

ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ УПРАВЛІННЯ ТА ПРАВА
ІМЕНІ ЛЕОНІДА ЮЗЬКОВА

ФАКУЛЬТЕТ УПРАВЛІННЯ ТА ЕКОНОМІКИ

Кафедра: менеджменту, фінансів, банківської справи та страхування

МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня магістра

на тему: «Управлінський контроль в закладі охорони здоров'я

(на матеріалах КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради)»

Виконав: студент магістратури за спеціальністю

073 Менеджмент зі спеціалізацією
Організація і управління охороною
здоров'я

Самолюк Ігор Петрович

(прізвище та ініціали)

Керівник: Синчак В.П., доктор економічних наук, професор, професор кафедри менеджменту, фінансів, банківської справи та страхування

(науковий ступінь, вчене звання, прізвище та ініціали)

Рецензент: Головка Л.Л., к.м.н., директор КП «ХМЦПМСД2»

(науковий ступінь, вчене звання, прізвище та ініціали)

Анотація

Тема магістерської роботи «Управлінський контроль в закладі охорони здоров'я (на матеріалах КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради)».

Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел в кількості 56 (вказаних за порядком посилання). Загальний обсяг роботи становить 112 сторінок, на яких подано 5 рисунків, 8 таблиць, 15 додатків.

Об'єкт дослідження – процеси розвитку та реалізації управлінського контролю в закладах охорони здоров'я.

Метою роботи є виявлення особливостей управлінського контролю в закладі охорони здоров'я та обґрунтування рекомендацій щодо його вдосконалення.

У першому розділі магістерської роботи розкрито теоретичні засади управлінського контролю в закладі охорони здоров'я, сутність управлінського контролю та його складові.

У другому розділі проаналізовано сучасний стан, організацію і характеристику управлінського контролю в закладі охорони здоров'я на матеріалах КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради.

У третьому розділі запропоновано напрями вдосконалення управлінського контролю в КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради.

У магістерській роботі представлені висновки дослідження управлінського контролю в КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради та надані практичні рекомендації щодо вдосконалення управлінського контролю в закладі.

Ключові слова: управлінський контроль, внутрішній контроль, заклад охорони здоров'я, удосконалення управлінського контролю.

Abstract

The topic of the master's thesis is «Management control in a healthcare institution (based on the materials of Municipal Enterprise «Khmelnyskyi City Center for Primary Health Care №2» of Khmelnyskyi City Council).

The thesis presents the findings of the study of management control in this institution and provides practical recommendations for improving management control in it.

Keywords: management control, internal control, healthcare institution, improvement of management control.

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІНСЬКОГО КОНТРОЛЮ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	8
1.1. Сутність управлінського контролю та його складові.....	8
1.2. Управлінський контроль як функція менеджменту в організації.....	15
РОЗДІЛ 2. СУЧАСНИЙ СТАН УПРАВЛІНСЬКОГО КОНТРОЛЮ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	26
2.1. Організація та загальна характеристика управлінського контролю в закладі охорони здоров'я.....	26
2.2. Інформаційне забезпечення управлінського контролю в закладі охорони здоров'я.....	43
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІНСЬКОГО КОНТРОЛЮ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	47
3.1. Розвиток диджиталізації в управлінському контролі.....	47
3.2. Розробка та обґрунтування заходів з удосконалення управлінського контролю в закладі охорони здоров'я.....	54
ВИСНОВКИ.....	66
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	69
ДОДАТКИ.....	75

Актуальність теми. Після старту медичної реформи заклади охорони здоров'я зазнають кардинальних змін. Спостерігається покращення матеріально-технічного стану: проводяться ремонти, заклади забезпечуються сучасним обладнанням, застосовуються новітні технології, але фінансування здійснюється згідно з кількістю обслуговуваного населення та обсягів наданих медичних послуг. Водночас зростають вимоги до якості надання медичної допомоги. Такі зміни вимагають вдосконалення управлінського контролю в закладах охорони здоров'я. Прийняття управлінських рішень вимагає проведення ґрунтовного аналізу всіх структурних компонентів, виявлення проблемних аспектів і здійснення заходів щодо їх корегування.

Удосконалення управлінського контролю сприятиме покращенню якості надання медичної допомоги, зменшенню захворюваності та смертності населення, посиленню конкурентоздатності закладу, збереженню і накопиченню коштів.

Вивчення різних джерел свідчить про інтерес багатьох науковців в Україні до проблеми управлінського контролю включно з контролем у закладах охорони здоров'я. Теоретичні основи управління та менеджменту висвітлили у своїх працях науковці: О. Баєва[2], А. Бардась[14], Р. Волошин[1], О. Гуторова[4], Ю. Дідок[15], О. Косіюк[8], Н. Краснокутська[5], Т. Назарчук[8], Х. Новікова [6], С. Поважний[16] та ін. Внутрішній контроль економічної діяльності промислового підприємства є предметом дослідження В. Максимової[18], облік і контроль у ринковій економіці – З. Гуцайлюка[17].

Питання управління та менеджменту закладів охорони здоров'я досліджували Д. Арзянцева[3], Т. Єрошкіна[11], П. Клименко[12], М. Шкільняк[10] та ін. Компетентність менеджерів в системі охорони здоров'я досліджували В. Брич, Л. Ліштаба, П. Микитюк[13]. Кадрову політику у сфері охорони здоров'я України в контексті європейської інтеграції висвітлювали В. Короленко, Т. Юрочко[9]. Питання впровадження системи управління якістю у лікувально-профілактичних організаціях ISO 9001:2015

розглядали О. Бергілевич, В. Касянчук, О. Сміянова [31].

Однак, зважаючи на динамічні процеси реформування в медичній сфері, що спричиняють зміни в управлінні галуззю та в самій її структурі, сприяють появі нових підходів до інформаційного забезпечення менеджменту та контролювання якості надання медичних послуг в окремій медичній установі, виникає необхідність подальших наукових досліджень з викремлення актуальних напрямів і розробкою заходів з удосконалення управлінського контролю в закладах охорони здоров'я. Означені напрями дослідження зумовили вибір теми магістерської роботи, визначили її мету та завдання.

Мета дослідження полягає у виявленні особливостей управлінського контролю в закладі охорони здоров'я та обґрунтуванні рекомендацій щодо його вдосконалення.

Відповідно до зазначеної мети були визначені основні **завдання**:

- розкрити сутність та складові управлінського контролю для врахування його особливостей в умовах функціонування закладу охорони здоров'я;
- схарактеризувати контроль як функцію менеджменту для визначення його ролі та місця в управлінні закладом охорони здоров'я;
- проаналізувати стан управлінського контролю з урахуванням особливостей і практичних аспектів діяльності закладу охорони здоров'я;
- визначити рівень інформаційного забезпечення управлінського контролю для його посилення в управлінні закладом охорони здоров'я;
- сформулювати основні напрями розвитку диджиталізації в управлінському контролі для поліпшення якості медичних послуг в закладі охорони здоров'я;
- розробити та обґрунтувати заходи для удосконалення управлінського контролю з урахуванням розвитку закладу охорони здоров'я.

Об'єкт дослідження – процеси розвитку та реалізації управлінського контролю в закладах охорони здоров'я.

Предмет дослідження – теоретичні основи та практичні аспекти функціонування управлінського контролю в закладі охорони здоров'я.

Методи дослідження – теоретичне узагальнення для виявлення загальних рис об'єкту дослідження. Зокрема, було використано метод статистичного аналізу для встановлення закономірностей стану і планування розвитку управлінського контролю в закладі охорони здоров'я; графічний і табличний метод – для відображення показників і процесів у вигляді схем і таблиць, метод анкетного спостереження використано при проведенні соціологічного опитування для отримання необхідної інформації про якість управлінського контролю.

Інформаційну базу дослідження складають законодавчі та нормативно-правові акти; дані Міністерства охорони здоров'я України; інформація практичної діяльності закладу охорони здоров'я (звіти керівника, фінансові та кадрові документи, накази тощо), монографічні і науково-практичні видання; матеріали всеукраїнських і міжнародних науково-практичних конференцій; власні аналітичні розрахунки.

Апробація результатів дослідження. Окремі положення та отриманні результати магістерської роботи були оприлюднені на Міжнародній науково-практичній конференції «Деякі аспекти реалізації управлінського контролю в закладі охорони здоров'я» (26 листопада 2021 року, м. Одеса).

Практична значущість. У магістерській роботі запропоновані заходи та шляхи удосконалення управлінського контролю в КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради. Їх реалізація допоможе покращити якість надання медичної допомоги, збільшить кількість підписаних декларацій та поліпшить фінансування закладу, дасть можливість покращити роботу структурних підрозділів, сприятиме раціональному використанню фінансових ресурсів та заощадженню обігових коштів. Виконання завдань з удосконалення управлінського контролю дозволить покращити ефективність в діяльності закладу охорони здоров'я в довгостроковій перспективі.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІНСЬКОГО КОНТРОЛЮ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутність управлінського контролю та його складові

У процесі господарської діяльності організації виникає потреба в оцінюванні результатів її діяльності. В розрізі управлінського процесу така робота проводиться в межах окремої функції менеджменту – функції контролювання. Вона належить до тих обов'язків керівника, які не підлягають делегуванню. На практиці здійснюється контроль і третіми особами, тобто управлінцями, що спеціалізуються виключно на контролі. Вони вирішують, які види контролю необхідні фірмі, розробляють і впроваджують системи контролю та вживають заходів, що ґрунтуються на отриманій інформації [1].

О. Баєва наголошує, що контроль – це процес регулювання організаційної діяльності шляхом постійного спостереження за виробничою діяльністю та усунення відхилень, що при цьому виникають. Контролювання – функція менеджменту, спрямована на забезпечення досягнення цілей організації за допомогою оцінювання та аналізу результатів її діяльності, виявлення відхилень фактичних результатів від запланованих та внесення необхідних коректив. [2, с. 222].

Для будь-якого контролю характерні такі компоненти: об'єкт і суб'єкт контролю; процес контролю; результат контролю. Види контролю розрізняють за: ступенем охоплення роботи (вибірковий і суцільний); формою (відкритий і таємний); джерелом використання інформації (документальний контроль і візуальний (натуральний) контроль); характером відносин (внутрішній і зовнішній контроль); сутністю завдання (лінійний контроль, функціональний контроль, операційний контроль); якісними характеристиками (одиничний, множинний, багатофункціональний); змістом (фінансовий контроль, виробничий

контроль, маркетинговий контроль); етапами діяльності (попередній, поточний, завершальний)[2, с. 225-226].

За О. Баєвою, фінансовий контроль – полягає у нагляді за використанням коштів, щонадходять у фірму (виторг від реалізації продукції, акціонерний капітал); перебувають у розпорядженні організації (поточні активи, нерозподілений прибуток); виходять за межі фірми (оплата витрат, сплата податків). Фінансовий контроль передбачає оцінювання ефективності використання фірмою своїх ресурсів, рівня прибутковості та рентабельності; оцінювання платоспроможності фірми, її фінансової стійкості; визначення межі, до якої фірма може здійснювати фінансування шляхом позичкових коштів[2, с. 227].

Р. Волошин визначає, що основними інструментами фінансового контролю є: бюджетний контроль, фінансовий аналіз, контролінг, аудит.

Бюджетний контроль – аналітичний інструмент, який передбачає зіставлення реальних результатів із зображеними у бюджеті з метою аналізу розбіжностей, інформування керівництва про результати аналізу, розроблення рекомендацій щодо регульовальних заходів, оцінювання результатів роботи керівників, відповідальних за різні бюджети.

Фінансовий аналіз – аналітичний інструмент оцінювання фінансових результатів діяльності підприємства, спрямований на виявлення резервів поліпшення використання його основних і оборотних засобів, власних і залучених грошових коштів.

Контролінг – система управління процесом досягнення кінцевої мети підприємства та результатів його діяльності через систему управління прибутком підприємства.

Аудит є незалежною оцінкою бухгалтерської, фінансової та операційної систем, і містить в собі системний процес отримання й оцінювання об'єктивних даних про економічні дії та процеси, що відбуваються на підприємстві, їх відповідність певному критерію та доведення наслідків перевірки до зацікавлених користувачів[1, с. 75].

За Д. Арзянцевою, контроль як одна з функцій менеджменту обумовлений тим, що фінансам як економічній категорії властива не тільки розподільча функція, але і контрольна. Аудит використання фінансових ресурсів охоплює фінансовий контроль, оцінку ефективності фінансових планів (бюджету), забезпечення управлінського обліку[3].

О. Гуторова вважає, що основними складовими системи фінансового контролю є фінансовий аналіз, бюджетування, аудит. До фінансового аналізу вона відносить аналіз фінансової звітності організації; аналіз фінансових коефіцієнтів; аналіз беззбитковості. Для оцінки такої діяльності організації використовують такі документи фінансової звітності: баланс; звіт про прибутки та збитки; звіт про рух готівки. Для інтерпретації результатів діяльності організації використовують декілька груп фінансових коефіцієнтів, до яких відносять: коефіцієнти ліквідності; коефіцієнти платоспроможності; коефіцієнти прибутковості (рентабельності). Аналіз беззбитковості проводиться для з'ясування, якими мають бути обсяги продаж продукції організації, щоб досягти прибутковості. Бюджетування – один з основних засобів планування і контролю за діяльністю підрозділів в організації. Бюджетами визначаються як планові, так і фактичні показники витрат (грошові кошти, активи, сировина і ресурси, заробітна плата) структурних одиниць організації. Щодо аудиту, то розрізняють зовнішній і внутрішній аудит. Зовнішній аудит проводиться зовнішньою незалежною аудиторською організацією і спрямований на перевірку фінансової звітності. Внутрішній аудит окрім фінансової перевірки додатково оцінює операційну діяльність організації та опрацьовує рекомендації щодо її удосконалення[4, с. 185].

За О. Баєвою, виробничий контроль – забезпечує нагляд за процесами трансформації вихідних ресурсів фірми у готовий продукт. Види виробничого контролю: контроль виконання виробничої програми – інструмент оперативного управління, який застосовується для нагляду за перебігом виробничих процесів, забезпечення їх ритмічності та виконання запланованих обсягів робіт у встановлені терміни; контроль руху та

використання матеріальних ресурсів(управління запасами);контроль якості продукції – елемент системи виробничого контролю, що становить сукупність органів контролю,засобів і методів контролювання рівня якості продукціїна всіх етапах її створення. Світова практикауправління якістю здебільшого використовує систему управлінняякістю за стандартами ISO серії 9000 і систему загальногоуправління якістю – TQM.[2, с. 227].

Н. Краснокутська в залежності від суб'єктів господарювання, напрямів їх діяльності і особливостей формування розрізняє державний, внутрішній, громадський контроль і аудит. Державний контроль здійснюється спеціальними державними органами, які діють в усіх галузях національної економіки. Внутрішній контроль може проводитися як керівництвом, спеціальними контрольними службами, так й іншими посадовими особами господарюючого суб'єкта і виступає складовою частиною системи корпоративного управління. Громадський контроль є самим масовим видом контролю і здійснюється контрольними органами громадськості. Аудит здійснюється аудиторськими фірмами і є незалежним фінансовим контролем. [5, с. 110].

О. Баєва визначає етапи управлінського контролю: попередній (превентивний) контроль – функція менеджменту, що реалізується через правила, процедури, з метою перевірки якості вхідних потоків і дає змогу запобігти виникненню проблем при виконанні завдань, які постають перед організацією. Документаційним обґрунтуванням цього виду контролю виступають посадові інструкції, правила внутрішнього розпорядку, тощо. Здійснюється він у трьох ключових напрямках: людські ресурси; матеріальні ресурси; фінансові ресурси.

Поточний контроль – моніторинг поточної діяльності організації, спрямований на перевірку дотримання стандартів, протоколів, нормативних показників, правил, інструкцій, положень щодо виконання робочих завдань та поведінки співробітників. Остаточний контроль – контроль кінцевого стану виконаних робіт. Фактичні результати

порівнюються з плановими, використовуються для прогнозування діяльності організації та сприяють мотивації праці персоналу. Як і поточний контроль, це контроль зі зворотним зв'язком [2, с. 228-229].

Важливість контролю в системі управління діяльністю підприємства визначали ще такі іноземні науковці, як А. Аренс та Дж. К. Лоббек. Вони вважають, що контроль забезпечує керівництво точною інформацією. Контроль допомагає зберегти активи та документи підприємства, забезпечити ефективну господарську діяльність відповідно до встановлених облікових принципів. Науковці до передумов виникнення функції контролю відносять: невизначеність, попередження кризових явищ, підтримання успіху, прагнення підвищити інвестиційну привабливість та конкурентоспроможність підприємства. Л. Дікань визначає, що саме контроль є найважливішою функцією управління та виступає засобом зворотного зв'язку між об'єктом управління і системою управління та інформує останню про дійсний стан керованого об'єкта [6].

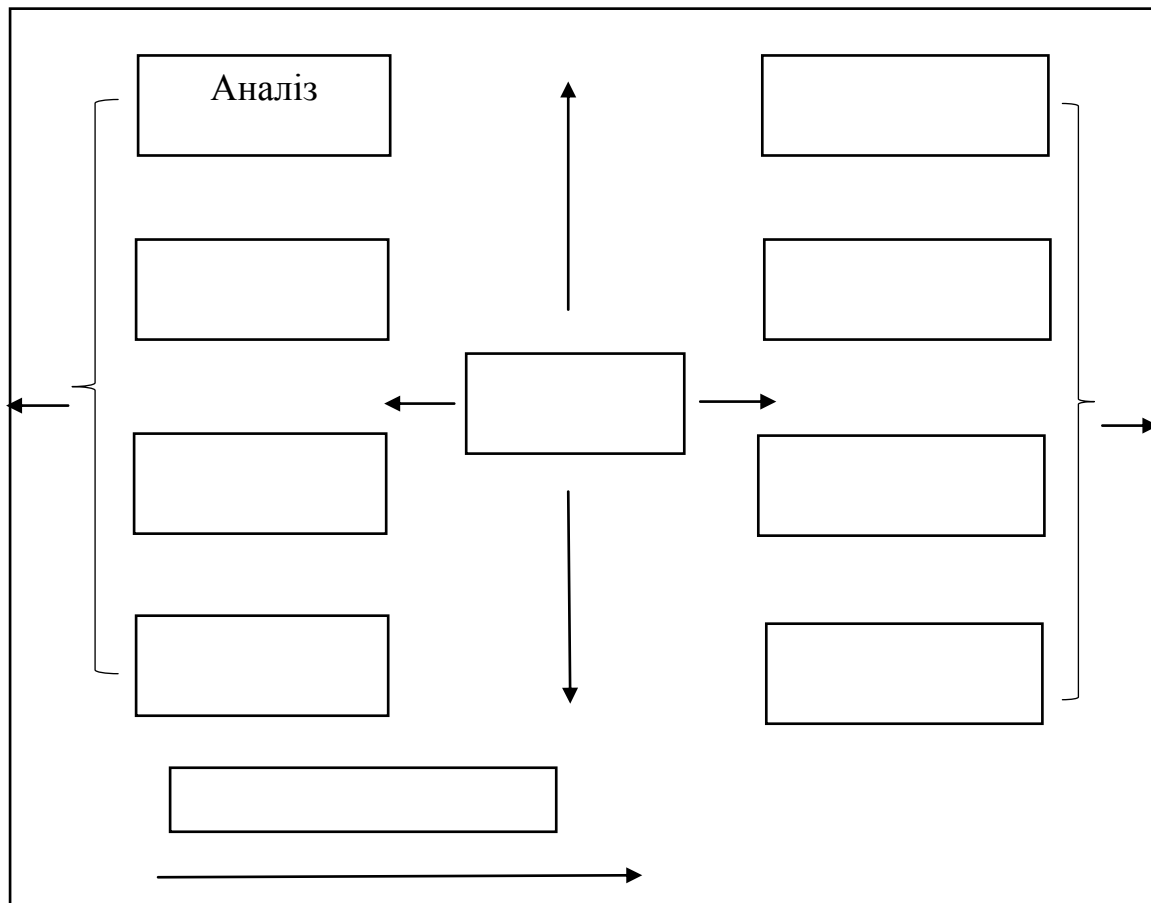


Рисунок 1.1. Місце функції контролю серед функцій управління

Примітка. Розроблено заданими джерела [6].

Згідно з рис. 1.1. видно, що кожна з функцій управління є похідною від контролю. Це можна пояснити тим, що прийняття управлінських рішень базується на інформації, яка отримана за результатами контролю. Він виступає не лише важелем для встановлення чи уточнення цілей управлінської діяльності, але й забезпечує її дієвість. В управлінні контроль підтримує взаємодію і взаємозв'язок різних видів діяльності в межах підприємства і окремих його підрозділів, стимулює її ефективність і результативність шляхом активного впливу на підконтрольні об'єкти [6].

За змістом управлінський контроль поділяється на: контроль ефективності порівняння витрат та результатів, маркетинговий контроль, фінансовий контроль і контроль персоналу (рис 1.2.):

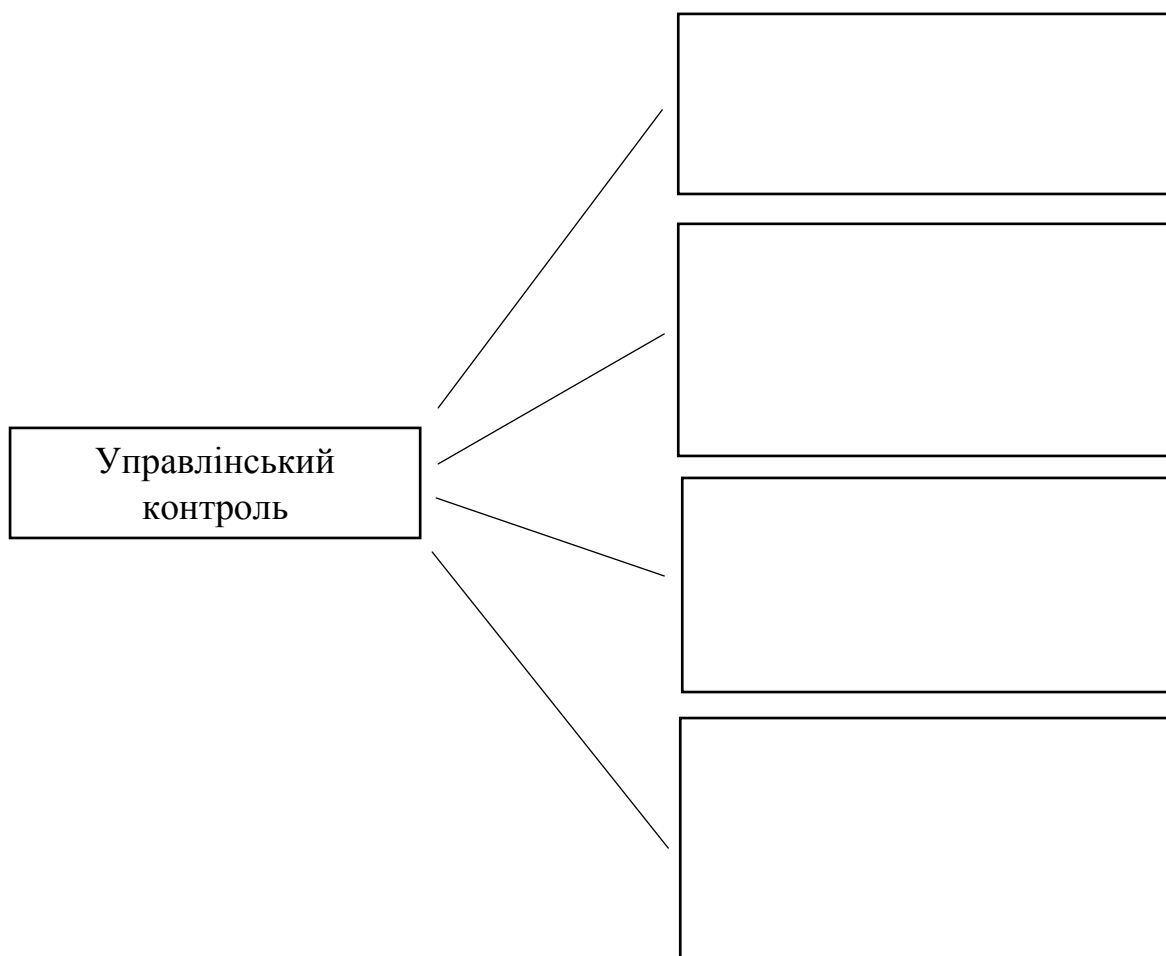


Рисунок 1.2. Управлінський контроль за змістом

Примітка. Розроблено заданим джерелом [7].

Т. Назарчук, розглядаючи людину як об'єкт управлінського службового контролю, стверджує, що такий контроль здійснюється шляхом контролю виконання службових обов'язків. Оцінювання персоналу – це процедура, за допомогою якої виявляється ступінь відповідності якостей працівника, його трудової поведінки, результатів діяльності певним вимогам. Процес оцінювання виконання повинен ініціюватися керівництвом організації, йти зверху вниз, поширюватися на всю організацію і торкатися кожного працівника стосовно індивідуального виконання ним посадових обов'язків. Принципові елементи процесу оцінювання персоналу мають загальний характер і містять такі етапи: встановлення стандартів виконання роботи; визначення цілей виконання роботи; оцінювання фактичного виконання роботи; порівняння фактичного виконання роботи зі стандартами; обговорення результатів оцінки з працівником; прийняття рішення щодо подальших коригувальних дій [8].

Управління персоналом – це практична діяльність, спрямована на визначення потреб організації у персоналі з урахуванням наявного кадрового складу, забезпечення організації якісним персоналом, регулювання процесів його раціонального використання, забезпечення організаційних, економічних та соціальних умов для ефективної та продуктивної роботи з метою досягнення цілей організації [9, с. 12].

При прийнятті менеджерами управлінських рішень необхідно враховувати весь спектр чинників, від яких залежить ефективність роботи організації. Ці чинники повинні враховуватися не тільки якісно, але й кількісно. Для цього використовують набір індикаторів безпеки функціонування організації, якими є: темп зміни обсягу продажу товарів, робіт і послуг, продуктованих організацією на ринок; темп втрати конкурентних переваг організації через агресивну стратегію конкурентів; темп зміни величини чистого прибутку,

що залишається в розпорядженні організації після сплати податків і обов'язкових платежів; темп зміни величини позикових засобів організації для забезпечення безперебійного функціонування; темп зміни постачання необхідних ресурсів; співвідношення величини позикових засобів і активів організації; відношення величини упущених організацією вигод через витік інформації чи дій конкурентів, що випереджають; можливий ступінь ризику, пов'язаний з обслуговуванням прийнятого набору стратегічних зон господарювання [10, с. 106-107].

Отже, можна сказати, що управлінський контроль є однією з основних, загальних функцій менеджменту, а для ефективної діяльності організації цей контроль, як і планування, має бути безперервним процесом, спрямованим на забезпечення досягнення цілей організації за допомогою оцінювання та аналізу результатів її діяльності, виявлення відхилень фактичних результатів від запланованих та внесення необхідних коректив.

1.2. Управлінський контроль як функція менеджменту в організації

Заклади охорони здоров'я – це складна соціально-економічна система, з матеріальними, фінансовими, трудовими ресурсами, що потребують ефективної реалізації регулювальних функцій менеджменту та маркетингу [11, с. 3].

Модель системного підходу до управління медичним закладом, представлена у вигляді схеми в дослідженні П. Клименка та В. Грабовського, міститься в додатку А магістерської роботи [12].

У системі охорони здоров'я менеджери – це перші керівники закладів охорони здоров'я та їхні заступники. Саме вони, розробляючи та приймаючи відповідні управлінські рішення, повинні реалізовувати головну мету, поставлену керівниками вищих органів управління (лідерами), і бути здатними самостійно приймати рішення відповідно до сучасних вимог [11, с. 35].

В. Брич, Л. Ліштаба, П. Микитюк визначають поняття «менеджер системи охорони здоров'я» як: це фахівець – професіонал, що поєднує в своїй

роботі навички раціональної економічної поведінки, володіє технологією управління персоналом та структурними підрозділами системи охорони здоров'я різних рівнів за умов перманентних змін відповідно до етичного кодексу лікаря та чинного законодавства[13, с. 14].

У закладі охорони здоров'я менеджери здійснюють діяльність, яку можна схарактеризувати як функції менеджменту.

А.Бардась, М. Бойченко, А. Дудник визначають функції менеджменту як види діяльності керівників, необхідні для управління організацією. В широкому розумінні менеджмент являє собою сукупність функцій, які описують дії керівників стосовно до підлеглих їм працівників. Дослідники виділяють методологічні, загальні та спеціальні функції менеджменту[14, с. 98]. Методологічні функції менеджменту показують сутність менеджменту як науки і полягають у формуванні методології науки управління, виявленні причинно-наслідкових зв'язків між елементами організаційної системи та чинниками середовища діяльності організації, розробці інструментарію управлінських дій та створенні нових знань про управління організаціями.

До загальних функцій менеджменту відносять планування, організування, мотивування та контролювання.

Конкретизація різних спеціальних функцій пов'язана із визначенням матеріальних і нематеріальних ресурсів, з якими взаємодіє організація в процесі діяльності. Для реалізації таких спеціальних функцій часто створюються спеціалізовані підрозділи, які об'єднують фахівців, що мають відповідну освіту і досвід роботи у визначеній сфері[14, с. 98-101].

Ю. Дідок, Д. Карамишев, І. Кононов поділяють функції менеджменту на загальні (беруть участь у здійсненні будь-якого управлінського процесу; обов'язкові до виконання в будь-якій організаційній системі; не пов'язані зі специфікою об'єкта) та конкретні (забезпечують здійснення управлінського процесу для певного об'єкта, процесу, або рівня ієрархії; пов'язані зі специфікою об'єкта управління). Поширений склад основних функцій менеджменту містить прогнозування, планування, організацію, координацію,

регулювання, мотивацію, облік, аналіз, контроль; скорочений – планування, організацію, мотивацію, контроль [15, с. 28-29].

Контроль є останнім етапом реалізації функції управління, що його забезпечує, завершуючи черговий цикл обороту функцій і готуючи основу для постановки нових цілей і відповідних їм завдань, виходячи зі зміненого стану керованого об'єкта (організації). Контроль забезпечує правдивість інформації, якою користується управління, та виявляє відхилення (або їх відсутність) результатів діяльності від встановлених раніше параметрів [16, с. 3].

Кожна із функцій управління похідна від контролю, оскільки прийняття рішень – планових, організаційних, координаційних – ґрунтується на інформації, отриманій у результаті контролю. Контроль – основа не тільки для визначення чи уточнення цілей виконавчої діяльності, а й для стимулювання їх виконання, тобто контроль корелює дієвість [17, с. 145].

Контроль в інтеграції з функціями планування, обліку та аналізу створює інформаційні можливості для життєдіяльності управлінського циклу. Останнє є визначальним при розгляді місця й ролі внутрішнього контролю в управлінні фінансово-господарською діяльністю підприємства. Значення контролю значно зростає там, де контрольні елементи введені в обов'язки безпосередніх виконавців і службовців різних управлінських підрозділів – виникає можливість здійснення оперативного контролю, усунення виявлених відхилень і досягнення поставлених цілей. На відміну від зовнішнього контролю, здійснюваного контрольними-ревізійними службами, котрі запрограмовані на виконання остаточного контролю за звітними показниками, внутрішній контроль має справу безпосередньо з економічними процесами, використанням ресурсів і отриманням результатів [18, с. 7].

Об'єктами внутрішнього контролю можуть бути: людські, фінансові, матеріальні, нематеріальні, інформаційні ресурси, інвестиції, засоби та системи автоматизації, технічні ресурси, системи захисту матеріальних і інформаційних ресурсів, управлінські рішення, процеси, окремі господарські операції, витрати,

результати діяльності, організаційні форми управління, методи управління, функції управління, підсистеми менеджменту, та ін.[18].

У системі внутрішнього контролю за впливом на підконтрольний об'єкт можна виділити метод контролю, що застосовуються адміністрацією; методи контролю, здійснювані бухгалтерією; методи контролю, котрі входять до функціональних обов'язків колективу відповідного підрозділу, служби; методи контролю, що їх використовує безпосередньо виконавець роботи. Часто у менеджменті різносторонній вплив через застосування окремих методів чи їх сукупності для здійснення контрольних процедур формулюють як окремі види контролю – адміністративний контроль, бухгалтерський контроль, колективний (суспільний) контроль, індивідуальний контроль [18].

Отже, В. Максимова визначає метод внутрішнього економічного контролю як сукупність специфічних засобів, які використовуються при додержанні відповідних принципів для вивчення законності, доцільності, правдивості фінансово-господарських операцій на основі облікової, звітної, нормативної та іншої інформації у сполученні з дослідженням фактичного стану підконтрольних об'єктів [18].

Питання внутрішнього контролю діяльності державних підприємств, установ, організацій наразі набули неабиякого значення. Ще в схваленій розпорядженням Кабінету Міністрів України від 24.05.2005 р. №158-р Концепції державного внутрішнього фінансового контролю визначено, що внутрішній контроль – це управлінський контроль, метою якого є допомогти керівництву в управлінні і виконанні завдань на постійній основі [19].

Постановою Кабінету Міністрів України від 28.09.2011 р. № 1001 було затверджено Порядок здійснення внутрішнього аудиту та утворення підрозділів внутрішнього аудиту, який визначив механізм утворення у державних органах структурних підрозділів внутрішнього аудиту та питання їх діяльності [20].

Постановою Кабінету Міністрів України від 12.12.2018 р. № 1062 внесено зміни до постанови Кабінету Міністрів України від 28 вересня 2011 р. № 1001 «Деякі питання утворення структурних підрозділів внутрішнього аудиту та

проведення такого аудиту в міністерствах, інших центральних органах виконавчої влади, їх територіальних органах та бюджетних установах, які належать до сфери управління міністерств, інших центральних органів виконавчої влади» і затверджено Основні засади здійснення внутрішнього контролю розпорядниками бюджетних коштів[21].

Ці Основні засади визначили принципи та елементи внутрішнього контролю, питання організації і здійснення внутрішнього контролю розпорядниками бюджетних коштів у своїх установах і на підприємствах, в установах та організаціях, що належать до сфери управління таких розпорядників бюджетних коштів[21].

Щодо сутності понять «внутрішній контроль» та «внутрішній аудит», то їх визначає Бюджетний кодекс України. Внутрішнім контролем є комплекс заходів, що застосовуються керівником для забезпечення дотримання законності та ефективності використання бюджетних коштів, досягнення результатів відповідно до встановленої мети, завдань, планів і вимог щодо діяльності розпорядника бюджетних коштів і підприємств, установ та організацій, що належать до сфери його управління.

Внутрішнім аудитом є діяльність, спрямована на удосконалення системи управління, внутрішнього контролю, запобігання фактам незаконного, неефективного та нерезультативного використання бюджетних коштів, виникненню помилок чи інших недоліків у діяльності розпорядника бюджетних коштів і підприємств, установ та організацій, що належать до сфери його управління, та яка передбачає надання незалежних висновків і рекомендацій. Для здійснення внутрішнього аудиту розпорядник бюджетних коштів в особі керівника утворює самостійний структурний підрозділ внутрішнього аудиту, що є підпорядкованим і підзвітним безпосередньо такому керівнику[22].

Компоненти внутрішнього аудиту в закладі охорони здоров'я представлені в додатку Б до магістерської роботи[23, с. 15].

Отже, відповідно до Основних засад здійснення внутрішнього контролю розпорядниками бюджетних коштів, керівник установи організовує та забезпечує здійснення внутрішнього контролю відповідно до цих Основних засад та актів законодавства, що регулюють питання планування діяльності установи, бюджетного процесу, управління бюджетними коштами, об'єктами державної власності та іншими ресурсами, організації та ведення бухгалтерського обліку, складення та подання звітності, надання адміністративних послуг, здійснення контрольних-наглядових функцій, здійснення закупівель товарів, робіт і послуг, проведення правової роботи, роботи з персоналом, діяльності із запобігання та виявлення корупції, забезпечення режиму секретності та інформаційної безпеки, захисту інформації в інформаційних, телекомунікаційних та інформаційно-телекомунікаційних системах, організації документообігу, включно з електронним документообігом та управлінням інформаційними потоками, взаємодією із засобами масової інформації та громадськістю, розв'язанням інших питань, пов'язаних із функціонуванням установи[21].

Наказом Міністерства фінансів України від 14.09.2012 р. № 995 затверджено Методичні рекомендації з організації внутрішнього контролю розпорядниками бюджетних коштів у своїх закладах та у підпорядкованих бюджетних установах. Згідно з ними організація та здійснення внутрішнього контролю в установі відбувається шляхом видання/затвердження керівниками установ внутрішніх документів, спрямованих на належне функціонування внутрішнього середовища, забезпечення здійснення управління ризиками, вжиття заходів контролю, налагодження комунікації та обміну інформацією в установі та здійснення моніторингу тощо; виконання функцій та завдань керівниками структурних підрозділів та працівниками установи, визначених актами законодавства та внутрішніми документами, виданими/затвердженими керівником установи, інформування керівництва про ризики, що виникають під час виконання покладених на них завдань і функцій, вжиття відповідних заходів контролю та моніторингу, обміну інформацією тощо; оцінки

функціонування системи внутрішнього контролю підрозділом внутрішнього аудиту в межах повноважень, визначених законодавством, надаючи керівникові установи об'єктивних і незалежних висновків щодо її удосконалення. Заходами контролю є сукупність запроваджених в установі управлінських дій, які здійснюються керівництвом усіх рівнів та працівниками для впливу на ризики з метою досягнення мети та стратегічних цілей установи[24].

Міністерством охорони здоров'я України видано Наказ від 22 квітня 2021 р. № 794 «Про деякі питання організації внутрішнього контролю в Міністерстві охорони здоров'я України», яким затверджено Інструкцію з організації та здійснення внутрішнього контролю в МОЗ України, на підприємствах, установах та організаціях, що належать до сфери управління МОЗ України[25].

Слід зазначити, що головним у діяльності організації охорони здоров'я є надання якісної медичної допомоги, адже в умовах реформування сфери охорони здоров'я важливого значення набуває проблема підвищення якості власне системи управління закладами охорони здоров'я, основною метою якого є забезпечення його спроможності надавати якісну медичну допомогу в достатньому для споживача обсязі[26, с. 276].

Система організації контролю якості надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я міститься в додатку В до магістерської роботи[26].

Питання управління якістю надання медичних послуг є надзвичайно важливим і розлогим та потребує окремого дослідження. Однак не можемо не звернути увагу на певні законодавчі акти у цій сфері. Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 05.02.2016 р. № 69 затверджено «Положення про медичну раду закладу охорони здоров'я», яке визначає порядок проведення внутрішнього контролю якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування. Медична рада є постійним консультативно-дорадчим органом закладу охорони здоров'я[27].

Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 р. № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України» затверджено «Методику розробки та впровадження медичних стандартів медичної допомоги на засадах доказової медицини»; «Методику розробки системи індикаторів якості медичної допомоги»; «Положення про мультидисциплінарну робочу групу з розробки медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини»; «Положення про реєстр медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги»[28].

Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 р. № 752 затверджено «Порядок контролю якості медичної допомоги», де визначено, що якість медичної допомоги – надання медичної допомоги та проведення інших заходів щодо організації надання закладами охорони здоров'я медичної допомоги відповідно до стандартів у сфері охорони здоров'я. Оцінка якості медичної допомоги – визначення відповідності наданої медичної допомоги встановленим стандартам у сфері охорони здоров'я. Контроль якості надання медичної допомоги здійснюється шляхом застосування методів зовнішнього та внутрішнього контролю якості медичної допомоги, самооцінки медичних працівників, експертної оцінки, клінічного аудиту, моніторингу системи індикаторів якості, атестації/сертифікації відповідно до вимог чинного законодавства України та законодавства Європейського Союзу[29].

Внутрішній контроль якості надання медичної допомоги здійснюється керівництвом закладів охорони здоров'я та/або медичними радами закладів охорони здоров'я в межах повноважень, визначених законодавством, зокрема шляхом контролю за кваліфікацією лікарів, молодших спеціалістів з медичною освітою та професіоналів з вищою немедичною освітою, які працюють у закладі охорони здоров'я; самооцінки медичних працівників; організації надання медичної допомоги у закладі охорони здоров'я; моніторингу реалізації управлінських рішень; моніторингу дотримання структурними підрозділами

закладу охорони здоров'я стандартів у сфері охорони здоров'я, клінічних протоколів; моніторингу системи індикаторів якості медичної допомоги; вивчення думки пацієнтів щодо наданої медичної допомоги[29].

Зовнішній контроль якості надання медичної допомоги здійснюється органами державної виконавчої влади в межах повноважень, визначених законодавством, зокрема шляхом контролю за дотриманням ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики, проведення акредитації закладів охорони здоров'я, атестації лікарів, молодших спеціалістів з медичною освітою, професіоналів з вищою немедичною освітою, які працюють у системі охорони здоров'я, проведення клініко-експертної оцінки якості та обсягів медичної допомоги[29].

Управління якістю – це діяльність, що спрямована на встановлення певного порядку та стандартів, моніторинг та покращання якості роботи таким чином, щоб медична допомога, що надається, була найбільш результативною та безпечною. Система управління якістю медичної допомоги складається з наступних блоків: формування умов для підвищення якості медичної допомоги; формування системи контролю якості медичної допомоги; прийняття управлінських рішень, які спрямовані на підвищення ефективності та якості медичної допомоги[30].

Якість медичних послуг може бути визначена як виконання професійних стандартів медичної допомоги і відповідність наданої медичної допомоги очікуванням пацієнта за запровадженням вимог стандарту ISO 9001. В Україні вимоги стандартів серії ISO 9000 поширюються з 2001 р., коли Україна увійшла до ISO – Міжнародної організації зі стандартизації. У 2009 р. в Україні прийнято стандарт ДСТУ ISO 9001-2009 «Системи управління якістю. Вимоги» – національний аналог міжнародного стандарту. На його основі на підприємстві розробляють та впроваджують систему управління якістю як складову частину загальної системи управління підприємством[31, с. 23].

Наразі в Україні згідно з наказом Національного органу по стандартизації № 221 від 31.12.2015 р. з 01.07.2016 р. є чинними ДСТУ ISO 9001:2015 (ISO

9001:2015, IDT) «Системи управління якістю. Вимоги» та ДСТУ ISO 9000:2015 (ISO 9000:2015, IDT) «Системи управління якістю. Основні положення та словник термінів». Стандарт ISO 9001 являє собою одну з моделей управління діяльністю організації з метою забезпечення її результативності. Одними з основних переваг застосування підходів ISO 9001 у системі управління підприємством є забезпечення якості продукції та послуг, що дозволяє підвищити задоволеність замовників, а також запровадження механізму постійного покращення системи управління та підвищення ефективності роботи співробітників на всіх рівнях. Міжнародний стандарт ISO 9001:2015 спрямований на використання «процесного підходу» при розробці, введенні та вдосконаленні результативності системи менеджменту якості з метою підвищення задоволеності споживачів[32].

Базові принципи системи управління якістю в ISO 9001:2015: орієнтованість на клієнта, лідерство, залучення людей, процесний підхід, поліпшення, ухвалення рішень на основі доказів, управління взаємовідносинами.

Ці принципи для наочності схематично зображені на рисунку 1.3.

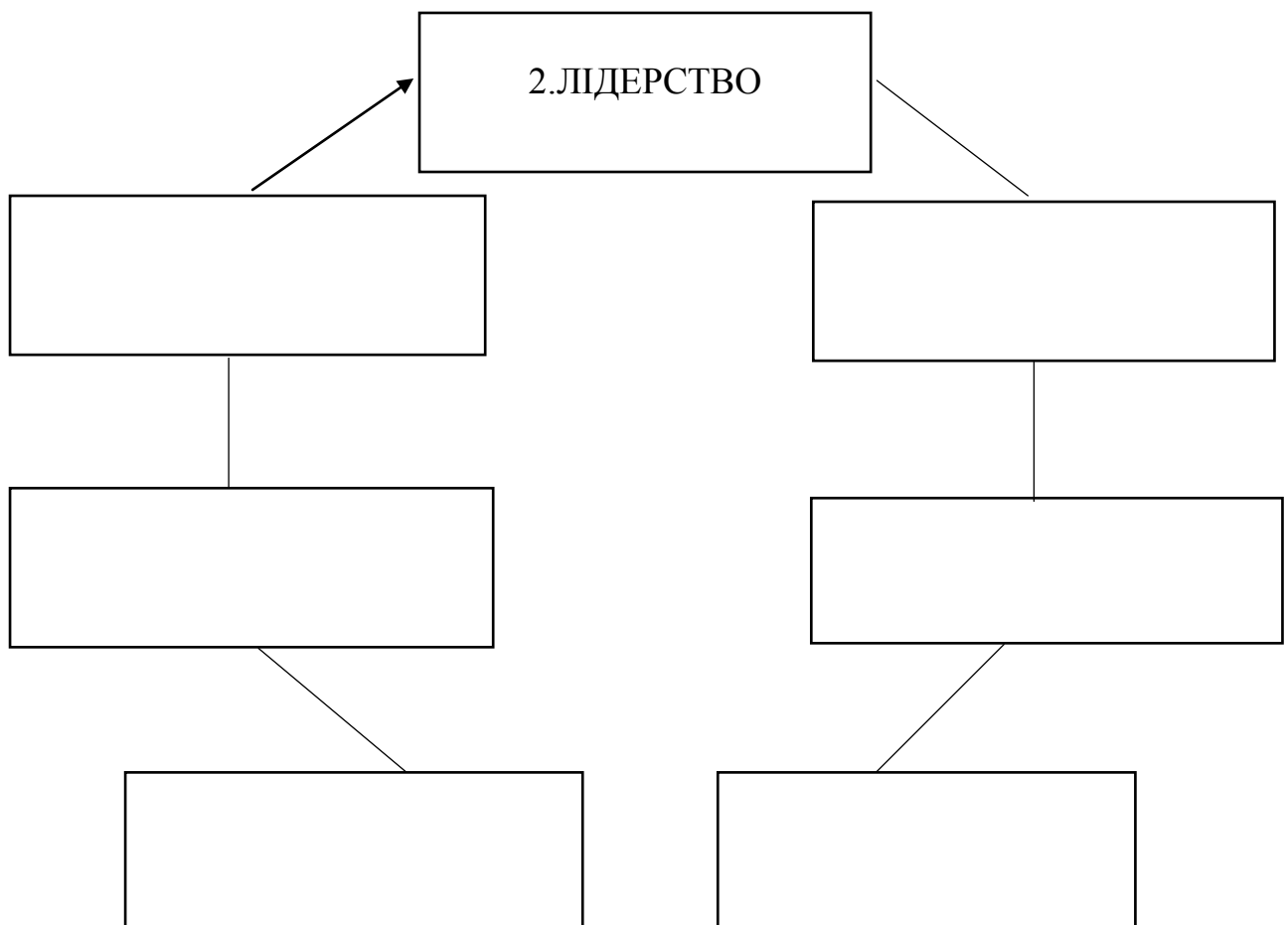


Рисунок 1.3. Принципи системи управління якістю згідно зі стандартом
ISO 9001:2015

Примітка. Розроблено заданими джерела [31, с. 75].

Отже, керівник закладу охорони здоров'я повинен забезпечувати високу якість медичних послуг. Для цього необхідно сформувати внутрішнє середовище організації, в якій працівники активно залучені до виконання зазначеного завдання [31, с. 80].

Управлінський контроль є однією з основних, загальних функцій менеджменту, а для ефективної діяльності організації цей контроль, як і планування, має бути безперервним процесом, спрямованим на забезпечення досягнення цілей організації за допомогою оцінювання та аналізу результатів її діяльності, виявлення відхилень фактичних результатів від запланованих та внесення необхідних коректив.

Виходить, що у закладах охорони здоров'я внутрішній контроль – це управлінський контроль, метою якого є допомога керівництву в управлінні та виконанні завдань на постійній основі.

Система внутрішнього контролю в закладах охорони здоров'я складається з взаємопов'язаних елементів: внутрішнє середовище, управління ризиками, заходи контролю, інформація та комунікація, моніторинг. Керівник закладу охорони здоров'я має забезпечувати належне функціонування та зв'язок усіх елементів внутрішнього контролю, а також створення і функціонування самостійного структурного підрозділу внутрішнього аудиту.

Визначальною в процесі надання медичних послуг закладами охорони здоров'я є якість таких послуг. Контроль якості надання медичної допомоги здійснюється шляхом застосування методів зовнішнього та внутрішнього контролю якості медичної допомоги, самооцінки медичних працівників,

експертної оцінки, клінічного аудиту, моніторингу системи індикаторів якості, атестації/сертифікації.

Моделлю управління діяльністю закладу охорони здоров'я може бути впровадження системи управління якістю ISO 9001:2015.

РОЗДІЛ 2. СУЧАСНИЙ СТАН УПРАВЛІНСЬКОГО КОНТРОЛЮ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Організація та загальна характеристика управлінського контролю в закладі охорони здоров'я

Управлінський контроль в закладі охорони здоров'я можна дослідити на матеріалах КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради (КП «ХМЦПМСД №2»).

КП «ХМЦПМСД №2» створене за рішенням Хмельницької міської ради шляхом перетворення Хмельницького міського центру первинної медико-санітарної допомоги № 2 в комунальне підприємство «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради і знаходиться за адресою: 29013, вул. Подільська, 54, м. Хмельницький [33; 34].

КП «ХМЦПМСД №2» є правонаступником усього майна, всіх прав та обов'язків Хмельницького міського центру первинної медико-санітарної допомоги №2, створеного рішенням Хмельницької міської ради від 20 липня 2016 року №78 «Про створення Хмельницьких міських центрів первинної медико-санітарної допомоги №1, 2», його засновником є територіальна громада міста Хмельницького в особі Хмельницької міської ради, а Управління охорони здоров'я Хмельницької міської ради є органом, який виконує функції уповноваженого органу управління [33; 34].

КП «ХМЦПМСД №2» є закладом охорони здоров'я – комунальним унітарним некомерційним підприємством, створеним для надання первинної медичної допомоги та здійснення управління медичним обслуговуванням населення, що постійно проживає (перебуває) на території міста Хмельницького, а також вжиття заходів з профілактики захворювань населення та підтримання громадського здоров'я, здійснює господарську некомерційну діяльність, спрямовану на досягнення соціальних та інших результатів без мети одержання прибутку [33; 34].

КП «ХМЦПМСД №2» є юридичною особою публічного права, надає медичні послуги на підставі ліцензії на медичну практику, організовує свою діяльність відповідно до фінансового плану та плану використання бюджетних коштів, затверджених уповноваженим органом управління [33; 34].

Ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики видано згідно з Наказом МОЗ України №1335 від 19.07.2018 р., реєстраційне досьє від 12.07.2018 р. №1207/01-М. Проведено акредитацію КП «ХМЦПМСД №2», присвоєно вищу категорію від 22.11.2019 р. по 22.11.2022 р. [35].

Управління КП «ХМЦПМСД №2» здійснюється відповідно до Статуту підприємства на основі поєднання прав засновника, уповноваженого органу управління та керівника підприємства, щодо господарського використання комунального майна і участі в управлінні трудового колективу. Засновник затверджує статут підприємства та зміни до нього, приймає рішення про реорганізацію та ліквідацію підприємства, здійснює інші повноваження, визначені законодавством. Уповноважений орган управління визначає основні напрямки діяльності КП «ХМЦПМСД №2», затверджує фінансовий план, план використання бюджетних коштів та контролює їхнє виконання, здійснює контроль за фінансовою (бюджетною) та штатною дисциплінами підприємства, погоджує створення філій, представництв, відділень, здійснює інші повноваження, визначені законодавством [33; 34].

Поточне керівництво підприємством здійснює керівник підприємства – директор, який призначається на посаду відповідно до чинного законодавства

України. Він призначає на посаду та звільняє з посади своїх заступників – медичних директорів, головного бухгалтера, керівників структурних підрозділів та інших працівників підприємства відповідно до чинного законодавства. Директор організовує роботу КП «ХМЦПМСД №2» щодо надання населенню, згідно з вимогами нормативно-правових актів, медичної допомоги, несе відповідальність за формування та виконання фінансового плану, плану використання бюджетних коштів і плану розвитку підприємства, результати його господарської діяльності, виконання показників ефективності діяльності підприємства, якість послуг, що надаються підприємством та здійснює інші повноваження, визначені законодавством. Структура підприємства, порядок внутрішньої організації та сфери діяльності структурних підрозділів підприємства затверджуються директором [33; 34].

Первинна медична допомога надається пацієнтам в амбулаторіях КП «ХМЦПМСД №2» і вдома сімейними лікарями, терапевтами та педіатрами. Амбулаторії є відокремленими структурними підрозділами КП «ХМЦПМСД №2», які надають первинну медичну допомогу прикріпленому населенню. Оснащення амбулаторій медичним обладнанням, інвентарем, засобами зв'язку, комп'ютерною технікою здійснюється відповідно до таблиця матеріально-технічного оснащення та інших нормативів, затверджених Міністерством охорони здоров'я. Керівництво амбулаторіями здійснюють лікарі загальної практики-сімейні лікарі з адміністративно-управлінськими обов'язками, які відповідають за організацію лікувально-профілактичної та адміністративно-господарської діяльності, контролюють якість надання медичної допомоги та дотримання вимог ведення медичної документації, співпрацюють з іншими структурними підрозділами КП «ХМЦПМСД №2» та ін. В амбулаторіях проводиться експертна оцінка документації в порядку самоконтролю та взаємоконтролю.

Основною метою діяльності КП «ХМЦПМСД №2» є забезпечення організації кваліфікованої первинної лікувально-профілактичної допомоги населенню міста, проведення комплексу профілактичних заходів з

попередження і зниження захворюваності, інвалідності і смертності, раннього виявлення захворювань, надання прикріпленому за сімейно-територіальним принципом та за укладеними деклараціями населенню кваліфікованої первинної лікувально-профілактичної допомоги, здійснення моніторингу за станом здоров'я, забезпечення дотримання прав і обов'язків пацієнтів, проведення профілактичних щеплень, а також здійснення направлень пацієнтів на отримання вторинної, третинної медичної допомоги та санаторно-курортного лікування.

Оскільки лікувальні заклади, що належать до системи охорони здоров'я, займаються наданням медичних послуг, про їхній успіх, як і успіх кожного суб'єкта вільного ринку, що спеціалізується на наданні послуг, свідчить якість останніх [36, с. 4].

Особливістю надання медичних послуг, прямо пов'язаних зв'язком «людина-людина», є те, що вони повинні бути якісними, адже неякісну медичну допомогу не можна назвати медичною послугою, тому управлінський контроль у сфері охорони здоров'я в першу чергу слід розглядати як управління якістю медичної допомоги.

Управління якістю медичної допомоги – систематичний, незалежний і задокументований процес безперервних, взаємопов'язаних дій, що включають планування, організацію, мотивацію, внутрішній аудит своєї діяльності, а також інші заходи, що забезпечують якість медичної допомоги, безпеку для пацієнтів і спрямовані на попередження та усунення недоліків у своїй діяльності на рівні організації охорони здоров'я [37, с. 8].

Для забезпечення контролю якості медичної допомоги директором КП «ХМЦПМСД №2» розроблено та затверджено на рівні закладу охорони здоров'я безперервну систему контролю якості медичної допомоги.

Наказом № 31/2-од від 24.03.2017 р. «Про Порядок контролю якості медичної допомоги в структурних підрозділах Хмельницького міського центру первинної медико-санітарної допомоги №2» та Наказом № 18/1 від 11.05.2018 р. «Про Порядок контролю якості медичної допомоги в структурних

підрозділах Комунального підприємства «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради» затверджено: Положення про Порядок контролю якості медичної допомоги в Центрі; Порядок моніторингу клінічних індикаторів якості медичної допомоги; Положення про Медичну раду Центру; Склад Медичної ради Центру; Положення про Службу внутрішнього аудиту; Склад Служби внутрішнього аудиту[38; 39].

Згідно з «Положенням про Порядок контролю якості медичної допомоги в Комунальному підприємстві «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради», контроль якості надання медичної допомоги здійснюється шляхом застосування методів зовнішнього та внутрішнього контролю якості медичної допомоги, самооцінки медичних працівників, експертної оцінки, клінічного аудиту, моніторингу системи індикаторів якості, атестації/сертифікації відповідно до вимог чинного законодавства України та законодавства Європейського Союзу. Забезпечення якості – це систематичний підхід до управління закладом, що передбачає: вивчення, оцінку та управління технологіями надання медичної допомоги; аналіз і оцінку результатів наданої медичної допомоги, визначення їх відповідності клінічним протоколам і стандартам; пошук інструментів, які дозволяють досягати бажаного результату[27; 38; 39; 40; 42].

Система контролю якості в КП «ХМЦПМСД №2» передбачає наявність:

- Ліцензії на медичну практику відповідно до Закону України від 02.03.2015 р. № 222-VIII «Про ліцензування видів господарської діяльності», постанови Кабінету Міністрів України від 02 березня 2015 р. № 285 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» з переліком медичних послуг відповідно до заявлених у ліцензії на медичну практику спеціальностей та видів медичної допомоги;

- Акредитаційного сертифіката закладу в порядку, встановленому постановою Кабінету Міністрів України від 15 липня 1997 р. № 765 «Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров'я»;

- Затверджених у встановленому порядку: Статуту КП «ХМЦПМСД №2»; Положення про КП «ХМЦПМСД №2»; структури КП «ХМЦПМСД №2»; штатного розпису КП «ХМЦПМСД №2»; табеля оснащення закладу, переліку обладнання, устаткування та засобів, необхідних для надання якісної медичної допомоги пацієнтам; правил внутрішнього розпорядку КП «ХМЦПМСД №2»; положень про структурні підрозділи КП «ХМЦПМСД №2»; посадових інструкцій персоналу КП «ХМЦПМСД №2»; клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим та маршрутів пацієнта на основі міжнародних протоколів, рекомендованих МОЗ України та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в закладі; індикаторів якості надання медичної допомоги лікарями та молодшими спеціалістами з медичною освітою; алгоритмів надання невідкладної допомоги.

Внутрішній контроль якості надання медичної допомоги організовується керівництвом та Медичною радою закладу охорони здоров'я та поділяється на три ступені: перший ступінь контролю якості здійснюється в структурному підрозділі (лікарем загальної практики-сімейним лікарем з адміністративно-управлінськими обов'язками амбулаторії загальної практики-сімейної медицини, сестрою медичною загальної практики-сімейної медицини з адміністративно-управлінськими обов'язками); другий ступінь контролю якості здійснюється медичним директором, головною медичною сестрою; третій ступінь контролю якості здійснюється директором та Медичною радою Центру.

Для здійснення внутрішнього контролю якості медичної допомоги в КП «ХМЦПМСД №2» призначені уповноважені особи з питань якості медичних допомоги, затверджений склад профільної експертної комісії з контролю якості медичної допомоги в закладі, система безперервного контролю якості в закладі. Зовнішній контроль якості надання медичної допомоги здійснюється органами державної виконавчої влади в межах повноважень, визначених законодавством.

Згідно з «Положенням про Службу внутрішнього аудиту КП «ХМЦПМСД №2»», ця служба створена для моніторингу та регулярної

(циклічної) перевірки фактичного впровадження стратегії керівництва закладу у сфері якості, ефективності функціонування системи контролю якості, а також надання кваліфікованої допомоги персоналу для найбільш результативного виконання своїх функціональних обов'язків. Завданнями Служби внутрішнього аудиту є встановлення та оцінка дотримання вимог медико-технологічних документів; результативності лікувально-діагностичного процесу; ефективності використання ресурсів; відповідності очікувань пацієнтів щодо результатів діагностики та лікування; дотримання прав пацієнта; дотримання прав медичних працівників; адекватності і точності вимірювання індикаторів якості керівниками відділень/структурних підрозділів та ін.

Виконання завдань, покладених на Службу внутрішнього аудиту, здійснюється шляхом виконання наступних функцій: контрольної, аналітичної, консультативної, координаційної, прогностичної, інформаційної, захисної. Персональний склад Служби внутрішнього аудиту затверджений наказом директора КП «ХМЦПМСД №2», до його складу входять: керівник служби внутрішнього аудиту, керівники груп аудиту, групи аудиту.

Керівником Служби внутрішнього аудиту призначається один з заступників головного лікаря, який пройшов навчання за програмою підготовки аудиторів. Керівник здійснює розробку річної програми аудиту, організовує роботу Служби і несе відповідальність за результати аудиторської діяльності в закладі охорони здоров'я. Обов'язки керівника групи аудиту покладаються на одну з осіб, яка входить до складу групи аудиту, створеної для проведення перевірки за обраною темою. Керівник групи аудиту здійснює розробку тематичного плану аудиту, визначає робочі завдання і відповідальність кожного члена групи, інформує керівника структурного підрозділу, де проводиться аудит, про хід перевірки, бере безпосередню участь у проведенні аудиту, готує звіт про аудит та проводить остаточну нараду на місці по завершенні аудиту. Група аудиту за темою, визначеною програмою та планом аудиту, формується в кількості не менше трьох осіб з-поміж тих, які перебувають у резерві на членство

в групі, та мають відповідну компетентність для проведення аудиту на даній ділянці роботи за умов незалежності від діяльності, аудит якої проводитимуть [23].

У КП «ХМЦПМСД №2» створена Медична рада для залучення працівників закладу до діяльності з проведення оцінки якості медичної допомоги та медичного обслуговування. Завданнями Медичної ради є: координація діяльності структурних підрозділів Центру щодо впровадження заходів з управління та контролю якості медичної допомоги та медичного обслуговування; участь у моніторингу ефективності управління та контролю якості медичної допомоги та медичного обслуговування у закладі; розробка пропозицій та планування заходів щодо поліпшення якості медичної допомоги та медичного обслуговування у Центрі; здійснення експертизи відповідності наданої медичної допомоги та медичного обслуговування вимогам клінічних настанов та протоколів у сфері охорони здоров'я; підготовка та подання документації для розгляду клініко-експертними комісіями з рецензією щодо допущених порушень і помилок під час надання медичної допомоги та медичного обслуговування і рекомендаціями щодо уникнення таких помилок надалі. До складу Медичної ради входять: голова Медичної ради (директор КП «ХМЦПМСД №2»), заступники голови Медичної ради (медичні директори КП «ХМЦПМСД №2»), члени Медичної ради (лікарі загальної практики-сімейні лікарі на яких покладено виконання адміністративно-управлінських обов'язків амбулаторій загальної практики-сімейної медицини), секретар. Засідання Медичної ради проводяться не рідше, ніж один раз на квартал. Рішення Медичної ради мають рекомендаційний характер. Керівник Центру щокварталу подає до відповідного органу охорони здоров'я звіт про роботу Медичної ради.

Опишемо склад структурних підрозділів «ХМЦПМСД №2». До складу «ХМЦПМСД №2» входять: адміністративна частина, господарська частина, команда надавачів ПМСД. До адміністративної частини належить керівний склад (директор, медичні директори в кількості 2 осіб) та адміністративно-управлінський персонал, а саме: головний бухгалтер; бухгалтери; головна

медсестра; інженер з охорони праці, техніки безпеки та цивільного захисту; завідувач господарства; юрисконсульт; інспектор з кадрів; економіст з фінансової роботи; інженер з комп'ютерних систем, а також лікар-епідеміолог. До адміністративної частини належить інформаційно-аналітичний кабінет. До господарської частини належить господарсько-допоміжний персонал. В команду надавачів ПМСД входять лікарі загальної практики-сімейні лікарі, педіатри, терапевти та сестри медичні, реєстратори медичні, молодший медичний персонал. Вищевказані працівники дотримуються своїх посадових інструкцій. Повноваження директора визначені Статутом КП«ХМЦПМСД №2», серед них: організація роботи Центру щодо надання медичної допомоги населенню, згідно з вимогами нормативно-правових актів; видання наказів та інших актів, обов'язкових для всіх підрозділів та працівників; призначення на посаду та звільнення з посади медичних директорів, головного бухгалтера, керівників структурних підрозділів та інших працівників; затвердження положень про структурні підрозділи Центру та ін.

Структура КП«ХМЦПМСД №2» представлена в Додатку Г.

Структура управління КП«ХМЦПМСД №2» представлена в Додатку Д.

На відміну від закладів охорони здоров'я – бюджетних установ, планування діяльності яких відбувається відповідно до норм бюджетного законодавства, планування діяльності закладів охорони здоров'я – КНП відбувається відповідно до норм господарського законодавства України. Однією з особливостей господарської діяльності державних підприємств є їх обов'язок складати і виконувати річний та з поквартальною розбивкою фінансовий план на кожен наступний рік.

Фінансовий план є основним плановим документом, відповідно до якого підприємство отримує доходи і здійснює видатки, визначає обсяг та спрямування коштів для виконання своїх функцій упродовж року відповідно до установчих документів. Фінансовий план не підлягає обов'язковому оприлюдненню, а оприлюднюється звіт про його виконання і звіт про фінансову діяльність підприємства.

Фінансова звітність подається органам, до сфери управління яких належать підприємства, трудовим колективам на їх вимогу, власникам (засновникам) відповідно до установчих документів, а також згідно із законодавством – іншим органам та користувачам, зокрема органам державної статистики. Оприлюдненню, згідно із законодавством, підлягає така інформація: цілі підприємства; квартальна, річна фінансова звітність; аудиторські висновки (якщо проводилася перевірка); Статут КНП; біографічна довідка керівника; річні звіти керівника; інформація про операції та зобов'язання КНП, що виникають у результаті державно-приватного партнерства та ін. [43].

Інформація про основні звітні показники роботи КП «ХМЦПМСД №2» за 2017–2020 рр. міститься в додатку Езвіту [44].

Аналіз щодо майнового фінансового стану КП «ХМЦПМСД №2» за 2018–2020 рр. міститься в додатку Жзвіту. Він дає змогу зробити висновки, що необоротні активи знаходяться в значно зношеному стані. Це обумовлено тим, що амбулаторії загальної практики-сімейної медицини розташовані в будівлях, побудованих в 60-х–80-х роках ХХ століття. Питома вага будівель в складі основних засобів становить 92%. Збільшення частки оборотних активів за період 2018–2020 рр. у структурі активів підприємства вказує на формування більш мобільної структури активів, що сприяє прискоренню оборотності засобів підприємства. Як видно з наведеного розрахунку, коефіцієнт абсолютної ліквідності збільшується впродовж трьох років та має значення вище норми, що свідчить про те, що усі зобов'язання підприємства можуть бути покриті власними активами. Збільшення коефіцієнта ліквідності на кінець 2020 р. свідчить про більшу фінансову незалежність, підвищення гарантії погашення підприємством своїх зобов'язань.

Аналіз фінансової стійкості підприємства здійснюється за даними балансу підприємства, характеризує структуру джерел фінансування ресурсів підприємства, ступінь фінансової стійкості і незалежності підприємства від зовнішніх джерел фінансування діяльності. За розрахунками показників

фінансової стійкості підприємства, можна зробити висновок, що підприємство має значний стійкий фінансовий стан і відносно незалежне від зовнішніх фінансових джерел. У результаті діяльності підприємства за 2018–2020 рр. відмічався зріст коефіцієнтів забезпеченості, що свідчить про підвищення ефективності роботи організації. Значний показник коефіцієнту маневровності капіталу свідчить про значну частину власного капіталу, яка використовується для фінансування поточної діяльності, тобто вкладена в оборотні кошти.

Аналіз ефективності використання капіталу підприємства показав, що середній термін обігу кредиторської заборгованості на кінець 2018 року становив 3,8 доби. За наступний період спостерігається зменшення цього показника на 1,7 доби, а за 2020 рік зменшення до 0,2 доби. Це означає, що підприємство немає заборгованості по оплаті виставлених йому рахунків. Аналіз ділової активності свідчить про позитивні тенденції на підприємстві.

Варто зазначити, що надзвичайно важливим в прийнятті управлінських рішень є моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги, а саме: кількісних або якісних показників, відносно яких існують докази чи консенсус щодо їх безпосереднього впливу на якість медичної допомоги.

Метою запровадження клінічних індикаторів якості медичної допомоги є: безперервне поліпшення якості медичної допомоги, скорочення небажаних змін якості у сфері медичного обслуговування; допомога в прийнятті рішень з медичної практики; запобігання непотрібним клінічним заходам та непотрібним витратам; забезпечення об'єктивної і кількісної оцінки клінічної та медико-економічної ефективності медичної допомоги; обґрунтування ефективного використання ресурсів з урахуванням очікувань пацієнтів; сприяння внутрішньому управлінню якістю ЗОЗ та зовнішній гарантії якості управління охорони здоров'я; оцінка досягнення рівня медичної допомоги, визначеного стандартом, протоколом медичної допомоги [45].

У КП «ХМЦПМСД №2» діє Порядок моніторингу клінічних індикаторів якості медичної допомоги, який визначає механізм кількісної оцінки клінічної

та медико-економічної ефективності медичної допомоги та сприяє внутрішньому управлінню якістю медичних послуг.

Перелік індикаторів, результати моніторингу яких мають надаватися до державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», визначається наказом Міністерства охорони здоров'я України не пізніше ніж за 6 місяців до початку звітної періоду. Моніторинг індикаторів здійснюється відповідно до вимог стандартів медичної допомоги та уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, затверджених наказами Міністерства охорони здоров'я України в Центрі – відповідальною особою, призначеною директором, шляхом обчислення відповідних індикаторів та Хмельницьким обласним інформаційно-аналітичним центром охорони здоров'я шляхом обробки інформації, наданої Центром.

Наказом № 38/1-од від 24.04.2017 р. «Про вдосконалення системи контролю якості надання медичної допомоги в структурних підрозділах Хмельницького міського центру первинної медико-санітарної допомоги №2» та Наказом № 20/1 від 22.05.2018 р. «Про вдосконалення системи контролю якості надання медичної допомоги в структурних підрозділах Комунального підприємства «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради» затверджено: Критерії оцінки ефективності організації та надання первинної медико-санітарної допомоги лікарями Центру; Індикатори ефективності організації та надання первинної медико-санітарної допомоги лікарями Центру; Оцінку контролю якості надання медичної допомоги в структурних підрозділах Центру; Перелік показників, які необхідно зібрати на рівні закладу ПМСД (структурного підрозділу) для розрахунку індикаторів ефективності організації та надання ПМСД; Карту експертної оцінки ефективності організації та надання первинної медико-санітарної допомоги структурними підрозділами Центру (табл. 2.1, табл. 2.2, табл. 2.3)[46, 47].

Таблиця 2.1. Критерії оцінки ефективності організації та надання первинної медико-санітарної допомоги лікарями КП «ХМЦПМСД №2»

№ з/п	Критерії оцінки якості
1.	Доступність ПМСД
2.	Підхід, орієнтований на пацієнта
3.	Співпраця та координація медичної допомоги
4.	Профілактика
5.	Вирішення медичних потреб пацієнтів
6.	Повнота володіння кваліфікаційними компетенціями
7.	Розвиток ПМСД

Примітка. Розроблено на основі джерела[46, 47].

До Індикаторів ефективності організації та надання первинної медико-санітарної допомоги лікарями КП «ХМЦПМСД №2» належать:

- Доступність ПМСД – радіус обслуговування (км); частка лікарів загальної практики-сімейних лікарів серед усіх лікарів закладу ПМСД; частка сестер медичних загальної практики-сімейної медицини серед усіх медсестер закладу ПМСД; співвідношення лікарів і медсестер загальної практики-сімейної медицини; обслуговування незалежно від віку; забезпеченість автотранспортними засобами в робочому стані; навантаження лікарів;

- Підхід, орієнтований на пацієнта – скарги пацієнтів на медичне обслуговування/медичний персонал; повідомлення про виявлення побічної дії лікарських засобів; обладнання робочих місць лікарів персональними комп'ютерами із ліцензійним програмним забезпеченням;

- Співпраця та координація медичної допомоги – направлення на другий та вищий рівні медичної допомоги; членство у професійній асоціації;

- Профілактика – охоплення пацієнтів оцінкою індексу маси тіла; облік до 12 тижнів вагітності; облік вагітних впродовж звітного періоду (фізіологічна вагітність); охоплення жінок скринінгом раку шийки матки та раку молочної залози впродовж звітного періоду; виключно грудне вигодовування; охоплення дітей профілактичними оглядами впродовж звітного періоду; охоплення дітей до 1 року плановою вакцинацією; охоплення дітей пробами на туберкульоз (реакція Манту); охоплення населення профілактичними щепленнями за епідемічними показами; виконання програми календаря щеплень;

консультування з профілактичною метою; виконання бактеріоскопічних обстежень;

- Вирішення медичних потреб пацієнтів – завершення лікування на рівні ПМСД; скерування в цілодобові стаціонари; виклики швидкої допомоги до хронічно хворих; виявлення онкологічних захворювань візуальних форм (занедбані випадки, 3-4 стадії) впродовж звітнього періоду; виявлення захворювання на туберкульоз в занедбаній формі впродовж звітнього періоду; частка дітей віком до 18 років з вперше встановленою інвалідністю; частка компенсованих хворих на цукровий діабет; динамічне спостереження хворих на артеріальну гіпертензію; частка пацієнтів з ускладненнями (інсульт, інфаркт) серед хворих на артеріальну гіпертензію та ішемічну хворобу серця; видача медичних висновків про тимчасову непрацездатність;

- Повнота володіння кваліфікаційними компетенціями – навчання з використання технологій клінічних протоколів ПМСД; призначення ліків, які не входять до формуляра ПМСД впродовж звітнього періоду; підвищення кваліфікації лікарів і медсестер за принципом «безперервного навчання»;

- Розвиток ПМСД – використання у закладі ПМСД технологій медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів надання медичної допомоги; використання у закладі ПМСД Локальних протоколів медичної допомоги; розроблення і вдосконалення маршрутів пацієнтів у закладі відповідно до нозологій; щоквартальне анкетування пацієнтів для покращення роботи закладу в майбутньому (додаток 3).

Перед проведенням аналізу проводиться збір показників згідно з переліком. Результати розраховуються щомісячно на рівні структурного підрозділу і на рівні закладу, потім складається карта експертної оцінки ефективності організації та надання первинної медико-санітарної допомоги в закладі. Щоквартально і щорічно проводиться контроль якості надання медичної допомоги, результати виносяться на розгляд Медичної ради КП «ХМЦПМСД №2».

Метою аналізу індикаторів ефективності організації та надання первинної медико-санітарної допомоги є зниження рівнів захворюваності, інвалідності і смертності серед населення, зниження рівня вперше виявлених хворих на туберкульоз та злоякісні новоутворення в занедбаних стадіях, зниження рівня захворюваності населення на інфекційні захворювання, які можна попередити вакцинацією, зниження рівня госпіталізації і кількості викликів бригад екстреної медичної допомоги та ін.

Серед індикаторів ефективності організації та надання первинної медико-санітарної допомоги лікарями розглянемо декілька для прикладу.

Таблиця 2.2. Індикатори ефективності організації та надання первинної медико-санітарної допомоги лікарями КП «ХМЦПМСД №2».

№ з/п	Індикатори	Оцінка індикатора	Методика вимірювання
1. Доступність ПМСД			
1.	Частка СЛ, серед усіх лікарів закладу	3 – 85% і більше; 2 – 50-84%; 1 – 11-49%; 0 – 10% і менше	100*(кількість лікарів ЗПСМ, які працюють у закладі ПМСД)/(загальна кількість лікарів, які працюють у закладі ПМСД)
2. Підхід, орієнтований на пацієнта			
2.	Повідомлення про виявлення побічної дії лікарських засобів	3 – 8 і більше; 2 – 6-7; 1 – 4-5; 0 – 3 і менше	100*(кількість повідомлень щодо виявленої побічної дії лікарського засобу, наданих впродовж звітного періоду в установленому порядку)/(кількість лікарів ЗПСМ, які працюють у закладі ПМСД)
2.	Обладнання робочих місць лікарів ПК	3 – 90% і більше; 2 – 70-89%; 1 – 41-69%; 0 – 40% і менше	100*(кількість наявних у закладі ПМСД ПК з ліцензійним програмним забезпеченням)/(загальна кількість лікарів, які працюють в закладі ПМСД)
3. Співпраця та координація медичної допомоги			
3.	Направлення на другий та вищий рівні МД	3 – 20% і менше; 2 – 21-50%; 1 – 51-70%; 0 – 71% і більше	100*(кількість пацієнтів, направлених на II та вище рівні МД впродовж звітного періоду)/(загальна кількість пацієнтів, які звернулись до закладу ПМСД по медичну допомогу впродовж звітного періоду)
4.Профілактика			
4.	Виключно грудне вигодовування	3 – 75% і більше; 2 – 70-79%; 1 – 65-69%; 0 – 64% і менше	100*(кількість немовлят, які продовж звітного періоду перебували на виключно грудному вигодовуванні до досягнення віку 6 місяців)/(загальна кількість пацієнтів закладу ПМСД віком до 6 місяців впродовж звітного періоду)
5.Вирішення медичних потреб пацієнтів в тому числі невідкладних проблем			
5.	Частка	3 – 15% і менше;	100*(кількість хворих на АГ, які

пацієнтів з ускладненнями (інсульт, інфаркт) серед хворих на артеріальну гіпертензію та ІХС	2 – 16-20%; 1 – 21-24%; 0 – 25% і більше	перебувають на диспансерному обліку в закладі ПМСД із захворюваннями на АГ та ІХС і мали ускладнення (інсульт, інфаркт) впродовж звітного періоду)/ (кількість пацієнтів, які перебували на диспансерному обліку в закладі ПМСД із захворюваннями на АГ та ІХС впродовж звітного періоду)
---	--	--

Примітка. Розроблено згідно з джерелом [46, 47].

Повністю оцінюються показники по 41 критерію і загальна максимальна кількість балів 123. Після підрахунку значень всіх індикаторів проводиться оцінка контролю ефективності організації та надання ПМСД лікарями в структурних підрозділах КП «ХМЦПМСД №2» (табл. 2.3).

Таблиця 2.3. Оцінка контролю ефективності організації та надання ПМСД лікарями в структурних підрозділах КП «ХМЦПМСД №2»

Стандарт за 41 критерієм 123 бали	123–110	Повна відповідність займаній посаді
	109–98	Часткова відповідність займаній посаді
	97–86	Мінімальна відповідність займаній посаді
	85 і менше	Повна невідповідність займаній посаді

Примітка. Розроблено згідно з джерелом [46, 47].

Варто зазначити, що в КП «ХМЦПМСД №2» розроблені Критерії та Індикатори, а також Стандарти роботи лікаря загальної практики-сімейного лікаря, затверджені наказом директора КП «ХМЦПМСД №2». Вищевказані показники вимірюються в кількісному вимірі (додаток К).

Для прикладу, на декількох складових розглянемо, як це вираховується.

Таблиця 2.4. Критерії та індикатори роботи лікаря загальної практики-сімейного лікаря КП «ХМЦПМСД №2»

№ з/п	Критерії/ Індикатори	Порядок визначення значення індикатора	Критерії оцінки індикатора	Порядок оцінки індикатора	
1	Рівень охоплення пацієнтів доказовим скринінгом (виявлення захворювань на ранніх стадіях) на:				
	Артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, цукровий діабет II типу,	Частка пацієнтів, охоплених скринінговим дослідженням, від загального числа прикріплених осіб, що підлягає скринінгу на виявлення відповідного захворювання	0,75 і більше	високий	1
			0,74-0,75	середній	0,5
			0,49 і менше	низький	0,3
			не обчислюється	відсутній	0
2	Якість ведення та оформлення	Відповідність Стандартам якості ведення медичної документації у	100-90	високий	1
			89-80	середній	0,5

	медичної документації	%	79 і менше	низький	0
3	Підвищення кваліфікації за принципом «безперервного навчання»	ТУ, ПАЦ, тренінги, конференції, лекції, семінарські заняття	бере участь	високий	1
			не бере участь	низький	0

Примітка. Розроблено згідно з джерелом [46, 47].

Оцінка стандартів роботи лікаря загальної практики-сімейного лікаря проводиться за 34 критеріями. Загальна кількість отриманих балів свідчить про відповідність працівника займаній посаді.

Таблиця 2.5. Оцінка стандартів щомісячної роботи лікаря загальної практики-сімейного лікаря КП «ХМЦПМСД №2»

Стандарт за 34 критеріями	34–30	Повністю відповідає
	29–25	Частково відповідає
34 бали	24–20	Мінімально відповідає
	19 і менше	Невідповідає

Примітка. Розроблено згідно з джерелом [46, 47].

Отже, згідно з вищевказаними критеріями формується блок планових показників якості для КП «ХМЦПМСД №2», визначених у нормативах, стандартах, інструкціях, інших директивних та розпорядчих документах, в яких простежується провідна функція контролю. Контроль відповідності якості надання медичної допомоги в структурних підрозділах КП «ХМЦПМСД №2» вимогам зазначених стандартів здійснюється шляхом проведення внутрішнього контролю та внутрішнього аудиту.

Обсяги і термін надходження статистичної інформації керівництву про діяльність закладу дає змогу своєчасно здійснювати моніторинг і аналіз показників та приймати управлінські рішення. Виявлені недоліки обговорюються на оперативних, медичних радах, доводяться до відома медичних працівників закладу. За результатами оцінки якості надання медичної допомоги приймаються конкретні управлінські рішення, які втілюються в накази з персонально визначеними відповідальними і термінами виконання.

Підсумовуючи все вищезазначене, можна сказати, що КП «ХМЦПМСД №2» здійснює господарську некомерційну діяльність, спрямовану

на досягнення результатів без мети одержання прибутку. Заклад надає медичні послуги на підставі ліцензії на медичну практику, організовує свою діяльність відповідно до фінансового плану та плану використання бюджетних коштів, затверджених уповноваженим органом управління. Управління закладом здійснюється відповідно до Статуту підприємства. На рівні закладу розроблено та затверджено безперервну систему контролю якості медичної допомоги. У закладі функціонує Служба внутрішнього аудиту, діє Порядок моніторингу клінічних індикаторів якості медичної допомоги, розроблені Критерії та Індикатори, а також Стандарти роботи лікаря загальної практики-сімейного лікаря. За результатами оцінки якості надання медичної допомоги приймаються управлінські рішення, які втілюються у накази з персонально визначеними відповідальними і термінами виконання.

2.2. Інформаційне забезпечення управлінського контролю в закладі охорони здоров'я

У складі КП «ХМЦПМСД №2» функціонує інформаційно-аналітичний кабінет медичної статистики, завданнями якого є:

- дотримання єдиної системи ведення, збору, обробки, зберігання та передачі медико-статистичної інформації в закладах охорони здоров'я міста та структурних підрозділів закладу;

- централізований збір медико-статистичної та адміністративної інформації від структурних підрозділів закладу, обробка та аналіз інформації щодо стану здоров'я населення, обсягів та якості надання медичної допомоги, ресурсів охорони здоров'я та їхнє використання;

- підтримка інформаційного банку даних щодо стану здоров'я населення, ресурсного забезпечення та діяльності закладів охорони здоров'я;

- надання консультативної та організаційно-методичної допомоги структурним підрозділам закладу щодо використання статистичної інформації,

вдосконалення статистичного обліку, запровадження автоматизованого статистичного обліку.

Працівники кабінету підпорядковані директору Центру, медичному директору, з організаційно-методичної роботи – інформаційно-аналітичному відділу медичної статистики Хмельницької міської ради. Кабінет очолює безпосередньо підпорядкований директору Центру лікар-статистик, який здійснює організаційно-методичну роботу, системний статистичний облік і документообіг у Центрі в установленому законодавством порядку. У його штаті працює статистик медичний, який підпорядкований медичному директору, завідувачу інформаційно-аналітичного кабінету. Статистик медичний збирає медико-статистичну й адміністративну інформацію від структурних підрозділів центру щодо стану здоров'я населення, обсягів та якості медичної допомоги, використання медико-технічних ресурсів, забезпечує систематизацію та статистичне оброблення облікової медичної документації та адміністративної інформації із застосуванням системи автоматизованого статистичного обліку тощо.

Амбулаторії КП «ХМЦПМСД №2» щомісячно, до 30-31 числа поточного місяця надають інформацію в інформаційно-аналітичний кабінет медичної статистики щодо кількості відвідувань по ф.№039/о, наявності та використанню швидких тестів, кількості госпіталізованих хворих, виданих листків непрацездатності, наданої паліативної допомоги та ін. Щоквартально подається оперативна інформація щодо захворюваності населення, диспансерного нагляду за ветеранами війни, про медичне обслуговування осіб, постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС, про кількість пролікованих в стаціонарі хворих. Інформація подається щодо щотижневої вакцинації, кількості новонароджених та ін. Схема отримання інформації з оперативного контролю за роботою структурних підрозділів КП «ХМЦПМСД №2» представлена в Додатку Л. Механізм та шляхи надходження інформації до інформаційно-аналітичного кабінету (відвідування) представлені в Додатку М (Схема 1, Схема 2, Схема 3)

Основна затверджена МОЗ облікова форма, яку заповнює лікар при кожному зверненні пацієнта – «Медична карта амбулаторного хворого» (форма 025/о) або «Історія розвитку дитини» (форма 112/о).

Варто зазначити, що в умовах взаємодії з Національною службою здоров'я України та отримання фінансування за гарантовані державою послуги обов'язковим є комп'ютеризація закладу та його підключення до електронної системи охорони здоров'я через медичну інформаційну систему (МІС).

Система «E-Health» – система, яка забезпечує роботу з медичними даними в електронному вигляді. Сюди входить зберігання цих даних і їх передача, а також розвиток технологій на цій базі: онлайн-запис до фахівців, телемедицина, медицина катастроф, управління плановими оперативними втручаннями та багато інших функцій [26, с. 485].

Система «E-Health» працює помодульно, кожен з модулів – це функціональні можливості, необхідні для умовного робочого місця спеціаліста у закладі охорони здоров'я. Наприклад, модуль «Адміністративний модуль ПМСД» складається з повного пакета функціональних можливостей, які надають можливість адміністративному персоналу закладу взаємодіяти з НСЗУ (реєстрація медичних працівників, місць надання послуг, укладання договорів з НСЗУ тощо), а модуль «Робоче місце лікаря ПМСД» містить повний перелік того, що потрібно для медичних працівників для роботи з НСЗУ – укладення декларацій, внесення медичних записів, виписування електронних рецептів, створення медичних висновків про тимчасову непрацездатність [48, с. 6].

КП «ХМЦПМСД №2» використовує у своїй роботі МІС «Medics». Інформація, з якою КП «ХМЦПМСД №2» працює в МІС «Medics», представлена в таблиці 2.6.

Таблиця 2.6. Програмне забезпечення та його використання в КП «ХМЦПМСД №2»

Назва програми	Хто працює з програмою	Яка інформація
МІС «Medics»	Пацієнти	Онлайн запис на приймання до лікаря, особистий кабінет

Реєстратори	Графіки приймання лікарів, попередній запис на приймання до лікаря
Лікарі Медичні сестри	Заключення Декларацій з пацієнтами, реєстрація відвідувань пацієнтів, виписка медикаментів за програмою «Доступні ліки», ведення облікової форми №074/о та 039/о, створення медичних висновків про тимчасову непрацездатність
Адміністрація	Укладання договору з НСЗУ, реєстрація Центру в E-Health, кількість та вікова структура укладених декларацій по лікарях
Лікар-статистик Статистик медичний	Пошук пацієнта по декларації, перевірка облікових форм №074/о та 039/о

Примітка. Складено автором.

Автоматизований процес ведення «Медичної карти амбулаторного хворого» (форма 025/о) або «Історії розвитку дитини» (форма 112/о) забезпечує автоматичне формування «Журналу реєстрації амбулаторних пацієнтів» (форма 074/о) та «Відомості обліку відвідувань пацієнтів» (форма 039/о) – Схема 1 Додатку М.

Надалі інформація групується по структурним підрозділам, по Центру в загальному та формується звітність – Схема 2, Схема 3 Додатку М.

Варто зазначити, що у своїй роботі КП «ХМЦПМСД №2» керується Інструкцією з організації та здійснення внутрішнього контролю в Міністерстві охорони здоров'я України, на підприємствах, установах та організаціях, що належать до сфери управління Міністерства охорони здоров'я України, затвердженою Наказом Міністерства охорони здоров'я №794 від 22.04.2021 р., де, зокрема, вказано: інформаційний та комунікаційний обмін в МОЗ та установах здійснюється через встановлення порядків обміну інформацією всередині МОЗ та установи та із зовнішніми користувачами (процедури, форми, обсяги, строки, перелік надавачів та отримувачів інформації, вимоги до інформації фінансового і нефінансового характеру, збереження інформації); організацію та забезпечення доступу до інформації; організації документообігу та роботи з документами; встановлення порядків та графіків складення і подання звітності; оприлюднення інформації про діяльність установи [25].

Отже, інформаційне забезпечення управлінського контролю в закладі охорони здоров'я ефективно здійснюється через інформаційно-аналітичний

кабінет медичної статистики. Вйого функції входить збір медико-статистичної й адміністративної інформації від структурних підрозділів центру щодо стану здоров'я населення, обсягів та якості медичної допомоги, використання медико-технічних ресурсів, забезпечення систематизації та статистичного оброблення облікової медичної документації та адміністративної інформації із застосуванням системи автоматизованого статистичного обліку тощо.

Робота з медичними даними в електронному вигляді забезпечується системою «E-Health» через медичну інформаційну систему «Medics».

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІНСЬКОГО КОНТРОЛЮ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Розвиток диджиталізації в управлінському контролі

У наш час активно відбуваються процеси глобалізації та диджиталізації, які не можуть не стосуватися медицини. З 1 квітня 2018 року в Україні стартувала медична реформа. Вона проявилася не лише в ремонті приміщень, закупівлі нового обладнання, а і в кардинальній зміні умов надання медичної допомоги населенню (впровадження «електронної черги» в закладах охорони здоров'я, використання амбулаторної картки в електронному вигляді, можливості виписки лікарських рецептів і листів непрацездатності дистанційно, можливості діагностики стану здоров'я на відстані та проведення онлайн-консультацій лікарів). Для цього було створено Електронну систему охорони здоров'я – українську інформаційно-телекомунікаційну систему, що забезпечує автоматизацію ведення обліку медичних послуг та управління медичною інформацією в електронному вигляді, яка охоплює центральну базу

даних та медичні інформаційні системи. Між ними забезпечено автоматичний обмін даними через відкритий програмний інтерфейс. Функціонування системи забезпечується Національною службою здоров'я України.

Центральна база даних – інформаційно-телекомунікаційна система, яка містить передбачені законодавством реєстри, програмні модулі, інформаційну систему Національної служби здоров'я України (НСЗУ), у частині, необхідній для реалізації державних фінансових гарантій та ін. Вона уможлиблює створення, перегляду, обміну інформацією та документами між реєстрами, державними електронними інформаційними ресурсами, електронними медичними інформаційними системами.

МІС (електронна медична інформаційна система) – інформаційно-телекомунікаційна система, яка дає змогу автоматизувати роботу суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я, створювати, переглядати, обмінюватися інформацією в електронній формі, зокрема з центральною базою даних (у разі підключення).

НСЗУ аналізує та використовує дані для прогнозування потреб населення в медичних послугах, розроблення програм медичних гарантій, здійснення оплати закладам за медичні послуги [49].

У медичних закладах нашої області запроваджено медичну інформаційну систему «Medics». Її функції – забезпечувати роботу в різних напрямках:

- Електронна реєстратура (створює рівномірний потік пацієнтів, сприяє відсутності черг у медичному закладі, дає можливість планування та контролю над візитами до лікаря з боку медичного закладу).

- Робочий кабінет лікаря (система адаптована до бази скарг та алгоритмів прийняття рішень лікарями, дає можливість перенаправляти пацієнтів та виписувати електронні рецепти, формує статистику на основі даних приймання в лікаря, використовує профіль лікаря як візитну картку внаслідок вичерпної бази оцінок та відгуків).

- Контроль за роботою в медичному закладі (надає інформацію про статус підписання декларацій між лікарями та пацієнтами, які містяться в

центральному компоненті МОЗ, формує аналітичні звіти щодо наданих медичних послуг, налагоджує комунікацію із персоналом медичного закладу).

- Комунікація з клієнтом (нагадування про плановий медичний огляд, обстеження, процес вакцинації, інформація про наявність ліків в медичних закладах, можливість надсилання приватних повідомлень пацієнтам).

- Реклама і маркетинг (наявність єдиного медичного інформаційного простору міста, підвищення впізнаваності медичного закладу серед користувачів системи, можливість організації ефективної співпраці з іншими сервісами та гравцями ринку (приватні медичні заклади, аптеки, фармацевтичні компанії).

- Формування бази користувачів в регіоні (можливість централізованого зберігання всіх медичних даних пацієнта на базі його власної електронної медичної картки, об'єднання користувачів в сім'ї та групи за різними критеріями, визначення геолокації користувачів системи)[50].

Перевагами роботи з МІС «Medics» є доступність і зручність: робочий кабінет лікаря/менеджера медичного закладу, а також дані пацієнтів завжди доступні онлайн з будь-якого портативного пристрою (ноутбук, планшет, мобільний телефон). Потрібен лише доступ до мережі Інтернет. Специфіка хмарної медичної системи не передбачає встановлення серверів у медичному закладі, купівлю дорогої операційної системи та спеціалізованого програмного забезпечення. Проста, логічна та адаптована до потреб користувача структура системи дозволить швидко почати ефективну роботу. З кожним медичним закладом працює технічна команда та відповідальний регіональний менеджер, які гарантують швидку та якісну сервісну підтримку, а також вдосконалення системи до постійних потреб медичного закладу, медичної реформи та ринку[50].

Важливим елементом розбудови цифрової медицини є впровадження телесистем для надання дистанційних медичних послуг громадянам та підтримки роботи лікарів.

Сучасна пандемія COVID-19 внесла і ще довго бути вносити корективи до запланованого реформування системи громадського здоров'я. Економічна криза, зuboжіння населення призводять до підвищення смертності не стільки від коронавірусу, як від інших гострих і хронічних захворювань через несвоєчасне надання медичної допомоги, особливо у віддалених від лікарень населених пунктах. Найоптимальнішим варіантом покращення надання медичних послуг населенню є впровадження і розширення можливостей телемедицини [51].

Телемедицина є досить новим напрямком, що розвивається на перетині декількох галузей – медицини, телекомунікації, інформаційних технологій (ІТ). Ця сфера медичних послуг дозволяє пацієнту і лікарю заощадити час і сили, тому що спілкування відбувається онлайн. Це актуально для жителів мегаполісів, які хочуть стежити за власним здоров'ям і не сидіти в чергах. Але телемедичні технології – це ще і вихід для людей, які живуть у сільській місцевості, адже висококваліфіковані лікарі працюють у містах.

Загалом, завдяки ринку телемедицини, значно скорочуються витрати на лікування, підвищується якість діагностики та реалізується можливість віддаленого моніторингу стану здоров'я. А для пацієнтів із хронічними захворюваннями літніх людей це важливо. Запровадження телемедичних технологій, доступ до мережі Інтернет дають можливість дистанційної консультації та діагностики, спеціальної експертизи, коли відстань і час є критичними чинниками для пацієнта, що є особливо цінним для віддалених клінічних установ. Крім того, інформаційні технології можуть допомагати приймати діагностичні рішення, сприяти виявленню помилок, а також ранньому та віддаленому спостереженню за станом здоров'я пацієнта, навіть коли він перебуває за межами закладу охорони здоров'я, дистанційному навчанню пацієнта та його родичів, близьких осіб [51].

Про необхідність розвитку телемедицини свідчить наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23.03.2020 р. № 698 «Тимчасові заходи у

зкладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності для надання медичної допомоги хворим на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2». Зокрема, в наказі рекомендовано закладам охорони здоров'я: забезпечити тимчасове припинення планових госпіталізацій пацієнтів; вжити заходів щодо збільшення частки медичної допомоги, яку надають з використанням технологій та заходів, що застосовують під час надання медичної допомоги з використанням засобів дистанційного зв'язку для обміну інформацією в електронній формі (надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини)[51].

Використання телемедицини дає позитивні результати як для пацієнтів, так і для медичних працівників. Для пацієнтів з'являється можливість проведення дистанційних консультацій, консиліумів (телеконференцій) вузькими спеціалістами в територіально віддалених медичних установах, зменшення термінів обстеження, прискорення передачі інформації про результати обстежень між різними спеціалізованими клініками без необхідності транспортування хворого (особливо в невідкладних станах).

Медичні працівники мають можливість дистанційно брати участь в обговоренні клінічних випадків, проводити консиліум і приймати рішення щодо лікування при територіальній віддаленості один від одного і від пацієнта, своєчасно отримувати інформацію про динаміку стану пацієнта, шляхом використання шаблонів електронного документообігу суттєво економити час, вдосконалювати свою професійність завдяки навчанню та обміну досвідом міжвітчизняними та закордонними медичними працівниками шляхом проведення вебконференцій, семінарів, тренінгів та майстер-класів. Перевагою є також отримання і зберігання інформації по кожному пацієнту в електронному вигляді відповідно до міжнародних і національних стандартів[51].

У 2007 році створено Державний клінічний науково-практичний центр телемедицини МОЗ України для впровадження та розвитку телемедицини. З

2009 році Державним центром телемедицини реалізується проєкт створення телемедичної мережі України.

Визнано, що оптимальним є створення регіональних центрів, навколо яких формується телемедична інфраструктура регіону і система поширюється до лікарських амбулаторій та фельдшерсько-акушерських пунктів. Телемедичні центри можуть створюватися на базі медичних закладів, навчальних чи наукових центрів, або як самостійні комерційні чи некомерційні організації. Такий центр надає послуги для споживачів трьох категорій: медичні організації; медичні працівники; пацієнти [51].

На практиці це працює таким чином: пацієнт звертається до лікаря первинної ланки, який відправляє запит на медичну консультацію фахівцям вторинної і третинної ланки. За допомогою спеціалізованих захищених систем відеозв'язку між лікарем-консультантом, його асистентом й самим пацієнтом налагоджується повноцінний аудіовізуальний контакт, під час якого вони можуть не тільки бачити та чути один одного, але ще й обмінюватися графічними та текстовими даними.

Отриману інформацію можна пересилати у будь-який медичний заклад України та інших країн. Можна організувати такі види консультацій: планова без відеозв'язку, планова з відеозв'язком, консиліум, а також ургентна в режимі 24/7 [52].

Всі телемедичні системи, або БРТМ (біорадіотелеметричні) системи можна розділити на дві основні групи:

- Засоби віддаленого консультування, діагностики і навчання.
- Засоби віддаленого моніторингу життєвих функцій (БРТМ системи).

Основою будь-якою телемедичної системи першої групи є базова робоча станція (БРС). За допомогою БРС проводиться ретельне всебічне обстеження пацієнта з одночасною передачею відповідної інформації довільній кількості учасників поточного консиліуму (відеоконференції) [53].

Базова робоча станція (БРС) – це комплекс апаратури та програмного забезпечення, що є багатопрофільним і багатоцільовим робочим місцем фахівця з можливостями введення, опрацювання, перетворення, виведення, класифікації та архівації загальноприйнятих видів клінічної медичної інформації, а також проведення телеконференцій. БРС є спеціалізованим медичним апаратно-програмним комплексом, призначеним для використання в медичних установах, наукових центрах і закладах освіти з метою проведення телеконференцій різного змісту, віддалених медичних консультацій, розв’язання організаційно-методичних питань, отримання і надання бібліотечної, наукової, навчальної та іншої медичної інформації, з метою вирішення завдань, які виникають у медичних установах, організаціях, закладах і системах.

Проведення сеансу віддаленого консультування можливе простішими способами за допомогою: електронної пошти (зокрема, з використанням chat – режиму, on-line діалогу), аудіо каналу, відеотелефону.

Водночас передається будь-яка інформація у вигляді тексту, графічних або відео файлів. При використанні таких телемедичних систем унеможливлено дослідження пацієнта в режимі real-time (реального часу)[53].

Принципову схему телемедичної системи першої групи наведено на рис.3.1.

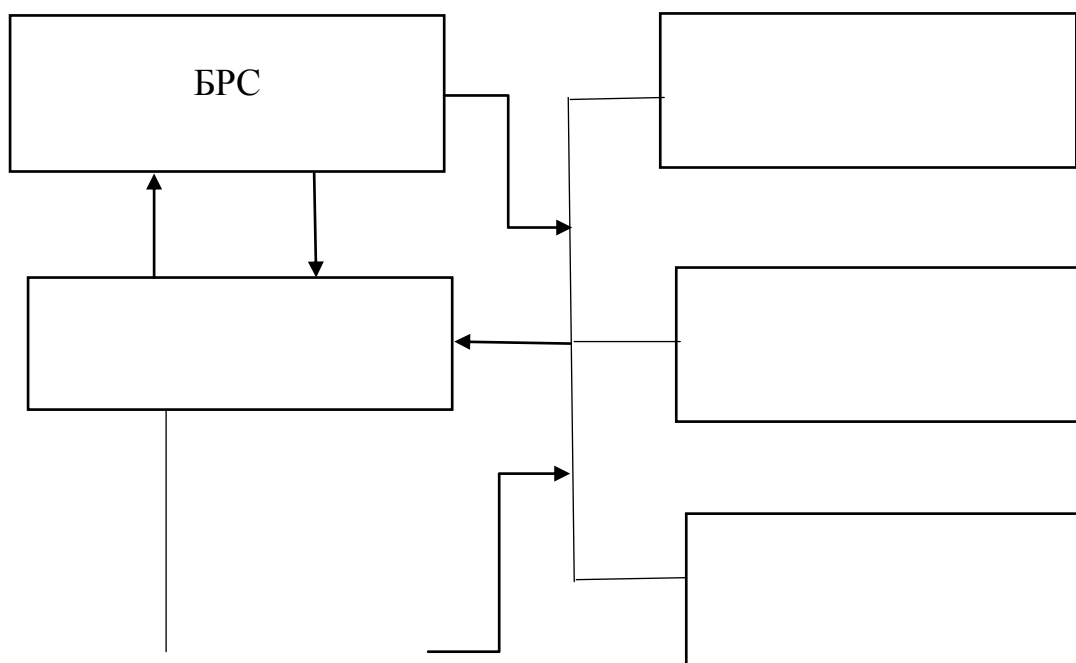




Рисунок 3.1. Схема телемедичної системи першої групи

Примітка. Розроблено заданими джерела [53].

Друга група телемедичних систем (системи біорадіотелеметрії БРТМ) призначена для віддаленого моніторингу життєвих функцій і загального стану обстежуваного пацієнта в процесі виконання ним певної активної діяльності. Загальну схему БРТМ системи показано на рис.3.2.[53].

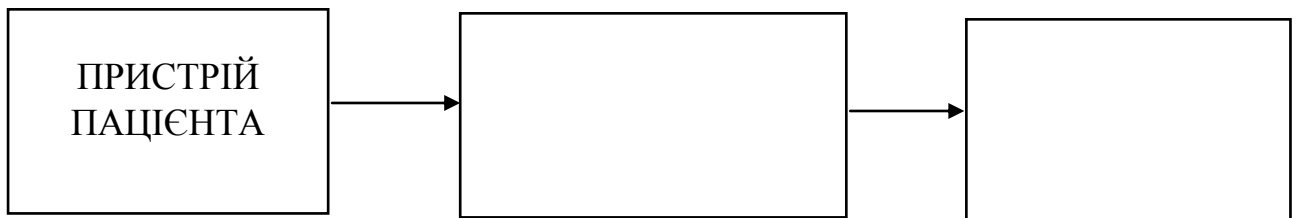


Рисунок 3.2. Схема телемедичної системи другої групи

Примітка. Розроблено заданими джерела [53].

Напрями діяльності телемедичного центру можна поділити на:

- Клінічний. Проведення консультацій, організація відеоконференцій та консилиумів, пересилання за допомогою інформаційних технологій результатів діагностичних досліджень для отримання висновків та рекомендацій з віддалених медичних закладів.
- Навчальний. Організація та проведення семінарів, навчальних циклів для медичних працівників. Створення та супровід серверів, медичних баз даних й інформаційно-довідкових систем.
- Науково-дослідний. Розроблення та впровадження нових телемедичних технологій. Підготовка і публікація наукових оглядів, статей.

-Організаційно-методичний. Навчання персоналу кабінетів телемедицини, підготовка і розповсюдження методичних матеріалів.

-Інформаційно-комунікаційний. Організація обміну інформацією звітного і статистичного характеру між закладами охорони здоров'я, спеціалістами [51].

Запровадження диджиталізації в закладі охорони здоров'я має ряд переваг в управлінському контролі: швидкий доступ до будь-яких даних, підвищення роботи працівників, зростання продуктивності і зменшення витрат, якісна, швидка обробка та формування звітів, менша кількість помилок в розрахунках, наявність засобів для дистанційної комунікації працівників, покращення обслуговування пацієнтів, що веде до підвищення конкурентоспроможності закладу.

3.2. Розробка та обґрунтування заходів з удосконалення управлінського контролю в закладі охорони здоров'я

З початком реформи первинної ланки в КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради відбулось багато змін і нововведень. Подальше реформування галузі потребує швидкої реакції і гнучкого пристосування до нових викликів сьогодення. Для керівництва закладу виникає завдання збереження досягнень і подальший розвиток закладу. У сучасних умовах це потребує застосування новітніх заходів з удосконалення управлінського контролю.

Для визначення стратегічних цілей компаній, котрі зайняті у сфері надання медичних послуг та управляються за допомогою сучасних методів керівництва необхідно проаналізувати зовнішні й внутрішні чинники, що впливають на їхню роботу. Для цього застосовують SWOT-аналіз, за допомогою якого можна знайти сильні та слабкі аспекти діяльності закладу [2].

До сильних сторін належить: професійність кадрів, сучасне технологічне медичне обладнання, зручне розташування, комфорт і безпека при наданні медичних послуг, позитивні відгуки пацієнтів, знання потреб клієнтів,

встановлені позиції на ринку, розширення спектру послуг. Професійність кадрів фірма забезпечує шляхом підбору працівників із високим рівнем кваліфікації і великим досвідом роботи, звертаючи особливу увагу на творчість, здатність до самостійного навчання [2].

Для зіставлення можливостей підприємства умовам ринку і узагальнення результатів SWOT-аналізу застосовується матриця SWOT. На перетинах окремих складових груп чинників формуються поля, для яких характерні певні сполучення, що їх треба враховувати надалі в процесі розробки стратегій певного типу: поле СіМ – передбачає розробку стратегій підтримки та розвитку сильних сторін підприємства щодо реалізації можливостей зовнішнього середовища; поле СіЗ – орієнтує стратегію на боротьбу із загрозами за допомогою використання внутрішніх резервів; поле СлМ – спрямовує дії підприємства на використання можливостей для подолання слабких сторін його внутрішнього потенціалу; поле СлЗ – передбачає розробку такої стратегії, яка б дала змогу підприємству не тільки зміцнити свій потенціал, а й відвернути можливі загрози у зовнішньому середовищі [15].

Проведений SWOT-аналіз дає змогу розгляду нинішньої ситуації з управлінським контролем в КП «ХМЦПМСД №2» при врахуванні позитивних і негативних аспектів. Концептуальний підхід сформульований таким чином, щоби надалі оптимізувати та ефективно використати наявні сильні сторони і усунути або, принаймні, звести до мінімуму наявні недоліки (додаток Н).

В результаті можна розробити стратегію розвитку і прийняти низку управлінських рішень:

- Проведення ремонтів, забезпечення в достатньому обсязі обладнанням, меблями, комп'ютерною технікою, автотранспортом амбулаторій №14 – с. Олешин, № 15 – с. Давидківці, №16 – с. Бахматівці. Термін виконання – 2021–2023 рр.

- Збільшення кількості щеплень населення. Термін виконання – 2021 р.

-Покращення матеріального забезпечення кисневими концентраторами, які можливо використовувати вдома, збільшення експрес-діагностики 2019-nCoV гострого респіраторного захворювання. Термін виконання – 2021 р.

- Створення зручних умов праці. Термін виконання – 2021–2023 рр.

- Ведення матеріального заохочення за якісне виконання роботи. Термін виконання – 2021–2023 рр.

- Проведення анкетування серед працівників. Термін виконання – 2021–2023 рр.

- Активне проведення просвітницької діяльності серед населення з використанням засобів масової інформації, соціальних мереж, друкованих матеріалів, проведення бесід з населенням. Термін виконання – 2021–2023 рр.

- Покращення кваліфікації і досвідченості персоналу шляхом проведення лекцій, семінарів, тренінгів, «Школи молодого спеціаліста», участі лікарів у тематичних вдосконаленнях, заохочення до навчання, випуски періодичних видань. Термін виконання – 2021–2023 рр.

- Вдосконалення сучасних маршрутів пацієнта, локальних протоколів надання первинної медичної допомоги. Термін виконання – 2021 р.

- Звернення до місцевої влади з проханням розвитку і вдосконалення єдиної інформаційної системи для всіх рівнів надання медичної допомоги, додаткового фінансування з бюджету міста по програмі 1301 і 1303. Термін виконання – 2022 р.

- Збільшення кількості (переліку) послуг, покращення матеріально-технічної бази, активне використання наявних можливостей діагностики. Термін виконання – 2022–2023 рр.

- Впровадження і використання дистанційних технологій, таких як телемедицина. Термін виконання – 2023 р.

- Забезпечення всіх амбулаторій автотранспортом. Термін виконання – 2023 р.

- Покращення клієнтського сервісу, постійне оновлення доступної інформації. Термін виконання – 2021–2023 рр.

Для визначення раціональності використання коштів на придбання лікарських препаратів у КП «ХМЦПМСД №2» варто здійснювати ABC/VEN аналіз, який дозволяє отримати точну і об'єктивну картину використання бюджету на лікарські засоби. Для цього складається список лікарських препаратів, закуплених закладом за рік. Це медикаменти, які використовуються для надання невідкладної допомоги. Їхні назви розташовуються за зменшенням фінансових витрат (додаток П, таблиця П.1).

ABC аналіз – це розподіл ліків за трьома класами залежно від обсягів їх використання впродовж будь-якого певного періоду (вартість одиниці препарату помножують на кількість його пакунків). Клас А – використовується основний (80%) обсяг бюджету на ліки. Клас В – середня група лікарських засобів, витрати на які становлять 15% від всіх витрат. Клас С – витрачається не більше 5% загальної суми витрат, частина асортименту лікарських засобів з низькою частотою використання (додаток П, таблиця П.1).

Далі всі лікарські препарати зі списку класифікуються за системою VEN. VEN аналіз допомагає визначити пріоритетні групи препаратів залежно від поділу на життєво необхідні (Vital, V), необхідні (Essential, E) і другорядні (Non-essential, N). По кожній позиції розраховується частка (відсоток) витрат і накопичувальний (кумулятивний) відсоток (додаток П, таблиця П.1). Розрахунок частки окремого препарату в загальній сумі витрат на лікарські засоби відбувається за формулою:

Загальна вартість препарату

Витрати = -----* 100%

Загальна сума витрат на ЛЗ

Кумулятивний відсоток вираховується поступовим додаванням відсотків витрат на кожен препарат за спаданням їх частки в загальній сумі витрат.

Отже, проведення ABC/VEN аналізу може дати відповідь на питання, чи варто витратити кошти на ліки в закладі охорони здоров'я; що треба зробити, щоб раціоналізувати закупівлю ліків; які препарати передусім слід розглядати щодо включення в формуляр (зазвичай клас А); чи відповідають фінансові витрати даним аналізу структури захворюваності.

За 2020 рік КП «ХМЦПМСД №2» використано лікарських засобів на суму 17 433,00 грн., було закуплено 28 різновидів препаратів, що входять до Національного переліку основних лікарських засобів і до Державного, Обласного та Локального формулярів лікарських засобів.

Крім того, забезпечення невідкладної допомоги здійснювалось згідно з Примірним табелем матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу.

VEN аналіз показав, що лише 54,36% коштів, використаних у 2020 р., були витрачені для закупівлі ліків, які є життєво важливими (Vital), 22,88% – для закупівлі необхідних (Essential) ліків і 22,76% – для другорядних (Nonessential) ліків. Для порівняння за стандартом – на життєво важливі ліки повинно йти 70–80% коштів, 10–20% на необхідні та 5–10% на другорядні лікарські препарати.

Найбільші витрати коштів склали група препаратів класу А – 77,34%, з яких більша частина (58,82%) є життєво важливими та необхідними препаратами для надання невідкладної допомоги. 18,52% від загальних витрат на препарати класу А склали витрати на Септил, який хоч і належить до другорядних препаратів, але є необхідним для проведення ін'єкцій.

Препарати класу В складають 16,33 % витрат, з них 9,53% є життєво важливими і 5,39% – необхідними. На клас С витрачається 6,33% коштів, з них – 2,12% на життєво важливі ліки (додаток П, таблиця П.2).

За результатами проведеного ABC/VEN аналізу витрат на лікарські препарати можна зробити висновок:

За 2020 рік в КП «ХМЦПМСД №2» п'ята частина коштів використовувалася на придбання магnezії сульфату, ін'єкційного засобу для надання невідкладної допомоги при гіпертонічному кризі. Для зменшення витрат на цей засіб сімейним лікарям потрібно більше проводити профілактичну і роз'яснювальну роботу про необхідність постійного приймання антигіпертензивних препаратів, про необхідність мати вдома ліки, які можуть швидко знизити високий тиск. Для швидкого зниження тиску в закладі є таблетовані препарати: ніфедипін, периндоприл і каптоприл, які коштують менше, але можуть бути не менш ефективні.

За розподілом коштів до групи А належить 11 препаратів, що становить 77,34% витрат на лікарські препарати закладу. Група В містить 8 препаратів, що складає 16,33% витрат. Група С – 9 препаратів, що становить 6,33% витрат. Життєво важливими є 14 препаратів, необхідними – 9, додатковими – 5. Отже, половина з препаратів, які використовуються для надання невідкладної допомоги, становить 77,34% коштів, це переважно життєво важливі і необхідні для надання невідкладної допомоги ліки. Витрати закладу відповідають потребам населення. Для більш раціонального використання коштів варто проводити облік залишків препаратів, з урахуванням строку дії. Перевагу необхідно надавати закупівлі життєво важливих засобів, раціональному використанню додаткових.

Для покращення управлінського контролю в закладі слід постійно використовувати анкетування співробітників і пацієнтів (Додаток Р).

Після проведеного в КП «ХМЦПМСД №2» анкетування співробітників виявлено проблеми та запропоновано заходи удосконалення управлінського контролю (табл. 3.1, табл. 3.2).

Таблиця 3.1 Розподіл основних відповідей респондентів щодо здійснення управлінського контролю в КП «ХМЦПМСД №2»

№	Варіанти відповідей							
	Відповідь 1.	Кількість, у %	Відповідь 2.	Кількість, у %	Відповідь 3.	Кількість, у %	Відповідь 4.	Кількість, у %
1.	Як Ви оцінюєте управлінський контроль в КП «ХМЦПМСД №2»?							
	достатній	298 (90%)	середній	27 (8%)	низький	7 (2%)	інше	
2.	Що на Вашу думку треба зробити, щоб покращити управлінський контроль?							
	посилити дисциплінарні покарання	3 (1%)	доплата за якість роботи	50 (15%)	опитування працівників і пацієнтів	276 (83%)	інше	3 (1%)
3.	Чи відповідає Ваша заробітна плата тій роботі, яку Ви виконуєте?							
	відповідає	66 (20%)	недостатня	233 (70%)	інше	33 (10%)		
4.	На Вашу думку Ви в повному обсязі справляєтесь зі своєю роботою?							
	так	325 (98%)	ні	7 (2%)	інше			
5.	Що особисто Вам необхідно для покращення якості роботи?							
	покращення умов праці	50 (15%)	збільшення заробітної плати	233 (70%)	можливості для навчання	33 (10%)	інше	16 (5%)
6.	Як Ви оцінюєте рівень матеріально-технічного забезпечення робочого місця?							
	достатньо високий рівень	266 (80%)	середній рівень	33 (10%)	низький рівень	33 (10%)	інше	
7.	Якими методами підвищення кваліфікації користуєтеся у своїй практиці?							
	ТУ	33 (10%)	лекції, семінари	3 (1%)	конференції	7 (2%)	усе перераховане	289 (87%)

Примітка. Складено автором.

Аналіз проведеного анкетування допоміг виявити певні проблеми та недоліки в роботі закладу. Проаналізувавши їх, розроблено заходи удосконалення управлінського контролю, які можуть в майбутньому принести позитивний результат.

Таблиця 3.2 Заходи удосконалення управлінського контролю і очікуваний результат

№	Проблеми в закладі	Заходи удосконалення управлінського контролю	Очікуваний результат
1.	Колектив КП «ХМЦПМСД №2» великий, розкиданий по амбулаторіях	Один раз на три місяці проводити опитування, анкетування співробітників	Можливість спілкування одночасно з великою кількістю працівників, можливість отримати думку колективу, зворотний зв'язок з ними
2.	Більшість працівників негативно ставиться до дисциплінарних покарань, але потребують збільшення заробітної плати, не маскритичної оцінки виконаної роботи	Щоквартально проводити самоконтроль виконаної роботи, використовуючи індикатори якості виконаної роботи	Збільшення заробітної плати працівників на 15 % за якість виконаної роботи
3.	Необхідність донесення інформації одночасно великій кількості працівників	Запровадити в закладі телемедицину для проведення нарад, конференцій, консиліумів, навчання	Підвищення кваліфікації персоналу, можливість спілкуватись одночасно з великою кількістю працівників
4.	Є проблеми з облаштуванням робочих місць в амбулаторіях №№ 14,15,16,17	Постійно покращувати робочі місця, проводити необхідні ремонти, закупляти необхідну техніку і меблі	Покращення умов надання медичної допомоги, клієнтсервіс, підвищення конкурентоздатності закладу
5.	Частина працівників потребує підвищення кваліфікації	Щорічний контроль за безперервною освітою лікарів	Підвищення кваліфікації, покращення якості надання медичної допомоги
6.	Необхідність поширення інформації про діяльність закладу	Створити власний сайт	Поширення інформації про заклад, врахування

			думки пацієнтів
7.	Необхідність покращення клієнтсервісу для відвідувачів	Створити куточки зворотного зв'язку в усіх амбулаторіях з встановленням поштових скриньок для анонімного анкетування пацієнтів, опитування через телефон, фейсбук	Можливість отримати думку пацієнтів, можливість зворотного зв'язку з ними

Примітка. Розроблено автором.

Варто звернути особливу увагу на питання самооцінювання та самоконтролю медичного персоналу КП «ХМЦПМСД №2» за якістю наданих ним медичних послуг. Такий самоконтроль має складатися з: ознайомлення і використання інформації про пацієнта з попереднього етапу або рівня медичної допомоги; клінічного огляду хворого за його складовими, своєчасного встановлення попереднього діагнозу; інформування хворого про стан його здоров'я, отримання поінформованої згоди на медичні втручання; складання плану обстеження і лікування відповідно до вимог локальних медико-технологічних документів; виконання плану обстеження і лікування; своєчасного встановлення клінічного діагнозу; моніторингу клінічного стану пацієнта та динаміки патологічного процесу, клінічної ефективності та наслідків дії лікарських препаратів та інших видів лікування; своєчасного внесення корекцій у лікування; належного оформлення і змісту виписних документів; дотримання правил поведінки під час спілкування з хворим та його представниками; дотримання нормативної (середньої) тривалості лікування за даною нозологічною формою; ведення медичної документації відповідно до вимог.

Принцип самоконтролю заснований на постійному дотриманні вимог/рекомендацій чинних регламентів (наказів, розпоряджень, інструкцій, нормативів, локальних медико-технологічних документів та ін.) і порівнянні

фактичних проміжних і кінцевих результатів власної діяльності з встановленими нормативами в режимі реального часу. У разі виявлення відхилень в процесі медичної допомоги виконавцем вносяться відповідні корективи; за необхідності до коригувальних заходів долучається завідувач відділення/структурного підрозділу[23].

Важливим є дотримання лікарем при такому самоконтролі критеріїв якості надання медичних послуг відповідно до встановлених вимог локальних стандартів, впроваджуваних нових медичних технологій та внесених змін в лікувальний процес, що впливають на якість; раціонального використання ресурсів в процесі надання послуги; вивченні думки пацієнтів про якість медичних послуг. Для врахування думки пацієнтів щодо якості отриманих ними медичних послуг, отже, якості управлінського контролю, необхідно створити власний сайт КП «ХМЦПМСД №2», куточки зворотного зв'язку в усіх амбулаторіях з встановленням поштових скриньок для анонімних анкет пацієнтів, використовувати телефонні опитування пацієнтів та опитування через електронний інструмент Центру – фейсбук. Соціологічні методи контролю включно з опитуванням як пацієнтів, так і медичних працівників, є важливим доповненням до ефективного управлінського контролю в закладі охорони здоров'я.

Найбільше використовуються шість відомих і поширених інструментів зворотного зв'язку від пацієнтів:

- Опитувальник задоволеності консультацією (Consultation Satisfaction Questionnaire – CSQ та SSQ), розроблений Бейкером у 1990 р. Він вміщує 18 пунктів (оцінювальних питань), які представляють кількісну оцінку задоволеності пацієнта від конкретного візиту до конкретного лікаря.
- Оцінка загальної практики (сімейної медицини) пацієнтами з хронічними хворобами (Chronically Ill Patients Evaluate General Practice – CEP), розроблена Венсінгом зі співавторами у 1998 р. Опитувальник складається із 51 пункту та

поєднує і персональну оцінку конкретного лікаря, і організаційні аспекти діяльності закладу.

- Опитувальник для оцінки загальної практики (General Practice Assessment Questionnaire, стара назва GPAS зараз –GPAQ), розроблений спочатку Бостонським інститутом здоров'я та потім удосконалений Кембриджським університетом. Складається з 53 пунктів для оцінки 5 сфер медичної допомоги.

- Інструмент EUROPEP (Patient Evaluations of General Practice), розроблений у 1995 р. міжнародним консорціумом дослідників і лікарів сімейної медицини. На сьогодні використовується версія 2006 р., яка вміщує 23 пункти анкети оцінки в 5 вимірах медичної допомоги.

- Опитувальник для удосконалення загальної практики (Improving Practice Questionnaire –IPQ) розроблено у співпраці британськими та австралійськими фахівцями. Містить 27 пунктів анкети і охоплює оцінку навичок лікаря щодо міжособистісної взаємодії (Doctor's Interpersonal Skills Questionnaire) та організаційні аспекти закладу.

- Оцінку надавача медичних послуг (Provider-Specific Survey –PSS) розроблено Нельсоном (США) у 2004 р. Інструмент містить 34 пункти шкали, що поєднують конкретні оцінки 5 аспектів медичної допомоги [55].

Серед наявних інструментів для оцінки пацієнтами ПМСД найбільш відомим та поширеним (з найбільшим досвідом застосування), насамперед у Європі, є опитувальник EUROPEP. Інструмент EUROPEP (Patient Evaluations of General Practice) розроблено у 1995–1998 рр. (перший варіант) міжнародним консорціумом дослідників та лікарів загальної практики – сімейної медицини (ЗП-СМ).

Наразі використовується версія 2006 року, яка оцінює організаційні аспекти медичної допомоги та власне лікаря ПМСД та містить 23 запитання для оцінки за п'ятьма вимірами: – взаємовідносини лікар–пацієнт (запитання 1–6); – медична допомога (7–11); – інформація та підтримка (12–15); – організація надання послуг (16–17); – доступність (18–23).

Пропонуються версії українською та російською мовами для зручності пацієнтів (Додаток С).

Цей інструмент застосовано у 20 країнах і перекладено більшістю європейських мов. Інструмент EUROPEP має просту шкалу оцінки та мінімальну (у порівнянні з іншими) кількість запитань. Серед його переваг є те, що він не прив'язаний до конкретної консультації і дозволяє оцінювати і лікаря, і заклад ПМСД за останні 12 місяців. Для забезпечення можливості порівняння не слід змінювати запитання чи додавати інші (цей опитувальник є стандартизованим). Найбільш критичним аспектом практичного застосування опитувальника є забезпечення анонімності респондентів.

Після проведення опитування та отримання базових оцінок можна здійснювати аналіз і робити висновки про те, які саме процеси (дії медичного персоналу) необхідно удосконалювати в кожній конкретній амбулаторії. Одночасно можна виявити лікарів, які є найбільш успішними в тих чи інших діях, і визначити найкращі практики [55].

Сучасні процеси глобалізації та диджиталізації, як один із напрямів реформування в медицині, вимагають сучасного підходу в організації роботи у сфері управлінського контролю. Це доцільно реалізовувати в практичних рішеннях на рівні закладу, що передбачає: використання в роботі МІС Medics, яка забезпечує виконання функцій реєстратури, робочого кабінету лікаря; запровадження в закладі телемедицини, яка дозволяє проводити консультації, організовувати відеоконференції та консилиуми, пересилати за допомогою інформаційних технологій результати діагностичних досліджень; використання в управлінській практиці SWOT аналізу для планування стратегії розвитку закладу та ABC/VE аналізу для визначення раціональності використання коштів на придбання лікарських препаратів; використання анкетування співробітників і пацієнтів; застосування методів самооцінювання та самоконтролю медичного персоналу [56].

Таким чином, використання сучасних інформаційно-телекомунікаційних засобів, інструментів для оцінки пацієнтами стану наданої медичної допомоги, проведення регулярного анкетування працівників допоможе покращити управлінський контроль в КП «ХМЦПМСД №2».

Виявлення проблем в закладі вимагатиме пошуку шляхів їх вирішення, проведення заходів для покращення роботи. В результаті зросте якість надання медичної допомоги, зменшиться захворюваність і смертність населення, що допоможе заощадити частину обігових коштів. Удосконалення управлінського контролю сприятиме зростанню конкурентності та підвищенню репутації закладу, що приведе до збільшення питомої ваги пацієнтів, а це забезпечить зростання фінансування. Використання в роботі SWOT аналізу дасть можливість планування стратегії розвитку закладу. Застосування ABC/VEN аналізу сприятиме раціональному використанню коштів. Постійне проведення самооцінювання і самоконтролю з використанням індикаторів якості виконаної роботи забезпечить матеріальне заохочення працівникам, що так само сприятиме зростанню якості надання первинної медичної допомоги населенню.

ВИСНОВКИ

Виявленні особливості управлінського контролю в закладі охорони здоров'я дозволили визначити напрями його вдосконалення та сформулювати наступні висновки:

1. Вивчення різних джерел свідчить про інтерес багатьох науковців в Україні та за кордоном до проблеми управлінського контролю у закладах охорони здоров'я. Узагальнено, що контроль є процесом регулювання діяльності закладу шляхом постійного спостереження та усунення відхилень, які при цьому виникають. Його основною метою є забезпечення виконання стратегії, дотримання основних параметрів діяльності, виконання управлінських рішень структурними підрозділами та окремими виконавцями. В управлінні контроль підтримує взаємодію і взаємозв'язок різних видів

діяльності в межах закладу і окремих його структурних підрозділів, стимулює її ефективність і результативність шляхом активного впливу на підконтрольні об'єкти.

2. Визначено, що заклад охорони здоров'я – це складна соціально-економічна система, з матеріальними, фінансовими, трудовими ресурсами, що потребують ефективного управлінського контролю. Він забезпечується шляхом внутрішнього контролю, який регулюється постановами і розпорядженнями Кабінету Міністрів України, Бюджетним кодексом України, Наказами Міністерства фінансів України та Міністерства охорони здоров'я України.

Основним в управлінському контролі в закладі охорони здоров'я постає питання забезпечення контролю надання якісної медичної допомоги. В умовах реформування сфери охорони здоров'я це питання виходить на перше місце і є головною метою.

3. Результати проведеного аналізу діяльності закладу свідчать, що КП «ХМЦПМСД №2» є комунальним унітарним некомерційним підприємством, яке здійснює господарську некомерційну діяльність, спрямовану на досягнення соціальних та інших результатів без мети одержання прибутку. Заклад надає медичні послуги на підставі ліцензії на медичну практику, організовує свою діяльність згідно з фінансовим планом та планом використання бюджетних коштів, затверджених уповноваженим органом управління. Управління закладом здійснюється відповідно до Статуту підприємства на основі поєднання прав засновника, уповноваженого органу управління та керівника підприємства.

4. На рівні закладу розроблено та затверджено безперервну систему контролю якості медичної допомоги. Внутрішній контроль якості надання медичної допомоги організовується керівництвом та Медичною радою закладу охорони здоров'я та поділяється на три ступені. У закладі функціонує Служба внутрішнього аудиту; діє інформаційно-аналітичний кабінет медичної статистики, який дозволяє інформаційно забезпечити управлінський контроль через системи «E-Health» та МІС «Medics»; затверджено Порядок

моніторингу клінічних індикаторів якості медичної допомоги для оцінювання ефективності медичних послуг, що сприяє прийняттю управлінських рішень; розроблено критерії, індикатори та стандарти роботи лікаря загальної практики-сімейного лікаря. За результатами оцінки якості надання медичної допомоги приймаються управлінські рішення, які втілюються у накази з персонально визначеними відповідальними і термінами виконання.

5. Запровадження медичної реформи вимагає застосування в роботі інформаційно-телекомунікаційних засобів. Використання в роботі МІС «Medics» забезпечує виконання функцій реєстратури, робочого кабінету лікаря. Дає змогу здійснювати контроль за роботою медичного закладу, сприяє комунікації з клієнтами та з іншими медичними закладами, формує базу даних.

Використання телемедицини дозволяє здійснювати консультації, організувати відеоконференції та консилиуми, пересилати за допомогою інформаційних технологій результати діагностичних досліджень для отримання висновків та рекомендацій з віддалених медичних закладів. Також допомагає в організації та проведенні семінарів, навчальних циклів для медичних працівників. Забезпечує обмін інформацією звітного і статистичного характеру між закладами охорони здоров'я, спеціалістами. Надалі це дасть позитивні результати як для пацієнтів, так і для медичних працівників.

6. Проаналізовано практичні аспекти управлінського контролю в закладі охорони здоров'я та розглянуті критерії ефективності його роботи. Стан виконання функцій управлінського контролю відповідальними особами відповідає вимогам. Проведено аналіз фінансового стану КП «ХМЦПМСД №2» за 2018–2020 рр., яким встановлено задовільний аналіз майнового стану підприємства, аналіз ліквідності підприємства, аналіз платоспроможності (фінансової стійкості) підприємства, аналіз ділової активності підприємства.

Під час анкетування співробітників КП «ХМЦПМСД №2» виявлено певні недоліки (колектив великий, розкиданий по амбулаторіях, більшість працівників негативно ставиться до дисциплінарних покарань, але потребують збільшення заробітної плати, немає критичної оцінки виконаної роботи, є необхідність

донесення інформації одночасно великій кількості підлеглих, підвищення кваліфікації працівників, існують проблеми з облаштуванням робочих місць в деяких амбулаторіях, виникає потреба поширення інформації про діяльність закладу і покращення клієнтсервісу для відвідувачів).

Для покращення управлінського контролю в закладі запропоновано: регулярне проведення анкетування співробітників і пацієнтів; застосування методів самооцінювання та самоконтролю медичного персоналу; проведення ремонтів; забезпечення в достатньому обсязі обладнанням, меблями, комп'ютерною технікою, автотранспортом нових амбулаторій; створення зручних умов праці, введення матеріального заохочення за якісне виконання роботи; покращення кваліфікації й досвідченості персоналу; запровадження в закладі телемедицини; створення власного сайту і куточків зворотного зв'язку в усіх амбулаторіях з встановленням поштових скриньок для анонімного анкетування пацієнтів, опитування через телефон, фейсбукта ін.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Волошин Р. В. Основи менеджменту : опорн. консп. лекцій. Тернопіль : ТНЕУ, 2012. 116 с.
2. Баєва О. В., Новальська Н. І., Згалат-Лозинська Л. О. Менеджмент і адміністрування : в 2 ч. Ч. II. Менеджмент : навч. посіб. Київ : ДП «Вид. дім «Персонал», 2017. 326 с.
3. Арзянцева Д. А. Фінансовий менеджмент в установах системи охорони здоров'я та медичного страхування. *Вісник Хмельницького інституту регіонального управління та права*. Хмельницький, 2003. № 2. С. 278–283.
4. Гуторова О. О. Основи менеджменту : навч. посібник. Харків : Харк. нац. аграр. ун-т ім. В. В. Докучаєва, 2009. 327 с.

5. Менеджмент : навчальний посібник / Краснокутська Н. С. та ін. Харків : «Друкарня Мадрид», 2019. 231 с.
6. Новікова, Х. К. Внутрішній контроль як основна складова управління діяльністю підприємства. *Економічний аналіз: зб. наук. праць*. Тернопіль, 2015. Том 19. № 2. С. 109–116.
7. Управлінський контроль, Суть і зміст контролю – Менеджмент – Навчальні матеріали онлайн. URL: https://pidru4niki.com/85107/menedzhment/upravlinskiy_kontrol(дата звернення: 20.09.21).
8. Назарчук Т. В., Косіюк О. М. Менеджмент організацій : навчальний посібник. К. : «Центр учбової літератури», 2016. 560 с
9. Короленко В. В., Юрочко Т. П. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я України в контексті європейської інтеграції. К. : КіМ, 2018. 96 с.
10. Шкільняк М. М, Овсянюк-Бердадіна О. Ф., Крисько Ж. Л., Демків І. О. Менеджмент : навч. посіб. Тернопіль : Крок, 2017. 252 с.
11. Єрошкіна Т. В., Татаровський О. П., Полішко Т. М., Борисенко С. С. Основи менеджменту і маркетингу в медицині : навч. посіб. Дніпропетровськ : РВВ ДНУ, 2012. 64 с.
12. Клименко П. М. Грабовський В. А. Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я. *Вісник НАДУ*, 2014. № 3. С. 136–141.
13. Брич В. Я. Ліштаба Л. В., Микитюк П. П. Компетентність менеджерів в системі охорони здоров'я : монографія. Тернопіль : ТНЕУ, 2018. 192 с.
14. Бардась А. В., Бойченко М.В., Дудник А.В. Менеджмент : навч. посіб. Дніпро: Національний гірничий університет, 2012. 381 с.
15. Дідок Ю. В. Карамішев Д. В., Кононов І. О. Менеджмент організацій : навчально-методичний посібник [для магістрантів факультету економіки та менеджменту спеціальності 8.000007 «Адміністративний менеджмент»]. Х. : НФаУ, 2010. 124 с.
16. Менеджмент : навчальний посібник. У 2 т. Т. 1. Загальний менеджмент / С. Ф. Поважний та ін. 3-тє вид., перероб. та доп. Донецьк: ДонДУУ, 2012. 331 с.

17. Гуцайлюк З. В. Облік і контроль у ринковій економіці: елементи концепції : монографія. Гуцайлюк. Тернопіль : Крок, 2013. 176 с.
18. Максимова В.Ф. Внутрішній контроль економічної діяльності промислового підприємства – системний підхід до розвитку. Одеса: ОДЕУ, 2005. 269 с.
19. Концепція розвитку державного внутрішнього фінансового контролю : розпорядження Кабінету Міністрів України від 24 травня 2005 р. № 158-р. URL:<https://www.kmu.gov.ua/npras/17381979>(дата звернення 20.09.2021).
20. Деякі питання здійснення внутрішнього аудиту та утворення підрозділів внутрішнього аудиту : Постанова Кабінету Міністрів України від 28 вересня 2011 р. № 1001. URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1001-2011-%D0%BF#Text>(дата звернення 20.09.2021).
21. Про затвердження Основних засад здійснення внутрішнього контролю розпорядниками бюджетних коштів та внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 28 вересня 2011 р. № 1001 : Постанова Кабінету Міністрів України від 12 грудня 2018 р. № 1062. URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1062-2018-%D0%BF#Text> (дата звернення 20.09.2021).
22. Бюджетний кодекс України від 08.07.2010 № 2456-VI: Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2010, № 50-51, ст.572. URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17#Text>(дата звернення 20.09.2021).
23. Організація контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я : методичні рекомендації. Київ, 2014. 31 с.
24. Про затвердження Методичних рекомендацій з організації внутрішнього контролю розпорядниками бюджетних коштів у своїх закладах та у підвідомчих бюджетних установах : Наказ Міністерства фінансів України від 14.09.2012 № 995. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0995201-12#Text>(дата звернення 20.09.2021).
25. Про деякі питання організації внутрішнього контролю в Міністерстві охорони здоров'я України : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 22 квітня 2021 року № 794. URL:

http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/MOZ32940.html (дата звернення 20.09.2021).

26. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я : кол. монографія / Р. Р. Августин та ін. ; за науковою ред. М. М. Шкільняка, Т. Л. Желюк. Тернопіль, Крок. 2020. 560 с.

27. Положення про медичну раду закладу охорони здоров'я : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05.02.2016 р. № 69. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0287-16#Text> (дата звернення 20.09.2021).

28. Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 № 751. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2001-12#Text> (дата звернення 20.09.2021).

29. Про порядок контролю якості медичної допомоги : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 № 752. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12#Text> (дата звернення 20.09.2021).

30. Карамішев Д. В. Управління якістю медичної допомоги в контексті інноваційних перетворень системи охорони здоров'я. URL: <http://academy.gov.ua/ej/ej3/txts/GALUZEVE/10-KARAMISCHEV.pdf> (дата звернення 20.09.2021).

31. Касянчук В. В. Бергілевич О. М., Сміянова О. І. Впровадження системи управління якістю у лікувально-профілактичних організаціях ISO 9001:2015 : навчальний посібник ; за ред. проф. В. А. Сміянова. Суми : Сумський державний університет, 2019. 246 с.

32. ЦІАТ впровадив «Систему управління якістю ISO 9001:2015». URL: https://ciat.net.ua/uk/news/ciat_iso_9001/ (дата звернення 20.09.2021).

33. Статут комунального підприємства «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги № 2» Хмельницької міської ради (нова редакція). URL: https://moz.gov.ua/uploads/3/18559-ak_obrati_mis.pdf (дата звернення 20.08.2021).

34. Про створення Хмельницьких міських центрів первинної медико-санітарної допомоги №1, 2 : рішення Хмельницької міської ради від 20.07.2016 р. №78.
35. Про Ліцензування медичної практики : наказ МОЗ України №1335 від 19.07.2018 р.
36. Мачуга Н. З. Методологічні аспекти формування та функціонування системи якісних медичних послуг в Україні : монографія. Тернопіль : Тайп, 2012. 199 с.
37. Контроль якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я : методичні рекомендації / І. М. Рогач та ін. Ужгород, 2014. 48 с.
38. Про Порядок контролю якості медичної допомоги в структурних підрозділах Хмельницького міського центру первинної медико-санітарної допомоги №2: наказ № 31/2-од від 24.03.2017 р.
39. Про Порядок контролю якості медичної допомоги в структурних підрозділах Комунального підприємства «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради : наказ № 18/1 від 11.05.2018 р.
40. Про ліцензування видів господарської діяльності : Закон України від 02.03.2015 р. № 222-VIII.
41. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики : Постанова Кабінету Міністрів України від 02.03.2015 р. № 285
42. Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 15.07.1997 р. № 765
43. Порівняльний аналіз правового регулювання планування діяльності та звітності закладів охорони здоров'я у формі бюджетних установ та у формі комунальних некомерційних підприємств. URL:
<http://healthreform.in.ua/wp-content/uploads/2018/07/%D0%BF%D0%BB%D0%B0%D0%BD%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F-%D1%82%D0%B0->

- %D0%B7%D0%B2%D1%96%D1%82-%D0%9A%D0%9D%D0%9F.pdf(дата звернення06.10.2021).
44. Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2 : Хмельницька міська рада. URL: <https://khm.gov.ua/uk/komunalni-pidприємства/hmelnickiy-miskiy-centr-pervinnoyi-mediko-sanitarnoyi-dopomogi-no2>(дата звернення06.10.2021).
45. Методика розробки системи індикаторів якості медичної допомоги: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 р. № 751. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2002-12#Text>(дата звернення 06.10.2021).
46. Про вдосконалення системи контролю якості надання медичної допомоги в структурних підрозділах Хмельницького міського центру первинної медико-санітарної допомоги №2 : наказ № 38/1-од від 24.04.2017 р.
47. Про вдосконалення системи контролю якості надання медичної допомоги в структурних підрозділах Комунального підприємства «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради : наказ № 20/1 від 22.05.2018 р.
48. Як медичному закладу підійти до вибору медичної інформаційної системи (МІС)? *Міністерство охорони здоров'я України.* URL: <https://khm.gov.ua/uk/komunalni-pidприємства/hmelnickiy-miskiy-centr-pervinnoyi-mediko-sanitarnoyi-dopomogi-no2> (дата звернення 05.01.2021).
49. Електронна система охорони здоров'я. URL: <https://ehealth.gov.ua/> (дата звернення: 07.11.21).
50. Медична соціальна платформа : Medics. URL: https://medics.ua/for_doctors (дата звернення: 07.11.21).
51. Запорожан Л. П., Теренда Н. О., Литвинова О. Н., Панчишин Н. Я., Феш М. С. Необхідність розвитку української телемедицини за сучасних умов. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2020. № 2 (84).* С.65–71.
52. Діджиталізація медицини: ЗОКЛІ одна з перших в Україні відкрила Центр телемедицини – ЗОКБ. URL: <https://zokb.org.ua/d-dzh-tal-zats-ya-meditsini-zokl->

odna-z-pershih-v-ukra-n-v-dkrila-tsentr-telemeditsini/?lang=uk (дата звернення 07.11.21)

53. Структура телемедичних систем. URL: <https://studfile.net/preview/5280615/page:6/> (дата звернення: 07.11.21).

54. Устінов О. В. Оцінка якості первинної медичної допомоги – поради від НСЗУ : Медичний часопис. URL: <https://www.umj.com.ua/article/167699/otsinka-yakosti-pervinnoyi-medichnoyi-dopomogi-poradi-vid-nszu> (дата звернення: 07.11.21).

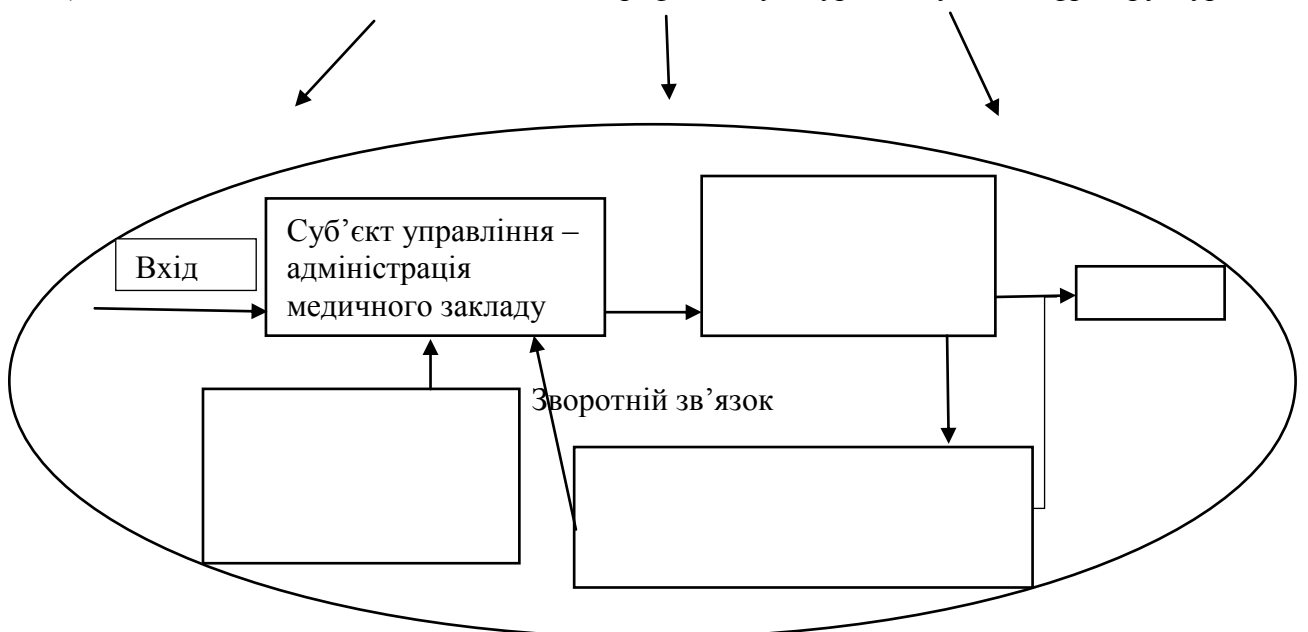
55. Вороненко Ю. В., Одринський В. А. Впровадження інструменту Europer для оцінки пацієнтами загальної практики/сімейної медицини в Україні. *Сучасні медичні технології*. 2013. № 1. С. 72–75.

56. Самолюк І. П. Деякі аспекти реалізації управлінського контролю в закладі охорони здоров'я. *Антикризові заходи в умовах економічної нестабільності* : зб. тез доп. між нар. наук.-практ. конф., м. Одеса, 26 листоп. 2021 р. Одеса, 2021. С. 85–88.

Додаток А

Модель системного підходу до управління медичним закладом

Зовнішнє середовище
(політична, економічна, соціально-демографічна, культурна ситуація, інфраструктура)

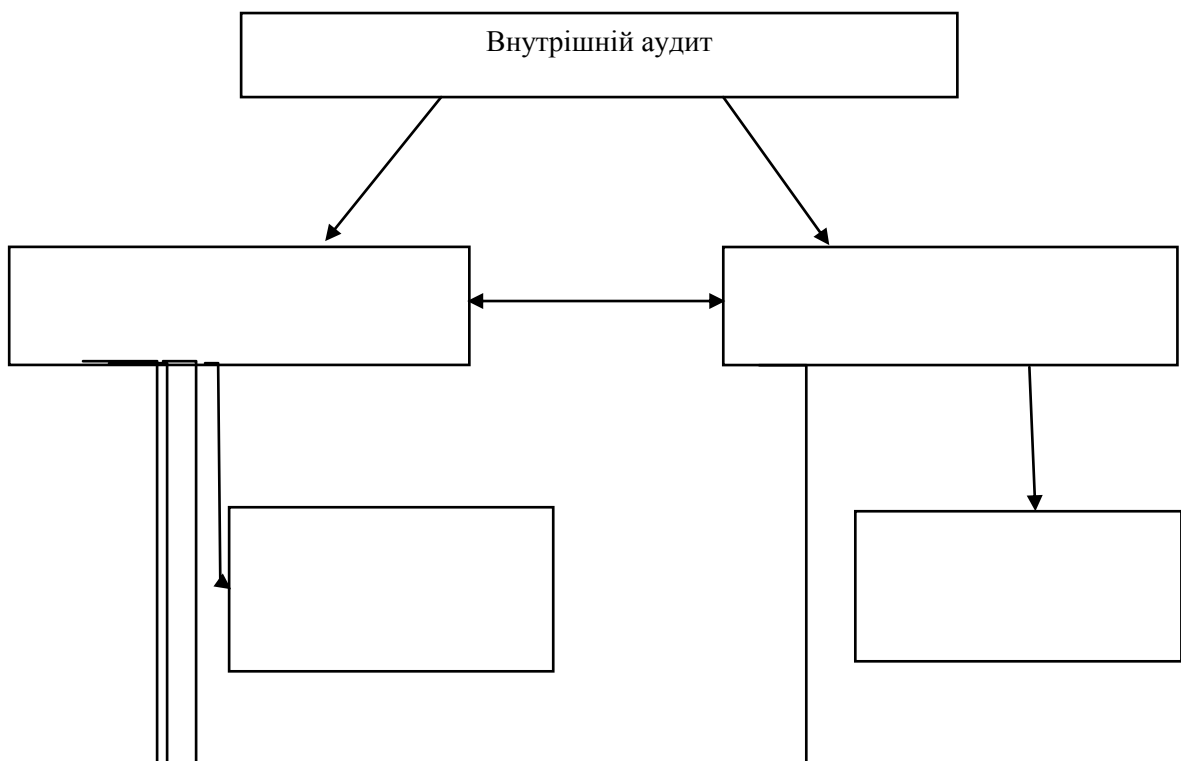


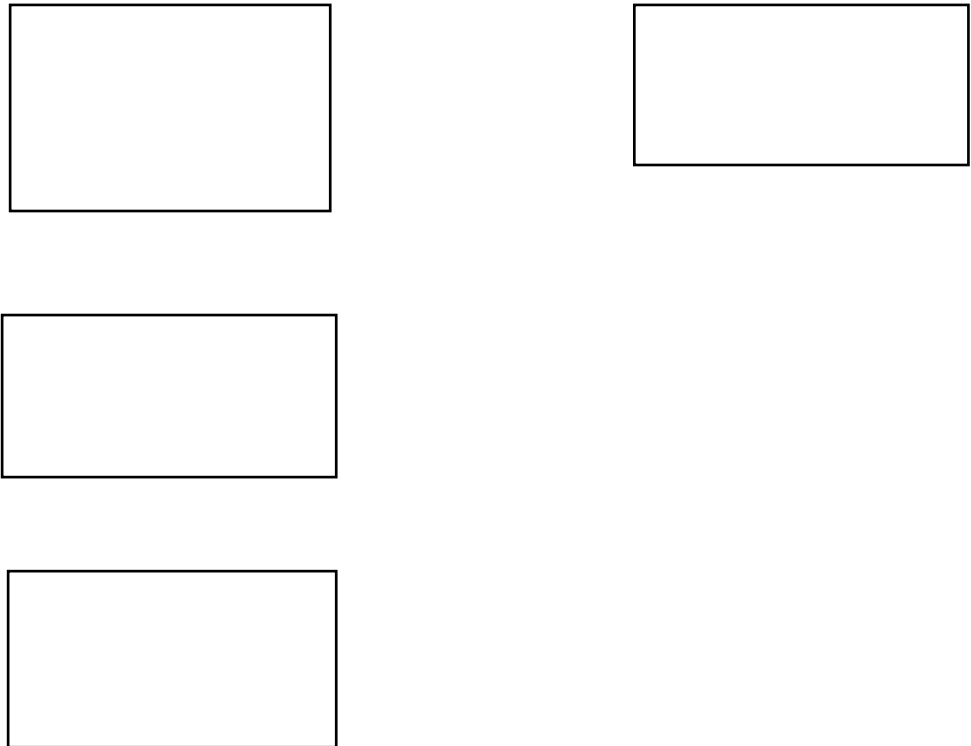


Джерело: [12, с.138]

Додаток Б

Компоненти внутрішнього аудиту в закладі охорони здоров'я



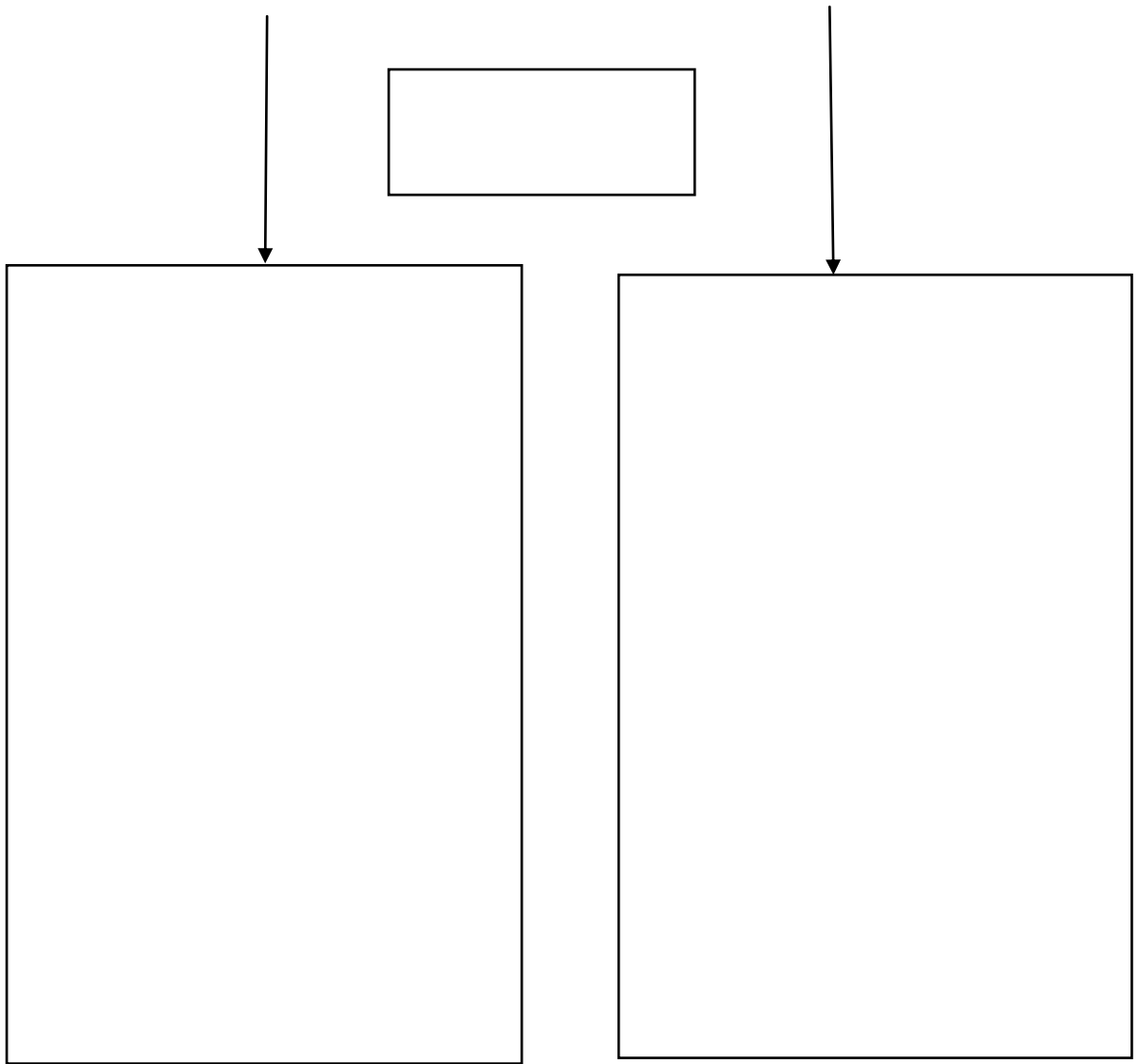


Джерело: [50, с. 15]

Додаток В

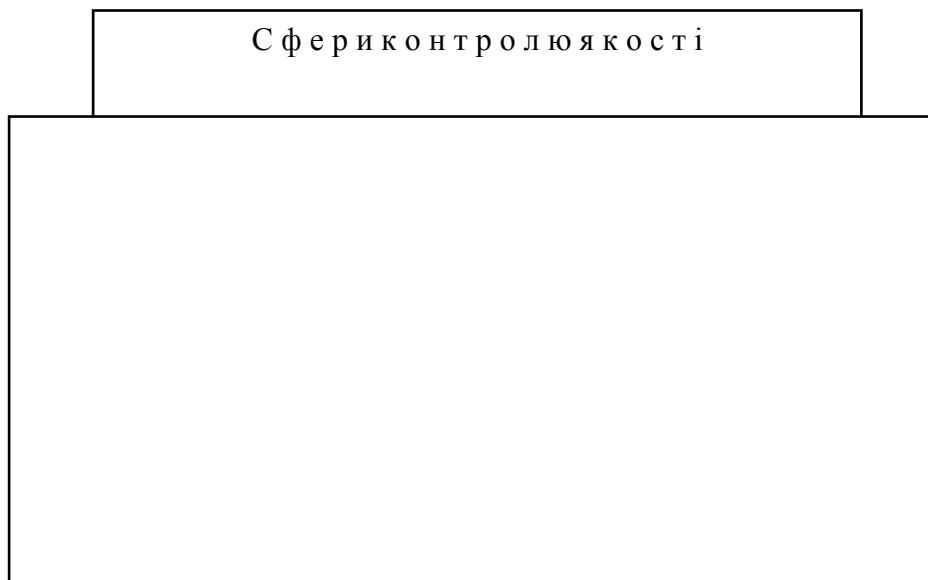
Система організації контролю якості надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я

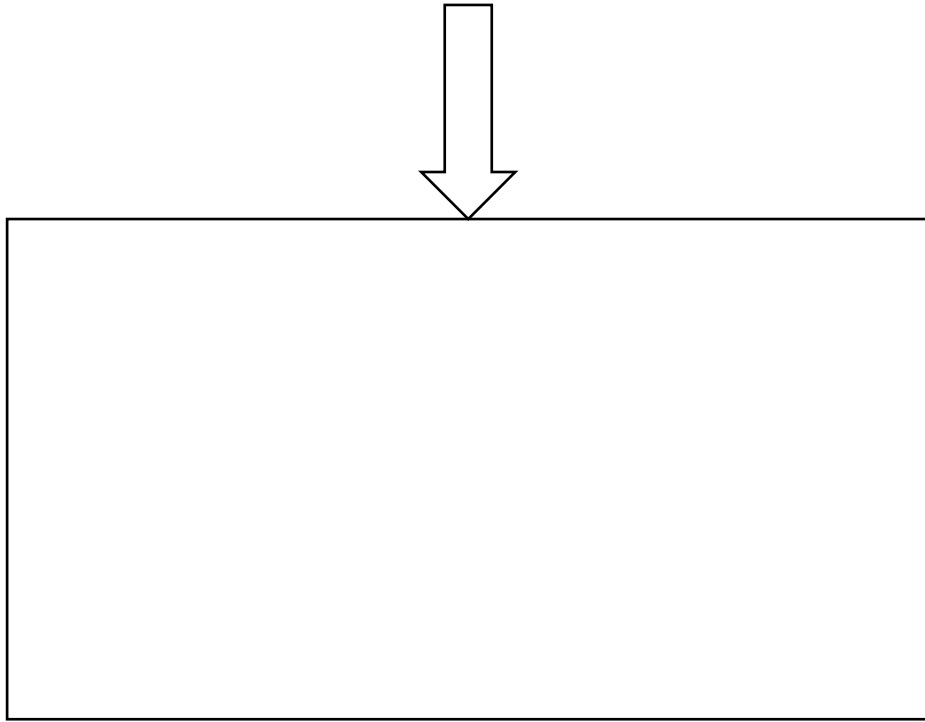




Продовження додатка В

Система організації контролю якості надання медичної
допомоги в закладі охорони здоров'я

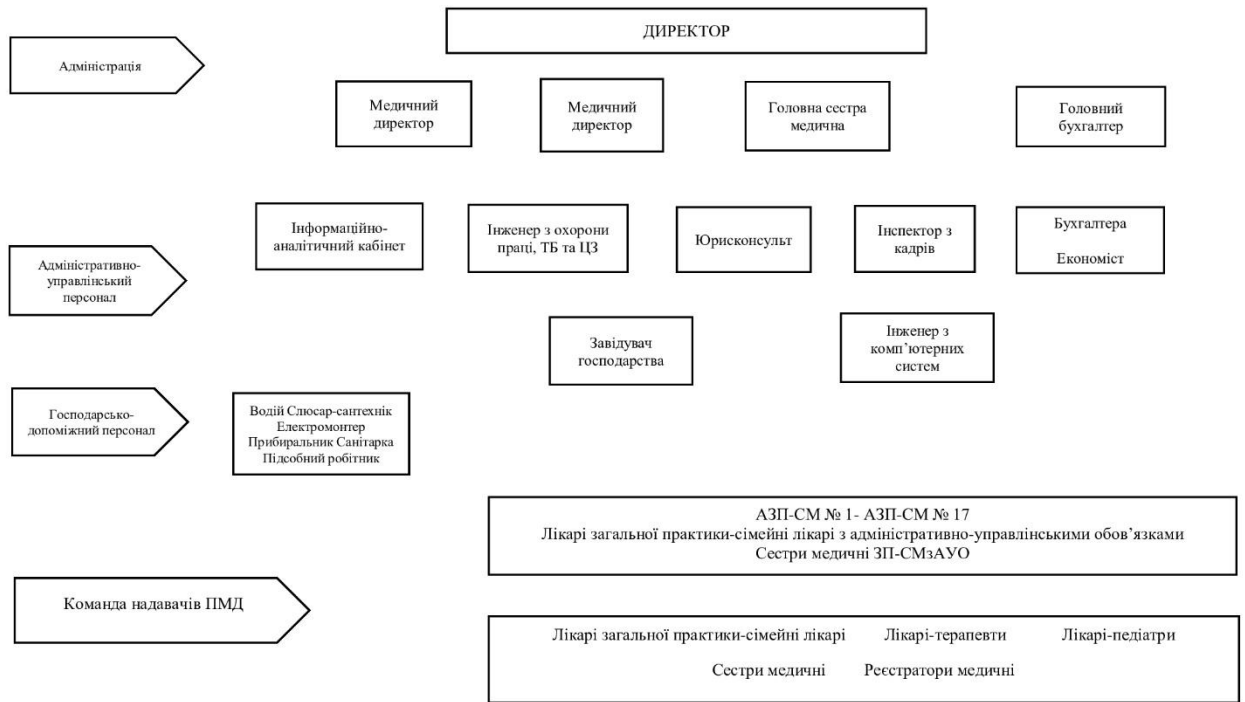




Джерело: [5, с. 283]

Додаток Г

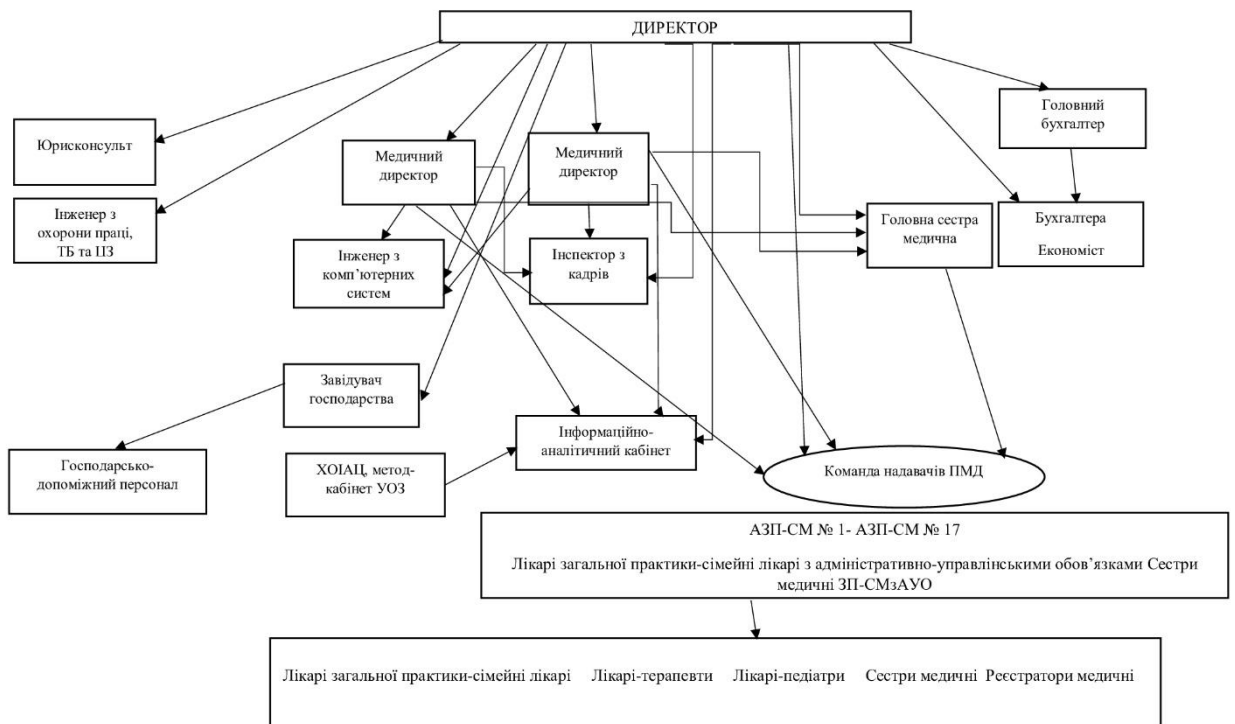
Структура КП «ХМЦПМСД №2»



Джерело: складено автором

Додаток Д

Структура управління КП «ХМЦПМСД №2»



Джерело: складено автором

Додаток Е

Таблиця Е.1 Основні звітні показники роботи КП «ХМЦПМСД №2» за 2017–

2020 рр.

Показник	2017 рік	2018 рік	2019 рік	2020 рік
1	2	3	4	5
НАСЕЛЕННЯ				
Всього на території обслуговування, осіб	150382	150382	154538	153667
Обслуговується сімейними лікарями: абс. число – % від всього	120441 80,09%	120441 80,09%	120952 78,3%	
Укладено декларацій: абс. число – % від прикріпленого			145002 94%	153010 99,6%
ДЕМОГРАФІЯ				
Народжуваність: абс. число – на 1000	1630 52,97	1691 54,95	1691-10,9	1582-10,3
Загальна смертність: абс. число – на 1000	1042 6,93	1191 9,95	1166 9,54	903 – 5,9
НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ				
Відвідувань всього: абс. число – на 1 посаду лікаря	747786 59,82	748905 7065	696694-6111	569953-5044
Ліжок денного стаціонару: абс. число – на 10 тис. нас.	11 0,73%	19 1,26%	19-1,23	19-1,57
Проліковано у денному стаціонарі: осіб – на 10 тис. нас.	812 53,8	1372 91,2	1343-109,9	1225-101,2
Проліковано у стаціонарах вдома: осіб – на 10 тис. нас.	5532 367,86	5568 370,26	5398-349,3	4750-309,1
У т. ч. надано паліативну допомогу: осіб – на 10 тис. нас.	58 4,87	316 - 21,01	289-18,7	284-18,5
Надана сума медичної субвенції «Доступні ліки»	2601,9тис. грн.	4299,5тис. грн.		
Виписано рецептів за програмою «Доступні ліки»: всього – на 1000 осіб дорослого населення			50043 - 410	55307-457

Продовження таблиці Е.1

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

НАДАНЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ при COVID-19				
Робота мобільної бригади: бригад – заборів матеріалів				1 – 980
Договір з НСЗУ за 29 пакетом – отримано коштів				101884,1 грн.
Зареєстровано хворих				6763
Амбулаторно проліковано				5964
Скеровано у стаціонар				799
ПРОФІЛАКТИЧНА РОБОТА				
ФПО – на 1000 населення	86120 – 720	86551 -722	91002 - 724	81875 - 720
ОПО жіночого населення: %	-	53100 – 80,5%	54403-80,4%	16662-23,5%
Скринінг на цукровий діабет: проведено глюкометрій (абс. число) - % до дорослого населення	2150 1,8%	2356 1,97%	2815-2,3%	14758-15,3%
СТРУКТУРА ЦЕНТРУ				
Амбулаторій ЗПСМ: абс. число – на 10 тис. нас.	12 0,8	12 0,8	12-0,8	13-0,8
у т. ч. на основній базі	2	2	3	3
КАДРОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ				
Штатних посад лікарів: абс. число – на 10 тис. нас.	140 9,3	139 9,2	122-7,9	123-7,9
Фізичних осіб лікарів: абс. число – % до штатних	125 89,3%	121 87,1%	115-94,3%	113-91,9%
З них (абс. число – % від всіх лікарів):				
сімейних лікарів	60 – 48%	63- 52%	70 – 60,9%	74-65,5%
дільничних педіатрів	34 – 27,2%	34-28%	35 – 30,4%	34-30%
дільничних терапевтів	13 – 10,4%	9-7,4%	7 – 6,1%	2-1,8%
керівників (ОУОЗ)	3 – 2,4%	3-2,5%	3 -2,6%	3-2,7%
Кількість лікарів інтернів	3	2	1	2
Штатних посад смп: абс. число – на 10 тис. нас	166,5 11,04	159,5 10,6	131,5-8,5	135-8,8

Продовження таблиці Е.1

1	2	3	4	5
Фізичних осіб смп:	165	155	133-100%	133-98,5%

абс. число – % до штатних	99,1%	97,2%		
ФІНАНСУВАННЯ				
Фактичні видатки з НСЗУ: абс. число / на 1 мешканця	29053,9 тис. грн. 193,3 грн.	58196,4 тис. грн. 386,99 грн.	82822,3 тис. грн. 535,93 грн.	90984,2 тис. грн. 592,08 грн.
Видатки з місцевого бюджету: абс. число/на 1 мешканця		4920,2 тис. грн.	4681,6 тис. грн. 30,29 грн.	4947,1 тис. грн. 32,19 грн.
З них на: утримання			861,6 тис. грн.	1237,2 тис. грн.
пільгове забезпечення	2652,8 тис. грн.	3931,3 тис. грн.	3820,0 тис. грн.	3709,9 тис. грн.
Залучені кошти		167,3 тис. грн.	466,1 тис. грн.	692,8 тис. грн.
Інші доходи			55,6 тис. грн.	65,0 тис. грн. (доходи від оренди)
СТРУКТУРА ВИДАТКІВ				
зарплата з нарахуваннями	74,7%	54,0%	42097,4 тис. грн.	69653,2 тис. грн.
комунальні послуги	2,2%	1,6%	861,6 тис. грн.	1237,2 тис. грн.
капітальні видатки – всього, у т. ч.			5433,5 тис. грн.	12954,3 тис. грн.
ремонти			1963,7 тис. грн.	6246,4 тис. грн.
придбання обладнання			3469,8 тис. грн.	6707,9 тис. грн.
Проживає осіб пільгової категорії	25552	33987	34215	34215
Забезпечено осіб пільгової категорії: абс. число % до всіх в районі	14820 58%	20392 60%	20025 58,5%	21115 61,7%
Середня заробітна плата лікаря	5303,40 грн.	8769,67 грн.	16731,0 грн.	19206,93 грн.
Середня заробітна плата смп	4170,00 грн.	5409,48 грн.	9147,0 грн.	11603,50 грн.
МАТЕРІАЛЬНО-ТЕХНІЧНА БАЗА				
Придбання обладнання	525,135 тис. грн	1294,4 тис. грн.	3535,3 тис. грн.	6707,9 тис. грн.
Ремонти амбулаторій	-	1042,0 тис. грн	1963,7 тис. грн.	6246,4 тис. грн.
Заходи з проти-пожежної безпеки	5658,91 тис. грн.	195,7 тис. грн.	60,9 тис. грн.	92,9 тис. грн.

Джерело: складено автором на основі джерела 8

Додаток Ж

Таблиця Ж. 1 Аналіз фінансового стану КП «ХМЦПМСД №2» за 2018-2020 рр.
(тис. грн.)

№ з/п	Показники	2018	2019	2020	Відхилення 2019 р. від 2018 р.	Відхилення 2020 р. від 2019 р.
1	2	3	4	5	6	7
1	Основні засоби	4129,0	5410,7	20725,7	1281,7	15315
	Первісна вартість	13538,9	17826,8	85599,6	4287,9	67772,8
	Знос	9409,9	12416	64873,9	3006,1	52457,9
2	Нематеріальні активи	66,9	53,5	40,1	-13,4	-13,4
3	Незавершені капітальні інвестиції	939,4	2139,6	4657,9	1200,2	2518,3
4	Запаси	1004,2	1383	2170,6	378,8	787,6
5	Поточна дебіторська заборгованість	110,3	751,5	625,3	641,2	-126,2
6	Грошові кошти та їх еквіваленти, у т.ч.	16561,5	42131,3	52649,9	25569,8	10518,6
6.1.	Рахунки в казначействі					
6.2.	Рахунки в банках	16561,5	42131,3	5264,9	25569,8	10518,6
7	Інші фінансові активи	5,9	35,7	41,3	29,8	5,6
	Всього оборотні активи	17681,9	44301,5	55487,1	26619,6	11185,6
	Разом активів	22817,2	51905,3	80910,8	29088,1	29005,5
8	Внесений капітал	5953,9	8454,6	8454,6	2500,7	0
9	Додатковий капітал		1190,3	10363,1	1190,3	9172,8
10	Фінансовий результат	16280,7	42207,4	61619,6	25926,7	19412,2
	всього власний капітал	22234,6	51852,3	80437,3	29617,7	28585
11	Цільове фінансування		0	461,3	0,0	461,3
12	Довгострокові зобов'язання				0,0	0
13	Поточні зобов'язання, у т.ч.	582,6	53,0	12,2	-529,6	-40,8
13.1.	За платежами до бюджету	19	0,3	4,9	-18,7	4,6
13.1.	За розрахунками за товари, роботи, послуги				0,0	0
14	Заодержаними авансами				0,0	0

Продовження таблиці Ж.1

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

15	За розрахунками з оплати праці	119	13,6	5,9	-105,4	-7,7
17	За розрахунками із соціального страхування				0.0	0
18	Інші поточні зобов'язання	444,6	39,1	1,4	-405,5	-37,7
	Разом пасивів	22817,2	51905,3	80910,8	29088,1	29005,5
	Дохід	16280,7	28427,3	15896,4	12146,6	-12530,9
	Собівартість наданих послуг	27757,1	54143,7	72988,6	26386,6	18844,9

Джерело: Дані бухгалтерського обліку КП «ХМЦПМСД №2»

Таблиця Ж.2 Аналіз фінансового стану КП «ХМЦПМСД №2» за 2018–2020 рр.
(тис. грн.)

№ з/п	Показник	Нормативне значення	На кінець року			Відхилення 2020р. від 2018 р. (+/-)
			2018	2019	2020	
1	2	3	4	5	6	7
1.	Аналіз майнового стану підприємства					
1.1.	Коефіцієнт зносу основних засобів	зменшення	0.70	0.70	0.76	0.06
1.2.	Коефіцієнт оновлення основних засобів	збільшення	0.13	0.81	0.49	0.36
1.3.	Коефіцієнт вибуття основних засобів	має бути менше, ніж коефіцієнт оновлення основних засобів	0.00	0.01	0.02	0.01
2	Аналіз ліквідності підприємства					
2.1	Коефіцієнт покриття	>1	30.3	835.9	4548.1	4517.77
2.2	Коефіцієнт швидкої ліквідності	0,6 - 0,8	28.6	809.8	4370.2	4341.58
2.3	Коефіцієнт абсолютної ліквідності	>0 збільшення	28.4	794.9	4315.6	4287.14
2.4	Чистий оборотний капітал, тис. грн.	>0 збільшення	17099.3	44248.5	55474.9	38375.60
3	Аналіз платоспроможності (фінансової стійкості) підприємства					
3.1	Коефіцієнт платоспроможності (автономії)	>0,5	0.97	1.00	0.99	0.02
3.2	Коефіцієнт фінансування	<1 зменшення	0.0262	0.0010	0.0002	-0.03
3.3	Коефіцієнт забезпечення власними оборотними засобами	>0,1	18.03	33.58	27.51	9.48

Продовження таблиці Ж.2

1	2	3	4	5	6	7
3.4	Коефіцієнт маневреності власного капіталу	>0 збільшення	0.81	0.90	0.74	-0.07

4	Аналіз ділової активності підприємства					
4.1	Коефіцієнтооборотності активів	збільшення	0.36	0.76	0.24	-0.12
4.2	Коефіцієнтооборотності дебіторської заборгованості	збільшення	73.80	65.97	23.09	-50.71
4.3	Коефіцієнтооборотності кредиторської заборгованості	збільшення	55.89	89.45	487.62	431.73
4.4	Строк погашення дебіторської заборгованості, днів	зменшення	1.2	5.5	15.6	14.37
4.5	Строк погашення кредиторської заборгованості, днів	зменшення	3.8	2.1	0.2	-3.62
4.6	Коефіцієнтооборотності матеріальних запасів	збільшення	13.82	45.36	41.08	27.26
4.7	Коефіцієнтооборотності основних засобів (фондовіддача)	збільшення	1.97	5.96	1.22	-0.76
4.8	Коефіцієнтооборотності власного капіталу	збільшення	0.73	0.55	0.20	-0.53

Джерело: Дані бухгалтерського обліку КП «ХМЦПМСД №2»

Додаток 3

Таблиця 3.1 Індикатори ефективності організації та надання первинної медико-санітарної допомоги лікарями КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради

№ з/п	Індикатори	Оцінка індикатора	Методика вимірювання
1	2	3	4
4. Доступність ПМСД			
1.1	Радіус обслуговування (км)	3 – 2 км і менше; 2 – більше 2 км, але не більше 5 км; 1 – більше 5 км, не більше 7 км; 0 – більше 7 км	відстань від закладу ПМСД до найбільш віддаленого помешкання пацієнтів (км)
1.2	Частка СЛ, серед усіх лікарів закладу	3 – 85% і більше; 2 – 50–84% включно; 1 – 11–49% включно; 0 – 10% і менше	100*(кількість лікарів ЗПСМ, які працюють у закладі ПМСД)/(загальна кількість лікарів, які працюють у закладі ПМСД)
1.3	Частка сімейних медичних сестер, серед усіх медичних сестер закладу ПМСД	3 – 85% і більше; 2 – 50–84% включно; 1 – 11–49% включно; 0 – 10% і менше	100*(кількість медичних сестер ЗПСМ, які працюють у закладі ПМСД)/(загальна кількість медичних сестер, які працюють у закладі ПМСД)
1.4	Співвідношення лікарів і медичних сестер ЗП/СМ	3 – 1:2 і більше; 2 – 1:1,9–1,5 включно; 1 – 1:1,4–1,0 включно; 0 – 1:1 і менше	(кількість лікарів ЗПСМ, які працюють у закладі ПМСД)/(кількість медичних сестер ЗПСМ, які працюють у закладі ПМСД)
1.5	Обслуговування не залежно від віку	3 – 70% і більше; 2 – 50–69% включно; 1 – 11–49% включно; 0 – 10% і менше	100*(кількість лікарів, які працюють у закладі ПМСД, які обслуговують пацієнтів будь-якого віку)/(загальна кількість лікарів, які працюють у закладі ПМСД)
1.6	Забезпеченість автотранспортними засобами в робочому стані	3 – 95% і більше; 2 – 50–94% включно; 1 – 11–49% включно; 0 – 10% і менше	100*(кількість автотранспортних засобів у робочому стані, наявних у закладі ПМСД)/(кількість автотранспортних засобів, передбачена нормативами для відповідного типу закладу ПМСД)
1.7	Забезпеченість обладнанням	3 – 100% і більше; 2 – 95–99% включно; 1 – 50–94% включно; 0 – 50% і менше	100*(кількість наявного у закладі ПМСД обладнання всіх призначень)/(кількість обладнання всіх призначень, передбачена таблицею оснащення для відповідного типу закладу ПМСД)

Продовження таблиці 3.1

1	2	3	4
---	---	---	---

1.8	Навантаження лікарів	3 – 1% і менше; 2 – 2–50% включно; 1 – 51–97% включно; 0 – 98% і більше	100*(кількість лікарів у закладі ПМСД, навантаження яких на 30% вище за таке, що передбачене нормативом для відповідного типу закладу ПМСД)/ (загальна кількість лікарів, які працюють в закладі ПМСД)
5. Підхід, орієнтований на пацієнта			
2.1	Скарги пацієнтів на медичне обслуговування/медичний персонал	3 – 5% і менше; 2 – 6–7% включно; 1 – 8–10% включно; 0 – 11% і більше	100*(кількість пацієнтів, які звернулися зі скаргою на організацію роботи або медичний персонал закладу ПМСД впродовж звітного періоду)/(загальна кількість пацієнтів, які звернулись до закладу ПМСД по медичну допомогу впродовж звітного періоду)
2.2	Повідомлення про виявлення побічної дії лікарських засобів	3 – 8 і більше; 2 – 6-7 включно; 1 – 4-5 включно; 0 – 3 і менше	100*(кількість повідомлень щодо виявленої побічної дії лікарського засобу, наданих впродовж звітного періоду в установленому порядку)/(кількість лікарів ЗПСМ, які працюють у закладі ПМСД)
2.3	Обладнання робочих місць лікарів ПК із ліцензійним програмним забезпеченням	3 – 90% і більше; 2 – 70–89% включно; 1 – 41–69% включно; 0 – 40% і менше	100*(кількість наявних у закладі ПМСД ПК з ліцензійним програмним забезпеченням)/(загальна кількість лікарів, які працюють в закладі ПМСД)
6. Співпраця та координація медичної допомоги			
3.1	Направлення на другий та вищий рівні МД	3 – 20% і менше; 2 – 21–50% включно; 1 – 51–70% включно; 0 – 71% і більше	100*(кількість пацієнтів, направлених на II та вище рівні МД впродовж звітного періоду)/ (загальна кількість пацієнтів, які звернулись до закладу ПМСД по медичну допомогу впродовж звітного періоду)
3.2	Членство у професійній асоціації	3 – 95% і більше; 2 – 70–94% включно; 1 – 40–69% включно; 0 – 39% і менше	100*(кількість лікарів і медичних сестер, які працюють у закладі ПМСД і є членами професійної асоціації)/(загальна кількість лікарів і медичних сестер, які працюють у закладі ПМСД)

Продовження таблиці 3.1

4.Профілактика			
1	2	3	4
4.1	Охоплення пацієнтів оцінкою індексу маси тіла	3 – 90% і більше; 2 – 75–89% включно; 1 – 50–74% включно; 0 – 49% і менше	100*(кількість пацієнтів закладу ПМСД віком 18 років і старше, яким впродовж звітного періоду проведено оцінку індексу маси тіла)/(кількість пацієнтів віком 18 років і старше, які звернулись до закладу ПМСД по медичну допомогу впродовж звітного періоду)
4.2	Облік до 12 тижнів вагітності	3 – 85% і більше; 2 – 80–84% включно; 1 – 75–79% включно; 0 – 74% і менше	100*(кількість жінок, взятих на облік з приводу вагітності на терміні 0-12 тижнів вагітності впродовж звітного періоду)/ (загальна кількість жінок, взятих на облік в закладі ПМСД з приводу вагітності впродовж звітного періоду)
4.3	Облік вагітних впродовж звітного періоду (фізіологічна вагітність)	3 – 90% і більше; 2 – 80–89% включно; 1 – 75–79% включно; 0 – 74% і менше	100*(кількість жінок, взятих на облік з приводу вагітності впродовж звітного періоду)/ (загальна кількість жінок з фізіологічною вагітністю, які проживали в радіусі обслуговування закладу ПМСД впродовж звітного періоду)
4.4	Охоплення жінок скринінгом раку шийки матки впродовж звітного періоду	3 – 90% і більше; 2 – 80–89% включно; 1 – 75–79% включно; 0 – 74% і менше	100*(кількість жінок віком 18 років і старше, які проходили скринінг раку шийки матки впродовж звітного періоду)/ (загальна кількість жінок віком 18 років і старше, які звернулись до закладу ПМСД по медичну допомогу впродовж звітного періоду)
4.5	Охоплення жінок скринінгом раку молочної залози впродовж звітного періоду	3 – 90% і більше; 2 – 80–89% включно; 1 – 75–79% включно; 0 – 74% і менше	100*(кількість жінок віком 45 років і старше, які проходили скринінг раку молочної залози впродовж звітного періоду)/ (загальна кількість жінок віком 45 років і старше, які звернулись до закладу ПМСД по медичну допомогу впродовж звітного періоду)
4.6	Виключно грудне вигодовування	3 – 75% і більше; 2 – 70–79% включно; 1 – 65–69% включно; 0 – 64% і менше	100*(кількість немовлят, які продовж звітного періоду перебували на виключно грудному вигодовуванні до досягнення віку 6 місяців)/(загальна кількість пацієнтів закладу ПМСД віком до 6 місяців впродовж звітного періоду)

Продовження таблиці 3.1

1	2	3	4
4.7	Охоплення дітей профілактичними оглядами впродовж звітного періоду	3 – 95% і більше; 2 – 70–94% включно; 1 – 65–69% включно; 0 – 64% і менше	100*(кількість пацієнтів закладу ПМСД віком до 18 років, яким впродовж звітного періоду проведено профілактичний огляд)/(загальна кількість населення віком до 18 років, яке проживає в радіусі обслуговування закладу ПМСД)
4.8	Охоплення дітей до 1 року плановою вакцинацією	3 – 98% і більше; 2 – 90–97% включно; 1 – 85–89% включно; 0 – 84% і менше	100*(кількість пацієнтів закладу ПМСД віком до 1 року, яким впродовж звітного періоду проведено вакцинацію проти дифтерії, правцю та кашлюку)/(загальна кількість населення віком до 1 року, яке проживає в радіусі обслуговування закладу ПМСД)
4.9	Охоплення дітей пробами на туберкульоз (реакція Манту)	3 – 98% і більше; 2 – 90–97% включно; 1 – 85–89% включно; 0 – 84% і менше	100*(кількість пацієнтів закладу ПМСД віком до 18 років, яким впродовж звітного періоду проведено пробу на туберкульоз (реакція Манту)/(загальна кількість населення віком до 18 років, яке проживає в радіусі обслуговування закладу ПМСД)
4.10	Охоплення населення профілактичними щепленнями за епідемічними показами	3 – 95% і більше; 2 – 80–94% включно; 1 – 71–79% включно; 0 – 70% і менше	100*(кількість пацієнтів закладу ПМСД, яким впродовж звітного періоду проведено профілактичні щеплення за епідемічними показами)/(загальна кількість населення, яке проживає в радіусі обслуговування закладу)
4.11	Виконання програми календаря щеплень	3 – 98% і більше; 2 – 90–97% включно; 1 – 85–89% включно; 0 – 84% і менше	100*(кількість пацієнтів закладу ПМСД віком до 3 років, які отримують вакцинацію згідно календаря щеплень)/(загальна кількість населення віком до 3 років, яке проживає в радіусі обслуговування закладу ПМСД)
4.12	Консультування з профілактичною метою	3 – 45% і більше; 2 – 40–44% включно; 1 – 11–39% включно; 0 – 10% і менше	100*(кількість пацієнтів закладу ПМСД, яким впродовж звітного періоду проведено консультації з профілактичною метою)/(загальна кількість пацієнтів, які звернулись до закладу ПМСД по медичну допомогу)
4.13	Виконання бактеріоскопічних обстежень	3 – 80% і більше; 2 – 70–79% включно; 1 – 65–69% включно; 0 – 64% і менше	100*(кількість пацієнтів закладу ПМСД, яким впродовж звітного періоду проведено бактеріоскопічне обстеження)/(кількість пацієнтів закладу ПМСД, направлених на бактеріоскопічне обстеження впродовж звітного періоду)

Продовження таблиці 3.1

5.Вирішення медичних потреб пацієнтів в тому числі невідкладних проблем			
1	2	3	4
5.1	Завершення лікування на рівні ПМСД	3 – 80% і більше; 2 – 70–79% включно; 1 – 65–69% включно; 0 – 64% і менше	100*(кількість пацієнтів закладу ПМСД, які впродовж звітнього періоду почали і закінчили лікування на рівні ПМСД)/(загальна кількість пацієнтів, які звернулись до закладу ПМСД по медичну допомогу впродовж звітнього періоду)
5.2	Скерування в цілодобові стаціонари	3 – 15% і менше; 2 – 16–20% включно; 1 – 21–24% включно; 0 – 25% і більше	100*(кількість пацієнтів закладу ПМСД, які впродовж звітнього періоду були скеровані в цілодобові стаціонари (всі нозології))/(загальна кількість пацієнтів, які звернулись до закладу ПМСД по медичну допомогу впродовж звітнього періоду)
5.3	Виклики швидкої допомоги до хронічно хворих	3 – 5% і менше; 2 – 6–15% включно; 1 – 16–20% включно; 0 – 21% і більше	100*(кількість викликів швидкої допомоги до хронічних хворих, які проживають в радіусі обслуговування закладу ПМСД, впродовж звітнього періоду)/ (загальна кількість викликів швидкої допомоги до населення, яке проживає в радіусі обслуговування закладу ПМСД, впродовж звітнього періоду)
5.4	Виявлення онкологічних захворювань візуальних форм (занедбані випадки, 3-4 стадії) впродовж звітнього періоду	3 – 5% і менше; 2 – 6–15% включно; 1 – 16–20% включно; 0 – 21% і більше	100*(кількість пацієнтів закладу ПМСД, в яких впродовж звітнього періоду вперше виявлено онкологічні захворювання у візуальній формі(занедбані випадки, III-IV стадія))/ (кількість пацієнтів закладу ПМСД, в яких впродовж звітнього періоду вперше виявлено онкологічні захворювання)
5.5	Виявлення захворювання на туберкульоз в занедбаній формі впродовж звітнього періоду	3 – 5% і менше; 2 – 6–15% включно; 1 – 16–20% включно; 0 – 21% і більше	100*(кількість пацієнтів закладу ПМСД, в яких впродовж звітнього періоду вперше виявлено захворювання на туберкульоз у занедбаній формі)/ (кількість пацієнтів закладу ПМСД, в яких впродовж звітнього періоду вперше виявлено захворювання на туберкульоз)
5.6	Частка дітей віком до 18 років з вперше встановленою інвалідністю	3 – 2% і менше; 2 – 3–5% включно; 1 – 6–10% включно; 0 – 11% і більше	100*(кількість пацієнтів закладу ПМСД віком до 18 років з вперше встановленою інвалідністю)/ (загальна кількість населення віком до 18 років, яке проживає в радіусі обслуговування закладу ПМСД)

Продовження таблиці 3.1

1	2	3	4
5.7	Частка компенсованих хворих на цукровий діабет	3 – 50% і більше; 2 – 40–49% включно; 1 – 25–39% включно; 0 – 24% і менше	100*(кількість хворих на цукровий діабет, які перебувають на диспансерному обліку в закладі ПМСД та є компенсованими)/ (кількість хворих на цукровий діабет, які проживають в радіусі обслуговування закладу ПМСД)
5.8	Диспансерний облік хворих на артеріальну гіпертензію	3 – 75% і більше; 2 – 70–74% включно; 1 – 65–69% включно; 0 – 64% і менше	100*(кількість хворих на артеріальну гіпертензію, які перебувають на диспансерному обліку в закладі ПМСД та мають контрольований рівень АТ)/(кількість хворих на артеріальну гіпертензію, які проживають в радіусі обслуговування закладу ПМСД)
5.9	Частка пацієнтів з ускладненнями (інсульт, інфаркт) серед хворих на артеріальну гіпертензію та ІХС	3 – 15% і менше; 2 – 16–20% включно; 1 – 21–24% включно; 0 – 25% і більше	100*(кількість хворих на артеріальну гіпертензію, які перебувають на диспансерному обліку в закладі ПМСД із захворюваннями на артеріальну гіпертензію та ІХС і мали ускладнення (інсульт, інфаркт) впродовж звітного періоду)/ (кількість пацієнтів, які перебували на диспансерному обліку в закладі ПМСД із захворюваннями на артеріальну гіпертензію та ІХС впродовж звітного періоду)
6. Повнота володіння кваліфікаційними компетенціями			
6.1	Навчання з використанням технологій клінічних протоколів ПМСД	3 – 80% і більше; 2 – 50–79% включно; 1 – 35–49% включно; 0 – 34% і менше	100*(кількість технологій клінічних протоколів з надання ПМСД (медико-організаційних технологій УКПМД та ЛПМД), щодо використання яких проведено навчання медичного персоналу закладу ПМСД)/(кількість всіх діючих технологій клінічних протоколів з надання ПМСД(медико-організаційних технологій УКПМД та ЛПМД))
6.2	Призначення ліків, які не входять до формуляру ПМСД впродовж звітного періоду	3 – 5% і менше; 2 – 6–15% включно; 1 – 16–20% включно; 0 – 21% і більше	100*(кількість випадків призначення ліків, які не входять до формуляру ПМСД, лікарями закладу ПМСД впродовж звітного періоду)/(загальна кількість випадків призначення ліків лікарями закладу ПМСД впродовж звітного періоду) *(загальна кількість лікарів, які працюють у закладі ПМСД))

Продовження таблиці 3.1

1	2	3	4
6.3	Підвищення кваліфікації лікарів (ТУ, ПАЦ, тренінги, конференції профільних асоціацій)	3 – 95% і більше; 2 – 60–94% включно; 1 – 21–59% включно; 0 – 20% і менше	100*(кількість лікарів закладу ПМСД, які підвищували свою кваліфікацію (ТУ, ПАЦ, тренінги, конференції профільних асоціацій) впродовж звітного періоду)/(загальна кількість лікарів, які працюють у закладі ПМСД)
6.4	Підвищення кваліфікації медичних сестер (ТУ, ПАЦ, тренінги, конференції профільних асоціацій)	3 – 95% і більше; 2 – 60–94% включно; 1 – 21–59% включно; 0 – 20% і менше	100*(кількість медичних сестер закладу ПМСД, які підвищували свою кваліфікацію (ТУ, ПАЦ, тренінги, конференції профільних асоціацій) впродовж звітного періоду)/(загальна кількість медичних сестер, які працюють у закладі ПМСД)
7. Розвиток ПМСД			
7.1	Використання у закладі технологій медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги	3 – 80% і більше; 2 – 50–79% включно; 1 – 35–49% включно; 0 – 34% і менше	100*(кількість технологій клінічних протоколів з надання ПМСД (медико-організаційних технологій УКПМД та ЛПМД), що використовуються в роботі закладу ПМСД)/(кількість всіх діючих технологій клінічних протоколів з надання ПМСД (медико- організаційних технологій МС, ЛПМД)
7.2	Використання у закладі локальних протоколів медичної допомоги	3 – 80% і більше; 2 – 50–79% включно; 1 – 35–49% включно; 0 – 34% і менше	100*(кількість локальних технологій клінічних протоколів з надання ПМСД (медико-організаційних технологій ЛПМД),що використовуються в роботі закладу ПМСД)/(кількість всіх діючих локальних технологій клінічних протоколів з надання ПМСД (медико- організаційних технологій ЛПМД))

Джерело: складено автором

Таблиця К.1 Критерії та індикатори роботи лікаря загальної практики сімейного лікаря Комунального підприємства «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради

№ з/п	Критерії/Індикатори	Порядок визначення значення індикатора	Критерії оцінки індикатора	Порядок оцінки індикатора	
1	2	3	4	5	
1	Рівень охоплення пацієнтів доказовим скринінгом (виявлення захворювань на ранніх стадіях) на:				
1.1	Артеріальну гіпертензію	Частка пацієнтів, охоплених скринінговим дослідженням, від загального числа прикріплених осіб, що підлягає скринінгу на виявлення відповідного захворювання	0,75 і більше	високий	1
1.2	Ішемічну хворобу серця		0,74–0,75	середній	0,5
1.3	Цукровий діабет II типу		0,49 і менше	низький	0,3
1.4	Візуальні форми раку		не обчислюється	відсутній	0
1.5	Депресивні розлади				
1.6	ПТСР				
1.7	Туберкульоз				
2	Рівень охоплення жінок консультаціями з питань планування вагітності	Частка жінок фертильного віку, яким проведено консультування з питань планування вагітності, від загальної кількості жінок відповідного віку	0,7 і більше	високий	1
			0,7–0,5	середній	0,5
			0,5 і менше	низький	0
3	Рівень охоплення підлітків консультуванням	Частка підлітків, яким було проведено первинне консультування у тому числі з питань репродуктивного здоров'я від загального числа дітей віком 12-18 років	0,95 і більше	високий	1
			0,95–0,7	середній	0,5
			0,7 і менше	низький	0
4	Рівень вторинної профілактики (контрольованого лікування) найбільш поширених хронічних неінфекційних захворювань для пацієнтів з діагнозом:	Питома вага в % пацієнтів, яким призначається лікування, контролюється його ефективність та виносяться корективи при виявленні неефективності, до загального числа пацієнтів, що знаходяться на обліку з відповідним захворюванням	% проаналізованих документів наявні записи про регулярне виписування рецептів на придбання медикаментів для підтримуючого лікування, контроль його ефективності з корекцією призначень за необхідності		
5	Рівень імунізації від керованих інфекцій	Частка осіб, яким було проведено відповідні щеплення відповідно до календаря щеплень до загальної кількості осіб, що підлягали відповідному щепленню			

Продовження таблиці К.1

1	2	3	4	5	
5.1	Кір, краснуха, паротит		0,95 і вище	високий	1
5.2	Туберкульоз		0,95–0,75	середній	0,5
5.3	Дифтерія, кашлюк, правець		0,74 і менше, а також при неможливості встановлення даних	низький	0
5.4	Гемофільна інфекція				
5.5	Поліомієліт				
5.6	Гепати В				
6	Частота дефектів (занедбаних випадків) у виявленні окремих захворювань на ранніх стадіях				
6.1	Туберкульоз	Частка пацієнтів з вперше виявленими у занедбаній стадії випадками кожного з перерахованих нижче захворювань, до загального числа вперше виявлених випадків захворювань, в тому числі й шляхом скринінгу	0,2 і більше	низький	0
6.2	Візуальні форми раку		0,1–0,2	середній	0,5
			0,1 і менше	високий	1
7	Рівень запобігання виникнення невідкладних станів, що потребують екстреної медичної допомоги (частота викликів ЕМД на 1000 прикріпленого населення)	Співвідношення частоти викликів ЕМД на 1000 прикріпленого населення по закладу ПМД та відповідного значення показника по регіону (середньо обласний показник)	0,65 і менше	високий	1
			0,85–0,6,4	середній	0,5
			0,86 і більше або коефіцієнт не обчислюється	низький	0
8	Рівень запобігання формуванню захворювань і станів, що потребують стаціонарного лікування (частота госпіталізації на 100 прикріпленого населення)	Співвідношення частоти госпіталізації на 100 прикріпленого населення по закладу ПМД та відповідного значення показника по регіону (середньо обласний показник)	0,75 і менше	високий	1
			0,94–0,74	середній	0,5
			0,95 і більше або коефіцієнт не обчислюється	низький	0
9	Рівень адекватності місця надання медичної допомоги	Частка закінчених на рівні ПМД випадків обслуговування з загального числа звертань до закладу ПМД	0,8 і більше	високий	1
			0,79–0,64	середній	0,5
			менше 0,65	низький	0
10	Стандарт сервісу для працівників	Дотримання Стандарту сервісу для працівників у %	100–90	високий	1
			89–80	середній	0,5
			79 і менше	низький	0
11	Якість ведення та оформлення медичної документації	Відповідність Стандартам якості ведення медичної документації у %	100–90	високий	1
			89–80	середній	0,5
			79 і менше	низький	0
12	Дотримання графіку роботи	Аналіз комісії по відпрацюванню робочого часу	дотримується	високий	1
			поодинокі порушення	середній	0,5
			грубі порушення	низький	0

Продовження таблиці К.1

1	2	3	4	5	
13	Обґрунтовані звернення громадян на незадовільне медичне обслуговування		не надійшло	високий	1
			надійшло	низький	0
14	Правила внутрішнього трудового розпорядку	Дотримання правил внутрішнього трудового розпорядку у %	100–90	високий	1
			89–80	середній	0,5
			79 і менше		0
15	Підвищення кваліфікації за принципом «безперервного навчання»	ТУ, ПАЦ, тренінги, конференції, лекції, семінарські заняття	бере участь	високий	1
			не бере участь	низький	0
16	Виключно грудне вигодовування	100*(кількість немовлят, які продовж звітного періоду перебували на виключно грудному вигодовуванні до досягнення віку 6 місяців)/(загальна кількість пацієнтів закладу ПМСД ~ віком до 6 місяців впродовж звітного періоду)	75% і більше	високий	1
			70–65%	середній	0,5
			64% і менше	низький	0
17	Профілактична робота (проведення обов'язкових медичних профілактичних оглядів здорової дитини віком до 3 р. Наказ МОЗ № 149 від 20.03.2008 р., періодичних медичних оглядів дітей від 3 до 6 р. Наказ МОЗ № 434 від 29.11.2002 р., обов'язкових медичних профілактичних оглядів учнів загальноосвітніх навчальних закладів Наказ МОЗ №682 від 16.08 2010 р.)				
17.1	Дотримання календарного плану (протягом місяця в який народилась дитина)	Кількість пацієнтів закладу ПМСД ~ віком до 18 років, яким впродовж звітного періоду проведено профілактичний огляд	95% і більше	високий	1
			94–65%	середній	0,5
			64% і менше	низький	0
18	Частка дітей віком до 18 років з вперше встановленою інвалідністю		2% і менше	високий	1
			3–10%	середній	0,5
			11% і більше	низький	0
19	Договірні відносини між пацієнтом і сімейним лікарем	Кількість заключених декларацій	90% і більше	високий	1
			89–50%	середній	0,5
			49% і менше	низький	0
Максимальна кількість балів					34

Джерело: складено автором

Таблиця К.2 Стандарти роботи лікаря загальної практики-сімейного лікаря

Комунального підприємства «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради

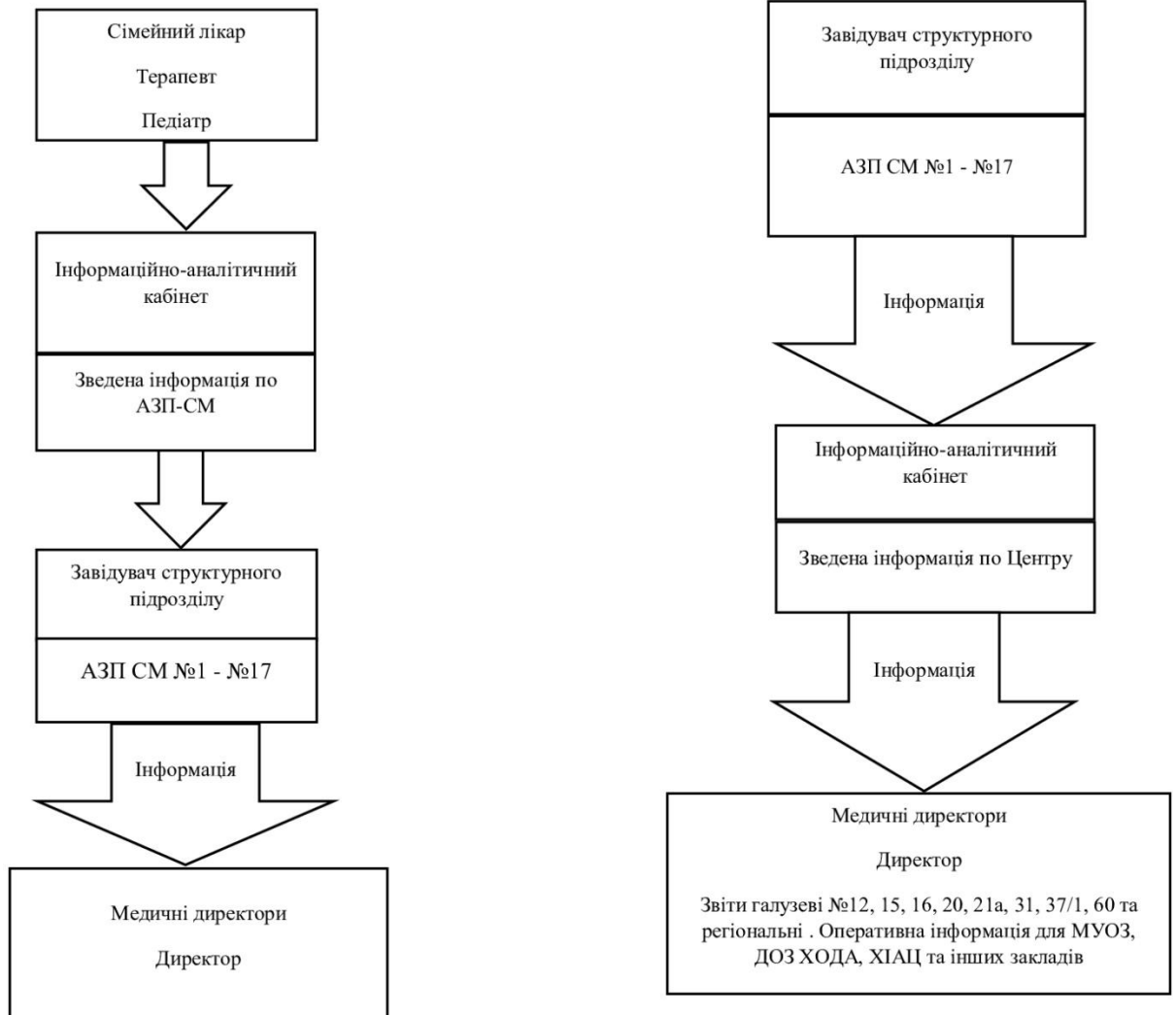
№ з/п	Критерії/Індикатори	Критерії оцінки індикатора	Порядок оцінки індикатора	
1	2	3	4	
1				
1.1	Артеріальну гіпертензію	0,75 і більше	високий	1
1.2	Ішемічну хворобу серця	0,74–0,75	середній	0,5
1.3	Цукровий діабет II типу	0,49 і менше	низький	0,3
1.4	Візуальні форми раку	не обчислюється	відсутній	0
1.5	Депресивні розлади			
1.6	ПТСР			
1.7	Туберкульоз			
2	Рівень охоплення жінок консультаціями з питань планування вагітності	0,7 і більше	високий	1
		0,7–0,5	середній	0,5
		0,5 і менше	низький	0
3	Рівень охоплення підлітків консультуванням	0,95 і більше	високий	1
		0,95–0,7	середній	0,5
		0,7 і менше	низький	0
4	Рівень вторинної профілактики (контрольованого лікування) найбільш поширених хронічних неінфекційних захворювань для пацієнтів з діагнозом:			
4.1	Артеріальна гіпертензія	70% і вище	високий	1
4.2	Ішемічна хвороба серця	50–69%	середній	0,7
4.3	Цукровий діабет II типу	менше 50%	низький	
4.4	ХОЗЛ і бронхіальна астма			0
5	Рівень імунізації від керованих інфекцій			
5.1	Кір, краснуха, паротит	0,95 і вище	високий	1
5.2	Туберкульоз	0,95–0,75	середній	0,5
5.3	Дифтерія, кашлюк, правець	0,74 і менше, а	низький	0
5.4	Гемофільна інфекція	також при		
5.5	Поліомієліт	неможливості		
5.6	Гепати В	встановлення даних		
6	Частота дефектів (занедбаних випадків) у виявленні окремих захворювань у ранніх стадіях			
6.1	Туберкульоз	0,2 і більше	низький	0
6.2	Візуальні форми раку	0,1–0,2	середній	0,5
		0,1 і менше	високий	1
7	Рівень запобігання виникнення невідкладних станів, що потребують екстреної медичної допомоги (частота викликів ЕМД на 1000 прикріпленого населення)	0,65 і менше	високий	1
		0,85–0,6,4	середній	0,5
		0,86 і більше або коефіцієнт не обчислюється	низький	0
8	Рівень запобігання формуванню захворювань і станів, що потребують стаціонарного лікування (частота госпіталізації на 100 прикріпленого населення)	0,75 і менше	високий	1
		0,94–0,74	середній	0,5
		0,95 і більше або коефіцієнт не обчислюється	низький	0

Продовження таблиці К.2

1	2	3	4	
9	Рівень адекватності місця надання медичної допомоги	0,8 і більше	високий	1
		0,79–0,64	середній	0,5
		менше 0,65	низький	0
10	Стандарт сервісу для працівників	100–90	високий	1
		89–80	середній	0,5
		79 і менше	низький	0
11	Якість ведення та оформлення медичної документації	100–90	високий	1
		89–80	середній	0,5
		79 і менше	низький	0
12	Дотримання графіку роботи	дотримується	високий	1
		поодинокі порушення	середній	0,5
		грубі порушення	низький	0
13	Обґрунтовані звернення громадян на незадовільне медичне обслуговування	не надійшло	високий	1
		надійшло	низький	0
14	Правила внутрішнього трудового розпорядку	100–90	високий	1
		89–80	середній	0,5
		79 і менше		0
15	Підвищення кваліфікації за принципом «безперервного навчання»	бере участь	високий	1
		не бере участь	низький	0
16	Виключно грудне вигодовування	75% і більше	високий	1
		70–65%	середній	0,5
		64% і менше	низький	0
17	Профілактична робота (проведення обов'язкових медичних профілактичних оглядів здорової дитини віком до 3 р. Наказ МОЗ № 149 від 20.03.2008 р., періодичних медичних оглядів дітей від 3 до 6 р. Наказ МОЗ № 434 від 29.11.2002 р., обов'язкових медичних профілактичних оглядів учнів загальноосвітніх навчальних закладів Наказ МОЗ №682 від 16.08 2010 р.)			
17.1	Дотримання календарного плану (протягом місяця в який народилась дитина)	95% і більше	високий	1
		94–65%	середній	0,5
		64% і менше	низький	0
18	Частка дітей віком до 18 років з вперше встановленою інвалідністю	2% і менше	високий	1
		3–10%	середній	0,5
		11% і більше	низький	0
19	Договірні відносини між пацієнтом і сімейним лікарем	90% і більше	високий	1
		89–50%	середній	0,5
		49% і менше	низький	0
Максимальна кількість балів				34

Джерело: складено автором

Схема отримання інформації з оперативного контролю за роботою структурних підрозділів КП «ХМЦПМСД №2»



Джерело: складено автором

Механізми та шляхи надходження інформації до інформаційно-аналітичного кабінету. Відвідування

Схема 1

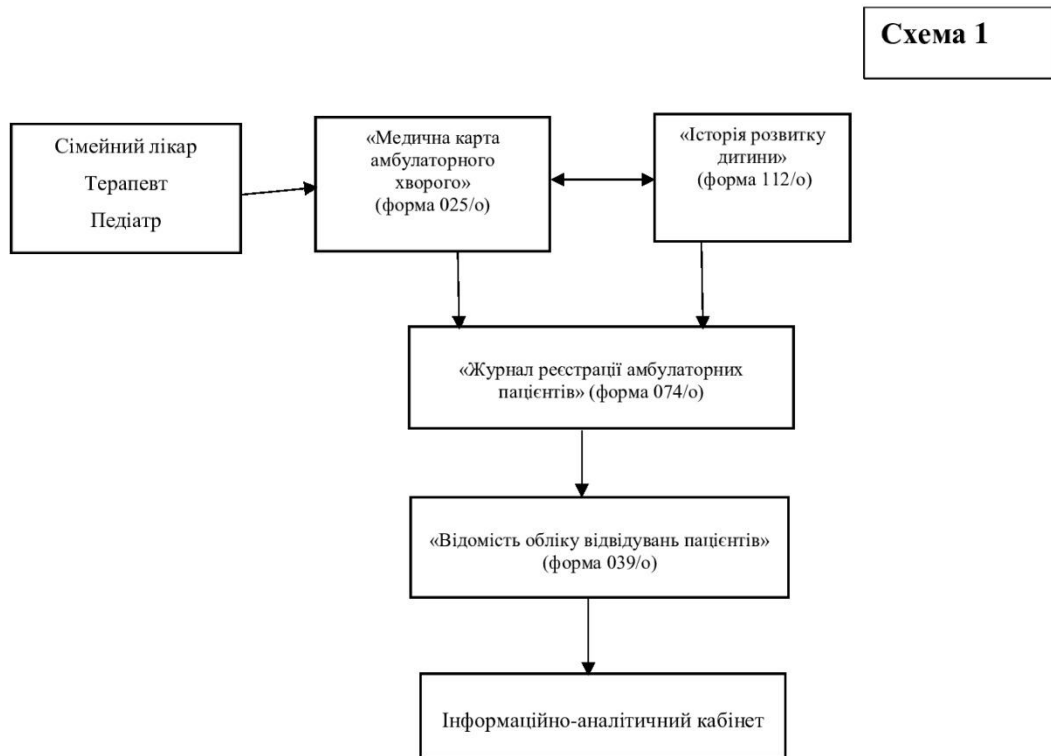


Схема 2

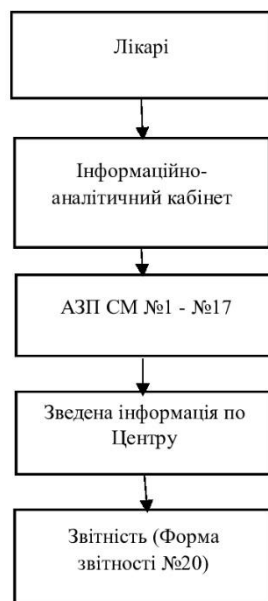


Схема 3



Джерело: складено автором

Додаток Н

Таблиця Н.1 Аналіз внутрішнього та зовнішнього середовища закладу охорони здоров'я

Сильні сторони 1	Слабкі сторони 2
<ul style="list-style-type: none"> • Кваліфікований та досвідчений персонал; • Зростання виробничих потужностей Центру (приєднання нових АЗП-СМ); • Найвищий індикатор ефективності організації та надання ПМСД; • Висока якість надання ПМСД; • Впроваджено МІС та АРМ, мережу Інтернет; • Прихильність і ініціативність команди Центру; • наявність договору з НСЗУ; • вільний вибір лікаря пацієнтом; • пандуси у всіх приміщеннях Центру; • робота з розробки сучасних маршрутів пацієнта; • забезпечення комп'ютерною та копіювальною технікою команд ПМСД (крім нових амбулаторій), доступ до мережі інтернет, телефон; • наявність автотранспорту; • можливість надання медичних послуг незалежно від територіальної належності; • наявна система мотивації персоналу; • бажання розвиватись та застосовувати сучасні технології управління та лікування (безперервний розвиток); • ведення сторінки закладу у мережі фейсбук; • можливість в повному обсязі виконувати вимоги наказу МОЗ України від 19.03.2018 р. № 504; • ефективна державна програма «Доступіліки»; • більшість лікарів молодого і середнього віку; • проведений ремонт з забезпеченням енергоефективності приміщень і закуплене обладнання, меблі в переважній більшості амбулаторій; 	<ul style="list-style-type: none"> • Відсутність системи ефективної комунікації з населенням та II й III ланками надання медичної допомоги; • вільний доступ пацієнтів до спеціалістів вторинного та третинного рівня медичної допомоги, що не завжди є обґрунтованим та економічно доцільним; • Для дообстеження – складний маршрут пацієнта; • Недостатня роз'яснювальна робота з населенням (помилкове трактування статті 49 Конституції України про безоплатну медичну допомогу, тлумачення у Рішенні Конституційного Суду № 10-рп/2002 від 29.05.2002); • Є віддалені райони обслуговування; • Відсутність в Центрі діагностичних відділень.

Продовження таблиці Н.1

1	2
<ul style="list-style-type: none"> • Можливість електронного запису, практична відсутність черг; • Впровадження клієнтського сервісу, наявність доступної інформації. <p>Можливості:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Активна позиція і зацікавленість в розвитку медицини місцевої влади; • Збільшення питомої ваги пацієнтів за рахунок нових АЗП-СМ; • Підвищення рівня конкурентної здатності закладу шляхом оновлення матеріально-технічної бази; • Розвиток єдиної інформаційної системи для всіх рівнів надання МД; • Збільшення кількості (переліку) послуг; • Зниження кількості викликів додому; • Покращення якості МД; • Підвищення репутації КП «ЦПМСД №2» та збільшення попиту на медичні послуги; • Долучення до роботи інтернів. • Використання дистанційних технологій для надання медичної допомоги на відстані. • Задовільний стан шляхів; • Доступність участі в міжнародних грантах; • Участь медичних працівників у конференціях, тренінгах та інших заходах з підвищення кваліфікації за наявності достатнього фінансування; • Наявність можливості вивчення позитивного українського та світового досвіду (країни Європи та інші міста України); • Додаткове фінансування з бюджету містзапрограмою 1301 і 1303. 	<p>Загрози:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Несприятлива епідемічна, екологічна, політична та економічна ситуація в країні; • Недосконалість нормативної бази в галузі медицини; • Економічний спад та значна частка неплатоспроможного населення; • Втрата кадрів (звільнення); • Блокування реформування; • Брак фінансової підтримки; • Розірвання договору з НСЗУ; • Поява спроможних конкурентів; • Зміна місцевої влади або неприйняття проєктівчинною; • Неадекватна реакція суспільства та персоналу; • Низький рівень культури здорового способу життя; • Підвищення загального рівня захворюваності населення; • Старіння населення, погіршення соціально-демографічних показників; • Конкуренція сімейних лікарів з лікарями вторинної ланки і наявність надавачів ПМСД з кращими умовами; • Неможливість ввести достатню кількість додаткових послуг, у першу чергу діагностичних; • Дороге впровадження інноваційних методів діагностики та лікування.

Джерело: складено автором

Додаток П

Таблиця П.1 АВС/VEN аналіз лікарських препаратів, закуплених КП «ХМЦПМСД №2» за 2020 рік

№	Торгова назва	Виробник	Форма випуску	Дозування	Кількість в упаковці	Результати VEN аналізу	Кількість закупленого ЛЗ в упаковках в 2020 році	Вартість закупленого ЛЗ в 2020 році, грн	Відсоток від загальних витрат	Кумулятивний відсоток	АВС клас	Результати АВС/VEN аналізу
1	МАГНІЮ СУЛЬФАТ	АТ «Лекхім-Харків», м. Харків, Україна	р-н д/ін'єк. в амп. по 5 мл у кор.	250 мг/мл	№10	V	200	3640	20,88	20,88	A	A V
2	СЕПТИЛ	ТОВ «ДКП «Фармацевтична фабрика» Україна	р-н д/зовн. застос., спирт. по 100 мл у фл.	70%	№1	N	120	3228	18,52	39,4	A	A N
3	ГЕПАРИН	ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця», Україна	р-н д/ін'єк. по 5 мл в фл. у кор	5000 МО /мл	№5	V	2	896	5,14	44,54	A	A V
4	АДРЕНАЛІН-ДАРНИЦЯ	ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця», Україна	р-н д/ін'єк. по 1 мл в амп.	1,8 мг/мл	№10	V	15	885	5,08	49,62	A	A V
5	АНАЛЬГІН	АТ «Лекхім-Харків», м. Харків, Україна	р-н д/ін'єк. по 2 мл в амп. у пач.	500 мг/мл	№10	E	25	850	4,88	54,5	A	A E
6	ЕУФЛІН-Здоров'я	ПАТ «Фармак» Україна	р-н д/ін'єк. в амп. по 5 мл у кор.	20 мг/мл	№10	E	25	817	4,69	59,19	A	A E
7	ВЕРАПАМІЛ-ДАРНИЦЯ	ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця», м. Київ, Україна	р-н д/ін'єк. по 2 мл в амп. у кор.	2,5 мг/мл	№10	V	15	780	4,47	63,66	A	A V
8	ПРОПРАНОЛОЛ	ТОВ «Фармацевтична компанія «Здоров'я», м. Харків, Україна	табл., у бл.	40 мг	№50	V	15	675	3,87	67,53	A	A V
9	НАТРІЮ ХЛОРИД	ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця», Україна	р-н д/ін'єк. по 5 мл, 10 мл в амп. у бл. та кор.	9 мг/мл	№10	E	50	603	3,46	70,99	A	A E
10	АРИТМІЛ	ПАО НІЦ «Борщагівський ХФЗ» Україна	р-н д/ін'єк. по 3 мл в амп. у бл. та кор.	50 мг/мл	№5	V	15	570	3,27	74,26	A	A V
11	ФУРОСЕМІД	ТОВ «Дослідний завод «ГНЦЛС», м. Харків, Україна	р-н д/ін'єк. по 2 мл в амп. у пач.	10 мг/мл	№10	E	30	537	3,08	77,34	A	A E
12	ДРОТАВЕРИН	ПАТ НВЦ «Борщагівський ХФЗ» Україна	р-н д/ін'єк. по 2 мл в амп.	20 мг/мл	№10	V	15	465	2,67	80,01	B	B V
13	КАПТОПРИЛ	ТОВ «Астрафарм» Україна	табл., в/о у бл.	25 мг	№20	V	15	450	2,58	82,59	B	B V
14	НАТРІЮ ХЛОРИД	ПрАТ «Інфузія» Україна	р-н для інф. 200,0 фл.	9 мг/мл	№1	E	20	437	2,51	85,1	B	B E
15	ДЕКСАМЕТАЗОН	АТ «Лекхім-Харків», м. Харків, Україна	р-н д/ін'єк. по 1 мл в амп. в кор.	4 мг/мл	№5	V	50	385	2,21	87,31	B	B V
16	ГЛЮКОЗА	ПАТ «Фармак» Україна	р-н д/ін'єк. в амп. по 20 мл у кор.	400 мг/мл	№10	V	6	360	2,07	89,38	B	B V
17	ПОВІДОН ЙОД	ПАТ НВЦ «Борщагівський ХФЗ» Україна	лін. д/зовн. застос., у туб. по 30 г	10 %	№1	N	10	350	2,01	91,39	B	B N

Джерело: складено автором

Продовження таблиці П.1

18	АЦЕТИЛСАЛЦИЛОВА КИСЛОТА	ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця», Україна	табл., у бл.	500 мг	№10	Е	3	270	1,55	92,94	В	В Е
19	НАТРІЮ ТІОСУЛЬФАТ	ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця», Україна	р-н д/ін'єк. по 5 мл в амп. у кор.	300 мг/мл	№10	Е	3	231	1,33	94,27	В	В Е
20	ПАРАЦЕТАМОЛ	ТОВ «Фармацевтична компанія «Здоров'я», м. Харків, Україна	табл., в/о у бл.	325 мг	№10	Н	12	204	1,17	95,44	С	С Н
21	ХЛОРГЕКСИДИН	ТОВ «Фармацевтична компанія «Здоров'я», м. Харків, Україна	р-н д/зовн. застос., у фл. по 100 мл	0,05%	№1	Н	25	165	0,95	96,39	С	С Н
22	НІФЕДИПІН	ПрАТ «Технолог», м. Умань, Черкаська обл., Україна	табл., в/о у бл.	10 мг	№50	В	20	160	0,92	97,31	С	С V
23	ГІДРОКОРТИЗОН	ПАТ «Фармак», м. Київ, Україна	р-н д/ін'єк. по 2 мл в амп.	2,5%	№10	Е	2	140	0,80	98,11	С	С Е
24	ЛІДОКАЇН	ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця», Україна	р-н д/ін'єк. по 2 мл в амп.	20 мг/мл	№10	Е	5	101	0,58	98,69	С	С Е
25	АТРОПІН	ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця», Україна	р-н д/ін'єк. по 1 мл в амп. у кор.	1 мг/мл	№10	В	3	90	0,52	99,21	С	С V
26	ГЛЮКОЗА	ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця», Україна	р-н д/ін'єк. по 200 мл в фл	50 мг/мл	№1	В	5	75	0,42	99,63	С	С V
27	НІТРОГЛІЦЕРИН	ПрАТ «Технолог», м. Умань, Черкаська обл., Україна	табл., сублінг. у конт.	0,5мг	№40	В	15	47	0,26	99,89	С	С V
28	АМІАК	ТОВ «ДКП «Фармацевтична фабрика», Україна	р-н по 40 мл	10%	№1	Н	5	22	0,11	100	С	С Н
	ВСЬОГО							17433				

Джерело: складено автором

Таблиця П.2 Узагальнені результати АВС/VEN аналізу

№	Повна назва ЛЗ (торгова назва, форма випуску, дозування, кількість в упаковці)	Відсоток від загальних витрат, %	Висновки
Група (AV) за результатами АВС/VEN-аналізу			
1	МАГНІЮ СУЛЬФАТ АТ «Лекхім-Харків», м. Харків, Україна р-н д/ін'єк. в амп. по 5 мл у кор. 250 мг/мл №10	20,88	Група (AV) за результатами АВС/VEN-аналізу складає 42,71% від загальних витрат
2	ГЕПАРИН ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця», Україна р-н д/ін'єк. по 5 мл в фл. у кор. 5000 МО/мл №5	5,14	
3	АДРЕНАЛІН-ДАРНИЦЯ ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця», Україна р-н д/ін'єк. по 1 мл в амп. 1,8 мг/мл №10	5,08	
4	ВЕРАПАМІЛ-ДАРНИЦЯ ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця», м. Київ, Україна р-н д/ін'єк. по 2 мл в амп. у кор. 2,5 мг/мл №10	4,47	
5	ПРОПРАНОЛОЛ ТОВ «Фармацевтична компанія «Здоров'я», м. Харків, Україна табл., у бл. 40 мг	3,87	
6	АРИТМІЛ ПАО НПЦ «Борщагівський ХФЗ» Україна р-н д/ін'єк. по 3 мл в амп. у бл. та кор. 50 мг/мл №5	3,27	
Група (AE) за результатами АВС/VEN-аналізу			
7	АНАЛЬГІН АТ «Лекхім-Харків», м. Харків, Україна р-н д/ін'єк. по 2 мл в амп. у пач. 500 мг/мл №10	4,88	Група (AE) за результатами АВС/VEN-аналізу складає 16,11% від загальних витрат
8	ЕУФЛІН-Здоров'я ПАТ «Фармак» Україна р-н д/ін'єк. в амп. по 5 мл у кор. 20 мг/мл №10	4,69	
9	НАТРІЮ ХЛОРИД ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця», Україна р-н д/ін'єк. по 5 мл, 10 мл в амп. у бл. та кор. 9 мг/мл №10	3,46	
10	ФУРОСЕМІД ТОВ «Дослідний завод «ГНЦЛС», м. Харків, Україна р-н д/ін'єк. по 2 мл в амп. у пач. 10 мг/мл №10	3,08	
Група (AN) за результатами АВС/VEN-аналізу			

Продовження таблиці П. 2

11	СЕПТИЛ ТОВ «ДКП «Фармацевтична фабрика» Україна р-н д/зовн. застос., спирт. по 100 мл у фл. 70%№1	18,52	Група (AN) за результатами ABC/VEN- аналізу складає 18,52 % від загальних витрат
Група (BV) за результатами ABC/VEN-аналізу			
12	ДРОТАВЕРИН ПАТ НВЦ «Борщагівський ХФЗ» Україна р-н д/ін'єк. по 2 мл в амп. 20 мг/мл№10	2,67	Група (BV) за результатами ABC/VEN- аналізу складає 9,53 % від загальних витрат
13	КАПТОПРИЛ ТОВ «Астрафарм» Україна табл., в/о у бл. 25 мг№20	2,58	
14	ДЕКСАМЕТАЗОН АТ «Лекхім- Харків», м. Харків, Україна р-н д/ін'єк. по 1 мл в амп. в кор. 4 мг/мл№5	2,21	
15	ГЛЮКОЗА ПАТ «Фармак» Україна р-н д/ін'єк. в амп. по 20 мл у кор. 400 мг/мл№10	2,07	
Група (BE) за результатами ABC/VEN-аналізу			
16	НАТРІЮ ХЛОРИД ПрАТ «Інфузія» Україна р-н для інф. 200,0 фл. 9 мг/мл	2,51	Група (BE) за результатами ABC/VEN- аналізу складає 5,39 % від загальних витрат
17	АЦЕТИЛСАЛЦИЛОВА КИСЛОТА ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця», Україна табл., у бл. 500 мг №10	1,55	
18	НАТРІЮ ТІОСУЛЬФАТ ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця», Україна р-н д/ін'єк. по 5 мл в амп. у кор. 300 мг/мл№10	1,33	
Група (BN) за результатами ABC/VEN-аналізу			
19	ПОВІДОН ЙОД ПАТ НВЦ «Борщагівський ХФЗ» Україна лін. д/зовн. застос., у туб. по 30 г10 % №1	2,01	Група (BN) за результатами ABC/VEN- аналізу складає 2,01 % від загальних витрат
Група (CV) за результатами ABC/VEN-аналізу			
20	НІФЕДИПІН ПрАТ «Технолог», м. Умань, Черкаська обл., Україна табл., в/о у бл. 10 мг№5	0,92	Група (CV) за результатами ABC/VEN- аналізу складає 2,12 % від загальних витрат
21	АТРОПІН ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця», Україна р-н д/ін'єк. по 1 мл в амп. у кор. 1 мг/мл№10	0,52	

Продовження таблиці П.2

22	ГЛЮКОЗА ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця», Україна р-н д/ін'єк. по 200 мл в фл50 мг/мл №1	0,42	
23	НІТРОГЛІЦЕРИН ПрАТ «Технолог», м. Умань, Черкаська обл., Україна табл., сублінг. у конт. 0,5 мг№40	0,26	
Група (СЕ) за результатами АВС/VEN-аналізу			
24	ГІДРОКОРТИЗОН ПАТ «Фармак», м. Київ, Україна р-н д/ін'єк. по 2 мл в амп. 2,5%№10	0,80	Група (СЕ) за результатами АВС/VEN-аналізу складає 1,38 % від загальних витрат
25	ЛІДОКАЇН ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця», Україна р-н д/ін'єк. по 2 мл в амп. 20 мг/мл №10	0,58	
Група (СН) за результатами АВС/VEN-аналізу			
26	ПАРАЦЕТАМОЛ ТОВ «Фармацевтична компанія «Здоров'я», м. Харків, Україна табл., в/о у бл. 325 мг№10	1,17	Група (СН) за результатами АВС/VEN-аналізу складає 2,23 % від загальних витрат
27	ХЛОРГЕКСИДИН ТОВ «Фармацевтична компанія «Здоров'я», м. Харків, Україна р-н д/зовн. застос., у фл. по 100 мл0,05%№1	0,95	
28	АМІАК ТОВ «ДКП «Фармацевтична фабрика», Україна р-н по 40 мл10% №1	0,11	

Джерело: складено автором

Додаток Р**Анкета для відповідей співробітників КП «ХМЦПМСД №2»**

1. Яка у Вас професія?

- 1) лікар;
- 2) медична сестра;
- 3) інше _____;

2. Який у Вас стаж роботи ?

- 1) до 1 року;
- 2) до 5 років;
- 3) до 10 років;
- 4) понад 10 років;

3. Як Ви оцінюєте управлінський контроль в КП «ХМЦПМСД №2»?

- 1) достатній;
- 2) середній;
- 3) низький;
- 4) інше _____;

4. Що на Вашу думку треба зробити, щоб покращити управлінський контроль?

- 1) посилити дисциплінарні покарання;
- 2) диференціація в оплаті праці шляхом доплати за якість роботи;
- 3) проводити регулярні опитування працівників і пацієнтів;
- 4) інше _____;

5. Чи відповідає Ваша заробітна плата тій роботі, яку Ви виконуєте?

- 1) відповідає;
- 2) недостатня;
- 3) інше _____;

6. На Вашу думку Ви в повному обсязі справляєтесь зі своєю роботою?

- 1) так;
- 2) ні;
- 3) інше _____;

7. Що особисто Вам необхідно для покращення якості роботи?

- 1) покращення умов праці;
 - 2) збільшення заробітної плати;
 - 3) збільшення можливостей для навчання;
 - 4) інше _____;
8. Чи виникали у Вас проблеми в процесі роботи (корегування графіку роботи, ремонт чи заміна зношених матеріальних засобів та ін.)?
- 1) так, виникали, але були позитивно вирішені;
 - 2) так, виникали, але були вирішені частково;
 - 3) так, виникали, але не були вирішені;
 - 4) не виникали;
9. Як Ви оцінюєте рівень кадрового забезпечення керівного відділу КП «ХМЦПМСД №2»?
- 1) достатньо високий рівень;
 - 2) середній рівень;
 - 3) низький рівень;
 - 4) інше _____;
10. Як Ви оцінюєте рівень матеріально-технічного забезпечення робочого місця?
- 1) достатньо високий рівень;
 - 2) середній рівень;
 - 3) низький рівень;
 - 4) інше _____;
11. Якими методами підвищення кваліфікації користуєтеся в своїй практиці?
- 1) ТУ;
 - 2) лекції, семінари;
 - 3) конференції;
 - 4) усі перераховані вище;
12. В якому закладі отримують первинну медичну допомогу Ваші родичі?
- 1) КП «ХМЦПМСД №2»; 2) інше _____.

Адаптований опитувальник Europer

ISSN 2072-9367. СУЧАСНІ МЕДИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ, № 1, 2013

Цель данной анкеты для пациентов оценить с их точки зрения качество работы врачей

М Ж <30 31-40 41-50 51-60 >60 ср. выс. Обл. район. село
 Ваш пол Возраст Образование Проживание
 плохое удовл. хор. отл. педиатра уч.терап. сем.ар.
 Ваша оценка своего здоровья Вы оцениваете своего

Какова Ваша оценка (по пятибалльной системе) вашего врача за последние 12 месяцев по следующим вопросам:

1. Выделял ли врач достаточно (с вашей точки зрения) времени для Вас на прием (консультацию)?	1	2	3	4	5	Не могу оценить
	Плохо <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Отлично <input type="checkbox"/>
2. Проявлял заинтересованность Вашей личной ситуацией?	1	2	3	4	5	Не могу оценить
	Плохо <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Отлично <input type="checkbox"/>
3. Способствовал доверительности разговора, чтобы Вам было легче сообщить ему о ваших проблемах?	1	2	3	4	5	Не могу оценить
	Плохо <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Отлично <input type="checkbox"/>
4. Вовлекал Вас в процесс принятия решения о медицинской помощи Вам?	1	2	3	4	5	Не могу оценить
	Плохо <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Отлично <input type="checkbox"/>
5. Слушал ли врач внимательно все о чем Вы говорили?	1	2	3	4	5	Не могу оценить
	Плохо <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Отлично <input type="checkbox"/>
6. Обеспечивал ли врач конфиденциальность медицинских записей и информации о Вас?	1	2	3	4	5	Не могу оценить
	Плохо <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Отлично <input type="checkbox"/>
7. Обеспечивал быстрое облегчение Вашего состояния?	1	2	3	4	5	Не могу оценить
	Плохо <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Отлично <input type="checkbox"/>
8. Помог ли визит к врачу почувствовать себя достаточно хорошо, чтобы вернуться к Вашей обычной деятельности?	1	2	3	4	5	Не могу оценить
	Плохо <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Отлично <input type="checkbox"/>
9. Тщательно подошел к Вашим проблемам?	1	2	3	4	5	Не могу оценить
	Плохо <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Отлично <input type="checkbox"/>
10. Проводил ли физическое обследование (осмотр)?	1	2	3	4	5	Не могу оценить
	Плохо <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Отлично <input type="checkbox"/>
11. Предлагал Вам помощь в профилактике заболеваний (например, доп. обследование, прививки)?	1	2	3	4	5	Не могу оценить
	Плохо <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Отлично <input type="checkbox"/>
12. Объяснял цели обследования, анализов и лечения?	1	2	3	4	5	Не могу оценить
	Плохо <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Отлично <input type="checkbox"/>
13. Рассказывал Вам достаточно о ваших симптомах и / или болезнях?	1	2	3	4	5	Не могу оценить
	Плохо <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Отлично <input type="checkbox"/>
14. Помогал Вам справиться с эмоциями, связанными с вашим состоянием здоровья?	1	2	3	4	5	Не могу оценить
	Плохо <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Отлично <input type="checkbox"/>
15. Помогал понять (объяснял), почему так важно следовать советам врача?	1	2	3	4	5	Не могу оценить
	Плохо <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Отлично <input type="checkbox"/>
16. Знал (помнил), что было сделано (сказано) Вам во время предыдущих посещений медучреждения?	1	2	3	4	5	Не могу оценить
	Плохо <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Отлично <input type="checkbox"/>
17. Разъяснял и подготавливал Вас к тому, что ожидать от стационарного лечения или других специалистов?	1	2	3	4	5	Не могу оценить
	Плохо <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Отлично <input type="checkbox"/>

Ваша оценка (по пятибалльной системе) лечебного учреждения:

18. Доброжелательность, вежливость персонала (кроме врача) к Вам?	1	2	3	4	5	Не могу оценить
	Плохо <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Отлично <input type="checkbox"/>
19. Возможность записи на прием в удобное для Вас время?	1	2	3	4	5	Не могу оценить
	Плохо <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Отлично <input type="checkbox"/>
20. Возможность записи на прием по телефону?	1	2	3	4	5	Не могу оценить
	Плохо <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Отлично <input type="checkbox"/>
21. Возможность поговорить с врачом по телефону?	1	2	3	4	5	Не могу оценить
	Плохо <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Отлично <input type="checkbox"/>
22. Время ожидания приема врача (под кабинетом)?	1	2	3	4	5	Не могу оценить
	Плохо <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Отлично <input type="checkbox"/>
23. Быстрое получение помощи при неотложных проблемах со здоровьем (н-р, высокое давление и др.)?	1	2	3	4	5	Не могу оценить
	Плохо <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Отлично <input type="checkbox"/>

Рис. 1. Адаптований опитувальник EUROPER російською мовою