



План розвитку

КНП «Северинівська лікарня відновного лікування вінницької обласної ради»

I. Описова частина

1.1. КНП «Северинівська ЛВЛ ВОР» - це лікувальний заклад, де надається стаціонарна медична послуга за напрямком

-медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням опорно – рухового апарату

-медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням нервової системи

Лікарня розрахована на 85 цілорічних ліжок

1.2. Власником Комунального некомерційного підприємства «СЕВЕРИНІВСЬКА ЛІКАРНЯ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ» є територіальні громади сіл, селищ, міст Вінницької області в особі Вінницької обласної Ради. Підприємство підпорядковане, підзвітне та підконтрольне Вінницькій обласній Раді.

КНП „«СЕВЕРИНІВСЬКА ЛВЛ ВОР» є закладом охорони здоров'я – комунальним унітарним некомерційним підприємством, що надає послуги спеціалізованої медичної допомоги населенню Вінницької області, хворим з ураженням опорно – рухового апарату та послуги з медичної реабілітацію дорослих та дітей від трьох років з ураженням нервової системи, а також пацієнтам інших регіонів України та інших країн в порядку та на умовах, встановлених законодавством України та Статутом.

Підприємство є юридичною особою, усі права та обов'язки затверджені Статутом.

II. Програма організаційно-управлінських змін

2.1. Заклад очолює директор, організація лікувального процесу здійснюється медичним директором та завідувачем відділення, організація фінансово-економічної діяльності підприємства здійснюється головним бухгалтером.

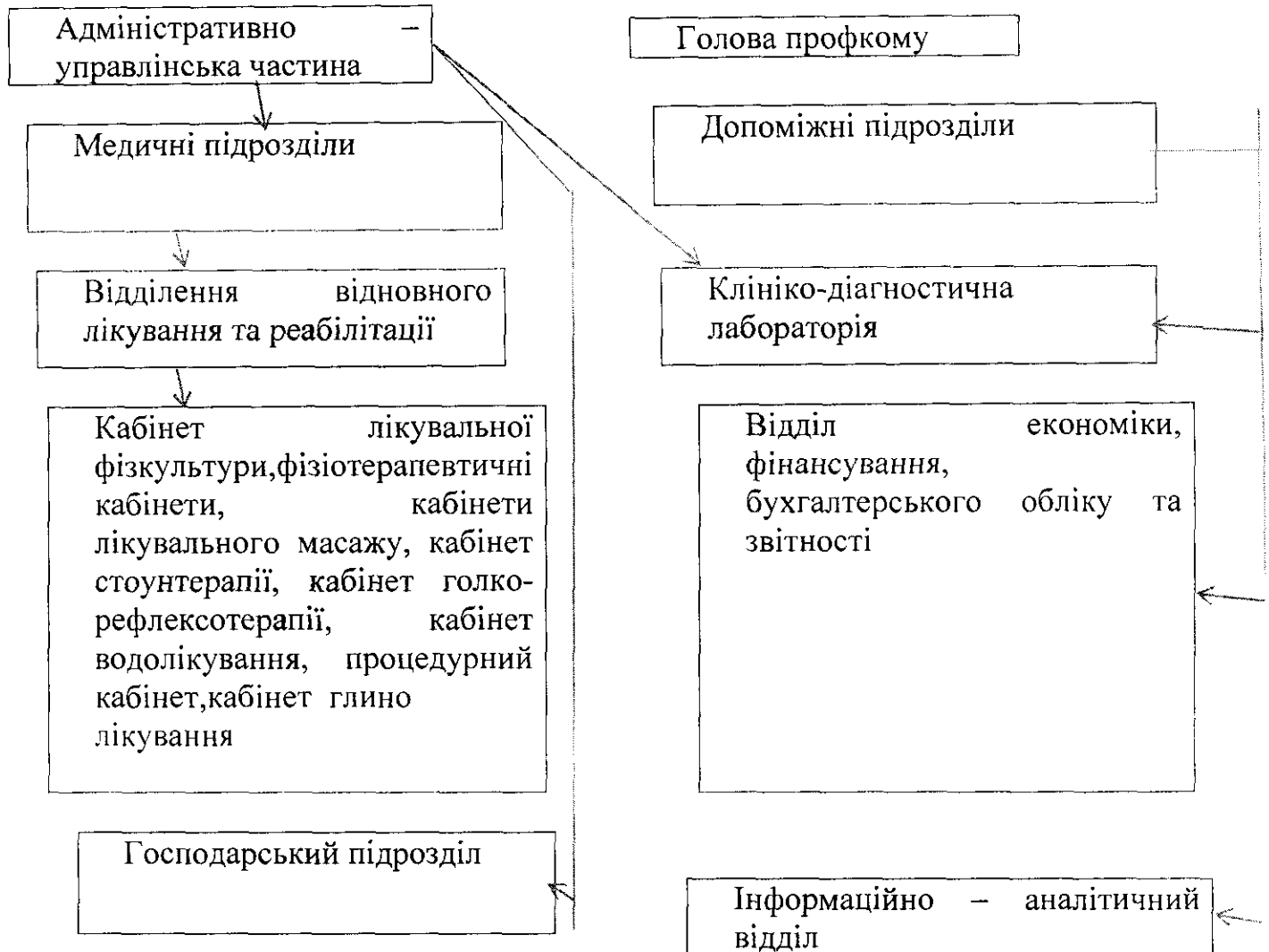
Директор отримав вищу медичну освіту у 1984 році у Вінницькому державному медичному університеті ім. М. І. Пирогова за фахом лікувальна справа. Стаж роботи за спеціальністю, станом на 01.01.2020р., - 36 р., на посаді керівника закладу – 35 р..

Завідувач відділення отримала вищу медичну освіту у 1976 році у Вінницькому медичному університеті ім. М. І. Пирогова, за фахом лікувальна справа. Стаж роботи за спеціальністю, станом на 01.01.2020р., -48 р. ,на керівних посадах – 35 р.

Головний бухгалтер отримав вищу економічну освіту у Вінницькому національному аграрному університеті у 2011 році, за фахом економіка підприємства. Стаж роботи за спеціальністю 12 років, 6 міс., на керівних посадах – 7 р.

2.2. Розроблення та впровадження ефективної структури управління підприємства.

СТРУКТУРА ЛІКАРНІ



2.3. Розроблення та підписання колективного договору між адміністрацією підприємства та трудовим колективом в новій редакції – до 30 листопада 2020р.

2.4. Розроблення та впровадження заходів зі зменшення тривалості середнього строку госпіталізації.

Стационарне відділення реабілітації на 85 ліжок створено у 2013 році для здійснення спеціалізованої лікувальної, діагностичної, допомоги населенню Вінницької області з ураженням опорно- рухового апарату та медичної реабілітації дорослих та дітей від трьох років з ураженням нервової системи.

Для зменшення тривалості середнього строку госпіталізації проводяться такі заходи:

- аналіз медичних карт пацієнтів, госпіталізація яких була обґрунтована, щодо оптимальної тривалості лікування.

- по кожній медичній карті визначається кількість днів можливого зменшення тривалості перебування в стаціонарі без впливу на стан пацієнта та кінцевий результат лікування.
- до критеріїв, які необґрунтовано продовжують термін лікування при задовільному стані пацієнта, віднести виписку пацієнтів після вихідних та святкових днів, перебування у відділенні для отримання тільки препаратів у пероральній формі без проведення додаткових обстежень та консультацій та фізіотерапевтичних процедур.

Впровадження заходів

1. Впровадження та розширення спектру платних послуг (консультування, лабораторна діагностика, тренінгове навчання) для юридичних осіб та населення.
Термін 2020-2022 рр.
 2. Вивчити питання щодо аутсорсингу клієнтського сервісу (соціальні послуги).
Термін 2021 р.
 3. Впровадження мобільного додатку пацієнта з доступом до основної медичної інформації щодо лікування, результатів аналізів, призначення та видачі АРТ, а також функція запису на прийом до лікаря.
Термін 2021-2022 рр.
 4. Впровадження Телемедицини, як сучасної консультативної комунікації з фахівцями області та України.
Термін 2021-2022 рр.
 5. У разі потреби збільшення кількості ліжок та фахівців денного стаціонару
Термін 2021-2022 рр.
 6. Розширення послуг із збільшенням спектру лабораторних обстежень, , консультації фахівців.
Термін 2021-2022 рр
- 2.5. Розроблення та впровадження заходів із збільшення частки амбулаторної медичної допомоги у структурі медичної допомоги, що надається підприємством.
КНП «Северинівська лікарня відновного лікування Вінницької обласної ради» не здійснює надання амбулаторної медичної допомоги.

2.6. Розрахунок та обґрунтування потреби в кадрах у розрізі спеціальностей
Загальний штат лікарні становить – 90,5 посад

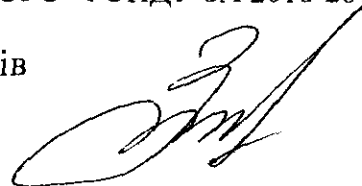
З них – 5,5 посад лікарі, фізичних осіб – 4 чол, з них з вищою кваліфікаційною категорією – 3 чол

Середній медичний персонал становить – 23,75 посад, фізичних осіб – 20 чол, з них з вищою кваліфікаційною категорією – 11 чол, з 2 кваліфікаційною категорією- 5, без кваліфікаційної категорії – 4 чол

Молодший медичний персонал становить – 14,75 ставок, фізичних осіб - 14

ПОКАЗНИКИ ВИКОРИСТАННЯ ЛІЖКОВОГО ФОНДУ ЗА 2018-2019Р

В 2018 р в лікарні було проліковано 1530 пацієнтів



В 2019 р в лікарні було проліковано 1454 пацієнта

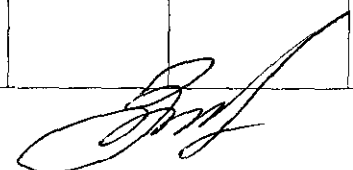
План ліжок на рік		Кількість ліжок днів фактично виконано		% виконання		Середнє перебування хворого на ліжку		Робота ліжка		Оберт ліжка	
2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
28050	28050	30962	26974	110,4	96,2	20,2	19,8	364,2	317,3	17,9	25,8

III. Програма фінансово-економічної діяльності

3.1. Оцінка фінансового стану підприємства за 2018-2020р.р.

АНАЛІЗ СТРУКТУРИ АКТИВІВ ПІДПРИЄМСТВА тис. грн.

№ з/п	Показник	2018р	2019	Відхилення 2019 від 2018		Очікувані дані 2020р.	Відхилення 2020 від 2019	
				абсолютне	відносне(%)		абсолютне	відносне(%)
1.	Активи підприємства	12297,3	13091,7			13091,7		
2.	Необоротні активи	10471,8	11460,1	+988,3	+9%	11460,1		
	питома вага у загальному обсязі активів,%							
3.	Оборотні активи	1743,1	1612,0	-131,1	-8%	1612,0		
	питома вага у загальному обсязі активів,%							
3.1.	Матеріальні оборотні активи							
	питома вага у загальному обсязі оборотних активів,%							
3.2.	Дебіторська заборгованість							
	питома вага у загальному обсязі оборотних активів,%							



3.3.	Грошові кошти та їх еквіваленти	82,4	19,6	-62,8	-7,7%			
	питома вага у загальному обсязі оборотних активів,%							
3.4.	Інші оборотні активи (не включені до п.п.3.1.-3.3.)							

Загальний обсяг активів у 2019 зріс на 9 %, у зв'язку із отриманням необоротних активів та отриманням (використанням) оборотних активів. Необоротні активи зросли за рахунок закупівлі 872,1 тис.грн основних засобів ІНМА, незавершених кап. інвестицій - 512,8 тис .грн., (здійснення реконструкції ландшафту території)

Оборотні активи зменшились за рахунок використання матеріальних ОА 131,0 тис. грн., -8%,

Загальний обсяг активів у 2020 очікується на рівні 2019 року.

АНАЛІЗ СТРУКТУРИ ДЖЕРЕЛ УТВОРЕННЯ АКТИВІВ

тис .грн.

№ з	Показник (фінансування)	2018р	2019	Відхилення 2019 від 2018		Очікувані дані 2020р.	Відхилення 2020 від 2019	
				абсолютне	відносне(%)		абсолютне	відносне(%)
1.	Обсяг надходжень за усіма джерелами утворення активів	11269,1	10903,2	-365,9	-3%	8378,2	-2525,0	-23%
1.1.	Кошти обласного бюджету (в т.ч. медична субвенція)	10369,6	8958,9	-1410,7	-13,6%	5051,0	-3907,9	-43,6%
	питома вага у загальному обсязі надходжень, %	92%	82%			60,2%		
1.2.	Надходження на виконання державних цільових програм					2350,6	2350,6	100%
	питома вага у загальному обсязі надходжень, %					28%		
	в тому числі							
1.2.1	Матеріальні цінності та грошові кошти за рішеннями центральних							



	органів виконавчої влади України							
1.2.2	Реалізація інвестиційних проектів (ДФРР)							
1.3.	Надходження від платних послуг	259,1	1192,4	933,3	360,2%	633	-559,4	-46,9%
	питома вага у загальному обсязі надходжень, %	2%	11%			7,6%		
1.4.	Надходження від спонсорів, меценатів та благодійників, в т.ч. натура	640,4	751,9	111,50	17,4%	343,6	-408,3	-54,3%
	питома вага у загальному обсязі надходжень, %	6%	7%			4,2%		
1.5.	Інші надходження							
	питома вага у загальному обсязі надходжень, %							

Загальний обсяг коштів, що надійшли у 2019 зменшився на -365,9 тис. грн., -3%, в тому числі за рахунок :

з надходжень з обласного бюджету зменшився – на -1410,7 тис. грн., -13,6%;, проте від

- надходжень від платних послуг збільшився - 933,3 тис. грн., 360,2%, за рахунок впровадження нової послуги - ударно-хвильової терапії , збільшення обсягу послуг стоунтерапії і рефлексотерапії та збільшення тарифів на процедури масажу.
- надходжень від спонсорів, меценатів та благодійників збільшився - 111,5 тис. грн., 17%, в т.ч. за рахунок отримання благодійних внесків від фізичних осіб – на 111,5 тис. грн., 17%;

Очікуваний обсяг надходжень у 2020 році зменшиться на -2525 тис. грн. 23%, в т.ч. за рахунок: зменшення обсягів коштів обласного бюджету - на 3907,9 тис. грн. 43,6 %, зменшення обсягів надходжень платних послуг – 559,4 тис. грн., на -46,9%, та надходжень від спонсорів, меценатів та благодійників, в т.ч. натура на -408,3 тис. грн. на -54,3 %.

АНАЛІЗ СТРУКТУРИ ВИТРАТ ПІДПРИЄМСТВА

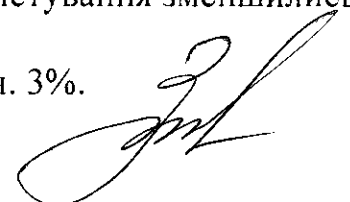
тис .грн.

№ з/п	Напрямок витрат	Касові видатки по роках								
		2018		2019			Очікувані дані 2020р.			примітка
		всього	питома вага у загальному обсязі	всього	питома вага у загальному обсязі	відхилення 2019 до 2018, %	всього	питома вага у загальному обсязі	Відхилення 2020 до 2019, %	

			витрат ,%		вигра т, %			витрат ,%		
1.	Поточні видатки	9262,7	-	10080,5	-		7550,0	90	-25%	
1.1	Видатки на оплату праці з нарахуваннями на оплату праці	5876,2	64%	6408,7	63,6%	9%	4268,2	51	-33%	
1.2	Медикаменти та перев'язувальні матеріали	42,9	0,5%	89,5	0,9%	109%	56,0	0,6%	-37%	
1.3	Продукти харчування	567	6,1%	567,9	5,6%	-	123,7	1,4%	-78%	
1.4	Оплата комунальних послуг та енергоносіїв	622,2	6,1%	904,5	9%	46%	1797,5	21,4%	99%	
1.5	Соціальне забезпечення	222,4	2,4%	219,9	2,2%	-2%	54,6	0,6%	-75%	
1.6	Інші поточні витрати (послуги, матеріали, відрядження, навчання, інші поточні видатки)	1932	20,9%	1890	18,7%	-3%	1250	15%	-34%	
2	Капітальні видатки	1933,3	-	812,0	-	-58%	828,2	9,9	2%	
2.1	Придбання обладнання і предметів довгострокового користування	1433,3	74%	247,3	30%	-83%				
2.2	Капітальний ремонт			51,7	6,4%					
2.3	Реконструкція та реставрація	500	26%	512,9	63%	3%	828,2	10%	61%	
	Разом	11196,0		10892,5		-3%	8378,2		23%	

Загальний обсяг видатків 2019 зменшився на -303,5 тис. грн., -3%, в тому числі за рахунок:

1. Видатки на оплату праці з нарахуваннями на оплату праці збільшилось на 632,5 тис. грн., 9%;
 - Медикаменти та перев'язувальні матеріали збільшились на 46,6 тис. грн, 109%;
 - Оплата комунальних послуг та енергоносіїв збільшилась на 282,3 тис. грн, 46%;
 - Соціальне забезпечення зменшилось на -2,5 тис. грн. -2%;
 - Інші поточні витрати (послуги, матеріали, відрядження, навчання, інші поточні видатки) зменшилось на -42,0 тис., -3%;
2. Капітальні видатки зменшились на -1121,3 тис. грн. -58%;
 - Придбання обладнання і предметів довгострокового користування зменшились на -1186,0 тис. грн. -83%;
 - Реконструкція та реставрація збільшилась на 12,9 тис. грн. 3%.



Очікуваний обсяг видатків 2020 зменшиться на 2514,3 тис. грн., -23%, в тому числі за рахунок :

1. Видатки на оплату праці з нарахуваннями на оплату праці збільшилось на -2140,5 тис. грн., -33%;
 - медикаменти та перев'язувальні матеріали зменшаються на -33,5 тис. грн., -37%;
 - оплата комунальних послуг та енергоносіїв збільшилась на 893 тис. грн., 99%. Таке зростання пов'язане із закупівлею дров для запуску бальнеологічного відділення.
 - соціальне забезпечення зменшиться на -165,3 тис. грн. 75%;
 - інші поточні витрати (послуги, матеріали, відрядження, навчання, інші поточні видатки) зменшаються 640 тис, грн.-34;
 2. Капітальні видатки очікувано зростуть на 16,2 тис. грн. 2%;
- Реконструкція зросте на 16,2 тис. грн. 61%. (реконструкція ландшафту території)

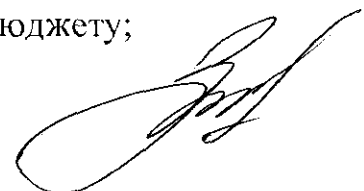
3.2. Аналіз реалізації програми медичних гарантій.

№ з/п	Перелік пакетів медичних послуг за програмою МГ	Сума по договору, тис. грн.	причини зменшення фінансування за ПМГ	Шляхи вирішення проблеми та термін виконання
1	2	3	4	5
1.	Медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням опорно-рухового апарату.	1832,6	Нестача коштів на реалізацію програми	Підтримка з державного або місцевого бюджету
2.	Медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням нервової системи.	518,0	Нестача коштів на реалізацію програми	Підтримка з державного або місцевого бюджету
	Разом	2350,6		

3.3. Розроблення моделі фінансування підприємства та визначення пріоритетних напрямів діяльності підприємства, з урахуванням наявної мережі закладів охорони здоров'я в області.

Модель фінансування підприємства представлена наступними напрямками фінансового забезпечення:

- реалізація програми медичних гарантій за договором з НСЗУ;
- реалізація окремих медичних послуг на договірних засадах з підприємствами, установами, організаціями;
- реалізація обласної програми за кошти обласного бюджету;



- реалізація не медичних послуг (тренінгова діяльність, обслуговування комп'ютерної техніки, організація та ведення бухгалтерського обліку в інших підприємствах, соціальні послуги тощо);
- реалізація інвестиційних проектів за рахунок державного бюджету (ФРР);
- благодійна допомога від спонсорів, благодійників, в т. ч. фізичних осіб;
- залучення інвестицій лізингових компаній (орендодавців);
- реалізація грантових проектів;
- реалізація фінансової діяльності.

Пріоритетні напрямки діяльності підприємства, що визначені підприємством як конкурентоспроможні в регіоні:

КНП «Северинівська ЛВЛ ВОР» в майбутньому бачить себе лікарнею відновного лікування з розширеним пакетом медичних послуг. Пріоритетним напрямком роботи лікарні є медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням опорно – рухового апарату та з ураженням нервової системи в гострому, підгострому та хронічному перебігу захворювання з використанням природних ресурсів, а саме голубої глини, розвитком інших нетрадиційних методів лікування, що є унікальною особливістю закладу.

СТРАТЕГІЧНІ ПРІОРИТЕТИ

ОПТИМІЗАЦІЯ перепрофілювання лікарів ортопедів – травматологів в лікарів фізичної та реабілітаційної медицини, зменшення кількості немедичного персоналу, а саме скорочення 1.0 посади прибиральник території та 1.0 посади водія автотранспортних засобів.

РОЗВИТОК НОВІТНІХ ТЕХНОЛОГІЙ

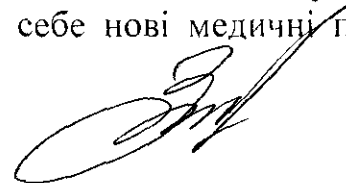
1. Планується відкрити та облаштувати кабінет ерготерапії. Створити кабінет у вигляді квартири з усіма побутовими умовами що дасть можливість пацієнтам після ураження ЦНС для адаптації та відновлення побутових навичок і соціальної реабілітації.

2. Планується розвивати напрямок лікування голубою глиною. ДУ «Український науково – дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України» проводиться дослідження динаміки клініко – функціональних показників у пацієнтів з захворюваннями на псоріаз, дерматози та з опіковою травмою під впливом застосування голубої глини. В подальшому планується проводити дослідження голубої глини для використання в лікуванні органів травлення.

3. Ввести в експлуатацію кабінет водолікування на чотири ванни і одну гідромасажну ванну

ЗАЛУЧЕННЯ ІНВЕТОРІВ

Северинівська об'єднана територіальна громада, на території якої знаходиться лікарня, бере участь у пілотному проекті в рамках ініціативи «Мери за економічне зростання» кластер «Яблуневий шлях». На території Северинівської ЛВЛ ВОР відновлюється котедж Деніса Маклера (відомого ірландського садівника 19 століття), в якому буде будинок садівника і музей в рамках проекту. КНП «Северинівська ЛВЛ ВОР» буде брати участь у дводенному циклі відновлювальних процедур, який буде запропонований туристам та пацієнтам для покращення їх здоров'я в одній із будівель лікарні, включаючи в себе нові медичні послуги з



використанням яблуневих продуктів: яблуневі кисневі коктейлі, фітотерапія та інше.

ОСНОВНІ ІНІЦІАТИВИ ДЛЯ РЕАЛІЗАЦІЇ СТРАТЕГІЧНИХ ПРІОРИТЕТІВ

При розробці стратегії лікарні було виділено ключові стратегічні напрямки розвитку КНП «Северинівська ЛВЛ ВОР»:

Забезпечення високого рівня безпеки та доступності послуг

-навчання фахівців лікарні, підвищення кваліфікації

-перепрофілювання лікарів і середнього медичного персоналу

-проведення щорічного аудиту наявного обладнання та його стану

Розвиток нетрадиційної медицини

-дослідження голубої глини з цілю використання в лікуванні дерматологічних захворювань і захворювань органів травлення

-використання яблуневої продукції в оздоровленні пацієнтів

3.4. Оцінка обсягів коштів, що можуть бути спрямовані на фінансування підприємства, заходи за рахунок місцевих бюджетів.

№ з/п	Перелік послуг/заходів	прогноз доходів 2020р. за джерелами фінансування				Разом доходів	прогнозна витрати 2020р.
		за договором з НСЗУ	за договорами з підприємствами і платні послуги	Обласний бюджет	Інші джерела		
1.	Реалізація програми медичних гарантій за договором з НСЗУ	2350,6				2350,6	
2.	Реалізація обласних цільових програм			5051	343,6	5394,6	
3.	Реалізація окремих послуг на договірних засадах з підприємствами, установами, організаціями, фізичними особами				633	633	
4.	Реалізація державних цільових програм (лікарські засоби, медичні вироби тощо за рішеннями центральних органів виконавчої влади України)						
5.	Реалізація інвестиційних проектів за кошти державного бюджету (державний фонд регіонального розвитку)						
6.	Реалізація інвестиційних лізингових проектів						

7.	Реалізація грантових проектів (як приклад програма «КУСАНОНЕ»)						
8.	Здійснення фінансової діяльності (позики, депозит тощо)						
	Разом	2350,6		5051	976,6	8378,2	

тис.грн.

За рахунок обласного бюджету у 2020 році виконуються наступні заходи:

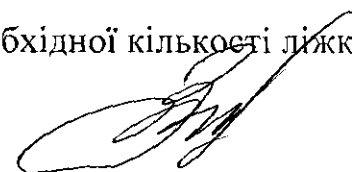
- обласна цільова програма «Регіональна екологічна бюджетна програма на 2019-2023 роки» на суму 828,2тис.грн., виконуються реконструкція «Відновлення ландшафту території Северинівського парку-пам'ятки садово-паркового мистецтва в селі Северинівка, Жмеринського району, Вінницької області (реконструкція)
- здійснюється оплата енергоносіїв та комунальних послуг на суму 1757_тис.грн., забезпеченість 100%;

3.5. Оцінка обсягів коштів, що можуть бути спрямовані на фінансування Центру за рахунок недержавних інвестицій, спонсорських внесків, благодійних пожертв та грантів, коштів міжнародної технічної допомоги, страхових компаній та інших джерел.

За рахунок інших, від державного та обласного джерел фінансування, на фінансування підприємства передбачається у 2020 році залучити наступні кошти:

№ з/п	Перелік заходів	Очікувана сума надходжень	Питома вага у загальному обсязі інших джерел
1.	Платні послуги	633	65%
2.	Реалізація інвестиційних недержавних проектів		
3.	Залучення грошових коштів та інших ресурсів (людських, матеріальних, інформаційних тощо) (фандрейзинг)	343,6	35%
4.	Реалізація грантових проектів		
	Разом	976,6	

3.6. Розрахунок та обґрунтування оптимальної необхідної кількості ліжко-місць.



Ретроспективний аналіз госпіталізації.

Розгорнуто ліжок	Робота ліжка за рік	Розрахунок ліжко-днів	План ліжко-днів на рік
85	330 днів	$85 * 330 = 28050$	28050 ліжко-днів

3.7. Розроблення та обґрунтування необхідності капітальних інвестицій у підприємство (закупівля обладнання, будівництво, ремонт приміщень тощо).

З метою пацієнто-орієнтованого підходу до якості меддопомоги підприємство розробило наступні заходи:

- провести технічне обстеження приміщень, будівлі тощо;
- отримати висновок про технічний стан приміщень, будівель;
- замовити та оплатити проектно - кошторисна документація на визначений об'єкт;
- виготовити та затвердити проектно-кошторисну документацію
- визначити пріоритети у необхідності придбання обладнання
- провести дослідження цін на обладнання
- підготувати та погодити з органом місцевої влади з питань охорони здоров'я бюджетний запит на капітальні видатки за визначеними пріоритетами.

3.8. Розроблення моделі впровадження платних послуг. Затвердження Переліку платних послуг відповідно до вимог чинного законодавства.

Платні послуги на підприємстві впроваджені (впроваджуються) наступним чином:

- Розробити та затвердити керівником підприємства Положення про надання платних послуг на підприємстві;
- Переглянути та затвердити тарифи на платні послуги, в тому числі не медичні, згідно чинного законодавства;
- Оприлюднити затверджені тарифи на сайтах органу місцевої влади та підприємства, в місцях надання послуг, в ЗМІ, соціальних мережах тощо;
- Послуги надавати згідно затвердженого Положення.
- Здійснювати моніторинг та маркетинг послуг підприємства.

3.9. Заходи з впровадження енергозберігаючих технологій.

- Термо-модернізація зовнішніх огорожувальних конструкцій (стін, вікон і дверей, горищ, підвалів);
- модернізація (заміна) другої черги систем опалення;
- модернізація систем освітлення з використанням енергоощадних приладів освітлення;
- впровадження локального та індивідуального опалення, що виключає втрати в тепломережах.
- проведення енергетичних аудитів об'єктів енергоспоживання з визначенням потенціалу енергозбереження, енергетичного балансу будівель, обсягу робіт, розміру

необхідних інвестицій, об'єктів та пріоритетних заходів з енергозбереження з визначенням потенціалу економії енергоресурсів та розрахунком термінів їх окупності.

- з метою заощадження електричної енергії провести обстеження системи обліку електроенергії, розробити раціональні заходи економії електроенергії та реальних лімітів на її споживання.

- систематично проводити навчання та інструктажі з працівниками згідно вимог раціонального економного використання енергоносіїв.

Термін 2021 р

3.10. Впровадження аутсорсингу на певні види послуг.

Проведення медичних послуг на договірних засадах, пральних, ІТ-них послуг тощо.

3.11. Забезпечення доступу до публічної інформації та дотримання принципів прозорості при публічному висвітлюванні на офіційному веб-сайті підприємства.

Доступ до публічної інформації на підприємстві відбувається шляхом функціонування вебсайту та сторінок в соціальних мережах, на яких відповідальні особи постійно оновлюють інформацію.

Розробити PR-стратегію підприємства (створення та розповсюдження рекламного контенту, в тому числі в мережі INTERNET та соціальних мережах).

Термін 2021 р.

IV. Програма управління якістю надання медичної допомоги.

4.1. Впровадження критеріїв та індикаторів якості надання медичної допомоги.

КНП «Северинівська ЛВЛ ВОР» отримало

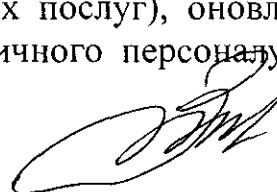
- останній раз безстрокову ліцензію на медичну практику відповідно до наказу МОЗ України № 2697 від 28.12.2019,

- акредитаційний сертифікат ВІ №000155 (перша категорія),.

Надання якісних медичних послуг в закладі здійснюється відповідно до нормативно-правової бази, клінічних протоколів.

Адміністрацією підприємства проводиться ряд заходів щодо контролю за якістю надання медичної допомоги.

Контроль відповідності сертифікованої системи управління якістю вимогам зазначеного стандарту здійснюється шляхом зовнішніх та внутрішніх аудитів, періодичність і процедури якого регламентуються програмою аудиту. На виконання наказів МОЗ України від 28.09.2012 №752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги», від 05.06.2016 №69 «Про організацію клініко-експертної оцінки якості медичної допомоги», ДОЗ ОДА від 19.07.2017 №791 «Про організацію клініко-експертної оцінки якості медичної допомоги ЛПЗ області» та з метою подальшого удосконалення забезпечення максимальної якості надання медичної допомоги (медичних послуг) пацієнтам та проведення аналізу роботи закладу, щодо якості надання медичних послуг виданий наказ по лікарні №2 від 03.01.2019 «Про удосконалення організаційного забезпечення управління та контролю якості надання медичної допомоги (медичних) послуг». Наказом затверджено Положення про систему контролю якості медичної допомоги (медичних послуг), оновлені критерії оцінки роботи лікарів, середнього та молодшого медичного персоналу, оновлені критерії



оцінки карти стаціонарного хворого, оновлені критерії оцінки рівня якості лікування в стаціонарному відділенні.

В лікарні розроблені і застосовуються критерії якості медичної допомоги хворим. В їх склад входять наступні розділи:

- А - Якість оформлення та ведення первинної медичної документації
- Б – Діагностичний процес
- В – Лікувальний процес
- Г – Результат лікування

Регулярно, щоквартально проводиться оцінка якості медичної допомоги в лікарні з наступним ознайомленням з результатами оцінки медичного персоналу.

В цілому в КНП «Северинівська ЛВЛ ВОР» контроль діяльності щодо якості медичної допомоги проводиться згідно розробленого «Положення про експертну оцінку якості медичної допомоги по лікарні», роз'яснень до критеріїв оцінки якості роботи, стандартів якості медичної допомоги та догляду за хворими на рівні лікаря, середнього медичного персоналу, аналізу діяльності стаціонару, аналізу виконання стандартів якості лікувально-діагностичного процесу, зокрема:

1. Показники результативності, виконання обсягу робіт, що відповідають певній завантаженості на лікарську посаду (кількість пролікованих хворих);
2. Адекватність, своєчасність і якість обстеження і лікування хворих;
3. Забезпечення безперервності догляду за хворим;
4. Забезпечення санітарно-гігієнічного та лікарсько-охоронного режиму;
5. Втілення нових методів діагностики та лікування в процесі реабілітації хворих;
6. Наявність обґрунтованих скарг.
7. Ефективність – досягнення запланованого результату.
8. Економічність – відповідність досягнутих результатів матеріальним затратам.

Відповідальними особами за управління і контроль якості лікувально-діагностичного процесу є:

- на першому рівні – головна медична сестра і керівники штатних структурних підрозділів;
- на другому рівні – статист;
- на третьому рівні – експертна комісія, яку очолює медичний директор, провідні спеціалісти.

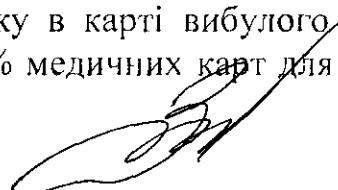
Розроблені і впроваджені стандарти якості обстеження і лікування по всіх основних нозологічних формах і оціночні таблиці щодо визначення показників якості лікування та рівня задоволеності пацієнта на кожного пролікованого хворого, в тому числі з урахуванням вимог ПМГ 2020.

Розроблені моделі кінцевих результатів для кожного підрозділу і для підприємства в цілому.

Визначені критерії оцінки роботи для кожної категорії працюючих.

Визначено обсяги і термін надходження статистичної інформації про діяльність закладу в цілому директору, медичному директору, що дає змогу проводити моніторинг і аналіз показників.

Завідуючий відділенням оцінює якість обстеження, лікування та задоволеності пацієнта за стандартами якості і виставляє оцінку в карті вибулого зі стаціонару кожного хворого, оцінює вибірково не менше 10% медичних карт для оцінки якості



лікування на рівні завідуючого відділенням; крім того, проводиться регулярний опит і анкетування пацієнтів про задоволеність медичною допомогою в стаціонарі, аналіз скарг і звернень громадян.

Здійснюється постійний контроль виконання вимог санітарно-протиепідемічних заходів з метою попередження внутрішньо-лікарняних інфекцій та їх ускладнень. Відповідальні – головна медична сестра.

Виявлені недоліки обговорюються на медичних радах, оперативних нарадах, доводяться до відома медичних працівників всього закладу.

За результатами оцінки якості лікувально-діагностичного процесу приймаються конкретні управлінські рішення, які втілюються у накази та розпорядження з персонально визначеними відповідальними і термінами виконання.

Зовнішній контроль якості надання медичних послуг здійснюється ДП «Вінницястандартметрологія», ДОЗ ОДА тощо в межах повноважень, зазначених законодавством, зокрема за дотриманням ліцензійних вимог провадження господарської діяльності з медичної практики, проведення акредитації, атестації лікарів, молодших спеціалістів з медичною освітою, професіоналів з вищою немедичною освітою, проведення клініко-експертної оцінки якості та обсягів надання медичної допомоги.

Контроль якості надання медичної допомоги проводиться у випадках смерті пацієнта, первинного виходу на інвалідність осіб працездатного віку, розбіжностей встановлених діагнозів, недотримання стандартів медичної допомоги, клінічних протоколів, табелів матеріально-технічного оснащення, а також у випадках, що супроводжувались скаргами пацієнтів або близьких родичів.

Забезпечується щоквартальне проведення експертної роботи медичного персоналу відповідно до затверджених критеріїв.

Забезпечується своєчасна звітність в МСІАЦ, щодо роботи медичної ради з питань оцінки внутрішнього контролю якості надання медичної допомоги.

Щорічно оновлюються та переглядаються цілі СУЯ, аналізується їх виконання, вносяться корективи в SWOT та PEST-аналізи, при необхідності приймаються адміністративні рішення.

Ідентифікація ризиків

Для документованого підтвердження дієвості СУЯ і оцінки якості наданих послуг, згідно затверджених процесів в лікарні передбачено здійснення оцінки ризиків.

Відповідальним за актуалізацію, внесення змін, доповнень до методики та ознайомлення з вимогами методик є медичний директор.

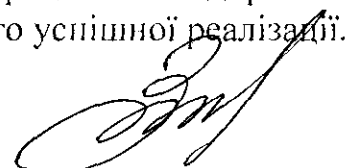
Відповідальність за виконання вимог методики в структурному підрозділі несе керівник структурного підрозділу.

Ідентифікацію ризиків проводять власники процесів лікарні з подальшим наданням інформації медичному директору

Медичний директор несе відповідальність за формування аналізу ризиків.

Внутрішні аудитори системи управління якості здійснюють аналіз та оцінку існуючих ризиків.

Процес ідентифікації ризиків є неперервним за своєю природою, тому нові ризики необхідно органічно включати в його перебіг. Досліджені інструменти і техніки повинні лише сприяти процесу ідентифікації, однак працівники підприємства, задіяні в самому процесі, є найбільш важливим фактором його успішної реалізації.



План заходів

1. Провести сертифікацію системи управління якістю стосовно послуг у сфері охорони здоров'я про відповідність вимогам ДСТУ ISO 9001:2015

Термін грудень 2021 р.

2. Акредитація закладу охорони здоров'я на відповідність стандартів/критеріїв державної акредитації закладів охорони здоров'я;

Термін лютий 2023 р.

3. Щорічний зовнішній наглядний аудит

Термін IV квартал 2021,2022 рр.

4. Сертифікація лабораторії відповідно до вимог ДСТУ EN ISO 15189:2015 за наявності коштів

Термін IV квартал 2022р.

4.2 Розроблення стандартів сервісного обслуговування пацієнтів при наданні медичної допомоги.

Рішення про розробку стандартів (Стандартні операційні процедури, клінічні маршрути пацієнта, тощо) приймається директором підприємства за поданням медичного директора.

Розробка стандартів здійснюється фахівцями структурних підрозділах підприємства, до сфери діяльності яких вони відносяться.

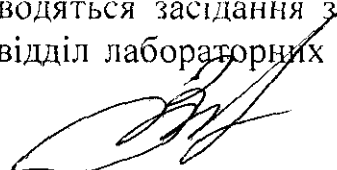
Стандарт вступає в дію з дати, наступної за датою затвердження, якщо не приймаються спеціальні рішення, які передбачають інший порядок впровадження.

Впровадження стандарту передбачає:

- розміщення затвердженого стандарту СУЯ, яким надалі керуються фахівці підрозділів підприємства на ПК на робочих місцях файлом тільки для читання;
- інформування працівників, відповідальних за дотримання вимог чинних електронних версій документів СУЯ у підрозділах та їх актуалізацію, та/або керівників підрозділів про введення в дію або заміну редакції документів;
- вивчення стандарту для подальшого застосування його в роботі працівниками підрозділів під контролем завідувачів та/або відповідальних осіб.

4.3 Впровадження заходів з інфекційного контролю.

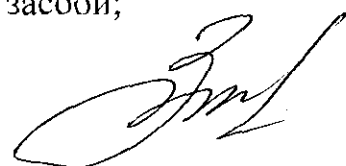
Для здійснення заходів з інфекційного контролю в КНП «Северинівська лікарня відновного лікування Вінницької обласної Ради» на виконання наказу Вінницької обласної СЕС №85/47 – мережа, від 10.04.2002р. «Про подальше удосконалення роботи по профілактиці внутрішньо – лікарняних інфекцій і ефективності санітарно-епідемічного нагляду за лікувально-профілактичними закладами області» та враховуючи специфіку роботи підприємства створено комісію з інфекційного контролю. Розроблені та затверджено положення про роботу комісії. Наказом директора затверджено склад комісій та відповідальних осіб. Розробляються та затверджуються плани робіт та щоквартально проводяться засідання з складанням протоколів. ВСП «Жмеринський міськрайонний відділ лабораторних досліджень»



здійснюється зовнішній моніторинг щодо бактеріологічного контролю стерилізації та поточної дезінфекції. Щорічно проводяться планові заходи державного нагляду (контролю) на відповідність Закону України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» №4004-XII від 24.02.1994р. Державною службою України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів Жмеринським районним управлінням Головного управління Держпродспоживслужби у Вінницькій області.

Для виконання заходів з інфекційного контролю в лікарні здійснюється:

- аналіз епідемічної ситуації з різних інфекційних захворювань в т.ч. особливо небезпечних в Україні, області, районах, містах;
- аналіз ВЛП, стану санітарно-протиепідемічного режиму по лабораторним показникам;
- практичні заняття з медичним персоналом по дотриманню санітарно-протиепідемічного режиму при наданні медичних послуг.
- диференційовані заліки для лікарів, середніх медичних працівників по епідеміології, клініці, профілактиці особливо небезпечних інфекцій, а також інших найбільш розповсюджених інфекційних захворювань згідно програм, затверджених МОЗ України і директором підприємства;
- забезпечення підрозділів підприємства миючими та дезінфікуючими засобами дозволеними МОЗ до застосування;
- закупівля та при необхідності заміна екранованих бактерицидних ламп згідно розрахунку;
- закупівля респіраторів, масок та інших засобів індивідуального захисту (ЗІЗ) одноразового використання згідно розрахунку;
- закупівля м'якого інвентарю;
- укладання договорів на проведення дератизації та дезінсекції при необхідності;
- укладання договорів з ВСП «Жмеринський міськрайонний відділ лабораторних досліджень» (бактеріологічна лабораторія), щодо бактеріологічного контролю стерилізації та поточної дезінфекції;
- огляд на педикульоз усіх хворих, що поступили і осіб, що їх доглядають, при необхідності проводити протипедикульозні заходи, повну або часткову санітарну обробку;
- поточна дезінфекція після прийому кожного хворого;
- забезпечення необхідних умов для зберігання продуктів харчування і готових страв в приміщенні роздатки (буфету);
- миття стаціонарних хворих зі зміною натільної та постільної білизни;
- камерна дезінфекція (матраців, ковдр, подушок);
- медичний огляд і обстеження медичних працівників в об'ємі і в строки визначені наказом МОЗ України;
- контроль якості стерилізації медичних інструментів, матеріалів та перев'язок;
- контроль за дотримання режиму стерильності при зберіганні стерильного матеріалу;
- контроль за якістю поточного прибирання візуально та лабораторно;
- контроль за якістю перед стерилізаційної обробки медичних інструментів шляхом постановки проб на виявлену кров та миючі засоби;



- окреме прання лікарняної білизни і халатів медичного персоналу. Суворо витримувати технологічний процес прання білизни;
- зняття проб готової їжі, оцінка санітарного стану приміщення роздатки;
- забезпечення медичних працівників, що контактують з кров'ю, іншими біологічними рідинами пацієнтів, захисним одягом, медичними рукавицями, масками, окулярами,
- забезпечення проведення природної (провітрювання) та змішаної вентиляції
- розрахунок потреби в бактерицидних екранованих ультрафіолетових опромінювачах та забезпечення структурних підрозділів підприємства відповідно до потреби;
- контроль за дотриманням графіків та якістю роботи бактерицидних опромінювачів, правилами очистки

ДИРЕКТОР КНП «СЕРВІС ЦЕНТР «ВЛ ВОР»



МАЛАЩУК В. Д.