



Оцінка цілісності комунального підприємства  
«Лікарня №1» Житомирської міської ради  
План мінімізації ризиків

Травень 2024 року

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
<b>1. Загальне управління</b>						
1.1. Затверджена організаційна структура підприємства та документи про внутрішні служби, відділи	1. Розробити документи про внутрішні відділи, підрозділи (функціональні політики з внутрішніми процесами або без них).	1. Сформуванати робочу групу для формалізації бізнес-процесів, провести їх навчання. Призначити відповідального, підготувати й затвердити план-графік та бюджет робіт. 2. Провести докладний аналіз всіх внутрішніх процесів, які безпосередньо впливають на ефективність функціонування підприємства. 3. Для кожного ключового процесу розробити політику, яка описує умови, кроки виконання, використовувані ресурси, критерії успішності та відповідальних працівників за її виконання. 4. Забезпечити навчання персоналу з метою підвищення їх компетентності в області внутрішніх процесів та виконання відповідних завдань.	Чітке визначення процесів та відповідальних осіб підвищує ефективність роботи КП завдяки зменшенню витрат на виконання завдань, дозволяє підприємству бути більш гнучким та адаптивним до змін на ринку, покращує процес управління ризиками	2-3 місяці		Директор, керівники структурних підрозділів, юрист, відділ кадрів.
1.2. Контроль обліку робочого часу	1. Продовжувати здійснювати вчасний та достовірний облік робочого часу в	1. Підтримувати систему обліку робочого часу, яка відповідає вимогам законодавства (електронна	Контроль обліку робочого часу дозволить КП:	На постійній основі		Відділ кадрів, Директор

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
	КП, зберігати відповідні документи належним чином.	система, паперові журнали або будь-яка інша форма) та регулярно перевіряти дані обліку робочого часу на відповідність фактичній роботі працівника. 2. Продовжувати зберігати всю документацію, пов'язану з обліком робочого часу, належним чином (журнали реєстрації робочого часу, робочі графіки, відомості про відпустки, а також будь-яку іншу відповідну інформацію).	1) управляти робочим часом працівників, оптимізувати графіки роботи та планувати ресурси 2) відповідати вимогам трудового законодавства, мінімізувати ризики трудових спорів			
1.3. Наявність стратегії розвитку	Сформувати робочу групу, відповідальну за стратегічне планування в КП.	1. Розробити Положення про робочу групу зі стратегічного планування, що визначатиме: <ul style="list-style-type: none"> <li>• постійний склад групи, включаючи ключових стейкхолдерів КП та членів наглядової ради</li> <li>• обов'язки та вимоги щодо експертизи учасників</li> <li>• необхідний бюджет для роботи групи</li> <li>• періодичність засідань</li> </ul>	В КП сформована робоча група з питань стратегічного планування з визначеним постійним складом (за посадами). Учасники групи мають достатній рівень експертизи для створення	1 місяць на етап формування робочої групи.  Робоча група діє на постійній основі.	Рекомендація буде актуальною після створення/оновлення наглядової ради КП.  Необхідні додаткові фінансові та часові ресурси на проходження навчання з	Директор

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		2. Забезпечити проходження навчання з питань стратегічного планування для всіх учасників робочої групи.	стратегії розвитку КП, її деталізації на оперативний рівень та гнучкого оновлення за необхідності.		питань стратегічного планування для всіх учасників робочої групи.  Збільшується кількість годин залучення співробітників-учасників робочої групи, що потребуватиме додаткової компенсації.  Додаткові затрати передбачити у фінансовому плані.	
	Забезпечити наявність актуальної стратегії КП, яка відповідає кращим практикам.	1. Розробити детальний план-графік формування стратегії розвитку КП.  2. При розробці нової стратегії забезпечити наявність наступних розділів: <ul style="list-style-type: none"> <li>аналіз стану КП, стану сфери охорони здоров'я в громаді та потреб</li> </ul>	КП має сформовану стратегію розвитку, затверджену міською радою. В стратегії визначені конкретні цілі з чіткими та вимірюваними	3-5 місяців	Збільшується кількість годин залучення співробітників, що потребує додаткової компенсації.  Необхідні додаткові	1-4. Директор  5. Особа відповідальна за комунікацію з громадськістю, програміст (за необхідності)

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p>населення у медичному обслуговуванні. При проведенні аналізу можливе залучення зовнішньої експертизи, наприклад, для аналізу ринку та тенденцій в сфері охорони здоров'я.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• загальне бачення довгострокового розвитку КП та розробити конкретні вимірювані стратегічні цілі на визначений період.</li> <li>• портфель ініціатив/проектів з чіткими та вимірюваними КПЕ, призначити відповідальним за виконання, визначенням необхідних ресурсів та можливих джерел їх отримання.</li> </ul> <p><i>При затвердженні стратегічних цілей враховувати їх відповідність вимогам та цілям МОЗ та результати обговорення стратегічних цілей з працівниками та іншими залученими зацікавленими сторонами.</i></p>	<p>КПЕ, які направлені на забезпечення повноцінного та якісного медичного обслуговування населення громади.</p> <p>Стратегія розвитку враховує вплив можливих змін у сфері охорони здоров'я України на роботу КП.</p> <p>Розроблений портфель ініціатив/проектів стратегії.</p> <p>КП забезпечує публічність інформації про плани розвитку, що покращує комунікацію, а також підвищує відповідальність КП перед громадськістю.</p>		<p>фінансові ресурси на залучення зовнішніх експертів для підтримки при розробці стратегії та/або придбання аналітичних звітів (напр., аналіз ринку та розвитку охорони здоров'я).</p> <p>Потенційно для формування стратегії може бути залучене донорське фінансування.</p>	

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		3. Забезпечити наявність плану комунікації затвердженої Стратегії розвитку та статусу її виконання враховуючи особливості кожної із груп зацікавлених сторін та забезпечити прозорість інформації про плани розвитку КП, наприклад, розмістити відповідні матеріали на сайті КП.				
1.4. Планування та моніторинг стратегічних цілей	Налагодити формалізовану систему моніторингу КПЕ досягнення стратегічних цілей для відслідковування прогресу розвитку КП і покращення точності стратегічного планування (після розробки стратегії).	1. Розробити Положення/ Регламент щодо моніторингу, яке визначатиме: <ul style="list-style-type: none"> <li>• відповідальних за контроль виконання стратегічних цілей та відповідних оперативних задач всередині КП (функцію доцільно відвести директору)</li> <li>• відповідальних за подання інформації про стан виконання цілей/задач</li> <li>• конкретні показники та дані про які необхідно звітувати, наприклад, дотримання термінів, бюджету та інших встановлених КПЕ</li> </ul>	Розроблене Положення про моніторинг та впровадження система моніторингу виконання стратегії КП дозволяє ефективно відслідковувати відхилення від плану та своєчасно коригувати цілі та задачі стратегії для її повноцінного виконання.	2 місяць	Збільшується кількість годин залучення співробітників, що потребуватиме додаткової компенсації.	Директор та медичний директор з організаційно-методичної роботи (особа, що відповідає за методологічне забезпечення КП).  Доцільно залучати учасників робочої групи зі стратегічного планування.

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p>цілей/задач, причини відхилень</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• форми звітності (письмові звіти, усна доповідь на регулярних оперативних нарадах) для подання керівництву та зацікавленим сторонам від міста</li> <li>• регулярність звітування</li> <li>• періодичність і умови перегляду, внесення змін та вжиття заходів у разі необхідності та вдосконалення стратегії</li> </ul>				
	Проводити регулярний моніторинг виконання стратегічних цілей/задач за допомогою управлінської звітності	<p>1. Дотримуватися затвердженого Регламенту про моніторинг виконання цілей стратегії.</p> <p>2. Розробляти план дій для покращення результатів, за необхідності вносити зміни у стратегію розвитку КП для забезпечення її відповідності поточним умовам, потребам КП та зацікавлених сторін</p>	Проведення зустрічей з огляду управлінських звітів, фіксування результатів обговорення	На постійній основі згідно з графіком	-	Директор
	Розглянути можливість використання єдиного ІТ-	1. Визначити оптимальний програмний застосунок (ПЗ) для спільної роботи з документами (напр.	Стратегічне планування та контроль виконання	12 місяців	Можлива необхідність залучення фахівців з ІТ-	Заступник директора з технічних питань (або

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
	інструмент, який об'єднає процеси стратегічного планування, консолідації і відстеження прогресу.	SharePoint, Google Диск, або інші доступні альтернативи). Забезпечити доступ всіх працівників, задіяних у плануванні, до обраного ПЗ.  2. Впровадити механізми захисту від зовнішніх атак та несанкціонованого доступу до документів.  3. Встановити контроль за оновленнями та внесенням змін.	стратегічних цілей здійснюється в єдиному IT-інструменті зі спільним доступом задіяних працівників до необхідних даних та звітності.  Дані про діяльність КП та виконання стратегічних цілей структуровані, можлива їх автоматизована обробка.  Впроваджений ефективні механізми захисту даних - відсутні випадки втрати даних через несанкціоновані дії користувачів або сторонніх осіб.		систем і кібербезпеки для налаштування системи, розробки та тестування механізмів захисту, також придбання ліцензій для програмного забезпечення, що потребуватиме додаткових фінансових ресурсів.	особа, що відповідає за технологічне супроводження та автоматизацію процесів у КП) при консультуванні з програмістом та директором з організаційно-методичної роботи.
1.5. Обізнаність персоналу щодо	Забезпечити високий рівень	1. Дотримуватися системи винагород щодо особистого	В КП діє зрозуміла та прозора		Необхідне залучення	

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
внеску у досягненні КП стратегічних цілей	обізнаності працівників про стратегічні цілі КП та свій внесок у їх досягнення у відповідності до плану комунікації стратегічного розвитку КП.	внеску у розвиток КП відповідно до Положення про преміювання працівників КП для підтримки внутрішньої мотивації.  2. Організовувати проведення сесій з обговорення стратегічних цілей з працівниками кожного року або півріччя, під час яких: <ul style="list-style-type: none"> <li>визначати конкретні вимоги та завдання з вимірюваними ключовими показниками ефективності (КПЕ) для кожного відділу.</li> <li>вказувати на важливість виконання цих завдань працівниками для досягнення стратегічних цілей .</li> <li>презентувати результати досягнення цілей з акцентом на внесок та зусилля працівників та відділів</li> <li>нагороджувати працівників або відділи, які найбільш успішно впоралися із завданнями</li> </ul>	система винагород окремих працівників або працівників окремого відділу за значущий внесок у досягнення стратегічних цілей КП.  Працівникам відомі стратегічні цілі КП, завдання і КПЕ своїх відділів на визначений період (рік або півріччя), які мають бути виконані/ досягнуті в рамках загальних стратегічних цілей КП. Всі працівники обізнані щодо ефективності виконання завдань своїм відділом, розуміють свій безпосередній	На постійній основі	Червоноградсько-ї міської профспілкової організації працівників охорони здоров'я для погодження системи винагород та можливого врегулювання конфліктів інтересів.	Відділ кадрів, директор

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		відповідно до поставлених КПЕ (за підсумками року).	внесок у досягнення загальних цілей КП та мотивовані докладати зусилля для повного виконання поставлених завдань.			
	З визначеною регулярністю проводити опитування серед персоналу, спрямовані на оцінку рівня обізнаності щодо їхнього внеску в досягнення стратегічних цілей КП	<p>1. Розробити опитувальник, який включає питання щодо вимірювання обізнаності щодо внеску в досягнення стратегічних цілей.</p> <p>2. Розробити порядок проведення опитувань, в якому визначити:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• регулярність</li> <li>• формат проведення</li> <li>• процедуру звітування про результати</li> </ul> <p>3. По факту проведення опитування визначити прогалини та впроваджувати заходи для покращення обізнаності, напр., зміни до комунікаційної стратегії.</p>	<p>КП контролює рівень обізнаності працівників шляхом проведення регулярних (напр., щорічних) опитувань за встановленою процедурою.</p> <p>100% працівників чітко усвідомлюють свій внесок в досягнення стратегічних цілей КП.</p>	1-2. 4 місяці 3. на постійній основі		Начальник відділу кадрів
1.6. Операційне планування та	Покращити якість фінансового	1. Визначити головні фактори, які призвели до коригувань	Визначені і зафіксовані	6-12 місяців	Рекомендації щодо	Головний бухгалтер

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
бюджетування (фінансовий план)	<p>планування для ефективного розподілу ресурсів та стійкості роботи КП</p> <p>Примітка: Кращі практики управління медичним закладом – посібник від Проєкту USAID "Підтримка реформи охорони здоров'я", доступний за посиланням: <a href="https://moz.gov.ua/mededzhment">https://moz.gov.ua/mededzhment</a></p>	<p>фінансових планів у попередніх роках.</p> <p>2. Розробити стратегію/механізм для запобігання або мінімізації впливу коригувань у майбутньому, наприклад, використання сценаріїв «що-якщо». Активно залучати до процесу власника та зацікавлених сторін, що позитивно впливатимете на точність планування</p> <p>3. Розглянути можливість використання інтегрованого ІТ-інструменту для спільної роботи всередині КП в процесі фінансового планування (детально у рекомендаціях до індикатора 1.14. «Програмне забезпечення обліку даних для бюджетування та бухгалтерського обліку»).</p>	<p>головні причини коригувань фінансових планів КП.</p> <p>Розроблена стратегія уникнення дії виявлених причин або мінімізації наслідків коригувань фінансового плану.</p> <p>Організація фінансового планування всередині КП забезпечує високу точність прогнозування та мінімальну кількість коригувань до фінансового плану.</p>		впровадження єдиного ІТ-інструменту пов'язані з подібними рекомендаціями до індикаторів 1.4 і 1.14.	
	Застосовувати комплексний сценарій/аналіз «що-якщо» для оцінки та	1. Визначити можливі альтернативні сценарії розвитку КП протягом планового року, наприклад, зростання попиту на певні	КП має сформований план заходів коригування бюджету у разі	6 місяців – підготовчий етап, далі на	Можливе збільшення кількості годин залучення співробітників,	Директор, головний бухгалтер.

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
	коригування бюджетних припущень.	<p>послуги чи при настанні надзвичайних ситуацій</p> <p>2. Провести оцінку ризиків і можливостей для кожного зі сценаріїв</p> <p>3. Визначити заходи коригування бюджету для кожного сценарію, наприклад, зменшення певних витрат, залучення додаткових доходів, тощо.</p>	настання різних можливих сценаріїв розвитку. Вплив коригувань фінансового плану на роботу КП мінімальний – відсутні значні відхилення від виконання цілей стратегії КП.	постійній основі	<p>що потребуватиме додаткової компенсації.</p> <p>Можливі витрати фінансових і часових ресурсів на додаткове навчання персоналу.</p>	
	Забезпечити активне залучення фінансових ділових партнерів (міста і донорів) до процесу створення щорічних бюджетів і цільової програми фінансування КП.	<p>1. Скласти перелік заходів/проектів, які потребують зовнішнього фінансування.</p> <p>2. Ідентифікувати фінансових партнерів, яких можна залучити для реалізації заходів/проектів.</p> <p>3. Визначити відповідальних за залучення та комунікацію з партнерами, зокрема з міською радою у питаннях планованих та необхідних змін до міської програми фінансування КП.</p>	<p>КП має план залучення фінансових партнерів при необхідності зовнішнього фінансування річного бюджету.</p> <p>КП ефективно взаємодіє з містом при складанні бюджету - до 3-х коригувань річного фінплану КП, які спричинені зміною обсягів видатків з</p>	4 місяці	Необхідні додаткові людські ресурси (відповідальний за комунікацію з фінансовими партнерами) або збільшення кількості годин залучення співробітників, що потребуватиме додаткових витрат на оплату праці.	<p>Директор, юрист.</p> <p>Доцільне залучення Ради (Наглядової, Спостережної чи Опікунської у разі її створення).</p>

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		4. Розробити порядок контролю за реалізацією наданого фінансування (наприклад, затвердити план зустрічей з партнерами та подання звітності).	міського бюджету , протягом планового року.			
	Здійснювати постійний моніторинг виконання фінансового плану, використовуючи систему регулярної звітності.	1. Щомісяця подавати звітність щодо виконання фінансового плану керівництву КП.  2. За фактом подання звітності виявляти відхилення від виконання плану та вносити необхідні коригування до плану.	Налагоджена ефективна система контролю виконання фінансового плану - відхилення від виконання фінансового плану не перевищують 25%.	На постійній основі	-	Головний бухгалтер
1.7. Система управління проектами	Створити ефективну систему управління проектами на базі стандарту РМВок.	1. Призначити окрему особу з необхідним досвідом та експертизою для керівництва проектами. За необхідності та при умові достатньої кількості проектів може бути створений відділ з управління проектами, в склад якого можуть входити юрист, економіст, бухгалтер, ІТ-фахівець та медичні працівники, які повинні пройти відповідне навчання.  2. Сформувані портфель проектів. Розробити картки проектів, які входять в	За управління проектами в КП відповідає окремий відділ або особа з необхідною експертизою (вимоги щодо обов'язків та кваліфікації прописані в посадовій інструкції).  КП має чіткий план проектів та	6 місяців	Дані рекомендації актуальні та доцільні, якщо КП буде мати більше 2 значних стратегічних проектів, які потребуватимуть створення відповідної системи управління.	Директор або уповноважена ним особа

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p>портфель проєктів, з деталізованим описом, що включатиме:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Опис та обсяг проєкту</li> <li>• Чіткі вимірювані результати</li> <li>• Відповідальних</li> <li>• Перелік залучених сторін, від яких очікується участь в проєкті</li> <li>• План-графік реалізації</li> <li>• Бюджет та джерела фінансування</li> </ul> <p>Інші важливі атрибути</p> <p>3. Розробити дорожню карту портфелю проєктів. Затвердити терміни перегляду та оновлення дорожньої карти.</p> <p>4. Визначити та впровадити інструмент для управління портфелем проєктів КП. Провести навчання визначеного персоналу даному інструменту</p>	актуальну дорожню карту реалізації.			
1.8. Якість управління проєктами	Розробити і затвердити методологію управління проєктами	1. Ознайомитися з кращими практиками РМВок щодо управління проєктами та розробити внутрішню методологію з урахуванням	КП має затверджену методологію управління проєктами, яка	24 місяці	Дані рекомендації актуальні та доцільні, якщо КП буде мати	Директор або уповноважена ним особа

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
	відповідно до кращих практик РМВоК.	<p>досвіду і специфіки роботи КП. Особливу увагу приділити розробці процедури з регулярного моніторингу за виконанням проєктів, напр., формування плану зустрічей, подання звітності про виконання проєктів тощо.</p> <p>2. Визначити вимоги до кваліфікації менеджерів проєкту залежно від вартості проєкту, обсягів і складності робіт та важливості проєкту для стратегічного розвитку КП. Напр., менеджером проєкту може бути особа, яка має: експертизу в напрямку проєкту, досвід з управління проєктами та портфоліо успішних проєктів/ рекомендації.</p> <p>3. Для управління проєктами призначити особу, яка відповідає визначеним вимогам, зі штату КП або залучити фахівців ззовні (на договірній основі за результатами конкурсу). Доцільно залучити менеджерів, які пройшли</p>	<p>базується на кращих практиках РМВоК.</p> <p>Визначені вимоги до кваліфікації менеджерів проєктів.</p> <p>Результати від впровадження проєктів відповідають запланованим, відсутні значні перевищення бюджету і термінів без суттєвих причин.</p>		<p>більше 2 значних стратегічних проєктів, які потребуватимуть створення відповідної системи управління.</p> <p>Важливо враховувати, що інвестори та донори можуть встановлювати додаткові вимоги до управління проєктом та\або до менеджерів.</p>	

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		сертифікацію PMP, для управління вартісними та стратегічними проектами, зокрема проектами, які реалізуються за донорські кошти, передбачають капітальний ремонт, впровадження новітніх IT-рішень або інші значущі зміни у функціонуванні КП.				
1.9. Моніторинг ключових показників ефективності (KPI) співробітників	1. Затвердити KPI співробітників та критерії оцінки на виконання Положення про систему контролю якості лікувально-профілактичної допомоги.	1. Розробити систему ключових показників ефективності, які будуть вимірюваними, досяжними, та найкраще відображати результати роботи кожного підрозділу. Така система має демонструвати чіткий зв'язок зі Стратегічними цілями підприємства.  2. Розробити Управлінську звітність для моніторингу системи КПЕ. Автоматизувати управлінську звітність використовуючи сучасні інструменти (наприклад PowerBI, Qlik, Tableau або їх аналоги).	Вимірювання ефективності спонукає працівників до досягнення високих результатів, покращення якості медичного обслуговування, зменшення часу очікування та підвищення задоволеності пацієнтів.	1. 3 – 5 місяців.  2-5. На постійній основі		Директор, керівників структурних підрозділів, відділ кадрів.

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p>3. Забезпечити навчальні заходи для працівників що відповідають за формування управлінської звітності по КПЕ щодо оновленої системи КПЕ та способів їх вимірювання та підходів до звітування.</p> <p>4. Забезпечити заходи з інформування працівників КП щодо формування та вимірювання КПЕ.</p> <p>5. Здійснювати постійний моніторинг та оцінку КРІ для визначення їх ефективності та потреби в корекції.</p>				
1.10. Наявність та виконання програм навчання та розвитку персоналу	Формалізувати процес організації навчання медичного персоналу.	<p>1. Розробити Положення/Регламент про організацію навчання медперсоналу, яке визначатиме:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• відповідальних за організацію і контроль проходження навчання</li> <li>• терміни і порядок підготовки індивідуального навчального плану</li> </ul>	Організація навчання медперсоналу належним чином формалізована: визначені відповідальні, терміни і процедура підготовки індивідуального навчального плану, контролю	<p>1. 8 місяців</p> <p>2-3. На розробку механізму – 3 місяці, контроль – на постійній основі</p>	Необхідні затрати часу і людських ресурсів на налагодження роботи системи повідомлення і реєстрації на навчання, її тестування її ефективності та інформаційної безпеки і	Начальник відділу кадрів

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p>медперсоналу, включаючи процедури розсилки, збору і обробки заявок від персоналу на навчання (обов'язкове та необов'язкове)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• порядок контролю за дотриманням індивідуального навчального плану медперсоналом.</li> </ul> <p>2. Розробити механізм контролю за доцільністю направлення медичного персоналу на необов'язкові освітні заходи (конференції, тренінги, воркшопи тощо), які фінансуються з бюджету КП та/або з міського/державного бюджету. Для контролю визначити критерії відбору працівників для участі у таких заходах, наприклад, достатній рівень медичної практики у КП, залученість на повну ставку, кількість успішно пролікованих пацієнтів від загальної кількості (90%), виконання плану або норми тощо.</p>	<p>за його виконанням.</p> <p>Відділ кадрів розсилає медичним працівникам повідомлення про заплановані обов'язкові та додаткові освітні заходи через єдиний доступний всім канал зв'язку (напр., електронна пошта) з можливістю підтвердження ознайомлення/участі/реєстрації та запису відповідей.</p> <p>Відділ кадрів контролює доцільність направлення на додаткові освітні заходи за кошти бюджету: формує списки для</p>		<p>тренінги медичного персоналу щодо користування системою.</p>	

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		3. Проводити контроль за виконанням індивідуального навчального плану медичними працівниками відповідно до затвердженого порядку контролю. При виявленні суттєвих/систематичних відхилень від плану, впроваджувати відповідні заходи з реагування, наприклад, нагадування/попередження, перегляд доплат у випадку неатестації тощо.	розсилки або підтверджує реєстрацію за визначеними критеріями відбору.			
1.11. Відстеження рівня залученості працівників	Формалізувати процес оцінки рівня залученості працівників для його ефективного відслідковування та покращення.	1. Розробити Регламент відстеження рівня залученості працівників, що включатиме: <ul style="list-style-type: none"> <li>• призначення відповідальних за проведення оцінки</li> <li>• методик та періодичність збору зворотного зв'язку – розсилка та заповнення опитувальника через доступні канали зв'язку (наприклад, електронну пошту)</li> <li>• розроблений опитувальник (у вигляді електронної форми, що передбачає анонімне</li> </ul>	Розроблений опитувальник для оцінки рівня залученості працівників, який дозволяє розрахувати комбінований показник за визначеними КП ключовими аспектами.  Опитування щодо рівня залученості проводиться щорічно.	1-2. 6 місяців на підготовку  3. На постійній основі (щорічно)	Для уникнення можливих конфліктів та отримання достовірних результатів, опитування має бути анонімним. У опитувальнику доцільно передбачити відкриті питання для відгуків і пропозицій від працівників щодо якості КП як роботодавця.	Начальник відділу кадрів.  Відповідальний за оформлення опитувальника у вигляді електронної форми та налаштування розсилок сповіщень і опитування – програміст.

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p>заповнення), що включатиме питання з можливістю бального оцінювання ключових аспектів залученості (наприклад, задоволеність роботою та робочим середовищем, лояльність до роботодавця тощо)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• порядок аналізу результатів проведеного опитування, включаючи методику розрахунку комбінованого показника задоволеності</li> <li>• порядок звітування керівництву КП та іншим зацікавленим сторонам.</li> </ul> <p>2. Запустити процес проведення оцінки відповідно до Регламенту.</p> <p>3. По факту проведення оцінки розробляти план дій щодо усунення виявлених недоліків та підвищення рівня залученості. Виконання плану відстежувати (за КПЕ) та документувати. Своєчасно переглядати та оновлювати план відповідно до ситуації</p>	<p>КП має план підвищення рівня залученості, розроблений на основі результатів опитування. Заходи плану ефективні – рівень залученості зростає/залишається на високому рівні (більше 80%).</p>		<p>Необхідні додаткові людські ресурси або збільшення кількості годин залучення співробітників, що потребуватиме додаткових витрат на оплату праці.</p>	

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		або ефективності вживаних заходів.				
1.12. Прийняття рішень та погодження	1. Розробити формальні політики прийняття рішень і затверджень, чітко деталізувати розподіл ролей і обов'язків	1. Розробити внутрішній документ (наприклад, положення або регламент), який описуватиме процеси прийняття рішень та процедури їх погоджень в підприємстві. В цьому документі слід визначити етапи процесу, ролі та відповідальність за кожен етап, а також процедури погодження рішень. Регулярно (не рідше ніж раз на рік) оновлювати цей документ.  2. Забезпечити навчання співробітників щодо нових процедур та процесів прийняття рішень. Надати підтримку та консультації з впровадження нових правил та процедур.	Оптимізація процесів прийняття рішень та впровадження ефективного розподілу обов'язків дозволяє КП ефективніше використовувати свої ресурси, забезпечити контроль над своєю діяльністю.	2 - 3 місяці	-	Директор, керівники структурних підрозділів, відповідальна особа за проведення навчань
1.13. Формалізація облікового процесу	Забезпечити повну відповідність облікової політики КП вимогам чинного	1. Переглянути і доповнити облікову політику: <ul style="list-style-type: none"> <li>термінами перегляду не рідше 1-го разу на рік для виявлення необхідності оновлення</li> </ul>	Облікова політика КП повністю відповідає Методичним рекомендаціям щодо облікової	1. 12 місяців  2-3. На постійній основі	-	Головний бухгалтер

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
	законодавства та кращим практикам фінансового обліку.	<ul style="list-style-type: none"> <li>переліком операцій, які потребують додаткового контролю, та осіб які відслідковують такі операції</li> </ul> <p>2. За наявності виявлених внутрішніми і зовнішніми перевірками недоліків, документувати та фіксувати вжиті заходи щодо їх усунення та факт відсутності або виявлення таких недоліків у наступних перевірках.</p> <p>3. Забезпечити регулярний доступ до нормативної бази з бухгалтерського обліку для відповідального за внутрішні перевірки працівника (наприклад, підписку на періодичні професійні видання) для ефективного моніторингу актуальності використовуваних у обліку КП стандартів.</p>	<p>політики підприємства затверджені Наказом Міністерства фінансів України № 635, має визначені терміни перегляду та регламентує додатковий контроль за визначеними операціями з високим ризиком.</p> <p>Наявний реєстр недоліків, виявлених при перевірках облікової системи, та внесених змін.</p>			
1.14. Програмне забезпечення обліку даних для бюджетування та бухгалтерського обліку	Регламентувати та автоматизувати процес прогнозування та складання бюджету/	1. Впровадити єдиний програмний застосунок (ПЗ) для збору даних, необхідних для складання бюджету/фінансового плану. ПЗ має забезпечувати спільний	Складання бюджету/ фінансового плану здійснюється в єдиному ПЗ зі спільним	24 місяці	Можлива необхідність залучення фахівців з ІТ-систем для налаштування	1. Директор, заступник директора з технічних питань при консультуванні

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
	фінансового плану всередині КП з використанням відповідних програмних застосунків (ПЗ).	<p>доступ та захист від несанкціонованих дій.</p> <p>2. Призначити відповідальних (всередині КП) і терміни подання/оновлення даних в ПЗ для складання бюджету/ фінансового плану.</p> <p>3. Провести навчання персоналу по роботі з впровадженням ПЗ.</p>	<p>доступом задіяних працівників до необхідної інформації.</p> <p>КП має формалізований порядок розробки і затвердження бюджету/ фінансового плану (до відправки на погодження міською радою) з використанням єдиного ПЗ.</p> <p>Проведений аналіз доцільності впровадження ERP системи, зокрема оцінені необхідні інвестиції та економічний ефект (майбутні заощадження).</p>		<p>роботи з використанням єдиного ПЗ, що потребуватиме додаткових фінансових ресурсів.</p> <p>Бажано передбачити можливість інтеграції або обміну даними між наявним ПЗ для бухгалтерського обліку та обліку даних та програмним рішенням для бюджетування і стратегічного планування (див. рекомендації до індикатора 1.4 і 1.6).</p>	<p>з головним бухгалтером.</p> <p>2-3. Директор.</p> <p>4. Заступник директора з технічних питань при консультуванні завідувача організаційно-методичного відділу.</p>
1.15. Дотримання основних вимог природоохоронного законодавства	1. Інвентаризувати наявність необхідної дозвільної документації	1. Провести аудит наявної документації та укласти договори з ліцензованими підрядниками для утилізації медичних відходів.	Дотримання вимог законодавства щодо наявності дозвільної	2 місяці		Директор, відділ інфекційного контролю, відповідальна

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
	та/або договорів з ліцензованими підрядниками щодо утилізації медичних відходів. Зробити інформацію щодо поводження з медичними відходами легкодоступною для персоналу.	2. Розробити інформаційні матеріали (стенди, покрокові інструкції) для персоналу щодо правил поводження з медичними відходами та провести відповідні інструктажі.	документації, підвищення рівня екологічної безпеки та сталого розвитку.			особа за управління якістю, інженер з охорони праці.
1.16. Дотримання основних вимог трудового законодавства	Дотримуватися вимог трудового законодавства, попереджати виникнення трудових спорів. Вести належний облік відпрацьованого часу та здійснювати виплати виключно на підставі відпрацьованого часу. Активно залучати Профспілковий комітет до вирішення спірних питань.	1. Періодично, не рідше 1 разу на рік, аналізувати дані щодо робочого часу, щоб впевнитись, що всі виплати заробітної плати здійснюються відповідно до відпрацьованого часу, за можливості максимально автоматизувавши процеси розрахунку.  2. При прийнятті рішення щодо застосування дисциплінарної відповідальності (в т.ч. звільнення) залучати до обговорення представників профспілкового комітету.	Дотримання норм трудового законодавства зменшує ризики виникнення трудових спорів щодо поновлення на роботі, виплат за вимушений прогул через неправомірне звільнення, сприяє покращенню репутації роботодавця.	На постійній основі		Директор, відділ кадрів

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		3. Застосовувати заходи досудового врегулювання трудових спорів (комісії по трудових спорах, переговори, медіація).				
1.17. Запровадження системи енергоменеджменту	Виконати вимогу законодавства щодо проведення енергоаудиту та впровадити комплексний підхід для організації заходів з підвищення енергоефективності КП.	<p>1. Організувати проведення енергоаудиту* у всіх лікувальних будівлях КП для виявлення джерел найбільших втрат енергії (освітлення, втрати тепла через стіни будівель, енергоємне старе обладнання тощо).</p> <p><i>*Сертифікація енергетичної ефективності має бути проведена відповідно до ст. 7 <a href="#">Закону України «Про енергетичну ефективність № 2118-VIII від 22.06.2017</a></i></p> <p>2. Розробити чіткий план впровадження заходів по енергозбереженню з конкретизацією цілей, завдань, строків та КПЕ досягнення цілей (наприклад: обладнання 100% приміщень датчиками руху для увімкнення світла, де доцільно використовувати такі датчики). За доцільності передбачити</p>	<p>КП має сертифікат за результатами проведеного енергоаудиту.</p> <p>На основі результатів енергоаудиту та рекомендацій спеціалістів розроблений план заходів по енергозбереженню.</p> <p>Впроваджені заходи ефективні – досягнутий очікуваний рівень економії енергії (КПЕ), що підтверджується даними про споживання ресурсів будівлями КП та результатами</p>	<p>1-2. 12 місяців</p> <p>3. за рекомендацією енергоаудитора</p>	<p>У фінансовому плані передбачити витрати на проведення енергоаудиту сертифікованою організацією та підтримку у розробці заходів з енергозбереження.</p> <p>При організації енергоаудиту керуватися відповідними методологіями і кращими практиками, наприклад, <a href="#">посібником, розробленим GIZ в рамках проекту «Консультації підприємств щодо</a></p>	Директор, заступник директора з технічних питань або призначена ним особа

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		інтеграцію плану в стратегію КП.  3. Для відслідковування ефективності впроваджених заходів з енергозбереження провести енергоаудит повторно з певною доцільною регулярністю.	повторних енергоаудитів.		<a href="#">енерго-ефективності</a> », або <a href="#">посібником щодо кращих практик енерго-ефективності, розроблений в рамках програми «U-LEAD з Європою»</a> .	
1.18. Дотримання умов контактування з НСЗУ як центральним закупівельником	Формалізувати контроль дотримання умов договору з НСЗУ з метою ефективного відслідковування випадків порушення умов зі сторони КП та НСЗУ та впровадження вчасних коригуючих заходів.	1. Розробити систему моніторингу дотримання умов договорів з НСЗУ як частину управлінської звітності КП: <ul style="list-style-type: none"> <li>Систематизувати вимоги НСЗУ для контракування на окремі пакети ПМГ та дані КП щодо відповідності цим вимогам (кількість спеціалістів, медичного обладнання тощо) у єдиному програмному застосунку з можливістю спільного доступу для оновлення даних та захисту від несанкціонованих змін.</li> <li>Згідно з визначеними метриками* збирати дані щодо повноти дотримання умов укладених договорів зі сторони НСЗУ і КП.</li> <li>Призначити відповідальних за внесення, оновлення та</li> </ul>	Розроблена формалізована система моніторингу дотримання умов договорів з НСЗУ.  Відповідність вимогам НСЗУ та дотримання умов договорів контролюється з боку КП з визначеною регулярністю (не рідше 1-го разу на місяць) за допомогою встановленої звітності і з використанням єдиного	На розробку системи і навчання – 3-5 місяців  Контроль – на постійній основі	Рекомендації щодо впровадження єдиного ІТ-інструменту для консолідування і контролю інформації про діяльність КП пов'язані з подібними рекомендаціями до індикаторів 1.4, 1.6 і 1.14.  Необхідні додаткові людські ресурси або збільшення кількості годин залучення співробітників,	Директор або уповноважена ним особа.  Для формалізації моніторингу заступника директора з організаційно-методичної роботи.

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p>контроль даних щодо відповідності КП вимогам НСЗУ та дотримання умов договору.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Дотримуватися порядку регулярного контролю за достовірністю даних КП щодо відповідності вимогам договору та дотримання умов договору сторонами (розрахунку та аналізу визначених метрик).</li> <li>Збирати структуровану звітність щодо дотримання умов договорів з НСЗУ, яка буде доступна для перевірки.</li> </ul> <p><i>*Метрики визначені Наказом по КП №32 від 14.04.2023 Про оформлення щоквартальних та річних звітів роботи по структурних підрозділах підприємства.</i></p> <p>2. Провести навчання призначених відповідальних з проведення моніторингу дотримання умов договорів з НСЗУ.</p>	<p>програмного застосунку для роботи у спільному доступі.</p> <p>Весь персонал, залучений до системи моніторингу, пройшов навчання щодо роботи системи та управління даними, які необхідні для моніторингу, в єдиному програмному застосунку.</p>		що потребуватиме додаткових витрат на оплату праці.	
	Запровадити контроль за дотриманням умов договорів на МПГ та повнотою	1. Проводити контроль дотримання умов договорів на пакети ПМГ за затвердженим порядком (див. рекомендацію вище).	КП проводить контроль за дотриманням умов договорів на пакети ПМГ за	На постійній основі	Дані рекомендації пов'язані рекомендаціями	Директор або уповноважена ним особа.

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
	виконання ПМГ з боку НСЗУ і КП.	2. При виявленні випадків недотримання умов договору (наприклад: коригування суми виплат зі сторони НСЗУ, скарги на КП через вимагання грошей за послуги ПМГ, нестача необхідного персоналу/ обладнання та ін.) або ризиків недотримання умов договорів (наприклад, отримання заяви на звільнення фахівця, зміни вимог НСЗУ для контракування у наступному році тощо), розробляти план коригуючих заходів.	затвердженою процедурою.  КП своєчасно виявляє недоліки та впроваджує ефективні заходи з реагування – НСЗУ не фіксує порушень в ході планових та позапланових перевірок; відсутні скарги до НСЗУ через вимагання коштів за послуги ПМГ; відсутні значні коригування суми покриття виплат НСЗУ за ПМГ.		до індикатору 8.4.	Призначені відповідальні за проведення моніторингу (див. рекомендацію вище)
1.19. Впровадження аутсорсингу на адміністративно-господарські процеси	1. На постійній основі здійснювати оцінку доцільності передачі адміністративно-господарських процесів на аутсорсинг (за	1. Проводити детальний аналіз внутрішніх потреб та ресурсів КП.  2. Встановити чіткі цілі передачі адміністративно-господарських процесів на аутсорсинг (зменшення витрат, підвищення ефективності, покращення	Дотримання процедури конкурентного відбору підрядника при впровадженні аутсорсингу забезпечує	На постійній основі		Директор, заступник директора з технічних питань, заступник директора з економічних

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
	<p>результатами аналізу щорічної звітності) в ході обговорення із залученням керівників відповідних підрозділів.</p> <p>2. У разі необхідності залучення підрядників, застосовувати процедури прозорого конкурсу.</p>	<p>якості обслуговування тощо), очікувані вигоди та ризики за наявності.</p> <p>3. Здійснювати постійну оцінку результатів виконання підрядником своїх обов'язків та адаптовувати свої підходи відповідно до них.</p> <p>Проводити процедури конкурентного відбору підрядників у відповідності до ЗУ "Про публічні закупівлі", рекомендацій МОЗ та внутрішніх правил КП.</p>	<p>прозорість, об'єктивність та ефективність у виборі підрядника, що відповідає вимогам законодавства та підвищує рівень довіри широкого кола осіб (пацієнтів, донорів і т.д.)</p> <p>Оцінка доцільності аутсорсингу дозволяє оптимізувати фінансові та людські витрати, зосередитись на вирішенні стратегічних завдань КП (покращення якості медичних послуг та ін.).</p>			<p>питань, завідувач господарства, відповідальна особа за закупівлі</p>
1.20. Перелік грантових закупівель/надан	Створити та регулярно оновлювати реєстр закупівель	1. Створити реєстр закупівель що фінансувалися за кошти донорських організацій та реєстр отриманої гуманітарної	Існує повний реєстр закупівель що фінансувалися за кошти	На постійній основі, але не рідше		Директор, заступник директора з

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
ня гуманітарної допомоги	що фінансувалися за кошти донорських організацій та реєстр отриманої гуманітарної допомоги з публічним доступом.	допомоги з публічним доступом. Приклад - звіт про використання благодійної допомоги КП "Центральна міська лікарня" Червоноградської міської ради, доступний за <a href="#">посиланням</a> .  2. Регулярно оновлювати такі реєстри та викладати їх на сайті КП/міської ради.	донорських організацій та реєстр отриманої гуманітарної допомоги з публічним доступом.	ніж раз на 6 місяців.		економічних питань
1.21. Наявність захисних споруд цивільного захисту (Укриття)	Забезпечити відповідність стану укриттів КП вимогам щодо стану, обладнання та експлуатації, які затверджені Наказом МВС України від 09.07.18 №579.	1. Провести оцінку відповідності укриттів КП всім вимогам Наказу МВС України від 09.07.18 №579: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Переглянути всі вимоги та створити чек-лист для систематичної перевірки відповідності укриттів КП.</li> <li>• Провести перевірку укриттів КП відповідно до складеного чек-листа.</li> </ul> 2. Розробити план заходів для усунення виявлених невідповідностей із визначенням суми необхідних інвестицій, можливих джерел надходжень та відповідальних за впровадження*. Ініціювати окремі проекти з облаштування та ремонту укриттів.	КП має розроблений план реконструкції/ ремонту укриттів для виконання вимог чинного законодавства щодо стану та експлуатації укриттів.  Укриття КП відповідають всім вимогам Наказу МВС України від 09.07.18 №579.  КП контролює стан укриттів за встановленим	1. 3 місяці 2. 6 місяців 3. Контроль стану укриттів – на постійній основі	Для оцінки відповідності вимогам законодавства щодо облаштування укриттів доцільно залучити фахівців з відповідною експертизою.  * Проект з ремонту/ покращення стану укриттів реалізувати відповідно до рекомендацій до індикаторів 1.7. Система	Директор, заступник директора з технічних питань або призначена ним особа

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		3. Розробити і дотримуватися порядку регулярної перевірки та звітування про стан укриттів КП для вчасного виявлення та вирішення технічних і безпекових проблем.	внутрішнім порядком.		управління проектами, 1.8. Якість управління проектами	
<b>2. Послуги</b>						
2.1. Рівень задоволеності пацієнта наданим послугами та умовами їх надання	Проводити регулярну оцінку рівня задоволеності пацієнтів за формалізованою процедурою з метою контролю якості надання послуг та визначення можливих сфер для покращення.	<p>1. Розробити опитувальник з оцінки рівня задоволеності пацієнтів, який включатиме питання про задоволеність якістю комунікації, лікування, матеріальної бази, комфорту, інформування та інших важливих аспектів взаємодії.</p> <p><i>Примітка: пункт 1 рекомендації виконано, наданий зразок оголошення про опитування з QR-кодом для розміщення у приміщеннях лікарні та посилання на активну електронну-форму опитувальника.</i></p> <p>2. Проводити опитування за визначеним порядком.</p>	<p>Розроблений комплексний опитувальник з оцінки рівня задоволеності пацієнтів.</p> <p>Опитування проводяться регулярно за визначеним порядком.</p> <p>Результати опитування систематизовані та можлива їх автоматична обробка відповідальною особою для відслідковування тенденцій та</p>	Проведення оцінки – на постійній основі	Для формування опитувальника та організації отримання зворотного зв'язку від пацієнтів доступні відповідні <a href="#">рекомендації НСЗУ</a> . В рамках оцінки розроблений приклад анкети для проведення опитування пацієнтів (додаток 2 до звіту з оцінки).	Директор, медичний директор з медичної частини, медичний директор з поліклінічного розділу роботи, заступник особа, що відповідальна за комунікацію з пацієнтами

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p>3. По факту проведення опитування, аналізувати його результати і розробляти план заходів для усунення/ мінімізації впливу виявлених недоліків.</p> <p>4. Результати опитування та статус виконання плану коригуючих дій публікувати у інформаційних ресурсах КП та міської ради для збільшення залученості пацієнтів та відповідальності КП.</p>	<p>формування звітності.</p> <p>Результати опитування доступні для перегляду пацієнтами.</p>			
2.2. Управління безперебійністю надання послуг	Забезпечити належну організацію та повну готовність КП до безперебійного надання послуг у разі настання надзвичайної ситуації (НС).	<p>1. Доповнити План реагування на НС визначеним порядком управління КП в умовах НС:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• навести чітку послідовність дій персоналу КП у випадку настання НС</li> <li>• чітко визначити сфери відповідальності працівників</li> <li>• розробити порядок дій КП у пікові точки навантаження при масовому «напливі» пацієнтів.</li> </ul> <p>2. Розробити порядок створення запасів джерел</p>	<p>Планом реагування на НС за працівниками КП закріплений чіткий алгоритм дій у випадку настання НС відповідно до рівня відповідальності.</p> <p>КП має визначений Планом реагування порядок дій у</p>	3-6 місяців	Для опрацювання структури і наповнення Плану реагування можна спиратися на пропозиції від Національного інституту стратегічних досліджень, яке доступне за <a href="#">посиланням</a> .	Директор або особа, що відповідає за питання цивільного захисту

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		живлення та води для безперебійної роботи КП протягом 7 діб, що включатиме процеси їх бюджетування, закупівлі, зберігання, інвентаризації та оновлення.  3. Винести на обговорення з міською радою закладення витрат на підтримання запасів джерел живлення (палива, води та продуктів харчування) до міської програми фінансування закладів охорони здоров'я.	випадку масового напливу пацієнтів.  КП створює та оновлює запаси джерел живлення і води відповідно до визначеної внутрішньою документацією процедури з регулярним контролем.			
2.3. Якість надання послуг в критичних умовах	Проводити контроль випадків відтермінування надання медичних послуг з причини дії кризових факторів для виявлення недоліків у плані безперебійного надання послуг та їх наступного усунення.	1. Визначити перелік можливих наслідків відтермінування надання медичних послуг (судові позови пацієнтів, летальні випадки/ускладнення тощо) з причини відсутності електроенергії, лікаря тощо. Визначити підходи до мінімізації/уникнення визначених наслідків.  2. Розробити порядок контролю і звітування про кількість перенесених послуг	КП контролює кількість випадків відтермінування надання медичних послуг з причини дії кризових факторів за допомогою встановленої звітності.  За фактом виявлення таких випадків впроваджуються ефективні заходи	1-2. 4 місяці  3. на постійній основі	-	Директор, медичний директор з медичної частини, медичний директор з поліклінічного розділу роботи, або особа, що відповідає за контроль якості медичних послуг

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p>через визначені наслідки дії кризових факторів, а саме:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>кількість перенесених оперативних втручань (в розрізі ургентних і планових)</li> <li>кількість перенесених візитів до лікаря</li> <li>кількість перенесених медичних послуг (в розрізі послуг)</li> </ul> <p>3. При наявності випадків перенесення надання медичних послуг, розробити план дій щодо зменшення їх кількості та подальшого унеможливлення.</p>	щодо їх уникнення – відсутні випадки перенесення медичних послуг через кризові умови роботи, КП надає необхідну допомогу безперебійно.			
2.4. Достатність забезпечення медичним обладнанням	Вдосконалити систему моніторингу забезпеченості медичним обладнанням та вживати заходів для підтримання його технічної справності.	<p>1. Розробити єдину форму для обліку медичного обладнання (у вигляді окремого реєстру), в яких будуть наявні такі відомості, як:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>підрозділ, де використовується обладнання</li> <li>дата введення в експлуатацію</li> <li>нормативна/планова тривалість використання</li> <li>відомості про технічний стан обладнання та його</li> </ul>	У обліковій звітності КП (реєстрі медичного обладнання) відображаються і доступні для контролю дані щодо нормативної/планової тривалості використання	1. 3 місяці. 2-3. на постійній основі.	-	<p>1. Головний бухгалтер</p> <p>2-3. Заступник директора з технічних питань як особа, що відповідає за матеріальне-технічне забезпечення КП</p>

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p>поточне використання (наприклад, використовується за призначенням, на ремонті, зберігається на складі, підлягає списанню тощо)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>дати та відмітки про проведення планових метрологічних перевірок/перевірок/ремонті в, а також терміни старту процесу заміни обладнання (наприклад, за 2 роки до закінчення планового періоду використання для високовартісного обладнання).</li> </ul> <p>Доцільно передбачити ведення електронного реєстру в єдиному програмному застосунку (див. рекомендації до індикатора 1.4).</p> <p>2. Проводити регулярний (доцільно 1 раз на квартал або при проведенні інвентаризації) контроль кількості медичного обладнання, яке потребує заміни/технічного обслуговування: настав термін</p>	<p>медичного обладнання.</p> <p>КП проводить контроль термінів корисного використання обладнання і вживає ефективні заходи щодо дотримання цих термінів – відсутнє фізично зношене та морально застаріле обладнання.</p>			

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p>старту заміни/планової повірки/планового ремонту або трапилася незапланована поломка.</p> <p>3. Звітувати за результатами контролю керівникам структурних підрозділів та директору КП. Даний звіт може бути частиною пакету управлінської звітності. По факту виявлення такого обладнання планувати необхідні заходи із заміни/технічного обслуговування, включаючи пошук необхідного фінансування.</p>				
2.5 Достатність забезпечення лікарськими засобами	Забезпечити повне виконання вимог Наказу МОЗ від 22.07.2009 №529 Про створення формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров'я.	<p>1. Забезпечити наявність діючої фармакотерапевтичної комісії на КП. Склад обов'язки та порядок роботи комісії мають бути затверджені Положенням про фармакотерапевтичну комісію.</p> <p><i>Примітка: пункт 1 рекомендації виконано, надане Положення про фармакотерапевтичну комісію, затверджене</i></p>	<p>На КП діє фармако-терапевтична комісія. Діяльність комісії, ролі і сфери відповідальності членів комісії регламентовані у внутрішній документації КП.</p> <p>Комісія проводить перегляд і</p>	<p>1-3. 2 місяці</p> <p>4-5. На постійній основі</p>	Необхідне збільшення кількості годин залучення працівників або додаткових людських ресурсів.	<p>1, 4, 5. Директор, медичний директор з медичної частини</p> <p>2-3. Фармакотерапевтична комісія, медичний директор з медичної частини</p>

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p><i>Наказом по КП від 37.03.2024 №87.</i></p> <p>2. Розробити регламент перегляду і оновлення локального формуляра, враховуючи вимоги Наказу МОЗ від 22.07.2009 №529:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• визначити ключові процеси/дії, необхідні для формування переліку лікарських засобів для проєкту оновленого формуляра</li> <li>• призначити відповідальних і терміни виконання/контроль виконання кожного процесу</li> <li>• визначити порядок погодження та затвердження проєкту формуляра</li> <li>• визначити порядок відкритого обговорення, подання та аналізу пропозицій та зауважень медичних працівників стосовно переліку лікарських засобів проєкту формуляра/ затвердженого формуляра</li> </ul>	<p>оновлення локального формуляра з погодженням та відкритим обговоренням серед медичного персоналу за затвердженим регламентом.</p> <p>КП затверджує оновлений локальний формуляр не рідше 1-го разу на рік.</p> <p>Актуальний локальний формуляр доступний для перегляду пацієнтами на інформаційних дошках у всіх лікувальних відділеннях та на офіційному веб-сайті КП.</p>			

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<ul style="list-style-type: none"> <li>визначити терміни і відповідальних за розміщення затвердженого локального формуляра на інформаційних ресурсах КП (веб-сайт, інформаційні дошки)</li> </ul> <p>3. Довести до відома медичних працівників прийнятий регламент оновлення локального формуляра, включаючи можливість подання пропозицій та зауважень.</p> <p>4. Оновлювати локальний формуляр за затвердженим регламентом, але не рідше 1-го разу на рік.</p> <p>5. Проводити контроль за дотриманням регламенту членами фармакотерапевтичної комісії.</p>				
	Проводити системний контроль випадків, коли пацієнти не отримали	1. Призначити відповідального з питань виявлення та реагування на випадки вимагання грошей за лікарські засоби, передбачені ПМГ (в рамках системи моніторингу	Інформація про право та умови отримання ліків безкоштовно доступна у інтернет-ресурсах	1-2. 3 місяці 3-5. На постійній основі	Дані рекомендації пов'язані з рекомендаціями до індикаторів 1.18, 2.9 і 3.4.	1-2. Директор або уповноважена ним особа

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
	лікарські засоби по ПМГ згідно з умовами пакету послуги.	<p>дотримання договорів з НСЗУ – див. рекомендації до індикатора 1.18).</p> <p>2. На інформаційних ресурсах КП – на веб-сайті, інформаційних дошках та за QR-кодами у лікувальних приміщеннях, – розмістити відомості для пацієнтів про:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">право та умови</a> отримання лікарських препаратів безкоштовно (ліки з Національного переліку, ліки передбачені ПМГ і програмою Доступні ліки)</li> <li>• способи перевірки можливості безкоштовного отримання ліків, наприклад, пошук аналогів, наявних у Національному переліку самостійно або автоматизовано за допомогою додатку <a href="#">«Ліки Контроль»</a></li> <li>• порядок та канали для подання скарги за вимагання грошей за безкоштовні ліки (за QR-кодами у приміщеннях лікарні, безпосередньо</li> </ul>	<p>КП та у приміщеннях КП, які приймають пацієнтів.</p> <p>На КП призначена особа, яка відповідає за моніторинг достатності забезпечення лікарськими засобами, які мають бути наявні на КП, та моніторинг кількості скарг щодо вимагання грошей за безкоштовні лікарські засоби.</p> <p>Керівництво КП ознайомлене про виявлені порушення та вживає оперативних заходів щодо уникнення таких порушень в майбутньому.</p>		Необхідне збільшення кількості годин залучення працівників або додаткових людських ресурсів.	3-5. Відповідальний з питань виявлення та реагування на випадки вимагання грошей за лікарські засоби.

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p>відповідальному з питань виявлення та реагування на випадки вимагання грошей за лікарські засоби, вказуючи на інформаційних дошках та сайті його контакти, керівнику КП, до НСЗУ та іншим уповноваженим органам).</p> <p>3. Проводити моніторинг кількості скарг щодо вимагання грошей за ліки – відповідно до рекомендацій до індикатора 2.9 і 3.4.</p> <p>4. Проводити контроль достатності забезпечення лікарськими препаратами, які заявлені у локальному формулярі та Національному переліку. Порядок обліку та контролю забезпеченості лікарськими засобами має бути регламентований відповідно до Наказу МОЗ від 09.09.2014 №635.</p> <p>Доцільно проводити раптові позапланові перевірки фактичної наявності ліків з</p>				

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p>Національного переліку у лікувальних підрозділах КП.</p> <p>5. Звітувати керівництву КП про випадки скарг від пацієнтів за вимагання грошей за ліки або відсутність заявлених ліків після перевірки у лікувальних підрозділах. Розробляти план дій щодо усунення виявлених недоліків.</p>				
2.6. Рівень комфорту	Покращити рівень комфорту і санітарно-гігієнічні умови в КП для підвищення якості обслуговування і рівня задоволеності пацієнтів.	<p>1. Розробити та затвердити внутрішній стандарт щодо санітарно-гігієнічні вимог та облаштування приміщень лікувальних підрозділів КП, що включатиме вимоги чинного законодавства, включаючи стандарти акредитації закладів охорони здоров'я, затверджені МОЗ, та кращі практики.</p> <p>2. Затвердити внутрішнім актом порядок, регулярність та відповідальних за:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• контроль відповідності приміщень актуальному внутрішньому стандарту</li> <li>• перегляд внутрішнього стандарту для виявлення</li> </ul>	<p>КП має внутрішній стандарт щодо санітарно-гігієнічних вимог та облаштування приміщень лікувальних підрозділів. Внутрішній стандарт базується на вимогах чинного законодавства та кращих практиках.</p> <p>КП проводить регулярні перевірки відповідності приміщень</p>	<p>1-3. 6 місяців</p> <p>4. 6 місяців на складання плану</p> <p>5. На постійній основі</p>	<p>Прикладом кращих міжнародних практик щодо комфортного облаштування будівель лікарні є настанови Health building notes від NHS, доступні за <a href="#">посиланням</a>.</p> <p>Необхідні додаткові людські ресурси або збільшення кількості годин залучення співробітників, що</p>	Директор, заступник директора з технічних питань

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p>необхідності оновлення, наприклад, у випадку змін до державних стандартів/для врахування новітніх міжнародних підходів</p> <p>3. Запустити процес контролю відповідності приміщень внутрішньому стандарту (провести першу перевірку) за затвердженим порядком.</p> <p>4. За результатами контролю та при виявленні недоліків, розробляти план заходів щодо приведення приміщень КП у відповідність внутрішньому стандарту.</p> <p>5. Проводити контроль виконання плану за визначеною процедурою. При виявленні відхилень від плану, впроваджувати відповідні коригуючі заходи.</p> <p>Приклади заходів щодо підвищення рівня комфорту пацієнтів, зокрема необхідність яких була</p>	<p>внутрішньому стандарту за затвердженим порядком.</p> <p>КП впроваджує заходи з усунення виявлених недоліків відповідно до затвердженого плану.</p>		<p>потребуватиме додаткових витрат на оплату праці.</p> <p>Необхідні додаткові фінансові ресурси на виконання плану.</p>	

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		виявлена за результатами візиту на КП, включають обладнання 100% будівель КП сучасними санітарними системами для звичайних палат та достатньою кількістю санвузлів для маломобільних відвідувачів, забезпечення 100-ї наявності необхідних санітарних застосунків (мила, засобів для дезінфекції, туалетного паперу та ін) у санвузлах тощо.				
2.7. Рівень інклюзивності	Забезпечити повну відповідність всім вимогам чинних стандартів щодо інклюзивності будівель КП.	<p>1. Затвердити внутрішнім актом порядок проведення перевірок відповідності КП вимогам щодо інклюзивності, який визначатиме:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• відповідальних за організацію та проведення перевірок</li> <li>• регулярність перевірок (наприклад, не рідше 1 раз на рік для перевірки відповідності базовим вимогам)</li> <li>• умови залучення зовнішньої експертизи для проведення перевірок (наприклад, при проведенні першої перевірки будівлі, при оновленні відповідного законодавства, при</li> </ul>	<p>Отриманий звіт про доступність будівель, затверджений організацією з відповідною сертифікацією.</p> <p>За участі фахівців організації розроблена проектно-кошторисна документація облаштування всіх будівель КП для потреб маломобільних груп населення.</p>	<p>1. 2 місяці</p> <p>2-3. 12 місяців на першу перевірку і розробку плану реконструкції, далі – у терміни відповідно до порядку</p>	<p>Для першої перевірки і розробки плану реконструкції/ ремонту обов'язково залучити сертифікованих фахівців з технічного обстеження будівель та споруд. Передбачити відповідні витрати у фінансовому плані.</p>	<p>Житомирська міська рада. Можливе долучення директора та заступника директора з технічних питань.</p>

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p>плануванні капітальних ремонтів тощо)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• порядок бюджетування перевірок</li> <li>• терміни та порядок звітування про результати та формування плану коригуючих заходів.</li> </ul> <p>2. Провести перевірку відповідності КП всім вимогам чинних стандартів щодо інклюзивності будівель (ДБН В.2.2-40:2018, ДСТУ Б ISO 21542:2013) відповідно до затвердженого порядку.</p> <p>3. За результатами перевірки розробляти план коригуючих заходів (реконструкції/ремонту в будівлях КП) з метою усунення невідповідностей вимогам щодо інклюзивності. Приклади коригуючих заходів, визначені за результатами візиту КП, включають встановлення табличок зі шрифтом Брайля, санвузлів для маломобільних груп населення та ін.</p>				
2.8. Внутрішній контроль якості послуг	Формалізувати контроль ефективності усунення	1. Визначити та регламентувати процес, відповідальних (доцільне створення робочої групи	Забезпечений легкий доступ і можливість обробки та	1, 3. 3 місяці.	Необхідні додаткові людські ресурси або збільшення	1-2. Директор, медичний директор з поліклінічного

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
	<p>недоліків у роботі медичного персоналу.</p> <p>Примітка: Кращі практики управління медичним закладом – посібник від Проєкту USAID "Підтримка реформи охорони здоров'я", доступний за посиланням: <a href="https://moz.gov.ua/menedzhment">https://moz.gov.ua/menedzhment</a></p>	<p>всередині кожного підрозділу) та спосіб фіксування недоліків, які за Порядком контролю якості надання медичної допомоги виносяться на обговорення на оперативних радах і медичних нарадах. Запровадити проведення перехресного моніторингу групами з різних підрозділів. Напр., вести електронний реєстр недоліків, в якому фіксувати інформацію про:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ПІБ медичного працівника</li> <li>• відділ</li> <li>• проблему, що виникла (неправильно поставлений діагноз, конфлікт із пацієнтом тощо)</li> <li>• визначення причини виникнення недоліків</li> <li>• призначені коригуючі заходи (напр., проходження додаткового навчання) із терміном і підтвердженням виконання.</li> </ul> <p>2. Контролювати факти повторного виявлення недоліків роботи певних медпрацівників або</p>	<p>аналізу інформації про недоліки роботи медичних працівників КП та ефективність їх усунення (виконання коригуючих заходів та відсутність повторного виявлення).</p> <p>Система перевірки і роботи над недоліками працює ефективно – 100% виявлених недоліків усуваються вчасно і не виявляються при повторних перевірках.</p>	2. на постійній основі.	кількості годин залучення співробітників, що потребуватиме додаткових витрат на оплату праці.	<p>розділу роботи, медичний директор з медичної частини або особа яка відповідає за контроль якості надання медичних послуг.</p> <p>Для контролю та оцінки якості роботи персоналу, визначення санкційних заходів залучати начальника відділу кадрів та юриста.</p>

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		медперсоналу певних відділів.  3. Визначити санкційні заходи у випадку повторного виявлення недоліків та умови їх застосування (напр., фіксування більше 3-х типових проблем за останні 6 місяців для певного медпрацівника/відділу).				
	Вдосконалити систему внутрішнього контролю якості роботи медичних працівників КП – забезпечити публічність результатів для підвищення мотивації та визнання роботи працівників.	1. За фактом проведення оцінки роботи персоналу визначати кількість медпрацівників у розрізі набраних балів та за визначеною Порядком оцінки шкалою (високий, задовільний, незадовільний рівень якості роботи).  2. Повідомляти працівників про результати контролю, напр., шляхом розсилки повідомлень на електронну пошту (мінімум 1 раз на рік, зазначаючи середній бал, якщо оцінка проводиться кілька разів на рік). При цьому зазначати власний набраний бал та середнє значення успішності працівників відповідного рівня в цілому по КП (за прийнятою шкалою у %).	100% працівників КП проінформовані про оцінку якості своєї роботи і розуміють загальний рівень якості роботи працівників КП.  КП ефективно використовує результати аналізу для визначення і впровадження кращих заходів із підвищення і підтримання рівня якості роботи медперсоналу - 95% медичних працівників КП	На постійній основі		Директор, медичний директор з поліклінічного розділу роботи, медичний директор з медичної частини або особа яка відповідає за контроль якості надання медичних послуг.  Для контролю та оцінки якості роботи персоналу залучати начальника

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		3. За результатами оцінки (пункт 1) визначати і впроваджувати заходи з вдосконалення якості роботи медперсоналу (навчальні, мотиваційні та ін.).	набирають максимальний бал за результатами оцінки.			відділу кадрів та провідного юрисконсульта.
	Підтримувати відповідність системи управління якістю КП вимогам стандарту ДСТУ ISO 9001:2015.	1. Підтримувати актуальний стан системи управління якістю КП та її відповідності чинному стандарту ISO.	Система управління якістю КП відповідає вимогам чинного стандарту ISO 9001. КП має актуальний сертифікат на систему управління якістю та успішно проходить наступні сертифікації.	На постійній основі		Директор або уповноважена ним особа або особа, відповідальна за систему якості КП
2.9. Показник скарг пацієнтів	Забезпечити наявність системи моніторингу, аналізу та реагування на скарги пацієнтів для ефективного виявлення та усунення недоліків у роботі КП.	1. Розробити внутрішній нормативний документ, який визначатиме процес збору та аналізу скарг пацієнтів відповідно до вимог ЗУ «Про звернення громадян» № 394/96-ВР від 02.10.96 (зі змінами) та відповідно до Інструкції з діловодства за зверненнями громадян, затвердженою постановою КМУ від 14.04.1997 № 348. Додатково врахувати	Процес збору та аналізу скарг пацієнтів регламентований внутрішньою документацією КП і відповідає вимогам чинного законодавства. Пацієнтам доступна інформація про	1.4 місяці 2-5. на постійній основі	Дані рекомендації пов'язані з рекомендаціями до індикатора 3.4 «Канали зв'язку, стан та ефективність використання для комунікації із пацієнтами».	Юрист, медичний директор з поліклінічного розділу роботи, медичний директор з медичної частини

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p>рекомендації до індикатора 3.4.</p> <p>Доцільно передбачити використання автоматизованих інструментів для систематизації та аналізу скарг, наприклад, ведення електронного журналу в рамках єдиного програмного застосунку для спільної роботи.</p> <p>2.Забезпечити обізнаність пацієнтів про порядок надання зворотного зв'язку та скарг – розмістити відповідні відомості на інформаційних ресурсах КП (інформаційних дошках, сайті та ін.).</p> <p>3.Проводити регулярний моніторинг скарг пацієнтів в розрізі підрозділів і причин та звітувати про результати моніторингу (напр., в річних звітах про операційну діяльність КП).</p> <p>4. За результатними моніторингу визначати і впроваджувати необхідні заходи для покращення (напр., проводити сесії обговорення з медичним персоналом).</p>	<p>порядок подання скарг.</p> <p>КП контролює кількість скарг пацієнтів, дані систематизовані та доступні для обробки.</p> <p>КП реагує на скарги та впроваджує ефективні заходи з усунення проблем – кількість скарг зменшується, рівень задоволеності пацієнтів збільшується.</p>		<p>При розробці процесу збору та аналізу скарг пацієнтів доцільно орієнтуватися на приклади та кращі практики роботи установ та підприємств інших сфер, наприклад, дослідження практик роботи банків зі скаргами споживачів, доступне за <a href="#">посиланням</a>.</p> <p>В разі складних або системних проблем рекомендується залучати експертів з різних галузей для аналізу скарг та розробки відповідних стратегій вдосконалення.</p>	

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		5. Проводити оцінку впливу впроваджених заходів на кількість та характер скарг, а також на загальний рівень задоволеності пацієнтів.				
2.10. Відмова у госпіталізації та летальність	Проводити контроль за випадками відмов від госпіталізації для виявлення проблем та покращення роботи КП.	<p>1. Розробити порядок контролю за випадками відмови від госпіталізації (в розрізі причин):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Призначити відповідальних.</li> <li>• Визначити механізм збору та аналізу кількості запитів на госпіталізацію (направлень, виписаних лікарями КП, та запитів від пацієнтів за зовнішніми направленнями/ при ургентних зверненнях, пацієнтів яких доставила швидка допомога) та кількості відмов від госпіталізації зі сторони КП та зі сторони пацієнтів з позначенням дати, причини та ін. деталей. Як приклад, для збору даних про запити/відмови пацієнтів можна використовувати онлайн-форми, доступні за QR-кодами у приміщенні приймально-діагностичного відділення.</li> </ul>	<p>Затверджений порядок контролю і звітування про відмови від госпіталізації з визначенням відповідальних, термінів подання і форми звітів.</p> <p>Впроваджений додатковий контроль за відмовами від госпіталізації за сімейними обставинами – відомі тенденції щодо типу захворювань/віку пацієнтів та ін. аспектів, при яких відбуваються такі відмови та додаткові деталі причин відмови,</p>	1. 4 місяці  2-3. на постійній основі	Необхідні додаткові людські ресурси або збільшення кількості годин залучення співробітників, що потребуватиме додаткових витрат на оплату праці.	<p>Директор, медичний директор з поліклінічного розділу роботи, медичний директор з медичної частини.</p> <p>Залучити відділ організаційно-методичної роботи (лікаря-статистика) для консультування з питань формалізації контролю та обліку за відмовами від госпіталізації.</p>

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p>Систематизацію та аналіз даних доцільно проводити в єдиному програмному застосунку для спільної роботи, наприклад, у вигляді електронного реєстру запитів і відмов.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Визначити порядок звітування (усне/письмове повідомлення за фактом відмови, на регулярних медичних нарадах тощо).</li> </ul> <p>2. Проводити вибірково перевірку відмов від госпіталізації зі сторони пацієнтів за сімейними обставинами (фіксувати діагноз, вік пацієнта тощо). За можливості отримувати зворотний зв'язок від таких пацієнтів (дізнатися стан, інформацію про лікування в іншому закладі) для ідентифікації випадків незадоволеності пацієнтів умовами госпіталізації/ вимагання додаткових внесків для проведення госпіталізації тощо. Результати перевірок повідомляти керівництву КП.</p> <p>3. При виявленні фактів відмови від госпіталізації через недоліки роботи КП, впроваджувати заходи з</p>	включаючи незадоволеність роботою КП.			

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		усунення відповідних недоліків.				
2.11 Інфекційний контроль	Рекомендації відсутні					
2.12 Ліжковий фонд	Рекомендації відсутні					
2.13. Рівень обізнаності пацієнтів щодо наданих медичних послуг	Проводити контроль рівня обізнаності пацієнтів щодо можливостей отримання медичних послуг і лікарських засобів безкоштовно за державними програмами з метою збільшення доступності медичного обслуговування для населення.	<p>1. Вести систематичний облік кількості пацієнтів, які не скористалися медичними послугами ПМГ, а скористалися аналогічними платними послугами, за визначеною процедурою:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Визначити інструменти і методи для автоматизованого збору даної інформації</li> <li>Визначити терміни та відповідальних за контроль та аналіз даних і звітування про результати аналізу.</li> </ul> <p>2. Проводити перевірку медичних висновків і рецептів на лікарські засоби на наявність міжнародної непатентованої назви та діючої речовини замість назви бренду/виробника. Включити таку перевірку у внутрішній контроль якості надання медичних послуг лікарями КП.</p>	<p>КП контролює кількість пацієнтів, які не скористалися медичними послугами ПМГ, а скористалися аналогічними платними послугами за встановленою процедурою.</p> <p>Перевірка медичних висновків і рецептів на наявність міжнародної непатентованої назви та діючої речовини включена у порядок внутрішнього</p>	<p>1. 6 місяців</p> <p>2-3. на постійній основі</p>	<p>Для реалізації заходу 1 можлива необхідність залучення фахівців з ІТ-систем для налаштування системи контролю, що потребуватиме додаткових фінансових ресурсів.</p> <p>Реалізація заходу 2 потребуватиме оновлення порядку контролю якості роботи лікарів та системи оцінювання.</p>	<p>Директор, медичний директор з поліклінічного розділу роботи, медичний директор з медичної частини або особа, яка відповідає за комунікацію з населенням.</p>

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		3. Визначати і впроваджувати заходи для зменшення кількості пацієнтів, які не користуються можливостями ПМГ, та усунення випадків призначення лікарських засобів виключно за назвами бренду або виробника.	контролю якості роботи лікарів.  КП впроваджує ефективні заходи для збільшення рівень обізнаності пацієнтів щодо наданих медичних послуг. У всіх висновках і рецептах на ліки вказана назва діючої речовини.			
2.14. Контроль термінів надання послуг	Забезпечити контроль прийому пацієнтів виключно за попередніми записами для уникнення черг.	1. Запровадити SMS-повідомлення або електронні листи для пацієнтів з нагадуванням про прийом, який вони зарезервували.  2. На вході у відділенні діагностики та Поліклініки, розмістити адміністратора на постійній основі або періодично для моніторингу виконання пацієнтами вимог запису на прийом	Запроваджена ефективна система попередження пацієнтів про запис та контролю за наявністю записів – 100% пацієнтів відвідують КП для отримання планових послуг за попереднім записом.	6 місяців	Необхідні додаткові фінансові ресурси на оплату праці адміністраторів/ встановлення автоматичного терміналу та обслуговування розсилок нагадувань про візити. Витрати передбачити у фінансовому плані. Для оптимізації витрат на	Директор, медичний директор з поліклінічного розділу роботи або уповноважена ним особа

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
					сповіщення доцільно слідувати за впровадженням ініціативи МОЗ зі створення єдиного електронного кабінету пацієнта (перспективно включатиме централізовані сповіщення про зарезервовані записи, використовуючи дані МІС).	
	Оптимізувати завантаженість лікарів для збільшення ефективності їх роботи.	<p>1. Запровадити формалізований моніторинг завантаженості лікарів шляхом перевірки % прийомів по запису, які не відбулися через відсутність пацієнта, та кількості невикористаних робочих годин лікарями:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Визначити інструменти і методи для автоматизованого збору даної інформації</li> <li>Визначити терміни та відповідальних за контроль та аналіз даних і</li> </ul>	КП здійснює контроль використання записів та кількості невикористаних робочих годин лікарями та впроваджує ефективні заходи з оптимізації завантаженості лікарів – лікарі використовують не менше 60%	6-8 місяців	Може потребувати залучення фахівців з ІТ-систем і МІС для визначення методів збору інформації про завантаженість лікарів або впровадження системи автоматичного обліку робочого часу.	Директор, начальник відділу кадрів, медичний директор з організаційно-методичної роботи.

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		звітування про результати аналізу. 2. За результатами аналізу визначити можливі проблеми та впроваджувати заходи з їх усунення.	робочого часу для виконання прямих робочих обов'язків.		Необхідні фінансові ресурси передбачити у фінансовому плані.	
	Проводити перевірки за методом «таємного покупця», коли незалежна особа виступає в ролі клієнта для оцінки якості обслуговування, дотримання процедур і взаємодії з персоналом лікарні.	1. Розробити підхід до проведення перевірки пріоритетних послуг і аспектів обслуговування КП (дотримання працівниками прийому по запису, відмови від госпіталізації зі сторони КП, якість послуг, достатність комунікації тощо), збереження анонімності та уникнення виявлення таємного покупця, враховуючи наступне: <ul style="list-style-type: none"> <li>У ситуаціях, коли всі всі знають, такі перевірки можуть викликати відчуття недовіри серед персоналу. Це може впливати на стосунки та співпрацю в майбутньому.</li> <li>У невеликому містечку можуть існувати особисті стосунки між персоналом та мешканцями. Це може вплинути на об'єктивність оцінки якості обслуговування.</li> </ul>	. КП проводить перевірки за методом «таємного покупця» хоча би 1 раз на рік.  За результатами перевірок КП розробляє план заходів з покращення якості обслуговування та вирішення порушень встановлених внутрішніх правил та законодавчих вимог зі сторони працівників КП. Заходи, запропоновані за	На розробку підходу і підготовку – 6 місяців Далі – не менше 1 раз на рік	Перевірки за методом «таємного покупця», можуть виконувати спеціалізовані агентства, незалежні експерти, добровольці. Для організації та проведення першої перевірки доцільно звернутися до фахівців з необхідною експертизою.  Необхідні фінансові ресурси передбачити у	Директор, начальник відділу кадрів, медичний директор з організаційно-методичної роботи.

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p>2. Провести перевірку за розробленим підходом.</p> <p>3. За фактом проведення перевірки та отримання звіту від «таємного покупця» розробляти план усунення виявлених недоліків/впровадження покращень в роботу КП.</p> <p>4. Переглядати та оновлювати підхід перед кожною перевіркою для забезпечення його надійності та дієвості.</p>	<p>результатами перевірки, ефективні – відсутні порушення при повторних перевірках, збільшується рівень задоволеності пацієнтів КП.</p>		<p>фінансовому плані.</p>	
2.15. Тарифоутворення	<p>Забезпечити регулярне оновлення тарифів на платні медичні послуги для отримання додаткового доходу та уникнення необґрунтованих витрат.</p>	<p>1. Сформувані робочу групу з перегляду і формування тарифів на платні послуги.</p> <p>2. Для оцінки актуальності тарифів проводити аналіз ринку виконуючи наступні кроки:</p> <p>1) Відбір конкурентів різної форми власності.</p> <p>2) Аналіз цін конкурентів, шляхом пошуку на онлайн ресурсах або безпосереднього відвідування/запиту інформації від інших КП.</p> <p>3) Розрахунок середньої ціни по регіону на топові послуги.</p>	<p>За результатами аналізу ринку КП встановлює актуальні тарифи на платні послуги – відхилення ціни на платні послуги КП не більше 5% від середньої ціни на аналогічні послуги у комунальних лікарнях по області.</p>	<p>На постійній основі (щорічно при перегляді тарифів)</p>	<p>Необхідні додаткові людські ресурси або збільшення кількості годин залучення співробітників, що потребуватиме додаткових витрат на оплату праці.</p>	<p>1-3. Заступник директора з економічних питань, головний бухгалтер, начальник планово-економічного відділу</p> <p>4. Житомирська міська рада</p>

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p>4) Розрахунок відхилення ціни на аналогічні послуги у КП.</p> <p>5) Визначення значущості відхилення та необхідності переглянути ціну відповідно до встановленої у КП процедури.</p> <p>3. Щорічно переглядати та оновлювати тарифи на платні послуги*, враховуючи прийняту методологію розрахунку та результати аналізу ринку.</p> <p><i>* Доцільно фокусуватися на послугах, які формують основну частку надходжень від платних послуг, є працемісткими або передбачають використання вартісних медичних засобів/реактивів, на які суттєво змінюються ціни протягом року.</i></p> <p>4. Міській раді – проводити оперативний розгляд та затвердження оновлених тарифів на платні послуги КП.</p>				
2.16. Доступність інформації про асортимент послуг, порядок	Забезпечити повну доступність інформації, яка необхідна	1. Розмістити інформацію щодо безоплатних послуг за ПМГ у всіх відділеннях КП, які надають послуги за ПМГ, та	Пацієнтам у повному обсязі доступна актуальна	1-2. 1 місяць	Перелік інформації, яку надавач медичних послуг	1. Заступник директора з медичного обслуговування

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
встановлення та зміни тарифів на послуги	пацієнтам, на виконання вимог договору з НСЗУ.	забезпечити її вчасне оновлення. 2. Додати на сайт наступну інформацію: <ul style="list-style-type: none"> <li>Перелік медичних послуг, які надаються за ПМГ</li> <li>Дані працівників (додати відомості про графік прийому, а також про стаж і звання, наявну експертизу та спеціалізацію тощо)</li> <li>Перелік та фото обладнання</li> <li>Перелік медичних препаратів, що є на складах КП і доступні до використання і призначення, включаючи посилання на сайт <a href="http://eliky.com">eliky.com</a>.</li> </ul> 3. Продовжувати своєчасно оновлювати інформацію для пацієнтів на інформаційних ресурсах КП за встановленим порядком. 4. Для належного інформування пацієнтів щодо лікарських засобів, доступних у КП, виконати рекомендації до індикатора 3.5 «Забезпечення відкритого	інформація щодо всіх ключових аспектів отримання безкоштовних і платних медичних послуг та ліків, що доступні в КП.	3. На постійній основі 4. Терміни визначені у індикаторі 3.5	має розміщувати в кожному місці надання послуг та на веб-сайті, визначена умовами договору з НСЗУ.  Додаткові рекомендації щодо інформаційного наповнення сайту доступні за <a href="#">посиланням</a> .	населення, медичний директор з медичної частини.  2. Заступник директора з медичного обслуговування населення, медичний директор з медичної частини, особа відповідальна за комунікацію з пацієнтами.  Відповідальний за технічний супровід – програміст.

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		доступу до інформації про безкоштовні ліки».				
	Проводити контроль за безоплатним розміщенням пацієнтів за ПМГ у палатах з підвищеним комфортом для забезпечення повноцінної оплати платних послуг КП.	<p>1. Розробити правила і порядок розміщення пацієнтів у палатах з покращеними умовами.</p> <p>2. Зобов'язати завідуючих відділень проводити контроль за безоплатним розміщенням пацієнтів в палатах з підвищеним комфортом та звітувати про заповнення таких палат щомісячно керівництву.</p> <p>3. Призначити відповідального за незалежне проведення перевірок на місцях (загалом по КП).</p> <p>4. Забезпечити проінформованість пацієнтів та лікарів щодо прийнятого тарифу та порядку розміщення у палатах з підвищеним комфортом:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Додати відповідні відомості у інформаційні ресурси КП (інформаційні дошки, сайт тощо).</li> <li>• Провести роз'яснювальну роботу серед персоналу, який відповідає за розміщення пацієнтів).</li> </ul>	<p>КП має затверджений тариф і порядок розміщення пацієнтів у палатах з підвищеним комфортом.</p> <p>Впроваджена ефективна система контролю виконання порядку розміщення у палатах з підвищеним комфортом – відсутні випадки безоплатного розміщення пацієнтів у таких палатах за наявності вільних місць у стандартних палатах.</p>	<p>1-4. 3 місяці</p> <p>5. на постійній основі</p>	<p>Необхідні додаткові людські ресурси або збільшення кількості годин залучення співробітників, що потребуватиме додаткових витрат на оплату праці.</p>	<p>Директор КП, медичний директор з медичної частини або уповноважена ним особа.</p>

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		5. Проводити періодичні перевірки дотримання правил порядку (наприклад, отримання оплати за палати з підвищеним комфортом, або розміщення пацієнтів у палатах безоплатно виключно за умови відсутності місць у стандартних палатах) та вживати необхідні коригуючі заходи при виявленні недоліків.				
2.17 Контроль за харчуванням	Рекомендації відсутні					
<b>3. Комунікації</b>						
3.1 Комунікаційна стратегія розроблена та функціонує	1. Розробити та затвердити комунікаційну стратегію КП, сформувавши систему контролю за якістю комунікаційної стратегії	1. Призначити відповідальну особу з питань розробки, впровадження і оновлення комунікаційної стратегії, закріпити її відповідальність у посадовій інструкції. Провести навчання відповідальної особи.  2. Сформувавши робочу групу для розробки комунікаційної стратегії та робочого плану з її реалізації у співпраці з відповідальною особою. Визначити план-графік і бюджет завдань з розробки комунікаційної стратегії.	Комунікаційна стратегія та робочий план функціонують та удосконалюються згідно з потребами. Комунікаційні цілі реалізуються у відповідності до цілей існування КП	9 місяців	У процесі формування комунікаційної стратегії слід керуватися наступними релевантними практиками: Посібником <a href="#">«Ефективні комунікації закладів охорони здоров'я»</a> від Академії НСЗУ, <a href="#">Комунікаційною стратегією Канівського</a>	1. Відділ кадрів, директор 2. Директор, відповідальна особа з питань розробки, впровадження і оновлення комунікаційної стратегії 3-6. Відповідальна особа з питань розробки, впровадження і оновлення

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p>Визначити та закріпити у комунікаційній стратегії комунікаційні цілі, пов'язані із цілями діяльності підприємства.</p> <p>4. Визначити та закріпити канали комунікації з ключовими групами стейкхолдерів (пацієнтами, представниками місцевого самоврядування та державних органів, працівниками, громадськістю), періодичність здійснення комунікацій з ними.</p> <p>5. Сформувані робочий план із зазначенням:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• комунікаційних цілей,</li> <li>• зацікавлених сторін,</li> <li>• каналів комунікації (аналогових і цифрових),</li> <li>• графіку – ймовірних часових рамок виконання стратегії,</li> <li>• бюджету та ресурсів, необхідних для реалізації стратегії.</li> </ul>			<p><a href="#">центру первинної медико-санітарної допомоги;</a>  <a href="#">Комунікаційною стратегією закладу охорони здоров'я на острові принца Едварда, 2017-2020;</a>  <a href="#">Комунікаційною стратегією Світового банку.</a></p>	<p>комунікаційної стратегії, робоча група 7.  Відповідальна особа з питань розробки, впровадження і оновлення комунікаційної стратегії, директор КП.</p>

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p>Формування робочого плану включає розробку ключових інформаційних повідомлень, контент-плану (формат, тон повідомлень в розрізі каналів комунікації), визначення ключових показників щодо оцінки прогресу виконання плану та періодичності вимірювання таких показників.</p> <p>6. Розробити систему контролю за прогресом та якістю комунікаційної стратегії, зокрема визначити</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• періодичність контролю (не рідше 1 разу на квартал),</li> <li>• способи відстеження ефективності та звітування про результати.</li> </ul> <p>7. Проводити регулярний моніторинг та аналіз ефективності комунікаційної стратегії, зокрема щодо реалізації комунікаційних цілей, періодичності комунікації із зацікавленими сторонами, статистики</p>				

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		використання каналів зв'язку, виявлених проблем у комунікації.				
	2. Розробити бренд-бук КП.	<p>1. Сформувати робочу групу для розробки бренд-буку. Призначити відповідальну особу за загальний процес, визначити обов'язки та відповідальність учасників робочої групи. Визначити і затвердити план-графік і бюджет завдань з розробки бренд-буку.</p> <p>2. Підготувати технічне завдання з розробки бренд-буку: варіантів логотипу, колірної гами, шрифтів, графічних елементів.</p> <p>3. Провести закупівлю послуг - вибрати зовнішнього підрядника для виконання технічного завдання.</p> <p>4. Сформувати опис фірмового стилю КП – візуальної складової бренд-буку, у тому числі варіантів логотипу, наявного у КП, шрифтів, кольорів, визначити вимоги до зображень та інших графічних елементів бренд-буку.</p> <p>5. Сформувати ідеологічну частину бренд-буку:</p>	Бренд-бук розроблений та використовується у друкованих повідомленнях для зацікавлених сторін та в онлайн-комунікації з ними	1-6. 12 місяців 7-8. На постійній основі (після створення бренд-буку)	<p>Необхідність залучення графічного дизайнера для розробки елементів фірмового стилю КП та додаткових ресурсів для винагороди дизайнера.</p> <p>При розробці бренд-буку слід враховувати релевантні приклади, зокрема: посібник <a href="#">«Ефективні комунікації закладів охорони здоров'я»</a> від Академії НСЗУ, <a href="#">посібник «Центри передового досвіду</a></p>	<p>1. Відповідальна особа з питань загального процесу розробки бренд-буку, директор</p> <p>2. Робоча група, відповідальна особа з питань загального процесу розробки бренд-буку директор КП</p> <p>3. Уповноважена особа з питань публічних закупівель (провідний фахівець з публічних закупівель)</p> <p>4-5. Зовнішній підрядник, робоча група, відповідальна особа з питань</p>

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p>позиціонування, місію організації, правила комунікації (тон та стиль повідомлень, структура кореспонденції).</p> <p>6. Закріпити визначений стиль у бренд-буці КП, затвердити бренд-бук у внутрішньому документі КП.</p> <p>7. Дотримуватись бренд-буку в усіх публікаціях на веб-сайті, дошках оголошень та соціальних мережах</p> <p>8. Проводити перегляд та у разі необхідності оновлення бренд-буку із визначеною періодичністю (1 раз на 2-3 роки).</p>			<p><a href="#">первинної медичної допомоги»;</a>  <a href="#">бренд-бук лікарні Daniels</a>, США;  <a href="#">бренд-бук госпіталю Mercurius health</a>, Португалія;  <a href="#">бренд-бук UL Hospitals Group</a>, Ірландія; <a href="#">бренд-бук лікарні USA health</a>, США,  <a href="#">бренд-бук Х'юстонської методистської лікарні</a>, США.</p>	<p>загального процесу розробки бренд-буку.</p> <p>6. Відповідальна особа з питань загального процесу розробки бренд-буку, директор КП.</p> <p>7. Програміст, відповідальна особа з питань інформаційного наповнення веб-сайту, відповідальні особи з питань комунікацій з ключовими стейкхолдерами</p> <p>8. Відповідальна особа з питань загального процесу розробки бренд-буку</p>
3.2. Канали зв'язку, стан та ефективність використання	1. Удосконалити процес здійснення комунікації із представниками	Оскільки підтримка належної комунікації з представниками МОЗ/НСЗУ є складовою комунікаційної стратегії КП, то	Комунікація із НСЗУ є ефективною, характеризується	3 місяці	Залежність від рішень та рівня залученості НСЗУ	1. Відділ кадрів, директор.

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
для комунікації із МОЗ/НСЗУ	МОЗ та Центрального міжрегіонального департаменту НСЗУ	<p>для її реалізації в частині комунікації з профільними інституціями слід виконати наступні кроки:</p> <p>1. Розширити та закріпити відповідальність медичного директора/медичного директора з організаційно-методичної роботи, у тому числі із врахуванням обов'язків щодо:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• формування пропозицій співпраці,</li> <li>• запитів щодо рішень,</li> <li>• роз'яснення рішень, прийнятих НСЗУ та МОЗ, працівникам КП і ключовим зацікавленим сторонам.</li> </ul> <p>2. Розширити використання каналів комунікації із МОЗ, у тому числі за рахунок цифрових каналів зв'язку: електронних форм на веб-сайті МОЗ, телефонних дзвінків.</p>	швидким зворотнім зв'язком. За підтримку комунікації відповідає окремо визначена особа			2. Медичний директор/медичний директор з організаційно-методичної роботи (відповідальна особа з питань комунікації з МОЗ/НСЗУ)
	2. Сформувати партнерства з іншими закладами	Крім того, для належної реалізації комунікаційних цілей у контексті взаємодії з МОЗ/НСЗУ слід:	Партнерства із регіональними закладами охорони здоров'я	12 місяців	Залежність від рішень керівників інших закладів охорони	Директор, медичний директор/медичний директор

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
	охорони здоров'я, зокрема у сфері взаємодії з профільними інституціями, органами державної влади, захисту інтересів закладів охорони здоров'я	<p>1. Визначити заклади охорони здоров'я – потенційних партнерів у регіоні (Київська, Вінницька, Житомирська, Черкаська області).</p> <p>2. Укласти угоди про співпрацю у питаннях захисту інтересів підприємств на регіональному та національному рівнях.</p> <p>3. Сформувати раду із відповідальних осіб закладів з питань комунікації з профільними інституціями та органами державної влади.</p> <p>4. Підтримувати діяльність ради.</p>	сформовані та оформлені. Рада із представників закладів охорони здоров'я бере участь у комунікації з державними органами та профільними інституціями		<p>здоров'я. Необхідність додаткових часових ресурсів для формування та оформлення співпраці з іншими закладами охорони здоров'я.</p> <p>Прикладами формування партнерств закладів охорони здоров'я з іншими інституціями в Україні є: <a href="#">проект «Міжнародне медичне партнерство»</a>, діяльність <a href="#">організації “Razom Health”</a>, <a href="#">проект “Heal Ukraine”</a>, <a href="#">проект “Health Cluster Ukraine”</a>.</p>	з організаційно-методичної роботи (відповідальна особа з питань комунікації з МОЗ/НСЗУ)

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
3.3. Канали зв'язку, стан та ефективність використання для комунікації з містом	Налагодити роботу Наглядової ради.	Оскільки підтримка належної комунікації з представниками місцевого самоврядування є складовою комунікаційної стратегії КП, то для реалізації стратегії в частині комунікації з містом КП потрібно виконати, зокрема, рекомендації до Індикатора 4.2. «Забезпечення ключових інститутів корпоративного управління для підтримки сталої діяльності підприємства та окреслення основних ролей та обов'язків між ними»	Сформована Рада є зв'язуючою ланкою у комунікації із містом і допомагає відстоювати інтереси підприємства на міському рівні, сприяє підвищенню прозорості та ефективності процесів управління, зміцненню довіри з боку населення і персоналу, формуванню підтримки громади та її залученню до виконання різних заходів, захисту правильних рішень в інтересах громади та врахуванню у діяльності КП рекомендацій представників	6 місяців	Присутній ризик неналежного функціонування Наглядової ради, виконання Радою функцій операційного управління	Житомирська міська рада, Наглядова рада

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
			міської ради та громадськості.			
3.4. Канали зв'язку, стан та ефективність використання для комунікації із пацієнтами	Продовжувати підтримувати ефективну комунікацію із пацієнтами	<p>Підтримка належної комунікації з пацієнтами є важливою складовою комунікаційної стратегії КП. Тому для реалізації стратегії в частині комунікації з пацієнтами потрібно виконати наступні кроки:</p> <p>1. Призначити команду або особу відповідальну за ведення більшості каналів комунікації із пацієнтами, закріпити відповідальність у посадовій інструкції. Визначити особу, відповідальну за регулярне оновлення інформаційного наповнення веб-сайту КП*</p> <p><i>*Можливе призначення фахівця зі зв'язків з громадськістю та пресою</i></p> <p>2. Продовжити проводити моніторинг і впровадження у діяльність змін та рекомендацій від НСЗУ та МОЗ щодо спілкування з пацієнтами, у тому числі що</p>	Система підтримки зв'язку з пацієнтами функціонує належним чином: наявна регулярна статистика використання каналів зв'язку, відповідальна особа формує звіт про ефективність комунікацій на постійній основі	<p>1. 2 місяці</p> <p>2. На постійній основі.</p> <p>3. 3 місяці.</p> <p>4-5. На постійній основі</p>	Можлива потреба в залученні додаткових працівників. Необхідність додаткових фінансових ресурсів для винагороди відповідальної особи або команди	<p>1. Директор, відділ кадрів 2-5.</p> <p>Відповідальна особа або команда з питань комунікації з пацієнтами.</p>

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p>пропонуються у посібнику <a href="#">«Ефективні комунікації закладів охорони здоров'я»</a> від Академії НСЗУ. Проводити інформування працівників про зміни та рекомендації у здійсненні комунікацій.</p> <p>3. Забезпечити можливість подання анонімних звернень пацієнтів у паперовій та електронній формах (на веб-сайті, Фейсбук-сторінці КП та на місцях).</p> <p>4. Проводити регулярний моніторинг статистики щодо використання пацієнтами каналів зв'язку, а також звернень і скарг пацієнтів і статусу їх виконання, враховуючи рекомендації до індикатора 2.9 «Показник скарг пацієнтів». Звітувати директорів за результатами моніторингу.</p> <p>5. Впроваджувати коригуючі заходи щодо використання каналів зв'язку з пацієнтами за результатами моніторингу.</p>				

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
3.5. Забезпечення відкритого доступу до інформації про безкоштовні ліки	Оновлювати інформацію про безкоштовні ліки на регулярній основі	<p>1. Розширити обов'язки відповідальної особи з питань надання інформації про наявність безкоштовних ліків для платформи eliky.in.ua, включивши обов'язки з публікування відповідної інформації на веб-сайті, Фейсбук-сторінці та інформаційних дошках КП.</p> <p>2. Розміщувати інформацію у відкритому доступі на веб-сайті, на Фейсбук-сторінці лікарні та на дошках оголошень щотижнево*</p> <p><i>*Відповідно до Наказу МОЗ «Про здійснення заходів з контролю використання лікарських засобів та медичних виробів, закуплених за бюджетні кошти» №509 від 02.06.2016.</i></p>	Вся інформація наявна і у вільному доступі	1. 1 місяць. 2. На постійній основі .	-	1. Відділ кадрів, директор. 2. Відповідальна особа з питань подання інформації про наявність безкоштовних ліків.
3.6. Обов'язкове подання звітності про виплати та інші благодійні пожертвування закладам охорони здоров'я	Розміщувати та регулярно оновлювати інформацію на місцях	1. Призначити відповідальну особу з питань надання інформації про виплати та благодійні пожертвування, отримані КП, закріпити відповідальність у посадовій інструкції*.	Вся інформація наявна і у вільному доступі	1-2. 2 місяці. 3. На постійній основі.		1. Відділ кадрів, директор. 2-3. Відповідальна особа з питань надання інформації про виплати та

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p><i>*Можливе розширення обов'язків фахівця із зв'язків з громадськістю та пресою.</i></p> <p>2. Визначити формат та регулярність оновлення інформації.</p> <p>3. Розміщувати інформацію у відкритому доступі на веб-сайті, на Фейсбук-сторінці лікарні та на дошках оголошень.</p>				благодійні пожертвування КП
3.7. Канали зв'язку, стан та ефективність використання для внутрішньої комунікації	1. Регулярно відстежувати процес запису пацієнтів та оцінювати своєчасність і повноту їх прийому кінцевими лікарями	<p>1. Включити питання закритого і відкритого типу про якість електронного запису та прийому лікарями до анкети з питань якості послуг, які надає лікарня – виконати рекомендації до індикатора 2.1 «Рівень задоволеності пацієнта наданими послуги та умовами їх надання».</p> <p>2. Відстежувати своєчасність проведення прийомів за електронним записом шляхом вибіркового анкетування пацієнтів: розробити і розповсюдити анкету (електронно). Крім того, виконати рекомендації до</p>	Процес електронного запису та прийому кінцевими лікарями є ефективним: відсутні скарги пацієнтів щодо даного питання	1. 1 місяць. 2. На постійній основі.	Індикатор пов'язаний із індикатором 3.4. Канали зв'язку, стан та ефективність використання для комунікації із пацієнтами	<p>1. Директор, відповідальна особа з питань комунікації з пацієнтами</p> <p>2. Відповідальна особа з питань комунікації з пацієнтами</p>

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		індикатора 2.14 «Контроль термінів надання послуг».				
	2. Розробити систему моніторингу ефективності внутрішньої комунікації	<p>Для відстеження ефективності внутрішньої комунікації як складової комунікаційної стратегії потрібно:</p> <p>1. Розширити обов'язки медичного директора (або призначити іншу відповідальну особу з питань внутрішньої комунікації), закріпити відповідальність у посадовій інструкції.</p> <p>2. Визначити схему реагування та надання відповідей на заяви та скарги працівників (окрім питань, пов'язаних із етикою та протидією корупції), у тому числі термін опрацювання, формат відповідей.</p> <p>3. Створити форму (електронну, паперову) для анонімних звернень працівників щодо питань функціонування КП, поширити форму серед працівників, повідомляти про можливість подання звернення на постійній основі (наприклад, на колективних нарадах, зборах).</p>	Система подання та опрацювання звернень функціонує, усі працівники поінформовані про порядок подання звернень і отримання відповідей на них. Усі працівники залучені до процесу внутрішньої комунікації	1-4. 4 місяці. 5-6. На постійній основі.	Для удосконалення внутрішньої комунікації можливо скористатися рекомендаціями посібника <a href="#">«Ефективні комунікації закладів охорони здоров'я»</a> від Академії НСЗУ	1. Відділ кадрів, директор. 2-6. Медичний директор (інша призначена відповідальна особа з питань внутрішньої комунікації)

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p>4. Визначити систему моніторингу ефективності внутрішньої комунікації із зазначенням відповідальності, способів та періодичності моніторингу, процесу звітування за його результатами (<i>передбачено як частину комунікаційної стратегії підприємства щодо моніторингу та аналізу ефективності реалізації комунікаційної стратегії</i>)</p> <p>5. Проводити моніторинг статистики звернень працівників та їх опрацювання, а також використання каналів внутрішньої комунікації, зокрема за показниками:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• кількість заяв та звернень працівників, статус їх опрацювання,</li> <li>• кількість працівників, приєднаних до груп у месенджерах.</li> </ul> <p>6. Звітувати за результатами моніторингу із визначенням сфер для вдосконалення комунікації із працівниками – 1 раз на квартал.</p>				
<b>4. Корпоративне управління</b>						

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
4.1. Роль держави/міста як власника підприємства та його діяльність, яка регулюється спеціальними підзаконними актами, політикою та процедурами	1. Затвердити Політику власності підприємства	<p>1. Сформувати робочу групу для розробки Політики власності КП, призначити відповідальну особу за загальний процес, сформувати і затвердити план-графік і бюджет робіт з розробки документу.</p> <p>2. Розробити, затвердити та впровадити чітку і зрозумілу політику власності КП. Врахувати у документі положення щодо основних цілей та пріоритетів, принципів і механізмів управління підприємством.</p> <p>3. Оприлюднити політику власності на веб-сайті Житомирської міської ради та КП.</p> <p>4. Проводити регулярний перегляд Політики власності та оновлювати її положення у разі необхідності – 1 раз на рік.</p>	Політика власності, що встановлює засади управління підприємством з боку Житомирської міської ради, затверджена та впроваджена, підлягає регулярному перегляду	6 місяців	Залежність від політичного рішення органу місцевого самоврядування. Необхідність додаткових часових ресурсів у зв'язку з бюрократичними процедурами	<p>1. Житомирська міська рада</p> <p>2. Робоча група</p> <p>3. Житомирська міська рада, фахівець із зв'язків з громадськістю та пресою (інша відповідальна особа з питань інформаційного наповнення веб-сайту КП).</p> <p>4. Житомирська міська рада</p>

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
	2. Формалізувати у документах порядок здійснення комунікації між Житомирською міською радою та КП	<p>1. Призначити відповідальну особу з питань розробки, впровадження, оновлення Політики комунікації КП з Житомирською міською радою, призначити відповідальну особу за загальний процес. Сформувати і затвердити план-графік з розробки документу.</p> <p>2. Розробити та затвердити політику, що регламентує порядок здійснення комунікації між Житомирською міською радою та КП, у тому числі відповідальних осіб, регулярність комунікації, канали комунікації.</p> <p>3. Впровадити політику та проводити моніторинг її дотримання, зокрема за допомогою опитування відповідальних осіб, перевірки звітів/протоколів офіційних зустрічей.</p> <p>4. Проводити перегляд політики та оновлювати у разі необхідності (із врахуванням результатів моніторингу</p>	Порядок здійснення комунікації з власником задокументований, включно з регулярністю проведення зустрічей	1-2. 3 місяці. 3-4. На постійній основі	-	1-2. Директор, відповідальна особа з питань розробки, впровадження та оновлення Політики комунікації. 3. Директор КП, відповідальна особа з питань розробки, впровадження та оновлення Політики комунікації. 4. Відповідальна особа з питань розробки, впровадження та оновлення Політики комунікації

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		дотримання політики) – 1 раз на рік.				
4.2. Забезпечення ключових інститутів корпоративного управління для підтримки сталої діяльності підприємства та окреслення основних ролей та обов'язків між ними	Забезпечити належне функціонування Наглядової ради	<p>1. Скоригувати установчі документи КП та документи, які регламентують діяльність Наглядової ради, відповідно до положень Постанови Кабінету Міністрів України «Про наглядову раду закладу охорони здоров'я» №1221 від 21.11.2023.</p> <p>2. Розробити та затвердити ключові показники ефективності (KPI) діяльності членів Наглядової ради</p> <p>3. Прийняти рішення про формування конкурсної комісії для відбору незалежних членів ради.</p> <p>4. Поінформувати зацікавлені сторони (орган місцевого самоврядування, структурний підрозділ з питань охорони праці або МОЗ, громадські об'єднання – через веб-сайт Житомирської міської ради)</p>	Наглядова рада ефективно контролює та спрямовує діяльність керівника підприємства. Наглядова рада функціонує відповідно до найкращих міжнародних практик корпоративного управління. Власник здійснює регулярну оцінку ефективності функціонування Наглядової ради	1-9. 12 місяців. 10-11. На постійній основі.	При оновленні складу наглядової ради та документів, що регулюють її діяльність, необхідно дотримуватися положень Постанови Кабінету Міністрів України « <a href="#">Про наглядову раду закладу охорони здоров'я</a> » №1221 від 21.11.2023	1. Юрист, директор КП, Житомирська міська рада. 2-4. Житомирська міська рада 5. Конкурсна комісія 6-8. Житомирська міська рада 9-10. Наглядова рада 11. Житомирська міська рада

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p>про формування конкурсної комісії, отримати пропозиції щодо складу комісії. Затвердити персональний склад конкурсної комісії.</p> <p>5. Конкурсна комісія проводить конкурсний відбір незалежних членів ради та подає пропозицію щодо кандидатів для Власника.</p> <p>6. Делегувати представників Власника до складу наглядової ради.</p> <p>7. Сформувати та затвердити персональний склад Наглядової ради, умови оплати праці голови та членів Ради.</p> <p>8. Оприлюднити інформацію щодо членів Ради.</p> <p>9. Провести перше засідання Наглядової ради.</p> <p>10. Підтримувати функціонування Наглядової ради та виконання нею обов'язків з контролю за</p>				

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p>діяльністю КП, у тому числі через</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>розробку річного графіку засідань та їх проведення,</li> <li>фіксацію прийнятих рішень,</li> <li>підготовку звітів про результати діяльності.</li> </ul> <p>11. Проводити регулярну оцінку діяльності Наглядової ради відповідно до встановлених KPI – 1 раз на рік.</p>				
4.3. Контрольне середовище – зовнішній аудит (ЕА)	Розглянути можливість проведення незалежного зовнішнього аудиту фінансової звітності на щорічній основі	<p>1. Провести обговорення можливості залучення зовнішнього незалежного аудитора із наданням аргументації необхідності такого залучення.</p> <p><i>У випадку результатів обговорення, що підтверджують можливість залучення зовнішнього аудитора:</i></p>	Процес відбору зовнішнього аудитора закріплений у внутрішній документації. Перевірки фінансової звітності зовнішнім аудитором здійснюються щорічно, забезпечується	1-3. 6 місяців. 4-5. На щорічній основі. 6-7. На постійній основі.	Необхідність додаткових часових ресурсів у зв'язку з розробкою документації для залучення аудитора. Додаткові фінансові ресурси, пов'язані з оплатою аудиторських	1. Житомирська міська рада, Наглядова рада <sup>1</sup> . 2. Наглядова рада 3. Відповідальна особа з питань координації процесу залучення аудитора та

<sup>1</sup> У разі неналежного функціонування Наглядової ради та неможливості забезпечення нею виконання рекомендованих заходів слід призначити відповідальним виконавцем директора КП (у даному індикаторі та в наступних індикаторах даного блоку звіту).

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p>2. Призначити відповідальну особу з питань координації процесу залучення зовнішнього аудитора. Закріпити відповідальність у посадовій інструкції.</p> <p>3. Визначити та закріпити критерії відбору зовнішнього аудитора.</p> <p>4. Підготувати та провести закупівлю аудиторських послуг.</p> <p>5. Розміщувати у відкритому доступі на веб-сайті КП звіт зовнішнього аудитора.</p> <p>6. За результатами аудиторських висновків проводити коригувальні дії із фіксацією у внутрішній документації підприємства здійснених заходів.</p> <p>7. Проводити моніторинг виконання плану коригувальних дій, сформованого на основі аудиторських висновків.</p>	<p>відкритий доступ до результатів перевірок. Підприємство впроваджує коригуючі заходи відповідно до виявлених недоліків.</p>		<p>послуг – залежність від рішення Власника.</p>	<p>моніторингу виконання коригувальних дій, Наглядова рада</p> <p>4. Провідний економіст (відповідальна особа з питань закупівель послуг)</p> <p>5. Фахівець із зв'язків з громадськістю та пресою КП (інша відповідальна особа з питань інформаційного наповнення веб-сайту КП) 6-7.</p> <p>Відповідальна особа з питань координації процесу залучення аудитора та моніторингу виконання коригувальних</p>

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		Звітувати про результати моніторингу Наглядовій раді				дій, Наглядова рада
4.4. Контрольне середовище – функція внутрішнього аудиту (IA)	1. Створити функцію внутрішнього аудиту.	<p>1. Прийняти рішення про створення ревізійної комісії або служби внутрішнього аудиту, яка з певною регулярністю проводитиме перевірки та підпорядкована Наглядовій раді*.</p> <p>2. Сформуванню робочу групу для координації формування функції, у тому числі для розробки внутрішньої документації. Призначити відповідальну особу за загальний процес формування функції. Підготувати і затвердити план-графік і бюджет завдань зі створення функції.</p> <p>3. Розробити та затвердити внутрішні документи, які регламентують засади діяльності ревізійної комісії, у тому числі основи діяльності: передбачити положення про</p>	Створена ревізійна комісія (або служба внутрішнього аудиту), яка діє на підставі положень, що регламентують її діяльність. Призначений керівник ревізійної комісії (або служби внутрішнього аудиту).	6 місяців	Необхідність додаткових часових ресурсів, пов'язаних з формуванням підрозділу. Необхідність залучення додаткових працівників для формування функції, а також фінансових ресурсів для винагороди працівників підрозділу.	<p>1. Наглядова рада.</p> <p>2. Наглядова рада, відповідальна особа з питань формування функції</p> <p>3. Робоча група, відповідальна особа з питань формування функції, Наглядова рада</p> <p>4. Наглядова рада</p>

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p>обов'язки, права та завдання членів.</p> <p>4. Сформувати та затвердити персональний склад ревізійної комісії.</p>				
	2. Забезпечити функціонування групи (служби) внутрішнього аудиту.	<p>1. Забезпечити доступ ревізійної комісії (служби внутрішнього аудиту) до інформації про процеси та відповідальних осіб у лікарні.</p> <p>2. Розробляти календарні плани перевірок ревізійною комісією (службою внутрішнього аудиту). У планах має бути зазначено про об'єкти внутрішнього аудиту, орієнтовні обсяги їх перевірки, назви структурних підрозділів, у яких проводяться відповідні перевірки, а також періоди, що охоплюються перевіркою і безпосередні терміни проведення внутрішнього аудиту об'єктів.</p> <p>3. Проводити регулярні перевірки та звітування ревізійної комісії (служби внутрішнього аудиту)</p>	Ревізійна комісія (служба внутрішнього аудиту) діє незалежно та проводить перевірки відповідно до визначеного плану, регулярно звітує Наглядовій раді.	На постійній основі	-	1. Керівники структурних підрозділів лікарні, директор КП. 2-3. Ревізійна комісія (служба внутрішнього аудиту).

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		Наглядовій раді відповідно до плану-графіку перевірок.				
4.5. Контрольне середовище – системи внутрішнього контролю (ICS)	Налагодити систему внутрішнього контролю	<p>1. Задokumentувати основні процеси КП із визначенням слабких моментів для подальшого удосконалення – <i>відповідно до рекомендацій для індикатора 1.1 «Затверджена організаційна структура підприємства та документи про внутрішні служби, відділи».</i></p> <p>2. Призначити особу, відповідальну за формування системи внутрішнього контролю. Підготувати і затвердити план-графік і бюджет завдань зі створення функції внутрішнього контролю.</p> <p>3. Розробити та затвердити внутрішній документ (положення або політику), що регламентує функціонування системи внутрішнього контролю і систематизує всі внутрішні контролю в рамках</p>	Створена ефективна та повноцінно функціонуюча система внутрішнього контролю. Відповідні положення та політики, що регламентують діяльність функції, розроблені та доведені до відома працівників	1-5. 6 місяців 6-7. На постійній основі – 1 раз на квартал 8. На постійній основі – 1 раз на рік	Необхідність додаткових часових ресурсів, пов'язаних зі створенням системи. Необхідність додаткової винагороди спеціалісту з внутрішніх контролів. Необхідність ознайомлення усіх працівників підприємства із політикою внутрішніх контролів та їхнього розуміння своїх ключових обов'язків.	1. Директор, керівники структурних підрозділів КП 2-3. Відповідальна особа з питань формування системи, Наглядова рада 4. Наглядова рада 5-8. Спеціаліст з внутрішніх контролів (або особа, яка виконує функції такого спеціаліста).

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p>ключових процесів діяльності, у тому числі, операційні, фінансові, технологічні, кадрові контролю, контролю якості.</p> <p>У документі також має бути зафіксовано:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- розподіл відповідальності керівництва і персоналу у впровадженні та дотриманні внутрішніх контролів;</li> <li>- процедури та стандарти, застосовані для кожної із групи контролів;</li> <li>- процес моніторингу ефективності внутрішніх контролів (проведення регулярних перевірок та внутрішніх аудитів, анкетування персоналу і на основі отриманих результатів формування звітів про ефективність системи внутрішніх контролів)</li> </ul>				

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p>4. Призначити* особу, відповідальну за ефективність системи внутрішніх контролів (спеціаліст з внутрішніх контролів). Закріпити підпорядкування спеціаліста Наглядовій раді *Можливе суміщення обов'язків із посадою головного інженера (відповідального за процес управління ризиками).</p> <p>5. Поінформувати працівників про положення документу, їхні ролі та відповідальність у забезпеченні та дотриманні внутрішніх контролів.</p> <p>6. Проводити оцінку ефективності системи внутрішніх контролів та звітувати керівнику КП про відповідні результати.</p> <p>7. Проводити моніторинг впровадження заходів, спрямованих на усунення недоліків внутрішнього контролю, виявлених за результатами перевірок.</p>				

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		8. Проводити перегляд та за потреби – оновлення документу про систему внутрішнього контролю.				
4.6. Контрольне середовище – управління ризиками	1. Сформувати функцію з управління ризиками	<p>1. Призначити особу, відповідальну за формування системи управління ризиками. Підготувати і затвердити план-графік і бюджет завдань зі створення функції управління ризиками.</p> <p>2. Розробити та затвердити внутрішній документ щодо регулювання процесу управління ризиками підприємства із зазначенням:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Структури управління ризиками: відповідальні особи за контроль процесу управління ризиками, їхні ролі та повноваження;</li> <li>• Основних видів ризиків КП;</li> <li>• Методів виявлення та оцінювання ризиків;</li> <li>• Заходів з уникнення або пом'якшення ризиків.</li> </ul>	Створена функція з управління ризиками, закріплені засади функціонування системи управління ризиками у внутрішніх документах. Призначена відповідальна особа з управління ризиками.	6 місяців	Необхідність додаткових часових ресурсів, пов'язаних з формуванням функції. Необхідність залучення додаткових працівників для формування функції, а також фінансових ресурсів для винагороди спеціаліста з управління ризиками. Можлива обмеженість кваліфікованих кадрів для ефективного функціонування функції.	1-2. Наглядова рада, відповідальна особа з питань формування функції. 3. Наглядова рада, відділ кадрів. 4. Наглядова рада.

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p>3. Створити посаду спеціаліста з управління ризиками: сформулювати вимоги щодо компетенцій, підготувати посадову інструкцію. Призначити спеціаліста з управління ризиками, провести навчання та онбординг спеціаліста.</p> <p>4. Закріпити у внутрішніх документах підпорядкування спеціаліста з управління ризиками Наглядовій раді.</p>				
	2. Забезпечити функціонування системи управління ризиками	<p>1. Проводити регулярний аналіз ризиків діяльності КП, наприклад за допомогою контрольних списків (чек-листів) як на рівні окремих підрозділів (відповідальність керівників підрозділів), так і загалом по підприємству (відповідальність спеціаліста з управління ризиками).</p> <p>2. Сформулювати та оновлювати план заходів щодо управління ризиками на щорічній основі.</p> <p>3. Відстежувати ефективність вжиття заходів з мінімізації або усунення ризиків, наприклад, які заходи були</p>	Процес управління ризиками є безперервним та ефективним: КП своєчасно відстежує та аналізує ризики, розробляє заходи з їх управління.	На постійній основі.	-	<p>1. Спеціаліст з управління ризиками (відповідальна особа з питань управління ризиками), керівники структурних підрозділів.</p> <p>2-4. Спеціаліст з управління ризиками</p>

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		впроваджені та який економічний ефект вони мали.  4. Звітувати Наглядовій раді про результати процесу управління ризиками.				
4.7. Контрольне середовище – відповідність	Сформувати функцію комплаєнсу та налагодити її діяльність	1. Призначити особу, відповідальну за формування функції комплаєнсу. Підготувати і затвердити план-графік і бюджет завдань зі створення функції.  2. Розробити та затвердити політику щодо комплаєнсу, що також включає посилання на внутрішні документи КП, пов'язані з комплаєнс-ризиками: Антикорупційна програма, Політика з управління ризиками, Кодекс етики та ділової поведінки.  3. Створити посаду* спеціаліста з комплаєнсу: сформулювати вимоги щодо компетенцій, підготувати посадову інструкцію. Призначити спеціаліста та закріпити його підпорядкування Наглядовій раді	Система комплаєнсу сформована та закріплена. Спеціаліст з комплаєнсу забезпечує дотримання усіх вимог щодо відповідності у діяльності підприємства	1-5. 9 місяців. 6-7. На постійній основі – 1 раз на квартал 8. На постійній основі – 1 раз на рік.	Необхідність додаткових часових ресурсів, пов'язаних з формуванням функції. Необхідність залучення додаткових працівників для формування функції, а також фінансових ресурсів для винагороди спеціаліста з управління ризиками. Можлива нестача кваліфікованих кадрів для ефективного функціонування функції	1-2. Наглядова рада, відповідальна особа з питань формування функції. 3. Наглядова рада, відділ кадрів. 4. Відповідальна особа з питань формування функції, спеціаліст з комплаєнсу (відповідальна особа з питань комплаєнсу). 5. Спеціаліст з комплаєнсу, керівники структурних підрозділів 6-8. Спеціаліст з комплаєнсу

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p><i>*Можливе суміщення посад та/або покладення обов'язків на юрисконсультанта.</i></p> <p>4. Врахувати комплаєнс-ризика при розробці інструментів оцінки ризиків (чек-листів), для забезпечення постійного відстеження ризиків та попередження їх настання (детальніше – у рекомендаціях до індикатора 4.6 «Контрольне середовище – управління ризиками»)</p> <p>5. Налагодити процес комплаєнсу на місцях (у кожному відповідному підрозділі), ознайомивши працівників підрозділу із засадами комплаєнсу та безпосередніми обов'язками у процесі забезпечення комплаєнсу.</p> <p>6. Проводити моніторинг діяльності щодо комплаєнсу у всіх структурних відділах через проведення перевірок дотримання внутрішніх політик, процедур і стандартів комплаєнсу, перевірку звітів</p>				

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p>про дотримання комплаєнсу в підрозділах, опитування працівників тощо.</p> <p>7. Звітувати Наглядовій раді щодо результатів діяльності.</p> <p>8. Проводити перегляд Політики щодо комплаєнсу та у разі необхідності – оновлювати документ.</p>				
4.8. Процес винагороди повністю розкритий і сприяє інтересам КП	Продовжувати підтримувати функціонування системи винагороди керівника КП	<p>1. Проводити регулярний перегляд Положення про преміювання керівників комунальних закладів охорони здоров'я, що діють в організаційно-правовій формі комунальних некомерційних підприємств. При здійсненні перегляду враховувати завдання, умови та результати діяльності підприємств, а також цілі, визначені на рівні місцевого самоврядування. Оновлювати документ у разі необхідності.</p> <p>2. Забезпечувати належне оприлюднення відомостей про оплату праці та преміювання керівників ЗОЗ*.</p>	Структура, принципи формування та розмір оплати праці, додаткової винагороди керівників ЗОЗ задокументовані та оприлюднені. Схема змінної винагороди регулярно переглядається та оновлюється.	<p>1. На постійній основі – 1 раз на рік</p> <p>2. На постійній основі (за підсумками року)</p>	Присутній ризик недотримання вимог щодо розкриття інформації. Як розпорядник інформації КП, що має на меті одержання прибутку, зобов'язане оприлюднювати зазначену інформацію. Власник повинен розробити політику щодо розкриття інформації, що чітко визначає яку інформацію	<p>1. Житомирська міська рада.</p> <p>2. Житомирська міська рада, фахівець із зв'язків з громадськістю та пресою (інша відповідальна особа з питань інформаційно о наповнення веб-сайту КП)</p>

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<i>* Відповідно до вимог ЗУ «Про доступ до публічної інформації»<sup>2</sup>. А також згідно з найкращими міжнародними практиками.</i>			повинно оприлюднювати підприємство, відповідні канали для розкриття, механізми забезпечення якості наданої інформації	
4.9. Високі стандарти прозорості та розкриття інформації встановлено щодо всіх суттєвих питань, включаючи фінансовий стан і фінансові результати	Послідовно готувати та публікувати фінансову та нефінансову звітність	1. Визначити та закріпити відповідно до комунікаційної стратегії* підхід до розкриття інформації: зміст інформації та критерії до її якості, періодичність публікування, відповідальні особи, канали публікації <i>*або передбачити закріплення підходу до розкриття інформації безпосередньо у комунікаційній стратегії</i>  2. Послідовно формувати та публікувати на веб-сайті КП фінансову та нефінансову звітність. Нефінансова інформація щодо діяльності КП може включати цілі	Підприємство розробляє послідовну та зведену звітність, регулярно публікує квартальні та щорічні результати своєї діяльності. Підприємство перевіряє розкриття інформації за допомогою незалежного зовнішнього аудитора (обраного Радою, у разі її утворення)	1. 6 місяців 2-3. На постійній основі. 4. 4 місяці	Присутній ризик недотримання належного рівня розкриття інформації про суттєві аспекти (зокрема, але не виключно, цілі діяльності, квартальні, річні фінансові звіти, аудиторські висновки щодо річних фінансових звітів тощо), порушення стандартів прозорості.	1. Директор КП, юрисконсультант, відповідальна особа з питань розробки, впровадження і оновлення комунікаційної стратегії. 2. Директор, фахівець зі зв'язків з громадськістю та пресою (інша відповідальна особа з питань інформаційног

<sup>2</sup> Закон України «Про доступ до публічної інформації» №2939-VI від 13.01.2011 у редакції від 08.10.2023. Доступно за посиланням: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2939-17#Text>

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p>діяльності, статут підприємства, вплив на навколишнє середовище, роботу з персоналом та місцевими громадами.</p> <p>3. Розглянути можливість верифікації фінансової звітності незалежним аудитором на регулярній основі - <i>передбачає виконання рекомендацій до індикатора 4.3 «Контрольне середовище – зовнішній аудит (ЕА)»</i></p> <p>4. Опублікувати на веб-сайті КП фінансові та нефінансові результати діяльності за останні 3 роки.</p>	та публікує суттєву інформацію щодо всіх важливих для власника та громадськості питань			<p>о наповнення веб-сайту КП)</p> <p>3. Наглядова рада.</p> <p>4. Фахівець зі зв'язків з громадськістю та пресою (інша відповідальна особа з питань інформаційного наповнення веб-сайту КП)</p>
4.10. Порядок призначення керівництва КП	Підтримувати порядок призначення керівництва.	<p>1. Дотримуватися конкурсної процедури при обранні керівництва КП.</p> <p>2. Оприлюднювати результати конкурсу на сайті міської ради та КП.</p> <p>3. Призначити особу, відповідальну за розробку і впровадження Плану наступництва для керівництва. Сформував план-графік щодо виконання завдання.</p>	Порядок призначення та наступництва є чітким та послідовним, належним чином формалізований та задокументований	1-2. На постійній основі. 3-4. 6 місяців.	Залежність від політичного рішення органу місцевого самоврядування	<p>1. Житомирська міська рада.</p> <p>2. Житомирська міська рада, фахівець зі зв'язків з громадськістю та пресою (інша відповідальна</p>

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		4. Розробити та затвердити План наступництва для керівництва.				особа з питань інформаційного наповнення веб-сайту КП). 3-4. Наглядова рада, відповідальна особа з питань розробки і впровадження Плану наступництва
<b>5. Етичні аспекти</b>						
5.1. Приклад доброчесності керівництва сприяє формуванню культури доброчесності в Компанії	1. Посилити контроль з боку вищого керівництва та Уповноваженої особи щодо дотримання етичної поведінки та доброчесності.	1. Визначити Відповідальну особу з питань етики (наприклад, ввести нову посаду або розширити обов'язки Уповноваженого з антикорупційної діяльності) та сформувати внутрішній документ (наприклад, наказ по підприємству), який фіксує чіткий розподіл ролей та обов'язків щодо регулювання етичних аспектів.  2. Розподілити ролі та обов'язки щодо просування цінностей і принципів доброчесності та запобігання корупції між керівництвом	Ролі та обов'язки щодо регулювання етичних аспектів у лікарні визначені та зафіксовані у внутрішніх документах. Обізнаність працівників щодо дотримання норм етичної поведінки підтримується регулярними заходами.	1. 1 місяць. 2-3. На постійній основі.	Додаткові фінансові ресурси, пов'язані з введенням нових посад або розширенням обов'язків Уповноваженого	1. Наглядова рада, Директор. 2. Наглядова рада, Директор, Відповідальна особа з питань етики. 3. Відповідальна особа з питань етики.

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		компанії та Відповідальною особою з питань етики.  3. Проводити інформаційні заходи (тренінги, лекції) з питань етичної поведінки для працівників підприємства із використанням різних підходів: кейсів, теоретичного навчання, тестування та питання-відповідь. <i>(детальніше про навчання з питань етики та прав людини описано у рекомендаціях до індикатора 5.6 даного блоку звіту).</i>				
	2. Створити ефективну систему моніторингу та звітування за дотриманням вимог Антикорупційної Програми.	1. Створити Комісію з етики на підприємстві, формалізувати порядок діяльності Комісії.  2. Проводити регулярний моніторинг дотримання норм етичної поведінки та вимог Антикорупційної програми працівниками КП <i>(детальніше про моніторинг етичних та антикорупційних норм – у рекомендаціях до індикаторів 5.3 і 5.7 даного блоку звіту).</i>	Система реалізації та моніторингу виконання Антикорупційної програми впроваджена. Відповідальна особа належно кваліфікована, забезпечена достатніми матеріальними та організаційними ресурсами. Система включає ефективні	1. 2 місяці. 2. На постійній основі	Додаткові фінансові ресурси, пов'язані з розширенням обов'язків Уповноваженого. Можлива обмеженість ресурсів та відсутність кваліфікованих кадрів для забезпечення функціонування	1. Наглядова рада, Директор. 2. Відповідальні особи з питань етики, керівники структурних підрозділів лікарні, Директор.

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
			механізми, зокрема документування порушень, анонімне повідомлення, розгляд скарг та проведення консультацій, надання роз'яснень.		ефективної системи.	
5.2. Культура етики та комплаєнсу є основою потужної програми управління ризиками	Впровадити ризик-орієнтований підхід у повсякденну діяльність КП, із врахуванням етичних норм та комплаєнсу.	<p>1. Розробити механізм регулярного відслідковування та оцінювання етичних ризиків, врахувати механізм при розробці системи управління ризиками.</p> <p>2. Затвердити механізм у внутрішньому документі із зазначенням ризиків, які притаманні діяльності організації, особливостей процесу оцінки ризиків, заходів реагування на ризики та процедури аналізу ефективності управління ризиками.</p> <p>3. Визначити Відповідальну особу за реалізацію механізму,</p>	Етичні ризики інтегровано в культуру управління ризиками, застосовується ризик-орієнтований підхід. Створено та задокументовано механізм управління ризиками, пов'язаних з етичною проблематикою, що охоплює системне відслідковування, виявлення та	5 місяців	Ризик недостатньої ефективності та повноти розробленого механізму управління етичними ризиками. Додатково, окрім ризиків щодо етики та ділової поведінки, систему управління ризиками слід розширити на ризики прав людини (зв'язок з індикатором 5.6. Принципи поваги	1-2. Директор, Відповідальна особа з питань етики, Спеціаліст з комплаєнсу (Відповідальна особа з питань комплаєнсу). 3. Наглядова рада, Директор. 4. Відповідальна особа за реалізацію механізму, Спеціаліст з комплаєнсу (Відповідальна

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p>процес моніторингу та оновлення.</p> <p>4. Впровадити системи моніторингу, звітності та оновлення ключових документів з питань етичних ризиків та прийнятих заходів щодо їх управління.</p>	<p>оцінювання етичних ризиків. Етичні норми належним чином враховуються у процесі управління комплаєнс-ризиками та задокументовані у Кодексі етики з вичерпним описом стандартів та порушень.</p>		<p>до прав людини включені в корпоративну культуру та норми поведінки КП).</p> <p>При впровадженні ризик-орієнтованого підходу є важливим врахування наявних практик впровадження системи управління ризиками закладами охорони здоров'я, зокрема <a href="#">Australian Commission on Safety and Quality in Health Care</a> (Австралія), <a href="#">Apollo Hospitals</a> (Індія), <a href="#">Альянс безпеки працівників</a></p>	<p>особа з питань комплаєнсу).</p>

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
					<a href="#">Німеччини</a> , <a href="#">Медіком Україна</a> , <a href="#">Сінево</a> , <a href="#">Медікап</a> , <a href="#">Діла</a> , <a href="#">ДУ «Центр громадського здоров'я України»</a> .	
5.3. Доступ і моніторинг дотримання етичних норм, забезпечують їх підтримку на належному рівні	Забезпечити функціонування системи та механізму моніторингу дотримання етичних норм.	<p>1. Зафіксувати у внутрішніх документах процедуру моніторингу дотримання етичних норм, що включає проведення оцінювання, моніторинг відповідності вимог в діяльності підприємства та його підрозділів, розгляд скарг і фактів порушень, надання рекомендацій за результатами моніторингу, розгляд ситуацій, пов'язаних з конфліктом інтересів.</p> <p>2. Визначити Відповідальну особу за здійснення моніторингу за дотриманням етичних норм (наприклад, Відповідальну особу з питань етики, Уповноваженого з антикорупційної діяльності, Спеціаліста з комплаєнсу, Юриста тощо).</p>	Створення ефективної системи моніторингу дотримання етичних норм. Комісія з етики (у разі утворення) здійснює контроль за дотриманням етичних норм та стандартів, передбачених Антикорупційною програмою.	1-2. 3 місяці. 3-7. 2 місяці	Індикатор пов'язаний з індикатором 5.1 Приклад доброчесності керівництва – це те, що прищеплює організації культуру чесності.	<p>1. Директор, Відповідальна особа з питань етики.</p> <p>2. Наглядова рада, Директор.</p> <p>3-5. Директор, Відповідальна особа за здійснення моніторингу за дотриманням етичних норм.</p> <p>6. Директор, Відповідальна особа за здійснення моніторингу за дотриманням етичних норм.</p> <p>7. Медичний директор з організаційно-методичної</p>

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p>3. Здійснювати регулярний моніторинг за дотриманням норм етичної поведінки, шляхом проведення аудитів, анкетувань співробітників, аналізу документації тощо.</p> <p>4. Проводити оцінку зібраних даних для визначення тенденцій або проблемних ситуацій, пов'язаних з етичною поведінкою та доброчесністю.</p> <p>5. Щоквартально звітувати про результати моніторингів та вжиті заходи відповідним внутрішнім структурам компанії.</p> <p>6. Впроваджувати необхідні заходи для виправлення проблем або запобігання виникненню порушень етичних норм. Вони можуть включати: проведення додаткових навчальних заходів, впровадження нових політик або процедур, а також вжиття дисциплінарних заходів для осіб, які порушили етичні норми.</p>				<p>роботи (Відповідальна особа за загальний процес комунікації), Відповідальна особа за здійснення моніторингу за дотриманням етичних норм.</p>

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		7. Забезпечувати відкритість та прозорість звітності щодо моніторингу етичної поведінки через публікації результатів на дошках оголошень та веб-сайті компанії.				
5.4. Етичні норми чіткі та зрозумілі в Компанії – діє Кодекс етики	1. Розробити окремий Кодекс етики, що буде включати, у першу чергу, особливості діяльності аналізованого КП.	<p>1. Сформуванати Робочу групу для розробки Кодексу етики, призначити відповідального, підготувати й затвердити план-графік та бюджет робіт.</p> <p>2. Розробити та затвердити Кодекс етики та службової поведінки, що включає ефективні механізми впровадження, моніторингу дотримання, перегляду та оновлення.</p> <p>3. Оприлюднити Кодекс та забезпечити ознайомлення працівників зі змістом документа та необхідністю його неухильного виконання.</p> <p>4. Включити до положень про структурні підрозділи та посадових інструкцій вимоги щодо обов'язковості дотримання та виконання Кодексу.</p>	Кодекс регулює морально-етичні принципи професійної діяльності, основні правила службової поведінки, контроль і нагляд за дотриманням вимог Кодексу, зокрема обов'язки керівника підприємства щодо запобігання проявам неетичної поведінки працівників, а також питання протидії одержанню неправомірної вигоди/подарунків, організацію	1-5. 3 місяці 6. На постійній основі	Додаткові часові та фінансові ресурси, пов'язані з розробкою та впровадженням Кодексу. Наявність ризику недостатньої ефективності механізмів впровадження та моніторингу дотримання положень Кодексу.	<p>1. Наглядова рада, Директор.</p> <p>2. Робоча група.</p> <p>3. Відповідальна особа з питань етики, Спеціаліст з комплаєнсу (Відповідальна особа з питань комплаєнсу), Медичний директор з організаційно-методичної роботи (Відповідальна особа за загальний процес комунікації)</p>

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p>5. Визначити Відповідальну особу за процес оновлення та відстеження ефективності дотримання Кодексу (наприклад Відповідальну особу з питань етики, Спеціаліста з комплаєнсу, юриста, тощо).</p> <p>6. Здійснювати нагляд та контроль за дотриманням, періодичний перегляд та оновлення положень Кодексу. Моніторинг дотримання вимог Кодексу включає інформацію щодо проведених навчальних та інформаційних заходів для працівників, консультацій Уповноваженої особи, статистики отриманих і опрацьованих повідомлень про порушення, пов'язані з неетичною поведінкою працівників КП, результати анонімного опитування працівників і споживачів.</p>	<p>етичної практики на підприємстві. Кодекс сприяє попередженню випадків порушення ділової та професійної етики, забезпечує відкритість в роботі КП, сприяє підвищенню персональної відповідальності за належне виконання службових обов'язків. Кодекс містить опис порядку його реалізації.</p>			<p>4. Керівники структурних підрозділів. 5. Директор. 6. Відповідальна особа за процес оновлення та відстеження ефективності дотримання Кодексу, Спеціаліст з комплаєнсу (Відповідальна особа з питань комплаєнсу).</p>
	2. Забезпечити вільний доступ громадськості до результатів	Підготовка та оприлюднення інформації про результати роботи Етичної комісії на сайті КП та/або міської ради, на місцях.	Результати засідань Етичної комісії своєчасно публікуються у	На постійній основі	-	Житомирська міська рада, фахівець із зв'язків з громадськістю

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
	роботи Етичної комісії.		відкритому доступі.			та пресою (інша відповідальна особа з питань інформаційного наповнення веб-сайту КП).
	3. Впровадити механізм збору пропозицій щодо удосконалення Кодексу етики	<p>1. Розробити систему, яка дозволить працівникам та іншим зацікавленим сторонам надавати свої пропозиції з удосконалення Кодексу етики. Це може включати створення паперових форм та електронної форми на веб-сайті компанії. Забезпечити можливість проведення усних консультацій з Відповідальною особою з етики щодо питань удосконалення Кодексу етики. Це може бути реалізовано за рахунок проведення відкритих консультаційних сесій або індивідуальних зустрічей з зацікавленими особами.</p> <p>2. Проводити систематичний аналіз отриманих пропозицій з удосконалення Кодексу етики та вживати необхідні заходи для їх реалізації або відхилення.</p>	Кодекс етики регулярно оновлюється, він відповідає реальним потребам та очікуванням працівників та інших зацікавлених сторін. Положення чітко доводяться до відома всіх працівників через якомога більше каналів.	1. 3 місяці 2-4. На постійній основі	Існує ризик недостатньої залученості працівників, відсутності їхньої зацікавленості в участі в процесі оновлення та удосконалення Кодексу. Для мінімізації даного ризику рекомендується проведення інформаційних заходів для підвищення поінформованості персоналу щодо їхніх прав.	1. Директор, Відповідальна особа за процес оновлення та відстеження ефективності дотримання Кодексу. 2-4. Відповідальна особа за процес оновлення та відстеження ефективності дотримання Кодексу.

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p>3. Оновлювати (щонайменше раз на рік) Кодекс етики, з урахуванням отриманих пропозицій.</p> <p>4. Доводити до відома працівників будь-які зміни та доповнення Кодексу через якомога більше каналів (наприклад, дошка оголошень, список розсилки, тренінги тощо).</p>				
5.5. Етичні норми є чіткими та зрозумілими в Компанії – існує механізм розгляду скарг та практика повідомлення викривачів	Підтримувати функціонування політики інформування та ставлення до добросовісного інформаторства.	<p>1. Визначити Відповідальну особу за розробку, впровадження та контроль ефективності впровадження Політики інформування та захисту викривачів (наприклад, Відповідальну особу з питань етики, Спеціаліста з комплаєнсу, Уповноважену особу з антикорупційної діяльності).</p> <p>2. Розробити політику інформування з чіткими та зрозумілими положеннями.</p> <p>3. Опублікувати Політику інформування та захисту викривачів на дошках оголошень, веб-сайті КП та</p>	Політика інформування є доступною та оновлюється відповідно до потреб. Регулярно відстежується статистика щодо кількості звернень та статусу їх виконання.	1-5. 3 місяці 6-9. На постійній основі	Необхідність додаткових фінансових ресурсів, пов'язаних з розширенням обов'язків відповідальної особи.	<p>1. Наглядова рада, Директор.</p> <p>2. Відповідальна особа за розробку, впровадження та контроль ефективності впровадження Політики інформування та захисту викривачів.</p> <p>3. Медичний директор з організаційно-методичної роботи</p>

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p>забезпечити ознайомлення працівників з політикою інформування та механізмом подання і розгляду скарг.</p> <p>4. Забезпечити можливість подання анонімних скарг і звернень у електронній та паперовій формах: через форми на веб-сайті та Фейсбук-сторінці КП, на місцях.</p> <p>5. Розмістити на веб-сайті підприємства та на інформаційних дошках за допомогою QR-кодів інформацію щодо можливостей анонімного повідомлення про порушення етичних норм працівниками КП.</p> <p>6. Розробити та проводити інформаційні заходи / тренінги для працівників, з метою підвищення ефективності культури викривання – щонайменше раз на рік.</p> <p>Вести статистику отриманих скарг та статусу їх</p>				<p>(Відповідальна особа за загальний процес комунікації).</p> <p>4-5. Відповідальна особа за розробку, впровадження та контроль ефективності впровадження Політики інформування та захисту викривачів, Медичний директор з організаційно-методичної роботи (Відповідальна особа за загальний процес комунікації).</p> <p>6-9. Відповідальна особа за розробку, впровадження</p>

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p>опрацювання, відстежувати ефективність вжитих заходів.</p> <p>8. Щонайменше раз на рік звітувати про ефективність Політики інформування та захисту викривачів та вжитих заходи відповідним внутрішнім структурам компанії.</p> <p>9. Переглядати у разі потреби та оновлювати Політику інформування та захисту викривачів й доводити до відома працівників будь-які зміни та доповнення.</p>				та контроль ефективності впровадження Політики інформування та захисту викривачів.
5.6. Принципи поваги до прав людини включені в корпоративну культуру та норми поведінки КП	1. Прийняти окремий документ щодо захисту прав людини та забезпечити реалізацію його положень у діяльності КП.	<p>1. Визначити Відповідальну особу з питань забезпечення захисту та поваги до прав людини (наприклад, Відповідальну особу з питань етики, Спеціаліста з комплаєнсу тощо), забезпечити проведення онбордингу та навчання такого співробітника.</p> <p>2. Сформувати Робочу групу для розробки Політики захисту прав людини, призначити відповідального, підготувати й</p>	Створена окрема політика, що визначає основні цілі, завдання, принципи і напрями діяльності підприємства щодо дотримання прав людини. Політика доповнює Кодекс, вона спрямована на зниження ризику порушення	1. 2 місяці 2-3. 5 місяців 4-6. На постійній основі	-	1-2. Наглядова рада, Директор. 3. Робоча група. 4. Медичний директор з організаційно-методичної роботи (Відповідальна особа за загальний процес комунікації),

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p>затвердити план-графік та бюджет робіт.</p> <p>3. Розробити, затвердити та впровадити Політику захисту прав людини, яка закріплюватиме норми поведінки та правила, які регулюватимуть це питання у КП.</p> <p>4. Опублікувати Політику захисту прав людини на дошках оголошень, веб-сайті КП та забезпечити ознайомлення працівників з Політикою захисту прав людини.</p> <p>5. Забезпечити виконання Політики захисту прав людини, вживати відповідні заходи для запобігання, розслідування та прийняття подальших ефективних дій.</p> <p>6. Переглядати у разі потреби та оновлювати Політику захисту прав людини й доводити до відома працівників будь-які зміни та доповнення.</p>	<p>прав людини шляхом ідентифікації, моніторингу та реагування на будь-які обмеження прав. КП поважає права людини в усій своїй повсякденній діяльності та захищає від порушень прав людини у рамках своєї діяльності.</p>			<p>Відповідальна особа з питань забезпечення захисту та поваги до прав людини. 5-6. Директор, Відповідальна особа з питань забезпечення захисту та поваги до прав людини.</p>

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
	2. Проводити навчання (тренінги та/чи інформаційні заходи) з приводу поширення обізнаності з питань прав людини, забезпечити документальне підтвердження проведення навчання.	<p>1. Створити та затвердити навчальний план/програму з питань захисту прав людини, етики та ділової поведінки.</p> <p>2. Розробити та підготувати тренінги/інформаційні заходи відповідно до плану/програми.</p> <p>3. Проводити тренінги/пов'язані заходи для поширення обізнаності з питань прав людини.</p> <p>4. Відслідковувати ефективність навчальних заходів, проводити перевірку знань.</p> <p>5. Регулярно звітувати щодо результатів навчання – кількості працівників, які пройшли навчання, успішності засвоєння матеріалу (результати тестувань і зрізів знань).</p>	<p>Проведення періодичного обов'язкового навчання щодо захисту прав людини, етики та ділової поведінки для всіх працівників підприємства. Навчальні заходи мають належне інформаційне наповнення. Здійснюється моніторинг результатів, зокрема проведення тестування, заліку. Збирається зворотний зв'язок для подальшого удосконалення плану/програми відповідно до потреб, запитів.</p>	1-2. 3 місяці 3-5. На постійній основі.	Індикатор пов'язаний з індикатором 5.1 Приклад добросовісності керівництва – це те, що прищеплює організації культуру чесності. До розробки та проведення навчання та пов'язаних заходів можуть залучатись зовнішні експерти у відповідній сфері, спеціалізовані навчальні центри. Необхідно передбачити необхідні кошти для фінансування проведення навчання.	1. Директор, Відповідальна особа з питань етики. 2-5. Відповідальна особа з питань етики.

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
5.7. Відповідність антикорупційним вимогам – політика/програма боротьби з корупцією та хабарництвом або аналогічний документ	1. Створити ефективну систему моніторингу та звітування за дотриманням вимог Антикорупційної програми.	<p>1. Сформуванати Робочу групу для розробки системи моніторингу та звітування, призначити відповідального підготувати й затвердити план-графік та бюджет робіт.</p> <p>2. Розробити систему моніторингу, яка включатиме в себе регулярні аудити, контрольні точки та інші інструменти для виявлення порушень із зазначенням відповідальності Уповноваженої особи та вищого керівництва, періодичності здійснення перевірок та інформування працівників, періодичності та формату звітування за результатами аналізу.</p> <p>3. Встановити процедури для обов'язкових перевірок дотримання Антикорупційної програми на всіх рівнях управління.</p> <p>4. Проводити регулярний моніторинг дотримання вимог Антикорупційної програми за</p>	Система моніторингу виконання Антикорупційної програми функціонує належним чином та включає ефективні механізми, зокрема документування порушень, анонімне повідомлення, розгляд скарг та проведення консультацій.	1-2. 2 місяці 3-7. На постійній основі	<p>Присутній ризик забезпечення неналежного контролю за дотриманням положень, анонімності та належного захисту особам, що повідомляють про порушення. ризик виникнення особистої зацікавленості відповідальної особи. Можлива обмеженість ресурсів та відсутність кваліфікованих кадрів для забезпечення функціонування ефективної системи.</p> <p>Кращими антикорупційним и практиками, які можна врахувати при</p>	<p>1. Наглядова рада, Директор. 2-3. Робоча група. 4-6. Уповноважена особа з антикорупційної діяльності, Спеціаліст з комплаєнсу. 7. Директор, Відповідальна особа за оновлення Антикорупційної політики.</p>

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p>допомогою перевірок партнерів.</p> <p>5. Регулярно звітувати про результати моніторингу керівництву компанії та вживати заходи для виправлення виявлених проблем працівників, проведення консультацій, аналізу статистики повідомлень про корупційні правопорушення.</p> <p>6. Визначати та оцінювати потенційні корупційні ризики у різноманітних аспектах діяльності КП, розробити заходи для нейтралізації їхнього негативного впливу.</p> <p>7. Щонайменше раз на рік оновлювати Антикорупційну програму, доводити до відома працівників будь-які зміни та доповнення.</p>			удосконаленні антикорупційної діяльності є <a href="#">Антикорупційна програма Глобального договору ООН</a> ; <a href="#">Кращі антикорупційні практики, ОБСЄ</a> ; <a href="#">Антикорупційні рекомендації в державних компаніях. ОЕСР</a> ; <a href="#">Антикорупційна практика. Transparency International.</a>	
	2. Сприяти покращенню репутації КП у питаннях антикорупційної	1. Підвищити контроль до можливого прояву хабарницької діяльності шляхом проведення інформаційних навчальних	КП має імідж відкритої та прозорої організації, яка активно бореться	На постійній основі	-	1. Уповноважени й з антикорупційної діяльності.

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
	діяльності та протидії хабарництву	<p>заходів та підвищеного внутрішнього контролю від Уповноваженого. <i>(детальніше про проведення навчальних заходів (тренінгів) для працівників – у рекомендаціях до індикатору 5.8 даного блоку звіту).</i></p> <p>2. Публічно обговорювати випадки виявлених правопорушень та вжитих заходів й надавати відкритий доступ до інформації щодо результатів проведення моніторингу за дотриманням Антикорупційної програми.</p>	з корупцією та встановлює високі стандарти етики та відповідальності.			2. Директор, Уповноважений з антикорупційної діяльності, Медичний директор з організаційно-методичної роботи (Відповідальна особа за загальний процес комунікації).
5.8. Антикорупційний комплаєнс - Антикорупційні тренінги для співробітників	Розробити систему регулярного навчання з питань протидії корупції та хабарництва та забезпечити регулярне проведення спеціальних тренінгів для працівників з метою підвищення	<p>1. Визначити Відповідальну особу за проведення навчань з питань протидії корупції та хабарництва.</p> <p>2. Сформувавати та затвердити план/програму навчання (офлайн та/або онлайн) щодо протидії корупції та хабарництву для працівників. Тематика навчання може включати наступні питання:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Відповідальність за порушення вимог</li> </ul>	Навчання з питань протидії корупції та хабарництву проводиться для усіх працівників відповідно до затвердженого плану/програми. Тренінги/інформаційні заходи мають належне наповнення, що відповідає нормам	1. 1 місяць. 2-3. 5 місяців. 4-8. На постійній основі.	Індикатор пов'язаний з індикатором 5.7 Відповідність антикорупційним вимогам – політика/програма боротьби з корупцією та хабарництвом або аналогічний документ. До розробки та проведення	1. Наглядова рада, Директор. 2. Директор, Відповідальна особа за проведення навчань з питань протидії корупції та хабарництва. 3-7. Відповідальна особа за

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
	обізнаності, проведення та моніторингу результативності навчання	<p>антикорупційного законодавства</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Запобігання та врегулювання конфлікту інтересів</li> <li>• Подання повідомлень про корупційні та пов'язані з корупцією правопорушення, порядок їх опрацювання</li> </ul> <p>3. Розробити та підготувати тренінги/інформаційні заходи відповідно до плану/програми, які можуть включати курси електронного навчання, традиційне навчання на місці, внутрішні комунікації тощо.</p> <p>4. Організувати регулярні навчальні заходи для працівників.</p> <p>5. Проводити моніторинг результативності навчання через тестування знань, аналізу зворотного зв'язку.</p> <p>6. Щонайменше раз на рік звітувати щодо результатів навчання - кількості</p>	законодавства та найкращим практикам у сфері протидії корупції. Результативність навчання перевіряється заліками, тестуванням. Збирається зворотній зв'язок з метою удосконалення навчання.		навчання та пов'язаних заходів можуть залучатись зовнішні експерти у відповідній сфері, спеціалізовані навчальні центри. Необхідно передбачити необхідні кошти для фінансування проведення навчання.	проведення навчань з питань протидії корупції та хабарництва. 8. Директор, Відповідальна особа за проведення навчань з питань протидії корупції та хабарництва.

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p>працівників, які пройшли навчання, успішності засвоєння матеріалу (результати тестувань і зрізів знань).</p> <p>7. Проводити моніторинг змін антикорупційного законодавства та забезпечувати ознайомлення усіх працівників із відповідними змінами на зборах або нарадах.</p> <p>8. Проводити регулярне оновлення та удосконалення навчального плану/програми.</p>				
5.9. Регулювання конфлікту інтересів	Продовжувати відслідковувати дотримання розділу VI. Антикорупційної програми щодо заходів запобігання та перевірки конфлікту інтересів.	<p>1. Проводити перегляд і актуалізацію наповнення розділу VI. Антикорупційної програми щодо заходів запобігання та перевірки конфлікту інтересів.</p> <p>2. Проводити моніторинг дотримання вимог Антикорупційної програми щодо запобігання та відстеження конфлікту інтересів. Формувати звіт за результатами моніторингу, у тому числі щодо виявлених та</p>	Механізм запобігання та перевірки конфлікту інтересів є ефективним: працівники обізнані щодо вимог та функціонування механізму повідомлення про випадки конфлікту інтересів. Відсутні	<p>1. На щорічній основі.</p> <p>2. На постійній основі.</p>	Індикатор пов'язаний з індикатором 4.7 Контрольне середовище - відповідність.	<p>1. Уповноважена особа з антикорупційної діяльності.</p> <p>2. Директор, Уповноважена особа з антикорупційної діяльності.</p>

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		вирішених фактів конфліктів інтересу, проведених перевірок, навчання у рамках питань про запобігання конфлікту інтересів.	випадки конфлікту інтересів.			
<b>6. Управління активами</b>						
<b>6.1 Облік майна комунального підприємства</b>	Затвердити порядок та форму ведення єдиного переліку/реєстру об'єктів майна, що знаходиться в комунальній власності.	<p>1. Розробити єдиний перелік/реєстр, затверджений рішенням (наказом) директора КП, у якому:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) визначити форму ведення переліку/реєстру;</li> <li>2) затвердити процедури щодо актуалізації інформації про майно в переліку/реєстрі;</li> <li>3) визначити періодичність оновлення інформації в переліку/реєстрі;</li> <li>4) призначити відповідальну особу за ведення переліку/реєстру.</li> </ol> <p>2. Вести перелік/реєстр та вносити до переліку/реєстру комплексну інформацію про об'єкти майна (адреса, площа, інформація про</p>	Створення та ведення вичерпного переліку/реєстру майна КП, який регулярно оновлюється та зберігає детальну фактичну та юридичну інформацію про майно.	6 місяців	Впровадження у КП ведення переліку/реєстру об'єктів майна сприятиме ефективному використанню комунального майна, дозволить швидко та ефективно відслідковувати зміни щодо майна КП, здійснювати своєчасну реєстрацію/пере реєстрацію речових прав на майно.	Директор Бухгалтерія Юрист

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		правовстановлюючі документи, вид речового права тощо).				
<b>6.2. Оформлення прав власності на майно підприємства</b>	Привести у відповідність інформацію щодо оформлення права користування на земельні ділянки та оновити дані щодо нерухомого майна, яке не використовується підприємством.	<p>1. Сформувати комісію для проведення інвентаризації документів/їх відновлення або призначити відповідального, підготувати й затвердити план-графік робіт.</p> <p>2. Здійснити інвентаризацію оформлення права користування (власності) на земельні ділянки, будівлі та інше нерухоме майно.</p> <p>3. Здійснити пошук документів на майно та зберегти їх в одному реєстрі.</p> <p>4. Актуалізувати документи у разі виникнення змін щодо користування. Якщо документи відсутні або не відповідають законодавству – відновити їх.</p>	Належне оформлення майнових прав КП.	12 місяців	Користування майном, передача майна на умовах господарського відання або оперативного управління оформляється відповідною правовою підставою (договір, рішення міської ради тощо).	Директор Бухгалтерія Юрист
	Внести до Державного реєстру речових прав на нерухоме майно відомості про речові права	За необхідності, за результатами проведеної інвентаризації оновити інформацію/документи щодо нерухомого майна та земельних ділянок в	Належне оформлення майнових прав КП.	12 місяців	Законодавство передбачає державну реєстрацію права власності та інших речових	Директор Бухгалтерія Юрист

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
	на нерухоме майно та земельні ділянки	Державному реєстрі речових прав на нерухоме майно			<p>прав на нерухомі речі, їх обмежень, виникнення, переходу та припинення. Державна реєстрація прав на нерухоме майно та правочинів щодо нерухомого майна є публічною. Відомості про обтяження рухомого майна також вносяться до Державного реєстру. Належне оформлення прав власності може мінімізувати юридичні ризики, пов'язані з втратою майна, корупційні ризики пов'язані з використанням майна.</p>	

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
<b>6.3. Залучення кредитних інвестицій або інвестицій через державно-приватне партнерство</b>	Продовжувати практику залучення інвестицій для КП, розробити програмний документ залучення інвестицій для КП.	<p>1. Сформувати робочу групу для розробки програми КП щодо залучення інвестицій з урахуванням затвердженої Стратегії розвитку КП, призначити відповідального, підготувати й затвердити план-графік та бюджет робіт.</p> <p>2. Затвердити програму (стратегію) КП щодо залучення інвестицій з фокусом на якісне оновлення обладнання, енергоефективність, впровадження передових практик автоматизації. Рекомендовано рішенням міської ради.</p> <p>3. Регулярно здійснювати системну роботу щодо моніторингу, пошуку, аналізу, управління окремими програмами чи проектами.</p> <p>4. Визначити відповідального за залучення інвестицій/по роботі з донорами.</p>	Залучення додаткових інвестицій для модернізації КП.	На постійній основі	-	Житомирська міська рада Директор Бухгалтерія Юрист
<b>6.4. Списання майна підприємства</b>	Оновити порядок списання майна, що знаходиться в комунальній	1. Звернутись до Житомирської міської ради з пропозицією щодо внесення змін до порядку списання майна, а	Мінімізація корупційних ризиків в процедурі	1. 6 місяців 2. На постійній основі	-	Житомирська міська рада Директор Бухгалтерія

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
	власності КП та визначити можливість списання шляхом продажу (відчуження) за допомогою електронної системи для списання майна «ProZorro.Продажі».	саме: передбачити використання електронної системи для списання майна «ProZorro.Продажі», оновити граничні показники для списання матеріальних цінностей, передбачити обов'язок для суб'єктів господарювання подавати звіт про списання майна тощо.  2. Дотримуватись оновленого порядку списання майна КП та здійснювати списання за допомогою електронної системи «ProZorro.Продажі».	списання майна КП.			Юрист
	Дотримуватись порядку списання майна, встановленого рішенням Житомирської міської ради та вчасно проводити інвентаризацію майна, яке знаходиться на балансі підприємства.	1. Регулярно відстежувати дотримання порядку списання майна.  2. В разі виявлення порушень – здійснити відповідні дії для недопущення порушень у майбутньому.	Мінімізація корупційних ризиків в процедурі списання майна КП.	На постійній основі	-	Директор Бухгалтерія Юрист
<b>6.5. Передача в оренду, інші види</b>	Затвердити політику обрання майна КП, яке	1. Призначити відповідального за передачу майна в оренду,	Мінімізація корупційних ризиків в	3 місяці	Порушення процедур може спричиняти	Виконавчий орган міської ради, який

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
користування та відчуження майна підприємства	може бути передано в оренду.	підготувати й затвердити план-графік та бюджет робіт.  2. Затвердити політику обрання об'єктів/площ, які можуть бути передані в оренду та затвердити рішенням (наказом) Директора КП.	процедурі передачі майна КП в оренду та обрання орендарів.		ризика втрати майна та/або недоотримання фінансової вигоди від розпорядження майном.	відповідає за управління комунальним майном Директор Бухгалтерія Юрист
	Здійснювати передачу майна КП в оренду відповідно до положень, затверджених міською радою	1. Виконувати вимоги та процедуру передачі майна в оренду відповідно до положення, затвердженого міською радою.  2. Застосовувати відкритий конкурс для претендентів на роль орендаря.	Мінімізація корупційних ризиків в процедурі передачі майна КП в оренду та обрання орендарів.	На постійній основі	Порушення процедур може спричиняти ризики втрати майна та/або недоотримання фінансової вигоди від розпорядження майном.	Виконавчий орган міської ради, який відповідає за управління комунальним майном Директор Бухгалтерія Юрист
<b>7. Публічні закупівлі</b>						
7.1. Застосування процедур закупівель	Рекомендації відсутні					
7.2. Жодних умов дискримінації	Відповідним внутрішнім документом (наприклад, наказом керівника КП) зобов'язати відповідний	1. Розробка та затвердження типових вимог до тендерної документації з рекомендаціями щодо уникнення дискримінаційних положень.	Значне зменшення кількості скарг до Постійно діючої адміністративної колегії Антимонопольного комітету України	1. 12 місяців  2-3. На постійній основі	Типові вимоги до тендерної документації можуть стосуватись послуг, робіт або товарів, що є найбільш	Уповноважена особа з питань публічних закупівель (провідний фахівець з публічних закупівель),

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
	структурний підрозділ КП розробити типові форми тендерної документації із врахуванням вимог рішень Постійно діючої адміністративної колегії Антимонопольного комітету України. Відповідний внутрішній документ може бути прийнятий у формі наказу керівника КП. Регулярно проводити тренінги для працівників, відповідальних за публічні закупівлі.	2. Проводити Перегляд типових форм (щонайменше 1 раз на рік) та внесення змін у разі потреби.  3. Рекомендуємо регулярно проводити тренінги для працівників, відповідальних за публічні закупівлі.	щодо усунення дискримінаційних вимог публічних закупівель, мета – відсутність задоволених скарг.		типовими для закупівлі підприємством.	Юридичний відділ, Директор КП, ЖМР
7.3. Відміна торгів з ініціативи замовника	Вдосконалити процедуру підготовки тендерної документації до проведення закупівлі,	1. Формувати річний план потреб до формування річного плану закупівель.  Збір інформації для плану потреб може включати аналіз останніх 1-2 років, документів	Значне скорочення кількості скасованих закупівель із наявними поданими	12 місяців на запровадження, далі переглядатимуть щорічно		Уповноважена особа з питань публічних закупівель (провідний фахівець з

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
	запровадивши розробку типових форм тендерної документації в першу чергу для предметів закупівель, які мають найбільшу вартість та відбуваються найчастіше. Відповідний внутрішній документ може бути прийнятий у формі наказу керівника КП.	<p>про номенклатуру, завдань на закупівлю.</p> <p>Додатково такий документ має враховувати залишки товарів, деталізацію технічних вимог, умови поставки та оплати, а також містити не тільки обсяги та характеристики закупівель, а опис чому саме та чи інша закупівля має бути проведена.</p> <p><i>Доцільно долучити до складання плану усі структурні підрозділи.</i></p> <p><i>Зазначена взаємодія може бути затверджена внутрішнім наказом КП в якому повинно бути визначено процедуру, етапи формування плану потреби тощо.</i></p>	<p>пропозиціями до рівня – менше 2 закупівель на календарний рік.</p> <p>План потреб допоможе категоризувати закупівлі, наприклад: складні закупівлі, сезонні, критичні тощо.</p> <p>План потреб допоможе врахувати всі важливі параметри, ефективно підготуватися до проведення закупівель заздалегідь та уникнути подрібнення закупівель, а в деяких випадках об'єднати подібні роботи, товари послуги.</p>			публічних закупівель), Юридичний відділ, Директор КП, ЖМР

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
7.4. Кількість учасників закупівель	Вдосконалити процедуру підготовки тендерної документації до проведення закупівлі через розробку типових форм тендерної документації, у першу чергу для предметів закупівель, послуг та робіт. Відповідним внутрішнім документом (наприклад, наказом керівника КП) встановити відповідні вимоги до опису предметів, послуг та робіт закупівель, для розширення кола осіб, які можуть брати участь у	<p>1. Розробка та затвердження Порядку здійснення закупівлі товарів, робіт і послуг КП, в тому числі:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Стандартизація типових вимог опису предметів, послуг та робіт закупівель, для розширення кола осіб, які можуть приймати участь у закупівлі як постачальник;</li> <li>b. Розширення предметів, послуг та робіт за рахунок альтернативних варіантів, які за своїми характеристиками не є гіршими.</li> </ul> <p>2. Рекомендуємо регулярно проводити тренінги для працівників, відповідальних за публічні закупівлі.</p>	Процедури публічних закупівель КП (конкурентні торги) будуть містити значно більшу кількість пропозицій від учасників – більше 2 учасників у більшості закупівель.	1. 12 місяців 2. На постійній основі		Уповноважена особа з питань публічних закупівель (провідний фахівець з публічних закупівель), Юридичний відділ, Директор КП, ЖМР

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
	закупівлі як постачальник.					
7.5. Правильність та повнота опису предмета та коду закупівлі	Рекомендуємо удосконалити процедуру підготовки тендерної документації до проведення закупівлі, запровадивши розробку типових форм тендерної документації в першу чергу для предметів закупівель, які мають найбільшу вартість та відбуваються найчастіше. Відповідний внутрішній документ може бути прийнятий у формі наказу керівника КП.	<p>1. Розробка та затвердження типових вимог до тендерної документації з рекомендаціями щодо уникнення дискримінаційних положень.</p> <p>2. Рекомендуємо регулярно проводити тренінги для працівників, відповідальних за публічні закупівлі.</p> <p>3. Деталізувати та конкретизувати інструкції з фактичного проведення перевірок.</p>	Відсутність помилок при зазначенні опису предмета та коду закупівлі.	1-3. 12 місяців 2. На постійній основі		Уповноважена особа з питань публічних закупівель (провідний фахівець з публічних закупівель), Юридичний відділ, Директор КП, ЖМР
7.6. Розкриття інформації на всіх етапах закупівель	Рекомендації відсутні					



Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
7.7. Об'єктивне та неупереджене визначення переможця процедури закупівлі/спрощеної процедури закупівлі	Рекомендуємо удосконалити процедуру підготовки тендерної документації до проведення закупівлі через розробку типових форм тендерної документації, у першу чергу для предметів закупівель, які мають найбільшу вартість та відбуваються найчастіше. Відповідний внутрішній документ може бути прийнятий у формі наказу керівника КП. Також рекомендуємо регулярно проводити тренінги для працівників, відповідальних за публічні закупівлі.	1. Рекомендуємо удосконалити процедуру підготовки тендерної документації до проведення закупівлі через розробку типових форм тендерної документації, у першу чергу для предметів закупівель, які мають найбільшу вартість та відбуваються найчастіше. Типова тендерна документація повинна враховувати позицію АМКУ.  2. Рекомендуємо регулярно проводити тренінги для працівників, відповідальних за публічні закупівлі.	Суттєве зменшення кількості успішно оскаржених рішень про визначення переможця закупівлі.	1. 3 місяці  2. На постійній основі		Уповноважена особа з питань публічних закупівель (провідний фахівець з публічних закупівель), Юридичний відділ, Директор КП

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
7.8. Питання процедурних порушень законодавства під час публічних закупівель	Рекомендації відсутні					
7.9. Закупівлі за прямими договорами	Рекомендуємо поступово зменшувати кількість процедур закупівель за прямими договорами. Менше 30% від загального обсягу закупівель є оптимальним значенням середнього річного показника закупівель за прямими договорами.	1. Рекомендуємо закріпити у внутрішніх документах КП середній річний показник закупівель за прямими договорами менше 30% від загальної кількості закупівель.  2. Здійснювати періодичний контроль за дотриманням виконання.	Середній річний показник закупівель за прямими договорами буде менше 30%.	На постійній основі		Директор КП, Юридичний відділ, Уповноважена особа з питань публічних закупівель (провідний фахівець з публічних закупівель),
7.10. Обґрунтованість закупівель	Рекомендуємо складати та публікувати обґрунтування до публічних закупівель на офіційному веб-сайті КП та	1. Рекомендуємо публікувати обґрунтування до публічних закупівель на офіційному веб-сайті КП.  2. Рекомендуємо складати остаточний документ із обґрунтуванням необхідності	Суттєве підвищення кількості залучених учасників публічних закупівель.	1. На постійній основі 2. 12 місяців		Уповноважена особа з питань публічних закупівель (провідний фахівець з публічних закупівель),

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
	складати остаточний документ із обґрунтуванням необхідності проведення закупівель.	проведення закупівель перед складанням річного плану закупівель. Такий документ має затверджуватись та підписуватись відповідальною особою.				Юридичний відділ, Директор КП
7.11. Застосування послуг консультаційних компаній	Рекомендації відсутні					
<b>8. Фінансовий блок</b>						
8.1 Формування доходу	Проводити аналіз джерел надходження коштів та фінансування з метою контролю та оптимізації управління фінансовими ресурсами КП.	<p>1. Сформувати робочу групу або призначити відповідального за аналіз та моніторинг надходження фінансування та коштів з різних джерел.</p> <p>2. Розробити порядок моніторингу та аналізу джерел фінансування:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Визначити цілі/КПЕ щодо фінансування з різних джерел (надходження від платних послуг, з міського/державного бюджету та ін.)</li> </ul>	<p>КП проводить формалізований моніторинг та аналіз надходжень коштів та фінансування в розрізі джерел.</p> <p>Результати аналізу (виконання плану/досягнення цільових значень щодо надходження коштів та фінансування, динаміка зміни)</p>	<p>1-3. 2 місяці</p> <p>4-5. На постійній основі</p>	<p>Дані рекомендації пов'язані з рекомендаціями до індикатора 8.3.</p> <p>Необхідні додаткові людські ресурси або збільшення кількості годин залучення співробітників.</p>	<p>Директор КП, заступник директора з економічних питань, начальник планово-економічного відділу, головний бухгалтер</p>

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Визначити регулярність моніторингу (наприклад, 1 раз на квартал)</li> <li>• Розробити форму звітності</li> </ul> <p>Доцільно передбачити моніторинг джерел фінансування в рамках системи моніторингу та аналізу показників фінансового стану КП (див. рекомендації до індикатора 8.3)</p> <p>3. Запустити проведення контролю за затвердженим порядком.</p> <p>4. За результатами аналізу надходження фінансування з різних джерел, зокрема щодо відповідності визначеним цільовим значенням та динаміки зміни, розробляти план коригуючих дій. План може стосуватися посилення комунікації з міською радою щодо виплат з міського бюджету, усунення недоліків діяльності КП у сфері надання платних послуг (наприклад, перегляд тарифів) тощо.</p>	<p>зафіксовані в управлінській звітності.</p> <p>За результатами аналізу КП розробляє та впроваджує заходи, що дозволяють підтримувати необхідний та запланований обсяг фінансування, збільшувати фінансову спроможність КП.</p>			

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		5. Контролювати виконання плану за визначеною процедурою.				
8.2 Аналіз витрат	Провести комплексну оцінку стану активів, які є критичними для діяльності лікарні, з метою визначення пріоритетності проведення робіт з ремонту/ модернізації	<p>1. Сформувати робочу групу або призначити відповідального за аналіз та оцінку стану активів КП. Розробити план-графік заходів.</p> <p>2. Розробити форму звітності/реєстру для збору та систематизації інформації про активи КП, які використовуються або плануються до використання для провадження основної діяльності (будівлі, медичне обладнання та ін.).</p> <p>Звіт/реєстр доцільно вести у єдиному програмному застосунку (див. рекомендації до індикатора 1.4). Приклад систематизації даних про медичне обладнання наведений у рекомендаціях до індикатора 2.4.</p> <p>3. Визначити критерії оцінки стану активів, наприклад,</p>	<p>КП проводить моніторинг та оцінку стану активів.</p> <p>Відомості про активи та їх стан відповідно до визначених критеріїв, систематизовані та зафіксовані в управлінській звітності.</p> <p>КП має затверджений план заходів з покращення технічного стану активів. Заходи впроваджуються відповідно до затвердженого графіку.</p>	<p>1-3. 2 місяці</p> <p>4-5. Відповідно до плану-графіку</p> <p>6. На постійній основі</p>	<p>Дані рекомендації пов'язані з рекомендаціями до індикаторів 1.17, 1.21, 2.4, 2.6 (стосуються різних аспектів оцінки стану різних активів КП), 8.5 (стосується моніторингу ефективності використання активів), 1.4 і розділу 6.</p> <p>Необхідні додаткові людські ресурси або збільшення кількості годин залучення співробітників.</p> <p>Необхідне додаткове</p>	<p>Директор КП, заступник директора з технічних питань, головний бухгалтер, начальник планово-економічного відділу</p> <p>Житомирська міська рада</p>

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p>рівень зносу, період фактичного та корисного використання, рівень енергоефективності, питомі витрати на обслуговування/оплату комунальних послуг тощо, зафіксовані невідповідності стандартам тощо.</p> <p>4. Провести оцінку активів за визначеними критеріями та за результатами проведення планової інвентаризації або технічних перевірок.</p> <p>5. За результатами оцінки розробити план заходів з покращення технічного стану активів, який визначатиме пріоритетні об'єкти/сфери для покращення (ремонт визначених будівель, модернізація певних типів обладнання тощо). У плані дій визначити необхідне фінансування та його джерела, відповідальних за реалізацію запланованих заходів та терміни виконання.</p>			<p>фінансування на проведення технічних оглядів, енергоаудиту будівель та інших підготовчих робіт, виконання плану заходів з покращення стану активів.</p>	

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p>Затвердити план в міській раді. Розглянути доцільність інтеграції плану заходів в стратегію розвитку КП.</p> <p>6. Проводити моніторинг стану активів та виконання плану дій за визначеним порядком. За потреби вносити коригування до плану.</p>				
	Проводити моніторинг показників фінансового стану КП за рекомендаціями до індикатора 8.3 для контролю витрат та покращення точності прогнозування витрат.	Див. рекомендації до індикатора 8.3 щодо системи моніторингу фінансового стану КП.				
8.3. Рентабельність	Оптимізувати операційні витрати з метою збільшення рентабельності та фінансової спроможності КП.	1. Сформувати робочу групу для проекту оптимізації операційних витрат, визначити відповідального, підготувати й затвердити план-графік робіт (має включати кроки, описані у п.2 і п.3).	Проведений аналіз операційних витрат та КПЕ Розроблений план заходів з оптимізації операційних витрат, який	На розробку плану – 3 місяці. На виконання плану - 12 місяців,	Необхідні додаткові людські ресурси або збільшення кількості годин залучення співробітників, що потребуватиме	Директор, головний бухгалтер

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p>2. Провести детальний аналіз операційних витрат:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Визначити структуру і динаміку витрат</li> <li>• Визначити ключові показники ефективності (КПЕ) (наприклад, рівень витрат на одиницю послуги, напр. витрати на 1 виїзд, витрати на 1-го пацієнта тощо).</li> <li>• Порівняти дані КПЕ КП з нормативними вимогами та бенчмарками щодо залучення ресурсів для аналогічних процесів у інших лікарнях.</li> <li>• Визначити сфери, потенційні для оптимізації і зменшення витрат без зниження якості медичних послуг.</li> </ul> <p>3. Розробити план заходів з оптимізації операційних витрат у короткостроковій/ довгостроковій перспективі та призначити відповідальних. За доцільності передбачити інтеграцію плану в стратегію КП.</p>	<p>базується на результатах детального аналізу операційних витрат КП.</p> <p>КП впроваджує ефективні заходи з оптимізації операційних витрат відповідно до плану та без зниження якості надання медичних послуг – рівень рентабельності має позитивну динаміку (цільове значення більше за 1)</p>	якщо інше не передбачено планом	<p>додаткових витрат на оплату праці.</p> <p>Заходи/проєкти з оптимізації операційних витрат, які передбачають значущі зміни або великі обсяги робіт, впроваджувати відповідно до рекомендацій щодо організації належної системи управління проєктами до індикаторів 1.7 та 1.8.</p>	

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		4. Забезпечити контроль виконання плану заходів та їх ефективності (дотримання планових КПЕ). За необхідності впроваджувати відповідні коригування.				
	Залучити додатковий дохід від операційної діяльності з метою збільшення рентабельності та фінансової спроможності КП.	<p>1. Сформувані робочу групу для проєкту залучення додаткового доходу від операційної діяльності, визначити відповідального, підготувати й затвердити план-графік робіт (має включати кроки, описані у п.2 і п.3).</p> <p>2. Провести аналіз можливих способів залучення додаткового доходу, визначити їх доцільність для КП та можливий економічний ефект. КП потенційно може отримувати додатковий дохід за рахунок:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Існуючих платних послуг за умови регулярного оновлення тарифів до економічно обґрунтованого рівня та підвищення якості надання послуг для залучення більшої кількості пацієнтів</li> </ul>	<p>Розроблений план заходів для залучення додаткового доходу.</p> <p>КП відповідно до плану впроваджує ефективні заходи із залучення додаткового доходу - їх економічний ефект відповідає очікуваному, рівень рентабельності має динаміку на зростання/стабільний і вищий за 1, операційний дохід повністю покриває витрати КП.</p>	6 місяців	<p>Необхідні додаткові людські ресурси або збільшення кількості годин залучення співробітників, що потребуватиме додаткових витрат на оплату праці.</p> <p>Заходи/проєкти із залучення додаткових доходів, які передбачають значущі зміни або великі обсяги робіт, впроваджувати відповідно до рекомендацій щодо організації</p>	Директор Головний лікар Головний бухгалтер Начальник юридичного відділу

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p>(наприклад, клієнтів приватних лабораторій).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Розширення пропозицій послуг, що надаються, та укладення договорів з НСЗУ на нові пакети послуг.</li> <li>• Укладення контрактів зі страховими компаніями.</li> <li>• Створення медичних партнерств з іншими закладами охорони здоров'я для ефективнішого розподілу ресурсів і обслуговування більшої кількості пацієнтів.</li> <li>• Тощо</li> </ul> <p>3. Розробити план заходів для залучення додаткового доходу у короткостроковій/ довгостроковій перспективі. За доцільності передбачити інтеграцію плану в стратегію КП.</p> <p>4. Забезпечити контроль виконання плану заходів та їх ефективності (дотримання планових КПЕ). Проводити коригування за необхідності.</p>			належної системи управління проектами до індикаторів 1.7 та 1.8.	

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
	Впровадити систему постійного моніторингу та аналізу показників фінансового стану КП з метою збільшення якості фінансового планування та прийняття управлінських рішень щодо змін у оперативному плані КП.	<p>1. Сформувати робочу групу для розробки та впровадження системи моніторингу показників фінансового стану КП, визначити відповідального за виконання проєкту.</p> <p>2. Формалізувати процедуру моніторингу ключових показників фінансового стану КП:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Визначити ключові фінансові показники, які разом комплексно відображають фінансовий стан КП (наприклад, рентабельність, ліквідність, платоспроможність та ін.).</li> <li>• Визначити інструменти і методи для автоматичного розрахунку фінансових показників з використанням програмного застосування для бухгалтерського обліку/бюджетування.</li> <li>• Розробити вимірювані КПЕ фінансових показників, враховуючи нормативи,</li> </ul>	<p>КП проводить моніторинг ключових показників фінансового стану за затвердженою процедурою.</p> <p>Керівництво КП ознайомлене щодо показників фінансового стану КП і приймає своєчасні рішення щодо внесення змін у оперативний план КП – відсутні значні відхилення від виконання фінансового плану, значення показників фінансового стану КП відповідають встановленим КПЕ.</p>	6-12 місяців	<p>Може потребувати залучення фахівців з ІТ-систем для автоматизації розрахунків.</p> <p>Необхідні додаткові людські ресурси або збільшення кількості годин залучення співробітників, що потребуватиме додаткових витрат на оплату праці.</p> <p>Необхідні витрати передбачити у фінансовому плані.</p>	<p>1. Директор, головний бухгалтер.</p> <p>2. Головний бухгалтер</p>

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<p>галузеві бенчмарки та КПЕ стратегії КП.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Розробити шаблон звіту для аналізу динаміки зміни ключових фінансових показників та їх відповідності встановленим КПЕ.</li> </ul> <p>3. Запустити процес моніторингу ключових показників фінансового стану КП за встановленою процедурою. Подавати керівництву КП звіт про показники фінансового стану із регулярною фінансовою звітністю для прийняття рішень про необхідні коригування фінансового плану. Проводити регулярний перегляд (не рідше 1-го разу на рік) системи моніторингу та її оновлення за потреби</p>				
8.4. Операційна ефективність	Проводити формалізований контроль за повнотою оплати медичних послуг КП для своєчасного	1. Продовжувати проводити моніторинг виявлених НСЗУ помилок у електронних медичних записах, через які не відбувається нарахування сплати за надані КП послуги, за встановленою процедурою	КП проводить контроль за повнотою оплати медичних послуг та впроваджує ефективні заходи зі зменшення	На постійній основі	Дані рекомендації пов'язані з рекомендаціями до індикаторів 1.18., 2.14 і 2.16.	1. Начальник інформаційно-аналітичного відділу 2-3. Директор, медичний

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
	виявлення та реагування на випадки безкоштовного надання медичних послуг.	<p>(див. рекомендації до індикатора 1.18).</p> <p>2. Проводити контроль за безоплатним розміщенням пацієнтів у палатах з підвищеним комфортом за наявності вільних стандартних палат (див. рекомендації до індикатора 2.16).</p> <p>3. За фактом виявлення випадків безоплатного надання послуг (відмови від оплати НСЗУ, порушення правил надання платних послуг працівниками) впроваджувати заходи щодо компенсації вартості послуг та уникнення подібних випадків у майбутньому.</p>	кількості/ уникнення випадків безоплатного надання послуг – платні послуги надаються виключно за фактом попередньої оплати; менше 5% електронних медичних записів мають помилки, через які не відбувається нарахування сплати за ПМГ від НСЗУ.			директор або особа відповідальна за контроль якості надання послуг
8.5. Коефіцієнти фінансової стійкості підприємства	Відслідковувати динаміку змін коефіцієнтів фінансової стійкості для впровадження заходів з оптимізації використання основними засобами.	<p>1. Виконати рекомендації до індикатора 8.2 щодо оцінки стану активів КП.</p> <p>2. В рамках системи моніторингу показників фінансового стану КП (див. рекомендації до індикатора 8.3), проводити моніторинг та аналізувати динаміку змін визначених показників</p>	КП проводить моніторинг показників ефективності використання основних засобів КП за затвердженою процедурою.	<p>1. Визначено у рекомендаціях до 8.2</p> <p>2-3. На постійній основі</p>	Дані рекомендації пов'язані з рекомендаціями до індикаторів 8.2 (щодо аналізу стану основних засобів) та 8.3 (щодо впровадження системи	Директор, заступник директора з економічних питань, головний бухгалтер

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		ефективності використання основних засобів, зокрема фондівддачі. Для проведення моніторингу призначити відповідальну особу.  3. Звіт з результатами аналізу подавати керівництву КП та розробляти план заходів щодо оптимізації використання основних засобів КП.	КП має план заходів щодо оптимізації використання основних засобів.		постійного моніторингу та аналізу показників фінансового стану КП).	
8.6. Прострочена кредиторська та дебіторська заборгованість	Відсутні					
8.7. Прозорість та деталізація рахунків для пацієнта	Відсутні					
8.8. Точність прогнозування	Проводити аналіз основних причин коригувань до фінансових планів з метою збільшення точності фінансового прогнозування та мінімізації негативних наслідків невиконання	1. Призначити відповідального за оптимізацію процесу складання фінансового плану, підготувати й затвердити план-графік робіт.  2. Визначити основні статті суттєвих відхилень від виконання фінансового плану за останні 5 років та систематизувати ключові причини цих відхилень.	КП має план управління ризиками, які призводять до відхилення від виконання фінансового плану – визначені ризики, їх суттєвість та заходи з управління кожним ризиком.	1-4. 4 місяці  5. На постійній основі	Дана рекомендація пов'язана з рекомендаціями до індикатора 1.6 щодо використання сценаріїв «що-якщо» для покращення точності прогнозування.	Директор або уповноважена ним особа  Начальник планово-економічного відділу

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
	<p>плану на роботу КП.</p> <p>Примітка: Кращі практики управління медичним закладом – посібник від Проекту USAID "Підтримка реформи охорони здоров'я", доступний за посиланням: <a href="https://moz.gov.ua/medzhment">https://moz.gov.ua/medzhment</a></p>	<p>3. Визначити ризики – ситуації/фактори, що можуть призвести до відхилень від виконання фінансового плану. Оцінити імовірність настання кожного ризику та суттєвість впливу на виконання фінансового плану і фінансовий стан КП, можливі стратегії реагування (уникнення, мінімізація або прийняття – для ризиків, на які КП не може ніяк вплинути).</p> <p>4. Для найбільш суттєвих ризиків, на які може вплинути КП, сформувавши план заходів щодо мінімізації/уникнення. Розглянути доцільність інтеграції плану заходів в стратегію розвитку КП.</p> <p>5. Проводити регулярний моніторинг виконання фінансового плану та за потреби вносити коригування.</p>	<p>План заходів з управління ризиками виконується в рамках стратегії та оперативних планів КП. КП контролює виконання плану за встановленою процедурою.</p> <p>КП ефективно виконує план управління ризиками та аналіз за сценаріями «що-якщо» - відхилення від виконання фінансового плану за ключовими показниками не більше 25%.</p> <p>Менша кількість коригувань.</p>			
8.9. Аналіз фінансових ризиків	Проводити аналіз фінансових показників та	1. Ідентифікувати та скласти перелік можливих фінансових ризиків внутрішнього і	Фінансові ризики діяльності КП ідентифіковані та	1-2. 3 місяці	Рекомендації пов'язані з рекомендаціями	Директор, заступник директора з

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
	можливих фінансових ризиків з метою вчасного вжиття заходів для підвищення фінансової стійкості.	зовнішнього середовища КП (в рамках загальної системи управління ризиками).  2. Розробити план заходів щодо управління визначеними фінансовими ризиками (наприклад, заходи для уникнення настання, мінімізації впливу або прийняття і покриття втрат від настання ризику). Для кожного заходу в рамках плану визначити чіткі вимірювані результати (цільові значення фінансових показників, або КПЕ).  3. Проводити моніторинг фінансового стану КП за визначеною процедурою (див. рекомендації до індикатора 8.3) для оновлення відомостей про фінансові ризики та відстеження ефективності заходів з управління цими ризиками.  4. Звітувати керівництву КП або Раді (Наглядовій, Спостережній чи Опікунській, у разі її створення) про	систематизовані всередині функціонуючої системи управління ризиками КП.  КП має актуальний план чітких заходів з управління фінансовими ризиками з визначеними КПЕ.  КП контролює ефективність виконання плану управління фінансовими ризиками шляхом моніторингу фінансового стану за визначеною процедурою.  Керівництво КП проінформоване про результати управління фінансовими ризиками та	Далі на постійній основі 3-4. На постійній основі	до індикаторів 8.3 і 8.5 щодо впровадження системи моніторингу фінансового стану КП, 4.6 щодо створення системи управління ризиками та 1.6. щодо покращення планування (виявлені ризики враховувати у сценаріях «що-якщо»).  Необхідні додаткові людські ресурси або збільшення кількості годин залучення співробітників з додатковими витратами на оплату праці.  При визначенні можливих	економічних питань, начальник планово-економічного відділу, головний бухгалтер.

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		результати процесу управління ризиками, зокрема фінансовими для прийняття рішень щодо внесення змін у діяльність КП або у план управління ризиками (при значних відхилення від КПЕ).	вживають вчасні та ефективні заходи щодо покращення фінансової стійкості – відсутні значні відхилення від досягнення КПЕ плану управління ризиками та виконання фінансового плану.		ризиків та розробці плану управління ними доцільно скористатися <a href="#">методичним посібником Мінфіну</a> .	
8.10 Інвентаризація	Вдосконалити якість моніторингу та аналізу забезпеченості основними засобами за результатами проведення інвентаризації	1. За результатами проведення інвентаризації, збирати ключові відомості (зокрема з первинної документації) про наявність та стан основних засобів та ТМЦ, в єдиному електронному звіті/реєстрі з можливістю автоматизованого аналізу. Приклади організації звіту/реєстру наведені у рекомендаціях до індикаторів 8.2 і 2.4.  2. Проводити моніторинг забезпеченості основними засобами та ТМЦ. Фіксувати факти пошкодження або	КП проводить ефективний та автоматизований контроль забезпеченості основними засобами, включаючи медичне обладнання та запаси, факти втрати основних засобів та ТМЦ. відповідні відомості доступні .	На розробку єдиного електронного звіту/реєстру – 3 місяці  Моніторинг – на постійній основі	Дані рекомендації пов'язані з рекомендаціями до індикаторів 2.4 і 8.2 щодо наявності електронного реєстру основних засобів.	Заступник директора з технічних питань, головний бухгалтер

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		втрати обладнання, ТМЦ та інших основних засобів.				
8.11. Заробітна плата	Продовжувати практику дотримання встановленої системи диференціації заробітної плати медичного персоналу, нарахування та виплати заробітної плати відповідно до вимог чинного законодавства.	<p>1. Виконати рекомендації до індикатора 4.8 «Процес винагороди повністю розкритий і сприяє інтересам КП».</p> <p>2. Продовжувати дотримуватися встановленої системи доплат і надбавок за стаж роботи, категорію, навантаження та ін:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Визначити необхідну суму фонду оплати праці для дотримання виплат доплат і надбавок, зазначених у Колективному договорі</li> <li>Визначити можливі джерела наповнення фонду оплати праці, наприклад, з міської програми фінансування КП</li> <li>Визначити порядок контролю виплат надбавок і доплат, призначити відповідального за контроль</li> </ul>	<p>КП дотримується системи диференціації оплати праці, доплат і надбавок – фактичний розмір заробітної плати персоналу відрізняється залежно від рівня кваліфікації, стажу, важкості умов праці тощо.</p> <p>Оплата праці директора КП здійснюється відповідно до вимог Положення та Постанови КМУ №859 від 19.05.1999 року.</p>	<p>1. Визначено у рекомендаціях до 4.8</p> <p>2. На постійній основі</p>	-	Директор КП, робоча група з питань диференціації оплати праці медичним працівникам, начальник планово-економічного відділу

Індикатор	Рекомендації	Конкретні заходи	Очікувані результати	Період виконання	Важливі застереження*	Відповідальні
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Проводити контроль виплат надбавок і доплат за затвердженим порядком.</li> </ul>				

	бути прийнятий у формі наказу керівника КП.			
7.6. Розкриття інформації на всіх етапах закупівель	Рекомендації відсутні			

119



Ця програма фінансується **Європейським Союзом** і співфінансується та впроваджується Міністерством закордонних справ Данії



**MINISTRY OF FOREIGN AFFAIRS OF DENMARK**

# Deloitte.

Назва «Делойт» стосується однієї чи більшої кількості юридичних осіб, які входять до складу «Делойт Туш Томацу Лімітед» («ДТТЛ»), глобальної мережі фірм-учасників та їхніх пов'язаних осіб (разом – «Організація «Делойт»»). Компанія ДТТЛ (також іменується як «Делойт Глобал») і кожна з її фірм-учасників та їхніх пов'язаних осіб є самостійними та незалежними юридичними особами, які не мають права зобов'язувати або накладати одна на іншу зобов'язання стосовно третіх сторін. Компанія ДТТЛ, кожна з фірм-учасників ДТТЛ та кожна з їхніх пов'язаних осіб відповідають тільки за власні дії та упушення, а не за дії та упушення одне одного. ДТТЛ не надає послуг клієнтам. Дізнатися більше ви можете за посиланням [www.deloitte.com/about](http://www.deloitte.com/about).

«Делойт» є провідним постачальником послуг у сфері аудиту і надання впевненості, оподаткування та права, консалтингу, фінансового консультування та управління ризиками для приблизно 90% компаній із п'ятисот найбільших компаній світу за щорічним рейтингом журналу «Форчун» і для тисяч приватних компаній. Наші фахівці досягають вимірюваних та тривалих результатів, які допомагають зміцнити довіру суспільства до ринків капіталу, дають змогу клієнтам мінятися та процвітати, а також прокладати шлях до побудови потужної економіки, справедливого суспільства та сталого світу. Історія «Делойт» налічує більше 175 років, а географія діяльності охоплює понад 150 країн та територій світу. Дізнатися більше стосовно того, яким чином понад 345 000 фахівців «Делойт» спрямовують свої професійні зусилля на досягнення результатів, які мають значення, ви можете на сайті компанії за посиланням [www.deloitte.com](http://www.deloitte.com).

Це повідомлення містить інформацію лише загального характеру, і ані «Делойт Туш Томацу Лімітед» («ДТТЛ»), ані глобальна мережа її фірм-учасників або пов'язаних з ними осіб (разом – «Організація «Делойт»») не надають професійних консультацій або послуг за допомогою цього повідомлення. Перш ніж ухвалити будь-яке рішення чи вдатися до будь-яких дій, які можуть вплинути на ваше фінансове становище або бізнес, рекомендуємо звернутися за консультацією до кваліфікованого професійного консультанта.

Жодних заяв, гарантій або засвідчень (прямо виражених або які мають на увазі) не надається стосовно правильності або повноти інформації у цьому повідомленні, і ані ДТТЛ, ані глобальна мережа її фірм-учасників або пов'язаних з ними осіб, їхні працівники або агенти не відповідають за будь-які збитки або шкоду, які виникли, прямо або опосередковано, у зв'язку із будь-якою особою, яка покладається на це повідомлення. ДТТЛ і кожна з її фірм-учасників та їхніх пов'язаних осіб є самостійними та незалежними юридичними особами.