

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Центр професійної та післядипломної освіти
Кафедра управління імені Олега Балацького**

Шифр _____

Наказ ректора про
затвердження теми

«До захисту допускається»
завідувач кафедри д.е.н., професор
_____ І.І.Рекуненко

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему

«Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я первинного рівня в ході медичної реформи в Україні»

за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування»,
освітньо-професійна програма
«Управління та адміністрування в охороні здоров'я»

Студент гр. _____

Логутова Оксана Іванівна

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр

Кваліфікаційна робота магістра містить результати власних досліджень.
Використання ідей, результатів і тестів інших авторів мають посилання на відповідне
джерело _____ Логутова О.І.

Науковий керівник _____ к.е.н. Древаль О.Ю.

Суми 2021

АНОТАЦІЯ

У роботі досліджені теоретичні засади та методичні підходи щодо управління якістю медичної допомоги в закладах охорони здоров'я первинного рівня. Проаналізовані компоненти та критерії якості медичної допомоги, етапи та механізми забезпечення управління якістю надання допомоги.

В практичній частині проаналізовано ефективність роботи медико-санітарної частини ПАТ «Суміхімпром», як закладу охорони здоров'я первинного рівня в ході медичної реформи; проведено оцінювання управління якістю медичної допомоги в медико-санітарній частині ПАТ «Суміхімпром» за компонентами та критеріями якості медичної допомоги та визначено основні заходи щодо його удосконалення.

РЕФЕРАТ

Структура й обсяг роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що включає 40 найменувань. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи магістра становить 66 с., у тому числі 9 таблиць, 2 рисунків, 3 додатки, список використаних джерел - 4 сторінки.

Метою роботи є дослідження теоретичних засад та практичних аспектів управління якістю медичної допомоги в закладах охорони здоров'я первинного рівня в ході медичної реформи.

Відповідно до поставленої мети розглянуто: основні моменти медичної реформи в Україні, більше її первинної ланки; вивчення структури якості надання медичної допомоги, критеріїв та індикаторів якості, оцінювання ефективності та якості надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я, механізми управління якістю медичної допомоги (ліцензування, акредитація, стандартизація, клінічний аудит);

Предметом дослідження є процес управління якістю медичної допомоги в закладах охорони здоров'я первинного рівня.

Методи дослідження. Складовими процесу управління якістю медичної допомоги є впровадження системи клінічного аудиту, в подальшому порівняння його результатів встановленими критеріями і стандартами; розроблення та запровадження клінічних індикаторів (індикаторів якості медичної допомоги).

Науково-практична значимість: розробка та оцінювання індикаторів якості медичної допомоги на рівні первинної медико-санітарної допомоги.

Ключові слова: критерії та індикатори якості медичної допомоги, управління якістю медичної допомоги, механізми управління якістю медичної допомоги.

:

ЗМІСТ

ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ПЕРВИННОГО РІВНЯ	
1.1 Медична реформа в Україні	8
1.2 Управління якістю медичної допомоги	13
РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ РОБОТИ ЗАКЛАДУ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ЧАСТИНИ ПАТ «СУМИХІМПРОМ»	
2.1 Загальна характеристика медико-санітарної частини ПАТ «Сумихімпром»	19
2.2 Показники діяльності медико-санітарної частини ПАТ «Сумихімпром».....	22
2.3 Кадрова ситуація в медико-санітарної частини ПАТ «Сумихімпром»	25
2.4 Оцінка стану фінансування медико-санітарної частини ПАТ «Сумихімпром»	31
РОЗДІЛ 3 ЗАХОДИ З УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ МЕДИКО-САНІТАРНОЮ ЧАСТИНОЮ ПАТ «СУМИХІМПРОМ»	
3.1 Компоненти та критерії якості медичної допомоги	40
3.2 Критерії оцінки якості медичної допомоги по медико-санітарної частини ПАТ «Сумихімпром»	46
3.3 Платні послуги медико-санітарної частини ПАТ «Сумихімпром» як додаткове джерело фінансування	55
ВИСНОВКИ	57
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	59
ДОДАТОК А Індикатори ефективності організації та надання медичної допомоги на рівні МСЧ ПАТ «Сумихімпром».....	61
ДОДАТОК Б Перелік платних слуг МСЧ ПАТ "СУМИХІМПРОМ" на 2021 рік	67
ДОДАТОК В Анкети вивчення задоволеності пацієнтів медичним обслуговуванням.....	69

ВСТУП

Охорона здоров'я в Україні, як і в більшості країн світу, визнана одним із пріоритетних напрямів діяльності держави, що має надзвичайно важливе соціальне, економічне та суспільне значення. Якість медичного обслуговування та стан здоров'я населення залежать від рівня забезпеченості закладів охорони здоров'я матеріально-технічними, трудовими, фінансовими ресурсами та ефективності їх використання, ця система завжди потребує великих ресурсних вкладень.

У 2018 р. в Україні розпочалося розгортання медичної реформи. Набув чинності Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Відбулися зміни в механізмах функціонування системи охорони здоров'я. Відтепер пацієнт має право вільно обирати лікаря й лікувальний заклад, а держава фінансує реально надану медичну послугу. У 2018 році на первинній ланці надання медичної допомоги пройшов перший етап реформи. Держава припинила утримувати медичні заклади, які надають первинну медичну допомогу, і через Національну службу здоров'я України (НСЗУ) перейшла на замовлення і оплату медичних послуг, наданих конкретному пацієнту. Відбулися дві хвили приписної кампанії: пацієнти мали нагоду обрати свого сімейного лікаря та підписати з ним декларацію, а медичні заклади — підписати договір з НСЗУ. Наступний етап реформи аналогічно змінив засади функціонування вторинного і третинного рівнів надання медичної допомоги: обсяг державних коштів, які отримує лікарня, прямо залежать від кількості пролікованих пацієнтів.

Мета роботи - дослідити теоретичні засади та практичні аспекти управління якістю медичної допомоги в закладах охорони здоров'я первинного рівня в ході медичної реформи.

Для досягнення мети роботи визначені основні завдання:

- дослідити теоретичні засади управління якістю медичної допомоги в закладах охорони здоров'я первинного рівня в ході медичної реформи;
- проаналізувати
- дослідити діяльність медико-санітарної частини ПАТ «Сумхімпром»;
- дослідити та оцінити управління якістю медичної допомоги в медико-санітарній частині ПАТ «Сумхімпром» та визначити основні заходи щодо його удосконалення.

Предмет дослідження – це процес управління якістю медичної допомоги в закладах охорони здоров'я первинного рівня.

Об'єкт дослідження - медико-санітарна частина ПАТ «Сумхімпром»

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ПЕРВИННОГО РІВНЯ

1.1 Медична реформа в Україні

Людським капіталом для розвинутої держави – є здоров'я населення. Як всякий капітал він в певній мірі впливає на потенційний розвиток держави на всіх його рівнях (місцевих, регіональних і в цілому по країні) та є індикатором результативності й ефективності соціально-економічного розвитку. Для збереження цього капіталу та його підвищення, з боку держави необхідно створювати умови для гідного та безпечного життя свого населення, і перш за все забезпечити належний рівень діяльності системи охорони здоров'я, яка б була ефективною, доступною та відповідала б потребам населення.

Вітчизняна система охорони здоров'я, протягом попередніх років незалежності, довгий час перебувала в кризовій ситуації.

Основними її недоліками були: низький рівень частки первинної медико-санітарної допомоги у структурі медичних послуг; дублювання медичних послуг на різних рівнях надання медичної допомоги; відсутність зв'язку між якістю медичних послуг й видатками на її фінансування, відсутність мотивації медичних кадрів до якісної праці; бюджетне фінансування з недостатністю його асигнувань (майже на 75% складалися із видатків ЗОЗ на виплату заробітної плати, оплату комунальних послуг, незначні фінансові можливості для фактичного надання послуг, тобто, лікування хворих, закупівлі медикаментів та витратних матеріалів, оновлення технологічних фондів і т.п.), застаріла матеріально-технічна база ЗОЗ; відсутність сучасної системи інформаційного забезпечення, що впливає на якість і доступність медичних послуг; неефективність використання наявних ресурсів охорони здоров'я; низька самостійність медичних закладів щодо використання фінансових ресурсів.

Потрібні були шляхи виходу з кризи та побудови нової моделі, наближеної до європейських стандартів. У 2018 р. в Україні розпочалася медична реформа.

Мережа закладів охорони здоров'я, що надають первинну допомогу пройшли структурну перебудову шляхом оптимізації, яка включала:

- виділення із структури центральних районних лікарень, міських лікарень та поліклінік, дитячих лікарень та поліклінік, підрозділів, що надавали первинну медико-санітарну допомогу, створення на їх базі мережу центрів первинної медико-санітарної допомоги та амбулаторій загальної практики-сімейної медицини, які комплектувалася сімейними лікарями, лікарями дільничними терапевтами та лікарями дільничними педіатрами;

- створення центрів первинної медико-санітарної допомоги (далі - центри ПМСД) із статусом юридичної особи, до складу яких увійшли амбулаторії загальної практики сімейної медицини та ФАПи, що забезпечують надання первинної лікарської, долікарської та невідкладної допомоги населенню окремого сільського району та у містах.

- автономізацію медичних закладів, які перейшли на ринковий принцип управління і набули статусу некомерційних комунальних підприємств, як і всі інші суб'єкти господарювання.

- зміни принципів фінансування медичних установ, яке стало багатоканальним (кошти НСЗУ, місцевого бюджету, власні надходження підприємства, цільові кошти, кредити банків, майно, придбане у інших юридичних або фізичних осіб, майно, що надходить безоплатно або у вигляді безповоротної фінансової допомоги чи добровільних благодійних внесків) і здійснюється не за постатейним кошторисом витрат, а на основі власного фінансового плану, що дозволяє ефективно розпоряджатися коштами.

Первинна медична допомога включає в себе консультацію лікаря, діагностику, лікування хвороб, інших станів, профілактику захворювань, протиепідемічні заходи, санітарно-гігієнічну просвіту пацієнтів, їх

направлення, у разі необхідності, на вторинний та третинний рівень надання медичної допомоги, а також санаторно-курортне лікування.

Важливим залишається питання якості отриманої пацієнтом медичної допомоги. Це питання цікавило медиків в усі часи. Медична допомога є в своєму роді виробничим процесом, в якому основний суб'єкт – пацієнт, який являє собою споживача результатів праці лікарів.

Якість медичної допомоги - надання медичної допомоги, яка включає в себе організаційні заходи ЗОЗ, направлені на задоволення потреб пацієнта щодо покращання стану його здоров'я, результатів проведеної лікувально-профілактичної роботи, відповідність сучасним медико-технологічним стандартам, морально-етичним нормам, а також принципів доступності, адекватності, ефективності та економічності.

Основна мета галузі охорони здоров'я - підвищення рівня здоров'я населення і задоволення його потреби в кваліфікованій і якісній медичній допомозі.

Сучасний підхід у системі забезпечення якості медичної допомоги - стимулювання виявлення і вирішення існуючих проблем. При цьому він є:

- комплексним (за принципом організації з позиції цілісності і системності);
- інтегрованим (набуває нових властивостей завдяки зміні зв'язків та властивостей її елементів);
- динамічним (проводиться аналіз об'єкта управління, причинно-наслідкових зв'язків розвитку ситуації з застосуванням результатів аналізу діяльності аналогічних об'єктів зі схожими характеристиками);
- спрямованим на покращення результатів роботи системи в цілому, з постійною модифікацією і вдосконаленням якості медичної допомоги.

1.2 Управління якістю медичної допомоги

Управління якістю медичної допомоги є систематичним, незалежним і задокументованим процесом безперервних, взаємопов'язаних дій, які включають планування, організацію, мотивацію, внутрішній аудит діяльності, а також інші заходи, що забезпечують якість медичної допомоги, безпеку для пацієнтів і спрямовані на попередження та усунення недоліків діяльності на рівні закладу охорони здоров'я [1].

У галузі охорони здоров'я використовується концепція відомого вченого Аветіса Донабедіана (1919–2000) за якою система управління якістю медичної допомоги має три основні аспекти:

- структуру (фінансові, кадрові, матеріально-технічні, інформаційні ресурси);
- процес (профілактика, діагностика, лікування, технології, дотримання стандартів надання медичної допомоги);
- результат (досягнення прийнятих клінічних показників та їх співвідношення з економічними показниками)

Вищезазначені складові тісно пов'язані між собою. Поліпшення чи погіршення структури та процесу мають відповідне відображення у результатах.

Саме на рівні структури, процесу та результату оцінюють якість медичної допомоги в системі охорони здоров'я за допомогою критеріїв та індикаторів якості (показники ефективності) шляхом порівняння зі стандартами. За критерії якості взято основні принципи надання ПМСД, також вони містяться в стандартах медичної допомоги, які розробляються в рамках загальнодержавних і галузевих програм. Згідно з Методикою розробки та впровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини, затвердженою наказом МОЗ України від 28.09.2012 року №751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в

системі Міністерства охорони здоров'я» (зі змінами відповідно до наказів МОЗ від 29.12.2016 №1422; від 26.09.2018 №1752), критерії якості медичної допомоги – це визначений результат, цільовий рівень методичної допомоги, тобто їхнє застосування дає можливість визначати потенційні проблеми або можливості для вдосконалення якості організації медичної допомоги.

Структура характеризує можливість ЗОЗ надавати ПМСД та оцінюється кількістю, якістю ресурсів і організаційними формами (навантаження на лікаря, управлінська підпорядкованість). Оцінювання може бути націлено як на весь заклад з його ресурсним забезпеченням, організацією діяльності, так і на кожного окремого працівника (кваліфікаційний рівень, рівень знань тощо).

Процес включає виконання медичними працівниками своїх функцій, наявність та використання стандартів надання медичної допомоги, визначення клінічного маршруту пацієнта, орієнтація на пацієнта тощо).

Результат являє собою елемент управління, націлений на досягнення цілей та відображає ефективність і якість надання ПМСД.

Серед індикаторів якості надання ПМСД визначено:

1. Доступність ПМСД (радіус обслуговування, укомплектованість закладу лікарями, медичними сестрами, забезпечення автотранспортом, забезпечення обладнанням).

2. Орієнтованість закладу на пацієнта (визначення думки пацієнта щодо медичного обслуговування, скарги пацієнтів на медичне обслуговування та медичний персонал, обладнання робочих місць лікарів первинної ланки персональними комп'ютерами з ліцензійним програмним забезпеченням).

3. Оцінка співпраці та координації діяльності при наданні допомоги на рівні ЗОЗ (направлення на другий та вищий рівні медичної допомоги).

4. Профілактичної спрямованості (охоплення пацієнтів оцінкою індексу маси тіла, облік до 12 тижнів вагітності, облік вагітних впродовж звітного періоду (фізіологічна вагітність), охоплення жінок скринінгом для виявлення раку молочної залози впродовж звітного періоду, охоплення жінок скринінгом для виявлення раку шийки матки впродовж звітного періоду, частка пацієнтів

щеплених (згідно плану) за віком, охоплення пацієнтів профілактичними рентгенологічними обстеженнями, охоплення пацієнтів профілактичними оглядами впродовж звітного періоду).

5. Якість задоволення медичних потреб пацієнтів на рівні ЗОЗ (завершення лікування на рівні ЗОЗ, скерування в цілодобові стаціонари, виявлення онкологічних захворювань візуальних форм (занедбані випадки III-IV стадії), виявлення захворювання на туберкульоз в занедбаній формі впродовж звітного періоду, частка хворих з вперше встановленою інвалідністю, спостереження за хворими на артеріальну гіпертензію, частка пацієнтів з ускладненнями (інсульт, інфаркт) серед хворих на артеріальну гіпертензію та ішемічну хворобу серця, частка компенсованих хворих на цукровий діабет, частка осіб з групи ЧТХ (часто та тривало хворіючи), які мали випадки ТН протягом звітного періоду

6. Повнота володіння кваліфікаційними компетенціями працівників (підвищення кваліфікації лікарів, медичних сестер за принципом «безперервного навчання» (тематичне удосконалення, тренінги, конференції, семінари тощо), частка лікарів, медичних сестер з вищою та першою категоріями).

7. Розвиток лікувально-профілактичної допомоги (використання технологій медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, використання в локальних протоколів медичної допомоги).

При оцінюванні діяльності ПМСД визначено значення кожного індикатора в балах при цьому має значення ваговий коефіцієнт (ступінь впливу закладу на індикатор). Ступінь максимального впливу -1,0; його відсутність -0. Групою експертів (переважно лікарі загальної практики - сімейні лікарі) також були визначені оціночні коефіцієнти. Для підрахунку значення індикаторів якості ПМСД необхідно перемножити ці коефіцієнти між собою. Для отримання сумарної оцінки, значення кожного індикатора в балах, що отримані

в результаті цього, множення необхідно сумувати окремо за напрямками оцінювання і показниками структури, процесу і результату.

Визначається гранично мінімальний рівень сумарних оцінок окремо за напрямками оцінювання, якщо сумарна оцінка за кожним напрямком нижче ніж визначена, організацію ПМСД за цим напрямком потрібно вважати проблемною.

Наступним кроком є оцінювання організації ПМСД за показниками структури, процесу, результату, яке проводиться шляхом сумування балів окремих індикаторів, що характеризують ту чи іншу компоненту. Вираховується найвище значення по кожній із компонентів системи управління якістю медичної допомоги.

Для отримання загальної оцінки треба додати загальні суми по компонентам. Визначити найвище можливе значення і порівняти його з результатом по закладу. Якщо загальна оцінка визначена в закладі нижче на 30% ніж можлива максимальна це означає, що є проблеми. Необхідно провести більш детальний аналіз, виявити проблемні місця і усунути їх.

Механізмами забезпечення управління якості надання допомоги є:

1. Ліцензування – процес, отримання дозволу на проведення закладами охорони здоров'я, фізичними особами – підприємцями на провадження надання медичної допомоги та медичного обслуговування. Підстава ст. 6 ЗУ Про ліцензування видів господарської діяльності від 02.03.2015 № 222-VIII.

2. Акредитація закладу охорони здоров'я (далі - акредитація) - це офіційне визнання наявності у закладі охорони здоров'я умов для якісного, своєчасного, певного рівня медичного обслуговування населення, дотримання ним стандартів у сфері охорони здоров'я, відповідності медичних (фармацевтичних) працівників єдиним кваліфікаційним вимогам (Пункт 1 . Порядку акредитації закладу охорони здоров'я Постанова Кабінету Міністрів України від 15.07.1997 №765 (зі змінами та доповненнями).

3. Стандартизація - медичні стандарти, клінічні настанови (на базі доказової медицини), уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги.

Відповідно до Методики та впровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини та Методика розробки системи індикаторів якості медичної допомоги (Наказ МОЗ України від 28.09.2012 №751) зазначені документи затверджуються МОЗ України та використовуються для розробки документів рівня закладу охорони здоров'я (локальних протоколів, клінічних маршрутів пацієнтів)

У сфері охорони здоров'я стандартами галузі є: медичний стандарт; клінічний протокол; таблиць матеріально-технічного оснащення; лікарський формуляр.

4. Клінічний аудит представляє собою процес покращення якості медичної допомоги завдяки систематичним перевіркам наданої медичної допомоги в закладі, у подальшому проведення аналізу, оцінки діяльності ЗОЗ, ефективності його організаційної структури, відповідності стандартам. Для даних цілей визначають певні критерії і в подальшому в залежності від результатів аудиту вносять зміни. Він є внутрішнім та зовнішнім.

Внутрішній аудит – цикл безперервного вдосконалення якості, ефективності медичної допомоги. Має чотири етапи:

1. Планування - визначають тему та цілі аудиту. Тему як правило визначає директор медичної установи. Завдання внутрішнього аудиту повинні відповідати деяким критеріям: бути специфічними, орієнтованими на цільову аудиторію, бути кількісними, вимірюватись.

2. Підготовка – передбачає організацію мультидисциплінарної команди, визначення критеріїв оцінки, в залежності від визначених видів аудиту обирають інструмент аудиту(спостереження, моніторинг тощо).

3. Процес аудиту – саме його здійснення (збір даних, аналіз інформації для виявлення недоліків у організації медичної допомоги на задану тему). З метою виконання вищезазначеного використовую наступні методи: хронометраж та безпосереднє спостереження за процесом надання медичної допомоги; аналіз історій хвороб, анкетування пацієнтів (або бесіда), також опитування медичних працівників.

4. Коригувальна дія – розробляють пропозиції щодо усунення виявлених недоліків або покращення даного розділу роботи, впроваджують пропозиції в дію, проводять аналіз ефективності запропонованого та повторний аудит. Після з'ясування причин виникнення недоліків в роботі закладу, команда розробляє заходи для підвищення якості існуючої медичної допомоги.

Клінічний аудит сприяє перегляду медичними працівниками якості своєї роботи, ведення її у відповідності з узгодженими стандартами. При створенні команд на підготовчому етапі клінічного аудиту, відбувається навчання персоналу. Цей процес повинен бути безперервним та проводитися постійно у різних формах (лекції, презентації, дискусії, тренінги), все вищезазначене допомагає працівникам придбати необхідні навички для проведення аудиту.

РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ РОБОТИ ЗАКЛАДУ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ЧАСТИНИ ПАТ «СУМИХІМПРОМ»

2.1. Загальна характеристика медико-санітарної частини ПАТ «Сумихімпром»

МСЧ ПАТ «СУМИХІМПРОМ» (МСЧ) є структурним підрозділом ПАТ «СУМИХІМПРОМ», розрахована на 600 відвідувань за зміну, має денний стаціонар на 15 ліжок. Навантаження на фахівців закладу щорічно в середньому становить близько 45 тисяч відвідувань.

Знаходиться заклад за адресою: місто Суми, вул. Харківська, п/в 12. Юридична адреса: 40000, Сумська область, м.Суми, вулиця Харківська, п/в 12, тел. 683838, тел./факс 683838, e-mail: stovbyr@sumykhimprom.org.ua, код ЄДРПОУ –05766356.

МСЧ розташована в чотирьохповерховій будівлі з просторими кабінетами, знаходиться за територією підприємства. Територія та під'їзні шляхи благоустроєні. Водопостачання і каналізація централізовані. Приміщення введено в експлуатацію у 1986 році. Створені умови для осіб з обмеженими можливостями (функціонує ліфт, в наявності пандус). МСЧ Працює кожен день з 7.00.год. до 16.15 год., крім суботи та неділі.

До реформи МСЧ забезпечувала спеціалізовану багатопрофільну кваліфіковану амбулаторну, консультативну, організаційно-методичну допомогу працівникам ПАТ «Сумихімпром», з питань медико-профілактичного забезпечення, згідно чинного законодавства.

На теперішній час діяльність закладу додатково спрямована на створення належних умов лікування, збереження доступної, повноцінної первинної медичної допомоги населенню, з метою укладення договорів з Національною службою здоров'я України (далі – НСЗУ) за пакетами медичних послуг.

У МСЧ проводиться амбулаторний прийом пацієнтів, комплексні медичні огляди, амбулаторне лікування хворих, в т.ч. лікування в денному

стаціонарі, а також освідчення водіїв (працівників ПАТ) перед рейсом, проведення водійської комісії.

Для надання цілодобової екстреної медичної допомоги працівникам ПАТ «СУМИХІМПРОМ» функціонує цілодобовий здоровпункт з машиною швидкої медичної допомоги.

До структури МСЧ входять діагностичні кабінети: рентгенологічний, УЗД, функціональної діагностики, ендоскопічний; клініко-біохімічна лабораторія, а також фізіотерапевтичний кабінет з лазеротерапією та водогрязелікуванням.

Ведуть прийом лікарі-терапевти, лікарі загальної практики-сімейні лікарі, також лікарі-спеціалісти: хірург, офтальмолог, отоларинголог, гінеколог, невропатолог, дерматовенеролог, уролог, фізіотерапевт, стоматолог (терапевт), психофізіолог.

З 2019 року у МСЧ створено відділення первинної медичної допомоги, де працюють терапевти та сімейні лікарі, які заключають декларації з пацієнтами. На кінець 2020 року обслуговувалось 2409 декларантів.

Лікарі терапевти з первинної ланки медичної допомоги, є і цеховими лікарями, які організують проведення профілактичних періодичних та попередніх медичних оглядів на цехових дільницях ПАТ «СУМИХІМПРОМ».

В МСЧ мають місто платні медичні послуги, для осіб які не заключили декларацію з лікарем первинної

У зв'язку з проведенням реформування медичної галузі в країні, на виконання Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» в закладі діє Програма медичних гарантій щодо надання пакету медичних послуг за напрямом «Первинна медична допомога» (з НСЗУ укладено договори: № 0000-596-М000 від 28.03.2019р.; №0000-3ЕН5-М000 від 10.01.2020р.).

Станом на 01.01.2020 на підприємстві працювало 4019 осіб, з них 1580 жінок. У 2020 році підлягало періодичному медичному огляду 2883 чол., з них 967 жінок.

Таблиця 2.1

Категорії працівників ПАТ «СУМИХІМПРОМ»

	2019		2020	
	абс.	%	абс.	%
Загальна кількість працюючих	4312	100	4164	100
У т.ч. чоловіків	2573	59,7	2517	60,4
жінок	1739	40,3	1647	39,5
Особи віком до 21 року	18	0,4	24	0,6
Працюючі пенсіонери.	656	15,2	666	16
Працюючі інваліди групи по загальному захворюванню.	139	3,2	112	2,7
Учасники бойових дій	41	1,1	52	0,8
Ліквідатори аварії на ЧАЕС.	42	1,0	32	0,46
Донори.	50	1,2	50	1,2
Працюючі що мають професійні хвороби.	3	0,1	3	0,1
Працюючі зі шкідливими виробничими факторами.	3682	85,4	3614	86,8

У звітному періоді кількість працюючих залишалась майже на одному рівні (у 2020 році менше на 3% ніж у попередньому 2019 році). Відсоток та кількість працюючих пенсіонерів залишається стабільним та становить близько 16% від загальної кількості працівників підприємства. На підприємстві працюють майже 3% інвалідів, для них створюються спеціальні робочі місця. Найбільший відсоток серед працюючих складає група за віковою структурою 40 – 49 років (24,8%). Основну кількість на підприємстві складають чоловіки – 60%, жінок на виробництві у 1,5 рази менше (39,5%), що пояснюється специфікою виробництва та умовами праці на підприємстві.

Жінки фертильного віку складають 51%. Середній вік працюючих – 41,4 роки.

Кількість осіб , що уклали декларації з лікарями первинної ланки становить всього - 2409 чол.:

за віковим складом:

- 6-17 років -3, або 0,12%;
- 40-64 роки - 1480 , 61,4%;
- 18-39 років - 695 , 28,8%;
- 65 років і старше - 231 , 9,6%.

за статтю:

- чоловіків - 1345, 55,8%;
- жінок - 1064, 44,2%.

За кількістю у віковому складі переважають особи віком від 40 до 64 років.

2.2 Показники діяльності медико-санітарної частини ПАТ «Суміхімпром»

У звітному році лікарями закладу прийнято всього 42822 чол., це на 21% більше ніж у 2019 році (33946 чол.). Таке відбулось за рахунок більшої кількості запланованих осіб, які підлягали періодичному профілактичному медичному огляду та епідемії COVID-19.

Загальна захворюваність по підприємству становить 78,82 у випадках на 100 працюючих (2019 р.- 66,24), 997,67 у днях (2019 р.- 737,65). У порівнянні з минулим роком відмічається зростання захворюваності у випадках на 19%, у днях непрацездатності - на 35%.

Середній термін випадку зріс на 12% у порівнянні з минулорічним показником та становить – 12,66 дн. (2018р. – 11,14).

У структурі захворюваності (по дням непрацездатності) на 100 працюючих:

- на I-му місці хвороби органів дихання - 552,26 (2019р.- 245,21), зріст у 2 рази , питома вага серед днів непрацездатності всіх хвороб –55%, середній

термін лікування 10,43 (2019 рік – 7,2) – це на 18% менше загальнозаводського. У структурі захворювань органів дихання переважає ГРЗ- 87% (як і минулому році).

- II місце – травми та отруєння – 123,58 (2019 р.- 145,14), зниження на 15%, питома вага від всіх захворювань – 12%, середній термін лікування 22,77 (2019 рік – 26,08) це на 13% менше ніж у 2019 р. та у 2 рази перевищує загальнозаводський термін. У структурі – переважають побутові травми – 98%);

- III місце – хвороби кістково-м'язової системи — 107,97 (2019 р.- 118,62), на 9% нижче минулорічного показника. Питома вага від днів непрацездатності всіх хвороб – 11%, середній термін лікування 11,74 (2018 рік – 11,03), зріс на 6% та на 7% менше за загальнозаводський показник. У структурі переважають остеохондрози – 70%).

Загальна захворюваність з ТВП серед декларантів становить у випадках 31,92, днів -441,07.

Середній термін випадку – 13,8.

У структурі захворюваності на 100 працюючих за кількістю днів непрацездатності :

- I-е місце хвороби органів дихання - 256,65 (питома вага серед днів непрацездатності всіх хвороб –58 %) , зареєстровано 532 випадки, 6424 днів непрацездатності, середній термін лікування -12 дн. У структурі захворювань органів дихання переважає ГРВІ- 95% .

- II місце – травми та отруєння – 60,41, зареєстровано 65 випадків (питома вага серед днів непрацездатності всіх хвороб –13,7 %), 1512 днів непрацездатності, середній термін лікування - 23,3 дн. У структурі – переважають побутові травми – 94%;

- III місце – хвороби кістково-м'язової системи — 43,27 (питома вага серед днів непрацездатності всіх хвороб –9,8 %), 103 випадки,1087 днів непрацездатності, середній термін лікування -10,5. У структурі переважають остеохондрози – 55%).

На обліку лікарів МСЧ з групи хронічно хворих осіб знаходяться 999 чол., що менше у порівнянні з минулим роком на 49% (1790 чол., у 2 рази зменшилась кількість закріпленого населення)

Онкозахворюваність у 2020 році становить 346,2 на 100 тис.нас. , що у 2 рази більше ніж у попередньому році (2019 р.-166,7), візуальних форм виявлено 3 випадки, занедбаних не зареєстровано.

У звітному році серед декларантів зареєстровано 65 осіб з інвалідністю (III гр.. - 48чол.. (74%);II гр.. - 14чол. (21%); I гр.. - 3чол. (5%). У структурі переважає більш легка група стійкої втрати працездатності - III - 74%.

Показник первинного виходу на інвалідність склав 35,9 на 10 тис. працездатного населення, це у 3 рази вище ніж у 2019 році (за рахунок зменшення майже у 2 рази кількості населення, що обслуговується в МСЧ, у порівнянні з 2019 роком).

Часто та тривало хворіючих у 2020 році не зареєстровано.

У денному стаціонарі проліковано у 2020 році 76 чол., це на 17% менше ніж у 2019 році (2019 р. - 104чол.). Кількість ліжко-днів становить 300 проти 544 у відповідному періоді минулого року, що на 45% менше, середнє перебування на ліжку зменшилось з 8,2 у минулому році до 6,4 у звітному періоді (за рахунок зменшення термінів лікування всіх груп захворювань та зменшення кількості пролікованих хворих, у зв'язку з карантинними заходами протидії COVID-19).

Частота госпіталізації населення, що обслуговується закладом - 0,66

Частота звернень до спеціалістів інших закладах - 1,85 (121 вип.)

Охоплення дорослого населення щепленнями - у 2020 році проведено щеплень - (80,2%) від плану.

Відповідно до вимог чинного законодавства (Закони України «Про охорону праці» ст.19 „Про забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення», ст.26, Постанови кабінету Міністрів України від 06.11.1997 №1238 «Про обов'язковий профілактичний наркологічний огляд і порядок його проведення», наказу МОЗ України від 21.05.07 №246 «Про

затвердження Порядку проведення медичних оглядів працівників певних категорій» та наказу ПАТ «Сумхімпром» від 18.12.19 №388 «Про складання списку переліку осіб та проведення періодичного медичного огляду у 2020 році» визначено контингент працюючих у шкідливих умовах та з небезпечними факторами виробничого середовища, що підлягає обов'язковому періодичному медичному огляду, їх кількість; складено графіки для кожного структурного підрозділу, з зазначенням термінів проходження медичного профілактичного огляду; визначено перелік лікарів, якими будуть оглянуті вищезазначені пацієнти; об'єм інструментальних та лабораторних досліджень.

У 2020 році підлягало огляду відповідно до Акту визначення категорій працівників, які підлягають періодичному медичному огляду, складеному фахівцями управління Держпраці у Сумській області - 3050 чол., (за кількістю фізичних осіб - 2883 чол.).

На початок огляду зареєстровано фізичних осіб – 2883 чол., в т.ч. жінок- 967. За період профогляду оглянуто 2693 чол., або 93,4%, 190 осіб не оглянуто (153 чол. - звільнено, 3 чол. - дообстеження (ЛН), 11 чол. - відпустка по догляду за дитиною, 23 чол. - мобілізовані). Вперше виявлено осіб з захворюваннями – 127 чол., 4,7% від оглянутих. Кількість працівників, які потребують постійного переведення на іншу роботу за станом здоров'я - 73 чол. (з них 7 жінок), це у 7 разів більше ніж у аналогічному періоді минулого року (2019 р. - 10 чол.). Осіб з професійним захворюванням під час проведення профілактичного огляду виявлено не було, з підозрою -1 .

2.3 Аналіз кадрового забезпечення медико-санітарної частини ПАТ «Сумхімпром»

Станом на 01.01.2020 було затверджено 65,0 штатних посад працівників, з них лікарів – 17,75, сестер медичних – 32,25.

У МСЧ працюють 63 чол., з них: лікарів 18 чол., сестер медичних – 32 чол., молодших медичних сестер 8 чол., інших спеціалістів – 5 чоловік.

Укомплектованість штатних посад лікарів у 2020 році становить 95%, що на 3% менше ніж 5 років тому. Укомплектованість посад середнього медперсоналу 100%, молодшого 80%, що на 20% менше ніж у 2016 році. Забезпеченість медичними кадрами МСЧ відносно задовільна. Плинність медичних кадрів незначна. Основними причинами звільнення були: вихід на пенсію та працевлаштування в інші заклади охорони здоров'я (див. таблиця 2.2).

Таблиця 2.2

Штат медико-санітарної частини ПАТ «Суміхіпром»

Роки	2020	2019	2016
Всього	65,0	67,75	73,25
Зайнято	62,0	64,5	72,25
Укомплектовано %	95,4	95,2	98,2
Фізичних осіб	63	60	71
Кількість посад лікарів	17,75	18,75	20,75
Кількість зайнятих посад лікарів	16,75	17,25	19,75
Фізичних осіб	18	17	20
Укомплектованість, %	94,4	92	95,1
Кількість посад сімейних лікарів	2,0	1,0	-
Кількість зайнятих посад	2,0	1,0	-
Фізичних осіб	2	1	-
Укомплектованість, %	100	100	-
Кількість посад терапевтів	1,75	2,75	3
Кількість зайнятих посад	1,75	2,75	3
Фізичних осіб	2	3	3

Укомплектованість, %	100	100	100
Кількість посад середнього медперсоналу	32,25	32,0	36,0
Кількість зайнятих посад середнього медперсоналу	32,25	30,75	36,0
Фізичних осіб	32	29	35
Укомплектованість,%	100	96	100
Кількість посад молодшого медперсоналу	10,0	11	11,0
Кількість зайнятих посад молодшого медперсоналу	8,0	11	11,0
Фізичних осіб	8	8	10
Укомплектованість, %	80	72,7	100
Інший персонал	5	6	6
Кількість зайнятих посад іншого персоналу	5	5,5	5,5
Фізичних осіб	5	6	6
Укомплектованість, %	100	100	100

Рівень кваліфікаційної підготовки у 2020 році (див. таблиця 2.3):

- З 18 лікарів:

з вищою категорією – 8 осіб, що складає – 44,4%;

з першою категорією – 2 особи, що складає – 11,1%;

з другою категорією – 5 осіб, що становить 27,7%;

без категорії – 3 чоловіки, що складає – 16,7%, з них молодих спеціалістів 2 чол., 1 чол. пенсіонер .

- серед 32 середніх медичних п працівників:

з вищою категорією – 14 осіб, що складає – 40,0%;

з першою категорією – 7 осіб, що складає – 20,0%;
 з другою категорією – 6 чоловік, що складає – 17,1%;
 без категорії – 8 чоловік, що складає – 21%.

Таблиця 2. 3

Чисельність працюючих в МСЧ спеціалістів і їх кваліфікаційна характеристика за 2019- 2020 роки.

№ п/п		2020		2019	
		абс.	%	абс.	%
1	Лікарі				
	Всього	18		20	
2	З вищою категорією	8	44,4	4	20,0
3	З першою категорією	2	11,1	7	35,0
4	З другою категорією	5	27,7	1	5,0
5	Без категорії	3	16,7	8	40,0
	Середній медперсонал				
	Всього	32		35	
1	З вищою категорією	14	43,7	13	37,1
2	З першою категорією	7	21,9	5	14,3
3	З другою категорією	6	18,7	9	25,7
4	Без категорії	5	15,6	8	22,8

Без категорії працюють медичні працівники у яких не підійшов термін для проходження атестації (молоді спеціалісти або з даної спеціалізації працюють менше 3 х років).

Всього у МСЧ працюють 13 осіб пенсійного віку, з них: лікарів 5, середнього медичного персоналу 6, молодших медичних сестер 2. Відсоток від працюючих пенсіонерів – 21%, з них : лікарів 28% , медичних сестер – 19%, санітарок 25%.

Всього у відділенні первинної медичної допомоги працюють 4 лікарі, з них 2 пенсійного віку (50%), 4 медичні сестри, з яких 3 пенсійного віку (75%).

Керуючись чинним законодавством України про охорону здоров'я, директивними наказами МОЗ України, НСЗУ про удосконалення амбулаторно-поліклінічної роботи, основними напрямками роботи МСЧ є організація лікувально-профілактичної, діагностичної, екстреної допомоги працівникам ПАТ «Сумихімпром», та декларантам, розробка ефективних заходів по поліпшенню стану їх здоров'я, ефективному проведенню попередніх та періодичних медичних профілактичних оглядів, регулярних скринінгових оглядів, динамічного спостереження за пацієнтами із діагностованими хронічними захворюваннями, повноцінному обхвату профілактичними щепленнями, своєчасному виявленню захворювань у пацієнтів та попередженню виходу на інвалідність.

Використовуючи метод системного підходу в МСЧ ПАТ «Сумихімпром» проведена певна організаційно-методична робота. Розпорядженням від 02.01.2020 №1 «Про організацію роботи апарату управління МСЧ ПАТ «Сумихімпром» на 2020 рік» затверджено:

1. Штатний розклад апарату управління, посади укомплектовані на 100% фізичними особами:

- головний лікар
- заступник головного лікаря
- головна медична сестра
- економіст

2. В апараті управління функціонують наступні підрозділи:

- економічний;
- кабінет медичної статистики;
- адміністративно-господарчий відділ персоналу

2. Штатний склад апарату управління доповнено позаштатними структурними підрозділами:

- медичною радою;

- радою медичних сестер.

3. Для раціонального та позитивного вирішення питань управління МСЧ налагоджені тісні зв'язки з керівництвом ПАТ «Сумихімпром», з профспілковим комітетом, Департаментом охорони здоров'я СОДА, УОЗ СМР.

4. Створені необхідні умови для роботи апарату управління: робочі місця, телефони, офісна техніка, тощо.

5. Розроблений план організаційних заходів закладу та всіх його структурних підрозділів на 2020 рік. Планування здійснюється щоквартально, щомісячно.

6. Робота з кадрами

Для підвищення кваліфікації медичних працівників забезпечено контроль за:

- плануванням атестацій ;
- курсами по підвищенню кваліфікацій сестер медичних та безперервному професійному розвитку лікарів;
- участі в конференціях, семінарах, тощо.

7. Затверджено:

- розподіл функціональних обов'язків керівного складу.
- порядок взаємозамінності на період відпусток, курсів чи в разі хвороби .
- інформацію з основних питань, що знаходяться на контролі та надходять до головного лікаря (або заступника).

- лікарсько-консультативну комісію;
- комісію з інфекційного контролю;
- клініко- експертну комісію (терапевтичного та хірургічного профілю);
- по контролю медичних протипоказів від профщеплень;
- протипожежну.

2.4 Оцінка стану фінансування медико-санітарної частини ПАТ «Сумихімпром»

Фінансування МСЧ у звітному періоді відбувалося з наступних джерел: ПАТ «СУМИХІМПРОМ» та Національної служби здоров'я України. Як видно з даних представлених в таблиці 2.4, у 2020 році відбулось зменшення на 18% фінансування з боку підприємства, але збільшилась кількість грошових надходжень з боку НСЗУ, за рахунок збільшення кількості декларантів.

Таблиця 2. 4

Фінансування медико-санітарної частини ПАТ «Сумихімпром» за 2018 - 2020 роки

	Фінансування МСЧ (тис. грн.)	2019 рік	2020 рік
1	З державного бюджету	23824	2188
2	З місцевого бюджету	-	-
	- обласний бюджет	-	-
	- районний бюджет	-	-
	- селищний бюджет	-	-
	- міський бюджет	-	-
3	Інші джерела фінансування всього:	8779482	7 661 717
	ПАТ «Сумихімпром»	7934205	6 505 190
	Національна служба здоров'я України (НСЗУ)	845277	1 156 527

З державного бюджету централізовано отримано вакцини на загальну суму : 23824 грн. (2019 рік) , з них 1541,9 грн. на АДП-М (проти дифтерії та правцю - 450 доз) , 21870,6 грн. на Пріорикс (проти кору - 180 доз), 411,6 грн. на Еувакс (проти гепатиту В - 24 дози);

- 2188 грн. (2020 рік) , з них 327,9 грн. на АДП-М (проти дифтерії та правцю - 100 доз) , 1860,1 грн. на Пріорикс (проти кору - 110доз).

Таблиця 2.5

Аналіз бюджету МСЧ за 2020 рік в порівнянні з 2019 роком

№ п/п	Статті доходів та витрат	Факт, грн..		Відхилення	
		12 місяців 2019 рік	12 місяців 2020 рік	абсолютне, грн..	відносне, %
	Витрати				
1	Послуги допоміжних цехів	296 770	276 035	-20 735	-7,0
2	Оплата праці:	8 510 740	8 252 773	-257 968	-3,0
	заробітна плата	7 185 429	6 952 993	-232 436	-3,2
	відрахування по з/платі	1 325 311	1 299 779	-25 532	-1,9
3	Амортизація	108 213	114 223	6 010	5,6
4	Енергоресурси:	1 222 000	522 881	-699 120	-57,2
	електроенергія	166 877	145 902	-20 974	-12,6
	гаряча вода на с.г.п.	453 492	44 808	-408 684	-90,1
	опалення	364 157	259 654	-104 504	-28,7
	вода господарча	100 993	17 762	-83 231	-82,4
	господарчі стоки	136 306	54 594	-81 712	-59,9
	стиснуте повітря	175	160	-15	-8,5
5	Спецхарчування	3 728	4 401	672	18,0
6	Послуги зв'язку	127 195	88 766	-38 429	-30,2
7	Медикаменти та матеріали	207 153	215 242	8 089	3,9
8	Витрати на відрядження	12 597	0	-12 597	-
8	Прання	44 577	33 385	-11 192	-25,1
10	Інші витрати (послуги сторон.організ.)	117 392	104 078	-13 314	-11,3

	Всього	10 650 366	9 611 783	-1 038 583	-9,8
	Зменшення витрат:				
1	Профогляди	2 006 757	2 413 303	406 546	20,3
2	Передрейсові огляди водіїв	709 405	687 206	-22 199	-3,1
3	Водійська комісія	0	6 085	6 085	-
	Всього	2 716 161	3 106 593	390 432	14,4
	Всього витрат	7 934 205	6 505 190	-1 429 015	-18,0
	Доход:				
1	Від медичного обслуговування сторонніх організацій	22 034	1 954	-20 081	-91,1
2	Від надання платних послуг	12 698	11 012	-1 686	-13,3
3	Від надання медичних послуг ПМД	845 277	1 156 527	311 249	36,8
4	Відсотки по поточному рахунку	4 820	11 691	6 870	142,5
	Всього доходів	884 830	1 181 183	296 353	33,5
	Збиток від утримання МСЧ	7 049 375	5 324 006	-1 725 369	-24,5

1. Видаткова частина бюджету зменшилась на -18,0% або на -1 429,0 тис. грн.

Найбільше зменшення витрат в розмірі 699,1 тис. грн. складають витрати на енергоресурси. За рахунок зниження об'єму використаної гарячої води на санітарно-господарчі потреби на 87,9% (-242,7 Гкал), зменшило витрати на 398,7 тис. грн., а зменшення середньої вартості самої води на -18,2% дало додаткову економію у розмірі -10,0 тис. грн.

Зниження середньої вартості енергії на опалення на 25,7% дало змогу зменшити витрати на 89,6 тис. грн., а за рахунок теплих погодних умов,

головним чином у березні 2020 року кількість витраченої енергії зменшилась на -10 Гкал, що додатково скоротило витрати на 14,9 тис. грн. (-4,1%).

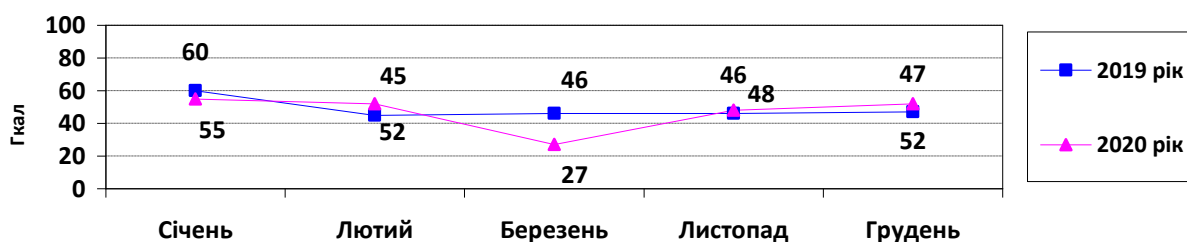


Рисунок 1.1. Об'єм використання опалення

На 164,9 тис. грн. (-69,5%) зменшилися витрати на господарчі стоки та воду.

Витрати на електроенергію зменшилися на - 21,0 тис. грн.

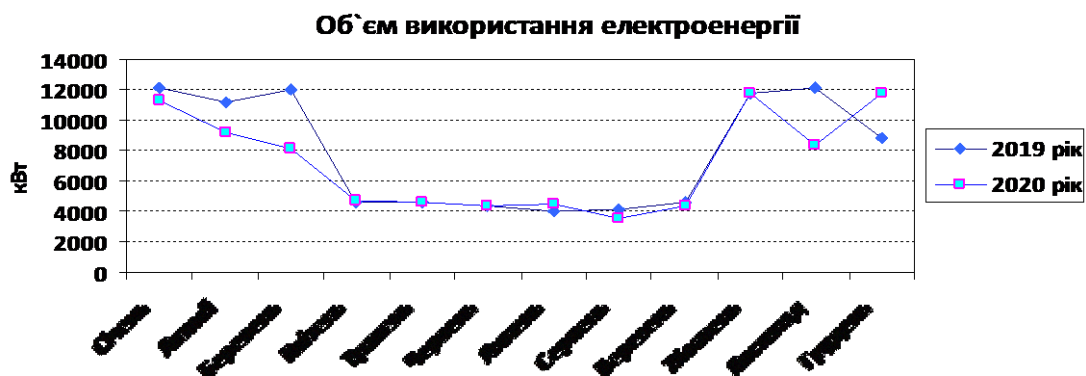


Рисунок 1.2. Об'єм використання електроенергії

Зменшення витрат на заробітну плату з нарахуванням на 258,0 тис. грн. (-3,0%) пов'язано з: проведенням оптимізації одиниць штатного розпису станом на 01.01.2020; вакантною посадою лікаря терапевта (цехового); забезпеченням виплат відпусток за грудень 2019 року (94,3 тис.грн.); перебуванням працівників МСЧ на листку непрацездатності на 243 календарних дні більше ніж у 2019 році (в зв'язку з COVID-19); перебуванням працівників МСЧ у відпустці без збереження заробітної плати на 17 робочих днів більше ніж у 2019 році.

Витрати на послуги цеху зв'язку зменшилися на 38,4 тис. грн. (-30,2%) головним чином за рахунок відключення з метою економії витрат на утримання медико-санітарної частини 32 ліній зв'язку (додаткові паралельні апарати, радіоточки).

Зменшення витрат в розмірі 20,7 тис. грн. (-7,0% в порівнянні з минулим роком) складають витрати на послуги допоміжних цехів.

Основною причиною зменшення "інших витрат" на 13,3 тис. грн. (- 1,3%) є зменшення витрат на підвищення кваліфікації працівників медико-санітарної частини в зв'язку із введенням карантину у 2020 році.

Відряджень у 2020 році не було.

Причиною збільшення витрат на медикаменти та матеріали на 8,1 тис. грн. (+3,9%) є збільшення кількості використання деззасобів та масок, пов'язане з карантинними заходами безпеки, та підвищення їх вартості.

Амортизаційні нарахування за 2020 рік в порівнянні з аналогічним періодом 2019 року збільшилися на 6,0 тис. грн. (+5,6%), у зв'язку з придбанням у 2020 році оргтехніки для роботи лікаря первинної ланки.

Витрати на спецхарчування збільшилися на 0,7 тис. грн. (+18,0%) у зв'язку з тривалим перебуванням у 2019 році на листку непрацездатності медичної сестри рентгенологічного кабінету, а також підвищенням у 2020 році середньої вартості молока на 8,0%.

Доходна частина бюджету в частині зменшення витрат за 2020 рік збільшилась в порівнянні з аналогічним періодом 2019 року на 14,4% (+390,4 тис. грн.)

До складових цієї частини відносяться:

- витрати на проведення профоглядів працівників ПАТ;
- витрати на освідчення водіїв перед рейсом працівників ПАТ;
- витрати на проведення водійської комісії працівників ПАТ.

Найбільшою статтею цієї частини бюджету є проведення профоглядів працівників ПАТ «СУМИХІМПРОМ». Збільшення показника по цій статті на 406,5 тис. грн. (+20,3%) пов'язано із збільшенням кількості працівників на

20,6% (+419 чол.), яким у поточному році було проведено медичний огляд відповідно до Акту визначення категорій працівників, які підлягають попередньому (періодичному) медичному огляду складеному фахівцями управління Держпраці у Сумській області за участю роботодавця та представника профспілкової організації.

Показник статті освідчення водіїв перед рейсом за 2020 рік зменшився в порівнянні з показником аналогічного періоду 2019 року на -22,2 тис. грн. (-3,1%), в зв'язку із меншою кількістю проведених передрейсових та післярейсових медичних оглядів (-2555 оглядів), що пов'язано із тимчасовою непрацездатністю водіїв та проведенням ремонтних робіт транспортних засобів.

Водійська комісія не проводилась у 2019 році, у зв'язку із неповним складом медичної комісії.

2. Прибуткова частина бюджету збільшилась на 296,4 тис. грн.

До складових прибуткової частини бюджету відносяться:

- дохід від надання медичних послуг ПМД (первинна медична допомога);
- дохід від медичного обслуговування сторонніх організацій;
- дохід від надання платних послуг;
- відсотки по поточному рахунку.

У 2020 році дохід від надання медичних послуг ПМД збільшився в порівнянні з аналогічним періодом минулого року на 311,2 тис. грн. (+36,8%), у зв'язку з більшою кількістю укладених декларацій з пацієнтами на медичне обслуговування .

Найбільший відсоток серед осіб, що заключили декларації для медичного обслуговування з лікарями первинної ланки (декларантів) складає група з віковою структурою 40 – 64 років (61,4%)

Віковий склад пацієнтів має певне значення при нарахуванні коштів НСЗУ для МСЧ. Найбільший коефіцієнт нараховується за обслуговування дітей до 17 років та осіб старше 65 років.

Таблиця 2.6

**Вікова структура пацієнтів, що заключили декларації для медичного
обслуговування з лікарями первинної ланки**

Вік	6 -17 років.	18 -39 років	40 – 64 років.	65 років і старші.	чоловіки	жінки	Всього
абс.	3	695	1480	231	1345	1064	2409
%	0,12	28,8	61,4	9,6	55,8	44,2	

Тариф на медичні послуги по наданню первинної медичної допомоги встановлюється, як базова капітаційна ставка за обслуговування одного пацієнта, який подав декларацію про вибір лікаря та складає: 600,48 гривні на рік — з 1 січня до 31 жовтня 2020 року, 651,6 гривня на рік — з 1 листопада до 31 грудня 2020 року. Це зазначено у постанові КМУ «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році та I кварталі 2021 року» від 05.02.2020 № 65. До тарифу застосовують (шляхом множення) корегуючі коефіцієнти в залежності від вікової групи пацієнта: 0 - 5 років 2,465, 6 – 17 років 1,356, 18 - 39 років 0,616, 40 - 64 роки 0,739, старше 65 років 1,232.

Кількість декларантів в МСЧ не відповідає затвердженим нормативам (від 1800 до 2000 осіб на лікаря), що дало б змогу заробити більше коштів

З травня 2019 року на рахунок відкритий у філії – Сумського обласного управління АТ «Ощадбанк» для зарахування коштів отриманих від Національної служби здоров'я України за надання медичних послуг населенню нараховуються відсотки на залишок коштів на рахунку. За 12 місяців 2020 року сума цих відсотків склала 11,7 тис. грн., що на 6,9 тис. грн. (+142,5%) більше ніж за звітний період минулого року.

Зменшення доходу від надання послуг стороннім організаціям за звітний період 2020 року на 20,1 тис. грн. (-91,1%) головним чином пов'язано із наданням послуг профілактичного медичного огляду меншій кількості осіб ніж у попередньому році.

Зменшення доходу від надання платних послуг за готівковою формою розрахунку на 1,7 тис. грн. (-13,3%) пов'язано із відпуском у звітному періоді поточного року дороговартісних процедур водогрязелікарні (гідромасажу) меншій кількості пацієнтів ніж у 2019 році.

Матеріально технічна база закладу потребує певного покращення. Основний фонд складає 4800000 тис.грн., з них витрачено на забезпечення необхідної лікувально-діагностичної апаратури близько 2461000 тис.грн. (51 % від загального). У закладі в наявності рентгендіагностична апаратура, для УЗ діагностики, функціональної та ендоскопічної діагностики, фізіотерапії, стоматології та лабораторії. Але парк лікувально-діагностичної апаратури на 50% не відповідає сучасним вимогам, має 15- 20 років експлуатації та по суті вичерпав свій ресурс. За останні 5 років закуплено на суму 53,844 тис.грн.(2018 рік) лише оргтехніку, яка використовується для впровадження інформаційних технологій на первинній ланці надання медичної допомоги.

Узагальнюючі можна представити аналіз сильних та слабких сторін МСЧ у вигляді SWOT-аналізу та визначити можливості та загрози МСЧ ПАТ «Сумихімпром (див. табл. 2.7)

Таблиця 2.7

SWOT-аналіз МСЧ ПАТ «Сумихімпром

Сильні сторони	Зовнішні можливості
1.Належний стан приміщень. 2.Забезпеченість кваліфікованими кадрами. 3.Компактне, ефективне відділення первинної медичної допомоги (ПМД). 4. Впроваджено медична інформаційна система (МІС) та автоматизовані робочі місця (АРМ), мережу інтернет для ПМД. 5. Наближеність вторинної медичної допомоги (у штаті закладу працюють лікарі фахівці: отоларинголог, невропатолог, гінеколог, хірург, дерматолог, офтальмолог, фізіотерапевт, психофізіолог). 6.Наявність у закладі допоміжних служб	1.Наявна єдина інформаційна система в місті. 2.Високий рівень пільгового забезпечення містян медикаментами. 3. Можливість надання екстреної медичної допомоги працівникам ПАТ «Сумихімпром». 3.Підтримка ПАТ «СУМИ-МХІМПРОМ» (економічна, юридична, матеріально- технічна). 4. Дотримання вимог НСЗУ щодо

<p>(діагностичної направленості: клініко діагностична лабораторія, УЗД, рентгендіагностика, ендоскопічний кабінет, кабінет функціональної діагностики, відновного лікування: фізіотерапевтичний кабінет з водогрязелікуванням)</p> <p>7. До структури МСЧ входить цілодобовий здоровпункт (для працівників ПАТ «Сумхімпром», які в більшості є декларантами МСЧ).</p> <p>8. Створені умови для проходження попередніх та обов'язкових періодичних медичних оглядів.</p> <p>9. Можливість багатоканального фінансування (НСЗУ, ПАТ «Сумхімпром». тощо).</p> <p>10. Наявність МІС(медико інформаційна система).</p>	<p>фінансування пакету медичних гарантій ПМД .</p> <p>5. Можливість впровадження інноваційних технологій.</p> <p>6. Можливість медичному персоналу підвищувати свій кваліфікаційний рівень.</p>
<p>Слабкі сторони</p>	<p>Зовнішні загрози</p>
<p>1. Віддаленість від міста.</p> <p>2. Відсутність автотранспорту (виділяється автомобіль з автотранспортного цеху підприємства на 1 1,5год. щоденно).</p> <p>3. Застаріла матеріально - технічна база (перевищені терміни експлуатації у 50% апаратури).</p> <p>4. Неefективність роботи закладу (неоптимальний графік роботи до 16.00год., 5 ти денний робочий тиждень, як слідство відсутність роботи «чергового лікаря» у вечірні часи, святкові та вихідні дні).</p> <p>6. Більшість медичного персоналу первинної ланки пенсійного (50%) та передпенсійного (12,5%) віку.</p> <p>7. Проблема фінансування курсів підвищення кваліфікації персоналу.</p> <p>8. Недостатня кількість пацієнтів, що заключили декларації з лікарями ПМД.</p> <p>9. Низький рівень знань новітніх інформаційних технологій.</p> <p>10. Недостатнє фінансування закладу для закупівлі необхідного обладнання (неможливість отримання пакету медичних послуг з НСЗУ для роботи вторинного рівню медичної допомоги (лікарі фахівці).</p> <p>11. Дороговартісність МІС – є однією із причин не</p>	<p>1. Конкуренція з іншими ЦПМД та приватними лікувальними закладами.</p> <p>2. Частина працівників ПАТ (які є потенційними пацієнтами закладу) пасивна до вибору лікаря (недостатня кількість декларантів).</p> <p>3. Складнощі з громадським транспортом у денні години (10.00 16.00), що створює незручність для пацієнтів.</p> <p>4. Недосконалість нормативно правової бази.</p> <p>5. Закриття МСЧ при виникненні такого бажання ПАТ «СУМИ-ХІМПРОМ» (МСЧ -структурний підрозділ підприємства).</p>

підключення до електронної системи всіх лікарів МСЧ.	
--	--

РОЗДІЛ 3. ЗАХОДИ З УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ МЕДИКО-САНІТАРНОЮ ЧАСТИНОЮ ПАТ «СУМИХІМПРОМ»

3.1 Компоненти та критерії якості медичної допомоги

Компонентами та критеріями якості медичної допомоги є:

1. Спрямованість на пацієнта (дотримання прав пацієнта згідно з чинним законодавством, етики та деонтологічних норм медичної діяльності, проведення регулярних соціологічних опитувань з метою виявлення очікувань, потреб та індивідуальних цінностей пацієнта);

2. Результативність (зміна клінічного стану у відповідності до очікуваної при даному захворюванні, медична допомога надається відповідно до локальних медико-технологічних документів, розроблених згідно з галузевими нормативами на основі доказової медицини, позитивна динаміка показників зниження рівня дефектів, несприятливих наслідків лікування внаслідок медичних втручань та скарг громадян, оцінка задоволеності пацієнта результатом медичної допомоги).

3. Безпека (медична допомога надається відповідно до локальних медико-технологічних документів, дотримання стандартів ліцензування та акредитації за відповідними розділами профілю діяльності ЗОЗ, ІК);

4. Доступність (укомплектованість штатних посад медичних і немедичних працівників відповідно до нормативів, укомплектованість медичним обладнанням та виробами медичного призначення за таблицями оснащення, наявність в закладі, доступність кожному медичному працівнику та дотримання ним вимог локальних медико-технологічних документів, стандартів, правил, методик, нормативів, інструкцій, інших регулюючих документів, дотримання встановленого порядку взаємодії між структурними підрозділами ЗОЗ та з іншими медичними і немедичними установами з питань організації надання медичної допомоги пацієнтам);

5. Економічна ефективність (ресурси для задоволення потреб пацієнтів у медичній допомозі планується згідно з вимогами галузевих / локальних медико-технологічних документів, використання видів і обсягів ресурсів відповідно до вимог галузевих / локальних медико-технологічних документів, тривалість лікувально-діагностичного процесу та його окремих складових за нозологіями відповідає діючим нормативам);

6. Своєчасність (визначення і дотримання тривалості очікування:

- планової консультації спеціаліста згідно з рекомендованими нормативами;
- результатів лабораторних, функціональних, інших діагностичних досліджень, визначення порядку прийому лікаря в амбулаторних умовах).

У МСЧ виконується заходи, які спрямовані на пацієнта, з цією метою:

- ведеться контроль за дотриманням медичним персоналом принципів лікарської етики та деонтології, проводяться відповідно складеного плану семінарські заняття з медичним персоналом закладу з даного питання, складаються протоколи нарад і занять, протоколи засідань із розгляду скарг на порушення етичних норм і правил, прийнятих у закладі, та вживання відповідних заходів;

- вживаються заходи щодо попередження зловживань працівниками закладу (складаються протоколи засідань із розгляду випадків зловживань працівниками закладу службовим становищем і вживання заходів у зв'язку з грубим ставленням медичних працівників до пацієнтів і відвідувачів, аналіз анонімного анкетування пацієнтів);

- проводяться заняття з медичним персоналом щодо дотримання конфіденційності інформації про пацієнта (затверджений план-графік проведення занять із персоналом щодо даного питання, наказ по закладу про порядок видачі та реєстрації конфіденційної інформації; ведеться журнал реєстрації та видачі довідок щодо конфіденційної інформації; наявні копії законодавчих актів про надання конфіденційної інформації (Закони України від 02.10.1992 № 2657-ХІІ «Про інформацію», від 01.06.2010 № 2297-VI «Про захист персональних даних», від 13.01.2011 № 2939-VI «Про доступ до публічної

інформації», рішення Конституційного Суду України «Рішення Конституційного Суду України у справі щодо офіційного тлумачення статей 3, 23, 31, 47, 48 Закону України «Про інформацію» та статті 12 Закону України від 30.10.1997 № 5-зп «Про прокуратуру»);

- визначено порядок надання інформації щодо пацієнта ;

- дотримано умови зберігання інформації про пацієнта (наявні умови зберігання конфіденційної інформації (реєстратура, архів, сейфи, захищені комп'ютерні бази даних тощо);

- дотримано процедури одержання інформованої згоди пацієнта (між МСЧ і пацієнтом підписується інформована згода на проведення медичного втручання, у якому пацієнт інформується про можливий ризик для його здоров'я при проведенні обстеження та лікування. Перед проведенням процедур з пацієнтом або його довіреною особою проводиться попередня бесіда й роз'яснення сутності медичного втручання; для контролю перевіряються історії хвороб пацієнтів на наявність інформаційної згоди за формою № 003-6/о «Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення», затвердженою наказом МОЗ України від 14.02.2012 № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та Інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», на проведення медичного втручання із підписом пацієнта (вибірково).

- затверджені правила перебування пацієнтів у закладі.

З метою оцінювання ефективності медичної допомоги в МСЧ, а саме її доступності, задоволеності пацієнтів медичним обслуговуванням, а також можливістю бажаючим висловити свою думку та надати пропозиції щодо покращення надання медичної допомоги в МСЧ, керуючись наказами МОЗ України: від 02.11.2011 року № 743 «Про затвердження індикаторів якості медичної допомоги», від 11.09.2013 року №795 «Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги» та для оцінювання індикаторів процесу

та результату ефективності розвитку лікувально-профілактичної допомоги, що надається в МСЧ, регулярно проводиться анкетування пацієнтів. Анкетування надає можливість усім бажаючим висловити свою думку та надати пропозиції щодо покращення якості медичної допомоги. Аналіз пропозицій, наданих пацієнтами, враховується при прийнятті рішень з питань умов розвитку, покращення якості та ефективності медичної допомоги в закладі.

У січні 2021 року в анкетуванні прийняли участь 105 осіб, з них 36 жінок (34%), 56 чоловіків (66%). Серед респондентів переважала вікова категорія від 40 до 55 років – це 35 осіб (33%), найменша кількість осіб у віці від 18-29 років – 6 осіб (6%). Якщо враховувати соціальну групу анкетованих, то більшість склали робітники – 79% (83чол.), службовців меншість – 21 % (17 чол.). За місцем проживання більшість становили містяни – 70,4% (74чол.), мешканців села – 29,6%, або 31чол. В анкеті 11 запитань (Додаток А).

У порівняльному аналізі з минулорічними анкетами, відмічаємо підвищення питомої ваги позитивних відгуків про роботу МСЧ, а саме : задоволеність якістю отриманої медичної допомоги на 12%, витрата часу пацієнтів в черзі до 15хвилин на 6%, задоволеність результатами медичною допомогою на 4%, незадоволених результатами медичної допомоги немає, оцінка «компетентності медичного персоналу» (високий та середній рівень – 99%). Довіра до «безпеки» закладу для пацієнта залишається на рівні минулого року (питома вага пацієнтів, які не задоволені санітарно – гігієнічними умовами в МСЧ (точніше опаленням закладу у холодний період року (температурним режимом) становить близько 10%). Бажання повторного звернення саме до МСЧ зі ствердженням «так» знизилась на 12%. Питома вага лікарів, які не надають рекомендацій пацієнтам щодо подальшої реабілітації, подальшого способу життя та ін. становить 4%.

Питання розглянуто на медичній раді, якою було прийняте рішення щодо покращення стану справ з надання якісної медичної допомоги, шляхом підвищення фаховості медичних працівників; вжиті заходи щодо підвищення рівню санітарно –гігієнічного стану в МСЧ, підтримуючи «безпеку закладу

для пацієнта» на досить високому рівні; проведення більш суворого контролю щодо інформування третіх осіб про стан здоров'я пацієнтів без їхньої згоди , контроль за дотриманням лікарями вимог щодо виділеного часу на амбулаторний прийом хворих.

З метою забезпечення результативності та безпеки надання медичної допомоги в МСЧ розроблено та затверджено клінічні протоколи для надання невідкладної допомоги (розпорядження МСЧ від 31.12.2019 №188 « Про затвердження нових клінічних протоколів для надання невідкладної медичної допомоги у МСЧ (підстава: наказ МОЗ України від 05.06.2019 №1269 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги»), локальні клінічні настанови та протоколи лікування захворювань на амбулаторному рівні, клінічні маршрути пацієнтів (розпорядження МСЧ від 31.12.2019 №189 « Про впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в МСЧ ПАТ «СУМИХІМПРОМ» (впровадження в діяльність лікарів МСЧ міжнародних клінічних протоколів фінського медично-наукового товариства Duodecim Medical Publications Ltd перекладені українською мовою та доступні в онлайн-режимі за адресою <https://guidelines.moz.gov.ua/>).

У МСЧ ПАТ «Сумихімпром» організовано роботу постійно діючої комісії з інфекційного контролю (КІК), яка працює відповідно затвердженого положення про КІК та у складі, затвердженому розпорядженням від 02.01.2020 р. №8. Основним завданням КІК є координація заходів персоналу з метою запобігання виникненню внутрішньолікарняних інфекцій.

У звітному періоді проведені перевірки КІК відповідно до плану, зауважень не було, пропозиції виконані у встановлений термін. Складено план роботи КІК на 2021 рік.

Робочі місця персоналу забезпечено інструктивно-методичними документами, наказами МОЗ України по дотриманню санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режимів та алгоритмами дій при виконанні дезінфекційних робіт, ПСО та стерилізації.

Питання щодо імунізації медичного персоналу проти інфекцій, а також проходження персоналом профілактичних медичних оглядів знаходиться на постійному контролі керівництва. Медичний персонал закладу щеплений відповідно до Національного календаря та рекомендованих для медичних працівників щеплень.

Випадків ВЛІ за звітний період в МСЧ не зареєстровано.

У 2020 році зареєстровано 2 випадки захворювання медичного персоналу на COVID-19. Проведено епідемічні розслідування щодо підозри професійного захворювання. Як професійні захворювання дані випадки не визнані.

Відповідно до плану роботи КІК та у разі необхідності з медичним персоналом проводяться: навчання по інструктажу із техніки безпеки на робочих місцях, лекції у поєднанні з практичними заняттями, в т.ч. індивідуальними, колективними.

Щорічно визначається потреба у засобах індивідуального захисту медперсоналу залежно від ступеню ризику інфікування, забезпечено контроль їх використання за призначенням. У звітному році забезпечення медичних працівників необхідними засобами індивідуального захисту 100%.

Робочі місця медичних працівників, що працюють з біоматеріалами, 100% забезпечені аптечками з необхідними засобами на випадок аварійної ситуації. У звітному періоді ситуацій даної категорії у МСЧ не зареєстровано. Також робочі місця медичних працівників МСЧ повністю забезпечені ємностями (контейнерами) для збору медичних відходів, гострих предметів.

З метою дотримання медичним персоналом правил особистої гігієни та профілактики ВЛІ на робочих місцях організовані куточки для миття рук відповідно до діючого наказу МОЗ. Забезпеченість антисептиками, рідким милом, одноразовими рушниками, деззасобами, засобами швидкої дезінфекції в достатній кількості.

Режимні кабінети щокварталу проводять ротацію дезінфекційних засобів щоб запобігати виникненню стійкості мікроорганізмів до дії дезінфікуючих засобів та, як наслідок, поширенню внутрішньолікарняних інфекцій.

Дотримання санітарно – гігієнічного та протиепідемічного режимів у МСЧ здійснюється на належному рівні.

Медичні відходи збираються відповідно до правил поводження з відходами у спеціально відведені місця.

У МСЧ організовано відповідно до вимог законодавства, страхування працівників на випадок професійного інфікування ВІЛ. У 2020 році застраховано 33 медичні працівники, які мають на робочих місцях безпосередній контакт з біоматеріалами.

Забезпечено контроль за виконанням медперсоналом епідемічно-безпечних алгоритмів виконання процедур та маніпуляцій у відповідності до наявних умов у МСЧ та діючих нормативних наказів.

Організація інфекційного контролю установи дозволила впровадити в роботу МСЧ додаткові заходи адміністративного контролю:

- виконання планових заходів інфекційного контролю, дотримання раціональної політики застосування антибіотиків;
- підвищення медико-економічної ефективності медичної допомоги: зниження рівня та кількості ускладнень, зниження витрат на придбання медикаментів, лікування ускладнень, скорочення строків перебування пацієнтів на лікуванні.

3.2 Критерії оцінки якості медичної допомоги медико-санітарної частини ПАТ «СУМИХІМПРОМ»

У своїй роботі для оцінювання ефективності медичної допомоги фахівці МСЧ керуються наказами МОЗ України від: 01.08. 2011 року №454 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року», від 28.09.2012 року №751

«Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я» (зі змінами відповідно до наказів МОЗ від 29.12.2016 №1422; від 26.09.2018 №1752), від 01.08.2011 № 454 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року», від 28.09. 2012 №752 „Про порядок контролю якості медичної допомоги”, від 21.09.2012 року № 732 «Про затвердження Плану заходів МОЗ України на виконання Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року», від 11.09.2013 року №795 «Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги», 05.02.2016 №69 «Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування».

З метою забезпечення високого рівня якості надання медичної допомоги та підвищення відповідальності за її надання адміністрацією медико-санітарної частини видано розпорядження від 02.01.2020 р. №4 „Про удосконалення системи контролю якості і оцінки медичної допомоги в МСЧ ПАТ «СУМИХІМПРОМ», яким розроблено і запроваджено власну систему контролю якості медичної допомоги (послуг).

Даним наказом затверджені:

1. Стандарти оцінки діяльності лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою (сестер медичних) МСЧ ПАТ «Сумихімпром».
2. Методика введення оцінок по «Критеріях оцінки якості роботи».
3. Індикатори ефективності організації та надання медичної допомоги на рівні МСЧ ПАТ «Сумихімпром» (Додаток А) .
4. Показники результативності, які враховуються при визначенні індикаторів якості надання медичної допомоги .
5. Контроль якості за проведенням лікувально-діагностичного процесу в МСЧ ПАТ «Сумихімпром» .
6. Положення про систему внутрішнього контролю якості .

7. Карта-схема управлінських рішень з покращення якості медичної допомоги, медичних послуг .

8. Положення про порядок проведення експертної оцінки якості медичної допомоги .

9. Схема експертної оцінки якості медичної допомоги .

10. Акт експертного контролю якості медичної допомоги .

11. Анкета вивчення задоволення пацієнта медичними послугами (Додаток Б).

Для перевірки якості медичної допомоги запроваджено в практику два види аудиту: внутрішній, зовнішній.

Зовнішній контроль якості: надання медичної допомоги населенню здійснюється комісійно управлінням охорони здоров'я Сумської обласної державної адміністрації та іншими державними установами. Такий контроль здійснюється під час проведення виїзних комісійних перевірок або невиїзних перевірок шляхом запиту та отримання від медико-санітарної частини необхідних документів для експертизи первинної медичної документації.

Внутрішній контроль якості організується на принципах безперервного її підвищення і здійснюється шляхом відповідності якості надання допомоги вимогам клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів та локальних протоколів.

Контроль якості медичної допомоги здійснюється шляхом перевірки таких складових:

- структура медичної допомоги;
- процес надання медичної допомоги;
- результати, які були отримані в процесі надання медичної допомоги;
- організація надання медичної допомоги;
- реалізація управлінських рішень, які були прийняті внаслідок аналізу та контролю якості;

- відповідність кваліфікаційним вимогам лікарів та середнього медичного персоналу;
- вивчення думки пацієнтів;
- дотримання прав та безпеки пацієнтів.

На підставі розпорядження головного лікаря МСЧ від 04.01.2020 №8 «Про удосконалення заходів щодо профілактики внутрішньо-лікарняних інфекцій в МСЧ ПАТ «СУМИХІМПРОМ», з метою забезпечення ефективної системи профілактики внутрішньо-лікарняних інфекцій, в закладі діє комісія з інфекційного контролю (КІК), яка відповідно плану проводила щомісячні перевірки структурних підрозділів МСЧ (протоколи КІК).

Відповідно Закону України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» в МСЧ у період 2018-2020 р.р. здійснювались перевірки дотримання санітарного законодавства у вигляді самоконтролю:

1. Змиви з поверхонь на санітарно-показову мікрофлору в ендоскопічному кабінеті (щомісячно).
2. Термохімічний контроль роботи стерилізатора (показник роботи сухожарових шаф) в ЦСВ (щоквартально).
3. Забір повітря на санітарно-показову мікрофлору в хірургічному кабінеті (щопівріччя).
4. Змиви з поверхонь на санітарно-показову мікрофлору перев'язувального матеріалу та медичного інструментарію в режимних кабінетах (щопівріччя).
5. Проведена дератизація в МСЧ у осінньо-весняний періоди.

З метою контролю якості експертизи тимчасової непрацездатності в закладі затверджена та працює лікарсько-консультативна комісія (розпорядження головного лікаря МСЧ від 02.01.20 №5 „Про удосконалення діяльності експертизи тимчасової непрацездатності та якості надання медичної допомоги в МСЧ ПАТ „СУМИХІМПРОМ»).

Оцінка якості надання медичної допомоги за методом внутрішнього контролю визначається шляхом:

- контролю кваліфікації лікарів, молодших спеціалістів із медичною освітою та професіоналів із вищою немедичною освітою, які працюють у МСЧ;
- моніторингу (збір інформації – періодичне, безперервне) та запровадженню відповідних заходів. Основним джерелом даних є первинна медична документація (медична карта амбулаторного хворого (форма №025/о), карта експертної оцінки, тощо).

Моніторинг також виконується завдяки надання фахівцями оперативної інформації в розрізі служб: оцінюється кількість проведених профілактичних оглядів, кількість проведених лікувальних процедур тощо. Інформація узагальнюється та у разі виявлення недоліків вживаються заходи по їх усуненню. З метою покращення якості оглядів пацієнтів, стану експертизи тимчасової непрацездатності в МСЧ, робота всіх лікарів протягом року контролюється шляхом проведення:

- експертних оцінок амбулаторних карт кожного лікаря;
- одноденних зрізів;
- заліків;
- аналізу показників діяльності (щоквартального, річного) та запровадженню заходів по усуненню недоліків;
- оцінки виконання розроблених критеріїв надання амбулаторної допомоги (стандартів надання медичної допомоги, локальних протоколів надання медичної допомоги, експертних оцінок);
- оцінки виконання запроваджених заходів;
- вивчення думки пацієнтів щодо наданої медичної допомоги.
- оцінки моделі кінцевого результату.

Матеріали експертиз обговорюються на нарадах з лікарями МСЧ раз на місяць.

У закладі визначені критерії оцінки якості та кінцевого результату роботи лікарів, завідувачів відділень, складена експертна комісія по контролю

якості надання медичної допомоги в МСЧ. Оцінка критеріїв якості лікарів проводиться щоквартально.

У МСЧ проводиться оцінка ефективності медичної допомоги за допомогою затверджених в закладі індикаторів оцінювання за окремими напрямками ефективності та надання медичної допомоги, а також структури, процесу, результату (Додаток А).

Проаналізувавши результати оцінювання ефективності організації та надання первинної медичної допомоги за показниками структури, процесу, результату, а також загального оцінювання індикаторів якості надання медичної допомоги у МСЧ ПАТ „СУМИХІМПРОМ» за 2018-2020 роки простежується наступне.

Таблиця 3.1

Оцінювання ефективності організації та надання первинної медичної допомоги за показниками структури, процесу та результату

№ п/п	Індикатор	Сумарна оцінка (бали) 2018 рік	Сумарна оцінка (бали) 2019 рік	Сумарна оцінка (бали) 2020 рік	Максимальний рівень оцінки	Мінімальний рівень оцінки (показник проблеми)
1	Індикатори структури (1-5;9;32-33)	17,25	18,1	18	19,8	13,9
2	Індикатори процесу (6,10-18,20-22,28-31)	38,1	38,9	38,9	39,8	27,9
3	Індикатори результату (7,8,19,23-27)	17,5	18,3	18,3	18,3	12,8

Сумарні оцінки індикаторів структури, процесу у звітні роки по МСЧ не досягли максимальних, але вони не є проблемними в цілому, бо не знаходяться на граничному мінімальному рівні.

Сумарна оцінка індикаторів структури у 2020 році збільшилась на 4% (за рахунок забезпечення персональними комп'ютерами з ліцензійним програмним забезпеченням лікарів первинної ланки закладу).

Сумарна оцінка індикаторів процесу у 2020 році зросла на 2% (за рахунок збільшення частки щеплених пацієнтів, що пов'язано з налагодженням процесу централізованого постачання до МСЧ щеплювального матеріалу). Індикатори результату протягом останніх двох років звітного періоду залишаються стабільними.

Таблиця 3.2

Отримання загальної оцінки організації структури та надання медичної допомоги.

№ п/п	Індикатор	Сумарна оцінка (бали) 2020 рік	Сумарна оцінка (бали) 2019 рік	Сумарна оцінка (бали) 2018 рік	Максимальний рівень оцінки	Мінімальний рівень оцінки
1	Індикатор оцінки доступності медичної допомоги	11,65	10,9	10,8	12,6	8,8
2	Індикатори оцінки орієнтованості закладу на пацієнта	6,95	8,55	8,55	8,55	6,0
3	Індикатори оцінки співпраці та координації діяльності при наданні допомоги на рівні ЗОЗ	1,95	1,95	1,95	1,95	1,4
4	Індикатор оцінки профілактичної спрямованості	18,3	19	19	19	13,4
5	Індикатори оцінки якості задоволення медичних потреб пацієнтів на рівні МСЧ	20,2	21	21	21	14,7
6	Індикатори оцінки повноти володіння кваліфікаційними компетенціями працівників МСЧ	9,05	9,05	9,05	9,9	6,9
7	Індикатори оцінки розвитку лікувально-	4,8	4,8	4,8	4,8	3,4

	профілактичної допомоги в МСЧ					
	Сумарна оцінка	72,9	75,25	75,15	77,8	54,6

Загальна оцінка організації медичної допомоги в МСЧ становить у 2020 році – 75,2 бали (2018 рік – 72,9 балів, 2019 рік -75,25), при максимальній оцінці -77,8 балів. Таким чином бачимо, що у 2020 році це на 3% менше найвищого значення оцінювання індикаторів якості надання медичної допомоги (у 2018 році на 6%). Такі дані загальної оцінки організації медичної допомоги в МСЧ у звітному році не є показником проблеми організації структури медичної допомоги, процесу та результату. Вони не досягли найвищого рівня оцінювання, але значно перевищили граничний мінімальний рівень сумарних оцінок (на 27%).

Якщо проаналізувати результати оцінювання індикаторів якості за окремими напрямками роботи, зазначаємо, що не по всіх досягнуто найвищого рівню оцінювання. Така ситуація склалась за рахунок:

- індикаторів доступності медичної допомоги, а саме:

*радіус обслуговування (км) - в попередні роки МСЧ вважалась наближеною для надання медичної допомоги працівникам підприємства. На теперішній час, з'явилась частка пацієнтів (декларантів), що не є працівниками підприємства, у яких виникають певні перешкоди, у зв'язку з віддаленістю МСЧ від міста. *недостатній рівень забезпеченості МСЧ обладнанням – (95%), отримано 1,9 балів, що на 33% менше можливого максимального рівню (2,85 б). Деяка апаратура потребує оновлення.

-індикаторів оцінки профілактичної спрямованості – недостатній рівень частки пацієнтів ревакцинованих за віком відмічалось у 2018 році (близько70%). У 2019-2020 роках ситуація з даного питання значно покращилась, частка вакцинованих виросла до 95%. Це відбулось за рахунок поступового відновлення централізованого постачання щеплювального матеріалу.

- індикаторів оцінки якості задоволення медичних потреб пацієнтів на рівні МСЧ - частка осіб з групи ЧТХ, які мали випадки ТН протягом звітнього періоду у 2018 році перевищувала 50% . У 2019-2020 роках осіб, що відносяться до групи ЧТХ, в закладі не зареєстровані.

- індикаторів оцінки повноти володіння кваліфікаційними компетенціями працівників МСЧ – оцінка даного напрямку індикаторів якості становить у 2020 році – 9,05 балів, що знаходиться на рівні оцінок за попередні роки звітнього періоду, але є нижчою на 8,6% ніж оцінка можливого максимального рівню (9,9 б). Це можна пояснити значною кількістю молодих фахівців серед лікарів (5 чол.- з другою категорією (25%); 5 чол. - без категорії(25%) - не відпрацювали необхідного терміну для можливості проходження атестації).

Якість та доступність надання медичної допомоги залежить від рівня забезпеченості закладу охорони здоров'я медичними працівниками, їхнього професійного рівня . Кадрова політика є одним із напрямків ефективного управління медичним закладом.

В МСЧ діє система по підвищенню професійного рівня. До форм, які застосовуються в програмі післядипломної підготовки в сучасних умовах відбувається за принципом безперервного навчання :

- підвищення кваліфікації на циклах тематичного удосконалення в закладах (на факультетах) післядипломної освіти, в тому числі за змішаною (денною та дистанційною) формою освіти;

- підвищення кваліфікації на курсах стажування в закладах (на факультетах) післядипломної освіти;

- професійний розвиток за дистанційною формою навчання звикористанням електронних навчальних ресурсів, тощо.

Важливим є підготовка менеджерів у галузі охорони здоров'я для прийняття відповідальних та ефективних стратегічних рішень (2 спеціалісти на теперішній час отримують дану освіту) .

3.3 Платні послуги медико-санітарної частини ПАТ «Сумихімпром» як додаткове джерело фінансування

З урахуванням ліцензійних умов на провадження господарської діяльності з медичної практики та беручи до уваги вимоги постанови Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 р. № 1138 «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах» (<https://zakon.rada.gov.ua> > 1138-96-п) в МСЧ затверджений та діє прейскурант медичних послуг.

Усього затверджено 137 платних медичних послуг, що надаються лікарями МСЧ та фахівцями допоміжних служб.

За видами послуг надаються:

- консультації спеціалістів;
- функціональні дослідження;
- ендоскопічні дослідження;
- водгрязелікування;
- фізіотерапевтичні процедури;
- ультразвукові дослідження;
- рентгенологічні дослідження;
- клініко-лабораторні дослідження;
- проведення масажу та інше

Перелік платних послуг додається (Додаток В).

МСЧ виконує основну функцію з надання первинної медичної допомоги своїм пацієнтам. Проте, для повноцінного функціонування закладу необхідно забезпечувати й інші процеси. Серед таких процесів можна виділити наступні, які передати на аутсорсинг.

1. Послуги з утилізації біологічних відходів (за рахунок ПАТ «СУМИХІМПРОМ»).

2. Реалізація функцій охорони та безпеки (за рахунок ПАТ «СУМИХІМПРОМ»).

3. Послуги з бактеріологічних досліджень біологічних середовищ (15661,30 гривні, в МСЧ відсутня бактеріологічна лабораторія).

4. Послуги з проведення дератизації та дезінсекції (4934,64гривні, вигідніше ніж утримувати відповідальну особу в штаті закладу та забезпечувати необхідними витратними матеріалами).

5. Проведення повірки медичної апаратури та приладів (14145,78 грн.).

6. Технічний огляд рентгенологічного обладнання (8868 грн.)

Для забезпечення принципу прозорості та відкритості з питань надання медичної допомоги у МСЧ, на сайті ПАТ «СУМИХІМПРОМ» (<http://sumykhimprom.com.ua/> у розділі Соцсфера) створено веб-сторінку МСЧ . На офіційному сайті закладу розміщується і оновлюється інформація: адреса та структура закладу, контактні телефони, е-пошта, перелік спеціалістів, які ведуть прийом, перелік медичних послуг, нормативні документи для публічного доступу.

Висновки

1. В роботі досліджені теоретичні засади щодо управління якістю медичної допомоги в закладах охорони здоров'я, а саме:

2. При вирішенні проблеми покращення якості медичної допомоги пацієнтам МСЧ на первинному рівні надання медичної допомоги, ефективним є застосування механізму внутрішнього аудиту.

3. Проведена оцінка індикаторів якості організації та надання медичної допомоги в МСЧ у 2019-2020 р.р.. Оціночний бал 2020 року становить - 75,15, це на 3,4% нижче найвищого значення оцінювання індикаторів якості надання медичної допомоги (77,8 балів). Загальна оцінка організації медичної допомоги в МСЧ на достатньому рівні та не є показником проблеми в цілому по закладу.

4. По окремим напрямом оцінювання індикаторів якості організації та надання медичної допомоги (по трьом з тридцяти трьох) в МСЧ результати залишаються нижчими максимального рівню оцінки, але перевищують граничний мінімальний рівень сумарних оцінок, це є потенційною проблемою і вимагає в подальшому вдосконалювати якість організації медичної допомоги.

Таким чином, для підвищення якості та ефективності медичної допомоги необхідно:

- забезпечити моніторинг реалізації управлінських рішень.
- дотримуватись вимог системи стандартизації медичної допомоги (акредитація, ліцензування, впровадження стандартів, уніфікованих та локальних протоколів);
- забезпечити моніторинг системи індикаторів якості медичної допомоги, періодично переглядати деякі показники якості діяльності МСЧ;
- виявивши проблемну компоненту системи медичної допомоги, проводити більш детальний аналіз її складових частин та вирішувати питання щодо усунення визначеної проблеми;

- звернути особливу увагу на укріплення матеріально–технічної бази МСЧ шляхом оновлення медичної апаратури (передбачити в кошторисі закладу на 2021 рік придбання необхідної апаратури);
- забезпечити контроль за підвищенням кваліфікації за принципом „безперервного навчання” лікарів, медичних сестер;
- здійснювати планове, інтенсивне впровадження в МСЧ сучасних методів профілактики, діагностики, лікування у відповідності зі стандартами у сфері охорони здоров'я; забезпечувати дотримання клінічних протоколів;
- проводити вивчення думки пацієнтів щодо надання медичної допомоги, забезпечити дотримання прав та безпеки пацієнтів;
- вивчати та задовольняти попит на медичну допомогу і послуги;
- продовжувати впровадження та реалізацію програми державних гарантій медичного обслуговування населення (створювати умови для розширення можливостей закладу надавати медичну допомогу по декільком пакетам медичних послуг в рамках реалізації програми медичних гарантій);
- продовжити навчальну роботу серед медичних працівників: керівників, лікарів, середнього медичного персоналу щодо сучасного розуміння поняття якості медичної допомоги (ЯМД), нових підходів управління ЯМД та мотиваційних чинників;
- розробляти та впроваджувати механізми мотивації медичного персоналу до підвищення якості медичної допомоги.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Електронний ресурс: https://ips.ligazakon.net/document/view/t280100?ed=2018_01_30
2. Закон України Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Електронний ресурс: https://ips.ligazakon.net/document/view/t172168?ed=2017_10_19
3. Цивільний Кодекс України. Електронний ресурс: https://ips.ligazakon.net/document/view/t030435?ed=2018_07_12
4. Закон України "Про ліцензування видів господарської діяльності". Електронний ресурс: https://ips.ligazakon.net/document/view/t150222?ed=2018_01_01
5. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я, схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-p#Text>.
6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 № 503 "Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу". [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18#Text>.
7. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 № 504 "Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги". [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text>.
8. Шершньова З. Є. Антикризова програма підприємства, розробки та організація виконання // Вісник Хмельницького національного університету. – 2010. – № 2.
9. Баєва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: навч. посібник / О.В. Баєва. К.: Центр учбової літератури, 2008 — 640 с.

6. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. / [кол. авт.; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш ; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша]. – К. : НАДУ, 2013. – Ч. 1. – 396 с.

10. Петрова С. В. Державна політика України у сфері охорони здоров'я в контексті реформи медичного обслуговування / С. В. Петрова. // Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування. 2014. № 2. [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ttpdu_2014_2_14_8.

11. Горачук В.В. Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я. Монографія / В.В. Горачук . – Вінниця: ПП Балюк І.Б., 2012. - С. 18-23.;

12. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 № 752"Про порядок контролю якості медичної допомоги". [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/go/z1996-12>.

13. [1] Методичні вказівки до практичного заняття з теми 2 «Забезпечення якості медичної допомоги». / укладачі: зав. каф. громадського здоров'я, д. м. н., проф. В. А. Сміянов, ст. викладач О. І. Сміянова – Суми : Сумський державний університет, 2020.

14. Корнацька Р.М. Економічна сутність медичної послуги / Фінанси, облік і аудит. – 2010. – №15. – С. 42–50.

15. Міністерство охорони здоров'я України. Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства. URL: https://moz.gov.ua/uploads/0/3555-moz_metod_recomendations_autonomization_2018_ua_final_web.pdf (дата звернення 27.11.2020).

**Індикатори ефективності організації та надання медичної допомоги на
рівні МСЧ ПАТ «Сумихімпром»**

№ п/п	Індикатор	Оціночний коефіцієнт	2018 рік, бали	2019 рік бали	2020 рік бали
			оцінювання ефектив- ності	оцінювання ефектив- ності	оцінювання ефектив- ності
I	Індикатор оцінки доступності медичної допомоги		14	13	13
			11,65	10,9	10,8
1	Радіус обслуговування (км)	3 - 2 км і менше; 2 – більше 2 км, але не більше 5км; 1 – більше 5 км, але не більше 7 км; 0 – більше 7 км	3 б 2,55	3 б 2,55	2б 1,7
2	Укомплектованість закладу лікарями	3 – 95% і більше; 2 – 50-94% включно; 1 – 11-49% включно; 0 – 10% і менше	3 б 2,25	2 б 1,5	3б 2,25
3	Укомплектованість закладу медичними сестрами	3 – 95% і більше; 2 – 50-94% включно; 1 – 11-49% включно; 0 – 10% і менше 9,75	3 б 2,1	3 б 2,1	3б 2,1
4	Забезпеченість обладнанням	3 – 100% і більше; 2 – 95-99% включно; 1 – 50-94% включно; 0 – 50% і менше	2 б 1,9	2б 1,9	2б 1,9
5	Забезпеченість автотранспортними засобами	3 – 95% і більше; 2 – 50-94% включно; 1 – 11-49% включно; 0 – 10% і менше	3б 2,85	3 б 2,85	3 б 2,85

II	Індикатори оцінки орієнтованості закладу на пацієнта		10 б	12 б	12б
			6,95	8,55	8,55
6	Визначення позитивної думки пацієнтів шляхом опитування	3 – 90% і більше; 2 – 70%-89% включно; 1 – 41-69% включно; 0 – 40% і менше	3б 1,95	3 б 1,95	3б 1,95
7	Задоволеність пацієнтів медичним обслуговуванням	3 – 65% і більше; 2 – 50-64% включно; 1 – 11-49% включно; 0 – 10% і менше	3 б 2,25	3 б 2,25	3б 2,25
8	Скарги пацієнтів на медичне обслуговування та медичний персонал	3 – 5% і менше; 2 – 6-7% включно; 1 – 8-10% включно; 0 – 11% і більше	3 1,95	3 1,95	3 1,95
9	Обладнання робочих місць лікарів первинної ланки ПК з ліцензійним програмним забезпеченням	3 – 90% і більше; 2 – 70-89% включно; 1 – 41-69% включно; 0 – 40% і менше	1 0,80	3 2,4	3 2,4
III	Індикатори оцінки співпраці та координації діяльності при наданні допомоги на рівні ЗОЗ		3 б	3 б	3б
			1,95	1,95	1,95
10	Направлення на другий та вищий рівні медичної допомоги	3 – 20% і менше; 2 – 21-50% включно; 1 – 51-70% включно; 0 – 71 і більше	3 б 1,95	3 б 1,95	3б 1,95
IV	Індикатор оцінки профілактичної спрямованості		23	24	23
			18,25	19,05	19,05

11	Охоплення пацієнтів оцінкою індексу маси тіла	3 – 90% і більше; 2 – 75-89% включно; 1 – 50-74% включно; 0 – 49% і менше	3 б 2,25	3 б 2,25	3б 2,25
12	Облік до 12 тижнів вагітності	3 –85% і більше; 2 – 80-84% включно; 1 – 75-79% включно; 0 –74% і менше	3 б 2,4	3 б 2,4	3б 2,4
13	Облік вагітних впродовж звітного періоду (фізіологічна вагітність)	3 – 85% і більше; 2 – 75-84% включно; 1 – 65-74% включно; 0 –64% і менше	3б 2,4	3 б 2,4	3б 2,4
14	Охоплення жінок скринінгом для виявлення раку молочної залози впродовж звітного періоду	3 –90% і більше; 2 – 80-89% включно; 1 – 75-79% включно; 0 –74% і менше	3 б 2,4	3 б 2,4	3б 2,4
15	Охоплення жінок скринінгом для виявлення раку шийки матки впродовж звітного періоду	3 –90% і більше; 2 – 80-89% включно; 1 – 75-79% включно; 0 –74% і менше	3 б 2,4	3 б 2,4	3б 2,4
16	Частка пацієнтів щеплених (згідно плану) за віком	3 –більше 95% від запланованих; 2 – 50-95% включно; 1 – 20-49% включно; 0 –менше ніж 20% від запланованих	2 б 1,6	3б 2,4	3 б 2,4
17	Охоплення пацієнтів профілактичними рентгенологічними обстеженнями	3 –95% і більше; 2 – 80-94% включно; 1 – 71-79% включно; 0 –70% і менше	3б 2,4	3б 2,4	3б 2,4
18	Охоплення пацієнтів	3 –95% і більше;	3 б	3 б	3б

	профілактичними оглядами впродовж звітного періоду	2 – 89-94% включно; 1 – 84-88% включно; 0 – 70% і менше	2,4	2,4	2,4
V	Індикатори оцінки якості задоволення медичних потреб пацієнтів на рівні МСЧ		27	27	27
			20,2	21	21
19	Завершення лікування на рівні МСЧ	3 – 80% і більше; 2 – 70-79% включно; 1 – 65-69% включно; 0 – 64% і менше	3 б 2,4	3 б 2,4	3б 2,4
20	Скерування в цілодобові стаціонари	3 – 15% і менше; 2 – 16-20% включно; 1 – 21-24% включно; 0 – 25% і менше	3 б 2,1	3б 2,1	3б 2,1
21	Виявлення онкологічних захворювань візуальних форм (занедбані випадки III-IV стадії)	3 – 5% і менше; 2 – 6-15% включно; 1 – 16-20% включно; 0 – 21% і більше	3 б 2,4	3б 2,4	3б 2,4
22	Виявлення захворювання на туберкульоз в занедбаній формі впродовж звітного періоду	3 – 5% і менше; 2 – 6-15% включно; 1 – 16-20% включно; 0 – 21% і більше	3 б 2,4	3 б 2,4	3б 2,4
23	Частка хворих з вперше встановленою інвалідністю	3 – 2% і менше; 2 – 3-5% включно; 1 – 6-10% включно; 0 – 11% і більше	3 б 2,4	3 б 2,4	3б 2,4
24	Спостереження за хворими на артеріальну гіпертензію	3 – 75% і більше; 2 – 70-74% включно; 1 – 65-69% включно; 0 – 64% і більше	3 б 2,4	3 б 2,4	3б 2,4
25	Частка пацієнтів з	3 – 15% і менше;	3 б	3 б	3б

	ускладненнями (інсульт, інфаркт) серед хворих на артеріальну гіпертензію та ішемічну хворобу серця	2 – 16-20% включно; 1 – 21-24% включно; 0 – 25% і більше	2,4	2,4	2,4
26	Частка компенсованих хворих на цукровий діабет	3 – 50% і більше; 2 – 40-49% включно; 1 – 25-39% включно; 0 – 24% і менше	36 2,1	36 2,1	36 2,1
27	Частка осіб з групи ЧТХ (часто та тривало хворіючи), які мали випадки ТН протягом звітного періоду	3 – 50% і менше; 2 – 51-55% включно; 1 – 56-60% включно; 0 – 61% і більше	2 6 1,6	3 6 2,4	36 2,4
VI	Індикатори оцінки повноти володіння кваліфікаційними компетенціями працівників МСЧ		11 6 9,05	11 6 9,05	11 6 9,05
28	Підвищення кваліфікації лікарів за принципом «безперервного навчання» (тематичне удосконалення, ПАЦ, тренінги, конференції, семінари тощо)	3 – 95% і більше; 2 – 60-94% включно; 1 – 21-59% включно; 0 – 20% і менше	36 2,55	3 6 2,55	36 2,55
29	Підвищення кваліфікації медичних сестер за принципом «безперервного навчання» (тематичне удосконалення, ПАЦ, тренінги, конференції, семінари тощо)	3 – 95% і більше; 2 – 60-94% включно; 1 – 21-59% включно; 0 – 20% і менше	36 2,4	3 6 2,4	36 2,4
30	Частка лікарів з вищою та першою	3 – 60% і більше; 2 – 40-99%	2 6	2 6	26

	категоріями	включно; 1 – 11-39% включно; 0 – 10% і менше	1,7	1,7	1,7
31	Частка медичних сестер з вищою та першою категоріями	3 – 60% і більше; 2 – 40-59% включно; 1 – 11-39% включно; 0 – 10% і менше	3б 2,4	3 б 2,4	3б 2,4
VII	Індикатори оцінки розвитку лікувально-профілактичної допомоги в МСЧ		6 б 4,8	6 б 4,8	6 б 4,8
32	Використання в МСЧ технологій медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги	3 – 80% і більше; 2 – 50-79% включно; 1 – 35-49% включно; 0 – 34% і менше	3 б 2,4	3 б 2,4	3б 2,4
33	Використання в МСЧ локальних протоколів медичної допомоги	3 – 80% і більше; 2 – 50-79% включно; 1 – 35-49% включно; 0 – 34% і менше	3 б 2,4	3 б 2,4	3б 2,4

АНКЕТА
ВИВЧЕННЯ ЗАДОВОЛЕНОСТІ
ПАЦІЄНТІВ МЕДИЧНИМ ОБСЛУГОВУВАННЯМ

Стать	Вік (роки)	Соціальна група	Місце проживання
<input type="checkbox"/> ч -	<input type="checkbox"/> 18-29 -	<input type="checkbox"/> (учень) студент -	<input type="checkbox"/> міський житель -
<input type="checkbox"/> ж -	<input type="checkbox"/> 30-39 -	<input type="checkbox"/> службовець -	<input type="checkbox"/> сільський житель -
	<input type="checkbox"/> 40-55 -	<input type="checkbox"/> робітник -	
	<input type="checkbox"/> 56-60 -	<input type="checkbox"/> особа з	
	<input type="checkbox"/> 61 і старше -	<input type="checkbox"/> інвалідністю -	

1. Чи звертались Ви протягом останніх 3-х років до МСЧ?

так _____

ні _____

важко відповісти _____

2. Чи зручно Вам добиратися до нашого закладу?

так зручно _____

незручно, чому саме? _____

інше, що саме? _____

3. Як часто Ви зверталися по медичну допомогу в МСЧ протягом останніх 3-х років?

зверталися менше 1 разу на рік _____

зверталися по 1-2 рази на рік _____

зверталися по кілька разів на рік _____

зверталися регулярно (не рідше 1 разу звернення на місяць) _____

4. По яку медичну допомогу Ви звертались останнього разу?

консультація лікаря-терапевта _____

консультація сімейного лікаря _____

консультація лікаря вузького профілю (окуліст, гінеколог, ЛОР тощо) _____

зробити аналізи, рентгенообстеження, УЗД, ЕКГ тощо _____

щоб пройти медогляд, оформити довідку тощо _____

щоб оформити лікарняний лист _____

Інше, що? _____

5. З якими труднощами Ви стикалися під час останнього звернення за медичною допомогою до МСЧ?

Всі слухні відповіді _____

Довгі черги на прийом до лікаря _____

Лікаря не було на місці в години прийому _____

Незручний графік прийому лікаря _____

В МСЧ не надаються потрібні мені послуги _____

Незручне місце для очікування лікаря, тісно, немає стільців, тощо _____

Некомфортні умови в кабінеті лікаря (холодно, темно, сировина тощо) _____

Лікарі призначають дорогі препарати _____

Інше, що саме? _____

Не стикалися ні з якими труднощами.....

6. Чи доводилось Вам платити в МСЧ за:

Дайте відповідь за кожним рядком	Платили офіційно, в касу	Платили не офіційно, із рук в руки	Не платили	Не потребували цієї послуги
Консультацію, огляд лікаря-терапевта				
Консультацію, огляд сімейного лікаря				

Консультацію, огляд лікаря вузького профілю (напр., окуліста, кардіолога ін.)				
Аналізи, УЗД, ЕКГ, рентген діагностику				
Медичні маніпуляції (уколи, крапельниці, перев'язки тощо)				
Фізіотерапевтичні процедури				
Оформлення медичних довідок, лікарняних тощо				

7. Чи задоволені Ви спілкуванням з лікарем?

- В цілому задоволені _____
 Перейдіть до запитання 9
- Важко сказати задоволені, чи ні _____
- В цілому не задоволені _____

8. Чому не задоволені?

- Всі слушні відповіді _____
- Не отримав відповіді на всі запитання, які мене цікавили _____
- Пояснення лікаря були незрозумілими _____
- Недоброзичливе/байдуже ставлення лікаря _____
- Недоброзичливе ставлення іншого медперсоналу _____
- Інше, що саме? _____

9. Чи задоволені ви результатами лікування, яке Вам призначив лікар?

- Повністю задоволені _____
 Перейдіть до запитання 11
- В основному задоволені _____
 Перейдіть до запитання 11
- Важко сказати, задоволені чи ні _____
- В основному незадоволені _____
- Зовсім незадоволені і _____
- Лікар не призначав лікування _____
 Перейдіть до запитання 11

10. Чому Ви незадоволені результатами лікування, яке Вам призначив лікар?

- Після лікування ваше самопочуття не покращилося _____
- Після лікування ваше самопочуття погіршилося _____
- Після лікування виникли серйозні побічні ефекти _____
- Інше, що саме? _____

11. Чи стикалися Ви особисто з ситуаціями, коли медперсонал МСЧ без вашої згоди інформував про Ваш діагноз третіх осіб?

- Так _____
- Ні _____
- Важко відповісти _____
- Інше, що саме? _____
- Не стикалися ні з якими труднощами _____

ДОДАТОК В

Перелік платних слуг МСЧ ПАТ "СУМИХІМПРОМ" на 2021 рік

№	Послуга	Вартість
	Рентгенкабінет	
1	Оглядова рентгенографія ОГК	140,00
2	Оглядова рентгенографія ППН	120,00
3	Рентгенографія хребта шийний відділ	124,00
4	Рентгенографія хребта грудний відділ	129,00
5	Рентгенографія хребта поперековий відділ	128,00
6	Рентгенографія плечового суглобу	124,00
7	Рентгенографія ліктьового суглобу	124,00
8	Рентгенографія кисті та стоп	128,00
9	Рентгенографія пальців та п`яти	120,00
10	Рентгенографія гомілки	129,00
11	Рентгенографія кульшових суглобів	128,00
12	Дентальний знімок	70,00
	Кабінет УЗД	
13	УЗД брюшної порожнини	222,00
14	УЗД щитовидної залози	111,00
15	УЗД гінекологічних обстежень	140,00
16	УЗД нирок	83,00
17	УЗД простати, сечового міхура	166,00
18	УЗД молочних залоз	166,00
19	УЗД лімфатичних вузлів	83,00
20	УЗД сечового міхура	55,00
	Кабінет функціональної діагностики	
21	Електрокардіограма	49,00
22	Інтегральна реовазографія	112,00
23	Реовазографія кінцівок	49,00
24	Реоенцефалографія	128,00
25	Спірографія	128,00
26	Фонокардіографія	64,00
27	Спірометрія	26,00
	ЛОР-кабінет	
28	Аудіометрія	87,00
	Кабінет ендоскопії	
29	Езофагоскопія	316,00
30	Бронхоскопія	316,00
	Водогрязелікарня	
31	Гідромасаж	217,00
32	Душ	58,00
33	Ванни хвойні	117,00
34	Ванни морські	138,00
35	Ванни вихреві	100,00
36	Грязелікування	167,00
37	Парафінолікування	129,00
	Фізикабінет	
38	Гальванізація	45,00
39	Лік. електрофорез	45,00
40	Ел. стимуляція	90,00
41	ДДТ токи Бернара	90,00

№	Послуга	Вартість
54	Інгаляції масляні	31,00
55	Інгаляції мінеральні	30,00
56	Інгаляції медикаментозні	30,00
57	Інгаляція на травах	30,00
58	Біоптрон	60,00
59	Лазеротерапія	54,00
60	Нуга бест	161,00
61	Лімфодренаж	107,00
62	Тракційний комплекс	161,00
	Масаж	
63	Масаж голови	39,00
64	Масаж обличчя	39,00
65	Масаж шиї	39,00
66	Масаж комірцевої зони	59,00
67	Масаж верхньої кінцівки, надпліччя та ділянки лопатки	78,00
68	Масаж верхньої кінцівки	59,00
69	Масаж плечового суглоба	39,00
70	Масаж ліктьового суглоба	39,00
71	Масаж променево-зап'ястного суглоба	39,00
72	Масаж кисті та передпліччя	39,00
73	Масаж ділянки грудної клітини	98,00
74	Масаж спини	59,00
75	Масаж м'язів передньої черевної порожнини	39,00
76	Масаж попереково-крижової ділянки	39,00
77	Сегментний масаж попереково-крижової ділянки	59,00
78	Масаж спини та попереку	78,00
79	Масаж шийно-грудного відділу хребта	78,00
80	Сегментний масаж шийно-грудного відділу хребта	117,00
81	Масаж ділянки хребта	98,00
82	Масаж нижньої кінцівки	78,00
83	Масаж нижньої кінцівки та попереку	98,00
84	Масаж тазостегнового суглоба	39,00
85	Масаж колінного суглоба	39,00
86	Масаж гомілково-ступневого суглоба	39,00
87	Масаж ступні та гомілки	39,00
	Огляд лікарями	
88	Лікар-терапевт	162,00
89	Лікар-невропатолог	95,00
90	Лікар-отоларинголог	95,00

42	Ел. анальгезія	90,00
43	Лікування УФ-променем	30,00
44	Тубускварц	30,00
45	Ампліпульстерапія	90,00
46	Дарсонвалізація	60,00
47	УВЧ -терапія	30,00
48	Магнітне поле	60,00
49	ЗВЧ терапія	90,00
50	Дециметрова терапія	90,00
51	Сантиметрова терапія	90,00
52	Ультразвук	60,00
53	Фонофорез	60,00

91	Лікар-офтальмолог	86,00
92	Лікар-хірург	105,00
93	Лікар-гінеколог	138,00
94	Лікар-нарколог	162,00
95	Лікар-стоматолог	98,00
96	Лікар-дерматолог	72,00
97	Лікар-уролог	63,00
	<i>Денний стаціонар</i>	
98	Перший день тижня	146,00
99	Інші дні тижня	66,00
	<i>Лабораторія</i>	
100	Загальний аналіз крові	103,00

№	Послуга	Вартість
101	Лейкоформула	45,00
102	Тромбоцити	56,00
103	Ретикулоцити	39,00
104	Згортання	41,00
105	Протромбін	31,00
106	Дослідження сечі на аналізат.	20,00
107	Малярія	337,00
108	Клінічний аналіз сечі	77,00
109	Сеча по Аддис-Каковському	41,00
110	Сеча по Нечипоренко	41,00
111	Сеча по Зимницькому	21,00
	Визначення цукру	
112	в сечі якісно	10,00
113	кількісно	31,00
114	Добова втрата білку	51,00
115	Група крові +резус-фактор	95,00
116	Ізоіммунна антитіла	62,00
117	Дослідження на трихомонади	36,00
118	гоноккоки	46,00
119	Сечовина	93,00
120	Креатинин	67,00
121	Холестерин	33,00
122	Білірубін	66,00
123	АЛТ	52,00
124	АСТ	50,00
125	Амілаза крові	49,00
126	Амілаза сечі	49,00
127	Глюкоза крові	84,00
128	Сіромукоїди	90,00
129	Коагулограма	282,00
130	ГГТ	47,00
131	Загальний білок	34,00
132	СРБ	22,00
133	В-ліпопротеїди	62,00
134	Тригліцириди	34,00
135	Залізо	128,00
136	Аналіз крові на РМП на сторону	33,00
137	Аналіз крові на РМП для декларантів	13,50