

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТУСА

ШАТАЙЛО ОЛЕКСАНДР ІВАНОВИЧ

Допускається до захисту:
завідувач кафедри
політології та державного
управління
д-р політ.наук, професор
Олена ЧАЛЬЦЕВА
«_____» _____ 2022 р.

**ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ СФЕРИ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ
ПОСЛУГ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ АДМІНІСТРАТИВНО-
ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ РЕФОРМИ В УКРАЇНІ**

Спеціальність 281 Публічне управління та адміністрування

Кваліфікаційна (магістерська) робота

Наукові керівники:
О.С. Трегубов, доцент
кафедри підприємництва,
корпоративної та
просторової економіки,
канд.екон.наук, доцент
Д.В. Ягунов, доцент кафедри
політології і державного
управління, д-р політ. наук,
доцент

(підпис)

Оцінка: _____ / _____ / _____
(бали/за шкалою ЄКТС/за національною шкалою)

Голова ЕК: _____
(підпис)

Вінниця 2022

АНОТАЦІЯ

Шатайло О.І. Особливості формування сфери надання медичних послуг населенню в умовах адміністративно-територіальної реформи в Україні. Спеціальність 281 Публічне управління та адміністрування. Освітня програма «Публічна політика і адміністрування». Донецький національний університет імені Василя Стуса, Вінниця, 2022.

Предмет дослідження – реорганізація сфери медичного обслуговування населення у Кременецькій опорній лікарні внаслідок реформування системи охорони здоров'я України.

Метою роботи є розробка пропозицій і практичних рекомендацій щодо вдосконалення системи надання медичних послуг у напрямку зростання доступності та покращення якості обслуговування населення для підвищення результативності Кременецької опорної лікарні.

Методи дослідження – загальнонаукові, теоретичні, практичні й математичні.

Практичне значення отриманих результатів стосується надання конкретних пропозицій для подальшого функціонування Кременецької опорної лікарні в умовах проведеної медичної реформи галузі шляхом модернізації сфери обслуговування через зростання доступності та покращення якості надання медичних послуг населенню.

Отримані результати дослідження підлягають впровадженню у діяльність комунального некомерційного підприємства «Кременецька опорна лікарня» Кременецької міської ради.

Ключові слова: удосконалення системи надання медичних послуг, лікарні, зростання доступності, підвищення якості отриманих послуг, реформа вторинної спеціалізованої допомоги, покращення результативності медичного закладу.

75 с., 18 рис., 4 табл., 50 джерел.

SUMMARY

Shatailo O.I. Peculiarities of Shaping the System of Medical Services Provision to the Population in the Context of the Administrative -Territorial Reform in Ukraine. Specialty 281 Public administration and administration. Programme «Public policy and administration». Vasyl' Stus Donetsk National University, Vinnytsia, 2022.

The subject of study is reorganization of the area medical care in the Kremenets basic hospital as a result of reforming the health care system of Ukraine.

The purpose of the work is to make proposals and practical recommendations for improving the system medical services in the direction of increasing the availability and improving the quality of public services in order to improve the efficiency of Kremenets hospital.

Research methods - general scientific, theoretical, practical and mathematical.

The practical significance of the obtained results concerns the introduction of specific proposals for further development Kremenets basic hospital in the context of the medical reform of the industry by modernizing the service sector through increasing the availability and improving the quality of medical services to the population.

The results of the study will be implemented in the activities of the municipal non-profit enterprise «Kremenets basic hospital» of the Kremenets city council».

Key words: improving the system medical services, hospital, increasing the availability, improving the quality, reform of secondary specialized care, the efficiency of medical institution.

75 pages, 18 pictures, 4 tables, Bibliography: 50 items.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НАСЕЛЕННЮ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	8
1.1 Сучасний стан системи охорони здоров'я України. Концептуальні основи трансформації медицини в умовах адміністративно-територіальної реформи.....	8
1.2 Методологічні та нормативні характеристики медичних послуг. Ринок послуг медичної галузі	18
1.3 Основні напрямки розвитку сфери надання медичних послуг населенню в умовах реформування системи охорони здоров'я.....	24
РОЗДІЛ 2 ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦІОНУВАННЯ КОМУНАЛЬНОГО НЕКОМЕРЦІЙНОГО ПІДПРИЄМСТВА «КРЕМЕНЕЦЬКА ОПОРНА ЛІКАРНЯ» КРЕМЕНЕЦЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ.....	29
2.1 Загальна характеристика роботи Кременецької лікарні.....	29
2.2 Аналіз функціонування лікувально-профілактичного підрозділу комунального некомерційного підприємства «Кременецька опорна лікарня» ..	36
2.3 Оцінювання сучасного стану трансформації медичного обслуговування населення	43
РОЗДІЛ 3 УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ КОМУНАЛЬНИМ НЕКОМЕРЦІЙНИМ ПІДПРИЄМСТВОМ «КРЕМЕНЕЦЬКА ОПОРНА ЛІКАРНЯ»	52
3.1 Використання QR-кодів для покращення сервісу медичного обслуговування населення... ..	52
3.2 Укомплектування штату працівників для підвищення обсягів надання медичних послуг Кременецькою опорною лікарнею	57
3.3 Обґрунтування шляхів для зростання результативності Кременецької лікарні.....	63
ВИСНОВКИ	69
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	71
ДОДАТКИ	76

ВСТУП

Належне функціонування сфери надання якісних медичних послуг потребує комплексного підходу з врахуванням фінансової й нормативно-правової складових та можливе за умови розробки ефективних механізмів на усіх етапах, обчислення фінансових затрат на потреби і прогнозування очікуваного прибутку. Все це передбачає нова модель реформи – змішана - системи охорони здоров'я, яка проводиться станом на сьогодні вже на другому етапі на вторинному рівні надання спеціалізованої медичної допомоги. Такий підхід забезпечить отримані фінансовими результатами через зв'язок з якісно наданими медичними послугами. Мета діяльності лікарень вторинного рівня допомоги України за теперішніх умов відображає у собі потреби ринку медичних послуг.

Актуальність обраної теми роботи й проведених досліджень обумовлена тим, що метою діяльності лікувальних установ вторинного рівня спеціалізованої допомоги є надання доступних та якісних медичних послуг у сфері обслуговування населення. Зокрема, кожна проведена послуга для пацієнта є економічно обґрунтованою, оплата за яку відбувається представницьким органом держави - Національна служба здоров'я, за принципом «гроші йдуть за пацієнтом».

Метою дослідження є розробка пропозицій і практичних рекомендацій щодо вдосконалення системи надання медичних послуг у напрямку зростання доступності та підвищення якості обслуговування населення з метою покращення результативності Кременецької лікарні.

Досягнення поставленої мети у магістерській роботі зумовило необхідність вирішення основних завдань:

- визначити основні напрямки розвитку системи надання послуг у сфері медичного обслуговування населення в Україні;

- проаналізувати роботу лікувально-профілактичного підрозділу Кременецької опорної лікарні в умовах реформування медичної галузі;
- внести прикладні рекомендації для удосконалення системи медичних послуг шляхом покращення сервісу обслуговування населення;
- надати рекомендації по підвищенню обсягів надання медичних послуг Кременецькою опорною лікарнею;
- обґрунтувати шляхи зростання результативності Кременецької опорної лікарні.

Об'єктом дослідження постають теоретичні і практичні основи надання медичних послуг у сфері обслуговування населення лікарнями вторинного рівня.

Предметом дослідження є реорганізація сфери медичного обслуговування населення у Кременецькій опорній лікарні шляхом зростання доступності та підвищення якості внаслідок реформування системи охорони здоров'я України.

Методи дослідження. У магістерській роботі використано загальнонаукові, теоретичні, практичні, математичні й спеціальні методи дослідження. Зокрема, використано системний підхід з метою вивчення теоретичних засад медичних послуг. Інтегрований підхід застосовано для дослідження й розуміння основ функціонування нової моделі системи медичної галузі. Функціональний і порівняльний методи дали змогу провести аналіз й оцінити кількісні і якісні характеристики роботи Кременецької опорної лікарні у сфері медичного обслуговування населення внаслідок проведеної реформи системи охорони здоров'я. Також для опису зібраних матеріалів і інформації з метою конкретизації внесених пропозицій та аналізу причин й наслідків прийнятих рішень використано метод пояснення. Узагальнення опрацьованої інформації дало змогу визначити і виділити певні тенденції, елементи й особливості послуг у сфері медичного обслуговування. Зібрані відомості і матеріали, що охарактеризовують стан трансформації об'єкта дослідження, згруповано й систематизовано. Аналіз отриманих матеріалів із застосуванням економіко-статистичних методів забезпечив виявлення

відповідних закономірностей. Наочне зображення й викладення статистичних характеристик і їх співвідношень для узагальнення та аналізу проведено з використанням графічних методів.

Джерела дослідження. Інформаційною базою дослідження стали публікації українських й зарубіжних науковців, законодавча база і прийняті, базуючись на них, нормативно-правові постанови, акти у сфері реформування медичної галузі, надання медичних послуг; статистична інформація з різних державних урядових й регіональних організацій, офіційних веб-порталів; затвержені документи Кременецької опорної лікарні.

Практичне значення отриманих результатів має відношення до внесення конкретних пропозицій щодо подальшого розвитку закладу вторинного рівня надання спеціалізованої допомоги Кременецької опорної лікарні у сфері надання медичних послуг населенню, зокрема шляхом зростання доступності й підвищення якості медичного обслуговування внаслідок проведення реформ системи охорони здоров'я України.

Структура роботи. Кваліфікаційна робота магістра, зміст якої викладено на 75 сторінках, складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел із 50 найменувань, 2 додатки, та містить 4 таблиці і 18 рисунків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НАСЕЛЕННЮ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 Сучасний стан системи охорони здоров'я України. Концептуальні основи трансформації медицини в умовах адміністративно-територіальної реформи

Система охорони здоров'я повинна підтримувати здоров'я населення шляхом надання доступних медичних послуг, опираючись на якість та безпечність для споживачів [19, 33]. Тому першочерговим завданням держави є зміцнення самої медичної галузі й поліпшення її функціонування, що, як наслідок, покращить не тільки здоров'я, а й добробут нації [25, 29]. Так, згідно рекомендацій ВООЗ, необхідно таким чином побудувати модель системи медицини, щоб поряд із належним наданням медичної допомоги була змога ефективно використати наявні ресурси галузі із врахуванням історичних, економічних й культурних чинників країни [23, 24].

Обрання Україною європейського вектору зумовило необхідність змін у сфері місцевого самоврядування. Назрілі системні проблеми розвитку регіонів в Україні призвели до територіальної організації влади на засадах децентралізації [21, 22, 34]. Відправною точкою адміністративно-територіальної реформи стала трансформація бюджетної системи у 2014 році з метою формування адміністративної і фінансової незалежності органів місцевого самоврядування.

Для початку реформування у правовому полі прийнято ряд основних законодавчих новацій протягом 2014 році, як проект змін до Конституції, Концепцію реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади та План заходів для її реалізації [5,17]. Закони про внесення змін до Бюджетного і Податкового кодексів визначили нові засади формування бюджетної політики з можливістю фінансової децентралізації, що забезпечило зростання місцевих бюджетів приблизно на 206 мільярди гривень протягом

першого етапу децентралізації 2014-2019 років [8,13]. Відтак, фінансова стійкість місцевих бюджетів дає можливість соціально-економічного розвитку регіонів, забезпечує фінансову стабільність, добробут та безпеку населення [1, 21].

Згідно стратегічного плану реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні пропонується впровадження трирівневої системи адміністративно-територіального устрою (громада – район-регіон), передачу органам місцевого самоврядування значної частини повноважень та функцій між рівнями влади, розподіл видаткових повноважень й джерел їх фінансування, забезпечення фінансової стійкості місцевих бюджетів та ліквідація державних адміністрацій на користь державних представництв з контрольно-наглядовими і координаційними функціями [12, 13].

Легітимне функціонування місцевого самоврядування, згідно Закону «Про місцеве самоврядування в Україні», визначається у межах наділених повноважень на основні принципів правової, організаційної і фінансової самостійності.

Прийняті Закон «Про добровільне об'єднання територіальних громад», Закон «Про співробітництво територіальних громад» та ряд інших нововведень зумовили добровільне утворення об'єднаних територіальних громад, кількість яких у 2020 році налічує 1469 одиниць (з покриттям усієї території держави) [37].

Станом на сьогодні в Україні проходить вже другий етап децентралізації 2020-2021 роки. У відповідності до нового адміністративно-територіального устрою базового рівня прийнято Постанову № 3650 «Про ліквідацію та утворення районів» зі зміною 490 на 136 районів. Згідно з документом, В Тернопільській області налічується 55 громад і три райони – Тернопільський (25 громад), Чортківський (22 громади) та Кременецький (8 громад) [13].

Тобто, сутність трансформації місцевого самоврядування і територіальної організації влади в Україні передбачає закріплену на законодавчому рівні нову

модель організації та функціонування органів публічної влади за рівнями громада-район-регіон, надає також видаткові повноваження і закріплює за ними дохідні джерела на постійній основі.

Для повноцінного завершення реформи потрібно внести ще ряд змін на рівні Конституції по децентралізації, які плануються внести у 2022 році. Також забезпечити проведення ряду законів по засадах адміністративно-територіального устрою держави, службі у публічних органах місцевого рівня, наглядова функція держави за законністю рішень органів місцевого рівня та місцевий референдум [20,19]. Дані напрямки розвитку передбачаються на другому етапі проведення децентралізації в Україні 2020-2021 роки, який відбувається у даний час.

Дійсна донедавна державно-бюджетної модель охорони здоров'я (модель Семашко) передбачала централізоване фінансування з 90 % покриттям усіх видатків на медицину і контролем ціни на лікувальні послуги, соціальну захищеність шляхом гарантій надання безкоштовної медичної допомоги громадянам та високу дієвість в умовах епідемій інфекційними захворюваннями й надзвичайних ситуацій.

До недоліків даної системи відносять дефіцит фінансових ресурсів охорони здоров'я через дефіцит у бюджеті й нераціональний розподіл матеріальних та технічних ресурсів. Заклади медичної галузі за даною системою фінансувались постатейно з витратним типом господарювання, не враховувалось обсяг та результати виконаної роботи. Важливою характеристикою бюджету медичних установ була потужність самого закладу, а не комплексність, повнота, кваліфікованість надання допомоги, орієнтування на нові методики діагностики та лікування, що обмежувало господарювання закладу та стимулювання розвитку галузі. Існуючий низький рівень диференціації медичної допомоги з переважанням дорогих стаціонарних видів лікування не захищав споживачів від неякісних медичних послуг [25, 48].

В умовах сьогодення стан здоров'я населення України розцінюється як незадовільний. Так, відмічається високий рівень загальної смертності, низький

рівень народжуваності, середня тривалості життя українців на 9 років менша, ніж громадян країн ЄС, 38 % госпіталізованих у стаціонарні відділення проводяться без відповідних показань, позитивна динаміка росту епідемічних показників туберкульозу [28]. Вражає, що близько 50% хворих внаслідок перенесеного інсульту мозку отримують первинну інвалідність, а 13 % померлих від інсульту є особами працездатного віку.

Відтак ситуація в державі та баласт наявних проблем цілком заперечують проголошені Цілі розвитку тисячоліття ООН – поліпшення якості життя та здоров'я людства. Як наслідок, сформувались передумови до розробки більш дієвої моделі управління галуззю охорони здоров'я в Україні [11, 34]. Тому у серпні 2014 року Міністерством охорони здоров'я запропоновано «Національну стратегію реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років» [29]. У відповідності до стратегії вперше сформовано умови для медичного страхування на довгостроковий період шляхом формування внесків роботодавців на медичне страхування у бюджеті, створення фінансової основи в системі охорони здоров'я [11, 17, 20].

Концепція стратегії передбачала інтеграційний підхід в усіх процесах, виконанні формалізованих функцій та взаємодіях медичної спільноти. Таке злиття реалізовувалось щодо мети (організаційна, професійна, клінічна), рівня (горизонтальний, вертикальний) та ступеня інтеграції (повна, часткова, структурна чи «віртуальна» у формі певних номінальних зв'язків).

Саме лікарі у передбаченій системі мають бути ефективно інтегрованими на усіх рівнях для надання комплексних послуг у лікуванні хворих: з усього спектру передбачених можливостей надати саме необхідні медичні та психологічні втручання (первинної, вторинної, третинної медичної допомоги), а також і співпрацю між медичними установами, соціальними організаціями.

Для гарантування якісної допомоги населенню потрібно укомплектувати матеріально-технічну базу закладів охорони здоров'я, розвинути професіоналізм та підвищити кваліфікацію лікарів. Також обов'язковою умовою залишається фінансове забезпечення, як фактор, що забезпечує

піднесення до стандартів систему охорони здоров'я та соціально-економічну продуктивність галузі. Під фінансовим забезпечення розуміється механізми функціонування й етапів фінансування від моменту формування до надавача медичних послуг [30]. Проте в реаліях під час реформування виникло ряд запитання щодо джерела фінансування медичних послуг, яке містить елементи невизначеності та потребує доопрацювання. Наступною перешкодою для подолання постає фрагментованість фінансових потоків, оскільки поряд із трирівневою системою розподілу бюджетних коштів на медичну галузь (державний, регіональний, районний-міський рівні) функціонують паралельні системи фінансування ряду відомчих систем. Саме модель інтегрованої допомоги передбачає зміцнення механізмів фінансування на регіональному рівні та злиття наявних медичних установ у госпітальні округи, як структурну одиницю системи охорони здоров'я, що призведе до зниження роздробленості фінансових каналів. [29, 33].

Як було зазначалось, запропонована схема реалізації фінансово-економічних механізмів з метою збільшення широти охоплення, глибини покриття та зменшення ціни адміністративних витрат дасть змогу отримати й економічні вигоди в сфері охорони здоров'я. [4]. Саме на це спрямовувалася адміністративно-територіальна реформа в Україні, підкріплена децентралізаційним поступом.

Вищенаведене дає можливість виокремити тріаду складових концепції інтегрування в медицині:

- координування діяльності між усіма рівнями надання медичної допомоги (вертикальна інтеграція), між різними установами медичної галузі одного рівня (горизонтальна інтеграція);
- командна робота лікарів різних спеціальностей та й середнього медичного персоналу [30];
- наступність у медичному обслуговуванні в межах одного лікувального закладу та на різних рівнях [10].

Щодо вертикальної інтеграції, то остання передбачує створення обґрунтованих маршрутів, які поетапно проводять пацієнта впродовж послідовностей послуг при наданні медичної допомоги. Горизонтальна ж інтеграція полягає у скоординованості між установами і підрозділами одного рівня чи статусу. Зазначені види структурних взаємодій сприятимуть стабільності лікувальних процесів та отриманих результатів.

Однією з вимог формування системи інтегрованої медичної допомоги постає комплексна стандартизація, за якою необхідно розробляти загальні клінічні протоколи з алгоритмом дій при конкретних нозологіях і критеріями переміщення хворого по рівнях медичного обслуговування [10,12].

В умовах сьогодення обмежений інформаційний простір зумовлює існуючу фрагментарність даних про пацієнтів, бо здебільшого інформація зберігається в ізольованих системах різних медичних закладів. Часто медичний персонал, особливо у критичних ситуаціях, змушений працювати в умовах невідомості без даних стан його здоров'я хворого в конкретний момент, що ускладнює роботу. Також активний обмін інформацією необхідний між постачальниками послуг і лікарями різних спеціальностей для забезпечення ефективної безперервної етапності надання допомоги [9].

Таким чином, запропонована стратегія інтеграції медичної допомоги в системі реформування медичної галузі орієнтована на формування умов для забезпечення комплексності, координованості, наступності й безперервності отримання медичних послуг з метою підвищення якості та забезпечення доступності надання медичної допомоги населенню.

Як відомо, 1 квітня 2020 року стартував другий етап медичної реформи, який спрямований на трансформацію спеціалізованої (вторинної) медицини.

За своєю суттю реформа вторинної ланки передбачає наступне:

1. Кардинальну зміну системи фінансування спеціалізованого (амбулаторного та стаціонарного) рівня шляхом формування національної моделі охорони здоров'я;

2. Убезпечення громадян від надмірних фінансових витрат на лікування за потреби;
3. Функціонування моделі державного гарантування пакетів медичної допомоги з можливим доступом для населення, незалежно від місця проживання чи віку, рівня статків;
4. Запровадження інноваційних методик та напрямів лікування;
5. У відповідності до міжнародних вимог модернізація матеріально-технічної бази із кадровим укомплектуванням та належною інформаційною підтримкою [46].

Основним принципом реорганізації вторинного рівня є «гроші йдуть за пацієнтом». Фактично кількість пацієнтів, які користуються послугами медичного закладу, та результати їх лікування забезпечують фінансування лікарні. Попередня система охорони здоров'я орієнтувалась на кількість місць загалом і на кількість звернень пацієнтів в лікарню без врахування кінцевого результату медичного обслуговування [23, 28].

Нова модель реформи передбачає, проведення структурної і юридичної реорганізації (автономність) лікувальних установ у відповідності до вимог, зареєструвавшись як комунальне некомерційне підприємство (КНП). Тим самим лікарні зможуть самостійно розпоряджатися своїми фінансами: складати фінансовий план, формувати заробітну плату медичних працівників. Останнє для ведення медичної діяльності повинно отримати ліцензію на надання медичних послуг [23].

Ще одним із шляхів структурних змін для упорядкування надання вторинної медичної допомоги передбачено створення госпітальних округів, які є формою опорядження вторинної ланки з розмежуванням від ступеня інтенсивності надання допомоги. 15 січня 2020 року уряд прийняв проект розпорядження «Про затвердження переліку опорних закладів охорони здоров'я у госпітальних округах на період до 2023 року» № 23-р[41]. Заплановано, що до округів увійдуть по 3-5 районів, які обслуговуватиме лікарня інтенсивного лікування. Прийнята диференціація лікарень, які належать

різним територіальним громадам, попередить дублювання надання медичних послуг, оптимізує використання ресурсів вторинного рівня, підвищить якість та доступність медичного обслуговування населення [5].

З метою проведення стратегічних закупівель медичних послуг у відповідності до державного пакету була створена Національна служба здоров'я України (НСЗУ), як головний розпорядник бюджетних коштів. Тобто за певний перелік послуг платитиме НСЗУ за встановленим тарифом, а не сам пацієнт. Для отримання коштів, лікувальна установа зобов'язується подати звіт до електронної системи міністерства про надані медичні послуги та обсяг використаних ліків протягом зазначеного періоду [34].

Так, для співпраці з НСЗУ заклади охорони здоров'я повинні укласти договори за відповідних умов, як ліцензія на надання медичних послуг, повна комп'ютеризація установи та підключення до медичної інформаційної системи. За даними НСЗУ, протягом 2020 року договори підписано у повному обсязі з 1 662 закладами спеціалізованої медичної допомоги, 50 з яких є приватними установами [34].

Загалом політика держави у галузі надання медичних послуг передбачає досягнення наступних цілей:

- отриманням гарантованих державою пакетів медичних послуг у відповідності до видів медичної допомоги;
- орієнтація на принцип безперервного поліпшення якості медичної допомоги;
- розвинення раціональної й доступної мережі лікувальних закладів;
- запровадження електронної системи у галузі охорони здоров'я;
- задоволення потреб пацієнтів у лікарських середниках [14].

З метою реалізацію цієї програми юридично 19 жовтня 2017 року парламентом затверджено закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [34]. Останній вводить у практичну діяльність програму державних гарантій медичного обслуговування населення (Програма медичних гарантій). Ця Програма являє собою перелік та види медичних послуг

й лікарських засобів, які виплачуються з бюджету держави за єдиними національними тарифами. В Україні застосовується дворівневий підхід до обсягу та тарифів «державний гарантований пакет», який базується на Законі про фінансові гарантії та спроможність державного бюджету на конкретний рік [33].

Оновлення даної програми відбулось 01.04.2021 року з розширеним переліком медичного обслуговування. Кожен громадянин України має право користуватись послугами безоплатно [30]. Для отримання доступу до безоплатних послуг, хворий повинен мати направлення від спеціаліста первинної ланки, для дітей – педіатра, з яким уклав договір-декларацію, або лікаря-куратора [29]. Скерування не потрібне при зверненні до лікаря-гінеколога, лікаря-психіатра, лікаря-стоматолога та лікаря-нарколога. Важливо, що екстрена медична допомога гарантується безоплатно кожному потерпілому та не залежить від укладеної декларації з сімейним лікарем [36].

Цього року збільшено медичне обслуговування по програмі гарантій до 35 пакетів із визначеними умовами закупівлі медичних послуг і специфікацією їх проведення з бюджетом у 123,5 мільярди гривень. Відтак, пакетна допомога для вторинного рівня надаватиметься при гострому мозковому інсульті (пакет 3), при гострому інфаркті міокарда (пакет 4), пологах (пакет 5), новонародженим у складних неонатальних випадках (пакет 6), хірургічна допомога дорослим та дітям в умовах стаціонару (пакет 7), стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічного втручання (пакет 8), інфекційні захворювання та епідемії (пакет 9), медична допомога дорослим та дітям в амбулаторних умовах (профілактика, діагностика, лікування, реабілітація) (пакет 10), стоматологічна допомога (пакет 11), ведення вагітності в амбулаторних умовах (пакет 12), лікування пацієнтів методом гемодіалізу в амбулаторних умовах (пакет 13), лікування методом перитонеального діалізу в амбулаторних умовах (пакет 14), мамографія 9пакет 15), гістероскопія (пакет 16), езофагогастродуоденоскопія (пакет 17),

колоноскопія (пакет 18), цистоскопія (пакет 19), бронхоскопія (пакет 20), стаціонарна допомога пацієнтам з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-COV-2 (пакет 21), лікування дітей та дорослих на туберкульоз в амбулаторних та стаціонарних умовах (пакет 23), діагностика, лікування супровід осіб із ВІЛ (додаток 24), лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдами із використанням препаратів замісної терапії (пакет 25), хіміотерапевтичне лікування пацієнтів з онкологічними захворюваннями у дорослих та дітей у амбулаторних та стаціонарних умовах (пакет 26), радіологічне лікування пацієнтів з онкологічними захворюваннями у дорослих та дітей у амбулаторних та стаціонарних умовах (пакет 27), гематологічне лікування пацієнтів з онкологічними захворюваннями у дорослих та дітей у амбулаторних та стаціонарних умовах (пакет 28), стаціонарна психіатрична допомога (пакет 29), психіатрична допомога, яка надається різнопрофільними командами (пакет 30), медична реабілітація дітей до 3 років, від 3 років і дорослих (пакет 31, 32, 33), стаціонарна паліативна допомога дорослим та дітям (пакет 34), мобільна паліативна допомога дорослим та дітям (пакет 35). Так, за цією Програмою доступна медична допомога розмежовується для лікарень інтенсивного, планового, відновного лікування та хоспісів [14].

Окремими пакетами передбачені екстрена медична допомога на догоспітальному рівні, лікування на первинному рівні та вакцинація від гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-COV-2 [29].

З метою покращення громадського здоров'я та зниження рівня загальної смертності для спеціалізованої медичної допомоги за програмою медичних гарантій виокремлено п'ять пріоритетних напрямків надання лікувальних послуг: при лікуванні гострого інфаркту міокарда й гострого мозкового інсульту, допомога при пологах та новонародженим та рання діагностика онкологічних захворювань. Дані види медичної допомоги фінансуються НСЗУ за підвищеними ставками [28, 34].

Таким чином, нагромаджені численні проблеми у системі охорони здоров'я і недоліки у самому здоров'ї громадян є наслідком незлагодженості дій у медичній галузі. Все це невідкладно спричинило початок структурної реорганізації медичного обслуговування, оптимізацію ресурсів та якісного й продуктивного управління ними, що взято за основу у національній моделі охорони здоров'я.

1.2 Методологічні та нормативні характеристики медичних послуг.

Ринок послуг медичної галузі

Трансформація системи охорони здоров'я в Україні передбачає генерування ринкового суспільства з налагодженими взаємовідносинами у ньому. У центрі моделі знаходиться саме пацієнт, який має можливість користуватися якісними й доступними послугами.

Станом на сьогодні проводиться вже другий етап реформування медичної галузі. Проте економісти, юристи, медичні працівники та науковці дискутують й досі про трактування базових понять, таких як «медична допомога», «медична послуга», «пацієнт», «клієнт». Для узгодженого гармонійного розвитку дотикових сфер, потрібно стандартизувати основні поняття, узагальнити та систематизувати базові концепції для взаємодії фахівців й практиків у результативному продовженні реформи. Тим самим стабілізувати перебіг теоретико-практичних процесів у медичній сфері, які часто змінюються через плинність середовища макро-, мезо- й макрорівнів [32].

Так, у основному законі держави – Конституції України (розділ 1, ст. 49) передбачено безоплатність надання саме медичної допомоги у державному секторі [18]. Конституційний суд своїм рішенням роз'яснює, що за окрему плату можуть надаватись "медичні послуги другорядного значення", які не передбачені медичною допомогою [42].

Під медичною допомогою законодавчо розуміється медична послуга чи комплекс, яку отримує пацієнт при використанні діагностичних й лікувальних методів, лікарських середників у відповідності до медико-технологічних

документів. У той час медична послуга спрямована на послідовність визначених дії суб'єкта господарювання у сфері охорони здоров'я, які направлені на профілактику, діагностику, лікування чи реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєнням і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами [40]. Тобто, значення медична допомога виправдано використовувати у медичній практиці при лікуванні про пацієнта, медична послуга – при формуванні економічних, юридичних, технічних констант.

Формування правової платформи для введення поняття платних послуг послідовно проводив своїми рішенням Конституційний Суд України. Відтак трактування ним статті 95 Конституції України про засади справедливого та неупередженого розподілу суспільного багатства між громадянами й територіальними громадами при розбудові бюджетної системи, необхідне обмеження державних гарантій у медичній галузі. Потрібно теж враховувати економічними можливостями держави та збалансованість бюджету [42].

Ряд подібних рішень Конституційний Суд прийняв протягом 2011-2012 років для формування передумов та встановлення явної раціоналізації у справедливому і неупередженому розподілі державного бюджету замість неявної [34]. Як наслідок, державні гарантії не можуть бути абсолютними та повинні мати об'єктивне обмеження.

Внаслідок реформування медичної галузі у напрямку державного солідарного страхування з гарантованим соціальним пакетом медичної допомоги, коректив зазнали й визначення базових медичних понять.

У нормативних документах Міністерства охорони здоров'я додано до базового визначення медичної допомоги, що це є діяльність професійно підготовлених медичних працівників [40]. Послуга з медичного обслуговування населення (медична послуга) - послуга, що надається пацієнту закладом охорони здоров'я або фізичною особою - підприємцем, яка отримала ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики й фінансується її замовником. Замовником даної можуть бути держава, відповідні органи місцевого самоврядування, юридичні та фізичні особи, у тому числі пацієнт

[28]. Тобто, шляхи формування та функціонування медичної допомоги орієнтовані зниження навантаження на державний бюджет шляхом формування страхового сектору у рамках ринкової економіки.

Якщо говорити про дефініцію «медичної послуги», то лише у Медичній енциклопедії зазначено наступне тлумачення - цілісність лікувальних та профілактичних заходів, які виконуються під час захворювання, травми, вагітності й пологів, і для профілактики хвороб, травматизму. Тоді як зарубіжні розмовники містять визначення медичної допомоги («care») й послуги («services»), які надані працівниками медицини для блага хворого [3,9].

Дослідження сутності медичної допомоги й медичної послуги неодноразово зустрічається у наукових працях Баєвої О., Камінської Т., Карски І., Марова С.Ф., Клевера А., Перкінса О., Козієркієвича А., Надюк З.О.. Більшість авторів ототожнюють медичну послугу саме як результат виробничої діяльності. Також підкреслюють необхідність обґрунтованого підходу з врахуванням змін до даних категорій в умовах формування і перебудови ринку медичних послуг [27, 32].

Важливо, що медична послуга містить у собі двоїстий характер, бо розглядається видом економічної діяльності теж. Звідси й потребує економічного визначення, загальноприйнятого формулювання якого на сьогодні немає. З даної позиції потрібно розуміти медичну послугу видом діяльності із залученням ресурсів (робоча сила, технології, устаткування), виробничим процесом у вигляді простих дій (ін'єкції) чи комплексних, як хірургічна операція, та надання власне самої послуги [15, 16].

Загальний підхід до класифікації медичних послуг запропонований Маровою С.Ф. У поданій класифікації використано лише основні ознаки та їх спрямованість, таблиця 1.1 [27].

Таблиця 1.1 – Класифікація медичних послуг

За видами медичної практики	- консультації - діагностика - лікувальна справа
За місцем надання послуги	- стаціонар - поліклініка - екстрена допомога - санаторії, реабілітаційні заклади
За складністю	- прості послуги - складні послуги
За часом виконання	- короткострокові - довгострокові
За кількістю учасників послуги	- одноосібні - групові
За сектором надання	- послуги державних установ - послуги комунальних установ - послуги установ приватного сектору

Таким чином, внаслідок докорінної перебудови галузі медицини базовим елементом виступає саме медична послуга. Остання спрямована на задоволення потреб пацієнта, що формує різного роду економічні відносини між суб'єктами процесу та є елементами ринку даного виду. У свою чергу медичні заклади вторинного рівня медичної допомоги, як суб'єкти формування медичних послуг виробляють специфічний товар – здоров'я. Тому маркетолог Ф. Котлер твердив, що "все те, що можна продати (зреалізувати) чи купити, то є товаром" [24].

Проте дана послуга, будучи товаром ринку у медичній площині, значимо різниться й має низку особливостей: не є матеріальною; інтелектуально завжди залежить від надавача послуги; важко піддається розрахунку; якість послуги є змінною, бо немає остаточної вартості аж до закінчення виконання [33, 48].

У контексті наведеного, ВООЗ розглядає пацієнтом кожну особу, яка користується медичними послугами, не зважаючи на загальний стан, чи вона

хвора, чи здорова [48]. Відтак пацієнти виступають у ролі об'єктів медичного процесу й клієнтів медичних установ. Міркуючи Дж. Бенк щодо клієнта у сфері охорони здоров'я, виокремив думку. Найважливішими персонами є пацієнти, які не зовсім залежні від лікувальної установи і відвідування ними робить послугу для лікарень. Вони не є ні статистичною одиницею, ні частиною медичного закладу та звертаються за необхідності із своїми побажаннями та потребами. Завдання же лікувального закладу є виконання потреб й очікувань пацієнтів, бо без них не будуть існувати медичні заклади [26].

Оскільки галузь охорони здоров'я функціонує за рахунок бюджетів, забезпечених станом здоров'я людей, то й виступає фінансовою категорією. Звідси виникає необхідність формування ціни, яка підкріплена бажанням і можливістю покупців (клієнтів) придбати необхідний вид товару чи послуги. Існуючий попит на медичні платні послуги породжує цінову ситуацію, на основі якої розмежовуються споживачі послуг у відповідності до купівельної спроможності [46, 47, 49]. Такі наявні відносини є основою будь-якого ринку, у тому числі ринку медичних послуг, який виконує притаманні йому функції: інформаційну, ціноутворюючу, посередницьку й регулюючу [25, 32]. Інформаційна функція полягає в об'єктивному інформуванні учасників процесу про необхідну кількість та якість послуг на ринку та обміном результатами діяльності. Посередницька функція забезпечує технологічний та економічний зв'язок між даними учасниками. Ціноутворююча функція призначена для визначення оптимальних витрат, які орієнтовані на основну частку послуг кожного виду. Про існування внутрішньогалузевої конкуренції послуг, що тягне за собою зниження витрат на певну одиницю послуг з підвищенням якості сервісу свідчить регулююча функція ринку. Завдання ринку медичних послуг представлені на рисунку 1.1.

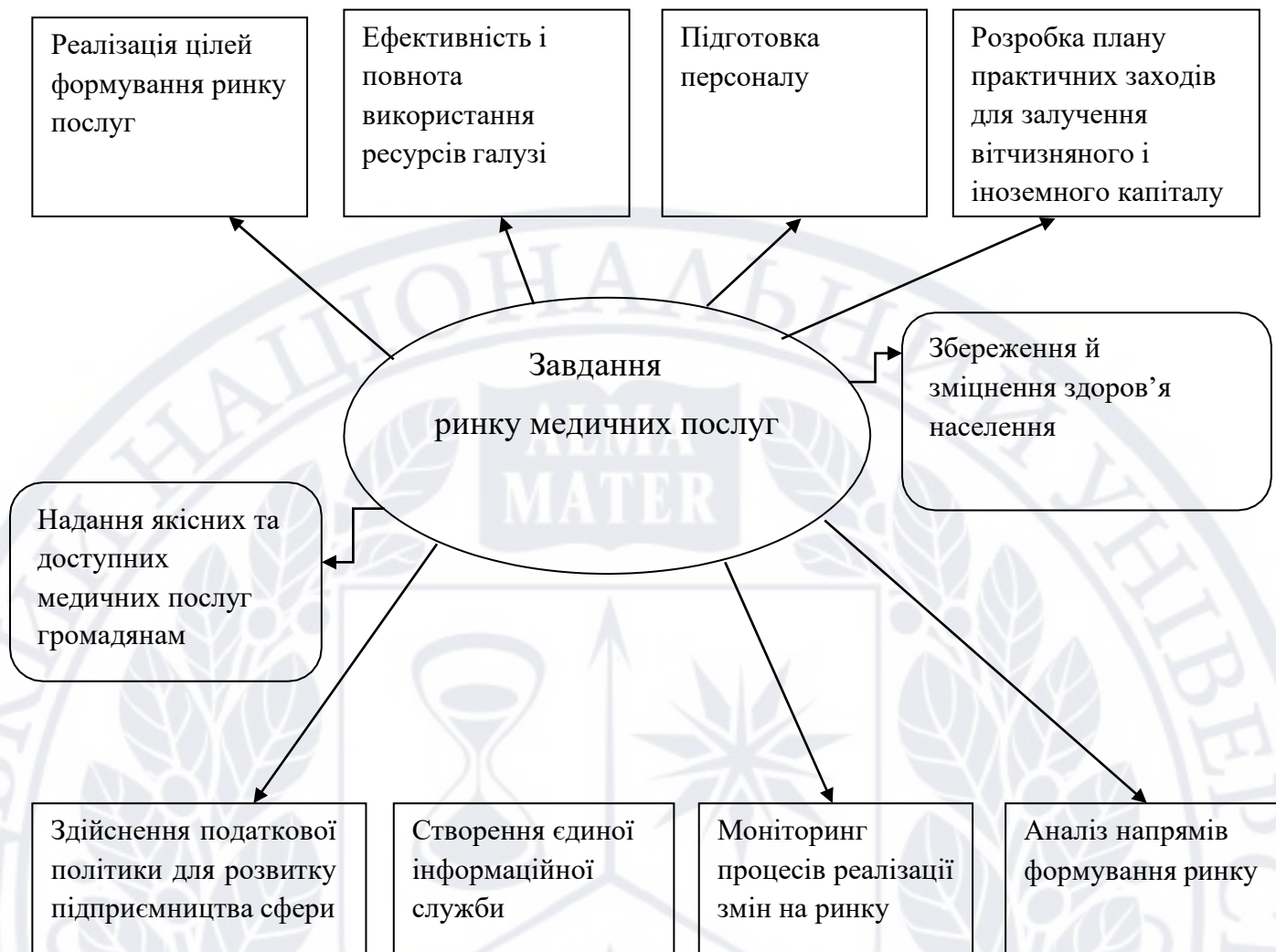


Рисунок 1.1 - Основні завдання ринку медичних послуг

В умовах сьогодення ринок медичних послуг України лише розпочав свій шлях розвитку. На ньому переважає невелика кількість продавців, а вихід на ринок нових виробників обмежений «високими бар'єрами» з елементами бюрократії, труднощі подолання яких проявляються у наявності на відповідному рівні матеріально-ресурсної бази та узгодження на всіх етапах адміністративного розгляду - все це є ознакою непрозорої політики з недосконалою конкуренцією. Нові виробники без відповідності до сучасних реалій ринку, не можуть розраховувати на високі прибутки підприємства та лідерські позиції на ньому [3, 31, 49].

1.3 Основні напрямки розвитку сфери надання медичних послуг населенню в умовах реформування системи охорони здоров'я

За умовах розвитку конкуренції на ринку медичних послуг виникає необхідність орієнтування на саме клієнта, його очікування та комфортності. Для того, щоб розпізнати потреби пацієнта, необхідно постійно визначати й аналізувати його запити сьогодні, але також в майбутньому [7].

При сформованій високій конкуренції серед медичних установ визначальну роль відіграватимуть висока якість і позитивний імідж лікувального закладу галузі охорони здоров'я [26].

Нова модель медицини орієнтується на досягнення високих стандартів якості в збереженні здоров'я населення. Такий підхід є безумовним і охарактеризований безперервним процесом. Даного принципу дотримуються Р. Каплан і Р. Купер, які зазначають, що "процес можна описати за допомогою трьох характеристик: якості, часу реагування та затрачених коштів" [49]. Лише третій із вказаних характеристик є фінансовим показником. Тобто важливою складовою формування якісного сервісу виступає нематеріальна складова [50].

До показників вимірювання якості належать також рівень виявлених дефектів (кількість смертей, лікарські помилки), продуктивність (відсоткове виявлення забезпечених медичних послуг без відхилень). Час реагування процесу включає в себе час, за який надається медична послуга, та оперативність отримання пацієнтами результатів за здійснені послуги [7, 11].

У центрі медичних послуг знаходиться пацієнт, який є до того ж клієнтом лікувальної установи. Тому оптимізація процесу опіки над пацієнтом забезпечить покращення якості надання медичних послуг. Даний процес спрямований на врахування побажань, очікувань пацієнтів через призму особистої оцінки й отриманих відчуттів у процесі отримання послуги. Пацієнт визначає свого роду власні критерії якості та встановлює максимальні вимоги до очікувань й вимог медичного обслуговування. Таким чином, на перший план виступає більше його суб'єктивна оцінка, яка у багатьох випадках не зв'язана тільки з медичними знаннями. За доступними даними, до переліку сподівань

пацієнтів від медичних працівників відносять не лише належне виконання професійних зобов'язань, але і поваги до них та визнання гідності, створення необхідних умов супроводу [22].

Виходячи із вище вказаного, якість медичних послуг сприймається цільовими категоріями по-різному. Відтак, пацієнти тлумачать якість як:

- кваліфікованість медичного персоналу;
- умови надання медичних послуг;
- процес здійснення медичних процедур та алгоритмів дій;
- рівень комунікації, взаєморозуміння лікарів й пацієнтів;
- ступінь вираження змін здоров'я [26].

Очевидно, що лише високий рівень якості послуг медичними установами забезпечить наявність бази клієнтів з постійною можливістю збільшення та гарантує конкурентну перевагу на ринку послуг.

Формування сфери надання медичних послуг в Україні за умов ринкових відносин потребує розроблення із врахуванням етичних аспектів соціальної стратегії управління та організація діяльності медичних закладів та системи охорони здоров'я загалом.

Практичною засадою створення дієвої сфери медичного обслуговування є врахування трьох складових, як люди, процес і обслуговування пацієнта. Саме поєднання їх зазвичай проходить на рівні лікувальних закладів. Проте для повноцінного забезпечення сервісу необхідно долучити ще й четверту складову - медичні працівники [26, 43].

Роль медичного персоналу у процесі надання послуг відіграє важливе значення. Оскільки пацієнт аналізує обслуговування його медичним персоналом: манери, розсудливість, ввічливість, ефективність роботи, достовірність отриманої інформації, тим самим формує довіру до надавача послуг.

Розробка програм підвищення якості у сфері надання медичних послуг в умовах трансформації галузі потрібно проводити із врахуванням управлінської,

інформаційної, технічної, економічної діяльності закладів охорони здоров'я [21].

Потрібно врахувати той факт, що показники якості медичних послуг в Україні прийнято виражати у кількісному значенні (кількість пролікованих хворих, ліжковий фонд закладів). Беззаперечно, матеріальна спроможність лікувальної установи покращує якість діагностики та можливості лікування пацієнтів [43, 50].

Досвід європейських країн показує, що питання якості у медичній практиці підлягає обчисленню. На даний час існують певні методи вимірювання: аналіз "моментів правди", методика критичних подій (Critical Incident Technique), модель SERVQUAL (service quality). Кожна з цих методик має свої переваги та недоліки, особливі умови проведення [26, 43].

Найбільш визнаною для дослідження якості у медицині є модель SERVQUAL (service quality), запропонована А. Парасураманом. Процес вивчення якості пропонується у два етапи у групі людей. На першому етапі дослідження максимально описується у фокус групі ідеальна послуга, визначення показників, які підтверджують факт надання якісної послуги, так і незадоволеність нею. Другий етап проводиться для ранжування виділених критеріїв оцінювання якості шляхом анкетування [50]. У анкеті зазначено інформацію про очікування відносно певної послуги й оцінку якості отриманої послуги (рисунок 1.2).

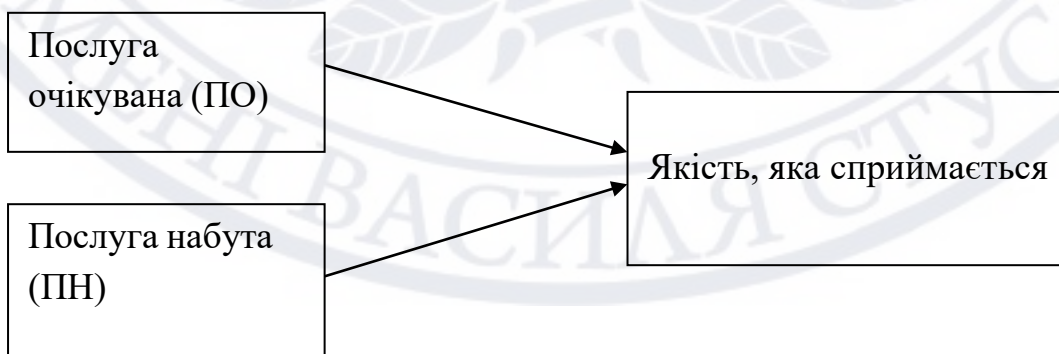


Рисунок 1.2 - Якість послуг в моделі SERVQUAL

Результати можуть бути наступними: $ПО=ПН$ – отримана послуга визнається у відповідності, $ПН<ПО$ – клієнт незадоволений якістю надання послуги, $ПН>ПО$ – якість наданої послуги перевищує очікування клієнта. Потрібно враховувати, що отримані дані містять у собі суб'єктивність та індивідуальність [50].

У медичній практиці закладів охорони здоров'я різних форм власності збільшується тенденція до використання системи контролю якості медичного обслуговування клієнтів. Зазначений підхід дає змогу визначити потреби пацієнтів, збільшити базу клієнтів, тим самим сформувати конкурентну перевагу на ринку медичних послуг [44].

Висновки за розділом 1

Таким чином, нагромаджені численні проблеми у системі охорони здоров'я і недоліки у самому здоров'ї громадян є наслідком незлагодженості дій у медичній галузі. Все це невідкладно спричинило початок структурної реорганізації медичного обслуговування, оптимізацію ресурсів та якісного й продуктивного управління ними, що взято за основу у національній моделі охорони здоров'я.

В умовах сьогодення ринок медичних послуг України лише розпочав свій шлях розвитку. На ньому переважає невелика кількість продавців, а вихід на ринок нових виробників обмежений «високими бар'єрами» з елементами бюрократії, труднощі подолання яких проявляються у наявності на відповідному рівні матеріально-ресурсної бази та узгодження на всіх етапах адміністративного розгляду - все це є ознакою непрозорої політики з недосконалою конкуренцією. Нові виробники без відповідності до сучасних реалій ринку, не можуть розраховувати на високі прибутки підприємства та лідерські позиції на ньому.

У медичній практиці закладів охорони здоров'я різних форм власності збільшується тенденція до використання системи контролю якості медичного обслуговування клієнтів. Зазначений підхід дає змогу визначити потреби пацієнтів, збільшити базу клієнтів, тим самим сформувати конкурентну перевагу на ринку медичних послуг.



РОЗДІЛ 2

ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦІОНУВАННЯ КОМУНАЛЬНОГО НЕКОМЕРЦІЙНОГО ПІДПРИЄМСТВА «КРЕМЕНЕЦЬКА ОПОРНА ЛІКАРНЯ» КРЕМЕНЕЦЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ

2.1 Загальна характеристика роботи Кременецької лікарні

Комунальне некомерційне підприємство (КНП) «Кременецька опорна лікарня» Кременецької міської ради є опорним закладом охорони здоров'я – комунальним унітарним некомерційним підприємством, що надає послуги вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги в порядку встановлених законодавством України та Статутом закладу (додаток А).

Засновником КНП «Кременецька опорна лікарня» є Кременецька міська рада із 01.01.2020 за рішенням третьої сесії VIII скликання Кременецької міської ради № 49 від 24.12.2020.

Медична установа є правонаступником всіх прав, майна та обов'язків КНП «Кременецька районна комунальна лікарня», створена 14.02.2019 за рішенням Кременецької районної ради Тернопільської області № 473 відповідно до Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» шляхом злиття на її базі Кременецької районної комунальної лікарні та Кременецької районної комунальної стоматологічної поліклініки.

Медичний заклад є підпорядкованим, підзвітним та підконтрольним Кременецькій міській територіальній громаді, в особі представницького органу Кременецька міська рада. Майно закладу є комунальною власністю громади, яка є власником.

У 2014 році в Україні стартувала реформа децентралізації, яка гарантувала передачу повноважень і фінансових ресурсів об'єднаним територіальним громадам [13]. Кременецька міська громада – друга за величиною об'єднана територіальна громада Тернопільської області, із високим рівнем життя, багатою історичною спадщиною, конкурентоспроможною

пропозицією у напрямку зеленого туризму й активного відпочинку. Утворена у 2020 році відповідно до Закону України «Про добровільне об'єднання територіальних громад» з адміністративним центром у місті Кременець. Населення громади – 42405 осіб (станом на 2020 р.), що є другою по чисельності у Тернопільській області. До складу громади входить 1 місто та 17 сільських рад (43 села).

КНП «Кременецька опорна лікарня» здійснює господарську некомерційну діяльність, спрямовану на досягнення соціальних і інших результатів без мети одержання прибутку. Самостійно реалізовує виробництво продукції (робіт і послуг) й реалізовує її за цінами, що визначається в порядку, встановленому законодавством.

Основним завданням його є забезпечення медичного обслуговування населення шляхом впровадження доступної та якісної медичної практики у порядку та обсязі, визначеною ліцензією у відповідності до чинного законодавства (додаток А).

Діяльність медичного закладу загалом забезпечується завдяки ієрархічному типу управління у відповідності до діючого закону. Схема рівнів управління з визначеними функціями КНП «Кременецька опорна лікарня» приведена на рисунку 2.1.

Керівництво здійснює Директор, який має 3 заступників та 1 медичного директора. До складу установи входять наступні підрозділи: адміністративно-управлінський персонал, лікувально-профілактичні підрозділи й допоміжні підрозділи, у тому числі технічні (рисунок 2.2).

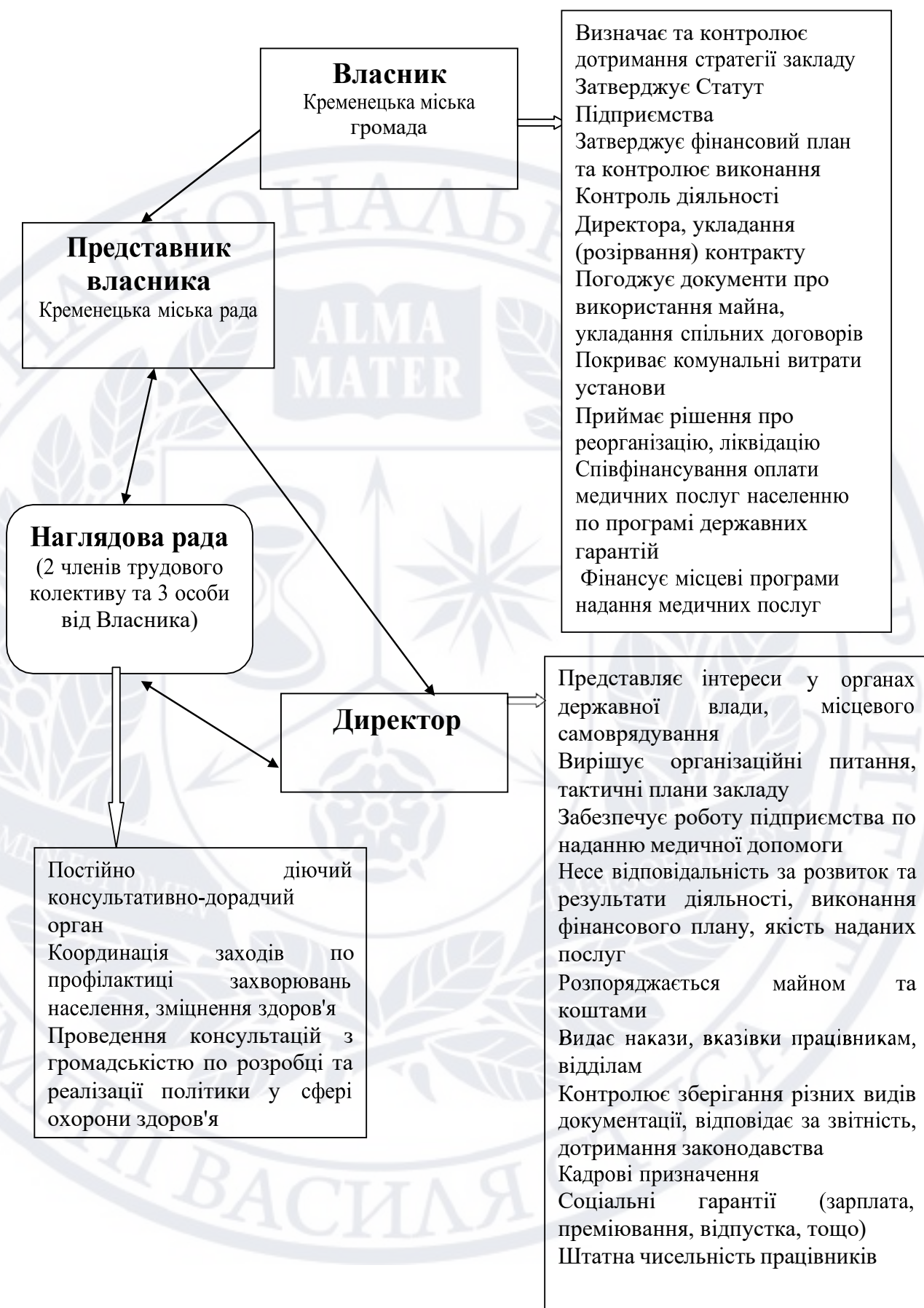


Рисунок 2.1 – Формування та функції рівнів управління КНП «Кременецька опорна лікарня»

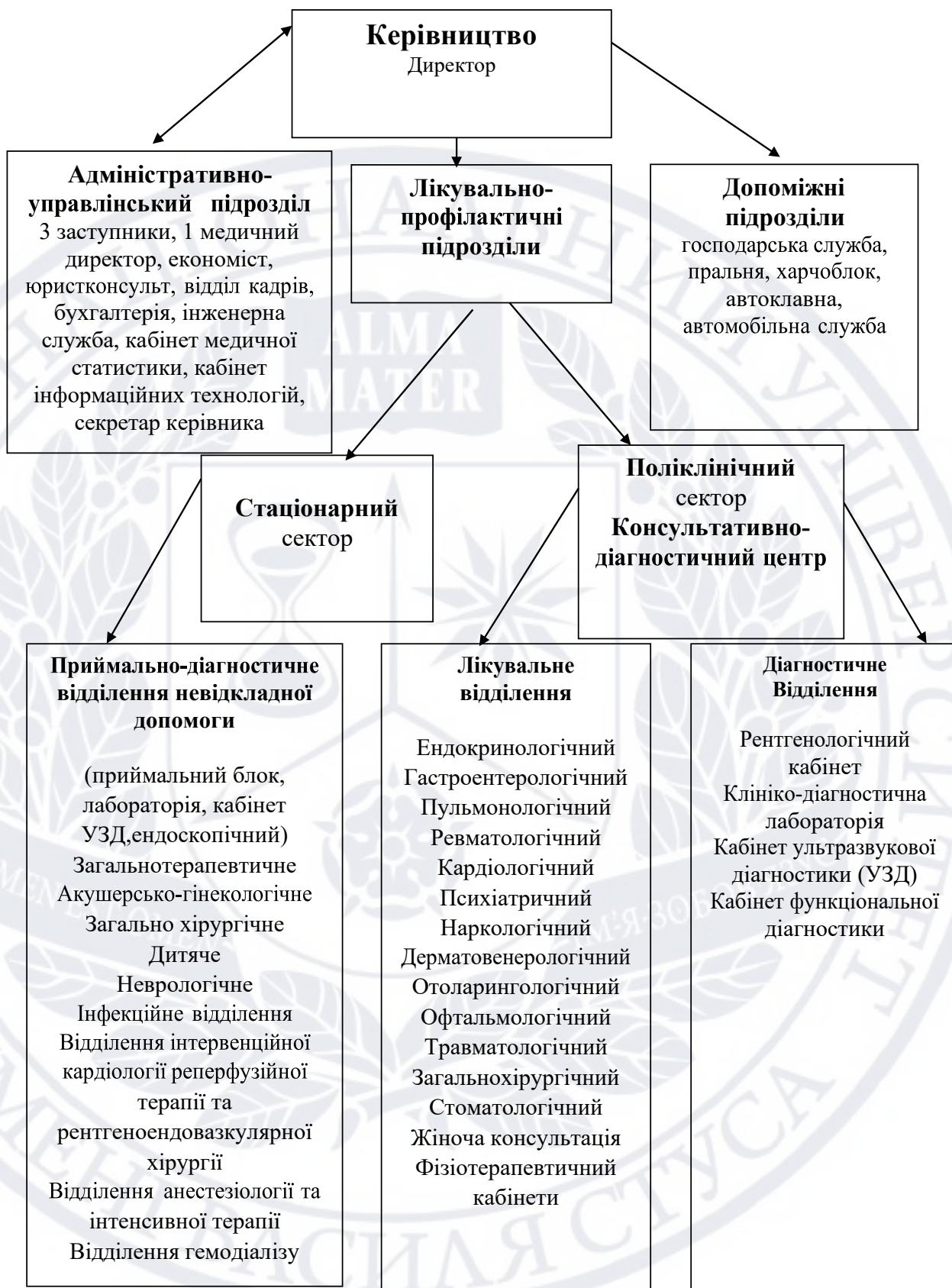


Рисунок 2.2 – Структура КНП «Кременецька опорна лікарня»

Заклад охорони здоров'я, відповідно до покладених до нього завдань, серед іншого надає кваліфіковані послуги вторинної амбулаторної медичної допомоги на платній та безоплатній основі відповідно до закону, забезпечує послуги спеціалізованої стаціонарної медичної допомоги населенню, медичного контролю перебігу вагітності та пологів.

Установа сприяє та відповідає за безперервний професійний розвиток працівників для надання якісних медичних послуг людям, що є важливим в умовах трансформації медичної галузі.

Медичні послуги спеціалізованої вторинної допомоги надаються населенню спеціалістами стаціонарного та поліклінічного секторів лікувально-профілактичного підрозділу закладу. Усього згідно штатного розпису чисельність працівників Підприємства складає 426 осіб. Дані про укомплектованість закладу персоналом представлено у таблиці 2.1.

Медичне підприємство скомплектоване персоналом на 95 % на 438,5 штатних одиниць. Вакантних посад станом на 24.05.2021 р. у лікарні є 27,75. Найвищий показник дефіциту укомплектування персоналом - 27 % спостерігається у допоміжних підрозділах медичної установи. Дана ситуація пов'язана із сезонними роботами господарської служби (кочегари котельні), режимом роботи медичного закладу через обмежувальні карантинні заходи по протидії поширення COVID -19 (звільнення за власним бажанням, оптимізація штату).

Вторинна амбулаторна медична допомога надається пацієнтам у консультативно-діагностичному центрі: необхідні обстеження, згідно переліку медичних послуг, проводяться у відділенні діагностики з із сформованим штатом на 99 %. Тоді як для повноцінного консультування хворих й проведення ними алгоритмів вторинної спеціалізованої допомоги потрібно забезпечити медичний заклад лікарями: вакантною є 1,0 посада лікаря-кардіолога та епідеміолога, 1,25 ставки лікаря-травматолога, 0,75 ставки лікаря-ревматолога, 0,5 ставки лікаря-хірурга, 1,5 ставки лікаря-невролога.

Лікувальний заклад в основному вкомплектований персоналом, включаючи середній та молодший медичний персонал, для повноцінного проведення вторинної стаціонарної допомоги профільним хворим, яких приймають на госпіталізацію.

Таблиця 2.1 – Укомплектованість працівників КНП «Кременецька опорна лікарня» станом в 2021 році

№ п/п	Структурна одиниця підприємства	Штатних посад всього	Зайнятих посад (з декрет.)	Вакантних посад	Фізичних осіб	Дефіцит фізичних осіб	% укомплектованості
	Підприємство	438,5	419,75	27,75	426	12,5	95
1.	Адміністративно-управлінський персонал	49	47	3,5	47	2	95
2.	Допоміжні підрозділи	61,5	45	5,75	45	6	73
3.	Лікувальне відділення консультативно-діагностичного центру	82,75	76,25	6,5	76	6,75	92
4.	Діагностичне відділення консультативно-діагностичного центру	42,5	42,5		42	0,5	99
5.	Приймальне відділення	25,5	25	0,5	25	0,5	98
6.	Загальнотерапевтичне	17,25	17,25		21	3,75	122
7.	Акушерсько-гінекологічне	38,75	37	1,75	40	1,25	103
8.	Загальнохірургічне відділення	32,25	31,75	3,5	32	3,25	91
9.	Дитяче відділення	16,5	16,5		16	0,5	97
10.	Неврологічне відділення	15,75	15,75		15	0,75	95
11.	Інфекційне відділення	16,5	15,5	1	18	1,5	109
12.	Відділення інтервенційної кардіології	19,5	16,25	3,25	15	4,5	77
13.	Відділення анестезіології	42,75	39,25	3,5	41	1,75	96
14.	Відділення гемодіалізу	14,5	13	1,5	11	3,5	76

Проблематичною зараз постає ситуація із пацієнтами гемодіалізного відділення, в якому вакантними є 2,0 ставки лікаря-нефролога. Хворі даного відділення є інвалідами за основним захворюванням та потребують систематичних життєво необхідних маніпуляцій. На даний час останні звертаються за допомогою у спеціалізовані медичні заклади третинного рівні Тернопільської області або приватно - у інших обласних центрах. Відсутність

спеціалістів обумовлена як організаційними проблемами, так і низьким рівнем оплати праці. Керівництву варто б розробити мотиваційну систему для лікарів та заручитись підтримкою органів місцевого самоврядування, використавши ресурси галузі, для вирішення низки питань.

Також наявний значний дефіцит штату на 23 % у відділенні інтервенційної кардіології реперфузійної терапії та рентгеноендовазкулярної хірургії, вакантними у якому є 1,0 посада лікаря-хірурга та 1,5 ставки лікаря-кардіолога. Тут проводяться обстеження судин серцевого м'яза, що особливо важливо для хворих у критичних ситуаціях у перші години при підозрі на інфаркт міокарда. Показник кількості хворих з інфарктом міокарда та смертності від ускладнень у громаді й по Україні загалом з року в рік не знижується. Вкрай необхідно у найкоротші терміни розробити план дій для закриття посад у відділенні, перепрофілювавши штатних спеціалістів або залучити зовнішніх.

Для забезпечення кваліфікованих медичних послуг з лікарського штату 56 % лікарів пройшли атестацію на вищу категорію, 23 % отримали першу другу та 21 % відповідно другу кваліфікаційну категорію. На вищу категорію проатестовано 80 % середніх медичних працівників, на першу – 11%, на другу – 9 % осіб.

Отже, щоб покращити сервіс сфери медичного обслуговування Кременецької лікарні, необхідно забезпечити лікарями консультативно-діагностичного центру, що дасть можливість розширити обсяги надання вторинної амбулаторної допомоги. Пріоритетними постають питання закриття вакантних посад лікарів гемодіалізного й відділення інтервенційної кардіології реперфузійної терапії та рентгеноендовазкулярної хірургії.

2.2 Аналіз функціонування лікувально-профілактичного підрозділу комунального некомерційного підприємства «Кременецька опорна лікарня»

Характеризуючи громадське здоров'я у Кременецькій міській громаді, на основі базових показників, як народжуваність, смертність й природній приріст спостерігається тенденція негативного приросту населення (депопуляції) протягом 2020-2021 років (рис.2.3).

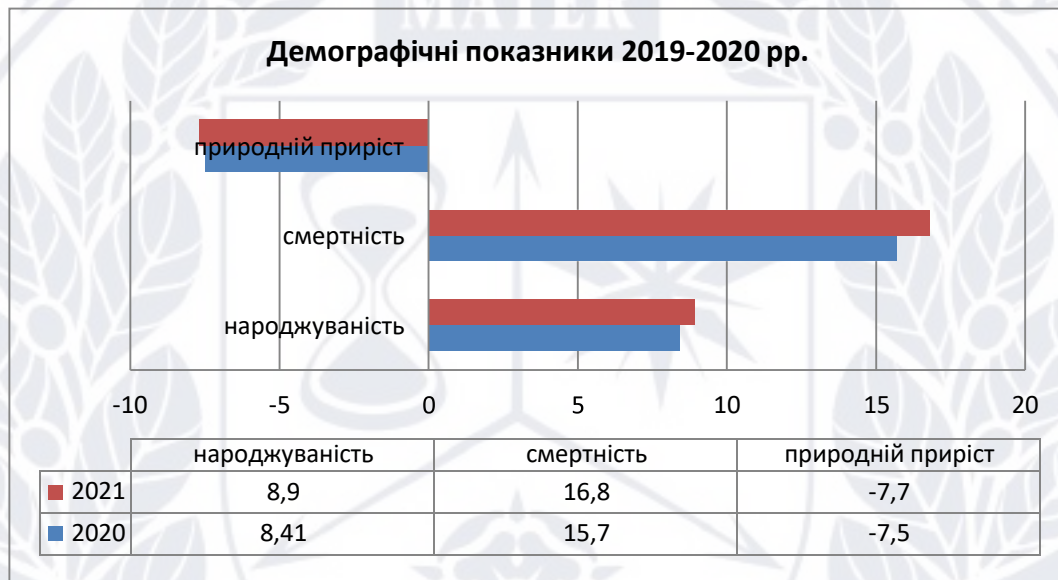


Рисунок 2.3 - Демографічні показники Кременецького району за 2020-2021 роки

Вперше підтверджено інвалідність серед працездатного населення Кременецького району у 2021 році у 158 осіб, що на 24 % менше, ніж у 2020 році. Структура інвалідності по групах представлена на рис 2.4.

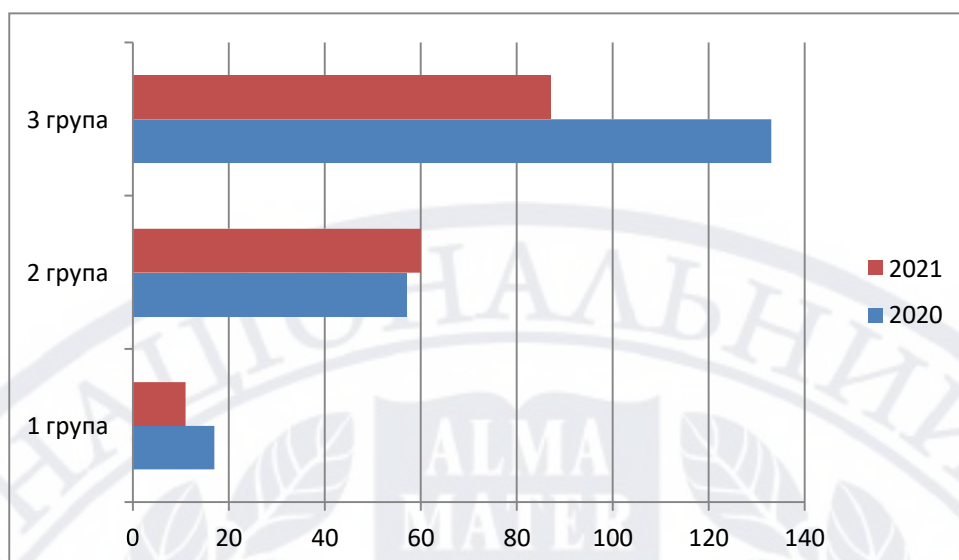


Рисунок 2.4 - Структура первинної інвалідності Кременецького району за 2020-2021 рр.

Така ситуація обумовлена введенням у 2021 р. обмежувальних карантинних заходів та відмова від планових госпіталізацій через пандемію COVID-19, оскільки зменшення когорти первинного виходу на інвалідність є саме за рахунок осіб третьої групи інвалідності з помірним обмеженням життєдіяльності.

Первинний вихід на інвалідність у працездатному віці по основних нозологіях Кременецького району за 2020-2021 роки зображено на рис. 2.5

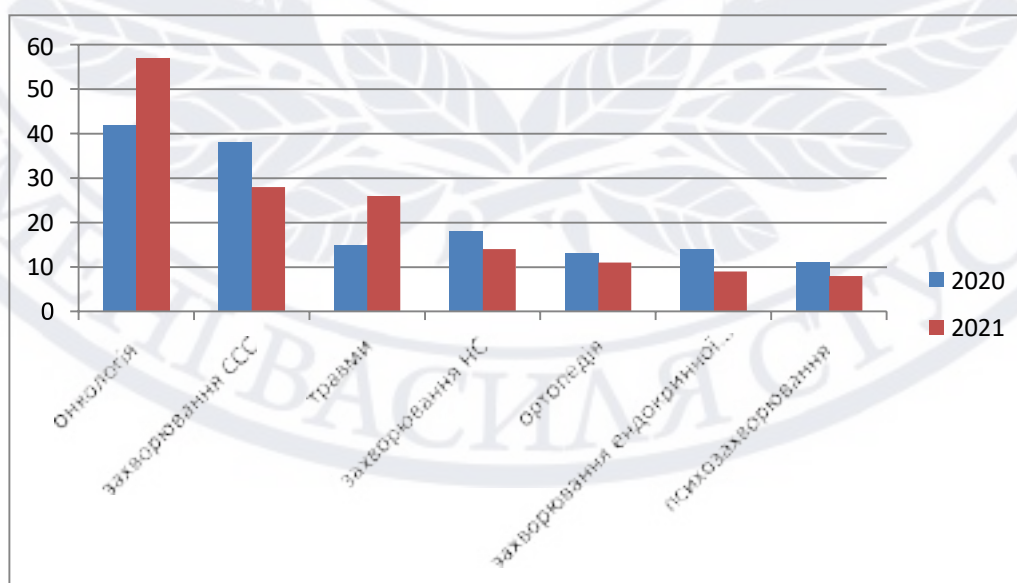


Рисунок 2.5 – Первинний вихід на інвалідність за 2020-2021 роки

Важливо, що у 2021 році зросла кількість первинних хворих працездатного віку по виходу на інвалідність з онкологічними захворюваннями та травмами, натомість зменшилась частка осіб по причинах захворювань серцево-судинної системи.

Таким чином, протягом 2020-2021 років відмічається депопуляція населення Кременецької громади з тенденцією до зростання кількості онкологічних захворювань серед працездатного населення.

Для забезпечення медичного обслуговування населення проводиться цілодобова безперервна робота лікувальних підрозділів багатoproфільного медичного закладу [29]. Відповідно до нормативно-правової бази опорних лікарень II рівня функціонування приймально-діагностичного відділення відображається у кількості пацієнтів, яких прийнято на стаціонарне лікування за 2020-2021 роки. Маркерними показниками служать кількість госпіталізованих пацієнтів з гострими інфарктами й гострими інсультами (рисунок 2.6).

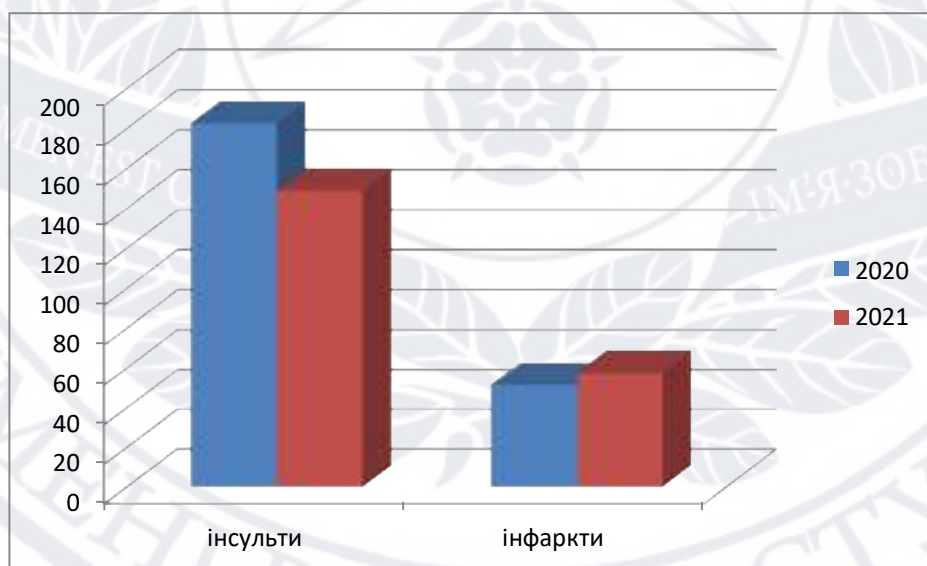


Рисунок 2.6 – Кількість госпіталізованих хворих з гострими інфарктами та гострими інсультами за 2020-2021 роки

Так, у 2021 році серед судинних катастроф збільшилось число хворих з інфарктом міокарда у порівнянні з 2020 роком. Однією з потенційних причин

ситуації відноситься обмеження профілактичної роботи відділення інтервенційної кардіології через недокомплектованість лікарями.

Відповідно до потреб населення госпітального округу та суміжних округів у 2020 році здійснено 3516 екстрених поступлень у медичний заклад, що на 7 % більше за аналогічний показник 2021 року.

Діяльність стаціонарного сектору загалом багатoproфільної лікарні проаналізовано за кількістю госпіталізованих пацієнтів протягом 2020-2021 років. Так, даний показник у 2020 році сягав 8435 осіб, тоді як 2021 році – 4598 хворих. Співвідношення дорослого та дитячого населення зображено на рисунках 2.7, 2.8.

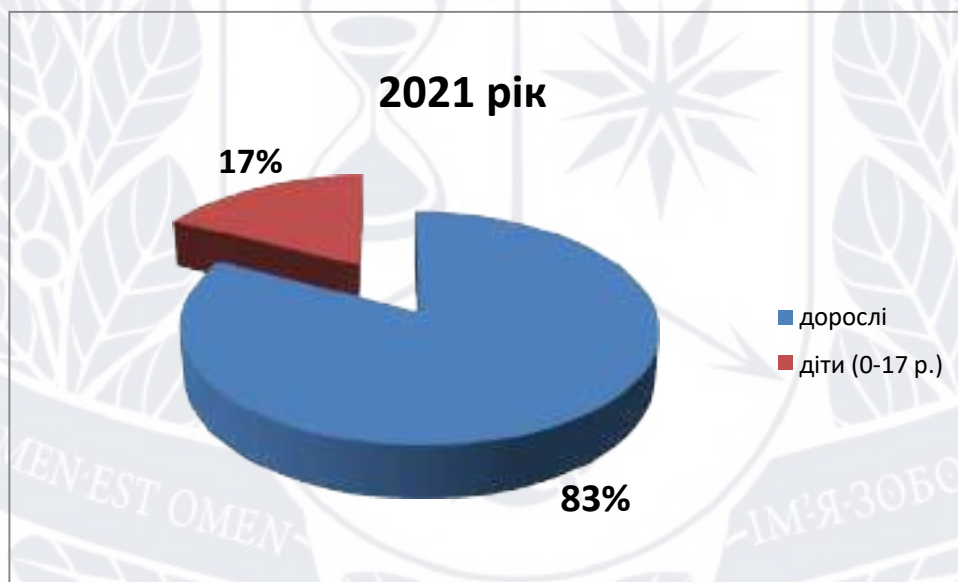


Рисунок 2.7 – Вікові групи пролікованих пацієнтів стаціонарів 2021 рік

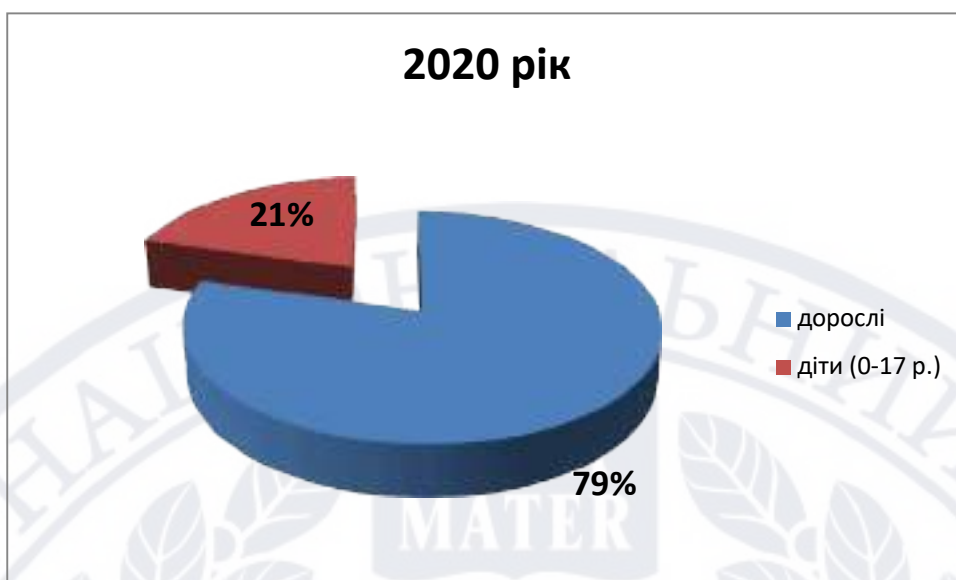


Рисунок 2.8 – Вікові групи пролікованих пацієнтів стаціонарів 2020 рік

Превалюючою часткою отриманих послуг вторинної стаціонарної медичної допомоги протягом періоду, який аналізується, залишається доросле населення.

Варто зауважити, загальна госпітальна смертність протягом 2020 року становила 0,6 %. На противагу у 2021 році, смертність стаціонарних пацієнтів досягла 1,5 % (56,0 % з якої діагностовано у ковідному відділенні).

До основних завдань багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування II рівня є проведення оперативних втручань. Так, протягом 2020 року прооперованих у стаціонарах пацієнтів 1862 дорослих осіб, з яких 169 (9,0%) – діти. Післяопераційна загальна смертність була рівною 0,3 %.

Ситуація у світі, що склалась у 2021 році, призвела до зменшення кількості проведених операцій у стаціонарах до 1144, з яких 93 (8,1 %) - у дітей. Показник післяопераційної смертності склав 0,4 %.

Найбільше оперативних втручань протягом 2020-2021 років проведено в акушерстві, а також при патології кістково-м'язевої системи, органів черевної порожнини, операції на шкірі та підкірній клітковині (рисунок 2.9).

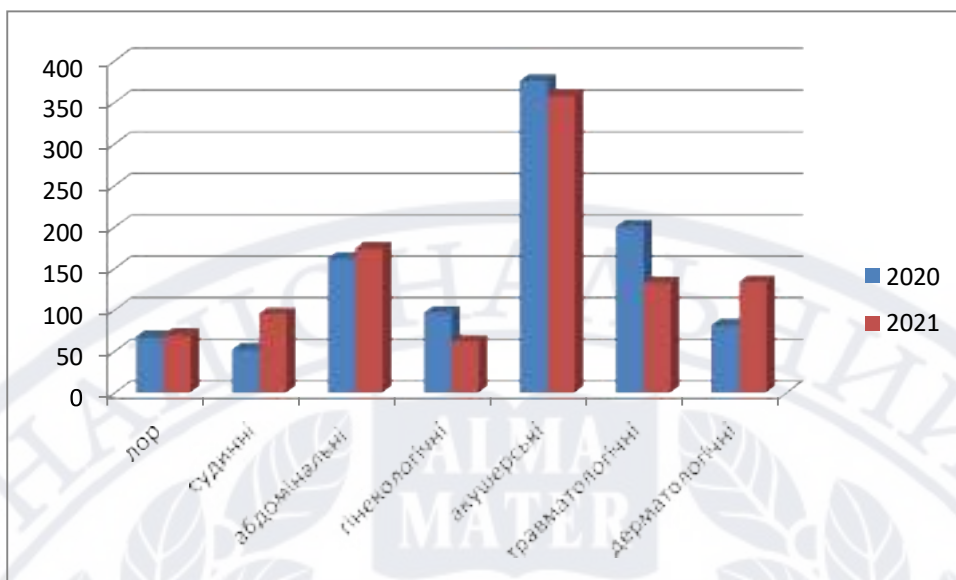


Рисунок 2.9 – Види оперативних втручань 2020-2021 роки

У 2021 році значно знизилась кількість операцій при патології кістково-м'язевої системи. Причиною служить вільна посада лікаря-травмалога, як в амбулаторному, так й стаціонарному сегменті. Спостерігається зростання оперативних втручань у 2021 проти 2020 року дерматологічної служби закладу. Структурним підрозділом КНП «Кременецька опорна лікарня» є сучасне відділення інтервенційної кардіології реперфузійної терапії та рентгеноендоваскулярної хірургії, яке функціонує з червня 2018 р. Останнє створене з метою удосконалення системи кардіологічної допомоги в рамках реалізації політики міністерства щодо зміцнення та збереження здоров'я населення при серцево-судинних захворюваннях, у відповідності до положення про відділення інтервенційної кардіології реперфузійної терапії й рентгеноендоваскулярної хірургії згідно наказу МОЗ України від 29.08.2017 №975 [39].

Необхідність функціонування відділення полягає у можливості пацієнтів отримати висококваліфіковану інтервенційну допомогу невідкладно в режимі 24/7 (протягом 24 годин 7 днів на тиждень) без потреби транспортування у період гострої стадії інфаркту міокарді, іншими критичними проявами захворювань коронарних судин, також планової допомоги пацієнтам з хронічною ішемічною хворобою серця. Ліжковий фонд становить 5 ліжок.

Критерієм ефективності роботи та рентабельності відділення є зменшення смертності від ускладнень серцево-судинних захворювань та кількість пролікованих жителів району, особливо сільського населення (таблиця 2.2).

Таблиця 2.2 – Діяльність відділення інтервенційної кардіології реперфузійної терапії та рентгеноендоваскулярної хірургії в 2021 році

Рік	Поступило пацієнтів		Переведені з інших відділень		Виписано		Померло
	Місто	Село	Місто	Село	Місто	Село	
2020	123	177	14	16	122	196	1
2021	89	151	13	14	160	116	2
Загалом	540		57		594		3

Протягом 2020-2021 років якісну та сучасну медичну допомогу при серцево-судинних катастрофах отримало 594 людини (смертність – 0,5 %). Проте спостерігається суттєве зменшення кількості проведених маніпуляцій у 2021 році через вакантні ставки лікарів даного відділення.

Для отримання додаткової інформації про стан здоров'я з застосуванням лабораторних та інструментальних методів проведено аналіз роботи діагностичного відділення клініко-діагностичного центру медичного закладу. Послуги населенню надаються на платній та безоплатній основах [46, 47], згідно затвердженого на сесії Міської ради переліку та тарифів платних послуг у відповідності до чинного закону (Додаток Б).

Так, у кабінеті функціональної діагностики обстежено протягом 2020 р. 14410 осіб, з яких 8377 - в поліклініці. Дітям віком до 18 р. проведено обстежень у 1220 осіб, з них 890 дітей – вдома. Загальна кількість досліджень була 16077, амбулаторних – 9075, вдома-840. Кількість електрокардіографічних-досліджень рівна 14563. Тоді як у 2021 р. кількість

обстежених у кабінеті зменшилась до 7486 осіб (4813 – в поліклініці). З 591 обстежених дітей, 409 маніпуляцій проведено в поліклініці. Загальна кількість проведених обстежень знизилась майже вдвічі – 8451 (вдома – 409), електрокардіографічних-досліджень – 6965.

Показники діяльності рентгенологічного кабінету за 2020 р. були наступними: виконано 11896 рентгенологічних досліджень амбулаторним хворим, з них профілактичні рентгенологічні дослідження - у 785 осіб й 189 – у дітей. Флюорографій проведено у 13918 осіб, з них – 1074 діти. У 2021 р. відмічено зниження кількості проведених рентгенологічних досліджень амбулаторним пацієнтам до 8407, профілактичних обстежень до 223 та 84 у дитячому віці відповідно. Кількість флюорографій органів грудної клітки зросла 14145 осіб та до 1145 у дітей.

Дана ситуація у діяльності відділу діагностики консультативного центру відповідає загальноукраїнській тенденції та пов'язана з введенням у 2021 р. обмежувальних карантинних заходів через пандемію COVID-19.

Таким чином, протягом 2020-2021 років відмічається депопуляція населення Кременецької громади з тенденцією до зростання кількості онкологічних захворювань серед працездатного населення.

Робота основних підрозділів медичного закладу належно виконувалась у відповідності до основних завдань багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування II рівня. Критичною залишається ситуація з відсутністю лікарів.

2.3 Оцінювання сучасного стану трансформації медичного обслуговування населення шляхом зростання доступності та покращення якості наданих послуг

Важливим вектором модернізації медичної галузі є формування та розвиток перспективних одиниць охорони здоров'я, як госпітальні округи. Мета створення останніх, як зазначено в офіційних джерелах, полягає в гарантованому доступу для пацієнтів до спеціалізованої якісної медичної

допомоги за умов раціонального використання бюджетних коштів сфери охорони здоров'я [19, 21, 22].

Згідно постанови про госпітальні округи КНП «Кременецька опорна лікарня» відноситься до одного з шести опорних закладів Тернопільської області. Медична установа внесена у перелік опорних закладів, оскільки виступає єдиною багатoproфільною лікарнею інтенсивного лікування другого рівня даного округу з центром у місті Кременець

Для визнання медичного закладу опорним потрібно привести у відповідність визначеним критеріям та вимогам [41].

Критерії визначення опорного закладу є наступні:

1. Доступність для пацієнтів - відстань до центру не перевищує 60 кілометрів;
2. Економічна ефективність, яка полягає у забезпеченні максимально можливої якості медичної допомоги хворим за умови раціонального й ощадливого використання ресурсів галузі;
3. Своєчасність прибуття до багатoproфільної лікарні – в межах 60 хв;
4. Безпечність медичної допомоги на основі доказової медицини;
5. Ліжковий фонд Кременецької опорної лікарні – 247 ліжок, з можливістю надання медичної допомоги не менш як 200 тис. осіб. для закладу II рівня;
6. Відповідний об'єм надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, що повинен забезпечуватися багатoproфільними лікарнями інтенсивного лікування першого та другого рівня [36];
7. Оснащення багатoproфільних лікарень інтенсивного лікування другого рівня здійснюється відповідно до примірних табелів матеріально-технічного оснащення, що затверджуються МОЗ;
8. Вторинна (спеціалізована) медична допомога та прийняття на лікування від екстреної медичної допомоги надається в умовах цілодобового стаціонару;

9. Функціонування приймально-діагностичного відділення з в'їздом для поступлення пацієнтів доставлених спеціалізованим санітарним транспортом;

З опорним закладом межують заклади охорони здоров'я I рівня, які надають медичну допомогу жителям наступних районів: Кременецький, Лановецький, Шумський райони (рисунок 2.10).



Рисунок 2.10– Розташування КНП «Кременецька опорна лікарня»

10. Стратегічно важливим є наявність повноцінного відділення екстреної та невідкладної допомоги з безперешкодним доступом для спеціалізованого транспорту [36]. Розвиток саме загальнодержавної мережі екстреної й невідкладної допомоги належить до одного із пріоритетних завдань реформування галузі. У свою чергу формування мережі опорних закладів передбачає також прийняття на лікування шляхом екстреної допомоги із суміжних округів.

КНП «Кременецька опорна лікарня» проводить медичну практику відповідно до виданої ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики 1) за лікарськими спеціальностями; 2) за видами медичної

допомоги; 3) за місцями її провадження (реєстраційне посвідчення від 29.08.2019 № 01/2908-М).

У Статуті медичного закладу у відповідності до законодавства передбачено надання медичної допомоги на безоплатній основі шляхом «самозвернення», зверненням за направленням (скеруванням) від сімейного лікаря, доставленням екстреною медичною допомогою, а також без направлення у певних випадках (рисунок 2.11).

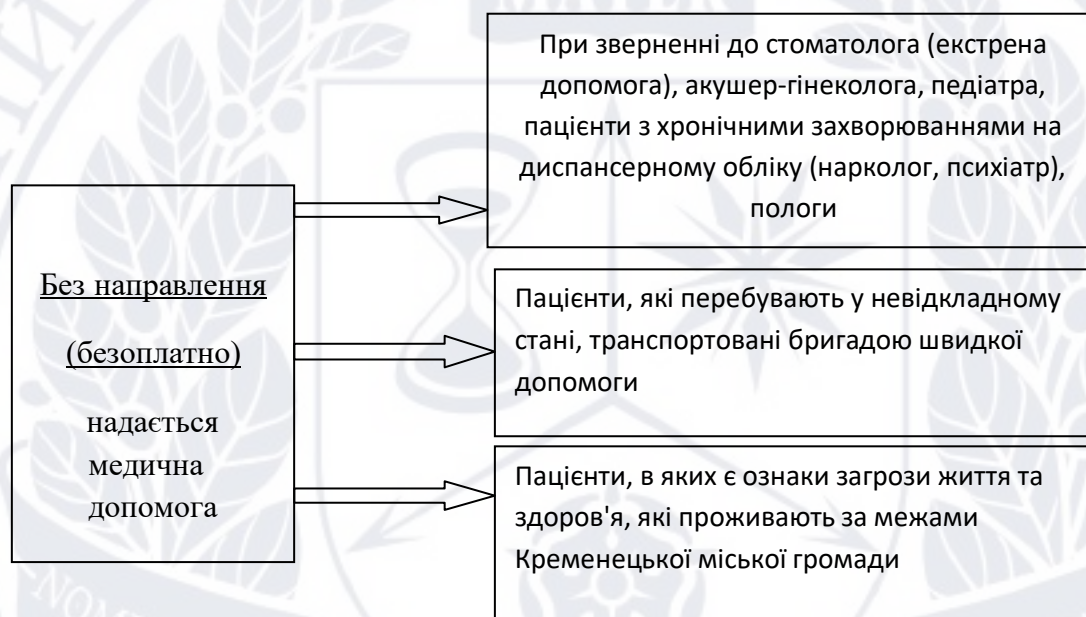


Рисунок 2.11 – Структура надання безоплатної допомоги населенню

Тобто, невідкладна допомога при загрозі для життя й здоров'я потерпілого, і не тільки жителям Кременецької громади, та критичні стани пов'язані із педіатричною, гінекологічною й стоматологічними практиками безперечно надаються на безоплатній основі пацієнтові.

Реформування медичної галузі та запровадження моделі державного солідарного медичного страхування забезпечило гарантовані державою низку безоплатних медичних послуг поряд із існуючими платними (Додаток Б).

У той же час в місті Кременець активно збільшується кількість приватних медичних центрів, які пропонують платні послуги амбулаторної допомоги з

діагностичною можливістю, сучасні технології лікування по принципу «терапія одного дня».

Трансформація вторинного рівня надання спеціалізованої допомоги передбачає роботу по Програмі медичних гарантій. На 2022 рік оновлена Програма надає змогу закладам охорони здоров'я забезпечити населення низкою пакетів медичних послуг, які оплачуються державою, кількість яких зросла до 35 пакетів медичних послуг. Для цього необхідно укласти договір з НСЗУ, яка виступає у ролі державного розпорядника бюджетних коштів.

За новим механізмом фінансування по програмі медичних гарантій КНП «Кременецька опорна лікарня» цього року надає 30 % (по 12 із 35 пакетів медичної допомоги) гарантованих державою безоплатних видів послуг для населення, що на 18 % більше порівняно із попереднім роком. Так, згідно Договору № 4083-Е421-Р000 пацієнтам доступна хірургічна допомога дорослим та дітям в умовах стаціонару (додаток 3), стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічного втручання (додаток 4), медична допомога при гострому мозковому інсульті в стаціонарних умовах (додаток 5), медична допомога при гострому інфаркті міокарда (додаток 6), медична допомога при пологах (додаток 7), медична допомога дорослим та дітям в амбулаторних умовах (профілактика, діагностика, лікування, реабілітація) (додаток 9), медичних послуг езофагогастродуоденоскопії (додаток 12), колоноскопії (додаток 13), лікування пацієнтів методом гемодіалізу в амбулаторних умовах (додаток 16), діагностика, лікування супровід осіб із ВІЛ (додаток 21), стоматологічна допомога в амбулаторних умовах (додаток 34), ведення вагітності в амбулаторних умовах (додаток 35) [14].

За офіційними даними серед населення Кременецької громади у 2021 році збільшилось кількість людей працездатного віку, які вперше отримали інвалідність за онкологічними захворюваннями, що є свідченням неналежного рівня медичної культури серед населення.

Для цього необхідно проаналізувати також роботу первинної ланки медико-санітарної допомоги за 2020-2021 роки по профілактиці онкологічних

захворювань, формування груп ризику, своєчасне скерування пацієнта на безоплатну езофагогастродуоденоскопію, колоноскопію, кооперацію з відповідними спеціалістами вторинної ланки спеціалізованої медичної допомоги. Також розробити план взаємодії із онкологічною службою для корегування ситуації, що склалась.

Варто було б медичному закладу розширити перелік безоплатних послуг по діагностиці онкологічних «передзахворювань», шляхом проведення мамографії та бронхоскопії. Адже спостерігається загальнодержавна стійка тенденція по зростанні кількості виявлень раку бронхо-легеневої системи, особливо серед курців, та раку молочної залози у жінок. До того ж запропоновані обстеження є у переліку медичних послуг по Програмі медичних гарантій населенню на 2022 рік.

Актуальним в умовах сьогодення залишається ситуація щодо забезпечення належною медичною допомогою пацієнтів з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, які потребують стаціонарного лікування. Для цього укладено договір № 1496-E421-P000 за програмою медичних гарантій, згідно якого пацієнти отримують безоплатну медикаментозну терапію. Життєво необхідним методом лікування таких хворих виступає киснева терапія. Для цього встановлено та введено в експлуатацію кріогенну ємність-газифікатор для кисневої терапії, згідно Програми Президента України «Велике будівництво». Спеціальна установка, яка перетворює рідкий кисень у газ, з системою подачі через труби до палат та, що важливо, вміщує в себе місячну потребу закладу - 3 метрів кубічних медичного кисню [35].

З ціллю покращення доступності та якості медицини для населення медичний заклад задіяний у Програмі Президента України «Велике будівництво», проєкті “EMERGENCY 2020” МОЗ України [35].

На даний час проводяться ремонтні роботи у приймальному відділенні КНП «Кременецька опорна лікарня» по Програмі «Велике будівництво». Відтак, згідно затверджених стандартів ведеться будівництво площадки для

під'їзду спеціального санітарного транспорту з наскрізним безперешкодним проїздом двох автомобілів. Перепланування самого відділення з окремими входами для прийняття на госпіталізацію пацієнтів планово та з інфекційними захворюваннями. Обов'язковою є зонування відділення: приймально-сортувальна зона, зона деконтамінації, зона реанімації, загальномедична зона та маніпуляційний кабінет [36].

Збудоване приймальне відділення лікарні у відповідності до нових вимог повинно б оптимізувати роботу екстреної медичної допомоги, яка відтепер є невід'ємною частиною спеціалізованих медичних закладів II рівня та забезпечити ефективніше й доступніше надання спеціалізованої допомоги населенню у режимі 24/7 [38, 41].

У медичному закладі розпочато реалізацію проекту "EMERGENCY 2020" МОЗ України у рамках Національної Програми «Велике будівництво». Так, отримано обладнання для кабінету комп'ютерної томографії.

Даний проект передбачає єдиний стандарт облаштування приймальних відділень усіх опорних лікарень - однотипний брендбук, структура приміщень та відповідний перелік сучасного обладнання: цифровий рентген, апарат ультразвукового дослідження, ендоскопічна установка, кардіомонітори, дефібрилятор, апарат ШВЛ, лабораторне обладнання, магнітно-резонансна томограф, ангиограф (рисунки 2.12).



Рисунок 2.12 – Перелік обладнання по проекту “EMERGENCY 2020”

Таким чином, з метою організації належного функціонування КНП «Кременецька опорна лікарня» залучає матеріальні ресурси медичної галузі, беручи участь у програмах різних рівнів. Оскільки реформа вторинної ланки у системі охорони здоров'я передбачає структурну перебудову закладу у відповідності, оновлення обладнання та вирішення ряду економічних питань. Поряд з цим також відбувається зміна системи надання медичних послуг населенню у напрямку зростання доступності, безперервності та підвищення якості.

У той же час спостерігається тенденція збільшення частки приватного медичного сектору на території громади у амбулаторному сегменті. Це свідчить про готовність та купівельну спроможність пацієнтів, як споживачів медичних послуг, оплачувати отримані послуги. Тому попри економічні чинники важливим елементом виступає кваліфікація персоналу, вміння зрозуміти клієнта і рівень культури медичного закладу – нематеріальна частина надання медичних послуг, як якість.

Висновки до розділу 2

Дослідження, проведене в другому розділі роботи, показало, що для того, щоб покращити сервіс сфери медичного обслуговування Кременецької лікарні, необхідно забезпечити лікарями консультативно-діагностичного центру, що дасть можливість розширити обсяги надання вторинної амбулаторної допомоги. Пріоритетними постають питання закриття вакантних посад лікарів гемодіалізного й відділення інтервенційної кардіології реперфузійної терапії та рентгеноендоваскулярної хірургії.

Протягом 2020-2021 років відмічається депопуляція населення Кременецької громади з тенденцією до зростання кількості онкологічних захворювань серед працездатного населення.

Робота основних підрозділів медичного закладу належно виконувалась у відповідності до основних завдань багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування II рівня. Критичною залишається ситуація з відсутністю лікарів.

З метою організації належного функціонування КНП «Кременецька опорна лікарня» залучає матеріальні ресурси медичної галузі, беручи участь у програмах різних рівнів. Оскільки реформа вторинної ланки у системі охорони здоров'я передбачає структурну перебудову закладу у відповідності, оновлення обладнання та вирішення ряду економічних питань. Поряд з цим також відбувається зміна системи надання медичних послуг населенню у напрямку зростання доступності, безперервності та підвищення якості.

У той же час спостерігається тенденція збільшення частки приватного медичного сектору на території громади у амбулаторному сегменті. Це свідчить про готовність та купівельну спроможність пацієнтів, як споживачів медичних послуг, оплачувати отримані послуги. Тому попри економічні чинники важливим елементом виступає кваліфікація персоналу, вміння зрозуміти клієнта і рівень культури медичного закладу – нематеріальна частина надання медичних послуг, як якість.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ СИТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ КОМУНАЛЬНИМ НЕКОМЕРЦІЙНИМ ПІДПРИЄМСТВОМ «КРЕМЕНЕЦЬКА ОПОРНА ЛІКАРНЯ»

3.1 Використання QR-кодів з метою покращення сервісу медичного обслуговування населення

Внаслідок реформування вторинного рівня спеціалізованої медичної допомоги, базуючись на принципі «гроші йдуть за пацієнтом», функціонування медичних закладів охорони здоров'я напряду залежить від кількості пацієнтів, які користуються послугами даної установи, та їх результатів лікування, що, у свою чергу, забезпечує фінансування лікарні. До того ж відкритий ринок медичних послуг потенціював зростання частки приватного сектору, тим самим дав можливість пацієнтам отримати не тільки належну медичну допомогу, але й покращити сервіс обслуговування. Тому для дієвості та успішного функціонування лікувальних установ потрібно орієнтуватись на надання якісних й доступних медичних послуг та комунікацію із пацієнтами для отримання актуальної зворотної інформації [9].

При зверненні за медичною допомогою у комунальні чи державні лікувальні заклади у пацієнтів зазвичай виникають ряд проблем, як час очікування у черзі, тривалість отримання послуги, доступність наданої інформації, комфортність умов обслуговування, а також ввічливість та компетентність медичних працівників. Це створює для пацієнтів незручності та викликає незадоволення. Тобто зростає потреба у комфортності надання медичних послуг. Однак, при зверненні у лікарню громадянин має змогу отримати безкоштовно консультацію спеціаліста та провести додаткові обстеження при необхідності.

Існує інший шлях отримання медичних послуг у приватних структурах. У даному випадку на високому рівні зреалізовується попит жителів на медичні

послуги: якість та комфортність при отриманні медичних послуг, пропозиції щодо нових методик лікування й сучасного обладнання, опіка про пацієнтів та швидкий обмін інформацією. Але знову ж постає проблема високого рівня вартості медичних послуг та низької доступності їх для широких верств населення. Як показує досвід пацієнти готові самостійно оплачувати медичні послуги, надаючи перевагу сервісу та інноваціям у медицині. Підтвердженням цього є зростання кількості приватних медичних центрів протягом останніх двох років у місті Кременець.

Процес трансформування медичної галузі із переорієнтацією на клієнта із врахуванням якості обслуговування запрацював нещодавно. Для широкого впровадження таких змін необхідно перш за все сформувати проякісний тип мислення в організації, починаючи з керівництва, та залученням усіх працівників медичної установи. Іншими словами, необхідно сформувати нову філософію й культуру медичного закладу. Сюди належать відносини між працівниками та їх кваліфікація, дотримання норм медичної та загальної поведінки, а також комунікація із самими пацієнтами. Саме безперервне піклування про пацієнтів виступає запорукою досягнення кінцевої цілі – якості наданих медичних послуг (додаток Г). Звідси випливає, що система управління якістю потребує постійного вдосконалення у відповідно до задоволення потреб пацієнтів та регулюється нормою ISO 9001:2000. Проте знову виникає проблема для керівництва лікарень у наявності чіткої інформації про комплекс показників на всіх етапах надання якісних медичних послуг пацієнтам. Як результат станом на сьогодні труднощі впровадженнь на практиці. З іншої сторони, якість наданих медичних послуг впливає на їх ціну. Із підвищенням якості обслуговування зростає й оплата за них. Тому оцінка економічного примусу продукує якість і ціни, як наслідок, трансформує якість у самостійний товар.

Ключовою фігурою будь-якого медичного закладу є пацієнт, котрий зі сформованими потребами виступає об'єктом на усіх етапах процесу надання спеціалізованої медичної допомоги з необхідністю їх задоволення. Останнє, у

свою чергу, є регулятором попиту на ринку й показником конкурентоспроможності лікувальних установ. Така пряма залежність організацій від своїх клієнтів формує необхідність усвідомлення їх потреб із вивченням ступеня задоволення наявних вимог, а краще й передбаченням та перевершенням очікувань.

Впровадження системи електронного інформування у лікарнях призведе до отримання зворотного зв'язку від пацієнтів про якість та сервіс обслуговування та можливість швидкого реагування, вплине на продуктивність та комплаєнс до закладів. Відтак, отримати зазначену інформацію медичні установи зможуть через надсилання листів на електронні поштові скриньки пацієнтів, заповнення паперових анкет, on-line анкетування з інтернет-сайту. Недоліком цього є затратність часу для пацієнтів та вимоги до певного рівня навиків електронної грамотності; адміністратор лікарні, який відповідатиме за збір, формування інформації та може своїми діями спотворити її; невідповідність встановленого обладнання з швидким розвитком інформаційних технологій; об'єктивність інформації, яка буде залежати від рівня освіченості самого пацієнта.

Відсутність можливості належного застосування та розробки програмного інформаційного забезпечення у відповідності не дасть бажаного результату. Методології створення інформаційних систем у відповідності до стандартів та вимог немає. Тому керівництву закладу потрібно буде залучати спеціалістів ІТ-сфери для розвитку власних електронних ресурсів. Також, небажання адміністрації лікарень розвивати даний вид комунікацій з пацієнтами.

Можна використати більш простіший та зручніший методом, як QR-код – двовимірний штрих-код, який легко розпізнається фотокамерою мобільного телефону з наявним програмним забезпеченням. Сам код опублікований у стандартах ISO без специфікації формату даних. Відтак створення такого коду не потребує спеціальних комп'ютерних навиків, можливо поновлювати інформацію для опитування, швидко отримувати «фідбек» та аналізувати

відгуки, та пропозиції, що є перевагою для медичних установ. Пацієнти можуть одразу ж надіслати відгук, приклавши камеру телефону до розміщеного QR-коду.

Після зчитування QR-коду камерою мобільного телефону пацієнт може моментально оцінити якість медичного обслуговування в Кременецькій опорній лікарні та надіслати відгук (рисунок 3.1).

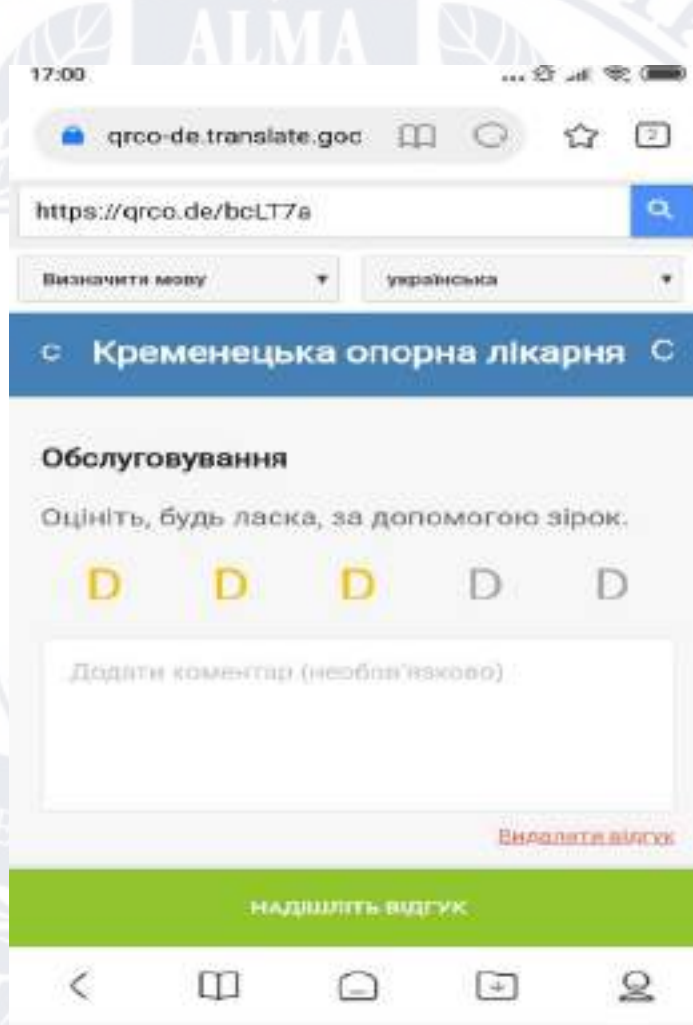


Рисунок 3.1 – Розпізнаний QR-код пацієнтом для оцінки якості медичного обслуговування в Кременецькій опорній лікарні

Згенерований розробником QR-коду для пацієнтів щодо оцінки якості медичного обслуговування в Кременецькій опорній лікарні представлено на рисунку 3.2.



Рисунок 3.2 – QR-код для пацієнтів щодо оцінки якості медичного обслуговування в Кременецькій опорній лікарні

У свою чергу розробник (адміністрація, завідувач відділень, штатний ІТ-спеціаліст) отримує сповіщення. «Моя сторінка відгуків» містить інформацію про кількість сканувань коду, якою операційною системою, за часом, саму оцінку та відгуки (рисунок 3.3).

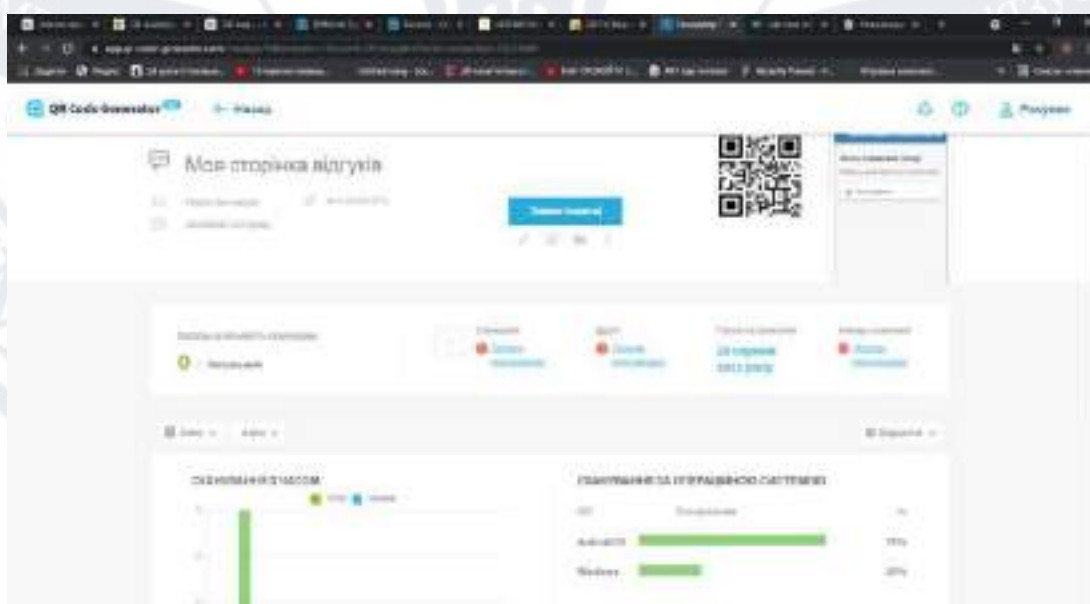


Рисунок 3.3 – Інформація по використанню QR-кодів пацієнтами в Кременецькій опорній лікарні

Отже, використання QR-кодів у практичній діяльності Кременецької лікарні дасть можливість оцінити якість медичних послуг населенню та визначити, які питання вимагають додаткової до себе уваги.

3.2 Укомплектування штату працівників для підвищення обсягів надання медичних послуг Кременецькою опорною лікарнею

Для повноцінного обслуговування населення громади керівництву Кременецької лікарні необхідно закрити вакантні ставки лікарів консультативно-діагностичного відділення – кардіолога, невролога, травматолога. Впродовж останніх 3 років кількість кардіологічних хворих з аритміями, ішемічною хворою серця та, як наслідок, з інфарктом міокарда й неврологічних пацієнтів з порушеннями мозкового кровообігу і з важким проявом інсультом головного мозку неухильно зростає серед жителів громади. Часто такі патологічні стани виникають у людей працездатного віку та призводять до інвалідизації та смерті. Тому питання доукомплектування спеціалістами кардіологічної та неврологічної служб на амбулаторному рівні є вкрай важливим.

Така ситуація обумовлена відсутністю молодих спеціалістів на даній території, небажанням перепрофільовуватись працюючих лікарів, оскільки несе за собою низку проблем, велику відповідальність та необхідність швидко реагувати на ситуацію. Важливим моментом постає заробітна плата, оскільки оплата не відповідає рівню навантаження на лікаря та залежить від кількості пролікованих пацієнтів.

В умовах формування ринкових відносин медичних послуг заклади охорони здоров'я виступають об'єктами господарювання. Тому одним із першочергових завдань для належного функціонування лікарень є отримання прибутку для покриття видатків на сферу медичних послуг та їх розширення, а також зниження загальних витрат. Для досягнення успіху у медичному закладі необхідно оптимізувати кількісну та якісну складові асортименту медичних

послуг. Оскільки наявна пряма залежність ціни платних послуг, як економічної категорії, від якості та доступності медичного обслуговування пацієнтів.

Варто зауважити, що згідно офіційних даних кількість пацієнтів з кардіологічними та неврологічними захворюваннями щороку зростає. Усі вони потребують курування зі сторони лікарів, яке отримують в інших лікувальних закладах первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги. Іншими словами, вакантні ставки лікаря-кардіолога та лікаря-невролога зменшуються дохід лікувальної установи, оскільки базовим принципом нової моделі медичної галузі є «гроші за пацієнтом».

Відтак консультація лікаря-кардіолога для пацієнтів є платною. Плата за таку послугу складає 89 грн. 21 коп., з врахуванням ПДВ. Також необхідно відмітити, що хворі перед прийомом до даного спеціаліста повинні пройти обстеження електрокардіографії серця (зазначено у вимогах). Дане обстеження вартує для клієнта 33 грн. 66 коп., з врахуванням ПДВ. Оплачується у лікарняній касі закладу.

Розмір зарплати прописується у трудовому договорі між керівником установи та працівником (лікарем). Оплата за роботу включає тарифну ставку і тарифний розряд лікаря, орієнтуючись на розроблені Методичні рекомендації МОЗ з питань укладення колективних договорів комунальними некомерційними підприємствами [36]. Із документу, загальний бюджет лікарні розділяється на кілька фондів: оплата праці медичних працівників коливається в межах 20-25 %, адміністративно-господарський персонал – 18 %, 22-25 % коштів виокремлюють на премії, 20 % - на комунальні платежі, оренду, амортизацію й витратні матеріали, 8-10 % становить відрахування у резервний фонд та 0,5 % - охорона праці людей. Підсумовуючи, 60-68 % коштів загального бюджету виділяється медичним закладом у фонд оплати праці.

Валовий дохід лікарні в результаті закриття ставки лікаря-кардіолога розраховано за формулою (3.1):

$$V_d = K_{пн} \times C_{пн} + K_{пе} \times C_{пе}, \quad (3.1)$$

де V_d – валовий дохід лікарні від закриття ставки лікаря-кардіолога за рік;

$K_{пн}$ – кількість наданих послуг лікарем за рік;

$C_{пн}$ – ціна послуги лікаря;

$K_{пе}$ – кількість проведених електрокардіографій за рік;

$C_{пе}$ – ціна електрокардіографічного обстеження.

$$V_d = 4516 \times 89,21 + 4813 \times 33,66 = 564877 \text{ грн. } 94 \text{ коп.}$$

Згідно методичних рекомендацій МОЗ 68 % від отриманого валового доходу лікарня спрямовує у фонд оплати праці медичних працівників, адміністративно-господарської служби, розраховано за формулою (3.2):

$$V_{зп} = V_d \times 0,68, \quad (3.2)$$

де $V_{зп}$ – витрати на заробітну плату працівників у фонд оплати праці за рік;

V_d – валовий дохід лікарні від закриття ставки лікаря-кардіолога за рік; 0,68 – відрахування у фонд оплати праці.

$$V_{зп} = 564877 \text{ грн. } 94 \text{ коп.} \times 0,68 = 384117 \text{ грн.}$$

Тоді проведено розрахунки залишків на рахунку медичної установи із врахуванням витрат на заробітну плату працівникам за формулою (3.3):

$$Z_k = V_d - V_{зп}, \quad (3.3)$$

де Z_k – залишки коштів медичної установи;

$V_{зп}$ – витрати на заробітну плату працівників у фонд оплати праці за рік;

V_d – валовий дохід лікарні від закриття ставки лікаря-кардіолога за рік.

$$Зк = 564877 \text{ грн. } 94 \text{ коп.} - 384117 \text{ грн.} = 180760 \text{ грн. } 94 \text{ коп.}$$

Відтак отримана сума у 180760 грн. 94 коп. становить 32 % валового доходу лікарні від закриття посади лікаря-кардіолога. Тобто, можливим буде також покрити наступні потреби: виплата комунальних платежів, оренда приміщень, амортизацію устаткування, витратні матеріали, а також зачислення у резервний фонд та видатки на забезпечення належних умов охорони праці (20 %, 10 % й 0,5 % відрахувань від загального бюджету відповідно).

Таким чином, закриття ставки лікаря-кардіолога є цілковито раціональним управлінським рішенням для медичної установи.

Актуальним залишається питання закриття посади спеціаліста неврологічної служби амбулаторного сектору закладу. Відтак консультація лікаря-невролога для хворих є платною. Плата за дану послугу складає 72 грн. 23 коп., з врахуванням ПДВ. Оплата відбувається лікарняній касі.

У свою чергу прийняття на роботу лікаря-невролога забезпечить валовий дохід лікарні, який прораховано за наступною формулою (3.4):

$$Vд = Kпн \times Цпн, \quad (3.4)$$

де $Vд$ – валовий дохід лікарні від закриття ставки лікаря-невролога за рік;

$Kпн$ – кількість наданих послуг лікарем за рік;

$Цпн$ – ціна послуги лікаря.

$$Vд = 2498 \times 72,23 = 180430 \text{ грн. } 54 \text{ коп.}$$

Необхідно також виокремити витрати на заробітну плату працівникам медичної й адміністративно-господарської структур, які обраховані за вказаною формулою (3.5):

$$Vзп = Vд \times 0,68, \quad (3.5)$$

де $V_{зп}$ – витрати на заробітну плату працівників за рік;

$V_{д}$ – валовий дохід лікарні від закриття ставки лікаря-невролога за рік;

$0,68$ – відрахування у фонд оплати праці.

$$V_{зп} = 180430 \text{ грн. } 54 \text{ коп.} \times 0,68 = 122692 \text{ грн. } 80 \text{ коп.}$$

Виділивши із валового доходу частку коштів у фонд оплати праці, отримаємо залишки коштів на рахунку лікувального закладу, проведені обчислення якого проведені за формулою (3.6):

$$Z_k = V_d - V_{зп}, \quad (3.6)$$

де Z_k – залишки коштів медичної установи;

$V_{зп}$ – витрати на заробітну плату працівників у фонд оплати праці за рік;

V_d – валовий дохід лікарні від закриття ставки лікаря-невролога за рік.

$$Z_k = 180430 \text{ грн. } 54 \text{ коп.} - 122692 \text{ грн. } 80 \text{ коп.} = 57737 \text{ грн. } 74 \text{ коп.}$$

Так, одержана сума коштів у 57737 грн.74 коп. становить 31 % валового доходу лікарні від закриття посади лікаря-невролога. Цього достатньо, щоб покрити видатки у інші вище зазначені потреби лікувального закладу.

Таким чином, пропозиція щодо укомплектування штату лікарями неврологом та кардіологом амбулаторного сектору є актуальною, виваженою, фінансово обґрунтованою та корисною для успішної діяльності Кременецької лікарні (таблиця 3.1).

Таблиця 3.1 – Проведені розрахунки рентабельності закриття вакантних ставок лікарів кардіолога та невролога для Кременецької лікарні

	Лікар-кардіолог	Лікар-невролог
Вартість консультації	89 грн. 21 коп	72 грн. 23 коп.
Валовий дохід лікарні	564877 грн. 94 коп.	180430 грн. 54 коп.
Витрати на заробітну плату працівників у фонд оплати праці (68 % від валового доходу)	384117 грн.	122692 грн.80 коп.
Залишки коштів на покриття інших потреб фондів – комунальні платежі, амортизаційні витрати, резервний фонд, охорона праці (32% від валового доходу)	180760 грн. 94 коп. (32%)	57737 грн.74 коп. (31%)

Варто зауважити, що протягом 2021 року на території України згідно Постанови Кабінету Міністрів № 1236 від 12.03.2020 року був запроваджений карантин за запроваджено обмежувальні протиепідемічні заходи з метою запобігання та поширення гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої корона вірусом SARS-CoV-2. Відтак, у звичайному режимі роботи сума валового доходу змінилась би у сторону зростання.

У такому випадку абсолютно логічним постає необхідність прийому на роботу вище вказаних спеціалістів, оскільки дана ситуація чинить негативний медичний та економічний ефекти для результативної роботи лікарняного закладу. Тому для найшвидшого залучення лікарів важливо створити сприятливі умови праці із розробкою мотиваційної системи.

Відтак для формування дієвої мотиваційної програми потрібно усвідомити ряд особливостей. Професія лікаря полягає у допомозі пацієнтам з позиції покликання та обов'язку. Необхідно врахувати, що основним джерелом доходу медичних працівників є їхня професійна діяльність у рамках чинного медичного законодавства. Вони керуються лише власним досвідом, який

отримано внаслідок тривалого та складного процесу навчання, та діють автономно. Тому постає потреба у постійному навчанні та стажуванні з метою розширення досвіду. Об'єднуються лікарі у спільноти заради розвитку, не з фінансових чи матеріальних мотивів.

Отже, цілковите укомплектування штату Кременецької опорної лікарні дасть можливість збільшити обсяги надання медичних послуг із оптимальним навантаженням на лікарів, що покращить якість сфери обслуговування, та принесе позитивний економічний ефект у вигляді виплат премій для її працівників і забезпечить результативність самої медичної установи.

3.3 Обґрунтування шляхів для зростання результативності Кременецької лікарні

В Україні за умов реформування галузі змінився статус лікарень – з установ із бюджетним типом фінансування у суб'єкти господарської діяльності. Це дало змогу самостійно спланувати власну роботу, базуючись на засадах економічної незалежності, використовувати на розсуд існуючі засоби та майно із метою досягнути результат та безпосередня відповідальність за отримані наслідки. Відтак загальна оцінка діяльності закладу виражається у додатних або від'ємних фінансових показниках. Очевидно, що отриманий фінансовий дохід в подальшому збільшує шанси самостійного фінансування, а тому й до незалежності та є мотиваційним фактором, щоб примножувати капітал й надалі.

Одним із перших завдань для покращення результативності лікарні виступає потреба формування управлінського ланцюга. Оскільки керівництву медичного закладу в ринкових умовах потрібно планувати власну діяльність і формувати цілі, розробляти стратегії із залученням персоналу (медичного й допоміжного) та матеріальних і нематеріальних ресурсів. Така управлінська діяльність розділяється у двох напрямках. Так, перший складає операційне й стратегічне управління з визначенням поточних потреб установи. Тоді як

другий зосереджений на прийнятті управлінських рішень щодо повсякденної діяльності лікарні та орієнтація на майбутнє.

Важливим інструментом керування на даний момент постає планування роботи керівника, яке спричинено зростанням складності медичного устаткування, розширенням напрямів діяльності, потребою збільшення видатків на інвестиційні проекти, високим ризиком, постійним підвищенням вимог пацієнтів. Поточне та стратегічне планування забезпечує раціональність дій закладів охорони здоров'я у теперішніх умовах, виконання взятих на себе зобов'язань у майбутньому та згуртовує працівників, які відчують приналежність з медичним підприємством.

Не менш важливим елементом управлінської діяльності є врахування впливу зовнішнього середовища медичного підприємства, у якому воно діє, для пошуку найоптимальнішої позиції для себе. Макрооточення (як приклад демографія, суспільні тренди, податкова система) формує умови, від яких залежить становище лікувальної установи у регіоні й державі.

У той же час лікарня залишається частиною системи охорони здоров'я із встановленими цілями, програмами діяльності. Саме остання, як складова соціальної політики, фокусується у трьох аспектах: лікувально-профілактична робота, реабілітація і соціальна адаптація осіб та профілактичний напрямок. Політика у галузі охорони здоров'я належить до макрооточення лікувального закладу та впливає на його функціонування.

Відтак для ефективної організації роботи медичного закладу потрібно розробляти плани у наступних напрямках:

1. Планування людських кадрів, які визначають культурне середовище лікарні, моральні засади, а також створювати можливість розвитку лікувального закладу й окремих його відділів.

2. Планування ресурсів та контроль за ними (медичного обладнання, кількості і якості приміщень).

3. Маркетинговий план (пошук та вихід на потенційні ринки, а також розширення бази пацієнтів).

4. Фінансовий план дає можливість виявлення відповідних фінансових ресурсів від зовнішніх та внутрішніх джерел, контроль над ними.

З метою прийняття раціональних рішень щодо ефективного управління лікарнею керівник закладу повинен володіти на належному рівні управлінськими, організаційними, економічними, а також маркетинговими навичками. Як показує практика, маркетинг в лікарні не проводиться взагалі через низький рівень компетентності керівництва. Тому виправдано буде ввести посаду маркетолога у структуру медичного закладу, як один з етапів для покращення його результативності.

Іншою складовою ланцюга ефективної роботи та одночасно й кінцевою метою діяльності державних медичних закладів є користь для пацієнтів, а саме: безперервність медичного обслуговування, загальна доступність, відсоток й перелік безоплатних послуг. Зазначена користь досягається шляхом раціональної діяльності, як економії коштів й цілеспрямованій роботі - "рентабельність діяльності". Тобто, успішне господарювання лікувальних установ визначається корисністю наданих медичних послуг населенню із утримуванням належного показника рентабельності, що формує вартість закладу.

Проте варто врахувати ряд особливостей та чинники, які гальмують результативність лікарень:

- відсутність відділів у штаті лікарні, які б забезпечували повномасштабну роботу закладу;
- менеджерів у сфері охорони здоров'я, що теоретично обізнані і володіють практичними навичками у вирішенні управлінських, організаційних, економічних, маркетингових і технічних питань;
- програм підготовки спеціалістів даного спрямування в достатній кількості для задоволення потреб медичної сфери;
- практики проведення тренінгів профінансованих лікарнями для підвищення кваліфікації працівників у сфері сервісу та вдосконалення

комунікативних здібностей. Це дасть можливість підвищити якість наданих медичних послуг та вартість закладу;

– відсутність на практиці проведення системного аналізу, розпланування й утвердження бюджетів з позиції оптимізації витратків.

Очевидно, що діяльність медичного закладу повинна базуватись на логічній основі, яка являє собою процес перетворення наявних ресурсів на послуги задля виправдання очікувань пацієнтів при оптимальних витратах – ланцюг результативності. Формування взаємовідносин даного процесу відбувається за рахунок створення логістичних, галузевих, вартісних ланцюгів. Так, М. Портер саме ланцюг вартості характеризує як систему взаємозалежних сфер діяльності закладу, які утворюють цінність та взаємно чинять вплив на витрати або ефективність інших сфер діяльності [34]. Вартість лікувальної установи залежить від основних і допоміжних процесів. До перших належить маркетинг, логістика й сфера медичного обслуговування (виробництво). Тоді як допоміжні процеси необхідні для підтримки створення вартості. Беззаперечним залишається той факт, що саме продукція, яка цінна для споживачів забезпечить успіх на ринку послуг. Ступінь цінності ж напряду залежить від уміння максимально задовольнити потреби пацієнтів. Тому результативність (прибутковість) лікувальних закладів буде сталою при перевищенні сформованої цінності над обсягом витрат, які супроводжують сферу медичних послуг (рисунок 3.1).

У діючому ринку медичних послуг назріла необхідність введення у штат Кременецької лікарні посади маркетолога, який би проводив аналіз зовнішнього середовища, тенденцій у даному сегменті. Таку посаду можливо закрити шляхом перепрофілювання внутрішніх працівників або прийняття ззовні. Ефективна робота зазначеного спеціаліста допоможе приймати адекватні управлінські рішення при розробці стратегічних та поточних планів медичного підприємства.

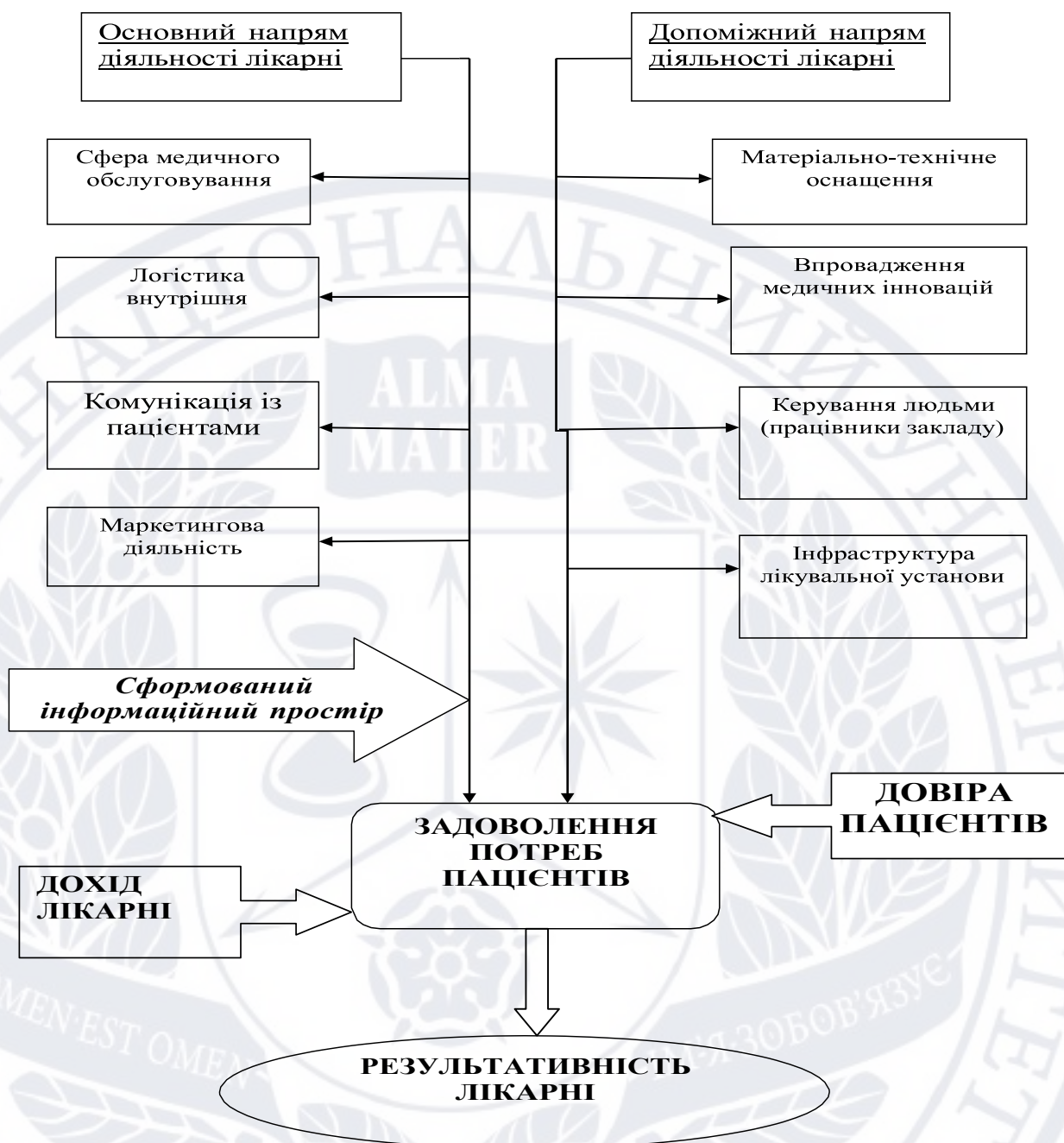


Рисунок 3.1 - Утворення ланцюга результативності лікувального закладу

Таким чином, для ефективної діяльності керівництву Кременецької лікарні рекомендовано використовувати у повсякденній роботі запропонований ланцюг результативності медичної установи з чітким розділенням основних та допоміжних напрямків діяльності. Впроваджені зміни покращать якість наданих послуг сфери медичного обслуговування, збільшення кількості задоволених пацієнтів, зростання прибутків та підвищення результативності лікувальної установи в цілому.

Висновки до розділу 3

В третьому розділі роботи на основі проведеного аналізу сформовано наступні пропозиції.

Для формування дієвої мотиваційної програми потрібно усвідомити ряд особливостей. Професія лікаря полягає у допомозі пацієнтам з позиції покликання та обов'язку. Необхідно врахувати, що основним джерелом доходу медичних працівників є їхня професійна діяльність у рамках чинного медичного законодавства. Вони керуються лише власним досвідом, який отримано внаслідок тривалого та складного процесу навчання, та діють автономно. Тому постає потреба у постійному навчанні та стажуванні з метою розширення досвіду. Об'єднуються лікарі у спільноти заради розвитку, не з фінансових чи матеріальних мотивів.

Отже, цілковите укомплектування штату Кременецької опорної лікарні дасть можливість збільшити обсяги надання медичних послуг із оптимальним навантаженням на лікарів, що покращить якість сфери обслуговування, та принесе позитивний економічний ефект у вигляді виплат премій для її працівників і забезпечить результативність самої медичної установи.

Для ефективної діяльності керівництву Кременецької лікарні рекомендовано використовувати у повсякденній роботі запропонований ланцюг результативності медичної установи з чітким розділенням основних та допоміжних напрямків діяльності. Впроваджені зміни покращать якість наданих послуг сфери медичного обслуговування, збільшення кількості задоволених пацієнтів, зростання прибутків та підвищення результативності лікувальної установи в цілому.

ВИСНОВКИ

Вибір Україною європейського вектору зі сталим соціально-економічним розвитком актуалізував потребу зміцнення людського капіталу, визначальним для якого є здоров'я людини. Тому першочерговим завданням держави є побудова системи медичної галузі, яка б підтримувати здоров'я населення шляхом надання доступних медичних послуг, опираючись на якість, доступність та безпечність для споживачів, та була спроможною ефективно використати наявні ресурси медицини із врахуванням історичних, економічних й культурних чинників країни.

За таких умов існуюча бюджетна модель медичної галузі не відповідала висунутим вимогам – без дієвого механізму регулювання якості медичних послуг, орієнтація на потреби системи, а не проблеми пацієнтів, звужений доступ до спеціалізованої медичної допомоги для широких верств населення, нераціональне використання матеріальних та фінансових ресурсів, обмежене постатейне фінансування зі сторони держави.

Відтак, нагромаджені численні проблеми у системі охорони здоров'я і недоліки у самому здоров'ї громадян стали наслідком незлагодженості управлінських рішень. Все це обумовило необхідність структурної реорганізації медичного обслуговування, оптимізацію ресурсів та якісного й продуктивного управління ними, що взято за основу у національній моделі охорони здоров'я. Розпочаті реформи у медичній галузі (2015-2020 роки) були спрямовані у напрямку державного солідарного страхування з гарантованим соціальним пакетом медичної допомоги населенню. За основу їх взято раціональність, із принципом «гроші йдуть за пацієнтом» - фактично кількість пацієнтів, які користуються послугами лікувального закладу, та результати їх лікування забезпечують фінансування лікарні.

За своєю суттю нова модель медицини передбачає інтеграцію як розділених по рівнях надання медичної допомоги, так й у всіх процесах: комплексність пропонованих послуг усіх видів лікування, орієнтація на

пацієнта, об'єднання лікарів, надання медичної допомоги у відповідності протоколам і доказовій базі, фінансовий менеджмент, територіальне охоплення з максимальним доступом пацієнтів до послуг, реорганізація управлінської системи. Результатом від такого передбачається забезпечення комплексності, координованості, наступності й безперервності отримання медичних послуг.

Внаслідок докорінної перебудови системи охорони здоров'я базовим елементом виступає саме медична послуга. Остання має ряд особливостей, як суб'єктивність й індивідуальна цінність, неподільність матеріальної та нематеріальної складових, що підкреслює специфіку галузі, спрямована на задоволення потреб пацієнта, формує економічні відносини між суб'єктами процесу. У свою чергу лікарні, як суб'єкти формування медичних послуг виробляють специфічний товар – здоров'я, від стану якого залежить забезпечення бюджетів медичної сфери, підкріплені бажанням і можливістю пацієнтів (клієнтів) придбати необхідний вид товару чи послуги. Тому зазначені послуги, будучи товаром ринку у медичній площині, є елементами ринку даного виду.

Заклад вторинної спеціалізованої допомоги Кременецька опорна лікарня має змогу самостійно розробляти стратегію розвитку, розпоряджатися своїми фінансами: надавати платні послуги, отримувати прибуток, складати фінансовий план, формувати заробітну плату медичних працівників. Визначена схема фінансово-економічних механізмів передбачена також адміністративно-територіальною реформою в Україні, підкріплена децентралізаційним поступом.

Цілковите укомплектування штату Кременецької лікарні з використання QR-кодів у практичній діяльності дасть можливість збільшити обсяги надання медичних послуг із оптимальним навантаженням на лікарів, що покращить якість сфери обслуговування. З метою покращення результативності Кременецької лікарні розробка відповідного маркетингового плану із належною інформаційною підтримкою забезпечить збільшення кількості пацієнтів, які користуються послугами даного закладу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко Н. В. Державне управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні: сучасний стан, шляхи вдосконалення : монографія. Запоріжжя : КПУ, 2017. 196 с.
2. Баєва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: навч. посібник. К.: Центр учбової літератури, 2018. 640 с.
3. Бобришева О. В. Ефективний розвиток та функціонування ринку медичних послуг в охороні здоров'я. *Вісник Дніпропетровського університету*. 2014. № 10/1, Т. 22. С. 12-18.
4. Бондар А. В. Фінансування галузі охорони здоров'я в Україні та у зарубіжних країнах. Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення і проблеми розвитку: курс лекцій. Львів : Видавництво Львівської політехніки, 2017. С. 357-364.
5. Бондарева Л. В. Забезпечення доступної і якісної медичної допомоги на базовому рівні: механізми державного регулювання: автореф. дис. ... канд. екон. наук : 25.00.02. Одеса, 2014. 20 с.
6. Бурлаковська В. Хочеш жити – плати. *Український тиждень*. 2016. № 42 (310). С. 14-18.
7. Важливість впровадження сучасної системи управління якістю послуг у медичній практиці. URL: <http://qsys.com.ua/node/18>.
8. Галушак М. П., Галушак О. Я. Електронна Тернопільщина: стан та перспективи розвитку. Актуальні проблеми публічного управління та адміністрування: Колективна монографія. Тернопіль, 2020. С. 7–32.
9. Галушак М. П., Лобанець Н. В. Використання QR-кодів у лікувальних закладах з метою покращення комунікацій та оцінки якості наданих послуг. Цифрова економіка як фактор інновацій та сталого розвитку суспільства: матеріали II міжнар. наук.-практ. конф., м. Тернопіль, 2-3 грудня 2021 р. м. Тернопіль. С. 31.

10. Гапонова Е. О. Особливості формування ринку медичних послуг в Україні на сучасному етапі. *Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна*. 2018. № 1144. С. 94-96.

11. Григорович В. Р. Удосконалення управлінських механізмів державної підтримки системи охорони здоров'я в Україні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2018. № 2 URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=93>.

12. Даниленко І. В. Основні соціальні детермінанти здоров'я населення України. *Методологія, теорія та практика соціологічного аналізу сучасного суспільства : навч. посібник*. Київ : ЗНУ. 2016. 68 с.

13. Децентралізація дає можливості URL: https://decentralization.gov.ua/newrayons?area_id=&sort_by_otg_coun&sort_by_square&sort_by_population

14. Договір № 4083-Е421-Р000 про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій. URL: <https://nszu.gov.ua/storage/files/43188153-dogovir-43513-dogov-r-4083-e421>

15. Зацна Л. Я., Івашків Т. І. Маркетинг медичних послуг та особливості розвитку ринку медичних установ в умовах трансформації економіки. *Інфраструктура ринку*. 2018. № 1 (42). С. 363-367.

16. Камінська Т.М. Ринок медичних послуг: формування і закономірності розвитку: автореф. дис. ... д. екон. наук : 08.01.01. Харків. URL: library.nlu.edu.ua/POLN_TEXT/KOMPLEKS/ET/BIBLIOTEKA/AVTOREFERAT/

17. Князевич В. М., Авраменко Т. П. Державна політика з охорони здоров'я в Україні: перспективи розвитку в умовах системних змін. *Збірник наукових праць Національної академії державного управління при Президентові України*. Чернівці, 2018. Вип. 1. С. 164-179. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpnadu_2015_1_15

18. Конституція України: офіц. текст. Київ. Розділ 1. Стаття 3 [Абзац частини першої статті 3 із змінами] внесеними згідно із Законом [№ 1053-IX від 03.12.2020](#) - вводить в дію з [30.06.2021](#)

19. Корвецький О., Бондарева Л. Питання реалізації державної політики забезпечення доступності медичної допомоги населенню: стан та перспективи розвитку. Актуальні проблеми державного управління : зб. наук. пр. ОРІДУ. Одеса : ОРІДУ НАДУ. 2016. Вип. 3(51). С. 11-14.
20. Корнійчука О.П. Трансформація медицини: стан та перспективи. *Український медичний часопис*. 2018. № 4 (96). С. 20-26.
21. Котуза А., Цанько І. Економічна ефективність в охороні здоров'я як інструмент оцінювання досягнутого результату. *Управління закладом охорони здоров'я*. 2017. № 12. С. 35-38.
22. Кужда Т., Галушак М., Галушак О. Форми та механізми демократії участі. Соціально-економічні проблеми і держава. 2021. Вип. 1 (24). С. 15-25. URL: <http://sepd.tntu.edu.ua/images/stories/pdf/2021/21ktimdu.pdf>
23. Лехан В. М., Гінзбург В. Г. Порівняльна характеристика моделі Семашка та моделі, започаткованої в рамках реформи. *Економіка системи охорони здоров'я*. 2018. № 4(61). С. 99-105.
24. Лехан В. М. М. В. Слабкий, Л. В. Шевченко, О. А. Крячкова, В. Г. Гінзбург. Охорона здоров'я України: проблеми та напрямки розвитку. *Вісник охорони здоров'я України*. 2017. № 4. С. 5-19.
25. Литвиненко М. В. Принципи національної системи охорони здоров'я в Україні. *Теорія та практика державного управління*. 2015. № 49. С.8.
26. Мачуга Н.З. Теорія і методологія функціонування системи надання медичних послуг в Україні: дис. д. екон. наук : 08.00.03. Тернопіль, 2016. 399 с.
27. Марова С.Ф.Є Вовк С. М. Медична послуга як товар медичного ринку. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2017. № 4. URL: <https://www.dy.nayka.com.ua/op1&z1056>.
28. МОЗ України: що було, є і буде URL:https://moz.gov.ua/uploads/2/13773-transition_book_healthcare.pdf
29. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років. Київ. 2015. 41 с.

30. Онишко С. В. Удосконалення фінансування медицини у сферах формування людського капіталу та оздоровлення державних фінансів. *Науковий вісник Національного університету ДПС*. 2017. № 4(55). С. 66 - 69.

31. Павлюк К. В. Удосконалення механізмів фінансування медичних послуг в Україні. *Фінанси України*. 2016. №. 2. С. 64-82.

32. Пасько М. І. Особливості надання медичної допомоги та медичної послуги в умовах формування ринку послуг. *Глобальні та національні проблеми економіки*. 2017. № 15. С. 117-121.

33. Петрова С. В. Державна політика України у медицині в контексті реформи медичного обслуговування. *Теорія та практика державного управління*. 2018. № 2. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ttpdu_2014_2_14

34. Програма медичних гарантій: впровадження в Україні URL:https://moz.gov.ua/uploads/0/3798programa_medicnih_garantij_vprovadzenna_v_ukraini.pdf

35. Проект “EMERGENCY 2020” МОЗ України URL:<http://oda.gov.te.ua/kremenetska/ua/news/init//119.htm>

36. Про екстрену медичну допомогу: Закон України від 05.07.2012. *Відомості Верховної Ради України*. 2012. № 30. С. 340.

37. Проект Закону України «Про внесення змін до Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» та деяких інших законодавчих актів України щодо децентралізації та розмежування повноважень органів місцевого самоврядування. URL: https://minregion.gov.ua/base-law/gro_convers_elektronni-konsultatsiy-z-gromadskisty/proekt-zakonu-ukrayiny.

38. Про затвердження Об'єму надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, що повинен забезпечуватися багатопрофільними лікарнями інтенсивного лікування першого та другого рівня: наказ МОЗ України від 19.10.2018. № 1881. URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1292-18#Text>

39. Про удосконалення системи кардіологічної допомоги у закладах охорони здоров'я України: наказ МОЗ від 29.08.2017. № 975. URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1209-17#Text>

40. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення: аналітична доповідь. К.: НІСД, 2011. 41 с.
41. Визначено шість опорних закладів охорони здоров'я у Тернопільській області: розпорядження Кабінету Міністрів України від 15.01.2020. № 23-р. [URL:https://uozter.gov.ua/ua/1653-oporni-zakladi-reformuvannya-galuzi](https://uozter.gov.ua/ua/1653-oporni-zakladi-reformuvannya-galuzi)
42. Рішенні Конституційного Суду України від 8.10.2008. № 20рп/2008. [URL:https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v020p710-08#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v020p710-08#Text)
43. Семенів І. П., Козута А. С. Алгоритм впровадження системи менеджменту якості в медичних організаціях на основі міжнародних стандартів ISO серії 9000 Україна. *Здоров'я нації*. 2016. № 3 (23). С. 196-200.
44. Ситуація на ринку медичних послуг в Україні. [URL:www.newbiznet.com.ua/index.php/ru/articles/80-market309-2011-10-07-1256](http://www.newbiznet.com.ua/index.php/ru/articles/80-market309-2011-10-07-1256)
45. Солоненко І. М., Толставнов О.К., Торбас О. М. Удосконалення діяльності органів місцевого самоврядування у сфері охорони громадського здоров'я. *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*. 2016. № 2-3 (18-19). С. 340-345.
46. Устинов А. В. Розширено перелік платних медичних послуг. *Український медичний часопис*. 2016. [URL:http://www.umj.com.ua/article/10115](http://www.umj.com.ua/article/10115)
47. Чехун О.В. Надання платних медичних послуг: цивільно-правові аспекти. *Часопис Київського університету права*. 2010. № 2. С. 213-216.
48. Шекера О. Г. Стан реформування системи охорони здоров'я в Україні (аналітичний огляд). *Здоров'я людини*. № 3 (46). 2016. С. 25-30.
49. Kaplan R. S., Cooper R. Zarządzanie kosztami i efektywnością. 2018. № 59. S. 259-263.
50. Karaszewski R. SERVQUAL – metoda badania jakości świadczonych usług. *Problemy Jakości*. 2001. № 5. 128 p.



ДОДАТОК А

2

РОЗДІЛ І

ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Комунальне некомерційне підприємство «Кременецька опорна лікарня» Кременецької міської ради (надалі – Підприємство) є опорним закладом охорони здоров'я – комунальним унітарним некомерційним підприємством, що надає послуги вторинної/спеціалізованої медичної допомоги в порядку та на умовах, встановлених законодавством України та цим Статутом.

1.2. Підприємство в особі КПП «Кременецька районна комунальна лікарня» створене за рішенням Кременецької районної ради Тернопільської області від 14.02.2019 року №473 відповідно до Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» шляхом злиття та утворення на базі Кременецької районної комунальної лікарні та Кременецької районної комунальної стоматологічної поліклініки комунального некомерційного підприємства «Кременецька районна комунальна лікарня». Підприємство є правонаступником усього майна, всіх прав та обов'язків Кременецької районної комунальної лікарні та Кременецької районної комунальної стоматологічної поліклініки.

1.2.1. Комунальне некомерційне підприємство «Кременецька опорна лікарня» Кременецької міської ради є правонаступником усього майна, всіх прав та обов'язків Комунального некомерційного підприємства «Кременецька районна комунальна лікарня» Кременецької районної ради Тернопільської області.

1.2.2. Засновником Підприємства із 01.01.2020 є Кременецька міська рада відповідно до рішення третьої сесії VIII скликання Кременецької міської ради №49 від 24.12.2020.

1.3. Майно Підприємства є комунальною власністю Кременецької міської територіальної громади, в особі Кременецької міської ради та закріплене за Підприємством на праві оперативного управління.

1.4. Власником Підприємства є Кременецька міська територіальна громада в особі органу, до сфери управління якого входить Підприємство – Кременецької міської ради. Підприємство є підпорядкованим, підвладним та підконтрольним Власнику.

1.5. Підприємство здійснює господарську некомерційну діяльність, спрямовану на досягнення соціальних та інших результатів без мети одержання прибутку.

1.6. Забороняється розподіл отриманих доходів (прибутків) Підприємства або їх частини серед засновників (учасників), працівників комунального некомерційного підприємства (крім оплати їхньої праці, нарахування єдиного соціального внеску, страхування), членів органів управління та інших пов'язаних з ними осіб.

1.7. Не вважається розподілом доходів Підприємства, в розумінні п. 1.6 Статуту, використання Підприємством власних доходів (прибутків) виключно для фінансування видатків на утримання такої неприбуткової

Продовження додатку А

організації, реалізації мети (цілей, завдань) та напрямів діяльності, визначених Статутом.

1.8. Підприємство у своїй діяльності керується Конституцією України, Господарським та Цивільним кодексами України, законами України, постановами Верховної Ради України, актами Президента України та Кабінету Міністрів України, наказами Міністерства охорони здоров'я України, іншим чинним законодавством, відповідними рішеннями місцевих органів виконавчої влади і органів місцевого самоврядування та цим Статутом.

2. НАЙМЕНУВАННЯ ТА МІСЦЕЗНАХОДЖЕННЯ

2.1. Найменування:

2.1.1. Повне найменування Підприємства – Коштовне некомерційне підприємство «Кременецька опорна лікарня» Кременецької міської ради.

2.1.2. Скорочене найменування Підприємства – КНП «Кременецька опорна лікарня».

2.2. Місце знаходження Підприємства: 47004, Тернопільська область, м. Кременець, вул. Горбача, 1.

3. МЕТА ТА ПРЕДМЕТ ДІЯЛЬНОСТІ

3.1. Основною метою діяльності Підприємства є забезпечення медичного обслуговування населення шляхом провадження медичної практики в порядку та обсязі, визначеному ліцензією відповідно до чинного законодавства України.

3.2. Відповідно до поставленої мети предметом діяльності Підприємства є:

- створення разом із Власником умов, необхідних для забезпечення доступної та якісної медичної допомоги населенню, організації належного управління внутрішнім лікувально-діагностичним процесом та ефективного використання майна та інших ресурсів Підприємства;
- надання пацієнтам відповідно до законодавства на безоплатній та платній основі послуг вторинної (спеціалізованої) стаціонарної медичної допомоги, медичного контролю за перебігом вагітності й ведення пологів і післяпологового періоду;
- надання пацієнтам відповідно до законодавства на безоплатній та платній основі вторинної (спеціалізованої) амбулаторної медичної допомоги;
- організація, у разі потреби, надання пацієнтам медичної допомоги більш високого рівня спеціалізації на базі інших закладів охорони здоров'я шляхом направлення пацієнтів до цих закладів у порядку, встановленому законодавством;
- організація взаємодії з іншими закладами охорони здоров'я з метою забезпечення наступництва у наданні медичної допомоги на різних рівнях та ефективного використання ресурсів системи медичного обслуговування;

Продовження додатку А

4

- проведення експертизи тимчасової непрацездатності та контролю за видачею листків непрацездатності;
- направлення на медико-соціальну експертизу осіб зі стійкою втратою працездатності;
- проведення медичних оглядів;
- придбання, зберігання, перевезення, реалізація (відпуск), знищення, використання наркотичних засобів, психотропних речовин, прекурсорів;
- залучення для надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги підрядників;
- підтримка професійного розвитку медичних працівників для надання якісних послуг;
- надання платних медичних послуг відповідно до чинного законодавства;
- взяття та зберігання донорської крові;
- робота з джерелами іонізуючого випромінювання;
- організація та проведення з'їздів, конгресів, симпозіумів, науково-практичних конференцій, наукових форумів, круглих столів, семінарів тощо;
- навчально-методична, науково-дослідницька робота;
- провадження зовнішньоекономічної діяльності згідно із законодавством України;
- здійснення іншої не забороненої законодавством діяльності, необхідної для належного забезпечення та підвищення якості лікувально-діагностичного процесу, управління ресурсами, розвитку та підвищення якості кадрового потенціалу Підприємства та інші функції, що впливають із покладених на Підприємство завдань.

3.3. Підприємство може бути клінічною базою вищих медичних, фармацевтичних навчальних та науково-дослідних закладів (установ) усіх рівнів акредитації та закладів післядипломної освіти.

3.4. Підприємство надає медичні послуги на підставі ліцензії на медичну практику. Якщо для провадження певних видів діяльності, передбачених Статутом, потрібний спеціальний дозвіл Власника, то Підприємство отримує його в порядку, визначеному законодавством України.

3.5. Підприємство має право займатися іншими видами діяльності не передбаченими в даному Статуті і не забороненими законодавством України.

4. УМОВИ ТА ПОРЯДОК НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

4.1. Підприємство провадить медичну практику відповідно до виданої ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики за лікарськими спеціальностями та спеціальностями молодших спеціалістів з медичною освітою, перелік яких затверджений МОЗ, за видами медичної допомоги, та за місцями її провадження.

4.2. У разі, коли особа, яка звернулася до Підприємства, потребує медичних

Продовження додатку А

5

послуг, що не можуть бути надані безпосередньо Підприємством з використанням його власних кадрових та матеріально-технічних ресурсів, Підприємство направляє таку особу до іншого закладу охорони здоров'я чи фахівця, який може забезпечити надання відповідних послуг відповідно до чинного законодавства.

4.2.1. Медична допомога надається відповідно до медичних показань на підставі «самозвернення», звернення за направленням (скеруванням), доставлення екстреною медичною допомогою.

4.2.2. Без направлення медична допомога відповідно до медичних показань надається безоплатно пацієнтам, які звернулися до акушера-гінеколога, стоматолога, педіатра, та пацієнтам із хронічними захворюваннями, які перебувають на диспансерному обліку на Підприємстві.

4.2.3. Без направлення медична допомога відповідно до медичних показань також надається пацієнтам, які перебувають у невідкладному стані.

4.2.4. Підприємство не має права відмовляти у наданні медичних послуг будь-якій особі через те, що постійне місце її проживання знаходиться поза межами Кременецького району та м. Кременець чи з огляду на інші, не пов'язані зі станом здоров'я та не передбачені законодавством обставини.

4.3. Черговість доступу осіб, які звернулися до Підприємства, до медичних послуг регулюється виключно медичними критеріями та терміновістю надання послуг, що ґрунтуються на оцінці ступеню загрози життю та здоров'ю конкретної особи.

4.4. Госпіталізація у стаціонарні відділення Підприємства здійснюється лише у разі наявності в пацієнта медичних показань, що зумовлюють необхідність цілодобового медичного контролю за станом здоров'я пацієнта та/або цілодобового безперервного медичного втручання, які не можуть бути забезпечені поза стаціонаром, або у разі, коли госпіталізація є обов'язковою у зв'язку з вимогами законодавства.

4.5. Рішення про госпіталізацію у стаціонарні відділення Підприємства приймається лікарем, уповноваженим на це Керівником Підприємства, після ознайомлення із станом здоров'я особи та отримання згоди цієї особи, її законного представника (за винятком випадків, коли згідно з законом така згода для госпіталізації не є потрібною).

4.6. У разі, коли стан здоров'я особи вимагає невідкладної госпіталізації до відділення Підприємства, але при цьому в Підприємстві відсутні вільні місця, або Підприємство не має права надавати необхідні зазначеній особі медичні послуги за умовами ліцензування та державної акредитації, або госпіталізація зазначеної особи до Підприємства є неможливою за епідеміологічними умовами та критеріями, Підприємство після надання невідкладної допомоги забезпечує в разі потреби перевезення пацієнта до іншого закладу охорони здоров'я за попереднім погодженням цього питання з відповідним закладом

Продовження додатку А

5. ПРАВОВИЙ СТАТУС

5.1. Підприємство є юридичною особою публічного права. Права та обов'язки юридичної особи Підприємство набуває з дня його державної реєстрації.

5.2. Підприємство користується закріпленням за ним майном, що є комунальною власністю Кременецької міської територіальної громади на праві оперативного управління.

5.3. Підприємство здійснює некомерційну господарську діяльність, організовує свою діяльність відповідно до фінансового плану, затвердженого Засновником, самостійно організовує виробництво продукції (робіт, послуг) і реалізує її за цінами (тарифами), що визначаються в порядку, встановленому законодавством.

5.4. Збитки, завдані Підприємству внаслідок виконання рішень органів державної влади чи органів місцевого самоврядування, які було визнано судом неконституційними або недійсними, підлягають відшкодуванню зазначеними органами добровільно або за рішенням суду.

5.5. Для здійснення господарської некомерційної діяльності Підприємство залучає і використовує матеріально-технічні, фінансові, трудові та інші види ресурсів, використання яких не заборонено законодавством.

5.6. Підприємство має самостійний баланс, рахунки в установах банків, Державному казначействі України, круглу печатку зі своїм найменуванням, штампи, а також бланки з власними реквізитами.

5.7. Підприємство має право укладати угоди (договори), набувати майнових та особистих немайнових прав, нести обов'язки, бути особою, яка бере участь у справі, що розглядається в судах України, міжнародних та третейських судах.

5.8. Підприємство самостійно встановлює чисельність персоналу і затверджує штатний розпис.

5.9. Підприємство надає медичні послуги на підставі ліцензії на медичну практику. Підприємство має право здійснювати лише ті види медичної практики, які дозволені органом ліцензування при видачі ліцензії на медичну практику.

5.10. Підприємство є неприбутковою установою та включається до Реєстру неприбуткових установ в установленому законодавством порядку.

6. СТАТУТНИЙ КАПІТАЛ, МАЙНО ТА ФІНАНСУВАННЯ

6.1. Майно Підприємства є комунальною власністю Кременецької міської територіальної громади та закріплюється за ним на праві оперативного управління. Майно Підприємства становлять необоротні та оборотні активи,

Продовження додатку А

8

основні засоби та грошові кошти, а також інші цінності, передані йому Засновником, вартість яких відображається у самостійному балансі Підприємства.

6.2. Підприємство не має права відчужувати або іншим способом реінкорпоруватись закріпленим за ним майном, що належить до основних фондів, без попередньої згоди Засновника. Підприємство не має права, без згоди власника, безоплатно передавати належне йому майно третім особам (фізичним чи юридичним особам), крім випадків, прямо передбачених законодавством. Усі питання, які стосуються відмови від права на земельну ділянку, що знаходиться в користуванні підприємства, або її відчуження, вирішуються за поданням директора Підприємства, з дозволу Засновника.

6.3. Джерелами формування майна та коштів Підприємства є:

6.3.1. Комунальне майно, передане Підприємству відповідно до рішення про його створення;

6.3.2. Кошти місцевого бюджету (бюджетні кошти);

6.3.3. Власні надходження Підприємства:

- кошти від здачі в оренду майна, закріпленого на праві оперативного управління;
- кошти, одержані від надання платних послуг;
- кошти, одержані за договорами про медичне обслуговування населення;
- інші кошти і майно, одержані від реалізації продукції (робіт, послуг).

6.3.4. Цільові кошти;

6.3.5. Кредити банків (при наданні дозволу Власника);

6.3.6. Майно, придбане у інших юридичних або фізичних осіб;

6.3.7. Майно, що надходить безоплатно або у вигляді безповоротної фінансової допомоги чи добровільних благодійних внесків, пожертвувань юридичних і фізичних осіб; надходження коштів на виконання програм соціально-економічного розвитку регіону, програм розвитку медичної галузі;

6.3.8. Майно та кошти, отримані з інших джерел, не заборонених законодавством України;

6.3.9. Інші джерела, не заборонені законодавством. Видучення майна Підприємства може мати місце лише у випадках, передбачених законодавством України.

6.4. Статутний капітал Підприємства дорівнює 1000 (одній тисячі) гривень.

6.5. Підприємство може одержувати кредити для виконання статутних завдань під гарантію Засновника.

Продовження додатку А

9

6.6. Підприємство має право надавати в оренду майно, закріплене за ним на праці оперативного управління, юридичним та фізичним особам відповідно до законодавства України, за дозволом Засновника.

6.7. Підприємство у визначеному законодавством порядку самостійно організовує та здійснює бухгалтерський облік, веде статистичну, бухгалтерську та медичну звітність і подає її органам, уповноваженим здійснювати контроль за відповідними напрямками діяльності Підприємства.

6.8. Власні надходження Підприємства використовуються відповідно до законодавства України.

7. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ

7.1. Підприємство має право:

7.1.1. Звертатися у порядку, встановленому законодавством, до центральних та місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, а також підприємств і організацій незалежно від форм власності та підпорядкування, для отримання інформації та матеріалів, необхідних для виконання покладених на Підприємство завдань.

7.1.2. Самостійно планувати, організовувати і здійснювати свою спадатну діяльність, визначати основні напрямки свого розвитку відповідно до своїх завдань і цілей, у тому числі спрямовувати отримані від господарської діяльності кошти на утримання Підприємства та його матеріально-технічне забезпечення.

7.1.3. Укладати господарські угоди з підприємствами, установами, організаціями незалежно від форм власності та підпорядкування, а також фізичними особами відповідно до законодавства.

7.1.4. Здійснювати співробітництво з іноземними організаціями відповідно до законодавства.

7.1.5. Самостійно визначати напрямки використання грошових коштів у порядку, визначеному законодавством України, враховуючи норми Статуту.

7.1.6. Здійснювати власне будівництво, реконструкцію, капітальний та поточний ремонт основних фондів у визначеному законодавством порядку.

7.1.7. Залучати підприємства, установи та організації для реалізації своїх статутних завдань у визначеному законодавством порядку.

7.1.8. Співпрацювати з іншими закладами охорони здоров'я, науковими установами та фізичними особами-підприємцями.

7.1.9. Надавати консультативну допомогу з питань, що належать до його компетенції, спеціалістам інших закладів охорони здоров'я за їх запитом.

7.1.10. Створювати структурні підрозділи Підприємства відповідно до законодавства України.

7.1.11. Здійснювати інші права, що не суперечать законодавству.

Продовження додатку А

10

7.2. Підприємство зобов'язане:

7.2.1. Створювати належні умови для високопродуктивної праці, забезпечувати додержання законодавства про працю, правил та норм охорони праці, техніки безпеки, соціального страхування.

7.2.2. Здійснювати бухгалтерський облік, забезпечувати фінансову та статистичну звітність згідно з законодавством.

7.2.3. Керуватись у своїй діяльності Конституцією України, законами України, актами Президента України та Кабінету Міністрів України, нормативно-правовими актами Міністерства охорони здоров'я України, іншими нормативно-правовими актами та цим Статутом.

7.2.4. Планувати свою діяльність щодо реалізації мети та предмету діяльності Підприємства з урахуванням та у межах єдиної комплексної політики в галузі охорони здоров'я в державі.

7.2.5. Забезпечувати своєчасну сплату податкових та інших обов'язкових платежів з урахуванням своєї статутної діяльності та відповідно до чинного законодавства України.

7.2.6. Розробляти та реалізовувати кадрову політику, контролювати підвищення кваліфікації працівників.

7.2.7. Акумуляувати власні надходження та витрати їх з метою забезпечення діяльності Підприємства відповідно до чинного законодавства України та цього Статуту.

8. УПРАВЛІННЯ ПІДПРИЄМСТВОМ ТА ГРОМАДСЬКИЙ КОНТРОЛЬ ЗА ЙОГО ДІЯЛЬНІСТЮ

8.1. Кременецька міська рада є органом, до сфери управління якого належить Підприємство та представником Власника – Кременецької міської територіальної громади і виконує його функції у межах, визначених чинним законодавством.

8.2. Органом управління Підприємством є керівник Підприємства – Директор (далі – Керівник Підприємства), який призначається на посаду і звільняється з неї за рішенням сесії Кременецької міської ради відповідно до порядку, визначеного законодавством України та відповідного рішення Кременецької міської ради, та який відповідає кваліфікаційним вимогам, встановленим чинним законодавством. Строк найму, права, обов'язки і відповідальність керівника Підприємства, умови його матеріального забезпечення, інші умови найму визначаються контрактом.

8.2.1. Директор (виконуючий обов'язки директора) погоджує із Засновником свої відпустки, закордонні відрядження та відрядження в межах України, а також інформує Засновника про свою тимчасову втрату працездатності.

8.3. Засновник (Власник):

Продовження додатку А

11

8.3.1. Визначає головні напрямки діяльності Підприємства, затверджує плани діяльності та звіти про його виконання;

8.3.2. Затверджує Статут Підприємства та зміни до нього.

8.3.3. Затверджує фінансовий план Підприємства та контролює його виконання;

8.3.4. Укладає і розриває контракт з директором Підприємства та здійснює контроль за його виконанням;

8.3.5. Погоджує Підприємству договори про спільну діяльність, за якими використовується нерухоме майно, що перебуває в його оперативному управлінні, кредитні договори та договори застави.

8.3.6. Здійснює контроль за ефективністю використання майна, що є комунальною власністю Кременецької міської територіальної громади та закріплене за Підприємством на праві оперативного управління;

8.3.7. Приймає рішення про реорганізацію та ліквідацію Підприємства, призначає ліквідаційну комісію, комісію з припинення, затверджує ліквідаційний баланс.

8.3.8. Здійснює покриття вартості комунальних послуг та енергоносіїв Підприємства.

8.3.9. Здійснює співфінансування оплати медичних послуг, що надаються Підприємством в рамках програми державних гарантій медичного обслуговування населення.

8.4. Фінансує Підприємство за місцевими програмами надання населенню медичних послуг понад обсяг, передбачений програмою державних гарантій медичного обслуговування населення.

8.5. Директор Підприємства:

8.5.1. Діє без довіреності від імені Підприємства, представляє його інтереси в органах державної влади і органах місцевого самоврядування, інших органах, у відносинах з іншими юридичними та фізичними особами, підписує від його імені документи та видає довіреності і делегує право підпису документів іншим посадовим особам Підприємства, укладає договори, відкриває в

органах Державної казначейської служби України та установах банків поточні та інші рахунки.

8.5.2. Самостійно вирішує питання діяльності Підприємства за винятком тих, що віднесені законодавством та цим Статутом до компетенції Засновника.

8.5.3. Організовує роботу Підприємства щодо надання населенню медичної допомоги, згідно з вимогами нормативно-правових актів.

8.5.4. Несе відповідальність за формування та виконання фінансового плану і плану розвитку Підприємства, результати його господарської діяльності, виконання показників ефективності діяльності Підприємства, якості послуг,

Продовження додатку А

12

що надаються Підприємством, використання наданого на праві оперативного управління Підприємству майна спільної власності територіальних громад і доходу згідно з вимогами законодавства, цього Статуту та укладених Підприємством договорів.

8.5.5. Користується правом розпорядження майном та коштами Підприємства відповідно до законодавства та цього Статуту. Забезпечує ефективне використання і збереження закріпленого за Підприємством на праві оперативного управління майна.

8.5.6. У межах своєї компетенції видає накази та інші акти, дає вказівки, обов'язкові для всіх підрозділів та працівників Підприємства.

8.5.7. Забезпечує контроль за веденням та зберіганням медичної та іншої документації.

8.5.8. У строки і в порядку, встановленому законодавством, повідомляє відповідні органи про будь-які зміни в даних про Підприємство, внесення яких до Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань є обов'язковим.

8.5.9. Подає в установленому порядку Засновнику квартальну, річну, фінансову та іншу звітність Підприємства, зокреми щорічно до 01 лютого подає Засновнику бухгалтерську та статистичну звітність, інформацію про рух основних засобів, за запитом Засновника подає звіт про оренду майна, а також інформацію про наявність вільних площ, придатних для надання в оренду. Щорічно звітує на сесії Кременецької міської ради.

8.5.10. Приймає рішення про прийняття на роботу, звільнення з роботи працівників Підприємства, а також інші, передбачені законодавством про працю рішення в сфері трудових відносин, укладає трудові договори з працівниками Підприємства. Забезпечує раціональний добір кадрів, дотримання працівниками правил внутрішнього трудового розпорядку. Створює умови підвищення фахового і кваліфікаційного рівня працівників згідно із затвердженням в установленому порядку штатним розписом.

8.5.11. Забезпечує проведення колективних переговорів, укладення колективного договору в порядку, визначеному законодавством України.

8.5.12. Призначає на посаду та звільняє з посади своїх заступників і головного бухгалтера Підприємства. Призначає на посади та звільняє керівників структурних підрозділів, інших працівників.

8.5.13. Забезпечує дотримання на Підприємстві вимог законодавства про охорону праці, санітарно-гігієнічних та протипожежних норм і правил, створення належних умов праці.

8.5.14. Вживає заходів щодо своєчасної та в повному обсязі виплати заробітної плати, а також передбачених законодавством податків, зборів та інших обов'язкових платежів.

Продовження додатку А

13

8.5.15. Несе відповідальність за збитки, завдані Підприємству з вини керівника Підприємства в порядку, визначеному законодавством України.

8.5.16. Затверджує положення про структурні підрозділи Підприємства, інші положення та порядки, що мають системний характер, зокрема:

- положення про преміювання працівників за підсумками роботи Підприємства;
- порядок надходження і використання коштів, отриманих як благодійні внески, гранти та дарунки;
- порядок приймання, зберігання, відпуску та обліку лікарських засобів та медичних виробів.

8.5.17. З погодженням із Засновником та відповідно до вимог законодавства має право укладати договори оренди майна.

8.5.18. Вирішує інші питання, віднесені до компетенції директора Підприємства згідно із законодавством, цим Статутом, контрактом між Засновником і директором Підприємства.

8.6. З метою дотримання прав та забезпечення безпеки пацієнтів, додержання вимог законодавства при здійсненні медичного обслуговування населення закладом охорони здоров'я, фінансово-господарської діяльності на Підприємстві створюється Спостережна Рада. Порядок утворення, права, обов'язки спостережної ради закладу охорони здоров'я і типові положення про неї затверджуються Кабінетом Міністрів України.

8.7. Директор Підприємства та головний бухгалтер несуть персональну відповідальність за додержання порядку ведення і достовірність обліку та статистичної звітності у встановленому законодавством порядку.

8.8. У разі відсутності керівника Підприємства або неможливості виконувати свої обов'язки з інших причин, його обов'язки виконує медичний директор, а в разі відсутності медичного директора, обов'язки виконує заступник медичного директора з амбулаторної роботи, чи інший працівник Підприємства, що визначається наказом керівника із зазначенням кола прав та обов'язків.

8.9. Громадський контроль за діяльністю Підприємства здійснює Наглядова рада, яка є ініціативним та дорадчим органом директора Підприємства.

8.9.1. До складу Наглядової ради Підприємства входять:

- три особи, що обираються та відкликаються рішенням сесії Кременецької міської ради;
- дві особи, що обираються та відкликаються загальними зборами трудового колективу Підприємства.

8.9.2. Наглядова рада є постійно діючим колегіальним виборним консультативно-дорадчим органом, що діє з метою забезпечення участі

Продовження додатку А

14

громадян та їх об'єднань у здійсненні координації заходів, пов'язаних із збереженням та зміцненням здоров'я, профілактикою захворювань серед населення, оптимальною організацією роботи Підприємства, забезпеченням проведення консультацій із громадськістю, враховуючи громадську думку під час формування та реалізації політики у сфері охорони здоров'я.

9. ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА ПІДПРИЄМСТВА

9.1. Структура Підприємства включає:

9.1.1. Адміністративно-управлінський персонал;

9.1.2. Допоміжні підрозділи, у тому числі технічні;

9.1.3. Лікувально-профілактичні підрозділи (стаціонарний та амбулаторний сектор).

9.2. Порядок внутрішньої організації та сфери діяльності структурних підрозділів Підприємства затверджуються Директором Підприємства.

9.3. Організаційна структура Підприємства затверджується Власником у формі рішення сесії Кременецької міської ради.

9.4. Функціональні обов'язки та посадові інструкції працівників Підприємства затверджуються його Директором.

9.5. Штатну чисельність Підприємства Директор визначає на власний розсуд на підставі фінансового плану Підприємства, погодженого в установленому законодавством та цим Статутом порядку з урахуванням необхідності створення відповідних умов для забезпечення належної доступності та якості медичної допомоги.

10. ПОВНОВАЖЕННЯ ТРУДОВОГО КОЛЕКТИВУ

10.1. Працівники Підприємства мають право брати участь в управлінні Підприємством через загальні збори трудового колективу, професійні спілки, які діють у трудовому колективі, Спостережну Раду, інші органи, уповноважені трудовим колективом на представництво, вносити пропозиції щодо поліпшення роботи Підприємства, а також з питань соціально-культурного і побутового обслуговування. Представники первинної профспілкової організації представляють інтереси працівників в органах управління Підприємства відповідно до законодавства. Підприємство зобов'язане створювати умови, які б забезпечували участь працівників у його управлінні.

10.2. Трудовий колектив Підприємства складається з усіх працівників, які своєю працею беруть участь у його діяльності на основі трудового договору (контракту, угоди) або інших форм, що регулюють трудові відносини працівників з Підприємством.

Продовження додатку А

15

10.3. До складу органів, через які трудовий колектив реалізує своє право на участь в управлінні Підприємством, не може обиратися директор Підприємства. Повноваження цих органів визначаються законодавством.

10.4. Виробничі, трудові та соціальні відносини трудового колективу з адміністрацією Підприємства регулюються колективним договором.

10.5. Право укладання колективного договору надається директору Підприємства, а від імені трудового колективу – уповноваженому ним органу. Сторони колективного договору збираються на загальних зборах колективу не менш ніж один раз на рік.

10.6. Питання щодо поліпшення умов праці, життя і здоров'я, гарантії обов'язкового медичного страхування працівників Підприємства та їх сімей, а також інші питання соціального розвитку вирішуються трудовим колективом відповідно до законодавства, цього Статуту та колективного договору.

10.7. Джерелом коштів на оплату праці працівників Підприємства є кошти, отримані в результаті його господарської некомерційної діяльності. Форми і системи оплати праці, норми праці, розцінки, тарифні ставки, схеми

посадових окладів, умови запровадження та розміри надбавок, доплат, премій, винагород та інших заохочувальних, компенсаційних і гарантійних виплат встановлюються у колективному договорі з дотриманням норм і гарантій, передбачених законодавством, Генеральною та Галузевою угодами.

Мінімальна заробітна плата працівників не може бути нижчою від встановленого законодавством мінімального розміру заробітної плати. Умови оплати праці та матеріального забезпечення директора Підприємства визначаються контрактом, укладеним із Засновником.

10.8. Працівники Підприємства проводять свою діяльність відповідно до Статуту, колективного договору та посадових інструкцій згідно з законодавством.

11. КОНТРОЛЬ ТА ПЕРЕВІРКА ДІЯЛЬНОСТІ

11.1. Підприємство самостійно здійснює оперативний та бухгалтерський облік результатів своєї діяльності та веде обробку та облік персональних даних працівників, а також веде юридичну, фінансову та кадрову звітність.

Порядок ведення бухгалтерського обліку та обліку персональних даних, статистичної, фінансової та кадрової звітності визначається чинним законодавством України.

11.2. Підприємство несе відповідальність за своєчасне і достовірне подання передбачених форм звітності відповідним органам.

Продовження додатку А

16

11.3. Контроль за фінансово-господарською діяльністю Підприємства здійснюють відповідні державні органи в межах їх повноважень та встановленого чинним законодавством України порядку.

11.4. Засновник має право здійснювати контроль фінансово-господарської діяльності Підприємства та контроль за якістю і обсягом надання медичної допомоги. Підприємство подає Засновнику, за його вимогою, бухгалтерський звіт та іншу документацію, яка стосується фінансово-господарської, кадрової, медичної діяльності.

11.5. Контроль якості надання медичної допомоги хворим на Підприємстві здійснюється шляхом експертизи відповідності якості наданої медичної допомоги міжнародним принципам доказової медицини, вимогам галузевим стандартам в сфері охорони здоров'я та законодавству.

12. ПРИПИНЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ

12.1. Припинення діяльності Підприємства здійснюється шляхом його реорганізації (злиття, приєднання, поділу, перетворення) або ліквідації – за рішенням Засновника, а у випадках, передбачених законодавством України, – за рішенням суду або відповідних органів державної влади.

12.2. У разі припинення Підприємства (ліквідації, злиття, поділу, приєднання або перетворення) усі активи Підприємства передаються одній або кільком неприбутковим організаціям відповідного виду або зараховуються до доходу бюджету.

12.3. Ліквідація Підприємства здійснюється ліквідаційною комісією, яка утворюється Засновником або за рішенням суду.

12.4. Підприємство є таким, що припинило свою діяльність, із дати внесення до Єдиного державного реєстру запису про державну реєстрацію припинення юридичної особи.

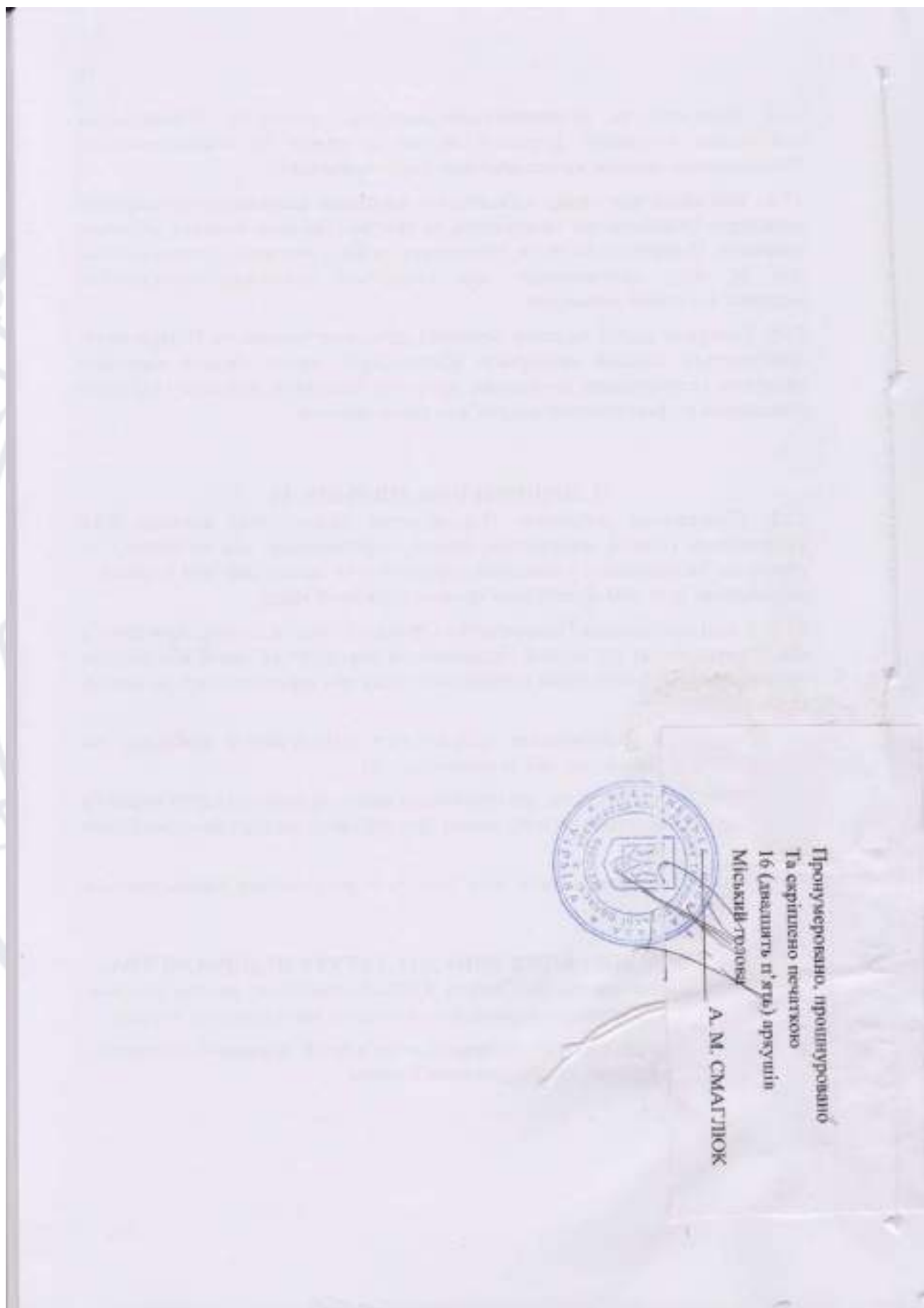
12.5. Все, що не передбачено цим Статутом, регулюється законодавством України.

13. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО СТАТУТУ ПІДПРИЄМСТВА.

13.1. Зміни та доповнення до Статуту КПІ «Кременецька опорна лікарня», затверджуються Власником, відповідно до чинного законодавства України.

13.2. Зміни до цього Статуту підлягають обов'язковій державній реєстрації у порядку, встановленому законодавством України.

Продовження додатку А



ДОДАТОК Б

Додаток Б
до постанови № 484-ІІІ "Про внесення змін до постанови № 484-ІІІ"
від 25 березня 2021 р. № 484-ІІІ

ЗАТВЕРДЖЕНО

Рішенням сесії Кременецької міської
ради від 25 березня 2021 р. № 488

Перелік та тарифи на платні послуги, які надаються у КНП "Кременецька опорна лікарня"

№	Найменування	Тарифи (грн.)				
		Соборність	Іванівська пенальті (ст. 79) (%)	РАЗОМ (без ПДВ)	ПДВ	РАЗОМ (з ПДВ)
Консультації спеціалістами поліклініки						
1	Консультація лікаря-ендокринолога	49,58	9,91	59,47	0,00	59,47
2	Консультація лікаря-гастроентеролога	49,58	9,91	59,47	0,00	59,47
3	Консультація лікаря-пульмонолога	49,58	9,91	59,47	0,00	59,47
4	Консультація лікаря-ревматолога	49,17	9,83	59,00	0,00	59,00
5	Консультація лікаря-кардіолога	74,34	14,87	89,21	0,00	89,21
6	Консультація лікаря-інфекціоніста	88,01	17,78	105,77	0,00	105,77
7	Консультація лікаря-дерматовенеролога	59,56	11,91	71,46	0,00	71,46
8	Консультація лікаря-невролога	40,27	10,06	50,33	0,00	50,33
9	Консультація лікаря-педіатра дитячого	57,27	11,45	68,72	0,00	68,72
10	Консультація лікаря-отоларинголога	61,29	12,26	73,55	0,00	73,55
11	Консультація лікаря-отоларинголога дитячого	57,81	11,58	69,37	0,00	69,37
12	Консультація лікаря-офтальмолога	71,22	14,24	85,46	0,00	85,46
13	Консультація лікаря-офтальмолога дитячого	65,20	13,04	78,24	0,00	78,24
14	Консультація лікаря-хруста	69,19	13,84	83,03	0,00	83,03
15	Консультація лікаря-хруста дитячого	62,04	10,41	72,45	0,00	72,45
16	Консультація лікаря-ортопеда-травматолога	69,84	13,97	83,81	0,00	83,81
17	Консультація лікаря-ортопеда-травматолога дитячого	67,18	13,44	80,62	0,00	80,62
Загальні обстеження спеціалістами медичної комісії (для медогляду)						
1	Загальне обстеження лікарем-ендокринологом	9,57	1,91	11,48	2,06	13,54
2	Загальне обстеження лікарем-гастроентерологом	9,08	1,82	10,90	2,18	13,08
3	Загальне обстеження лікарем-гастроентерологом	10,50	2,10	12,60	2,54	15,14
4	Загальне обстеження лікарем-пульмонологом	10,58	2,12	12,70	2,54	15,24
5	Загальне обстеження лікарем-ревматологом	8,76	1,75	10,51	2,10	12,61
6	Загальне обстеження лікарем-кардіологом	22,70	4,54	27,24	5,05	32,29
7	Загальне обстеження лікарем-інфекціоністом	16,07	3,21	19,28	3,96	23,24
8	Загальне обстеження лікарем-дерматовенерологом	11,57	2,31	13,88	2,78	16,66
9	Загальне обстеження лікарем-неврологом	13,58	2,72	16,30	3,28	19,58
10	Загальне обстеження лікарем-педіатром дитячим	11,70	2,34	14,04	2,83	16,87
11	Загальне обстеження лікарем-отоларингологом дитячим	10,72	2,14	12,86	2,57	15,43
12	Загальне обстеження лікарем-отоларингологом дитячим	20,84	4,17	25,01	5,00	30,01
13	Загальне обстеження лікарем-отоларингологом дитячим	19,88	3,98	23,86	4,77	28,63
14	Загальне обстеження лікарем-офтальмологом дитячим	9,24	1,85	11,09	2,22	13,31
15	Загальне обстеження лікарем-офтальмологом дитячим	7,07	1,41	8,48	1,69	10,17
16	Загальне обстеження лікарем-хрустом	17,41	3,48	20,89	4,18	25,07
17	Загальне обстеження лікарем-хрустом дитячим	12,77	2,55	15,32	3,06	18,38
18	Загальне обстеження лікарем-ортопедом-травматологом	8,75	1,75	10,50	2,10	12,60
19	Загальне обстеження лікарем-ортопедом-травматологом дитячим	11,25	2,25	13,50	2,70	16,20
20	Загальне обстеження лікарем-акушер-гінекологом	13,31	2,66	15,97	3,19	19,16
21	Загальне обстеження лікарем-стоматологом	14,47	2,89	17,36	3,47	20,83
22	Загальне обстеження лікарем-кардіологом	15,54	3,11	18,65	3,73	22,38
Кабінет функціональної діагностики						
1	Електрокардіограма	26,05	5,21	31,26	0,00	31,26
2	Спирометрія	5,97	1,19	7,16	0,00	7,16
3	Пальпаториметрія	5,97	1,19	7,16	0,00	7,16
Лабораторія						
1	Біохімічний аналіз крові (реактивний фаст)	21,55	4,31	25,86	0,00	25,86
2	Біохімічний аналіз крові (реактивний)	39,15	7,83	46,98	0,00	46,98
3	Біохімічний аналіз крові (проба Бурштейна)	21,08	4,22	25,30	0,00	25,30
4	Біохімічний аналіз крові (тимоласта проба)	22,37	4,47	26,84	0,00	26,84
5	Біохімічний аналіз крові (білірубін)	24,75	4,95	29,70	0,00	29,70
6	Біохімічний аналіз крові (тригліцериди)	21,15	4,23	25,38	0,00	25,38
7	Біохімічний аналіз крові (креатинін)	22,77	4,55	27,32	0,00	27,32
8	Біохімічний аналіз крові (АСТ)	23,26	4,65	27,91	0,00	27,91
9	Біохімічний аналіз крові (АЛТ)	23,25	4,65	27,90	0,00	27,90
10	Біохімічний аналіз крові (холестерин)	24,17	4,83	29,00	0,00	29,00
11	Біохімічний аналіз крові (загальний білок)	21,35	4,27	25,62	0,00	25,62
12	Біохімічний аналіз крові (сечовина)	20,53	4,11	24,64	0,00	24,64
13	Біохімічний аналіз крові (альфа-амілаза крові)	24,45	4,89	29,34	0,00	29,34
14	Біохімічний аналіз крові (ГГТ)	26,59	5,32	31,91	0,00	31,91
15	Біохімічний аналіз крові (альбумін)	24,12	4,82	28,94	0,00	28,94
16	Біохімічний аналіз крові (закис)	32,71	6,54	39,25	0,00	39,25
17	Біохімічний аналіз крові (сечовий азот)	26,32	5,26	31,58	0,00	31,58

Продовження додатку Б

18	Біохімічний аналіз крові (білірубін, креатинін)	25,52	5,26	30,98	0,00	36,48
19	Біохімічний аналіз крові (ліпідів)	26,72	5,26	30,98	0,00	36,98
20	Біохімічний аналіз крові (глюкоза)	26,32	5,26	31,58	0,00	31,58
21	Біохімічний аналіз крові (глюкоза та креатинін)	27,92	5,58	33,48	0,00	33,48
22	Біохімічний аналіз крові (малі)	30,32	6,00	36,38	0,00	28,38
23	Біохімічний аналіз крові (глюкоза та білірубін)	22,32	4,56	27,58	0,00	17,98
24	Біохімічний аналіз крові (глюкоза та креатинін)	25,52	5,12	30,74	0,00	30,74
25	Біохімічний аналіз крові (глюкоза та білірубін)	22,72	4,56	27,58	0,00	29,32
26	Біохімічний аналіз крові (білірубін)	48,92	9,16	58,78	0,00	58,78
27	Біохімічний аналіз (альбумін, креатинін, білірубін)	11,94	2,38	14,32	0,00	14,32
28	Біохімічний аналіз крові (ліпідів)	12,01	2,40	14,41	0,00	14,41
29	Біохімічний аналіз крові (глюкоза та білірубін)	26,92	7,12	42,00	0,00	42,00
30	Біохімічний аналіз крові (глюкоза та білірубін)	47,50	9,50	57,00	0,00	57,00
31	Біохімічний аналіз крові (глюкоза, білірубін, креатинін, тригліцериди, холестерин, АЛТ, АСТ, гемоглобін, креатинін, тригліцериди, пробіра Буркевича)	77,00	15,60	98,58	0,00	92,58
32	Біохімічний аналіз крові (глюкоза, білірубін, креатинін, білірубін, холестерин)	38,58	7,71	46,27	0,00	46,27
33	Біохімічний аналіз крові (холестерин, тригліцериди, пробіра Буркевича)	35,58	7,11	42,69	0,00	42,69
34	Біохімічний аналіз крові (глюкоза, креатинін)	20,28	5,80	26,08	0,00	26,08
35	Біохімічний аналіз крові (білірубін, АЛТ, АСТ, гемоглобін, пробіра)	38,22	7,60	45,82	0,00	45,82
36	Імунофлуоресцентний аналіз, антигена до гепатит	66,34	13,27	79,61	0,00	79,61
37	Імунофлуоресцентний аналіз, нуклеокапсид (HCV)	70,88	14,18	85,06	0,00	84,11
38	Імунофлуоресцентний аналіз, HbS антиген (Врус гепатиту B)	47,78	9,56	57,34	0,00	57,34
39	Імунофлуоресцентний аналіз, Врус гепатиту C (антi ВГС)	47,78	9,56	57,34	0,00	57,34
40	Імунофлуоресцентний аналіз (Врус гепатиту B, C)	78,24	15,25	93,49	0,00	81,40
41	Гормональний аналіз крові: Трийодтиронін (Т3)	66,57	13,31	80,28	0,00	82,20
42	Гормональний аналіз крові: Тироксин (Т4)	67,58	13,52	81,11	0,00	81,11
43	Гормональний аналіз крові: тиротропний гормон (ТТГ)	87,58	13,52	101,11	0,00	81,11
44	Гормональний аналіз крові: Т3, Т4, ТТГ	165,43	33,09	198,52	0,00	198,52
45	Середнє дослідження крові на сифіліс	52,46	10,49	62,94	0,00	52,46
46	Дослідження на корості в крові	28,29	5,66	33,95	0,00	33,95
47	Залізний аналіз крові	22,28	4,46	26,74	0,00	26,68
48	Аналіз крові на туберкульоз	17,15	3,43	20,58	0,00	20,58
49	Аналіз крові на туберкульоз	17,15	3,43	20,58	0,00	20,58
50	Аналіз крові на микобактеріальну інфекцію	17,15	3,43	20,58	0,00	20,58
51	Аналіз крові на антитіла до микобактерій	17,66	3,53	21,19	0,00	20,47
52	Дослідження матеріалу на домішки	29,48	5,89	35,37	0,00	35,37
53	Залізний аналіз крові	20,18	4,04	24,23	0,00	24,23
54	Аналіз сечі на туберкульоз	13,33	2,67	16,00	0,00	16,00
55	Аналіз сечі на Зімбабвійську	12,32	2,47	14,80	0,00	14,80
56	Дослідження сироватки на туберкульоз, антитіла до микобактерій	17,70	3,54	21,24	0,00	21,24
57	Дослідження матеріалу на туберкульоз	20,29	4,06	24,35	0,00	24,35
58	Аналіз матеріалу на туберкульоз (мазок на флюор)	14,23	2,85	17,08	0,00	17,08
59	Аналіз мазку на туберкульоз крові	10,23	2,05	12,28	0,00	12,40
60	Аналіз мазку на туберкульоз	10,70	2,14	12,84	0,00	12,84
61	Аналіз мазку на туберкульоз	15,28	3,06	18,34	0,00	18,34
62	Залізний аналіз крові	12,60	2,52	15,12	0,00	15,12
63	Біохімічний аналіз крові та сечі на флюор	16,35	3,27	19,62	0,00	19,62
64	Дослідження крові на сифіліс	129,34	25,87	155,21	0,00	155,21
65	Дослідження крові на сифіліс	100,28	20,06	120,34	0,00	120,34
66	Дослідження на сифіліс, паразити	87,29	17,46	104,75	0,00	104,75
67	Дослідження на сифіліс, паразити	88,28	17,66	105,94	0,00	105,94
68	Дослідження на сифіліс	90,29	18,06	108,35	0,00	108,35
69	Дослідження на сифіліс	95,63	19,13	114,76	0,00	114,76
70	Дослідження на сифіліс, паразити	129,34	25,87	155,21	0,00	155,21
71	Дослідження на сифіліс, паразити	167,72	33,55	201,27	0,00	201,27
72	Дослідження мазку на сифіліс	294,84	58,97	353,81	0,00	353,81
73	Визначення частоти до антитілів	78,00	15,60	93,60	0,00	93,60
74	Визначення частоти до антитілів на ССІВ-18 з використанням методу імунофлуоресцентного аналізу ІФА з ІМ	150,12	30,03	180,15	0,00	180,15
75	Визначення частоти до антитілів на ССІВ-18 з використанням методу імунофлуоресцентного аналізу ІФА з ІМ	148,88	29,78	178,66	0,00	178,66
Рентгенологічний кабінет						
1	Рентгенографія	12,12	2,42	14,54	0,00	14,54
2	Рентгенографія на флюор	19,23	3,85	23,08	0,00	23,08
3	Рентгенографія на флюор в 2-х проекціях	42,23	8,45	50,68	0,00	50,68
4	Рентгенографія на флюор в 2-х проекціях	85,22	17,04	102,26	0,00	102,26
Ендоскопічний кабінет						
1	Ендоскопія (страва)	128,85	25,77	154,62	0,00	154,62
2	Ендоскопія із заборою біопсійного матеріалу	248,11	49,62	297,73	0,00	297,73
3	Ендоскопія (страва) + заборою	168,63	33,73	202,36	0,00	202,36
4	Ендоскопія (страва) із заборою біопсійного матеріалу	248,11	49,62	297,73	0,00	297,73
5	Ендоскопія (страва) + заборою + аналіз біопсійного матеріалу	194,82	38,97	233,79	0,00	233,79
6	Ендоскопія (страва) + заборою біопсійного матеріалу	276,90	55,38	332,28	0,00	332,28
7	Ректоскопія	134,51	26,90	161,41	0,00	161,41
8	Ректоскопія із заборою біопсійного матеріалу	219,29	43,86	263,15	0,00	263,15

Продовження додатку Б

9	Рентгенологія	227,06	45,43	272,47	0,00	272,47
10	Рентгенологія із забаром контрастного матеріалу	351,29	70,25	421,48	0,00	421,48
11	Рентгенологія без забару	340,01	68,00	408,01	0,00	408,01
12	Рентгенологія без забару контрастного матеріалу	516,84	103,36	620,20	0,00	620,20
Кабинет ультразвукової діагностики						
1	УЗД вен кінцівок	134,73	26,95	161,68	0,00	161,68
2	УЗД артерій кінцівок	134,73	26,95	161,68	0,00	161,68
3	УЗД судин шл	130,73	26,15	156,88	0,00	156,88
4	УЗД суглобів	34,85	6,97	41,82	0,00	41,82
5	УЗД шлочнокишкової залози	43,88	8,78	52,66	0,00	52,66
6	УЗД печінки	47,88	9,58	57,46	0,00	57,46
7	УЗД простатичної залози (трансректально)	82,54	16,50	99,04	0,00	99,04
8	УЗД щитовидної залози	57,19	11,42	68,61	0,00	68,61
9	УЗД м'язів шиї	47,88	9,58	57,46	0,00	57,46
10	УЗД (печінка + надпечінка)	57,19	11,42	68,61	0,00	68,61
11	УЗД (селезенка + суглиб портальної)	43,88	8,78	52,66	0,00	52,66
12	УЗД (сечовий міхур + залозовід сечі + передміхурова залоза)	74,23	14,85	89,08	0,00	89,08
13	УЗД (печінка + жовчний міхур + жовчні шляхи протоки)	74,23	14,85	89,08	0,00	89,08
14	УЗД шлунка (I триместр 1-12 тижнів)	74,23	14,85	89,08	0,00	89,08
15	УЗД шлунка (II триместр 13-28 тижнів)	117,61	23,52	141,13	0,00	141,13
16	УЗД шлунка (III триместр 29-40 тижнів)	117,61	23,52	141,13	0,00	141,13
17	УЗД (матка + яєчники + лимфовузли)	117,61	23,52	141,13	0,00	141,13
18	УЗД (матка + яєчники + сечовий міхур)	100,48	20,10	120,58	0,00	120,58
19	УЗД (матка + яєчники (інтравагінальний))	82,54	16,52	99,06	0,00	99,06
20	УЗД (печінка + надпечінка + шлунковий міхур з візантійським залозовід сечі)	74,23	14,85	89,08	0,00	89,08
Фізотерапевтичний кабінет						
1	Консультація лікар-фізіотерапевта	29,66	5,94	35,60	0,00	35,60
2	Одноразовий масаж (1 ум. од.)	17,84	3,57	21,41	4,29	25,70
3	Одноразовий масаж (1,5 ум. од.)	27,27	5,45	32,72	6,43	39,15
4	Одноразовий масаж (2 ум. од.)	24,49	4,89	29,38	5,86	35,24
5	Одноразовий масаж (2,5 ум. од.)	27,43	5,49	32,92	6,58	39,50
6	Одноразовий масаж (3 ум. од.)	30,97	6,19	37,16	7,43	44,59
Рентген						
1	Відзняти бланк особистої медичної книжки	22,70	4,54	27,24	5,46	32,70
2	Відзняти бланк медичної довідки	3,48	0,70	4,18	0,00	4,18
3	Відзняти копії витягу з історії хвороби	15,99	3,20	19,19	0,00	19,19
4	Медична підготовка водія	29,70	5,94	35,64	7,13	42,77
5	Перебування громадян за їх бажанням у стаціонарних відділеннях з подальшим санітарним обслуговуванням	125,90	25,18	151,08	30,23	181,31
Профілактичний медичний огляд						
Лікарський некрологічний огляд з комплексним тестуванням:						
Бюро медичний огляд крові (ГТТ)						
		46,79	9,36	56,15		
		25,59	5,12	31,71		
		72,38	14,48	86,86	17,61	104,47
Обов'язковий позитивний огляд						
Проведення обов'язкового позитивного огляду:						
		48,84	9,77	58,61	11,67	70,28
		48,84	9,77	58,61	11,67	70,28
Медичний огляд кандидатів у водії та водіїв транспортних засобів						
Загальне обстеження головної медичної комісії:						
Загальне обстеження лікарем-невропатологом:						
Загальне обстеження лікарем-отоларингологом:						
Загальне обстеження лікарем-офтальмологом:						
Загальне обстеження лікарем-кардіологом:						
Загальний аналіз крові:						
Загальний аналіз сечі:						
Аналіз крові на цукор:						
ЕКГ:						
Вимірювання тиску крові та пульсу-фітосом:						
Бланк ф. № 003-а:						
Бланк ф. № 140/о:						
		195,05	39,01	234,06	46,81	280,87
		168,70	33,74	202,44	40,48	242,92
		29,70	5,94	35,64	7,13	42,77
Медичний огляд для видачі дозволу на право отримання та носіння зброї						
Загальне обстеження головної медичної комісії:						
Загальне обстеження лікарем-невропатологом:						
Загальне обстеження лікарем-отоларингологом:						
Загальне обстеження лікарем-офтальмологом:						
Загальний аналіз крові:						
Загальний аналіз сечі:						
Аналіз крові на цукор:						
ЕКГ:						
Бланк ф. № 12/о:						
		144,29	28,86	173,15	34,63	207,78
Медичний огляд працівників окремих професій, виробництв і організацій, діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення і може призвести до поширення інфекційних хвороб						
Загальне обстеження головної медичної комісії:						
Загальне обстеження лікарем-дерматовенерологом:						
Загальне обстеження лікарем-стоматологом:						

Продовження додатку Б

Зачетні обсяги наукових праць у галузі	20,84	4,11	25,01		
Філософії/ради	12,23	2,43	14,56		
Дослідження зразки на сиріжки, мази на гірчак	52,45	10,49	62,94		
Дослідження на наявність ангіозних інфекцій	167,17	33,35	200,52		
Серологічне дослідження на черевний тиф	350,84	31,97	382,81		
Дослідження на гонорейоз	10,70	2,14	12,84		
Мазок на наявність патогенного стафілококу	125,82	25,96	151,78		
Відноч бланків особистої медичної книжки	22,70	4,54	27,24		
Вартість медогляду без актин ОМН	917,87	122,57	1040,44	147,09	892,83
	590,17	118,01	708,20	141,64	849,84

Директор



П.В.Кісіль

