надає на погодження до Групи управління субпроектом. Додаткова угода може включати сукупність попередньо погоджених робіт.

3.3.1. Відповідальний орган (Замовник) повідомляє Світовий банк про цінову пропозицію додаткових робіт листом з відповідними обґрунтуваннями. Світовий банк може надати свої коментарі та зауваження.

3.4. Після підписання додаткової угоди відповідальний орган (Замовник) зберігає додаткову угоду для архіву та подальшого розгляду Світового банку.

** в контракті із Підрядником необхідно зазначити що усі додаткові роботи, що були виконані, але не були оформлені та зафіксовані належним чином, Підрядник виконує за власний рахунок, власними силами та матеріалами.*

*** у разі перевищення попередньої ціни договору в сукупності більше ніж на 15 відсотків, застосовуються положення (с) п. 3 Додатку 1 «Керівництва із закупівлі позичальниками*

Світового банку товарів, робіт і неконсультаційних послуг за позиками МБРР й кредитами та грантами МАР», датованого січнем 2011 року, (переглянуте у липні 2014 р.)

Алгоритм фіксації додаткових робіт (ініційованих Замовником)

Процес узгодження додаткових робіт складається з двох етапів (1) етапу: Погодження технічного рішення та (2) етапу: Погодження цін.

Етап: Погодження технічного рішення

1. У разі виникнення додаткових робіт (зміна нормативно-правових вимог до ремонтно-будівельних робіт, внесення змін до ПКД, ініційованих авторським наглядом та інше) Відповідальний орган (Замовник) інформує підрядника та готує обґрунтуванням необхідності здійснення додаткових робіт.

У даному листі:

1.1. Відповідальний орган (Замовник) повинен підтвердити, що дані роботи відсутні у контракті.

1.2. Відповідальний орган (Замовник) повинен надати достатні аргументи щодо необхідності виконання даних робіт. Необхідно вказати причину виникнення додаткових робіт.

1.3. До листа Відповідальний орган (Замовник) повинен додати відомість об'ємів робіт із вказанням необхідних додаткових робіт (чи коригуванням існуючих робіт).

Крім того (у разі необхідності), додаються креслення чи виконавча схема на якій будуть відображені дані додаткові роботи.

2. Замовник погоджує технічні рішення, після чого Підрядник може приступити до виконання додаткових робіт.

2.2.1. Відповідальний орган (Замовник) повідомляє Світовий банк про додаткові роботи листом з відповідними обґрунтуваннями. Світовий банк може надати свої коментарі та зауваження.

Етап: Погодження цін

3. Підрядник (за погодженням із Замовником технічного рішення), у тижневий термін готує та надає на погодження до відповідального органу (Замовника) кошторис на додаткові роботи. Якщо у якості додаткових робіт виступають роботи та матеріали, що були зафіксовані у договорі, підрядник повинен забезпечити їх виконання по договірним розцінкам, а також вказати шифри таких робіт. Якщо роботи чи матеріали раніше не були

зафіксовані у договорі, підрядник повинен забезпечити їх виконання по ринковим розцінкам для даного регіону.

3.1 Відповідальний орган (Замовник) та консультант з інженерних робіт перевіряє правильність ціноутворення цих робіт та відповідність ринковим цінам. Бажано докладати розрахунки або інформацію щодо перевірки цін на нові роботи і матеріали.

3.2. Відповідальний орган (Замовник) погоджує цінову пропозицію та разом з Підрядником протягом двох робочих днів формує проект додаткової угоди з Підрядником на виконання цих робіт, який надає на погодження до Групи управління субпроектом. Додаткова угода може включати сукупність попередньо погоджених робіт.

3.3. Після підписання додаткової угоди відповідальний орган (Замовник) зберігає додаткову угоду для архіву та подальшого розгляду Світового банку.

3.3.1. Відповідальний орган (Замовник) повідомляє Світовий банк про цінову пропозицію додаткових робіт листом з відповідними обґрунтуваннями. Світовий банк може надати свої коментарі та зауваження.

** в контракті із Підрядником необхідно зазначити що усі додаткові роботи, що були виконані, але не були оформлені та зафіксовані належним чином, Підрядник виконує за власний рахунок, власними силами та матеріалами.*

*** у разі перевищення попередньої ціни договору в сукупності більше ніж на 15 відсотків, застосовуються положення (с) п. 3 Додатку 1 «Керівництва із закупівлі позичальниками Світового банку товарів, робіт і неконсультаційних послуг за позиками МБРР й кредитами та грантами МАР», датованого січнем 2011 року, (переглянуте у липні 2014 р.)*

- **Додаток 15.3. Рамковий план з підготовки на випадок надзвичайних ситуацій.**

Контекст

З 24 лютого 2022 року Росія розпочала повномасштабне військове вторгнення в Україну. Численні атаки Росії завдали значної і часто непоправної шкоди об'єктам критичної інфраструктури України, які мають важливе значення для українського суспільства та функціонування української економіки. Пошкоджень зазнали також ряд закладів охорони здоров'я.

Міністерство охорони здоров'я України спільно зі Світовим банком реалізує проекти, спрямовані на поліпшення охорони здоров'я: «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей», «Додаткове фінансування проекту «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей».

В межах проектної діяльності здійснювалися капітальні ремонти або будівництво нових амбулаторій загальної практики сімейної медицини, а також лікарень у Волинській, Рівненській,

Дніпропетровській областях та у місті Вінниці. Крім того, заклади охорони здоров'я забезпечуються медичним обладнанням.

З усіх закладів, які будувалися, або в яких здійснювалась реконструкція в межах проєкту, до 24 лютого 2022 року продовжувалося будівництво лише Вінницького регіонального клінічного лікувально-діагностичного центру серцево-судинної патології. З 24 лютого 2022 року будівництво було тимчасово призупинено та відновилося у червні 2022 року.

Поточний стан

Станом на 01 жовтня 2022 року заклади охорони здоров'я, які були задіяні в проєктах, а також обладнання у них, не пошкоджені та не втрачені.

Ідентифікація та оцінка ризиків.

Ідентифікація ризиків допомагає своєчасно виявляти вразливості через їх кореляцію з подальшим кращим реагуванням, особливо в надзвичайних ситуаціях, шляхом розумного розподілу ресурсів ключових учасників на пріоритетні сфери та своєчасної розробки заходів щодо пом'якшення наслідків, які раніше не були передбачені.

Ці Рамкові вимоги пов'язані з визначенням можливих наслідків, пов'язаних з війною, спричиненими військовим вторгненням Росії на територію України, та розробкою відповідних заходів щодо пом'якшення наслідків та безпеки. У процесі аналізу ситуації, спричиненої військовим вторгненням Росії, станом на 01 жовтня 2022 року виявлені такі основні ризики:

а) ризик ракетних ударів різної інтенсивності. Ракетні удари можуть спричинити:

- травмування працівників, персоналу, відвідувачів;
- пошкодження об'єктів, активів чи обладнання;
- переривання водопостачання/енергопостачання до закладів охорони здоров'я;
- епідеміологічний наслідки через низьку якість очищення води або неконтрольовані скиди внаслідок аварій, спричинених ракетними ударами;
- екологічні наслідки (забруднення поверхневих, підземних вод, земельних ресурсів), пов'язані з порушенням правильної роботи реконструйованих об'єктів або обладнання.

б) ризик випадкового знаходження боєприпасів/ракет, що не вибухнули.

Оцінка ризиків передбачає попередню класифікацію ідентифікованих ризиків залежно від обраних параметрів.

- масштаб впливу: локальний або широко поширений всередині країни;
- здатність передбачати ризик: передбачуваний або непередбачуваний; яких можна уникнути або уникнути;
- тяжкість фізичних ушкоджень: варіюються від незначних до великих;

Ризик ракетних ударів різної інтенсивності

- масштаби впливу: широко поширені (в межах країни);
- здатність передбачати ризик: непередбачуваний; неминучі;
- тяжкість фізичного ушкодження: велике;

Ризик випадкового знаходження боєприпасів/ракет, що не вибухнули

- масштаби впливу: широко поширені (в межах країни);
- здатність передбачати ризик: непередбачуваний; неминучі;
- тяжкість фізичного ушкодження: велике;

Рамковий план дій з підготовки до надзвичайних ситуацій.

1. Рамковий план дій на випадок загрози ракетного обстрілу.

- Керівники закладів охорони здоров'я повинні забезпечити підтримання функціональної підсистеми медичного захисту у готовності до виконання завдань за призначенням в особливий період відповідно до вимог законодавства України, в тому числі наказів Міністерства охорони здоров'я України;
- Необхідно розробити плани дій, в тому числі плани евакуації для працівників та відвідувачів до бомбосховищ у разі оголошення повітряної тривоги, артилерійських обстрілів і бомбардування, а також дії персоналу перед початком та під час проведення бойових дій з мінімальним рівнем загрози життю та здоров'ю працюючих та відвідувачів;
- Медичний персонал та інший персонал закладів охорони здоров'я, а також усі працівники, яких заплановано допускати до роботи на будівництві повинні пройти інструктаж щодо плану дій на випадок оголошення повітряної тривоги;
- В закладах охорони здоров'я або на будівельних майданчиках у видимих місцях повинні міститися таблички, які вказують шлях до бомбосховища;
- В закладах охорони здоров'я або на будівельних майданчиках у видимих місцях повинні міститися зрозумілі короткі інструкції про способи реагування у разі загрози ракетного удару;
- В закладах охорони здоров'я або на будівельних майданчиках у видимих місцях повинен міститися перелік контактних номерів аварійно-рятувальних служб та служб підтримки (див. пункт 4 цього Рамкового плану дій з підготовки до надзвичайних ситуацій);
- У разі повітряної тривоги потрібно здійснювати організований перехід в укриття та надавати допомогу тим, кому складно самотужки добратися до безпечного місця;
- Необхідно здійснювати контроль, чи усі колеги вчасно перейшли в укриття, чи усі покинули укриття після того, як загроза минула. Це може бути організовано в тому числі шляхом повідомлення колег в онлайн чаті, або за допомогою телефонних дзвінків між заздалегідь визначеним колом осіб тощо;
- Керівники закладів охорони здоров'я повинні забезпечити роботу пристроїв або програмного забезпечення, які дублюють/посилюють звук сигналу повітряної тривоги. Це потрібно зробити у випадках, якщо в результаті особливостей роботи на будівництві або в окремих приміщеннях закладів охорони здоров'я звукові сигнали повітряної тривоги, які лунають у населеному пункті, неможливо або складно почути;
- Укриття, якими послуговуються працівники на будівництві, персонал закладів охорони здоров'я, та пацієнти, слід забезпечити усім необхідним для ізольованого перебування людей протягом декількох днів, а саме:
 - ✓ питна вода;
 - ✓ харчі тривалого зберігання;

- ✓ аптечка із необхідним для надання першої допомоги;
- ✓ ковдри, або теплий одяг;
- ✓ меблі для сидіння;
- ✓ автономні освітлювальні прилади (ліхтарі) та джерела живлення, незалежні від централізованого енергопостачання.

2. Рамковий план дій на випадок виявлення нерозірваних снарядів або ракет.

- Медичний персонал та інший персонал закладів охорони здоров'я, а також усі працівники, яких заплановано допускати до роботи на будівництві повинні пройти інструктаж щодо плану дій на випадок виявлення вибухонебезпечних предметів, зокрема, нерозірваних артилерійських снарядів та/або ракет; За можливості, варто організувати навчання від представників територіальних органів Державної служби України з надзвичайних ситуацій;
- При виявленні вибухонебезпечних предметів забороняється:
 - ✓ торкатися їх (не робіть цього в жодному разі);
 - ✓ перекладати, перекичувати з одного місця на інше;
 - ✓ збирати і зберігати, нагрівати і ударяти;
 - ✓ намагатися розряджати і розбирати;
 - ✓ виготовляти різні предмети;
 - ✓ використовувати заряди для розведення вогню і освітлення;
 - ✓ приносити в приміщення, закопувати в землю, кидати в колодязь чи річку.
- Виявивши вибухонебезпечні предмети, необхідно вжити заходів з їх означення, огороження і охорони знайдених предметів на місці виявлення. Необхідно негайно повідомити про це територіальні органи ДСНС та МВС за телефоном "101" та "102".

3. Рамковий план дій на випадок отримання травм.

Медичний персонал та інший персонал закладів охорони здоров'я, а також усі працівники, яких заплановано допускати до роботи на будівництві, повинні пройти інструктаж щодо надання першої медичної допомоги. Таке навчання (інструктаж) повинно включати надання першої медичної допомоги для випадків, пов'язаних з різними типами травм та інших проблем зі здоров'ям (включаючи накладення джгута);

Заклади охорони здоров'я та/або будівельний майданчик повинні бути обладнаними аптечками з усіма належними засобами першої медичної допомоги. Комплектність аптечок потрібно періодично перевіряти, а їх наповнення повинно відповідати вимогам норм законодавства України.

Всі працівники (персонал) повинні знати місце знаходження аптечок, засобів індивідуального засобу та вогнегасників.

4. Перелік контактних номерів аварійно-рятувальних служб та служб підтримки.

У разі настання надзвичайної події, вчинення злочину або наявності загрози злочину важливо звернутися за допомогою. Нижче наведено відповідні контактні номери.

Телефони аварійно-рятувальних служб:

- 112 — Унікальний номер виклику всіх екстрених служб. Зателефонувавши за цим номером, диспетчер викличе бригаду потрібної служби.
- 101 — Пожежна служба.
- 102 або 0 800 500 202 — Поліція (можна використовувати для повідомлення про військові злочини, включаючи такі злочини, як сексуальна експлуатація та сексуальні домагання).
- 103 — Швидка допомога.
- 104 — Аварійна служба газової мережі.
- 1547 — Урядова гаряча лінія (можна використовувати для повідомлення про військові злочини, включаючи такі злочини, як сексуальна експлуатація та сексуальні домагання).
- 0 800 501 482 — гаряча лінія Служби безпеки України.

Безкоштовна підтримка психічного здоров'я:

- Державна лінія з питань запобігання домашньому насильству, торгівлі людьми та гендерній дискримінації — 116 123 або 0 800 500 335.
- Цілодобова служба підтримки — 1500 або 044 272 15 00.
- Психотерапевтична підтримка постраждалих від насильства, в тому числі сексуального насильства, пов'язаного з конфліктом — онлайн-платформа «Аврора» <https://rozirvykolo.org/mental-support/>.
- Спеціалізована служба підтримки осіб, які постраждали від домашнього насильства <https://nssu.gov.ua/domashnye-nasilstvo/specializovani-sluzhbi-pidtrimki>.
- Цілодобова лінія психологічної підтримки, яка допомагає чоловікам стабілізувати свій емоційний стан, знайти внутрішні ресурси для подолання складних ситуацій та виявити проблемні аспекти поведінки — 2345 (для мобільних мереж «Vodafone» та «Life») та +38 067 752 23 45 (для «Київстар»).
- Більше інформації про:
 - ✓ регіональні служби підтримки тут: https://ukraine.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/de_otrymaty_dopomogu_v_ukrayini.pdf
 - ✓ мобільні служби підтримки тут: <https://www.facebook.com/UNFPA.Ukraine/posts/pfbid0QUSnMpEbMNMD5U4E9o34b3nP2AQZf71FeAwLuVxfByRUZVEqmwxyeyuXmHX1GEpl>.

Додаток А до Рамкового плану з підготовки на випадок надзвичайних ситуацій

Рекомендації Міністерства охорони здоров'я України щодо вмісту набору для першої допомоги, для готовності до будь-якої надзвичайної ситуації: природного, техногенного чи воєнного характеру.

Що має бути в аптечці на випадок надзвичайної ситуації:

- Рукавички нестерильні — 4 пари
- Атрауматичні ножиці для розрізання одягу чи взуття
- Бинт марлевий стерильний та нестерильний різних розмірів — 5 од.
- Бинт еластичний різних розмірів — 2 од.
- Гідрогелева протиопікова пов'язка/бинт (не менше 10х10 см) — 2 од.
- Термоковдра на поліетиленовій основі
- Термометр (не ртутний та у захисному футлярі)
- Пакет перев'язувальний індивідуальний стерильний з еластичним компресійним компонентом першої допомоги із захисною вологостійкою оболонкою (типу «Ізраїльський бандаж») — 2 од.
- Плівка (клапан) для проведення штучної вентиляції легень — 2 од.
- Гіпотермічний пакет
- Пов'язка (щиток) на око
- Пластир бактерицидний різних розмірів — 25 од.
- Лейкопластир на нетканій основі (довжиною 3-5 м, шириною 3-5 см)
- Серветки стерильні марлеві — 10 од.
- Косинка медична перев'язувальна для іммобілізації кінцівок — 2 од.
- Гормональна мазь
- Антисептик (1 на водній основі, 1 спиртовий)
- Знеболювальний/жарознижувальний засіб (1 упаковка)
- Ентеросорбент
- Таблетки для знезараження води (1 упаковка)
- Скотч армований
- Маркер для нанесення інформації водостійкий

Що важливо знати під час складання та використання аптечки

- Рукавички обирайте нітрилові або вінілові, не припудрені, свого розміру.
- Гормональна мазь потрібна у разі укусів комах чи контактів з отруйними рослинами, що супроводжуються свербіжем.
- Для обробки ран використовуйте антисептики з вмістом хлоргексидину біглюконату, водного розчину повідон-йоду, октенідину дигідрохлориду. Не використовуйте спиртові розчини йоду чи брильянтового зеленого, перекис водню.
- Для дезінфекції рук використовуйте спиртові антисептики.
- Для зниження температури тіла та зняття больового синдрому використовуйте ібупрофен/парацетамол відповідно до інструкції або рекомендацій лікаря.
- Для дітей передбачте наявність знеболювальних/жарознижувальних у суспензії/супозиторіях.

- Ентеросорбенти (активоване вугілля, кремнію діоксид) використовуйте у разі харчових отруєнь, діареї.
- Таблетки для знезараження води потрібні для дезінфекції індивідуальних запасів води з неперевіраних джерел. Варто використовувати препарати з активною речовиною – дихлорізоціанурат натрію.
- Покладіть до аптечки запас ліків, які приймаєте на постійній основі (відповідно до власних потреб та за рекомендацією лікаря, який вас лікує).
- Для людей із артеріальною гіпертензією та/або цукровим діабетом рекомендовано взяти до аптечки тонометр та глюкометр із запасом тест-смужок та елементів живлення за необхідності.

Рекомендації, що можуть додатково взяти до аптечки люди з відповідними вміннями та навичками.

- Засіб для зупинки кровотечі хімічний (бинт кровоспинний тампонувальний з гемостатичним засобом)
- Оклюзійну торакальну пов'язку (наліпку) на гелевій основі з клапаном (або без клапана)
- Засіб для зупинки кровотечі механічний типу «САТ»
- Шину іммобілізаційну гнучку завширшки 10-11 см, завдовжки від 90 см
- Назофарингеальний повітровід з лубрикантом
- Голку декомпресійну

У будь-якій надзвичайній ситуації варто зберігати спокій. Запорука вашого спокою — готовність до непередбачуваних подій. Укомплектована аптечка та вміння нею користуватися — одна із ланок такої готовності.