

Міністерство освіти і науки України
Західноукраїнський національний університет
Факультет фінансів та обліку
Кафедра фінансового контролю та аудиту

**УПРАВЛІННЯ ПРИВАТНИМ МЕДИЧНИМ ЗАКЛАДОМ,
АНАЛІЗ ТА КОНТРОЛЬ МЕДИКАМЕНТІВ І ПРОДУКТІВ
ХАРЧУВАННЯ В НЬОМУ**

спеціальність: 071 – Облік і оподаткування
освітньо-професійна програма «Аудит та державний фінансовий контроль»
Випускова кваліфікаційна робота за освітнім ступенем «магістр»

Виконала студентка групи
ОАДФКзм-21
Вікторія Мельник

Тернопіль 2023

ЗМІСТ

ВСТУП

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФУНКЦІОНУВАННЯ ТА УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ПРИВАТНОЇ МЕДИЦИНИ

- 1.1. Приватна медицина в системі охорони здоров'я України
 - 1.2. Особливості управління приватними медичними закладами
- Висновки до 1 розділу

РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ МЕДИКАМЕНТІВ ТА ПРОДУКТІВ ХАРЧУВАННЯ В ПРИВАТНОМУ МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ

- 2.1. Медикаменти та продукти харчування в діяльності
приватних медичних закладів: роль та класифікація
 - 2.2. Методи аналізу медикаментів та їх практичне застосування
 - 2.3. Аналіз продуктів харчування в приватному медичному закладі
- Висновки до 2 розділу

РОЗДІЛ 3. КОНТРОЛЬ МЕДИКАМЕНТІВ ТА ПРОДУКТІВ ХАРЧУВАННЯ В ПРИВАТНОМУ МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ

- 3.1. Контроль медикаментів в приватних медичних закладах
 - 3.2. Контроль продуктів харчування в приватних медичних закладах
- Висновки до 3 розділу

ВИСНОВКИ

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФУНКЦІОНУВАННЯ ТА УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ПРИВАТНОЇ МЕДИЦИНИ

1.1. Приватна медицина в системі охорони здоров'я України

Сфера охорони здоров'я в Україні, на теперешньому етапі, перебуває в стані реформування. Функціонуюча МС України, як зазначають І.Леган та О.Крикун: «дісталася нам у спадок з часів Радянського Союзу, тому більшість закладів медичної галузі функціонує в державному секторі (приблизно 85–90%), у той час як на приватний сектор припадає приблизно 10–15%. Водночас, приватні медичні заклади протягом останніх років демонструють досить високі темпи зростання, адже частка приватних медичних закладів ще не настільки у далекому 2012 році становила лише 1%» [22, с.194].

Перші приватні медичні заклади (далі - ПМЗ) почали створюватися в 1990 році. Л.Іванова та О.Вовчанська, висловлюють свою думку «вони з'явилися в тих сегментах, де була найслабше розвинена державна медицина і одночасно зберігався стійкий попит. У числі перших з'явилися приватні кабінети таких лікарів, як стоматологи, урологи, гінекологи, венерологи. Потім були сформовані вузькопрофільні медичні центри та клініки косметології. Разом із невеликими клініками і кабінетами почали розвиватися й великі медичні багатoproфільні центри, серед яких «Медиком», «Борис», які спочатку надавали послуги швидкої медичної допомоги, а згодом і весь комплекс поліклінічних послуг» [11, с.20].

Наразі приватний медичний сектор є формальним учасником системи охорони здоров'я. Розвиток ринкових відносин перетворив його суб'єктів на дієвий механізм отримання пацієнтами своєчасних та якісних медичних послуг, які замінюють або доповнюють медпослуги, що надаються функціонуючими національними лікувально-профілактичними закладами.

На думку І.Голованової та О.Краснової: «Глобалізація соціально-економічних відносин і розвиток Інтернету відкрили для представників медичного бізнесу ринки нових лікарських препаратів. Доступність комерційної, управлінської й маркетингової інформації дала змогу медичним працівникам приватного сектору одержувати дані про організацію медичного бізнесу за кордоном, отримувати інформацію про вартість медичних послуг, про рівень доходів лікарського персоналу, про системи керування галуззю охорони здоров'я, вивчення позитивного досвіду діяльності медичних установ в усьому світі сприяло розвитку приватних медичних закладів» [6, с.22-23].

В національній стратегії побудови нової, сучасної системи охорони здоров'я України на період 2015-2025 років зазначено, що: «за п'ять років фінансування за рахунок приватного сектору збільшилося на 19435 млн. грн., приватні витрати на охорону здоров'я в Україні склали понад 42,3% від загальних видатків охорони здоров'я» [36].

«Сучасний вітчизняний ринок медичних послуг складається з 2 секторів: державного та приватного. За даними розподілу коштів державного бюджету, Світового банку та компанії Pro-Consulting сектор державної медицини в 2018 році становив 85,70%, приватної – 14,30% (рис.1.1)» [39].



Рис. 1.1. «Структура ринку медицини в грошовому вираженні, 2018 рік» [39].

Ринок приватних медичних послуг досить динамічно розвивався останніми роками. За оціночними даними компанії Pro-Consulting «обсяг медичних послуг в Україні в 2019 році склав 56,05 мільярдів гривень, з якого 26,7 млрд.грн. – приватний сектор медичних послуг» [39].

Наведені дані в таблиці 1.1. свідчать, що обсяг даного ринку в грошовому виразі зріс у 2019 році на 28%, або на 5,8 млрд. грн. в порівнянні з 2018 роком.

За дев'ять місяців 2020 року цей показник підвищився на 47,3%, або на 9 млрд. грн.

Таблиця 1.1

«Обсяги ринку приватних медичних послуг в Україні за 2018-2019 роки» [39].

Показники	2018 рік	2019 рік	9 міс. 2019 рік	9 міс. 2020 рік	2020 рік (прогноз)
Україна, млрд. грн.	20,9	26,7	19,3	28,3	39,9
Темп приросту, %	-	28	-	47,3	49,4
м. Київ, млрд. грн.	7,2	10,7	7,7	8,1	11,8
Темп приросту, %	-	48,6	-	5,2	8,4

В структурі споживання приватних медичних послуг переважають корпоративні клієнти, які здійснюють медичне страхування свого персоналу. Проте, за досліджуваний період спостерігається незначне зростання ПВ населення, як споживача послуг ПМЗ: з 18,1% в 2019 році до 21,2% в 3 кварталі 2020 року (рис.1.2).

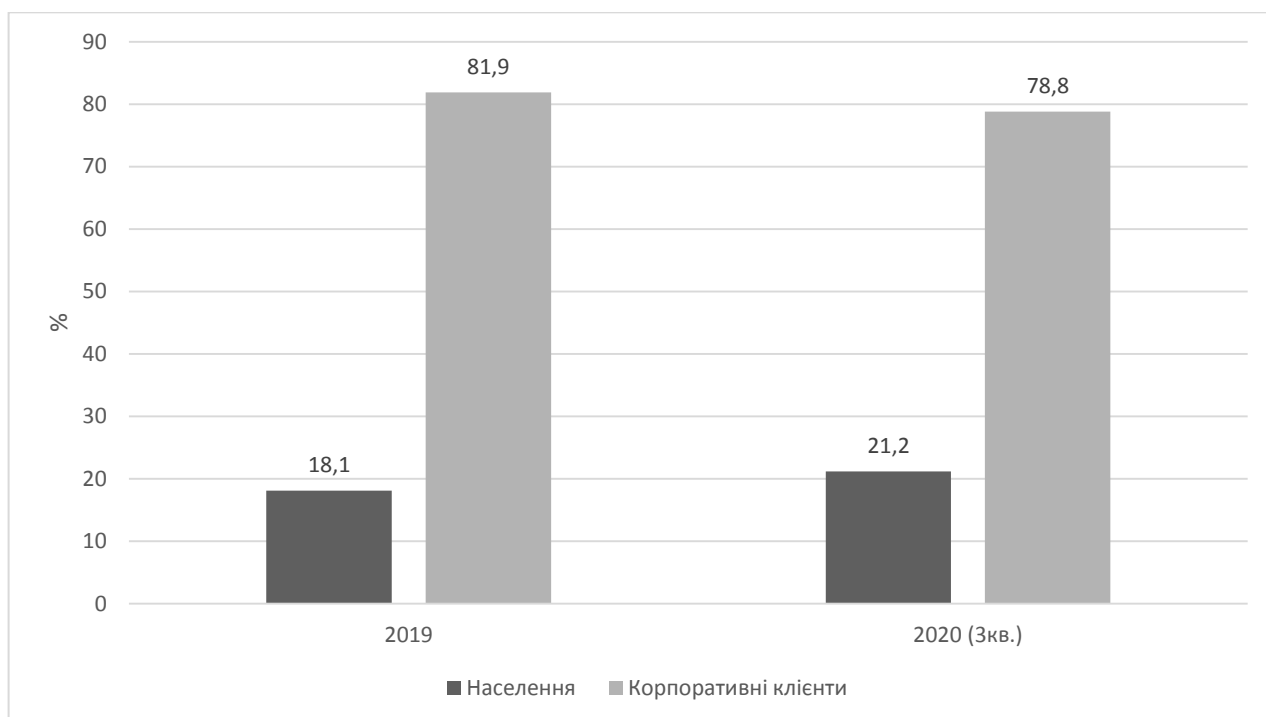


Рис. 1.2. «Структура споживання приватних медичних послуг за одержувачем» [39].

На основі даних «Міністерства охорони здоров'я України, у 2021 році приватні медичні заклади (далі - ПМЗ) склали близько 50% від загальної кількості медичних закладів в країні. ПМЗ надають різноманітні послуги, зокрема: амбулаторна терапія, педіатрія, хірургія, онкологія, кардіологія, тощо» [19].

Комплексне медичнеобслуговування здійснюють найбільші оператори ринку ПМП, зокрема:

- клініки «Борис», «Добробут», «Інто-Сана», «Медіком», «Оберіг», «Оксфорд Медікал»;
- медичні центри «Біомед», «Одонтомед», та деякі інші.

На рисунку 1.3 подана діаграма, яка свідчать про зростання в загальній кількості ПМЗ приватних лікарень та приватних стоматологічних кабінетів – на 6% упродовж 2018-2021 рр.

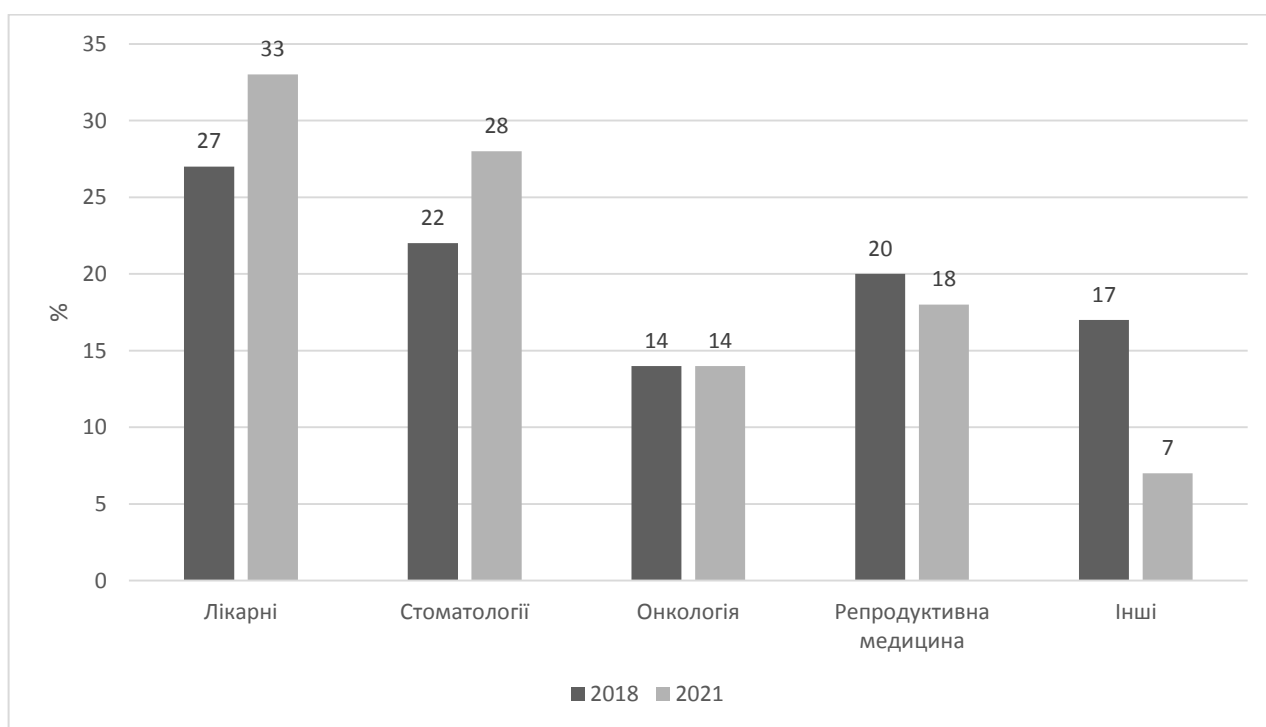


Рис. 1.3. «Питома вага приватних медичних закладів, відповідно до пропонованих ними послуг, 2018-2021 рр» [19].

Переважає більшість ПМЗ зосереджена у найбільш платоспроможному регіоні України – столиці, де працює близько 50 % приватних закладів країни.

При цьому, приватний фармацевтичний ринок на 70% складається з відносно невеликих центрів, офісів, лабораторій. Останніми роками іноземні інвестори почали активніше вкладати кошти у розвиток приватних фармацевтичних напрямків.

Ukrainian Business Award провели аналіз та склали рейтинг кращих приватних медичних клінік України в 2022 році. «Комплексний аналіз складався з:

- «цінності пропозицій: Кількість профільних спеціалістів, послуги (хірургія, стаціонар, швидка допомога, тощо), наявність/кількість спец.обладнання (рентген, УЗІ, тощо), представленість (кількість клінік);
- позитивного іміджу: вік компанії на ринку, позитивні згадування у ЗМІ, негативні згадування у ЗМІ, знання ТМ (кількість брендів пошукових запитів Google), наявність нагород/призів, процент позитивних відгуків;
- громадської позиції: співпраця з ЗСУ/ волонтерами/ благодійність, антидержавна риторика;
- фінанси компанії: дохід, чистий прибуток, активи» [69].

До ТОП-15 кращих приватних медичних клінік України увійшли наступні: «ДОБРОБУТ», «Медіком», «SmartMedicalCenter», мережа клінік «VIVA», «OxfordMedical», «Омега-Киев», «VerumExpertClinic», «OnClinic», «EUROLAB», «Геліос», «UniversumClinic», «Сімейна клініка Амеда», «Академія Вашого Здоров'я», «Клініка Варта», «Сіті Клініка» [69].

Прогнозні результати від реформи в сфері ОЗ, подано в таблиці 1.2.

Вони передбачають збільшення закупівель НСЗУ медичних послуг в 3 рази та скорочення обсягу неформальних платежів в стільки ж.

Таблиця 1.2

«Розрахункові суми витрат
на ОЗ в Україні в 2017-2021 рр.» [69].

Показник	2017	2018	2019	2020	2021
ВВП, млрд. грн. (без урахування інфляції)	2595,6	3558,7	4014,7	4551,0	5069,0
Населення України, млн. осіб.	42,4	42,3	42,2	42,1	42,1
Прогнозні розрахунки витрат на охорону здоров'я					
Закупівля послуг НСЗУ, млн. грн.	55540	73202	96480	127161	167598
Інші кошти державного бюджету, млн. грн.	15497	23240	25635	28263	31171
Витрати з місцевих бюджетів, млн. грн.	16460	20822	25542	30997	37315
Офіційна оплата за медичні послуги, млн. грн.	0	395	6853	32811	44437
Інші платежі з кишені споживача (в т.ч. неформальні)	92772	77343	61914	46485	31056
Загальні витрати на охорону здоров'я					
млн. грн.	180269	195002	216424	265717	311576
% від ВВП	6,9	6,7	6,7	7,5	8,0

До другого етапу медичної реформи в 2020 році, за даними НСЗУ, долучилися понад 50 ПМЗ. О.Мовчан, яка т.в.о. голови НСЗУ зазначила: «що комерційний медичний центр спростовує міфи, що тарифи на лікуванні в стаціонарі є економічно невігідними» [47].

Станом на 30 вересня 2021 року, на онлайн-брифінгу НСЗУ звернув увагу О.Устінов що: «в Україні уклали договори з НЗСУ 271 ПМЗ. Більше 500 лікарів (фізичних осіб-підприємців (далі - ФОП)), що становить майже 25% надавачів МП, які співпрацюють з НСЗУ. ПМД надають 228 приватних лікарень та 528 лікарів-ФОП. Найбільше приватних надавачів на цьому рівні в Одеська область займає перше місце по кількості ПМЗ, їх 74. Відповідно друге місце посідає Дніпропетровськ – 73. А Львів зайняв третю позицію при наявності 61 ПМЗ. У квітні-вересні цього року НСЗУ виплатила ПМЗ понад 450 мільйонів гривень. Доступ до ПМД є безкоштовним, і пацієнти можуть отримати ці послуги. 87 приватних та 13 некомерційних лікарів надають спеціалізовані медичні послуги за контрактом з NHS. 3 квітня цього року ПМЗ отримав від НСЗУ понад 229 мільйонів гривень. У Дніпропетровській області найбільше число приватних медичних закладів, які надають свої послуги за договором із Держслужбою, їх 16. На другій сходинці – Київ – 11 ЦПМСД, Донецька область маючи в наявності 9 ЦПМСД посіла 3 сходинку. У 2023 році 82 приватні лікарні з 11 лікарями уклали договори про надання спеціалізованих медичних послуг Контракт - ФОП» [41].

В Національній стратегії побудови нової СОЗ в Україні на період 2015-2025 рр. зазначено, що: «Медичні заклади (мережі, корпорації) повинні користуватися управлінською автономією для забезпечення ефективного надання послуг. У всьому світі системи охорони здоров'я в державному та приватному секторі дотримуються єдиних підходів до управління. Такі професійні заходи стимулюватимуть необхідність досягнення якісних та кількісних результатів (продуктивності), запровадження ініціатив, розумного використання економічних ресурсів, сприяння роботи в команді» [36].

1.2. Особливості управління приватними медичними закладами

З кожним роком приватна практика відіграє дедалі більшу роль у наданні послуг у сфері охорони здоров'я. Одна з причин – якісні послуги, яких потребує населення. Експерти кажуть, що управління ПМЗ має відбуватися за загальними правилами управління. І принципового не відрізняється від загального корпоративного управління. З появою епідемії посилилася конкуренція на ринку МП, а також зросла увага до якості МП.

У сучасних складних концепціях менеджменту, наголошує І.Яремко: «інструментальні засоби та механізми є комбінацією методів і засобів управління, що взаємопов'язані спільністю однієї мети. За допомогою сформульованих механізмів реалізується спрямованість і конкретні параметри управлінських дій. Проблематика вироблення системного механізму у сфері охорони здоров'я полягає в тому, що вона представляє собою суб'єктну структуру, що складається з державних і приватних медичних закладів України. Спрямованість менеджменту державних чи приватних медичних закладів визначається системою державного управління в медицині та змістом управлінських завдань усередині цих закладів» [66, с. 130].

В. Карлаш стверджує, що: «Потреби сучасної практики зумовлюють пошук нових типів загального регулювання та управління сферою охорони здоров'я (економічна складова і підвищення якості та доступності послуг). У сучасних добре відомих реаліях координація діяльності закладів сфери охорони здоров'я потребує переформатування всієї медичної галузі, зокрема із застосуванням нових економічних засад ефективного управління» [15].

Для ефективної системи управління ПМЗ слід врахувати декілька важливих компонентів, а саме: орієнтація на клієнта, якість, персонал, репутація у взаємовідносинах із суспільством (рис.1.4).

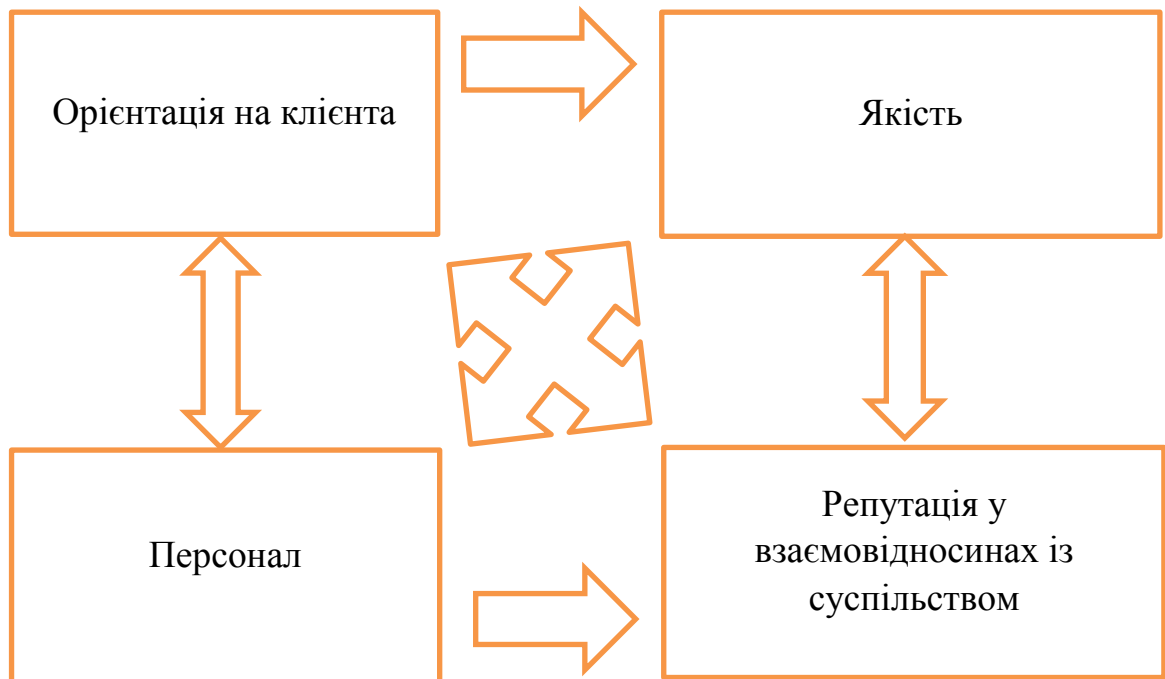


Рис. 1.4. «Компоненти ефективної системи управління приватним медичним закладом» [70].

Клієнтоорієнтованість (далі – КО) – це підхід, при якому медичний заклад надає пріоритет потребам, вимогам і побажанням (рис. 1.5).

Сутність полягає в тому, щоб виявити ці побажання. І швидко з сумлінням їх реалізувати.

За даними Deloitte, «клієнтоорієнтовані компанії на 60% прибутковіші ніж ті, які не фокусуються на клієнтах. За статистикою Forbes, 97% споживачів відзначають вплив якісного сервісу на лояльність до бізнесу» [70].

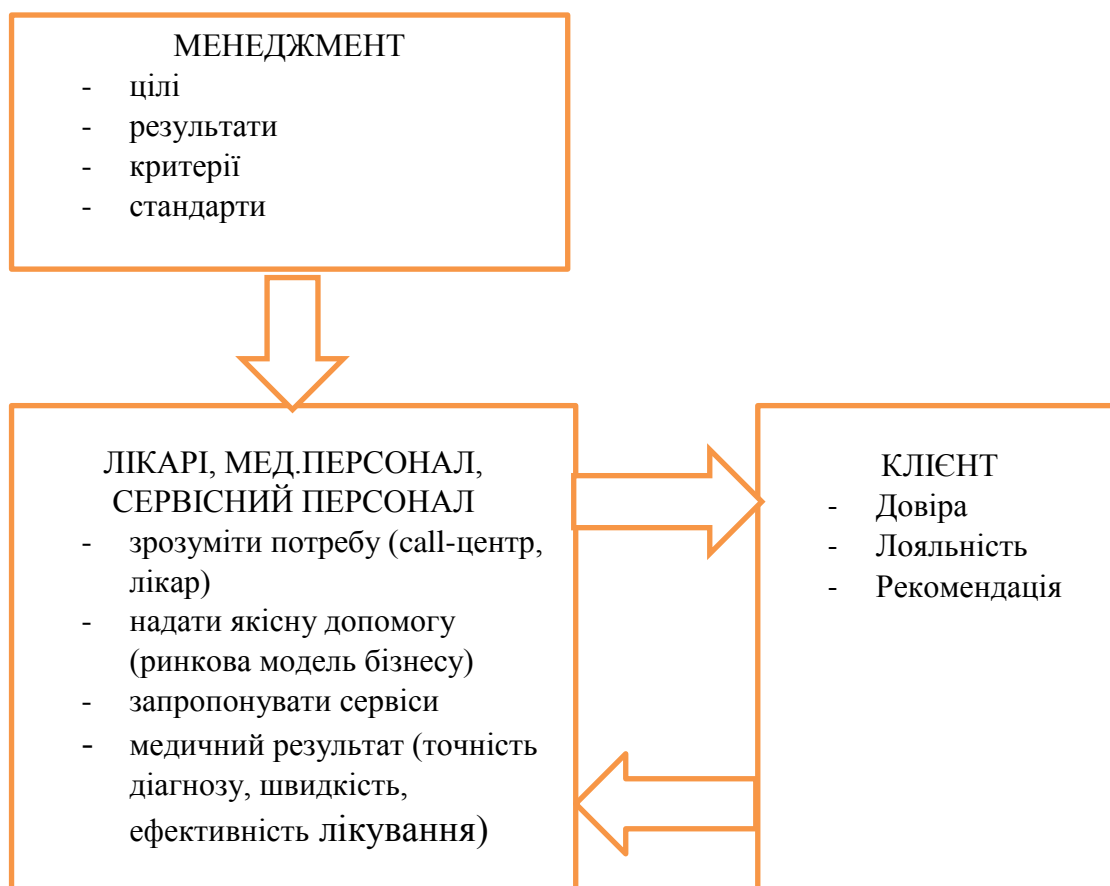


Рис. 1.5. «Клієнтоорієнтованість приватного медичного закладу» [70].

Формування інформаційного поля ПМЗ передбачає активне використання маркетингового інструментарію, зокрема сегментації споживачів ринку медичних послуг.

Важливою психологічною умовою для формування стійкої клієнтської бази є сервісна складова ПМЗ: дизайн інтер'єрів приміщення, зовнішній вигляд персоналу, організація роботи call-центрів, тощо. Саме call-центри першими здійснюють контакт із клієнтами і від того, які сформується комунікативна взаємодія між ними буде в першу чергу залежати притік первинних клієнтів до ПМЗ та утримання постійних.

Як зазначають Л. Прокопець та І. Тодоріко: «Медичні працівники є стратегічним капіталом, оскільки основним об'єктом капіталовкладень у світі в медичній сфері є кадрове забезпечення, тому проблема управління персоналом цієї галузі є особливо актуальною, оскільки в умовах наявності необхідного кадрового забезпечення політика стратегічного менеджменту здатна активізувати роботу медичних фахівців і максимізувати їх ефективність» [48, с.269].

Значний вплив на результативність стратегії управління та розвитку ПМЗ мають керівники медичного персоналу. Зокрема, якісний рівень їх діяльності. Цикл управління медичним персоналом ПМЗ складається із наступних етапів: оцінка ситуації, постановка цілей, прийняття рішень, організація та реалізація прийняття рішень, моніторинг продуктивності та оцінка ефективності управління (рис. 1.6).

Особливе місце у системі надання медичної допомоги та послуг посідають медичні кадри.

На думку В. Борщ: «сучасні принципи реформування галузі передбачають зміну концепції управління цими кадрами:

1) застосування кадрової політики та стратегії в рамках діяльності закладу охорони здоров'я;

2) впровадження новітніх форм, систем та принципів оплати праці медичних працівників;

3) впровадження мотиваційного механізму та сучасних методів стимулювання діяльності медичного персоналу;

4) впровадження сучасних принципів формування та розвитку кадрів охорони здоров'я;

5) застосування новітніх методів підготовки медичних кадрів, зокрема управлінських;

6) запровадження принципів командної роботи в рамках надання медичної послуги закладами охорони здоров'я» [3, с.75].

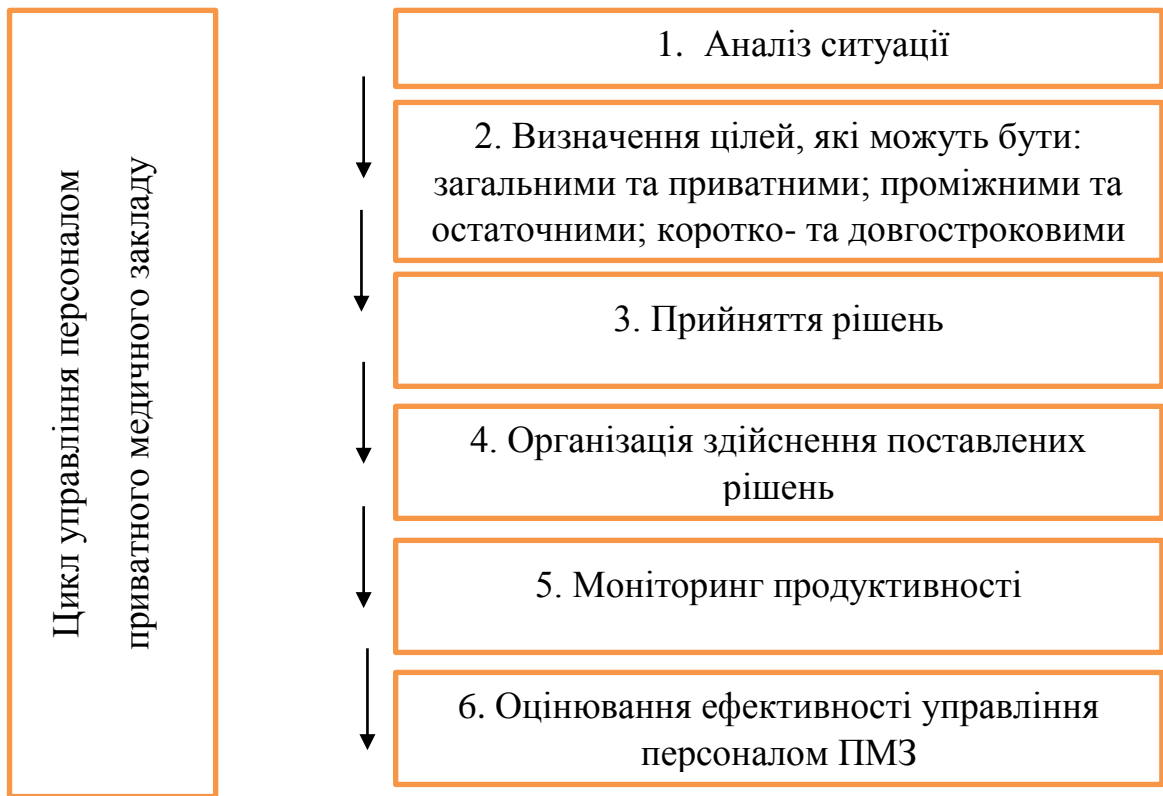


Рис. 1.6. Цикл управління персоналом ПМЗ

Наступним напрямком в управлінні ПМЗ – «активізація впровадження сучасних моделей (систем) якості в його діяльність, що дозволить забезпечити пряму залежність якості медичної допомоги від системи управління» [35].

Такими системами можуть стати:

- «система міжнародних стандартів якості ISO 9001;
- моделі досконалості (EFQM);
- системи якості Міжнародного товариства якості охорони здоров'я (ISQua);
- моделі спільної комісії з акредитації організацій охорони здоров'я (JCAHO);
- моделі постійного покращення (Associates in Process Improvement)» [34].

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ МЕДИКАМЕНТІВ ТА ПРОДУКТІВ ХАРЧУВАННЯ В ПРИВАТНОМУ МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ

2.1. Медикаменти та продукти харчування в діяльності приватних медичних закладів: роль та класифікація

Відповідно до визначення, наведеного у фармацевтичній енциклопедії: «лікарський препарат (далі ЛП – прим. автора) або фармацевтичний препарат (лат. *praeparatum* — виготовлене) — продукт фармацевтичної діяльності, що має певний склад, певну лікарську форму, упаковку, термін придатності. ЛП призначається хворій людині з метою діагностики, лікування чи полегшення симптомів захворювання або зміни стану фізіологічних функцій організму, а також профілактики, напр. контрацептивні засоби, стрес-препарати та ін. До лікарських препаратів висуваються суворі вимоги (терапевтична ефективність, безпечність, точність дозування діючих речовин, стабільність та ін.), він дозволяється до застосування в медичній практиці лише після державної реєстрації. ЛП може бути продуктом виробництва іншої галузі або продуктом міжгалузевого призначення і споживання, а тому підлягає обов'язковій стандартизації та сертифікації» [58].

Значна кількість лікарських препаратів, що застосовуються в медичній практиці, зумовила появу їх класифікацій/класифікаційних систем. Як зазначено у фармацевтичній енциклопедії: «Класифікаційні системи забезпечують порівняння стандартизованої і валідованої інформації про використання ЛП з метою аудиту структури їх споживання, виявлення недоліків при використанні, ініціювання освітніх та інших спеціальних заходів (напр. класифікації побічних реакцій ЛП; вивчення структури споживання антибактеріальних препаратів у різних регіонах або окремих країнах з метою підсилення боротьби з антибіотикорезистентністю тощо), а також моніторингу кінцевих результатів цих заходів» [58].

Для вибору лікарського препарату, розроблена класифікація ЛЗ, що базується на основі доказовості даних щодоефективності та безпеки, які наведені в реєстраційному досьє на ЛЗ.

Основними класифікаційними позиціями є:

Код А – оригінальний (інноваційний) ЛЗ;

Код В – генеричний ЛЗ;

Код С – ЛЗ з добре вивченим медичним застосуванням та/або традиційний ЛЗ;

Код D – біологічний ЛЗ.

Як зазначають представники компанії FOODICINE: «Забезпечення пацієнтів лікувальним харчуванням є важливим аспектом процесу лікування. Тому створення планів харчування для госпіталізованих пацієнтів має відповідати фундаментальним принципам. Послідовне дотримання цих принципів дає можливість пацієнтам швидше одужати та скорочує тривалість їх перебування у медзакладах. Крім того, добре складена та збалансована дієта може допомогти у процесі одужання навіть у найскладніших випадках» [67].

2.2. Методи аналізу медикаментів та їх практичне застосування

Як зазначають U.Kulkarni, K. Dalvi та V. Moghe: «На теперішній час питання раціональної фармакотерапії захворювань та оптимізації витрат на неї залишаються актуальними для багатьох країн світу, а в умовах обмеженого бюджетного фінансування закладів охорони здоров'я, низької платоспроможності значної частини населення стають пріоритетними в охороні здоров'я. У цій ситуації доцільним є проведення фармакоеконімічних досліджень, а саме оцінка лікарських засобів як з клінічних, так і з економічних позицій» [68].

На основі цієї інформації можна оцінити споживання медичних препаратів, щоб визначити проблеми, які потребують вирішення (рис. 2.1):

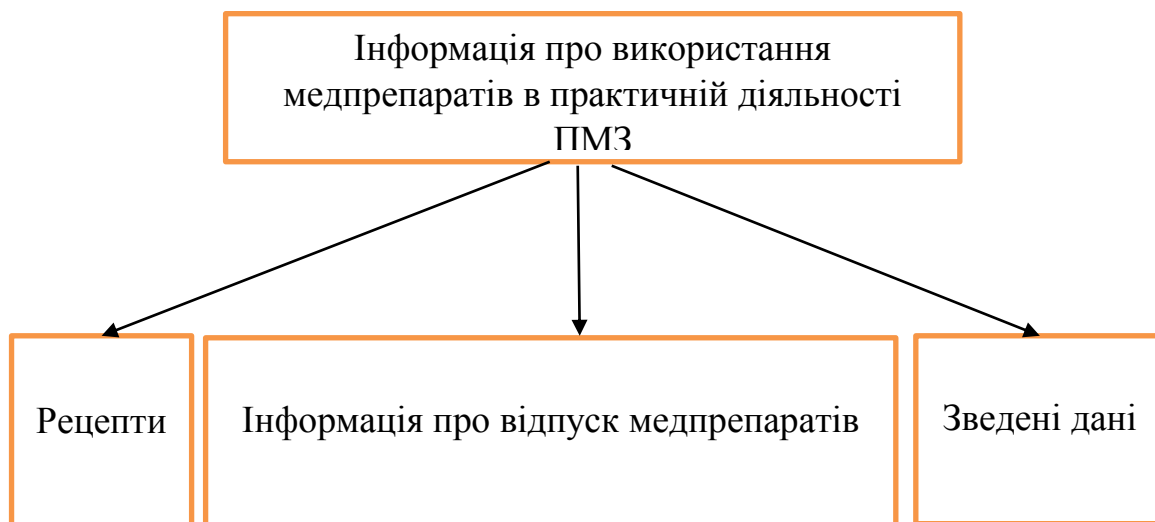


Рис. 2.1. Інформація про використання медпрепаратів в ПМЗ

АВС-аналіз можна застосовувати для сприяння закупівельної діяльності (забезпечення купівлі потрібних ЛЗ), контролю товарних запасів (забезпечення придбання продукції в потрібних обсягах) та оцінки доцільності їх використання (рис.2.2).

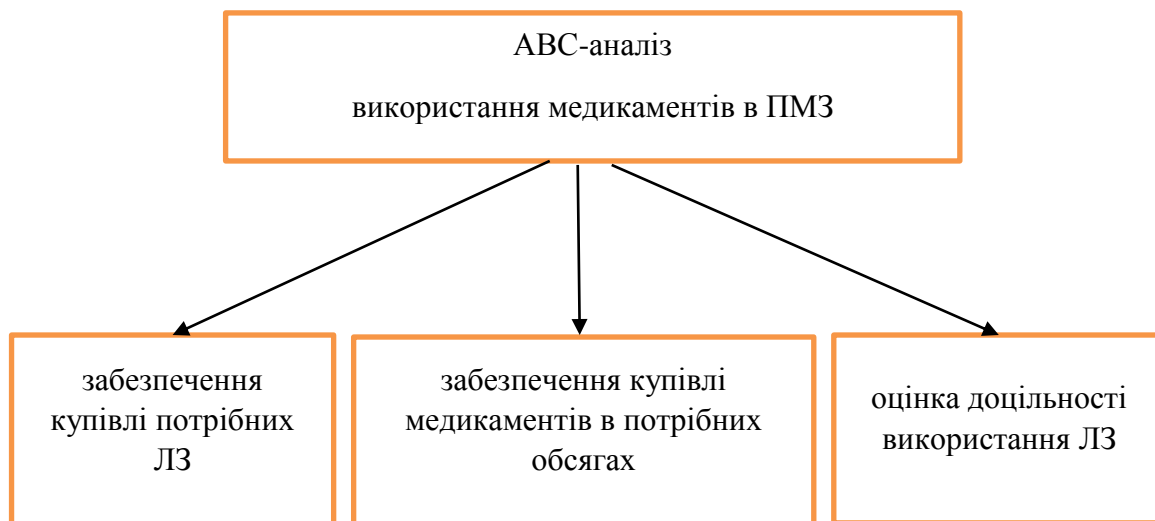


Рис. 2.2. Напрямки застосування АВС-аналізу медикаментів в ПМЗ

Враховуючи одиниці обліку або сумарні затрати на ЛЗ або класи медпрепаратів, розробляється класифікація АВС, відповідно до якої медикаменти групуються наступним чином:

А – головні (10-20% ЛЗ, на які припадає приблизно 2/3 загального обсягу);

В – посередні (20-30% ЛЗ, на які припадає приблизно 1/4 загальних затрат або загального обсягу);

С – інші (50-70% ЛЗ, на які припадає близько 10% ЗВ або загального обсягу).

Результати одержані за допомогою АВС-аналізу, слід інтерпретувати у контексті системи оцінки. Наприклад того, чи відповідають найчастіше використовувані або найдорожчі ліки найпоширенішим захворюванням.

Аналіз можна проводити за допомогою одиниці обліку, обсяг чи витрати.

Перевагами ABC-аналізу є те, що він дає можливість легко визначити медикаменти, які найчастіше використовуються, або найбільш вартісні ЛЗ або класи ЛЗ.

Розрахунки можуть проводитися на рівні ПМЗ, на рівні медпрепарату, терапевтичного класу або терапевтичної групи; а також у вартісному вираженні, за обсягом запасів (наприклад, за кількістю упакувань, кількістю рецептурних призначень) або за обсягом медпрепарату. Для аналізу терапевтичної групи або класу необхідна система кодування, така як класифікація АТХ.

В залежності від завдань можливі різні варіанти здійснення ABC-аналізу щодо медпрепаратів, які були придбані або плануються до закупівлі у ПМЗ:

- аналіз використання коштів на закупівлю ЛЗ для всього закладу;
- оцінка використання коштів на ЛЗ при певному захворюванні;
- аналіз витрат на ЛЗ, що застосовувалися певним лікарем закладу.

К. Кузнецова, С. Жадько, Ю. Плахотник «проаналізували можливості практичного застосування ABC-аналізу при управлінні товарним асортиментом ЛЗ аптечного підприємства» [18].

Вони використали електронну базу даних асортименту гепатопротекторних ЛЗ та здійснили ABC-аналіз за критеріями обсяг продаж у грошових показниках (ABC) і натуральних параметрах (A'B'C').

В дослідженні зазначено, що: «Межі груп А, В і С визначалися методом двох дотичних, що дозволило більш чітко розподілити лікарські засоби при відхиленні отриманих результатів від класичного розподілу Парето» [18].

VEN-аналіз. Його мета – визначення ПВ обсягу чи затрат на медпрепарати, що застосовуються для життєво необхідних, основних ЛЗ та ЛЗ, другорядних (англ. vital, essential and non-essential, VEN).

В даному випадку медпрепарати класифікують наступним чином:

- життєво необхідні – «потенційно життєзберігаючі або такі, що мають виключно важливе значення для надання базових послуг ПМЗ»;
- основні – «ефективні при лікуванні менш важких, проте значних форм захворювання, але які не є життєво важливими для надання базової медичної допомоги»;
- неосновні – «ті, які використовуються при легких захворюваннях; можуть бути або не бути занесеними до формуляру лікування або бути дієвими, проте в контексті запасів ці позиції відносяться до найменш важливих» [18].

Результати VEN-аналізу доцільно інтерпретувати в контексті оцінки того, чи відповідають медикаменти, що найчастіше застосовуються або найбільш вартісні, основним лікарським засобам, або того, чи є завжди в наявності життєво важливі медикаменти.

VEN-аналіз можна здійснювати на рівні ПМЗ, на рівні лікпрепарату або його класу.

Обмеженням є те, що деякі медикаменти буде складно класифікувати, уз'язку з великою кількістю можливостей їх застосування. В таких випадках, медпрепарати доцільно класифікувати за призначенням.

Частотний аналіз – оцінює періодичність і кількість застосування того чи іншого медпрепарату в процесі лікування пацієнтів у ПМЗ.

Комплексну оцінку реальних фінансових витрат на фармакотерапію пацієнтів-дітей з поза лікарняною пневмонією у клініках м. Суми та м. Харкова за допомогою ABC-, VEN- та частотного аналізів здійснили в своєму дослідженні О. Герасимова, І. Кузнецов, А. Рабоча та Т. Кривокурс [5].

Комплексне застосування ABC-, VEN- та частотного аналізів і також відповідні результати також висвітлені в роботах Н. Бездітко та І. Чинуш [2], О. Макаренко та О. Кривов'яз [31].

Отже, із вищезазначеного, можемо зробити висновок, що висвітлені методи аналізу медикаментів, зокрема комплексний/інтегрований АВС/VEN/частотний аналіз можуть застосовуватися в діяльності ПМЗ для підвищення ефективності надання ними відповідних МП, як інструмент контролю якості лікарської терапії та моніторингу формулярної системи.

2.3. Аналіз продуктів харчування в приватному медичному закладі

Комплексний підхід до надання рекомендацій з харчування хворому населенню в цілому відображений в чинних документах МОЗ України:

- наказ № 931 від 29.10.2013 «Про удосконалення організації лікувального харчування та роботи дієтологічної системи в Україні» [43],
- наказ № 16 від 14.01.2013 «Про затвердження Методичних рекомендацій для лікарів загальної практики – сімейної медицини з приводу консультування пацієнтів щодо основних засад здорового харчування»,
- наказ № 272 від 18.11.1999 «Норми фізіологічних потреб населення України в основних харчових речовинах та енергії»), матеріалах Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) «Здоров'я-21: основи політики досягнення здоров'я для всіх у Європейському регіоні ВООЗ» тощо.

Як зазначено в наказі № 16 від 14.01.2013: «Для пацієнтів з нормальною вагою кількість калорій, що постачаються з продуктами харчування повинна відповідати витратам енергії. Тобто, споживання їжі передбачає регулярну фізичну активність для витрат енергії, що надійшла до організму людини. ВООЗ рекомендує оцінювати енергетичні витрати з урахуванням віку людини, статі, ваги та рівня фізичної активності» [43].

Алгоритм розрахунку енергетичних витрат подано нижче.

Таблиця 2.1

«Оновлені рекомендації ВООЗ з розрахунку енергетичних витрат» [43]

ЕТАП I. Визначення рівня основного обміну
Чоловік від 18 до 30 років = $(0.0630 \times \text{маса тіла у кг} + 2.8957) \times 240$ ккал/день
Чоловік від 31 до 60 років = $(0.0484 \times \text{маса тіла у кг} + 3.6534) \times 240$ ккал/день
Жінка від 18 до 30 років = $(0.0621 \times \text{маса тіла у кг} + 2.0357) \times 240$ ккал/день
Жінка від 31 до 60 років = $(0.0342 \times \text{маса тіла у кг} + 3.5377) \times 240$ ккал/день
ЕТАП II. Визначення фактору фізичної активності
Низька (малорухомий спосіб життя < 30 хв. на день) - 1,3
Середній (помірні регулярні навантаження - 30 хв. - 60 хв. на день) - 1,5
Висока (інтенсивні регулярні навантаження або фізична робота > 60 хв. на день) - 1,7
ЕТАП III. Оцінка загальних енергетичних витрат
Загальні енергетичні витрати = Рівень основного обміну x фактор активності

За сучасними вимогами обов'язковою умовою для призначення лікувального харчування є визначення харчового статусу хворого. Це проводиться на базі вирахування індексу ваги тіла (ІМТ) за спеціальною формулою, що рекомендована ВООЗ:

$$\text{ІМТ} = \frac{M}{Zp^2}, \quad (2.1)$$

де M – вага тіла (кг);

Zp – зріст (м).

Згідно до обчисленого таким чином ІМТ усі пацієнти поділяються на такі групи:

- знедостатнім харчуванням (гіпотрофія) – ІМТ менші 18,5 кг/м²;
- задекватним харчуванням (нормотрофія) – ІМТ від 18,5 до 24,9 кг/м²;
- з надлишковим харчуванням (гіпертрофія) – ІМТ 25 кг/м² і більше (30-34,9 кг/м² – ожиріння першого ступеня; 35-39,9 кг/м² – ожиріння другого ступеня; 40 кг/м² і більше – ожиріння III ступеня).

Відповідно до наказу №16 від 14.01.2013 р. цей індекс є обов'язковим для визначення та внесення до медичної документації як ключовий показник оцінки статусу харчування пацієнта.

ІМТ слід занести до документу призначення харчування (рис. 2.3)

та в таблицю моніторингу нутриціологічної підтримки хворого (табл. 2.2)

(лікувальний заклад)	«Затверджую» Головний лікар _____ « _____ » _____ 20 ____ р.		
Лист призначення харчування			
Пацієнт (ПІБ) _____			
Зріст _____	Вага _____		
ІМТ (норма) _____	ІМТ (факт.) _____		
Профіль харчування та трофологічна група (підкреслити):			
Загальний	гіпо	нормо	гіпер
Гастроентерологічний	гіпо	нормо	гіпер
Онкологічний	гіпо	нормо	гіпер
Породіллі	гіпо	нормо	гіпер
Вагітні	гіпо	нормо	гіпер
Ветерани війни (в т. ч. цукровий діабет):			
Спеціальні дієти:			
Зондове харчування (в т. ч. цукровий діабет):			
Хірургічна дієта:			
Лікуючий лікар _____ дата _____			
(підпис та прізвище)			

Рис. 2.3. Лист призначення харчування

Таблиця 2.2.

Моніторинг нутриціологічної підтримки хворого

МОНІТОРИНГ НУТРИЦІОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ			
Дата (термін перебування хворого)	ІМТ (фактичний)	Трофологічний статус	Підпис лікаря

За індексом ваги хворих:

- з гіпотрофією пропонується дієта з енергетичною цінністю нарівні 2400-2700 ккал/добу, із вмістом білків нарівні 90-100 г (у т. ч. тваринних – 55-60 г), жирів – 70 г (у т. ч. рослинних – не менше 40 г), вуглеводів – 400-450 г (у т. ч. простих вуглеводів – до 150 г);

- з адекватним харчуванням енергетична цінність дієти повинна складати 2200-2400 ккал, вміст білків – 80-90 г (тваринних – 45-50 г), жирів – 70 г (у т. ч. рослинних – 40 г), вуглеводів – 350-400 г (у т. ч. простих – до 100 г);

- при надлишковому харчуванні призначається низькокалорійна дієта (калорійність знижена за рахунок вуглеводів (300-350 г), особливо простих – до 50 г, та незначного зменшення жирів – до 60 г). Енергетична цінність такої дієти містить 1800-2000 ккал, білки залишаються на досить високому рівні – 80-90 г.

Якщо хворий пацієнт дотримується строгого ліжкового режиму, то його енерговитрати за добу не повинні перевищувати 2000 ккал.

Для забезпечення здорової ваги пацієнта, продукти харчування аналізують за такими напрямками:

- ✓ оцінка надходження енергії за допомогою щоденника харчування;
- ✓ визначення загальних енергетичних витрат пацієнта;
- ✓ контроль динаміки адекватності калорійності за допомогою ІМТ.

Рацион харчування пацієнта має бути різноманітним та збалансованим за вмістом нутрієнтів, оскільки організм особи не накопичує харчові речовини на тривалий термін.

Тому при використанні продуктів харчування в ПМЗ слід враховувати запаси харчових речовин в організмі людини (табл. 2.3).

Запаси харчових речовин в організмі людини

Харчова речовина	Час виснаження запасів
Амінокислоти	Кілька годин
Вуглеводи	13 годин
Кальцій	2500 днів
Натрій	2-3 дні
Залізо	125 днів (у жінок), 750 днів (у чоловіків)
Йод	1000 днів
Вітамін С	50-120 днів
Вітамін В ₁	30-50 днів
Вітамін В ₂	60-180 днів
Вітамін РР	60-180 днів
Вітамін А	90-365 днів

Відповідно до наказу МОЗ України № 931: «дорослі пацієнти розподіляються на групи за профілями харчування: загального профілю – терапевтичні та хірургічні хворі; гастроентерологічні; онкологічні; вагітні; породіллі; діти – на 5 вікових груп» [44].

Норми харчування на 1 хворого залежать від його харчового статусу та профілювідділення.

Пацієнти приватних клінік терапевтичного відділення з гіпертрофічним станом, у порівнянні з гіпотрофічним, повинні отримувати збільшену кількість овочів – до 600 г/добу (при гіпотрофії – до 400 г/добу) без врахування картоплі. Також їм збільшено кількість білкової їжі, а саме: м'яса курки – до 70 г/добу, риби – до 70 г/добу, тоді як для хворих пацієнтів з гіпотрофією та нормальним харчовим статусом ці цифри складають по 50 г/добу.

З раціону хворих пацієнтів на гіпертрофію повністю відсутні макаронні вироби, зменшено норму хлібобулочних виробів (наприклад, хліб пшеничний при захворюванні на гіпертрофії рекомендовано тільки до 30 г/добу, тоді як при гіпотрофії – до 150 г/добу):

- круп – 50 г/добу (при гіпотрофії – 80 г/добу),
- картоплі – 100 г/добу (при гіпотрофії – 200 г/добу),
- масла вершкового – 5 г/добу (гіпотрофікам у 2 рази більше).

В процесі харчування в ПМЗ, залежно від ІМТ пацієнта:

- гіпотрофія, - нормотрофія, - гіпертрофія

необхідно враховувати енергетичну цінність раціону.

Таблиця 2.4

Система лікувального харчування

Енергетична цінність раціону, нутрієнтний склад	Гіпотрофія (висококалорійна та високобілкова дієта)	Нормотрофія	Гіпертрофія (низькокалорійна дієта)
Потреба в енергії на день, ккал/кг	35-40	30-35	25-30
Білки, у тому числі тваринні, на день, г/кг	до 1,5 до 0,8	до 1,0 до 0,5	до 0,75 до 0,4
Жири, у тому числі рослинні, на день, г/кг	до 1,5 до 0,8	до 1,0 до 0,5	до 0,75 до 0,4
Вуглеводи, в тому числі прості, на день, г/кг	до 6,5 до 1,0	до 5,5 до 0,8	до 3,0 до 0,5
Енергетична цінність, ккал	2400-2700	2200-2400	1900-2000
Білки, у тому числі тваринні, г	100 (55)	90 (45)	80 (40)
Жири, у тому числі рослинні, г	70 (40)	70 (40)	60 (30)
Вуглеводи, у тому числі прості, г	400 (150)	350 (100)	350 (50)

Пацієнти приватних клінік онкологічного відділення необхідно:

- ✓ збільшити норми олії, крупів, риби, як продуктів, що містять більше біологічно цінних компонентів;
- ✓ зменшити кількість макаронних виробів (впорівнянні з нормами для хворих пацієнтів терапевтичного відділення).

Харчування дітей назначають згідно з клінічним протоколом лікування, (з врахуванням вікової групи) з максимальним збереженням харчової та біологічної цінності раціону.

Для кожної лікувальної дієти для дорослих і дітей існує перелік обмежених або заборонених продуктів, залежності від характеру та стадії хвороби. А також продуктів, рекомендованих для включення до дієти, які мають різноманітну фармакологічну – лікувальну дію, чи властивості.

Тому дієтологи визначають лікувальні властивості ацидофільних продуктів, соків (з овочів, фруктів), мінеральних вод, меду.

Особливої уваги заслуговують хворі пацієнти з харчовою непереносимістю (алергії, ферментні захворювання, токсичні реакції, психогенна непереносимість та інші).

В деяких випадках, «через неможливе включення до лікувального харчування певних харчових продуктів, відповідно до наказу № 931 існує список взаємозамінності продуктів при приготуванні дієтичних страв та заміни продуктів відповідно до вмісту білків і вуглеводів» [44].

Завдяки правильним підходам у лікувальному харчуванні забезпечується нормалізація обміну речовин людини, покращуються функції уражених органів чи систем, зростає ефективність інших факторів лікування, стимулюються репаративні запальні процеси, імунна система стає сильнішою.

РОЗДІЛ 3

КОНТРОЛЬ МЕДИКАМЕНТІВ ТА ПРОДУКТІВ ХАРЧУВАННЯ В ПРИВАТНОМУ МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ

3.1. Контроль медикаментів в приватних медичних закладах.

Функція контролю є необхідною функцією сучасної, адаптованої до ринкових умов системи управління будь-якого суб'єкта господарювання, незалежно від його приналежності до виду економічної діяльності. Її призначення, як зазначає Я.Крупка: «не тільки спостереження та отримання інформації для сигналізації у відповідні органи, а й виявлення відхилення від нормативів, положень, правил тощо, встановлення причин відхилень, пошук шляхів усунення недоліків для підвищення ефективності діяльності економічних одиниць» [21, с.147].

Контроль якості лікарських препаратів (далі - ЛП) – одна з головних проблем фармацевтичної хімії та ЗОЗ в Україні.

Держслужба України з ЛЗ є центральним органом виконавчої влади. Його діяльність спрямовується та координується КМУ через Міністра ОЗ України.

Система контролю якості ЛЗ в нашій державі має три рівні:

- ✓ національний;
- ✓ регіональний;
- ✓ мікроекономічний.

На рисунку 3.1. подана вітчизняна система контролю якості ЛЗ

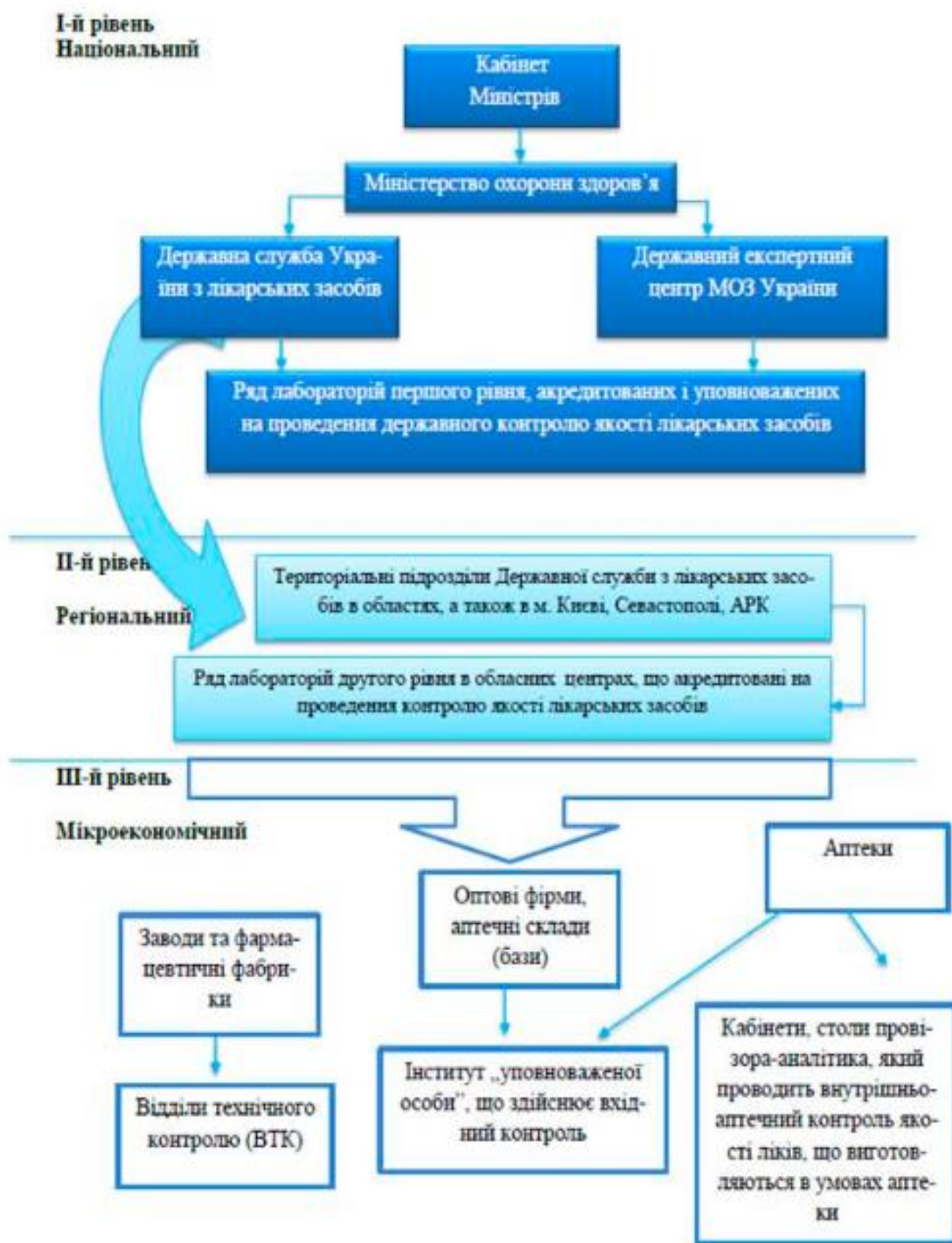


Рис.3.1. Українська система контролю якості ЛЗ

Критерії якості ЛП, згідно до встановлених ВООЗ вимог, у першу чергу, визначаються безпекою їхнього застосування та ефективністю.

Забезпечення якості ЛП - це концепція, що вміщує в собі дослідження і розробку, виробництво, контроль якості, зберігання і контроль в мережі розповсюдження ЛП.

Всі елементи якісного забезпечення ЛП однаково значимі (критичні) для системи в цілому.

Початкова перевірка якості лікарських засобів у ПМЗ «здійснює уповноважена особа, призначена наказом керівника даного медзакладу (головні/старші медсестри, медичні сестри; провізори або фармацевти лікарняних аптек). Головними обов'язками такої особи є:

«1) проведення візуального контролю одержаних лікарських засобів, який включає перевірку: а)стану тари; б)групової, первинної, вторинної (за її наявності) упаковки; в)маркування; г)наявності інструкції для медичного застосування лікарського засобу; д)зовнішнього вигляду, у тому числі цілісності, однорідності, наявності пошкоджень лікарських засобів; е)строку придатності лікарських засобів.

За потреби, якщо виникла підозра щодо якості, лікарські засоби перевіряються з розкриттям упаковок стосовно розмірів, форми, кольору, однорідності, кількості одиниць в упаковці, наявності забруднень;

2) відбір зразків сумнівних лікарських засобів та направлення їх до територіального органу Держлікслужби для проведення лабораторних досліджень якості лікарських засобів у разі виникнення сумніву щодо якості лікарських засобів під час здійснення візуального контролю. На час проведення таких досліджень до остаточного вирішення питання про їх якість серії сумнівних лікарських засобів перебувають у спеціально відведених, чітко визначених, промаркованій карантинній зоні (приміщенні), окремо від іншої продукції, з позначенням «Карантин» із зазначенням причин вилучення з обігу та дати переміщення;

3) проведення вхідного контролю якості, який здійснюється не пізніше наступного дня з дати отримання ЛЗ у місці приймання продукції. Забороняється

застосування одержаних ЛЗ у ПМЗ до одержання письмового висновку уповноваженої особи, що здійснює вхідний контроль якості ЛЗу ПМЗ» [42].

Як проводиться реєстрація ЛЗ, що поступили до медичного закладу подається у таблиці 3.1.

Тут є така можливість прослідкувати розподіл та використання лікарських засобів у ПМЗ;

Таблиця 3.1

Реєстр ЛЗ, які надійшли до ПМЗ

№ з/п	Найменування постачальника та номер ліцензії або дата і номер рішення органу ліцензування про видання ліцензії	Номер і дата накладної	Назва лікарського засобу та його лікарська форма, дата реєстрації та номер реєстраційного посвідчення	Найменування виробника	Номер серії	Номер і дата сертифіката та якості виробника	Кількість одержаних упаковок	Строк придатності лікарського засобу	Результат контролю уповноваженою особою
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, у сфері управління якого перебуває заклад Найменування та пошта адреси закладу Ідентифікаційний код ЄДРПОУ: <input style="width: 100px;" type="text"/>	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № _____ ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України _____
---	--

ЖУРНАЛ

перевірки дотримання умов зберігання лікарських засобів

Почато «___» _____ 20__ р. Закінчено «___» _____ 20__ р.

Бібліотека «Документів для бізнесу»
Тел. (067) 673-51-59 або www.magazin.org.ua

Рис.3.2. Журнал перевірки дотримання умов зберігання ЛЗ

Важливим способом фактичного контролю медикаментів в ПМЗ є інвентаризація, вона здійснюється з періодичністю, як зазначено в п.5 Методичних рекомендацій, зокрема: «інвентаризація спирту має проводитися не рідше одного разу в квартал. Лишки медикаментів, що виявлені під час інвентаризації, підлягають оприбуткуванню та зарахуванню на збільшення доходів, щоб у подальшому встановити причини виникнення цих лишків. У разі виявлення недостачі, у результаті втрати чи крадіжки у встановленому законодавством порядку відбувається стягнення сум із винних осіб. Взаємний залік лишків і нестачунаслідок пересортування за необхідності може бути допущено виключно щодо матеріальних цінностей однакового найменування й у відповідній кількості за умови, що лишки і нестачі утворилися за один і той же період, який перевіряється в матеріально відповідальній особі, котра перевіряється. При цьому нестачі медикаментів у межах норм природних утрат, які виявлені в результаті інвентаризації, підлягають списанню за розпорядженням керівника у такому порядку: – придбані в поточному році – на фактичні видатки; – придбані в минулому році – на фінансові результати» [46].

Щорічна інвентаризація дає можливість встановити факти наявності, в кількості, якісний стан, інтенсивність використання та величини ресурсного забезпечення ПМЗ.

До ЛЗ, що є об'єктами інвентаризації відносяться ті які подані на рисунку 3.1:

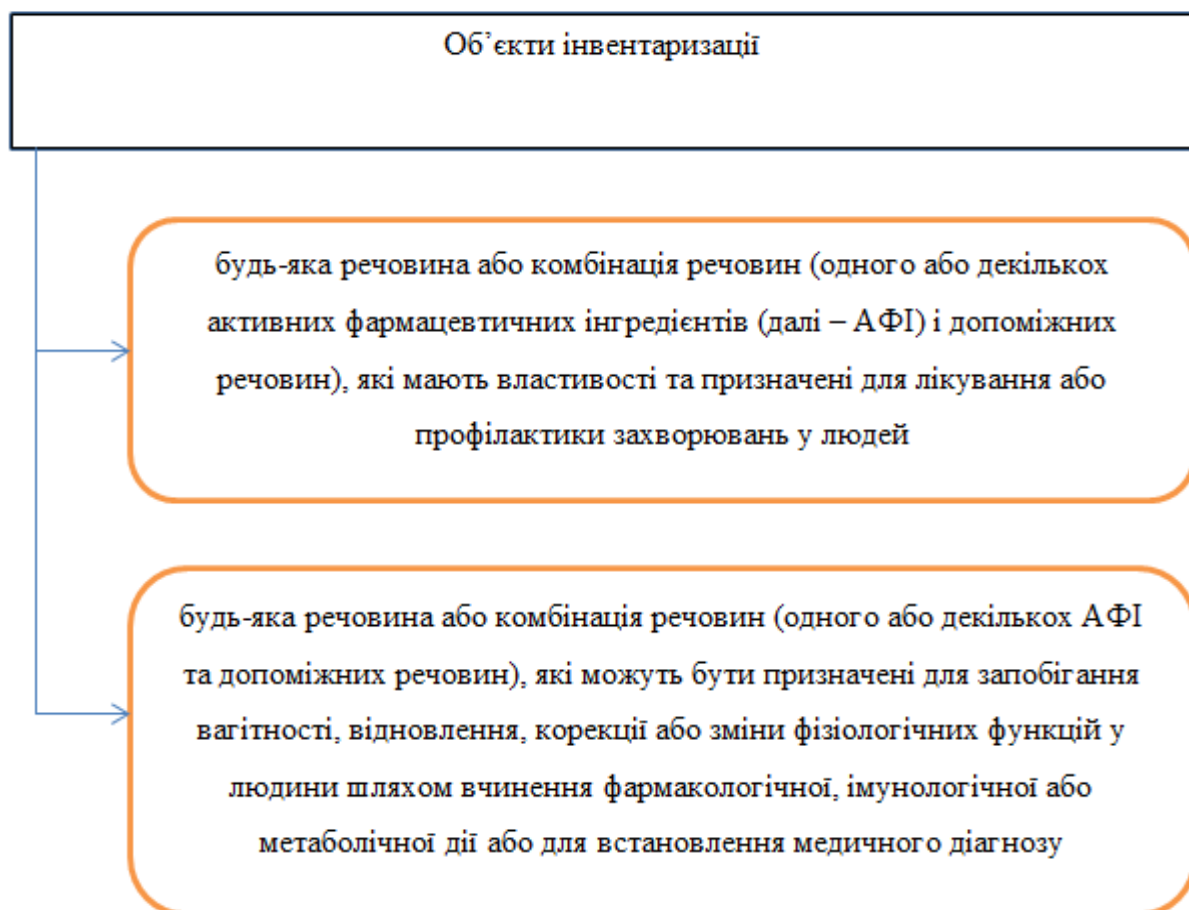


Рис. 3.3.Обскти інвентаризації ЛЗ

Аптечний контроль ЛП, відповідно до фармацевтичної енциклопедії: «це заходи, що проводяться в аптеці з метою перевірки якості екстемпоральних ЛП (далі – ЕЛП: лікарські засоби, виготовлені в аптечних умовах за рецептом лікаря для конкретного пацієнта або за замовленням) і внутрішньоаптечних заготовок. До них належать: виконання санітарних норм і правил, санітарно-гігієнічного і протиепідемічного режимів, дотримання фармацевтичного порядку та правил асептики приготування ліків; забезпечення строків і умов зберігання в аптеці субстанцій, допоміжних речовин, лікарської сировини, концентрованих

розчинів, напівфабрикатів та ЛП відповідно до їх фізико-хімічних властивостей; ретельний контроль рецептів, що надходять в аптеку, з метою перевірки правильності їх виписування, сумісності лікарських речовин, які входять до складу ЛП, відповідності прописаних доз і віку хворого, а також вимог лікувально-профілактичних закладів щодо дотримання технології ЛП відповідно до вимог ДФ, діючих наказів та інструкцій» [58].

Внутрішньоаптечний контроль - комплекс запобіжних заходів та видів контролю, які затверджують показники якості та безпеки ЛЗ, що проводиться в аптеці.

Відповідальність за нагляд за перевіркою покладається на кількох осіб в аптеці. До таких людей належать завідувач аптеки, його заступник, провізор-аналітик, провізор-технолог.

Оцінка сенсорних властивостей продукту називається органолептичним контролем. Цей процес передбачає перевірку візуальних характеристик продукту, кольору, аромату, рівномірності розподілу, відсутності будь-яких механічних домішок в умовах випробовування ЕЛП.

Що стосується фармацевтичних препаратів, що виробляються в аптеці, фізичний контроль – це процес перевірки сукупної ваги та кількості кожної одиниці дозування (з перевіреними мінімум трьома дозами). Для таких продуктів є допустимі діапазони відхилень.

Шлях інтеграції України до Європейського Союзу передбачає гармонізацію вітчизняної фармацевтичної галузі з європейськими стандартами. Узв'язку з цим, актуальною є проблема щодо утворення ефективної системи забезпечення якості ЛЗ, яка б обіймала усі етапи обігу ліків.

3.2. Контроль продуктів харчування в приватних медичних закладах.

Обов'язковим компонентом комплексної терапії в усіх ПМЗ є лікувальне харчування. Воно залежить від типу захворювання, віку і статі пацієнта. Необхідність кожної особи в харчуванні та енергії належить до основних потреб фізіології людини.

При поступленні продуктів на склад відповідальні особи здійснюють перевірку. Цим займається комірник, двієтсестра або лікар-дієтолог. Перевіряють використовуючи органолептичний метод:

- Зовнішній вигляд;
- Колір;
- Запах;
- Консистенцію;
- Смак.

В спеціальний журнал записують результати процесу. А також вказують на обсяг і найменування продукції. Дають оцінку якості. Якщо є сумнівні продукти то їх зразу направляють в санейдстанцію.

Другий етап перевірки – це контроль доброякісності продуктів при їх відпуску з комори (вприсутні завідувачкухнею або старший кухар).

Проблемні питання щодо доброякісності продуктів вирішує лікар-дієтолог або черговий лікар.

Контроль за якістю готових дієтичних страв проводять медсестра з дієтичного харчування, черговий лікар. Він дозволяє видачу готової їжі до відділень, що фіксується в бракеражному журналі.

Перевірка готової їжі перед відправкою до відділення проводиться черговим лікарем, а також лікарем-дієтологом і періодично глікарем ПМЗ в будь-який час.

Перевірка готової їжі проходить на кухні, відповідно до Інструкції, проводиться в такому порядку:

«а) безпосередньо з ємності для приготування їжі відповідно до переліку страв, зазначених у меню-розкладці. Об'єм перших страв встановлюється на основі даних про ємність посуду для приготування їжі й кількість замовлених порцій; вага других страв (каші, пудинги тощо) визначається шляхом зважування всієї кількості в загальному посуді з відніманням ваги тари і визначення таким чином ваги однієї порції; з порційних других страв (котлети, битки, м'ясо шматком тощо) зважується 10 порцій окремо і встановлюється рівномірність розподілу та середня вага однієї порції;

б) шляхом проби оформлених страв однієї з найбільш масових дієт» [44].

Результати перевірок нотуються по кожній страві в меню-розкладці.

А також дається загальна оцінка - в спеціальному журналі.

У плановому порядку проводять відбір готових страв для лабораторного аналізу з ціллю визначення хімічного складу, калорійності.

Цей процес проводиться у місцях приготування, зберігання або приймання страв під наглядом уповноваженого головним лікарем представника ПМЗ.

В меню-розкладках добовий раціон представлений в розрізі окремих приймів їжі. Де подається перелік страв із зазначенням кількості взятих продуктів харчування та виходу блюда в грамах.

На їх основі можна оцінити правильність складання добового меню: повторюваність, різноманітність, чергування, кулінарна обробка, добовий розподіл страв.

У наборі продуктів харчування в розрізі окремих страв та прийомів їжі розраховують хімічний склад та калорійність раціону. Враховуючи втрати харчових речовин при кулінарній обробці. Отримані результати зіставляють з

нормами фізіологічних потреб та середньодобовим споживанням окремих продуктів харчування.

На основі звітів про витрати продуктів за певний період в даному медичному закладі формують певного роду накопичувальну відомість, на основі якої здійснюють контроль за раціоном харчування (табл.3.2).

Таблиця 3.2

Відомість контролю за раціоном харчування

№ з/п	Найменування групи продуктів	Норма продукту в г (нетто)	Фактично видано продуктів (нетто) по днях в якості гарячих сніданків (всього), г на одну людину / кількість людей що харчуються					В середньому за 10 днів	Відхилення від норми в % (+/-)
			1	2	3	4	...		

Для виготовлення якісної та безпечної продукції необхідно здійснювати такі види контролю:

- хіміко-технологічний контроль – контроль основних критеріїв якості харчових продуктів на основі хімічних аналізів та приладів;
- мікробіологічний – контроль стану мікрофлори в продуктах та ПМЗ;
- санітарно-гігієнічний – контроль на відповідність санітарно-гігієнічним вимогам якості напівфабрикатів, готової продукції а також умов їх зберігання.

Характери оцінки якості харчових продуктів в приватних медзакладах визначають видом контролю та його об'єктів:

1. Вхідний – оцінка продукції, яка поступає до медзакладу. Проводять початковий її техогляд за допомогою органів чуття. За необхідності використовують засоби лабораторного контролю.
2. Операційний – оцінка якості напівфабрикатів.

3. Приймальний – контроль за якістю готової продукції, здійснення оцінки її відповідності вимогам нормативної документації.

Важливими показниками чи критеріями якості продуктів харчування є:

- ✓ органолептичні (за допомогою органів відчуття),
- ✓ фізико-хімічні (частка жиру, відсоток вуглеводів, білка, тощо),
- ✓ мікробіологічні,
- ✓ показники безпеки (токсикологічності).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Барзилович А. Д. Моніторинг ефективності регулювання ринку медичних послуг. Інвестиції: практика та досвід. 2020. № 23. С. 124-30.
2. Бездітко Н.В., Чинуш І.В. Інтегрований частотний ABC/VEN-аналіз продажу лікарських препаратів в аптеці як віддзеркалення доцільності амбулаторної фармакотерапії хворих з серцево-судинними захворюваннями. Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. 2012. №4 (24). С.54-59.
3. Борщ В.І. Сучасна парадигма системи управління персоналом закладу охорони здоров'я. Проблеми системного підходу в економіці. 2019. Випуск №1(69). С.73-79.
4. Гапонова Е.О. Ринок медичних послуг в Україні: проблеми та протиріччя. *Wschodnioeuropejskie Czasopismo Naukowe (EastEuropean ScientificJournal)*. *Ekonomia*. 2016. № 6. С. 24-26.
5. Герасимова О.О., Кузнецов І.Е., Рабоча А.А., Кривопуск Т.П. Результати ABC-, VEN- та частотного аналізів фармакотерапії позалікарняної пневмонії у дітей в закладах охорони здоров'я. *Клінічна фармація*. 2014. Т.18. №1. С. 54-58.
6. Голованова, І.А., Краснова, О.І. Значення приватної медицини в системі охорони здоров'я України. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2016. № 1(3). С. 22-25.
7. Горачук В. Функції управління в системі менеджменту якості медичної допомоги. *Практика управління медичним закладом*. 2016. № 3. С. 8-13.
8. Гоцуля Т.С., Самко А.В., Галиця В.В. Дієтичні добавки у фармації. *Запорожский медицинский журнал*. 2011. Т.13. №2. С.33-37.
9. Дудка В. В. Переваги приватної медицини та вигоди держави у підтримці розвитку приватного сектора системи охорони здоров'я (до проблеми державного регулювання здорово охоронної сфери). *Електронне наукове фахове видання «Державне управління: удосконалення та розвиток»*. 2012. № 1. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2012_1_4.

10. Ефективне управління медичними закладами. Можливості МІС. URL: <https://euromd.com.ua/post-8164-efektivne-upravlinnya-medichnimi-zakladami-mozhlivosti-mis>.

11. Іванова, Л.О., Вовчанська, О.М. Полікритеріальна маркетингова діагностика ринку приватних медичних послуг в Україні. Науковий вісник ЛНУВБМ імені С.З.Гжицького. 2017. Т.19, №81. С.16-25.

12. Інструкція з організації лікувального харчування у закладах охорони здоров'я: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29.10.2013 №931. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2206-13#Text>

13. Інформаційне агентство УНІАН. URL: <https://www.unian.ua/health/country/>

14. Карамішев Д.В. Управління якістю медичної допомоги в контексті інноваційних перетворень системи охорони здоров'я. Главный врач. 2017. №8. С.68-71.

15. Карлаш В. В. Механізми державного регулювання охорони здоров'я населення України. Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису. [дис. ... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02. Національний університет цивільного захисту]. Харків. 2020. 214с.

16. Ковальчук С., Матвійв В. Маркетингові аспекти надання медичних послуг в державних закладах охорони здоров'я України. Економічний аналіз. 2021. Том 31. № 3. С. 233-241.

17. Костюк І.А., Косяченко К.Л. Інтегрований АВС/VEN-аналіз лікарських призначень при фармакотерапії бронхіальної астми в дітей. Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. 2019. Т.12. № 2(30). С.190-195.

18. Кузнецова К.Г., Плахотник Ю.В., Жадько С.В. Аналіз можливостей практичного використання АВС-аналізу при управління товарним асортиментом лікарських засобів. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://dSPACE.nuph.edu.ua/bitstream/123456789/19580/1/350-352.pdf>

19. Куклінова Т.В. Забезпечення розвитку малого та середнього медичного бізнесу в умовах реформування охорони здоров'я. Вісник Хмельницького національного університету. 2020. №2. С.68-70.

20. Куплю здоров'я: ТОП приватних медичних закладів України. URL: <https://youcontrol.com.ua/dataresearch/kupliu-zdorovia-top-pryvatnykh-medychnykh-zakladiv-ukrayiny/>

21. Кучер Л.Р., Кравчук А.П. Підходи до управління та організації надання медичних послуг населенню. Приазовський економічний вісник. 2018. Випуск 6(11). С.209-213.

22. Леган, І., Крикун, О. Ринок приватної медицини України: особливості регулювання та напрями розвитку. Галицький економічний вісник. 2020. № 3(64). С.192-197.

23. Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах: позитивні наслідки, проблеми та можливі шляхи їх вирішення. Україна. Здоров'я нації. 2015. № 3. С. 67–86.

24. Лехан В.М. Якість стаціонарної допомоги та шляхи її поліпшення очима пацієнтів. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2017. №2. С. 66-71.

25. Литвин З.Б., Мельник В.В. Особливості функціонування приватної медицина в системі охорони здоров'я України. *Облік, оподаткування і контроль: теорія та методологія*: матеріали міжн. наук.-практ. інтернет-конф. Тернопіль. ЗУНУ. 2023.

26. Литвин З.Б., Мельник В.В. Методи аналізу медикаментів та їх практичне застосування. *Облік, оподаткування і контроль: теорія та методологія*: матеріали міжн. наук.-практ. інтернет-конф. Тернопіль. ЗУНУ. 2023.

27. Литвин З.Б. Організація внутрішнього аудиту на підприємстві. X Міжнародна науково-практична конференція «EURASIAN SCIENTIFIC DISCUSSIONS», 23-25.10.2022. Барселона, Іспанія. 2022. С.412-422.

28. Литвин З.Б., Мінчук Ю. Система фінансування охорони здоров'я в розрізі основних функцій. *Облік, оподаткування і контроль: теорія та методологія*: матеріали міжн. наук.-практ. інтернет-конф. Тернопіль. ЗУНУ. 2021.С.60-66.

29. Литвин З.Б. Пилипчук Р., Джерела фінансування системи охорони здоров'я. *Облік, оподаткування і контроль: теорія та методологія*: матеріали міжн. наук.-практ. інтернет-конф. Тернопіль. ЗУНУ. 2022. С.70-74.

30. Ляхова Н.О., Нестеренко О.М. Стан ринку стоматологічних послуг в Україні на сучасному етапі. *Вісник проблем біології і медицини*. 2014. Вип.3, Том 3 (112). С. 47-50.

31. Макаренко О.В., Кривов'яз О.В. Результати комплексного АВС/VEN/частотного аналізу застосування препаратів групи S01E «протиглаукомні засоби та міотики» за показниками витратності, життєвої необхідності та частоти призначень. *ScientificJournal «ScienceRise: PharmaceuticalScience»*. 2016. №4. С.9-13.

32. Маркетингові дослідження та бізнес-консалтинг. URL: <https://pro-consulting.ua/ua>

33. Мельник А., Радзивілюк Л. Імплементация стратегічного планування в практику управління сучасним медичним закладом: методологічні та прикладні аспекти. *Вісник економіки*. 2021. Вип. 3. С. 66-83.

34. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. Аналітична записка за матеріалами науково-практичної конференції з міжнародною участю, Тернопіль– Кам'янець-Подільський, 12–13 грудня 2018 року. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://dspace.tneu.edu.ua/bitstream/316497/33636/1/pdf>

35. Назарко, С. О. (2021). Ефективне управління медичним закладом в умовах реформування системи охорони здоров'я. Електронне наукове фахове видання «Ефективна економіка». 2020. №1. [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/1_2020/57.pdf

36. Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025 рр., м. Київ, листопад 2014 р. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11>.

37. Нечипорук О.В. Аналіз тенденцій та динаміки розвитку ринку приватних медичних послуг в Україні. Вісник студентського наукового товариства Донецького національного університету імені Василя Стуса. 2022. Т. 2 №14. С. 243–248.

38. Облік і контроль операційної діяльності на підприємствах промисловості будівельних матеріалів. Я.Д.Крупка, А.Л.Романчук. Чернівці: Місто. 2011. 296с.

39. Офіційний сайт ProConsulting. URL: <https://pro-consulting.ua/ua>

40. Попович Т.М. Управління якістю: навч. посібник. Тернопіль, КРОК, 2013. 320с.

41. Приватна медицина – перспектива розвитку в Україні. Результати соціологічного опитування. Київ 2023 р. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://razumkov.org.ua/images/2023/06/2023>

42. Про затвердження Правил зберігання та проведення контролю якості лікарських засобів у лікувально-профілактичних закладах: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16.12.2003 № 584. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0275-04#Text>

43. Про затвердження Методичних рекомендацій для лікарів загальної практики – сімейної медицини з приводу консультування пацієнтів щодо основних засад здорового харчування: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14.01.2013 №16. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0016282-13#Text>

44. Про удосконалення організації лікувального харчування та роботи дієтологічної системи в Україні: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29.10.2013 №931. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2205-13#Text>

45. Про затвердження Порядку контролю якості лікарських засобів під час оптової та роздрібної торгівлі: наказ Міністерства охорони здоров'я

України від 29.09.2014 №677. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1515-14#Text>

46. Про затвердження Методичних рекомендацій ведення обліку лікарських засобів та медичних виробів у закладах охорони здоров'я: Закон України від 09.09.2014 № 635 (редакція станом на 24.06.2019). База даних «Законодавство України». URL: [https:// zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0635282-14](https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0635282-14).

47. Продовження медичної реформи: що зміниться у 2019 році? [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://yur-gazeta.com/prodovzhennya-medichnoyi-reformi-shcho-zminitsya-u-2019-roci.html>.

48. Прокопець Л.В., Тодоріко І.М. Проблеми управління персоналом в закладах охорони здоров'я. Інфраструктура ринку. 2020. Випуск 42. С. 267–272.

49. Резнікова Н.В., Рубцова М.Ю. Проблема комерціалізації медичних послуг й дотримання конкуренції в сфері охорони здоров'я: механізми викривлення ринку та особливості їхньої протидії [Електронний ресурс]. Міжнародні відносини. Серія «Економічні науки». 2018. № 12. Режим доступу: http://journals.iir.kiev.ua/index.php/ec_n/article/view/3637

50. Ровенська В.В., Саржевська Є.О. Управління персоналом закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання та перспективи розвитку в Україні. Економічний вісник Донбасу. 2019. № 3(57). URL: [https://www.evd-journal.org/download/2019/3\(57\)/19-Rovenska.pdf](https://www.evd-journal.org/download/2019/3(57)/19-Rovenska.pdf)

51. Розіт Т.В., Слюніна Т.Л. Особливості обліку та аудиту в медичній сфері. Інфраструктура ринку. 2020. Випуск 43. С.450-454.

52. Смирнов С. О., Бикова В.Г. Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я. Управління розвитком. 2016. № 3. С. 78–83.

53. Степурко Т.Г. Задоволеність доступністю та якістю медичної допомоги в Україні, Польщі та Угорщині. Наукові записки НаУКМА. 2016. Т.187. С. 82–89.

54. Стефанишин Л. С. Теоретико-методичні основи застосування партисипативного управління закладом охорони здоров'я. Держава та регіони. Серія : Економіка та підприємництво. 2019. № 3. С. 160–166

55. Сучасна концепція забезпечення якості лікарських засобів: Колективна монографія / за наук. ред. Н. О. Ветютневої. Вінниця: ТОВ «Нілан-ЛТД», 2018. 400 с
56. Український медичний часопис. URL: <https://umj.com.ua/uk/novyna-216495-privatni-zakladi-ta-fop-u-programi-medichnih-garantij>
57. Урсол, Г. М., Скрипник, О.А., Василенко, О.М. Приватний сектор системи охорони здоров'я – активний резерв підвищення доступності та якості надання медичної допомоги: досвід Кіровоградської області. Буковинський медичний вісник. 2014. Т. 18, № 4 (72). С. 177–181.
58. Фармацевтична енциклопедія. URL: <https://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/2078/likarskij-prepara-t>
59. Харченко Т.О., Сиза А.Д. Особливості формування кадрового потенціалу в організаціях медичної сфери обслуговування України. 2017. Східна Європа: економіка, бізнес та управління. Випуск 6 (11). С. 185–188.
60. Шафранський, В. В. Європейська політика «Здоров'я-2020»: використання науково обґрунтованих стратегій для отримання позитивних результатів. Економіка і право охорони здоров'я. № 1 (3). 2016. С. 44–48.
61. Шумкова, О. В. Особливості сегментації споживачів на ринку медичних послуг. Приазовський економічний вісник. 2020. 4 (21). С.76–80.
62. Щербак М. О., Кравченко О. О. Публічне адміністрування і управління медичним закладом підвищеної комфортності та якості надання медичних послуг. Інвестиції: практика та досвід. 2021. № 20. С. 101–108.
63. Юринець З. В., Петрух О.А. Напрями державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України. Інвестиції: практика та досвід. 2018. № 22. С. 116–121.
64. Ягельська, К. Ю. (2020). Державна медицина vs приватна: у пошуках ефективного організаційного інструментарію системи охорони здоров'я у контексті економічної взаємодії. Підприємництво і торгівля, (27), 76–81. <https://doi.org/10.36477/2522-1256-2020-27-14>
65. Янчак Я. Ефективний розвиток та функціонування ринку медичних послуг в умовах глобалізації та інтеграційних процесів у охороні здоров'я.

Вісник Національного університету «Львівська політехніка». Серія: Юридичні науки. 2017. № 876 (15). С. 227–235.

66. Яремко І.І. Підвищення ефективності механізмів управління закладами сфери охорони здоров'я. Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення та проблеми ринку. 2021. №2(6). С. 127–139.

67. FOODICINE. URL: <https://foodicine.com.ua>

68. Kulkarni U., Dalvi K., Moghe V.V. African Journal of Pharmacy and Pharmacology. 2009. Vol. 3, №8. P. 362-367.

69. Ukrainian Business Award. URL: <https://uba.top/medical/>

70. Wealth Management Digitalization changes client advisory more than ever before.
<https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/de/Documents/WM%20Digitalisierung.pdf>

71. Ziabina, Ye., Kwilinski, A. & Belik, T. (2021). HR management in private medical institutions. *Health Economics and Management Review*, 2(1), 30–36.