



ОРГАНІЗАЦІЯ  
ОБ'ЄДНАНИХ НАЦІЙ  
УКРАЇНА



ПРЯМУЄМО  
РАЗОМ

# СТРАТЕГІЧНЕ ПЛАНУВАННЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я НА РІВНІ ГОСПІТАЛЬНОГО ОКРУГУ

ПОСІБНИК  
ДЛЯ ТРЕНЕРІВ

2020 р.

Матеріали для тренінгу підготовлені в межах Програми ООН із відновлення та розбудови миру за фінансової підтримки Європейського Союзу.

Думки, висловлені в цій публікації, належать авторам і не обов'язково відображають офіційну позицію Програми ООН із відновлення та розбудови миру або Європейського Союзу.

Програму ООН із відновлення та розбудови миру реалізують чотири агентства ООН: Програма розвитку ООН (ПРООН), Структура ООН з питань гендерної рівності та розширення прав і можливостей жінок (ООН Жінки), Фонд ООН у галузі народонаселення (UNFPA) і Продовольча та сільськогосподарська організація ООН (ФАО).

Програму підтримують дванадцять міжнародних партнерів: Європейський Союз, Європейський інвестиційний банк, а також уряди Великої Британії, Данії, Канади, Нідерландів, Німеччини, Норвегії, Польщі, Швеції, Швейцарії та Японії.



# ЗМІСТ

Список скорочень .....	5
Вступ.....	6
Програма тренінгу .....	9
<hr/>	
<b>МОДУЛЬ 1. ВСТУП ДО СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУВАННЯ. ОЦІНКА СИТУАЦІЇ ТА АНАЛІЗ ДАНИХ .....</b>	<b>10</b>
<b>День 1. Сесія 1.</b> Вступ.....	10
<b>Сесія 2.</b> Вступ до стратегічного планування. Що таке стратегічне планування загалом і стратегічне планування в охороні здоров'я зокрема?.....	12
<b>Сесія 3.</b> Роль та місце стратегічного планування у процесі формування політики та впровадження реформ охорони здоров'я .....	17
<b>Сесія 4.</b> Рівні планування в охороні здоров'я .....	24
<b>Сесія 5.</b> Оптимізація мережі закладів госпітального округу.....	28
<b>Сесія 6.</b> Підсумок дня .....	30
<hr/>	
<b>День 2. Сесія 1.</b> Вступ.....	31
<b>Сесія 2.</b> Реорганізація в охороні здоров'я.....	31
<b>Сесія 3.</b> Міжсекторне планування заради покращення здоров'я та забезпечення рівності .....	43
<b>Сесія 4.</b> Аналіз зацікавлених сторін .....	45
<b>Сесія 5.</b> Ситуаційний аналіз на рівні госпітального округу.....	48
<b>Сесія 6.</b> Методологія ситуаційного аналізу.....	55
<b>Сесія 7.</b> Підсумок дня тренінгу.....	58
<hr/>	

<b>День 3. Сесія 1.</b> Вступ.....	59
<b>Сесія 2.</b> Методологія ситуаційного аналізу.....	59
<b>Сесія 3.</b> Консультації з населенням стосовно потреб та очікувань.....	61
<b>Сесія 4.</b> Методологія проведення консультацій з населенням.....	65
<b>Сесія 5.</b> Як управляти процесом стратегічного планування.....	66
<b>Сесія 6.</b> Наступні кроки: план дій.....	73
<b>Сесія 7.</b> Підсумки тренінгу.....	74

---

## **МОДУЛЬ 2. РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУ .....75**

<b>День 1. Сесія 1.</b> Вступ.....	75
<b>Сесія 2.</b> Пріоритети для місцевих політик щодо здоров'я, стратегії та плани.....	77
<b>Сесія 3.</b> Обмін досвідом.....	81
<b>Сесія 4.</b> Цінності, візія та місія госпітального округу.....	82
<b>Сесія 5.</b> SWOT-аналіз.....	90
<b>Сесія 6.</b> Підсумок першого дня тренінгу.....	94

---

<b>День 2. Сесія 1.</b> Вступ.....	95
<b>Сесія 2.</b> Розробка стратегічних напрямів на основі результатів SWOT-аналізу.....	95
<b>Сесія 3.</b> Розробка цілей і планів на основі результатів SWOT-аналізу.....	97
<b>Сесія 4.</b> Роль і можливості інформаційних систем у розрахунку й аналізі витрат і розв'язанні інших проблем, пов'язаних зі стратегічним плануванням на рівні госпітальних округів...	103
<b>Сесія 5.</b> Бюджетування планів.....	108
<b>Сесія 6.</b> Підсумок 2-го дня тренінгу.....	111

---

<b>День 3. Сесія 1.</b> Вступ.....	112
<b>Сесія 2.</b> Моніторинг та оцінювання як складові стратегічного плану.....	112
<b>Сесія 3.</b> Впровадження планів у життя.....	121
<b>Сесія 4.</b> Фасилітація діалогу в стратегічному плануванні.....	123
<b>Сесія 5.</b> Стратегічне планування в охороні здоров'я з урахуванням контексту.....	128
<b>Сесія 7.</b> Підсумок тренінгу.....	129

# СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

БЛІЛ	багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ДП	державне підприємство
ДСГ	діагностично-споріднена група
ДТП	дорожньо-транспортна пригода
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
КНП	комунальне некомерційне підприємство
МІС	медична інформаційна система
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я України
НАМН	Національна академія медичних наук України
НАНУ	Національна академія наук України
НСЗУ	Національна служба здоров'я України
ОЕСР	Організація економічного співробітництва та розвитку
ОЗ	охорона здоров'я
ПМД	первинна медична допомога
СДЗ	соціальні детермінанти здоров'я
СП	стратегічне планування
УОПОЗ	універсальне охоплення послугами охорони здоров'я
ЦЕМД	центри екстреної медичної допомоги
SWOT-аналіз	аналіз сильних, слабких сторін, загроз і можливостей
SWOC-аналіз	аналіз сильних, слабких сторін, викликів і можливостей



# ВСТУП

В рамках Програми ООН із відновлення та розбудови миру було проаналізовано наявні ресурси, інструменти та партнерів у галузі охорони здоров'я як Донецької, так і Луганської областей та видано звіт про оцінку існуючої міжнародної та національної технічної допомоги, поточних проєктів і підтримки, місцевих і національних ініціатив.

Програма надає підтримку, спрямовану на створення належних передумов для стратегічного планування у сфері охорони здоров'я в Донецькій та Луганській областях.

Для оновлення професійних знань, вдосконалення та розвитку нових навичок і вмінь проведено відповідні тренінги для персоналу закладів охорони здоров'я та органів місцевої влади.

Тренінговий посібник «Стратегічне планування на рівні госпітального округу» призначений для проведення тренінгів для представників робочих груп, які беруть участь у процесі стратегічного планування. Матеріал посібника базується на найкращих міжнародних практиках, але адаптований до українських реалій і пройшов апробацію під час проведення тренінгів експертами Програми ООН із відновлення та розбудови миру.

## **Тренінг складається з двох триденних модулів:**

Модуль 1. Вступ до стратегічного планування. Оцінка ситуації та аналіз даних;

Модуль 2. Розробка та впровадження стратегічного плану.

Посібник було підготовлено Мариною Брагою, консультанткою з питань громадського здоров'я та стратегічного планування та Володимиром Рудим, національним консультантом з підтримки стратегічного планування госпітальних округів, національним тренером із стратегічного планування (Програма ООН із відновлення та розбудови миру). Апробацію тренінгу та доопрацювання матеріалів тренінгу проводили Володимир Рудий та Галина Посвалюк, тренерка, експертка з проєктного менеджменту та стратегічного планування. Для проведення сесії «Роль та можливості інформаційних систем у розрахунку та аналізі витрат і розв'язанні інших проблем, пов'язаних із стратегічним плануванням на рівні госпітальних округів» було залучено експерта Сергія Дяченка, а для сесії «Бюджетування планів» – експертку Олену Решетняк.

## МЕТА ТА ЗАВДАННЯ ТРЕНІНГУ

**Мета тренінгу:** сформувати знання та навички, які допоможуть учасникам тренінгу в розробці планів розвитку (стратегічних планів) відповідних госпітальних округів для сприяння подальшому впровадженню реформи вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги.

## ОЧІКУВАНІ РЕЗУЛЬТАТИ ТРЕНІНГУ

### Учасники тренінгу:

- Розумітимуть структуру та ключові елементи процесу стратегічного планування, значення стратегічного планування як управлінського інструменту для забезпечення реформи системи охорони здоров'я на рівні лікарень і госпітальних округів.
- Зможуть розробити робочий план процесу стратегічного планування.
- Володітимуть методами збору й аналізу даних, необхідних для планування в охороні здоров'я.
- Зможуть проаналізувати необхідність оптимізації мережі госпітального округу.
- Розумітимуть різницю між різними рівнями планування у галузі охорони здоров'я.
- Учасники тренінгу: представники закладів охорони здоров'я, що входять до складу госпітальних округів Донецької та Луганської областей, представники відповідних госпітальних рад та органів місцевого самоврядування (до 20 осіб).

# ПРОГРАМА ТРЕНІНГУ

## МОДУЛЬ 1. ВСТУП ДО СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУВАННЯ. ОЦІНКА СИТУАЦІЇ ТА АНАЛІЗ ДАНИХ

**1**  
ДЕНЬ

ЧАС	СЕСІЯ
60 хвилин	Сесія 1. Вступ до програми тренінгу: знайомство учасників, огляд цілей і програми заходу, очікування учасників, визначення правил роботи
60 хвилин	Сесія 2. Вступ до стратегічного планування. Що таке стратегічне планування загалом і стратегічне планування в охороні здоров'я зокрема?
60 хвилин	Перерва на обід
90 хвилин	Сесія 3. Роль та місце стратегічного планування у процесі формування політики та впровадження реформ охорони здоров'я
	Перерва на каву
30 хвилин	Сесія 4. Рівні планування
45 хвилин	Сесія 5. Оптимізація мережі закладів госпітального округу
15 хвилин	Сесія 7. Підсумки 1-го дня тренінгу

**2**  
ДЕНЬ

ЧАС	СЕСІЯ
15 хвилин	Сесія 1. Вступ
75 хвилин	Сесія 2. Реорганізація закладів охорони здоров'я
	Перерва на каву
120 хвилин	Сесія 3. Міжсекторальне планування заради покращення здоров'я та забезпечення рівності
	Перерва на обід
60 хвилин	Сесія 4. Аналіз зацікавлених сторін
60 хвилин	Сесія 5. Ситуаційний аналіз на рівні госпітального округу
	Перерва на каву
70 хвилин	Сесія 6. Методологія ситуаційного аналізу
20 хвилин	Сесія 7. Підсумки 2-го дня тренінгу

**3**  
ДЕНЬ

ЧАС	СЕСІЯ
15 хвилин	Сесія 1. Вступ
60 хвилин	Сесія 2. Методологія ситуаційного аналізу
45 хвилин	Сесія 3. Консультації з населенням стосовно потреб та очікувань
	Перерва на каву
60 хвилин	Сесія 4. Методологія проведення консультацій з населенням
	Перерва на обід
45 хвилин	Сесія 5. Як управляти процесом стратегічного планування
45 хвилин	Сесія 6. Підготовка проєкту з розробки стратегічного плану
30 хвилин	Сесія 7. Підсумок тренінгу, домашнє завдання



## МОДУЛЬ 2. РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУ

**1**  
ДЕНЬ

ЧАС	СЕСІЯ
50 хвилин	Сесія 1. Вступ до програми: знайомство, ознайомлення з цілями і програмою семінару-тренінгу, очікування учасників, визначення правил роботи
60 хвилин	Сесія 2. Пріоритети місцевих політик щодо здоров'я. Стратегії та плани
60 хвилин	Сесія 3. Обмін досвідом
	Перерва на каву
90 хвилин	Сесія 4. Цінності, місія та візія госпітального округу
	Перерва на обід
90 хвилин	Сесія 5. SWOT-аналіз
	Перерва на каву
45 хвилин	Сесія 6. Розробка стратегічних напрямків
15 хвилин	Сесія 7. Підсумки 1-го дня тренінгу

**2**  
ДЕНЬ

ЧАС	СЕСІЯ
15 хвилин	Сесія 1. Вступ
45 хвилин	Сесія 2. Розробка цілей та планів на основі результатів SWOT-аналізу
	Перерва на каву
120 хвилин	Сесія 3. Розробка цілей та планів на основі результатів SWOT-аналізу
	Перерва на обід
120 хвилин	Сесія 4. Роль та можливості інформаційних систем у розрахунку й аналізі витрат і розв'язанні інших проблем, пов'язаних зі стратегічним плануванням на рівні госпітальних округів
	Перерва на каву
70 хвилин	Сесія 5. Бюджетування планів
20 хвилин	Сесія 7. Підсумки 2-го дня тренінгу

**3**  
ДЕНЬ

ЧАС	СЕСІЯ
15 хвилин	Сесія 1. Вступ
75 хвилин	Сесія 2. Моніторинг та оцінювання як складові стратегічного плану
	Перерва на каву
75 хвилин	Сесія 2. Моніторинг та оцінювання як складові стратегічного плану. Продовження
45 хвилин	Сесія 4. Впровадження планів в життя
	Перерва на обід
60 хвилин	Сесія 5. Фасилітація діалогу в стратегічному плануванні
60 хвилин	Сесія 6. Стратегічне планування в охороні здоров'я з урахуванням проблемного контексту
	Перерва на каву
45 хвилин	Сесія 8. Наступні кроки: план дій
45 хвилин	Сесія 7. Підсумок тренінгу, вручення сертифікатів

# ВСТУП ДО СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУВАННЯ. ОЦІНКА СИТУАЦІЇ ТА АНАЛІЗ ДАНИХ

1  
ДЕНЬ

Сесія 1.

ВСТУП



**Мета:** створити дружню атмосферу, яка сприяє обміну досвідом та ідеями.



#### Завдання:

- Познайти учасників тренінгу та тренерів;
- Актуалізувати очікування та занепокоєння учасників;
- Представити програму першого модулю;
- Обговорити правила тренінгу;
- Оцінити рівень знань і навичок учасників на початку тренінгу.



**Методи:** робота в парах, обговорення в групі, індивідуальна робота, анкетування.



**Матеріали:** аркуші для фліпчарту, стікери, ручки, бейджі, фліпчарт, маркери.



**Час:** 60 хв.



#### Хід сесії:

1. **Вступне слово від організаторів тренінгу (5 хв).** Надайте слово організаторам тренінгу, попросіть представитися, оголосіть мету та завдання тренінгу, познайомте з людьми, які відповідають за логістику заходу.
2. **Знайомство (25 хв).** Попросіть учасників порахувати, скільки літер в імені, написати на аркуші кількість літер і знайти людину, у якої кількість така сама. Якщо не змогли знайти партнера з такою ж кількістю літер, можна взяти в пару того, в кого близька кількість літер. Партнери знайомляться: ім'я, місце проживання, посада і місце роботи, досвід у проведенні стратегічного планування, що любить робити у вільний час (5 хв). Після знайомства представляють свого партнера/партнерку всім учасникам – по 1 хв на людину (20 хв). Попросіть учасників написати свої імена на бейджах.

3. **Очікування (10 хв).** Підготуйте аркуші для фліпчарту з написом ОЧІКУВАННЯ та ЗАНЕПОКОЄННЯ. Роздайте учасникам стікери двох кольорів і попросіть записати їхні очікування та занепокоєння щодо тренінгу. Попросіть назвати та наклеїти їх на аркуш паперу для фліпчарту.
4. **Програма тренінгу (5 хв).** Ознайомте учасників з програмою першого модулю, скажіть, що друга частина тренінгу буде через місяць, і що вона буде присвячена етапам, методам та інструментам стратегічного планування.
5. **Правила (5 хв).** Підготуйте аркуш, на якому написано ПРАВИЛА. Запитайте, які правила будуть допомагати ефективній роботі на тренінгу. Запишіть їх на аркуші. (Можливі варіанти: приходити вчасно, увімкнути на телефонах «режим тиші», одночасно говорить одна людина, поважати ідеї та думки інших).
6. **Анкетування (10 хв).** Попросіть учасників заповнити анкету в робочому зошиті (колонка А) і порахувати загальну кількість балів. Попросіть учасників записати загальну кількість балів на аркуші (заздалегідь надрукувати табличку). Поясніть, що в робочому зошиті можна робити нотатки до кожної сесії.



#### Додаток 1.

Таблиця 1.

ІМ'Я, ПРИЗВИЩЕ	КІЛЬКІСТЬ БАЛІВ НА ПОЧАТКУ ТРЕНІНГУ	КІЛЬКІСТЬ БАЛІВ У КІНЦІ ТРЕНІНГУ

#### Анкета до (А)/після проведення тренінгу (В)

Проранжуйте твердження за шкалою від 1 до 5 балів. 1 – найменш впевнений, 5 – найбільш впевнений. Порахуйте загальну кількість балів.

ТВЕРДЖЕННЯ	А	В
1. Я почуваю себе впевненим/-ою у тому, що можу організувати та провести стратегічне планування в охороні здоров'я на рівні лікарні та на рівні госпітальної ради.		
2. Я знаю основні етапи стратегічного планування у сфері охорони здоров'я.		
3. Я розумію різницю між плануванням на рівні систем, послуг, показників здоров'я населення та операційним плануванням.		
4. Я знаю, які зацікавлені сторони нашого госпітального округу відносяться до Латентних, Промоутерів, Апатичних, Захисників.		
5. Я знаю щонайменше 3 види даних, які потрібно проаналізувати на етапі стратегічного планування.		
6. Я знаю щонайменше 4 з 7 принципів якісної системи охорони здоров'я.		
7. Я знаю хоча б 3 з 5 характеристик ефективної оцінки ситуації.		
8. Я знаю три напрями аналізу даних.		
9. Я знайомий/-а з методами проведення консультацій з населенням.		
10. Я знайомий/-а з основними кроками аналізу ситуації.		
<b>Всього балів</b>		

## ВСТУП ДО СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУВАННЯ. ЩО ТАКЕ СТРАТЕГІЧНЕ ПЛАНУВАННЯ ЗАГАЛОМ І СТРАТЕГІЧНЕ ПЛАНУВАННЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я ЗОКРЕМА?



**Мета:** Актуалізувати важливість проведення стратегічного планування на рівні лікарні та госпітального округу.



### Завдання:

- Ознайомитися з процесом стратегічного планування на основі ефективного управління.
- Ознайомитися з основними складовими стратегічного планування.
- Підвищити рівень розуміння важливості стратегічного планування на рівні госпітального округу.
- Розглянути питання стратегічного планування з різних перспектив (перепони та ризики, переваги та можливості тощо).



**Методи: Презентація.** Вступ до стратегічного планування в охороні здоров'я, обговорення, метод «Шість капелюхів для роздумів».



**Матеріали:** проєктор, комп'ютер, аркуші для фліпчарту, фліпчарт, аркуші А4 кольорові, маркери, капелюхів з паперу різного кольору (білий, червоний, синій, жовтий, зелений, чорний).



**Час:** 60 хв.



### Хід сесії:

Ознайомте учасників із робочим зошитом, в якому містяться основні теоретичні положення, завдання та місце для індивідуальних нотатків учасників.

**Презентація 1.** *Вступ до стратегічного планування в охороні здоров'я. 15 хв.*



### Інформація для тренера:

#### ЩО ТАКЕ СТРАТЕГІЧНЕ ПЛАНУВАННЯ?

Стратегічне планування – це одна з функцій стратегічного управління, яка є процесом вибору цілей організації та шляхів їхнього досягнення.

#### ЯКІ ОСНОВНІ ЕТАПИ ПРОЦЕСУ СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУВАННЯ?

Процес стратегічного планування складається з кількох етапів:

1. Визначення місії та цілей організації.
2. Аналіз середовища, що включає у себе збір інформації, аналіз сильних і слабких сторін організації, а також її потенційних можливостей на основі наявної зовнішньої та внутрішньої інформації.

3. Вибір стратегії.
4. Реалізація стратегії.
5. Оцінювання та контроль реалізації.



ЯК ВИГЛЯДАЄ ЦИКЛ СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУВАННЯ?

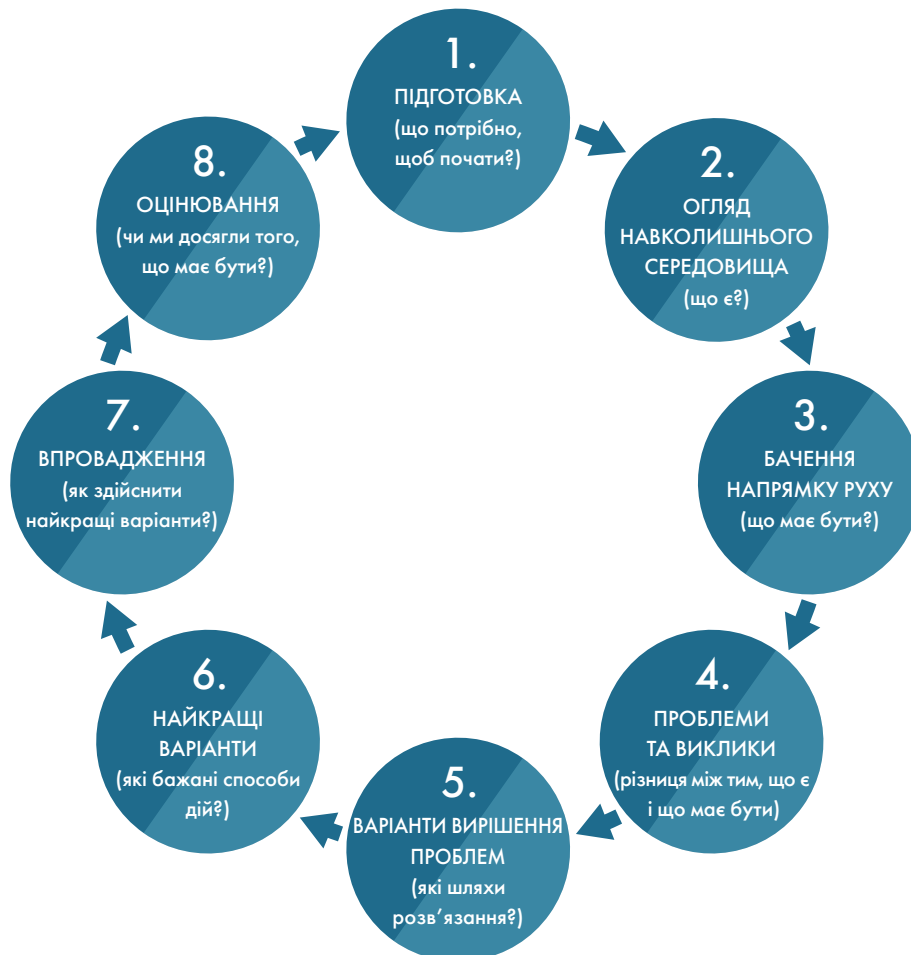


Рис. 1. Цикл стратегічного планування



ЩО ТАКЕ ПЛАНУВАННЯ У СФЕРІ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ (HEALTH CARE PLANNING)?

У сучасному світі планування у сфері охорони здоров'я розуміється як упорядкований процес, що охоплює:

- Визначення проблем здоров'я населення: аналіз демографічних характеристик населення, статистики захворюваності, поширеності хвороб, смертності тощо;
- Ідентифікацію непокритих медичних потреб населення, оцінку ресурсів для задоволення цих потреб: включаючи кадрові, фінансові, матеріально-технічні ресурси, навички та знання персоналу системи охорони здоров'я;
- Встановлення реалістичних і досяжних пріоритетних цілей реалізації відповідних планів і розробку адміністративних заходів щодо їх досягнення.

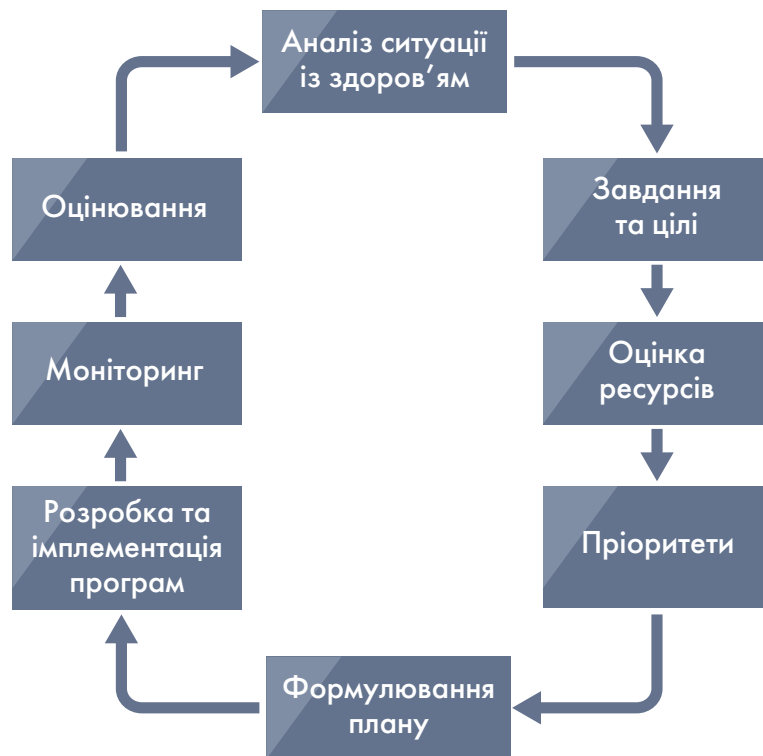


Рис. 2. Цикл стратегічного планування в охороні здоров'я

На відміну від короткострокового (оперативного) планування, стратегічний підхід, починається з мети і працює у зворотному напрямку, щоб зустрітися з вами там, де ви знаходитесь, і значно просунути вас вперед.

Стратегічне планування в охороні здоров'я надає перевагу необхідності досягнення довгострокових сталих цілей, а не миттєвому задоволенню, і успіх цього типу планування безпосередньо співвідноситься зі стратегічним менеджментом і здатністю організації здійснювати планування та імплементацію запланованого правильно.



#### ЯКІ ОСОБЛИВОСТІ СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУВАННЯ ЯК УПРАВЛІНСЬКОГО ІНСТРУМЕНТУ?

Стратегічне планування в галузі охорони здоров'я починається шляхом вимірювання кінцевих цілей порівняно з поточним становищем. У ньому розглядаються перешкоди, які виникають між тим, де ваша організація охорони здоров'я є і де вона повинна бути.

Коли все зроблено правильно, «стратегічна мапа» створить ідеальну екосистему для стійкого успіху, обнуляючи конкретні сфери для дій. Стратегічне планування в охороні здоров'я спочатку скаже вам, де повинні відбутися зміни для досягнення ваших цілей.

Стратегічне планування в охороні здоров'я ставить 12 найважливіших питань:

1. Які послуги ми пропонуємо і чому?
2. Чи повинні ці сервісні лінії будь-яким чином змінюватися, видалятися або вдосконалюватися?
3. Чи не занадто диверсифіковані (різнобічні, різнопланові) наші послуги?
4. Чи достатньо у нас диверсифікації (різнобічності) у наданні послуг?
5. Якими повинні бути «основні послуги», які ми реалізуємо в наступному році?
6. Як ми можемо підготуватися до «натиску» технології в галузі охорони здоров'я?
7. Як ми продаємо наші послуги?
8. Як ми визначаємо цілі?
9. Хто наші пацієнти/клієнти, скільки їх є? Прогноз їх кількості на майбутнє.
10. Чи присутні ми в Інтернеті, щоб привабити пацієнтів?
11. Чи стежимо ми за своїм соціальним середовищем та керуємо ним?
12. Чи перебуваємо ми «на вершині» всіх відповідних регуляторних змін?



#### ЩО ТРЕБА УСВІДОМЛЮВАТИ ТА ПАМ'ЯТАТИ?

Те, що працює в одній клініці або лікарні, може не обов'язково працювати на іншу. Перевірте, де ваша організація знаходиться в «середовищі» охорони здоров'я. Є демографія, витрати та інші фактори, унікальні для кожної медичної установи.



#### «Шість капелюхів для роздумів» (45 хв)

*Запитайте учасників, хто мав досвід розробки стратегічних планів в охороні здоров'я на рівні закладів. Чому вирішили розробляти стратегічні плани?*

*Заздалегідь підготуйте шість паперових капелюхів різних кольорів (білий, червоний, синій, жовтий, зелений, чорний), на зворотному боці напишіть запитання. Покажіть учасникам і поясніть, що ми будемо дивитись на питання стратегічного планування на рівні госпітальної ради з різних перспектив, щоб глибше його зрозуміти.*

Об'єднайте учасників в групи по 5-6 осіб. Попросіть обговорити запитання з позиції «кольору капелюха», записати результати обговорення (кожна позиція – на окремому аркуші). На кожне обговорення дається по 3 хв.

- a) Білий капелюх: означає інформацію. Група обговорює – яка інформація вже наявна щодо стратегічного планування на рівні госпітального округу? Що вже відомо? Які факти наявні?
- b) Червоний капелюх: означає емоції, відчуття, інтуїцію. Що ви відчуваєте з приводу питання стратегічного планування на рівні госпітального округу? Які емоції відчуваєте?
- c) Чорний капелюх: означає критичне мислення. Які ризики, перепони, проблеми стосуються стратегічного планування на рівні госпітального округу?
- d) Жовтий капелюх: означає позитивні аспекти. Які цінності, переваги стратегічного планування на рівні госпітального округу? Чому воно має спрацювати?
- e) Зелений капелюх: означає креативне мислення, пошук незвичних ідей. Якби ми подивилися на питання стратегічного планування з погляду клієнтів охорони здоров'я, що б вони нам сказали? Які незвичні шляхи ми можемо використати?
- f) Синій капелюх: означає управлінські аспекти. Що ми думаємо про стратегічне планування на рівні госпітального округу? Яка його ціль? Якщо ми подивимося ширше на цей процес, що ми можемо сказати?



### Обговорення:

Попросіть учасників презентувати результати обговорень. Тренер закріплює аркуші з ідеями учасників на фліпчарті. Вкінці – робить підсумки. Додайте, що під час тренінгу та використання різних інструментів ми будемо користуватися різними «капелюхами», бо вони допомагають бачити повну картину. Можливо використовувати цей інструмент і під час зустрічей госпітальної ради.



### Список рекомендованої літератури:

- Програма «U-LEAD з Європою» (2019). «Стратегічне планування в секторі охорони здоров'я в об'єднаних територіальних громадах». Режим доступу: <https://decentralization.gov.ua/news/11845>



Сесія 3.

## РОЛЬ ТА МІСЦЕ СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУВАННЯ У ПРОЦЕСІ ФОРМУВАННЯ ПОЛІТИКИ ТА ВПРОВАДЖЕННЯ РЕФОРМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я



**Мета:** Ознайомитися із ключовими положеннями та нормативною базою щодо стратегічного планування на рівні госпітального округу.



### Завдання:

- Обговорити складові ефективного стратегічного планування в охороні здоров'я.
- Обговорити роль стратегічного планування в реформі системи охорони здоров'я в Україні.
- Проаналізувати стратегічні плани госпітальних округів.



**Методи:** Презентація 2. Основні принципи реформи системи охорони здоров'я в Україні, робота з кейсами, обговорення.



**Матеріали:** проєктор, комп'ютер, надруковані кейси.



**Час:** 90 хв.



### Хід сесії:

**Презентація 2.** Основні принципи реформи системи охорони здоров'я в Україні (40 хв).



### Інформація для тренера:



### ЩО ТАКЕ ГАРНА СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я?

Гарна система охорони здоров'я надає якісні послуги всім людям, коли і де вони цього потребують. Точна конфігурація послуг розрізняється від країни до країни, але у всіх випадках необхідні:

- Надійний механізм фінансування;
- Добре навчені й гідно оплачувані кадри;
- Достовірна інформація, на якій ґрунтуються рішення та політики;
- Підтримувані у гарному стані заклади ОЗ та забезпечення належної логістики для доставки якісних ліків і технологій<sup>1</sup>.

Розробка стратегії заснована на 7 принципах якісної системи охорони здоров'я:

- 1. Безпека** – надання медичних послуг не має шкодити пацієнтам.
- 2. Клієнт-центрований підхід** – вся система медичного обслуговування працює для того, щоб забезпечувати потреби пацієнтів на високому рівні.
- 3. Ефективність** – коректне надання медичних послуг, розвиток людського потенціалу й ефективне використання медичного обладнання для швидкого одужання пацієнта.

<sup>1</sup> ВООЗ. Системи охорони здоров'я. Режим доступу: [https://www.who.int/topics/health\\_systems/en/](https://www.who.int/topics/health_systems/en/)

4. **Підзвітність** – система моніторингу й оцінювання покращує системи ОЗ, а відповідальність розподіляється між зацікавленими сторонами.
5. **Доступність** – принцип визначається легкістю отримання медичних послуг, яка залежить від географічних і фінансових факторів.
6. **Неупередженість** – рівень та якість надання послуг ОЗ не має залежати від факторів, як-от гендер, вік, соціальний статус, сексуальна орієнтація. Цей підхід заснований на принципі рівності, де потреби різних пацієнтів однаково важливі.
7. **Партнерство** – цей принцип передбачає максимальну медичну користь для пацієнта, персоналу, лікарень та спільноти і може бути реалізований тільки через успішну взаємодію між усіма зацікавленими сторонами<sup>2</sup>.



#### ЧИ ВІДПОВІДАЄ ЦИМ ВИМОГАМ СИСТЕМА ОЗ УКРАЇНИ?

Система ОЗ України цим вимогам не відповідає, тому що наразі існує катастрофічна фінансова незахищеність пацієнтів. Конституція України формально передбачає безмежні гарантії забезпечення всіх громадян безоплатною медичною допомогою у державних та комунальних закладах охорони здоров'я, але реально вони не виконуються.



#### ЯКІ ХАРАКТЕРИСТИКИ СИСТЕМИ ОЗ УКРАЇНИ?

- Низька якість та ефективність надання послуг (українці значно частіше від жителів країн-членів ЄС звертаються до лікарів та частіше і довше лежать у лікарнях, але при цьому мають значно гірші показники здоров'я, значно більшу смертність та значно меншу середню тривалість життя).  
Необґрунтовано переобтяжена в кількісному вимірі мережа лікарень, значна частина якої представлена малопотужними, погано оснащеними та недостатньо завантаженими з огляду на реально забезпечуваний ними недостатній обсяг послуг закладами, що є загрозою як для якості надання медичної допомоги, так і для ефективності використання ресурсів.
- Неефективне витрачання бюджетних коштів (вони спрямовуються не на оплату конкретних послуг конкретному пацієнтові, а на забезпечення утримання інфраструктури).
- Все більш відчутний дефіцит кваліфікованого персоналу, який йде з галузі та з країни внаслідок чинної політики оплати праці та неналежного ставлення до професії медика загалом).

Важливим поняттям є універсальне охоплення послугами охорони здоров'я (УОПЗ). Воно означає, що всі особи та громади отримують необхідний пакет медичних послуг, не зазнаючи фінансових труднощів. Він включає повний спектр основних, якісних медичних послуг – від зміцнення здоров'я та профілактики до реабілітації та паліативної допомоги. Універсальне охоплення послугами охорони здоров'я дає можливість кожному отримати доступ до послуг, що стосуються найбільш значущих причин захворювань та смертності та забезпечує якість цих послуг задля покращення здоров'я людей, які її отримують. Захист людей від фінансового тягаря, пов'язаного з оплатою медичних послуг з власної кишені, зменшує ризик того, що люди зазнають катастрофічного збідніння та витратять усі свої заощадження з метою отримання необхідної їм медичної допомоги. Досягнення універсального охоплення послугами охорони здоров'я є однією з цілей, яку країни – члени ООН поставили перед собою під час прийняття Цілей сталого розвитку у 2015 році. Досягнувши універсального охоплення послугами ОЗ, можна досягти прогресу й щодо інших пов'язаних із здоров'ям цілей. Адже гарне здоров'я дозволяє дітям вчитися, а дорослим заробляти на життя та забезпечує основу для загального економічного розвитку<sup>3</sup>.

<sup>2</sup> GIZ (2018), Задля розвитку стратегічної мережі в охороні здоров'я – випадок Пологівського госпітального округу. Презентація  
<sup>3</sup> ВООЗ, Універсальне охоплення послугами охорони здоров'я



## МЕТА РОЗПОЧАТОЇ РЕФОРМИ ОЗ В УКРАЇНІ

Створення та запровадження нової моделі фінансування, яка передбачає:

- Чіткі та прозорі гарантії держави щодо обсягу безоплатної медичної допомоги,
- Кращий фінансовий захист громадян у випадку хвороби, ефективний та справедливий розподіл публічних коштів та скорочення неформальних платежів,
- Створення стимулів до поліпшення якості надання медичної допомоги населенню державними і комунальними закладами охорони здоров'я.



## ПРИНЦИПИ НОВОЇ МОДЕЛІ ФІНАНСУВАННЯ

**Фінансовий захист** – недопустимість катастрофічних витрат громадян у випадку хвороби чи відмови від отримання необхідної медичної допомоги через неможливість її оплатити в момент отримання;

**Універсальність покриття та справедливість доступу до медичної допомоги** – забезпечення доступу до гарантованих державою послуг для всіх, хто їх потребує;

**Прозорість і підзвітність** – недопустимість застосування корупційних схем, зрозумілість зобов'язань усіх сторін, відкритість у використанні публічних коштів;

**Ефективність** – максимально висока віддача кожної вкладеної в систему охорони здоров'я бюджетної гривні, краща якість і доступність послуг для пацієнтів, кращі умови роботи та доходи для лікарів;

**Вільний вибір** – можливість для пацієнта отримати допомогу в тому закладі охорони здоров'я, який найкраще задовольняє його потреби;

**Конкуренція постачальників** – залучення постачальників усіх форм власності, що створює мотивацію надавати більш якісні послуги, впроваджувати науково обґрунтовані й економічно ефективні методи роботи, забезпечувати дотримання клінічних протоколів і професійних стандартів;

**Передбачуваність обсягу коштів на медичні послуги у державному бюджеті** – повноцінне стратегічне планування медичної допомоги та витрат на неї;

**Субсидіарність** – встановлення повноважень щодо фінансування системи охорони здоров'я та надання медичної допомоги на якомога нижчому рівні влади, який дозволяє забезпечити відповідні доступність, належну якість і найкращу можливу економічну ефективність цієї допомоги, а також необхідні для цього ресурси.

Тарифи для оплати медичних послуг, що входять до державного гарантованого пакета медичної допомоги, будуть уніфікованими, єдиними для всієї території України. Вони встановлюватимуться центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, і оплачуватимуться постачальникам через єдиного національного замовника гарантованих державою медичних послуг<sup>4</sup>.

У 2018-2020 передбачаються наступні кроки реформи:

1. Реформа «первинки» – декларація про вибір лікаря в ЕСОЗ (сімейні лікарі, педіатри, терапевти) з 01.04.2018.
2. Початок збільшення фінансування від НСЗУ з 01.07.2018.

<sup>4</sup> Кабінет Міністрів України (2016), Розпорядження КМУ від 20 листопада 2016 р. № 1013. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80>

3. Реімбурсація лікарських засобів від НСЗУ (урядова програма «Доступні ліки» з 01.04.2019.
4. Пілотування спеціалізованої медичної допомоги в лікарнях Полтавської області з 01.04.2019.
5. Програма медичних гарантій у повному обсязі для усіх рівнів медичної допомоги з 01.01.2020<sup>5</sup>.



#### ВИМОГИ ПРОГРАМИ МЕДИЧНИХ ГАРАНТІЙ 2020

1. Екстрена медична допомога;
2. Первинна медична допомога;
3. Вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога:
  - Амбулаторна медична допомога дорослим і дітям, включаючи медичну реабілітацію та ургентну стоматологічну допомогу;
  - Амбулаторні обстеження дорослих для раннього виявлення онкологічних захворювань;
  - Хірургічні операції дорослим і дітям у стаціонарних умовах;
  - Стаціонарна допомога дорослим і дітям із захворюваннями, які не потребують хірургічного втручання;
  - Медична допомога при гострому мозковому інсульті;
  - Медична допомога при інфаркті міокарда;
  - Медична допомога при пологах;
  - Медична допомога новонародженим у складних випадках;
  - Медична допомога при інфаркті міокарда;
  - Медична допомога при пологах;
  - Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках;
  - Діагностика та спеціальне лікування онкологічних захворювань у дорослих та дітей;
  - Лікування дорослих і дітей із туберкульозом;
  - Лікування та супровід осіб із вірусом імунодефіциту людини;
  - Лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії.



#### ПАЛІАТИВНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА:

- Стаціонарна паліативна допомога дорослим і дітям;
- Паліативна допомога дорослим і дітям, які знаходяться вдома, мобільними міждисциплінарними паліативними бригадами.



#### МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ:

- Медична реабілітація/реабілітація немовлят, які народились передчасно та/або хворими, упродовж перших трьох років життя;
- Медична реабілітація дорослих і дітей від трьох років з ураженням скелетно-м'язової системи;
- Медична реабілітація дорослих і дітей від трьох років з ураженням нервової системи<sup>6</sup>.

У 2020 році на виконання Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» Програма медичних гарантій запрацює в повному обсязі.

<sup>5</sup> НСЗУ. Кроки реформи 2018-2020. Режим доступу: [www.nszu.gov.ua](http://www.nszu.gov.ua)

<sup>6</sup> НСЗУ. Програма медичних гарантій. Режим доступу: <https://nszu.gov.ua/likar-2020>

Національна служба здоров'я України буде закуповувати медичні послуги у закладах ОЗ усіх рівнів надання медичної допомоги, організаційно-правової форми (крім бюджетної установи) та форми власності і оплачувати їх за договором. Процедура закупівель медичних послуг передбачатиме дотримання надавачами умов надання послуг та специфікацій на конкретні послуги/групи послуг (далі – вимоги)<sup>7</sup>.

Проекти умов надання медпослуг і специфікацій на конкретні послуги та групи послуг (вимоги до медичних послуг), які надаватимуть за Програмою медичних гарантій (ПМГ) у 2020 році у рамках закону «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення».



## РОЛЬ РЕФОРМИ ЛІКАРЕНЬ

У системі охорони здоров'я будь-якої сучасної країни визначальна роль належить госпітальному сектору:

- Лікарні надають населенню найбільш складні та ресурсоємні види медичних послуг, які не можуть бути надані іншими постачальниками медичних послуг, і спрямовані, насамперед, на забезпечення допомоги у невідкладних ситуаціях;
- Зазначені медичні заклади споживають значну питому частку загальних ресурсів системи охорони здоров'я;
- Від якості роботи лікарень і послуг, які вони надають пацієнтам, визначальною мірою залежить загальне сприйняття та оцінка населенням якості усієї системи охорони здоров'я;
- Належна й ефективна організація діяльності госпітального сектору не лише визначальною мірою формує загальне сприйняття якості медичної допомоги в системі ОЗ, а й зумовлює результативність та фінансово-економічну стабільність системи медичного обслуговування, сприяє якнайкращому втіленню принципу сучасних систем ОЗ «більше здоров'я за ті самі гроші». Саме тому реформа лікарень є основним завданням і основною складовою процесу реформування у сфері медичного обслуговування.



## ОСНОВНІ ХАРАКТЕРНІ РИСИ ГОСПІТАЛЬНОГО СЕКТОРУ УКРАЇНИ

Наразі Україна має одну з найбільш неефективних у світі систему лікарень:

- Занадто велика порівняно з іншими країнами Європи відносна кількість лікарень, переважна більшість з яких є погано оснащеними та через це нездатні надавати послуги пацієнтам на сучасному рівні.
- Зазначені ЗОЗ, абсолютна більшість яких перебуває у власності місцевих громад чи їх об'єднань (ОТГ, районів, областей), поки що продовжують фінансуватися на основі методу постатейного кошторису, притаманного успадкованій Україною від колишнього СРСР системі Семашко. Вони позбавлені будь-яких стимулів для підвищення якості та економічної ефективності своєї діяльності.
- Порівняно з розвинутими країнами в Україні забагато лікарень, забагато ліжок, забагато госпіталізацій, громадяни довго та часто лежать у лікарнях, але при цьому показники здоров'я та тривалості життя населення в Україні набагато гірші, ніж у розвинутих країнах.

Однією з причин такого стану справ є практична відсутність в Україні притаманної розвинутих країнам ефективної системи планування лікарень і практики об'єднання ресурсів місцевих громад та зусиль влади, яка їх представляє, задля забезпечення якості та економічної ефективності роботи госпітального сектору.

<sup>7</sup>НСЗУ. Програма медичних гарантій. Режим доступу: <https://nszu.gov.ua/likar-2020>

В абсолютній більшості країн вже багато десятиліть як основний інструмент об'єднання ресурсів та зусиль громад у цій сфері використовується практика створення госпітальних округів чи об'єднаних лікарняних мереж, що обслуговують кілька окремих адміністративно-територіальних одиниць.

Водночас за прийнятими у країнах, що раніше входили до складу колишнього СРСР принципами адміністративно-командного управління системою охорони здоров'я, мережа лікарень в Україні будувалася так, що вона повністю дублювала структуру адміністративно-територіального устрою держави від центрального (національного) рівня до рівня районів, міст, а інколи й більш дрібних населених пунктів і територіальних громад.



### **НАВЧАЛЬНИЙ ПРИКЛАД:**

ДОСВІД РЕСТРУКТУРИЗАЦІЇ ЛІКАРЕНЬ РАЙОНУ РОТ (Баварія, Німеччина)

У 1975 році в районі Рот (Німеччина) працювали такі лікарні:

- Лікарня у Марієнбурзі (50 ліжок);
- Міська лікарня у Швабаху (181 ліжок): внутрішні хвороби (64), хірургія (69), акушерство та гінекологія (42);
- Районна лікарня у м. Рот (170 ліжок): внутрішні хвороби (40), інфекційне відділення (19), хірургія (85), акушерство та гінекологія (26);
- Районна лікарня у Хільпольштайні (38 ліжок);
- Міська лікарня у Шпальті (26 ліжок);
- Районна лікарня у Тальмессінгу (15 ліжок);
- Районна лікарня у Гредінгу (44 ліжка).

У 2008 в районі залишилося дві лікарні:

- Міська лікарня міста Швабах (180 ліжок): внутрішні хвороби (центр лікування респіраторних захворювань + реанімація), експертна рада з питань лікування раку, організована разом з місцевим університетом, хірургія (вісцеральна хірургія + хірургія ШКТ), акушерство та гінекологія (лікування пухлин молочної залози у співробітництві з Нюрнберзькою клінікою), ЛОР.
- Районна лікарня міста Рот (270 ліжок): внутрішні хвороби (кардіологія, гастроентерологія + паліативна та реанімаційна терапія), хірургія (травмохірургія та ортопедія + вісцеральна + васкулярна хірургія), акушерство та гінекологія (лікування пухлин молочної залози у співробітництві з найближчою районною лікарнею), ЛОР, урологія, офтальмологія, відділення радіології + дистанційна інсультна допомога + догляд за пацієнтами похилого віку (30 ліжок).

Це лише один невеликий приклад, який демонструє загальносвітові тренди, що передбачають об'єднання зусиль і ресурсів громад в інтересах поліпшення якості та економічної ефективності стаціонарної медичної допомоги.

Шлях від 7 лікарень із загальним ліжковим фондом 524 ліжка до 2 лікарень із загальним ліжковим фондом 450 ліжок для однієї й тієї ж зони обслуговування довжиною у 33 роки.

Реструктуризація лікарень завжди залишається політичним питанням. Реформа лікарень – це найскладніша частина реформи охорони здоров'я у будь-якій країні. Вона завжди залишається політичним питанням. Однак, рано чи пізно, система охорони здоров'я України змушена буде пройти шлях, подібний до того, який пройшли інші держави. Ми не маємо стільки часу, скільки мали і мають більш благополучні та заможні країни, отже – мусимо діяти швидко, спираючись на аналіз помилок інших та аналіз кращого світового досвіду.



Після схвалення Кабінетом Міністрів України наприкінці 2016 року Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я започаткування практики створення госпітальних округів стало реальністю і в Україні.

Наразі ця стратегія є одним з головних інструментів реформи системи ОЗ в Україні.



### ЩО НЕОБХІДНО, АБИ ЦЕЙ ШЛЯХ БУВ ПРОЙДЕНИЙ?

Потрібні відповідні рішення місцевого самоврядування. Без цих рішень не буде автономії медичних закладів, яка робить їх більш ефективними. Без цих рішень не буде оптимізації мережі лікарень, яка має зробити їх послуги і більш якісними і ефективними з погляду витрат – госпітальні округи залишаться лише на папері.

Без рішень стосовно капітальних видатків бюджету розвитку місцевих бюджетів (стаття 71 Бюджетного кодексу) не буде ані оновлення матеріально-технічної бази лікарень, ані їх комп'ютеризації та інформатизації – отже, не буде ані підвищення якості медичної допомоги, ані запровадження нових методів її фінансування.

Головне, що потрібно:

- Гарно усвідомлювати проблеми.
- Мати політичну волю до змін.
- Навчитися домовлятися, знаходити компроміс та взаємну вигоду для інтересів різних громад.
- Навчитися правильно й ефективно планувати.

Розпочинати вже зараз: зміни у лікарнях – це складний і тривалий процес, що потребує відповідної підготовки і не може бути завершений одномоментно. Саме усім цим проблемам й будуть присвячені два модулі наших тренінгів, які ми розпочинаємо сьогодні.



### **Аналіз стратегічних планів** (40 хв)

*Запитати, які критерії гарного стратегічного плану? Записати відповіді.*

*Об'єднати учасників в 4 групи, роздавши 4 різні стратегічні плани госпітальних округів. Попросити ознайомитися індивідуально (10 хв). Наголосити, що на цей момент в Україні відсутні стратегічні плани на рівні госпітального округу, які можна взяти за взірць. Ті, що розроблені, мають свої переваги та недоліки. Роздати список критеріїв, які можуть застосовуватися для аналізу планів. Додати те, чого не вистачає (Додаток 1. Критерії аналізу стратегічних планів)*

*Попросити обговорити плани за критеріями в групах (10 хв)*

**Презентація групових обговорень** (15 хв). *Попросити представити напрацювання груп.*

**Закони та положення** (10 хв). *Запитати учасників, які закони та положення можуть допомогти нам при розробці стратегічних планів на рівні госпітальних рад?*

*Роздати Додаток 2. Регуляторні документи, які мають бути враховані при розробці планів розвитку.*



#### Список рекомендованої літератури:

- Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я (розпорядження КМУ від 20 листопада 2016 р. № 1013) <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80>
- Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (прийнято 19 жовтня 2017р.) <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>
- Деякі питання створення госпітальних округів (постанова КМУ від 27 листопада 2019 р. № 1074) <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1074-2019-%D0%BF>
- Об'єм надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, що повинен забезпечуватися БЛІЛ першого та другого рівня (Наказ МОЗ України від 19.10.2018 № 1881) <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1292-18>
- Дайджест змін в охороні здоров'я №17 від вересня 2019 р (Міністерство охорони здоров'я України, Національна служба здоров'я України) [https://moz.gov.ua/uploads/2/14312-moz\\_digest\\_17\\_2019\\_1.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/2/14312-moz_digest_17_2019_1.pdf)
- Лікар 2020, НСЗУ [www.nszu.gov.ua/likar-2020](http://www.nszu.gov.ua/likar-2020)

#### Сесія 4.

### РІВНІ ПЛАНУВАННЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я



**Мета:** Ознайомити учасників з різними рівнями планування в сфері охорони здоров'я.



#### Завдання:

- Ознайомитися з плануванням систем охорони здоров'я;
- Ознайомитися з плануванням послуг ОЗ;
- Ознайомитися з плануванням показників здоров'я населення;
- Ознайомитися з особливостями операційного планування;
- Обговорити, як різні рівні планування можуть бути описані в стратегічному плані.



**Методи:** «Світове кафе», презентація



**Матеріали:** аркуші для фліпчарту, фліпчарт, маркери, проєктор, комп'ютер.



**Час:** 60 хв (якщо не вистачає часу для проведення сесії повністю, можна скоротити її шляхом проведення презентаційної частини).





### Хід сесії:

**Що нам відомо про різні рівні планування («Світове кафе»)** (45 хв) Об'єднати учасників у 4 групи і попросити обговорити в групах питання:

- Група 1. «Що нам відомо про планування систем охорони здоров'я?»
- Група 2. Що нам відомо про планування послуг ОЗ?
- Група 3. Що нам відомо про планування показників здоров'я населення?
- Група 4. Що нам відомо про операційне планування?

Оголосити правила роботи груп: 1 учасник групи буде зберігачем записів. Його завдання – записувати всі ідеї та думки, які він/вона буде чути і залишатися із записами всі раунди обговорень. Під час обговорень не можна критикувати, всі думки є важливими, коли закінчиться раунд, група переходить до наступного столу за годинниковою стрілкою. Кожний раунд триває 5 хв. Коли учасники переходять до свого столу, вони знайомляться із напрацюваннями груп, систематизують їх і готують виступ на 3 хв. Презентації роботи груп: по 3 хв кожна.

### Презентація (15 хв)



### Інформація для тренера:

Стратегічний план може включати розробку послуг на рівні госпітальної ради чи області, а також потреби в інфраструктурі, щоб підтримати ці сервісні плани.

Операційні плани переводять стратегічні плани в короткострокові заходи на певний проміжок часу (наприклад, рік), описують дії для надання послуг населенню. План послуг має бути розроблений у співробітництві між департаментами й установами, які надають послуги, для того щоб визначити довгострокові напрями для специфічних послуг або потреб. Це планування представляє місцеве впровадження напрямів чи потреби в окремих послугах, відзначає рамки розмежування та спроможності, встановлені в державі в цілому та визначення будь-якого запланованого капіталу, який необхідний для того, що відповісти на потреби закладу у впровадженні послуг.

Планування послуг має відображати роботу з покращення послуг, зміни в моделі лікування та зміни в послугах чи рішеннях, які допоможуть їх надавати більш ефективно.

Функціональне планування проводиться для окремих відділів чи в певних сферах – наприклад, якість, інформація, комунікаційні технології чи дослідження.



### ПЛАНУВАННЯ ПОСЛУГ ОЗ

Стратегічний план послуг має демонструвати процес, який потрібно пройти, щоб їх створити. Він включає такі елементи:

- Визначення ролі та внеску послуг з ОЗ в ключових політиках і пріоритетах системи, які формують основний мандат для послуг.
- Візія, місія та цінності.
- Задokumentовані результати аналізу зовнішніх факторів, зокрема тренди в системі ОЗ та виклики, результати щодо охоплення населення послугами й аналіз ринку.
- Опис потенціалу послуг з ОЗ та рівень надання.
- Цілі та завдання щодо послуг, які демонструють, як вони можуть зробити свій внесок в цілі і завдання більш широкої системи, для того щоб відповісти на потреби населення в регіоні.

- Критерії вимірювання, які будуть оцінювати прогрес щодо стратегічних цілей та завдань для оцінки успіху в кінці періоду.
- Не всі ці елементи мають бути в одному документі, вони мають бути десь задокументовані і подані як додаток до стратегії у вигляді доказів.



## ПЛАНУВАННЯ СИСТЕМИ ОЗ

Завдання систем ОЗ – надати клієнту широкий вибір інтегрованих послуг, які поєднуються між собою та забезпечити операційну ефективність та життєздатність. Гарно організовану і функціональну систему послуг ОЗ можна порівняти із тілом людини, бо вони потребують центрів управління, інфраструктуру, що їх підтримують та серію пов'язаних дій.

Планування систем ОЗ має найбільший потенціал щодо окупності та покращення стану здоров'я населення, оскільки воно може включати як медичні послуги, так і індикатори щодо покращення здоров'я населення в межах стратегічних напрямів.

Планування систем ОЗ є найскладнішим видом медичного планування. Воно вимагає чіткого та забезпеченого політичною підтримкою бачення моделі надання послуг і підтримки їх постачальників.

Дизайн системи ОЗ може бути ширшим та більш довгостроковим (від 5 до 20 років) і представляти, як краще надавати послуги у вигляді системи чи підсистеми, беручи до уваги:

- Тип послуг і закладів (заклади ПМД, амбулаторії, лікарні, реабілітаційні центри).
- Як краще організувати надання послуг – які центри мають які спеціалізовані послуги, мережу послуг.
- Як краще інтегрувати послуги – наприклад, якщо заклади знаходяться поблизу, вони можуть укладати меморандуми про співробітництво, організувати спільні приймання пацієнтів, записи медичної інформації.
- Що необхідно для ефективного та безпечного надання послуг, зокрема клінічне управління, залучення клієнтів, освіта, тренінги, дослідження.
- Як найкраще узгодити пропозицію з попитом, включаючи врахування демографічних змін, місцеперебування та потенціалу.
- Зміни в моделях лікування й інновації в клінічній практиці та технологіях. Планування послуг може відбуватися на різних рівнях (географічному, на рівні закладу або індивідууму) і зазвичай готується на 3-5 років.
- Мета – поєднати надання послуг ОЗ із тенденціями змін у потребах і більш ефективно використовувати ресурси. Так, дизайн має зважати на поєднання послуг зі змінами демографії, змінами на ринку, огляд альтернативних моделей лікування, які можуть оптимізувати надання послуг.
- Прогнозування майбутніх потреб у послугах, аналізуючи, як можуть змінюватися потреби з огляду на інші зміни.
- Визначення потреб у ресурсах – визнання того, що ресурси обмежені; планування допомагає зрозуміти, як найкращим способом використовувати та направляти ресурси туди, де є найбільша потреба.
- Дизайн системи, послуг та інфраструктури будуть визначати пріоритети та параметри для місцевого чи регіонального планування<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> NACCHO (2010), Розробка стратегічного плану місцевого департаменту охорони здоров'я: покрокове керівництво.  
Режим доступу: <https://www.naccho.org/uploads/downloadable-resources/Programs/Public-Health-Infrastructure/StrategicPlanningGuideFinal.pdf>



## ПЛАНУВАННЯ ЦІЛЕЙ

- Цілі можуть адресувати потреби і вони є частиною планування системи ОЗ.
- Для того щоб сформулювати цілі, необхідно добре проаналізувати потреби населення, зрозуміти, які зміни потрібні, встановити критерії досягнення цілей, обрати пріоритети.
- Стратегічні цілі формулюються після аналізу потреб і визначення пріоритетів.



## ПЛАНУВАННЯ ПОКАЗНИКІВ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

- ВООЗ просуває підхід громадського здоров'я «Здорове оточення». Він підкреслює важливість мереж і проєктів для створення здорового оточення – як-от здорові школи, здорові лікарні, здорові робочі місця і навіть міста. Потенціал зміцнення здоров'я є майже в усіх організаціях і спільнотах.
- Коли йдеться про планування показників здоров'я населення, слід зважати на вплив партнерських організацій, які покращують здоров'я населення в місцевості.
- Одні лише послуги ОЗ, ізольовано від інших заходів, не можуть покращити здоров'я населення.
- Заходи мають залучати широкі кола населення через підвищення розуміння шляхів покращення стану здоров'я населення чи громади.



## ОПЕРАЦІЙНЕ ПЛАНУВАННЯ

- Операційне планування носить більш вузький характер порівняно з плануванням інших рівнів і має деякі обмеження, але повинно гармонійно пов'язуватися зі стратегічним плануванням.
- Операційне планування – це план дій для досягнення цілей стратегічного планування. Може включати підцілі, операційні програми, політики та процедури. Рамки часу можуть різнитися. Зазвичай операційне планування короткострокове.
- Для ефективного проведення стратегічного планування організація має пов'язати цілі та завдання вздовж усіх рівнів. Шість кроків можуть бути визначені у відношеннях між макро- і мікросистемами.

*Запитати в учасників: коли має проводитися операційне планування?*

Операційне планування зазвичай проводиться кожного року, воно базується на стратегічних та операційних цілях. Після етапу затвердження стратегічного плану можна переходити до операційного планування як на рівні госпітального округу, так і на рівні закладів, які до нього входять. Операційний план може мати вигляд таблиці Ганта з діями, відповідальними структурами/особами, очікуваними результатами та термінами виконання. Операційні плани, як і стратегічні, варто періодично переглядати і за потреби змінювати.

5 критично важливих питань у стратегічному плануванні

1. Побудова довіри.
2. Усунення бар'єрів та непорозумінь, бар'єрів між департаментами та відділеннями.
3. Створення спільного «словника».
4. Підняття розуміння макросистеми.
5. Створення культурних і поведінкових змін, які включають генерацію ідей серед персоналу та побудова довіри<sup>9</sup>.

<sup>9</sup> Дончо Донеv, Адріана Галан, Надія Мілевська-Костова (2010) «Стратегічне планування в охороні здоров'я: загальний підхід». Режим доступу: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.701.9295&rep=rep1&type=pdf#page=861>



**Мета:** Отримати знання та навички щодо оптимізації маршруту пацієнта в межах госпітального округу.



#### Завдання:

- Визначити критерії ефективної мережі госпітального округу;
- Розробити маршрут пацієнта системи охорони здоров'я госпітального округу;
- Проаналізувати мережу за визначеними критеріями.



**Методи:** робота в групах, індивідуальна робота.



**Матеріали:** аркуші для фліпчарту, ручки, фліпчарт, маркери, аркуші паперу А4.



**Час:** 45 хв.



#### Хід сесії:

**Маршрут пацієнта. Презентація 4.** Оптимізація мережі закладів госпітального округу.

*Запитати, що таке клінічний маршрут пацієнта? Навіщо під час стратегічного планування аналізувати клінічні маршрути пацієнтів? Що це дає?*

«Клінічний маршрут пацієнта спрямований на мультидисциплінарний набір щоденних признаков і цільових результатів для ведення специфічних груп пацієнтів. Наприклад, від первинного відвідування до виписки пацієнта після стаціонарного лікування. Клінічні маршрути пацієнта часто призначені для підтримки покращення якості допомоги та для зниження затрат для пацієнтів в окремих діагностично-споріднених групах<sup>10</sup>.

*Запитати, для чого потрібно аналізувати маршрут пацієнта госпітального округу?*

Маршрут пацієнта потрібний для:

- Покращення міждисциплінарної роботи;
- Забезпечення безперервності та координації надання послуг ОЗ;
- Покращення якості лікування;
- Оптимізації ресурсів, зокрема через скорочення терміну перебування в лікарні;
- Забезпечення якості медичних послуг;
- Керування клінічними ризиками;
- Розширення можливостей пацієнтів;
- Забезпечення зв'язку між різними підрозділами<sup>11</sup>.

<sup>10</sup> Національна бібліотека медицини США (клінічний маршрут). Режим доступу: <https://www.nlm.nih.gov/>

<sup>11</sup> Мігель О.В. «Розробка клінічного маршруту пацієнта та інших документів локального рівня». Департамент стандартизації медичних послуг ДП «Державний експериментальний центр МОЗ України». Режим доступу: [http://mtd.dec.gov.ua/images/Present/2017\\_08\\_29\\_5.pdf](http://mtd.dec.gov.ua/images/Present/2017_08_29_5.pdf)

**Клінічний маршрут** – це алгоритм руху пацієнта між закладами охорони здоров'я (ЗОЗ) або підрозділами одного закладу, пунктів контакту з медичним персоналом у процесі надання медичної допомоги, взаємодії між ЗОЗ з метою забезпечення стандартів надання медичної допомоги<sup>12</sup>.

*Запитайте учасників, які кроки розробки маршруту пацієнта:*

- Вибрати клінічний стан чи соціальну детермінанту, яку ви бажаєте адресувати;
- Визначити пацієнтську групу;
- Скликати міждисциплінарну команду;
- Визначити цільовий результат;
- Переглянути доказову базу;
- Намалювати маршрут пацієнта;
- Розробити клінічні/адміністративні протоколи;
- Зробити пілот маршруту;
- Оцінити ефективність маршруту;
- Проводити постійний моніторинг метричних характеристик маршруту<sup>13</sup>.



#### Презентації групової роботи.

*Підкресліть, що завдання закладу ОЗ – розробити для себе маршрути пацієнта, а наше завдання проаналізувати, як вони можуть виглядати в госпітальному окрузі, коли пацієнти можуть переміщуватися між закладами.*

*Об'єднати учасників в 4 групи і попросити розробити маршрут пацієнта для наступних станів: інсульт (1 група), пологи (2 група), перелом ноги (3 група), гострий апендицит (4 група). Маршрут можна малювати за допомогою символічного позначення місць отримання медичної допомоги, направлення, стрілочками – рух між ним.*



#### Обговорення:

- *Як розробка маршруту пацієнта допомагає нам проаналізувати мережу закладів, що надають медичну допомогу в межах госпітального округу?*
- *Які критерії ефективної мережі закладів госпітального округу (записати варіанти відповідей)?*

Коли ми говоримо про ефективні заклади, ми маємо на увазі їхню стратегічну позицію та операційну ефективність. Стратегічна позиція стосується покриття потреб населення та функціональної потужності закладів надання медичної допомоги. Критерій покриття потреб населення оцінює заклади згідно з обсягом послуг, які він надає в межах госпітального округу, в якому знаходиться. Наскільки населення госпітального округу отримує ключові послуги саме там, де вони мешкають. Функціональна потужність оцінює спроможність закладів за певними показниками – кількість лікарів, ліжок та обладнання. Це допомагає зрозуміти, чи зможе він обслуговувати додаткових пацієнтів в інших моделях надання медичної допомоги. Критерій невідкладності надання медичних послуг/гострота випадків порівнює послуги різних закладів згідно з відповідністю профілю закладу. Функціональна ефективність оцінює, наскільки ефективно заклад використовує свої ресурси – як матеріальні, так і людські. Для порівняння використовуються міжнародні стандарти та стандарти, встановлені НСЗУ<sup>14</sup>.

<sup>12</sup> Мігель О.В. «Розробка клінічного маршруту пацієнта та інших документів локального рівня». Департамент стандартизації медичних послуг ДП «Державний експериментальний центр МОЗ України». Режим доступу: [http://mtd.dec.gov.ua/images/Present/2017\\_08\\_29\\_5.pdf](http://mtd.dec.gov.ua/images/Present/2017_08_29_5.pdf)

<sup>13</sup> Міжнародний журнал якості в охороні здоров'я (2003). «Зменшення клінічних відхилень у клінічних маршрутах: чи вони працюють?» International Journal of Quality in Health Care. 2003. 15(6): 509-521. <https://academic.oup.com/intqhc/article/15/6/509/1823636>

<sup>14</sup> USAID (2019), Презентація «Методологія визначення багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування». Режим доступу: [https://moz.gov.ua/uploads/2/10201-metodologia\\_cortkiv.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/2/10201-metodologia_cortkiv.pdf)



**ПІДСУМКИ:** для оптимізації мережі госпітального округу потрібно багато роботи – окрім аналізу мережі за певними критеріями, розробки стратегічних планів розвитку на рівні всіх закладів, які входять до округу, перемовин та діалогу на рівні округу. Розробка стратегічного плану розвитку госпітального округу допоможе нам проаналізувати мережу (що не є легким і швидким кроком) та узгодити, що саме потребує оптимізації.



#### Список рекомендованої літератури:

- Мігель О.В. «Розробка клінічного маршруту пацієнта та інших документів локального рівня». Департамент стандартизації медичних послуг підприємства (ДП) «Державний експериментальний центр МОЗ України». [http://mtd.dec.gov.ua/images/Present/2017\\_08\\_29\\_5.pdf](http://mtd.dec.gov.ua/images/Present/2017_08_29_5.pdf)
- Наказ МОЗ України № 1422 від 29.12.2016 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0530-17>
- НСЗУ Лікар 2020 <https://nszu.gov.ua/likar-2020>
- USAID (2019), Презентація «Методологія визначення багатoproфільних лікарень інтенсивного лікування». Режим доступу: [https://moz.gov.ua/uploads/2/10201-metodologia\\_cortkiv.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/2/10201-metodologia_cortkiv.pdf)

Сесія 6.

## ПІДСУМОК ДНЯ



**Мета:** зробити підсумок першого дня тренінгу.



#### Завдання:

- Отримати зворотний зв'язок від учасників;
- Пригадати опанований матеріал.



**Методи:** індивідуальна робота, обговорення.



**Матеріали:** аркуші для фліпчарту, стікери, ручки, фліпчарт, маркери.



**Час:** 15 хв.



#### Хід сесії:

1. Попросити учасників на одному стікері написати те, що сподобалось, на другому – що потрібно покращити під час тренінгу. Наклеїти на аркуш фліпчарту.
2. Запитати учасників, які теми розглядали, що робили або що запам'ятали.

2  
ДЕНЬ

Сесія 1.

ВСТУП



**Мета:** актуалізувати знання, отримані під час 1-го дня тренінгу.



**Завдання:**

- Пригадати опанований матеріал першого дня тренінгу.
- Створити позитивну атмосферу для навчального процесу та взаємодії.



**Методи:** зворотний зв'язок від учасників.



**Матеріали:** аркуші для фліпчарту, стікери, ручки, бейджі, фліпчарт, маркери.



**Час:** 15 хв.



**Хід сесії:**

1. Пригадати, що запам'яталось після першого дня тренінгу або які думки були ввечері з цього приводу, побажати щось на день сусіду праворуч.

Сесія 2.

РЕОРГАНІЗАЦІЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я



**Мета:** усвідомити ризики та можливості для реорганізації закладів ОЗ.



**Завдання:**

- Обговорити ризики реорганізації закладів ОЗ з погляду самого закладу;
- Обговорити можливості реорганізації закладів ОЗ з погляду самого закладу;
- Обговорити ризики реорганізації закладів ОЗ з погляду ефективного управління мережею на рівні госпітального округу;
- Обговорити можливості реорганізації закладів ОЗ з погляду ефективного управління мережею на рівні госпітального округу.





**Методи:** «Відкритий простір», презентація.



**Матеріали:** аркуші для фліпчарту, фліпчарт, маркери.



**Час:** 75 хв.



**Хід сесії:**

**Презентація 5.** *Реорганізація як інструмент підвищення рівня автономії медичних закладів в Україні: досвід, досягнення, проблеми та шляхи їх розв'язання.* 40 хв.



**Інформація для тренера:**



ЯКІ ІСНУЮТЬ МОЖЛИВІ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ ФОРМИ (ОПФ) ЗДІЙСНЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ДЕРЖАВНИХ І КОМУНАЛЬНИХ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ В УКРАЇНІ?

- А.** Бюджетна установа, що утримується за кошт відповідного місцевого бюджету.
- Б.** Підприємство (комерційне чи некомерційне), що фінансується через розміщення державного замовлення на надання медичних послуг у межах договору про державну закупівлю цих послуг з відповідним розпорядником бюджетних коштів.



ЯКІ ІСНУЮТЬ ЗАГРОЗИ ДЛЯ ПРОВАЙДЕРІВ – БЮДЖЕТНИХ УСТАНОВ?

- Можливий відтік найбільш кваліфікованих кадрів у приватний сектор, що поступово розвивається, внаслідок відсутності реальних заохочень за високу якість роботи.
- Недостатня прозорість фінансових потоків і корупція, що зумовлені зростанням неформальних платежів.
- Загроза втрати довіри пацієнтів (а з нею поступово і державного замовлення) внаслідок низької якості послуг.
- Економічна неефективність, і, як наслідок, відсутність інтересу з боку можливих приватних інвесторів.

Наслідком може стати повний занепад таких закладів.



ЯКІ ОСНОВНІ ПРИЧИНИ ЗАГРОЗ ДЛЯ ПРОВАЙДЕРІВ – БЮДЖЕТНИХ УСТАНОВ?

- Відсутність стимулів до забезпечення економічної ефективності власної діяльності та поліпшення її якості.
- Відсутність або обмеження можливості для оперативного та гнучкого управління процесом перерозподілу коштів між різними центрами витрат та їх спрямування на оперативне вирішення пріоритетних проблем.
- Відсутність стимулів до ефективного планування ресурсів (кадрів, інвестицій тощо).



ЩО ТАКЕ АВТОНОМІЯ ПОСТАЧАЛЬНИКІВ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ?

Автономія (управлінська та фінансова самостійність) постачальників медичних послуг – один із проявів їх здатності гнучко й оперативно пристосовуватися до вимог оточення на основі відповідних внутрішніх і зовнішніх стимулів.



Автономія передбачає:

- Більшу свободу медичних працівників і закладів у прийнятті фахових медичних, управлінських та фінансових рішень;
- Право застосовувати не заборонені законодавством альтернативні підходи до організації власної господарської діяльності, лікування, обстеження та інших видів обслуговування пацієнтів (в тому числі можливість прийняття рішень про відмову в наданні пацієнту медичних послуг у разі, коли можливість такої відмови є обґрунтованою з погляду безпеки для здоров'я пацієнта, етики та міркувань економічної ефективності).

Зазвичай можливість отримання таких прав передбачає необхідність здійснення відповідних організаційних перетворень і зміни господарсько-правового статусу провайдера.



Рис. 3. Можливі рівні організаційних перетворень в медичних закладах<sup>15</sup>



### РІЗНІ КОНЦЕПЦІЇ АВТОНОМІЗАЦІЇ ПОСТАЧАЛЬНИКІВ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Є різні концепції забезпечення автономії провайдерів. Деякі з них передбачають можливість забезпечення відповідних перетворень всередині публічного сектору, деякі ототожнюють автономію з приватизацією

Однак автономія не дорівнює приватизації. Серед ризиків ототожнення цих двох понять такі:

- Деякі надзвичайно важливі аспекти організації надання медичної допомоги (зокрема, забезпечення справедливості) можуть бути недостижними при приватизації.
- Приватизація державних лікарень у країнах, що розвиваються, може інтерпретуватися суспільством як зречення урядом своєї соціальної відповідальності.
- Немає жодних гарантій обов'язкової ефективності приватного власника.

Більш ніж 70% лікарень у Європі є об'єктами публічної власності, незалежно від того, якою є фінансова модель. В абсолютній більшості країн-членів ЄС, які мають національні системи, фінансування послуг (і, насамперед, лікарень) забезпечують безпосередньо центральний або регіональні уряди.

Лише у деяких скандинавських країнах (зокрема у Швеції та Фінляндії та частково Норвегії) місцеві уряди оплачують лікарняні послуги, і для цього вони мають право збирати податки.

<sup>15</sup> Всесвітній Банк (2003), Рівні організаційних перетворень.



## ЯКІ БАР'ЄРИ АВТОНОМІЗАЦІЇ ПОСТАЧАЛЬНИКІВ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ?

Законодавство України передбачає:

- Можливість підвищення автономії медичних працівників (приватна практика) та публічних медичних закладів (перетворення у державні та комунальні підприємства);
- Можливість доступу до бюджетних коштів не лише бюджетних установ, а й підприємств, а також фізичних осіб;
- Можливість державних контрактних закупівель медичних послуг.

Але ст. 49 Конституції України забороняє скорочення мережі державних комунальних ЗОЗ (а отже, і їх приватизацію).



## ЯКІ МОЖЛИВОСТІ В НАС Є?

Вже давно, фактично ще від 1997 року, коли було прийнято чинний нині Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні», в країні немає жодних правових перешкод для змін на рівні управління лікарнею. Шляхом прийняття відповідних рішень місцевої влади вже давно можна було:

- 1) Суттєво збільшити рівень автономії державних і комунальних лікарень завдяки їх реорганізації у державні/комунальні підприємства (тобто навіть без зміни форми власності) – ст. 3 Основ законодавства про ОЗ; статті 81, 83, 84, 85, 86, 87, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173 Цивільного кодексу України; статті 46, 52, 54, 62 – 72, 76, 77, 78 Господарського кодексу України; відповідні статті Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» (ст. 26, 43) та Закону України «Про місцеві державні адміністрації» (ст. 18, 19).
- 2) Запровадити контрактні державні закупівлі медичних послуг, а з ними й нові, орієнтовані на результат, механізми оплати діяльності лікарень.



## АВТОНОМІЗАЦІЯ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ В УКРАЇНІ: ОПТИМАЛЬНИЙ ВИБІР

Для більшості медичних закладів, що перебувають у державній чи комунальній власності, оптимальною є модель реорганізації у казенне чи комунальне некомерційне підприємство.



## ЯКІ ПЕРЕВАГИ ЦЕ НАДАЄ?

- Більший, ніж у бюджетної установи, рівень господарської та адміністративної автономії;
- Можливість запровадження економічних стимулів для підвищення якості й ефективності діяльності;
- Можливість запобігання конфлікту між соціальною функцією публічного медичного закладу та підприємницьким інстинктом (пріоритет отримання прибутку).

Реалізація цієї моделі у 2004-2006 рр. була започаткована в рамках проєкту ЄС «Фінансування та управління в сфері охорони здоров'я в країні» в Харківській та Житомирській областях та продовжена в рамках проєкту ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні» у 2007-2009 рр.



## ЩО ДАЄ ПУБЛІЧНОМУ МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДУ ПРАВОВИЙ СТАТУС КОМУНАЛЬНОГО НЕКОМЕРЦІЙНОГО ПІДПРИЄМСТВА?

1. Більша самостійність:
  - У визначенні власної організаційної структури й організації господарської діяльності з виробництва медичних послуг (в т.ч. можливість перерозподілу коштів за різними напрямками витрат);

- В управлінні людськими ресурсами (планування кількості, добір персоналу, вдосконалення методів його оплати, мотивація професійного розвитку);
  - В управлінні матеріально-технічними ресурсами та відповідними інвестиціями (кількість ліжок та інтенсивність їх використання, ефективність використання обладнання, приміщень тощо);
  - У визначенні показників ефективності та продуктивності діяльності та застосуванні їх при плануванні подальшої діяльності й оплаті праці персоналу.
2. Можливість будувати свої господарсько-правові відносини (в т. ч. з власником і засновником) на основі договорів.
  3. Можливість поряд із своєю основною некомерційною діяльністю щодо надання безоплатних медичних послуг населенню за державні кошти здійснювати підприємницьку діяльність, якщо остання відповідає меті, з якою підприємство було створене.
  4. Можливість під гарантії органу управління отримувати кредити під операції, пов'язані з виконанням державного замовлення.
  5. Можливість вступати до господарських об'єднань підприємств, і тим самим об'єднувати свої можливості й ресурси з іншими подібними закладами в інтересах підвищення якості та економічної ефективності своєї діяльності.



**НАВЧАЛЬНИЙ ПРИКЛАД.** ГРАФІЧНА СХЕМА МОЖЛИВОЇ СТРУКТУРИ МІЖТЕРИТОРІАЛЬНОЇ КОМУНАЛЬНОЇ НЕКОМЕРЦІЙНОЇ КОРПОРАЦІЇ ЛІКАРЕНЬ – ПРОПОЗИЦІЇ ПРОЄКТУ ЄС «СПРИЯННЯ РЕФОРМИ ВТОРИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ», 2008 -2009:

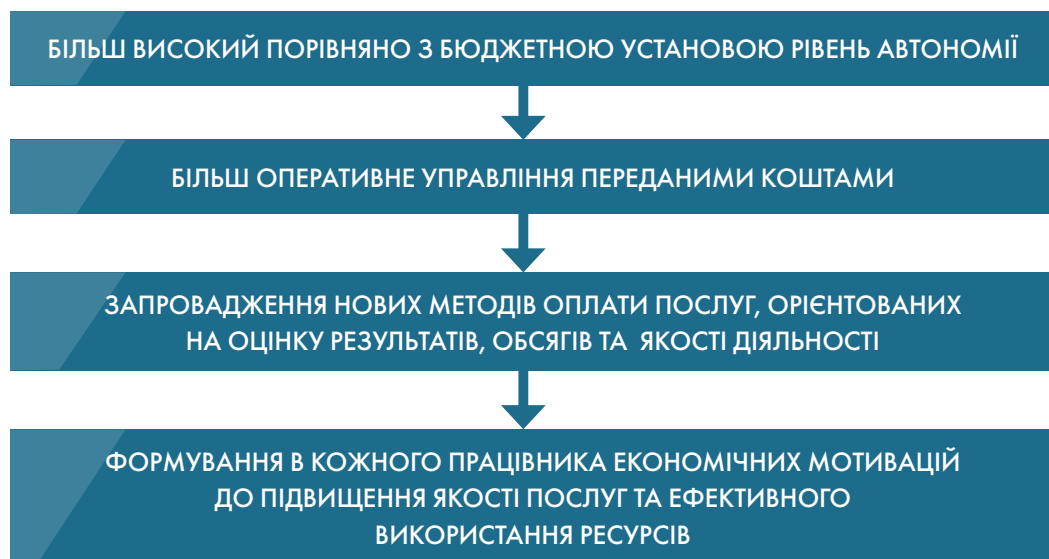


**Рис. 4.** Схема фінансування розподілених функцій при створенні міжтериторіальної комунальної некомерційної корпорації лікарень (можлива опція для територіального конгломерату з 2-х сільських районів та одного міста обласного значення, що мають свої окремі лікарні)

Створення міжтериторіальних комунальних некомерційних господарських об'єднань лікарень для кількох адміністративно-територіальних одиниць (міст, районів, тощо) – один із можливих інструментів реформи системи госпітальної допомоги в країні, що має сприяти:

- Запровадженню нових підходів до планування та оптимізації їх мережі в рамках чинного законодавства;
- Подальшому розвитку процесу автономізації лікарень і досягненню інших пов'язаних з цим позитивів для сектору лікарняної допомоги;
- Усуненню фрагментації ресурсів у секторі лікарняної допомоги та в системі країни загалом;
- Налагодженню співпраці органів місцевого самоврядування задля підвищення ефективності використання ресурсів системи, якості лікарняної допомоги.

Така модель організації співпраці місцевих громад задля підвищення якості та ефективності допомоги, що надається населенню на рівні комунальних лікарень, не втратила своєї актуальності й в умовах створеної на даний час в Україні системи фінансування медичної допомоги за принципом «єдиного платника». Більше того, й у цих нових умовах, вона може бути використана і як один з основних інструментів забезпечення ефективного функціонування прийнятої в Україні моделі госпітальних округів, і як самостійна повноцінна альтернатива цій моделі, у межах якої госпітальні округи визначаються лише як функціональне об'єднання розміщених на відповідній території лікарень, яке «не є окремим організаційно-правовим рівнем організації виконавчої влади, окремою юридичною особою чи суб'єктом господарювання».



**Рис. 5.** Основні мотиваційні переваги медичного закладу зі статусом комунального підприємства



ЩО ТАКЕ ОПЛАТА ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ, І ЯК ЇЇ СТОСУЄТЬСЯ АВТОНОМІЯ?

**Оплата за результатами** – це тип інструментів державної політики, при використанні яких здійснення платежів залежить від незалежної перевірки результатів діяльності виконавця.

Ці інструменти мають три спільні основні риси:

- Платежі за заздалегідь узгоджені результати (*забезпечується через відповідні контракти*).
- Одержувач коштів самостійно вирішує, як має бути організована його робота для досягнення (забезпечення) запланованих результатів (*забезпечується через надання постачальникам автономії*).

- Пусковим механізмом для виплати є незалежна перевірка (забезпечується через створення та функціонування системи зовнішнього та внутрішнього контролю якості та ефективності роботи провайдерів).

Таким чином, забезпечення автономії медичних закладів є відправним пунктом і головною передумовою для:

- Підвищення якості та ефективності діяльності публічних медичних закладів загалом і лікарень передусім;
- реструктуризації цих закладів на практиці та ефективного планування їх мережі;
- Планування та залучення інвестицій у публічний сектор системи медичного обслуговування;
- Запровадження нових методів оплати послуг державних і комунальних ЗОЗ.

Сама по собі автономізація публічних ЗОЗ не є панацеєю. Для забезпечення успіху перетворень та досягнення очікуваних результатів щодо поліпшення діяльності лікарень автономізація має застосовуватися паралельно з низкою інших управлінських стратегій. Автономізація не означає всюдозволеність та анархію. Навпаки, автономний заклад має перебувати під пильним публічним контролем.

Головний інструмент такого контролю – стратегічні закупівлі медичних послуг на основі публічних контрактів.

Резолюція Всесвітньої Асамблеї охорони здоров'я «Про роль контрактних відносин у поліпшенні діяльності систем охорони здоров'я» (28/05/2003) закликає членів ВООЗ:

- Забезпечити використання контрактних відносин у цій сфері відповідно до правил і принципів, що відповідають національним політикам ОЗ;
- Формувати таку контрактну політику, що максимально підвищуватиме результативність систем ОЗ;
- Сприяти обміну досвідом залучення до контрактних відносин щодо забезпечення медичного обслуговування публічного та приватного сектору і неурядових організацій.



Рис. 6. Різні внутрішні стимули в трьох організаційних структурах<sup>16</sup>

<sup>16</sup>ВООЗ (2000). Стимули організаційних структур. www.who.int



## ЧОМУ НЕОБХІДНІ ПУБЛІЧНІ КОНТРАКТИ У СФЕРІ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ?

- Розділення постачальника та платника та запровадження конкуренції між постачальниками послуг.
- Чітке та прозоре визначення обов'язкового для усіх переліку послуг, які мають надаватися безоплатно (за рахунок публічного фінансування), та додаткових платних послуг.
- Формування економічної зацікавленості постачальників послуг у результативності та якості своєї роботи, раціональному використанні ресурсів (зокрема за допомогою нових методів оплати).
- Підвищення ступеня автономії постачальників та рівня їх відповідальності за якість.
- Підвищення відповідальності платника за якість фінансування та за забезпечення зовнішнього контролю діяльності постачальника.
- Розвиток пацієнтів як свідомих споживачів медичних послуг і підвищення рівня захисту їх прав.

Саме контакти є головним інструментом вирішення усіх цих питань. Зрештою, саме за допомогою контрактів гроші у системі починають йти за пацієнтом.

Навіть державні та приватні некомерційні автономні лікарні в умовах контрактних відносин з платником отримують відповідні стимули, для того щоб працювати якісно та ефективно з клінічної та економічної точок зору, так як це роблять бізнес-структури.



## **НАВЧАЛЬНИЙ ПРИКЛАД.** СПРОБИ ЗАПРОВАДЖЕННЯ ДЕРЖАВНИХ КОНТРАКТІВ НА ЗАКУПІВЛЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ: ДОСВІД ПРОЄКТІВ ЄС

Єдиною можливою моделлю у рамках проєктів ЄС, що реалізувалися протягом 2004-2009 років, була модель блок-контракту. В рамках цієї моделі покупець (розпорядник бюджетних коштів) погоджується сплатити певну суму коштів в обмін на безоплатний доступ населення до певного кола послуг, і при цьому ціна кожної послуги не декларується.

Однак попри таку, здавалося б, простоту цього виду контракту, він застосовувався в багатьох країнах, які на початковому, перехідному етапі реформ мали подібні з Україною проблеми (відсутність офіційної тарифікації медичних послуг, відсутність чи слабкість відповідних управлінських інформаційних технологій, брак належно підготовлених менеджерів тощо).



## ПЕРЕВАГИ БЛОК-КОНТРАКТУ

Простий у складанні і застосуванні та може бути швидко запроваджений і використаний для підготовки системи до роботи з більш складними контрактами. Він вимагає мінімального ІТ-забезпечення, стимулює провайдера до відмови від надання необґрунтованих послуг, що мають високу вартість. Саме тому цю модель контракту було застосовано у пілотних регіонах проєктів ЄС у 2004-2009 роках.

Елементи блок-контракту, застосовуваного у пілотних проєктах ЄС:

- Предмет договору;
- Права та обов'язки замовника;
- Права та обов'язки виконавця;
- Порядок фінансових розрахунків.

**Таблиця 2.** Блок-контракт – 1-й крок до запровадження контрактуювання медичних послуг в країні (реальні опції)

ПОСЛУГИ, ЩО ПОКРИВАЮТЬСЯ ДОГОВОРОМ	ОБСЯГ ПОСЛУГ	ЯКІСТЬ ПОСЛУГ	ВАРТІСТЬ, ЦІНА	ВИМОГИ ЩОДО ІНФОРМАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ
Всі послуги, що мають надаватися на відповідному рівні (ПМСД, вторинна, третинна допомога) згідно з соціальними нормативами, за винятком тих, що офіційно віднесені до переліку платних	Послуги мають покривати потреби населення зони обслуговування	Мають відповідати стандартам, що затверджені МОЗ	Розмір оплати за договір – загальна сума, що дорівнює запланованим бюджетним асигнуванням на основі нормативів бюджетної забезпеченості	Мінімальні порівняно з більш складними формами контрактів



#### ПЛАНОВІ ІНДИКАТОРИ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ РОБОТИ ВИКОНАВЦЯ

На кінець строку дії контракту виконавець зобов'язаний був досягти конкретних встановлених контрактом значень таких показників:

- Середня тривалість стаціонарного лікування;
- Кількість випадків госпіталізації, на 10 тис. населення;
- Кількість амбулаторних хірургічних втручань, на 10 тис. населення;
- Кількість пацієнтів, що мають бути проліковані у денному стаціонарі, на 10 тис. населення;
- Кількість пацієнтів, що мають бути проліковані в домашньому стаціонарі, на 10 тис. населення;
- Кількість амбулаторних візитів пацієнтів, на 1 тис. населення;
- Кількість викликів швидкої допомоги, на 1 тис. населення.



#### ТИПИ ОПЛАТИ

Стаціонарні послуги – встановлена контрактом середня плата за 1 день перебування в стаціонарі. Встановлений у контракті річний норматив з розрахунку на одного жителя для первинної допомоги. На кінець строку дії контракту Виконавець за рахунок перерозподілу коштів зобов'язаний був досягти такого результату, як збільшення на конкретну величину витрат на придбання лікарських засобів, медичних матеріалів, інструментарію та обладнання порівняно з попереднім роком, тобто перенаправити кошти в інтересах підвищення якості лікування пацієнтів. Дія контракту не поширювалася на надання платних медичних послуг, зазначених у відповідному переліку, затвердженому Постановою Кабінету Міністрів України No 1138 від 17 вересня 1996 р.

Навіть за короткі строки досвіду імплементації, попри усю простоту цих контрактів, їх паралельне застосування з наданням автономії пілотним медичним закладам і повним пулінгом ресурсів місцевої системи охорони здоров'я на рівні районного бюджету продемонструвало більш високу ефективність описаної моделі порівняно з попереднім командно-адміністративним розподілом і фрагментацією бюджетних ресурсів до рівнів сільських і селищних бюджетів, що мала місце на момент реалізації зазначених вище пілотних проєктів.









## ЯКІ ІСНУЮТЬ ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ ЦИХ ПРОБЛЕМ?

1. Реформа має робитися «у головах», змінюючи свідомість тих, хто її робить.
2. Створення додаткових законодавчих та інших нормативно-правових умов, спрямованих на стимулювання організаційних перетворень, встановлення нових прозорих та обов'язкових для усіх правил гри:
  - Мотивація до надання публічної автономії, мотивація до переходу медичних працівників до діяльності в умовах приватної практики;
  - Забезпечення ефективного пулінгу фінансових ресурсів і створення ефективного платника;
  - Офіційне запровадження нових, орієнтованих на результат, прозорих та ефективних методів оплати постачальників медичних послуг.
3. Забезпечення належної підготовки достатньої кількості сучасних менеджерів ОЗ.
4. Поступовість, обережність з приватизацією та комерціалізацією у діяльності публічних ЗОЗ.



## ЩО РОБИТИ ДАЛІ?

Прийнято нове законодавство (Закон України «Про автономізацію ЗОЗ», Закон України «Про державні фінансові гарантії у сфері медичного обслуговування»). Створений єдиний державний платник (НСЗУ) та пул фінансових ресурсів на рівні державного бюджету. Є відповідні методичні матеріали, тепер вже можна діяти.

Вже автономізовано практично усі ЗОЗ сектору ПМД, значну кількість лікарень. Але у багатьох випадках проблеми продовжують залишатися тими ж – деякі місцеві ради відмовляються реорганізувати свої лікарні з бюджетних установ у КНП. «Реформа у головах» йде дуже повільно. Цій реформі треба допомогти.



## ЩО ТРЕБА ЗНАТИ ТА ПАМ'ЯТАТИ МІСЦЕВІЙ ВЛАДІ ПРИ ПРИЙНЯТТІ ПОДАЛЬШИХ РІШЕНЬ?

Обов'язковими умовами для укладення договорів з НСЗУ є:

- Автономізація закладу-надавача (договір укладається з надавачем будь-якої організаційно-правової форми окрім бюджетної установи);
- Наявність діючої ліцензії на провадження діяльності з медичної практики та ліцензії на провадження діяльності з обігу наркотичних речовин та прекурсорів (за потреби);
- Комп'ютеризація та інформатизація закладу – наявність відповідної медичної інформаційної системи (МІС), яку підключено до центральної бази даних Електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ).

Не буде автономії – не буде контракту з НСЗУ. Отже, увесь тягар утримання лікарні – бюджетної установи з 2020 року повністю ляже на плечі тих місцевих рад, які відмовилися від автономізації цих закладів.

Нові обставини, які мають бути враховані при реорганізації ЗОЗ у поточних умовах:

- Треба не просто змінити організаційно-правовий статус кожного ЗОЗ, але, з урахуванням створення госпітальних округів, знайти його власну «нішу» для кожного, визначити місце, на якому кожен ЗОЗ, що входить до складу ГО, буде діяти максимально якісно й ефективно.
- Необхідно створити принципово нові для України, поки що відсутні тут типи лікарень на базі тих, що існують зараз. Це дуже складне і одне з головних завдань стратегічного плану розвитку ГО.



**Ризики та можливості реорганізації** (робота в групах). *Запитайте, які елементи реорганізації можуть бути і запишіть їх на аркуші (автономізація, скорочення підрозділів, зміна виду послуг, що надаються, інше?)* (5 хв)

*Об'єднайте учасників у групи відповідно до кількості елементів. Попросіть групи обговорити, які ризики та можливості є на цьому етапі (кожна група – один елемент). Одна людина записує результати обговорень, залишаючись «зберігачем записів» на всіх етапах. Кожний раунд триває 5 хв. Після раунду учасники йдуть по колу до наступного столу. «Зберігач записів» розповідає, що обговорили і додає ідеї інших учасників. Всього до 20 хв.*

**Презентація груп** (15 хв).

*Запитайте, який відсоток закладів у ГО госпітального округу вже автономізувався.*



**ПІДСУМКИ** (3 хв): аналіз ситуації має показати, що має робити заклад, щоб стати життєстійким у час змін. Треба пам'ятати, що в нових умовах є не тільки бар'єри, але й можливості, і наше завдання їх максимально використати.



#### **Список рекомендованої літератури:**

- *«Методичні рекомендації з питань перетворення закладів ОЗ з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства». МОЗ від 14 лютого 2018 р. Режим доступу: [https://moz.gov.ua/uploads/0/3562-moz\\_metod\\_recomendations\\_autonomization\\_2018\\_ua\\_final\\_web.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/0/3562-moz_metod_recomendations_autonomization_2018_ua_final_web.pdf)*
- *Програма «U-LEAD з Європою» (2019). «Стратегічне планування в секторі охорони здоров'я в об'єднаних територіальних громадах». Режим доступу: <https://decentralization.gov.ua/news/11845>*

Сесія 3.

## МІЖСЕКТОРНЕ ПЛАНУВАННЯ ЗАРАДИ ПОКРАЩЕННЯ ЗДОРОВ'Я ТА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РІВНОСТІ



**Мета:** Обговорити необхідність міжсекторного планування заради покращення здоров'я та забезпечення рівності.



**Завдання:**

- Дізнатися про складові міжсекторного планування в охороні здоров'я;
- Обговорити важливість міжсекторного планування в охороні здоров'я;
- Зробити перелік секторів, які необхідно залучити до планування в охороні здоров'я на рівні госпітального округу.



**Методи:** презентація, обговорення в малих групах.



**Матеріали:** папір для фліпчарту, маркери, фліпчарт, проєктор, газети 10-15 шт., скотч – 3 шт, ножиці – 3 шт.



**Час:** 120 хв.



**Хід сесії:**

**Вправа «Порт». Командна робота (30 хв)**

Підготуйте такі матеріали: газети 10-15 шт., скотч – 3 шт, ножиці – 3 шт.

**Завдання:** об'єднайте учасників в три команди і попросіть кожну команду побудувати елемент «Порту» з підручних засобів (газети, скотч, ножиці). На аркушах паперу написати завдання для роботи груп.

Підкреслити, що переможця в цьому завданні не має бути, працюєте в командах, але на загальний результат.

- Група 1. Будує корабель, який може пройти під мостом, який побудує група 2.
- Група 2. Будує міст, під яким може пройти корабель, який побудує група 1.
- Група 3. Будує підйомний кран, який є вищим за міст, який побудує група 2.

5 хв можна обговорювати, яким чином виконати завдання, 10 хв на виконання завдання.

**Обговорення (15 хв):**

- *Що сприяло виконанню завдання?*
- *Що заважало виконанню завдання?*
- *Якщо цю ігрову ситуацію перевести в площину діяльності в сфері охорони здоров'я на рівні госпітального округу, які висновки можна зробити? Які ідеї, думки щодо покращення співпраці на рівні госпітального округу виникли в результаті виконання цього завдання?*

**Презентація «Міжсекторне планування заради покращення здоров'я та забезпечення рівності» (30 хв)**



### Інформація для тренера:

Політична воля, особливо у формі політичної підтримки – найважливіший фактор успішної реалізації багатогалузевих і міжгалузевих ініціатив.

Звіт ВООЗ підкреслює важливість залучення державних службовців і регіональних органів влади для досягнення спроможності та зобов'язань щодо їх виконання. Політична воля може виражатися у формуванні комітетів чи рад високого рівня, в ухваленні резолюцій та планів дій, що стосуються питань охорони здоров'я та добробуту.



### ЩО ТАКЕ ЗДОРОВ'Я?

Здоров'я – це стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороби. Задоволення найвищого рівня здоров'я – основне право кожної людини незважаючи на расу, релігію, політичні погляди, економічний чи соціальний стан<sup>17</sup>.

Нерівності щодо здоров'я – внаслідок інфекційних чи неінфекційних захворювань, травм чи ризиків, таких як зміна клімату пов'язані із детермінантами здоров'я. Соціальні детермінанти здоров'я (СДЗ) – це умови, в яких люди народжуються, ростуть, працюють, живуть і старіють, а також широкий набір систем, які формують умови повсякденного життя – економічну політику та системи, програми розвитку, соціальні норми, політику та політичні системи. Соціальні й економічні умови, їх вплив на життя людей та пов'язані з цим розбіжності в тривалості життя та стані здоров'я також є нерівністю у здоров'ї, оскільки їх можна уникнути.

Що таке міжгалузеве планування в охороні здоров'я задля забезпечення рівності? Справедливість у сфері охорони здоров'я – важливий елемент для будь-якої країни. Міжгалузеве планування передбачає, що уряди й інші зацікавлені сторони активно реагують на детермінанти нерівностей у сфері охорони здоров'я, визначаючи та просуваючи міжгалузеві дії як невіддільну складову процесу планування у сфері охорони здоров'я.



### ДЛЯ ЧОГО НАМ ПОТРІБНО МІЖГАЛУЗЕВЕ ПЛАНУВАННЯ?

Воно стосується факторів здоров'я та клінічних послуг для досягнення більшої стійкості результатів шляхом: визначення та протистояння факторам ризику щодо погіршення здоров'я населення спільними зусиллями, підвищення рівня справедливості, підтримки досягнення цілей сталого розвитку.



### КОЛИ МИ ПОВИННІ ЗАЛУЧАТИ ІНШІ СЕКТОРИ?

З початку процесу планування на національному рівні. Однак міжгалузеве планування не є лінійним процесом, тому його слід розглядати як безперервний процес з великою кількістю напрямів, який постійно розвивається.



### ХТО ПОВИНЕН БРАТИ УЧАСТЬ У ПЛАНУВАННІ?

Сектор охорони здоров'я повинен розуміти інтереси та ролі багатьох інших секторів. Усі сектори повинні бути залучені.

<sup>17</sup> ВООЗ. Визначення здоров'я. Режим доступу: <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>



## ЯК НАМ ПЛАНУВАТИ ТА ЗДІЙСНЮВАТИ МІЖГАЛУЗЕВІ ДІЇ?

Важливо створювати взаєморозуміння між сектором охорони здоров'я та всіма іншими відповідними секторами, брати участь у політичному діалозі та переговорах, брати до уваги соціальні детермінанти здоров'я та рівень нерівності у різних секторах<sup>18</sup>.

Перед тим як розробляти робочий план, нам необхідно проаналізувати рівень залучення зацікавлених сторін і дані, які потрібні для дослідження зовнішнього та внутрішнього середовищ<sup>19</sup>.



### **Групова робота. Міжсекторне планування.** (60 хв)

*Попросити учасників індивідуально записати сектори/організації/установи, які потрібно залучити до стратегічного планування на рівні госпітального округу (5 хв).*

*Попросити обговорити варіанти в парі (5 хв).*

*Об'єднати учасників у групи по чотири, попросити обговорити та на аркушах записати сектори, які потрібно залучити до планування (10 хв).*

**Презентація роботи груп, обговорення (40 хв).** *Аркуші наклеїти на фасилітаційну дошку (ті, які повторюються, не називати). За потребою згрупувати.*

## Сесія 4.

## АНАЛІЗ ЗАЦІКАВЛЕНИХ СТОРІН



**Мета:** Провести аналіз зацікавлених сторін, які будуть залучені до розробки стратегії



### **Завдання:**

- Обговорити рівні залучення зацікавлених сторін;
- Обговорити способи залучення зацікавлених сторін;
- Обговорити, які дані потрібно зібрати та яким способом.

**Презентація 7.** «Аналіз зацікавлених сторін» (15 хв)

<sup>18</sup>World Health Organization. (2016). Strategizing national health in the 21st century: a handbook. World Health Organization.

Режим доступу: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250221>

<sup>19</sup>ВООЗ (2018), Багатосекторні та міжсекторні дії задля покращення здоров'я та благополуччя для всіх. ВООЗ в Європейському регіоні. Режим доступу: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2018/multisectoral-and-intersectoral-action-for-improved-health-and-well-being-for-all-mapping-of-the-who-european-region-governance-for-a-sustainable-future-improving-health-and-well-being-for-all-2018>

## Інформація для тренера:



### ФОРМУВАННЯ КОМІТЕТУ ЗІ СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУВАННЯ

Варто сформувати робочу групу (комітет) зі стратегічного планування для прийняття рішень і загальної координації процесу СП. В ідеалі кількість осіб в групі буде від 5 до 12.

*Запитати, хто має входити в таку групу? Записати.*



### РІВЕНЬ ЗАЦІКАВЛЕНИХ СТОРІН

Первинні зацікавлені сторони – люди чи групи, на яких найбільше впливає організація чи мережа. Вторинні зацікавлені сторони – люди/групи, які напряму не залучені, але є важливими і впливовими. Після того як ми визначили зацікавлені сторони, нам потрібно подумати, який інтерес є в них?

Після цього визначити тип інформації, який потрібно зібрати від різних зацікавлених сторін. Інструменти з аналізу зацікавлених сторін допомагають зрозуміти, як отримати допомогу від тих, хто підтримує вас, як залучити, як нейтралізувати тих, хто проти.



**Рис. 8.** Інструменти з аналізу зацікавлених сторін

Зацікавлені сторони записуються в одному з квадрантів. Стейкхолдери, які найбільш важливі для нашого успіху записуються у верхньому кутку справа, найменш важливі – у нижньому зліва.

**Промоутери** – у них велика зацікавленість та влада, щоб привести до успіху. **Захисники** – можуть залучити свою спільноту, але мають мало реальної влади впливати. **Латентні** – не мають інтересу чи залучення, але мають владу впливати, якщо їх зацікавити. **Апатичні** – мало інтересу чи влади і можуть навіть не знати про те, що відбувається. Не всіх стейкхолдерів потрібно залучати в процес стратегічного планування, але корисно подумати, хто яку роль відіграє. Коли розробляється проєкт підготовки стратегічного плану, нам потрібно визначити:

1. Кого потрібно включити і як?
2. Визначити ключові зацікавлені сторони, які потрібні в стратегічному процесі.
3. Зробити перелік стейкхолдерів та рівень їх залучення в процесі розробки стратегії<sup>20</sup>.

*Запитайте учасників, навіщо взагалі залучати зацікавлені сторони до розробки стратегії.*

<sup>20</sup> NACCHO (2010), Розробка стратегічного плану місцевого департаменту охорони здоров'я: покрокове керівництво. Режим доступу: <https://www.naccho.org/uploads/downloadable-resources/Programs/Public-Health-Infrastructure/StrategicPlanningGuideFinal.pdf>

Рівні залучення:

1. Ті, хто приймають рішення.
2. Члени стратегічного комітету.
3. Допомагають з ресурсами (дані, рекомендації).
4. Треба інформувати про процес і результати.



### Аналіз зацікавлених сторін. Робота в групах (45 хв)

Об'єднати учасників у 4 групи по ГО, які вони представляють, попросити:

- 1) Обговорити, які установи/люди/організації/групи впливають на сферу охорони здоров'я на рівні госпітального округу, який вони представляють. Визначити їхню категорію – латентні, промоутери, апатичні чи захисники і занести їх на аркуш фліпчарту у вигляді квадранту. (15 хв)



**Презентація групової роботи (10 хв).** Почати з апатичних – перша група презентує, інші додають, що не назвали. Потім – захисники, після них – промоутери і насамкінець – латентні. Підкреслити, що більш важливі для нас групи – латентні та промоутери, їх обов'язково потрібно залучати до процесу стратегічного планування, інших – як мінімум, інформувати. Захисники, як і промоутери можуть надати нам значну підтримку, на них ми можемо спиратися.

- 2) Попросити обговорити та занести зацікавлені сторони в таблицю в робочому зошиті (10 хв). Пояснить, що дія, яка потрібна – це те, що ви від них очікуєте. Наприклад – надати дані або приміщення для обговорення стратегічного плану, затвердити стратегічний план розвитку та інше. Під час групових обговорень допомогти учасникам коректно сформулювати дії, які очікуються.

ЗАЦІКАВЛЕНА СТОРОНА	РІВЕНЬ ЗАЛУЧЕННЯ	ДІЯ, ЯКА ПОТРІБНА

- 3) **Обговорення (5 хв):** запитати учасників, які основні висновки вони можуть зробити в результаті виконання цього завдання? Який рівень залучення та очікувані дії від ЗОЗ, які входять до госпітального округу? Від місцевої влади? Департаменту ОЗ області?



**Мета:** підвищити рівень знань щодо проведення ситуаційного аналізу на рівні госпітального округу.



#### Завдання:

- Обговорити, що таке ситуаційний аналіз в секторі охорони здоров'я.
- Обговорити, чому потрібно проводити ситуаційний аналіз взагалі і під час стратегічного планування?
- Обговорити, коли і як має проводитися ситуаційний аналіз.
- Обговорити, кого потрібно залучати до проведення ситуаційного аналізу в охороні здоров'я.



**Методи:** обговорення в групах.



**Матеріали:** папір для фліпчарту, маркери, фліпчарт.



**Час:** 60 хв.



#### Хід сесії:

**Що таке ситуаційний аналіз в секторі охорони здоров'я.** Обговорення в групах (30 хв)

Об'єднати учасників у 4 групи, попросити обговорити в групах: що таке ситуаційний аналіз в секторі охорони здоров'я (1 група); чому потрібно проводити ситуаційний аналіз взагалі і під час стратегічного планування зокрема (2 група); коли і як має проводитися ситуаційний аналіз; кого потрібно залучати до проведення ситуаційного аналізу в охороні здоров'я (3 група). Тривалість обговорень – 10 хв.

**Презентації напрацювань груп** (20 хв) (по п'ять хвилин на кожен групу).



#### Інформація для тренера:



ЩО ТАКЕ АНАЛІЗ СИТУАЦІЇ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я?

Варіанти відповідей:

- Він має на меті оцінити поточну ситуацію в секторі охорони здоров'я, щоб зрозуміти сильні та слабкі сторони, можливості та загрози, знайти доказову базу, яка допоможе задовольнити потреби й очікування населення у галузі охорони здоров'я.
- Характеристики ситуаційного аналізу: партисипативний та інклюзивний, аналітичний, відповідний, комплексний і заснований на доказовій базі.



ЧОМУ СЛІД ПРОВОДИТИ АНАЛІЗ СИТУАЦІЇ?

- Це важливий крок у циклі планування.
- Він надає можливість висловитися всім зацікавленим сторонам, включаючи населення.
- Проведення ситуаційного аналізу підвищує підзвітність і прозорість.
- Він підтримує та посилює моніторинг та оцінювання.
- Допомагає зрозуміти ролі та обов'язки зацікавлених сторін.
- Допомагає встановити консенсус щодо стану здоров'я.





## КОЛИ І ЯК ПРОВОДИТЬСЯ СИТУАЦІЙНИЙ АНАЛІЗ?

- На початковому розвитку системи охорони здоров'я.
- В ідеалі щонайменше один раз протягом впровадження циклу політики та планування.
- Повторювати кожні кілька років, щоб зрозуміти погляди зацікавлених сторін.
- Рекомендується залучати команди для проведення аналізу. Робочі групи для проведення аналізу мають складатися з відповідних експертів і зацікавлених сторін у галузі охорони здоров'я, яким надається достатній простір і час для діалогу.
- Важливо знайти спільне розуміння проблем і рішень у галузі охорони здоров'я.



## ХТО ПОВИНЕН БРАТИ УЧАСТЬ В АНАЛІЗІ СИТУАЦІЇ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я?

Три основні функції успішного аналізу ситуації: активна участь багатьох зацікавлених сторін, прийняття спільних рішень, організація та координація<sup>21</sup>.

**Презентація 8.** Ситуаційний аналіз при розробці стратегічного плану госпітального округу (30 хв)

*Запитайте учасників, що таке гарна система охорони здоров'я?*

Гарна система охорони здоров'я надає якісні послуги усім людям, коли і де вони цього потребують. Точна конфігурація організації надання послуг залежить від конкретної країни, але у будь-якому випадку необхідні:

- Надійний механізм фінансування;
- Добре навчені й адекватно оплачувані кадри;
- Достовірна інформація, на якій ґрунтуються рішення та політики, що визначаються за допомогою цих рішень;
- Підтримувані у гарному стані заклади ОЗ та забезпечення належної логістики для забезпечення пацієнтів якісними ліками і технологіями.

*Запитайте, які існують 7 принципів якісної системи охорони здоров'я.*

1. **Безпека** – надання медичних послуг не має шкодити пацієнтам.
2. **Орієнтація на потреби пацієнтів** (клієнт (пацієнт)-центрований підхід) – діяльність усієї системи охорони здоров'я підпорядкована передусім необхідності забезпечення потреб пацієнтів на максимально можливому високому рівні.
3. **Ефективність** – коректне надання медичних послуг, розвиток людського потенціалу й ефективне використання медичного обладнання для швидкого одужання пацієнта.
4. **Підзвітність** – система моніторингу та оцінювання забезпечує покращення системи ОЗ та відповідальність розподіляється між зацікавленими сторонами.
5. **Доступність** – означає відсутність бар'єрів в отриманні послуг, зумовлених географічними та фінансовими факторами.
6. **Неупередженість** – рівень та якість надання ОЗ не має залежати від таких факторів як гендер, вік, соціальний статус, сексуальна орієнтація. Цей принцип, у свою чергу, базується на принципі рівності, згідно з яким потреби кожного пацієнта є однаково важливими.
7. **Партнерство** – цей принцип передбачає забезпечення максимально можливої користі для пацієнта, персоналу, лікарень та спільноти і може бути реалізований тільки через успішну взаємодію між всіма зацікавленими сторонами.

<sup>21</sup> WHO. (2016). Strategizing national health in the 21st century: a handbook. World Health Organization. Режим доступу: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250221>

Запитайте, з яких основних елементів складається цикл стратегічного планування в охороні здоров'я.



Рис. 9. Цикл стратегічного планування в охороні здоров'я

*Запитайте, на які питання відповідає стратегічне планування.*

1. Які послуги ми пропонуємо і чому?
2. Чи повинні ці сервісні лінії будь-яким чином змінюватися, видалятися або вдосконалюватися?
3. Чи не занадто диверсифіковані (різнобічні, різнопланові) наші послуги?
4. Чи достатньо у нас диверсифікації (різнобічності) у наданні послуг?
5. Якими повинні бути «основні послуги», які ми реалізуємо в наступному році?
6. Як ми можемо підготуватися до «натиску» технології в галузі охорони здоров'я?
7. Як ми продаємо наші послуги?
8. Як ми визначаємо цілі?
9. Хто наші пацієнти/клієнти, скільки їх є? Прогноз їх кількості на майбутнє.
10. Чи присутні ми в Інтернеті, що привабить пацієнтів?
11. Чи забезпечуємо ми стеження за своїм соціальним середовищем та управління ним?
12. Чи перебуваємо ми «на вершині» всіх відповідних регуляторних змін?

Після відповіді на поставлені вище запитання, наступним завданням є збір інформації, яка описує поточну ситуацію в організації та середовище, в якому вона працює. Це так званий ситуаційний аналіз або аудит.

- Ситуаційний аналіз – це основний інструмент стратегічного планування.
- Зазвичай він включає:
  - 1) Опис організації, зокрема її історію, цінності, місію, програми, лідерство, кадрове забезпечення та фінанси.
  - 2) У багатьох випадках – SWOT-аналіз (детальний аналітичний виклад сильних, слабких сторін, можливостей і загроз).
  - 3) Іноді – PEST-аналіз (аналіз політичних, середовищних, соціальних і технічних факторів, які у даний час впливають на організацію).

Багато організацій використовують обидва зазначених вище підходи (особливо тоді, коли йдеться про радикально іншу програму майбутньої діяльності, придбання або будівництво нових об'єктів, злиття об'єктів тощо).

Очевидно, що при розробці стратегічних планів (планів розвитку) госпітальних округів варто зробити і те, й інше!



**Рис. 10.** Складові ситуаційного аналізу



## ДЛЯ ЧОГО СТВОРЕНО ГОСПІТАЛЬНІ ОКРУГИ?

Для впорядкування мережі закладів охорони здоров'я у спосіб, який би дозволив забезпечити якість, своєчасність надання медичної допомоги населенню, ефективно використання бюджетних коштів для надання спеціалізованої допомоги жителям відповідних територій. Це означає, що перед початком формування стратегічного плану ГО має проаналізувати поточну ситуацію у кожному ЗОЗ, що входить до складу ГО.

Цей аналіз має бути проведений у відповідних вимірах оцінки діяльності лікарень і необхідний для визначення майбутнього місця, ролі кожного ЗОЗ у складі ГО, планування адекватних заходів з розвитку в межах кожного конкретного ЗОЗ та ГО загалом.

**Таблиця 3.** Концептуальна модель оцінки вимірів і субвимірів діяльності лікарень<sup>22</sup>

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ	ТЕХНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ	ОРІЄНТОВАНІСТЬ ПЕРСОНАЛУ	ВІДПОВІДАЛЬНЕ УПРАВЛІННЯ
Безпека			
Орієнтованість на пацієнта			

**Таблиця 4.** Опис вимірів і субвимірів діяльності лікарень

ВИМІР	ВИЗНАЧЕННЯ	СУБВИМІР
<b>Клінічна ефективність</b>	Клінічна ефективність – це вимір діяльності, у якому лікарня, відповідно до сучасного стану знань, відповідним чином і компетентно надає клінічну допомогу або послуги, і досягає бажаних результатів, які, ймовірно, мають найбільшу користь для всіх пацієнтів	Відповідність процесів надання допомоги, результатів процесів надання допомоги, адекватність допомоги
<b>Технічна ефективність</b>	Технічна ефективність – це оптимальне використання наявних ресурсів для отримання максимальних результатів	Доцільність надання послуг, співвідношення вхідних ресурсів з результатами надання допомоги, використання наявних технологій для досягнення найкращої можливої допомоги
<b>Орієнтованість персоналу</b>	Орієнтованість персоналу – це забезпечення належної кваліфікації персоналу лікарні для надання необхідної допомоги пацієнтам, можливості персоналу продовжувати навчання, працювати в сприятливих умовах та отримувати задоволення від своєї роботи	Здорове робоче середовище, перспективи та визначення індивідуальних потреб, заходи з підтримки здоров'я та ініціативи з безпеки, поведінкові реакції та стан здоров'я
<b>Відповідальне управління</b>	Відповідальне управління – це ступінь реагування лікарні на потреби громади, забезпечення безперервності та координації догляду, сприяння здоров'ю, інновації та надання допомоги всім громадянам незалежно від расових, фізичних, культурних, соціальних, демографічних або економічних особливостей	Інтеграція у систему та громаду, орієнтація на громадське здоров'я

<sup>22</sup> PATH (2007), Інструмент оцінки якості в лікарнях <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107808>

<b>Безпека</b>	Безпека - це вимір діяльності, в якому лікарня має відповідну структуру і використовує процеси надання допомоги, які помітно запобігають або зменшують шкоду або ризик для пацієнтів, медичних працівників і навколишнього середовища, і які також сприяють реалізації цього принципу	Безпека пацієнтів, безпека персоналу, безпека оточуючого середовища
<b>Орієнтованість на пацієнтів</b>	Орієнтованість на пацієнтів – це вимір діяльності, в якому лікарня ставить пацієнтів у центрі процесу догляду та надання послуг, приділяючи особливу увагу потребам пацієнтів та їхніх сімей, їх очікуванням, автономії, доступу до мереж лікарняної підтримки, спілкуванню, конфіденційності, гідності, вибору провайдера, і прагнення до оперативного, своєчасного догляду	Орієнтованість на споживача, повага до пацієнтів

## ІНДИКАТОРИ ДЛЯ ОЦІНКИ КЛІНІЧНОЇ ТА ТЕХНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРНІ

### Клінічна ефективність: основний набір

- C1. Частота кесарева розтину.
- C2. Профілактичне застосування антибіотиків (планова операція з приводу колоректального раку, аорто-коронарного шунтування, ендопротезування кульшового суглоба, гістеректомії).
- C3. Смертність (гострий інфаркт міокарда, інсульт, набута поза межами лікарні пневмонія, перелом шийки стегна, аорто-коронарне шунтування).
- C4. Рівень повторної госпіталізації (гострий інфаркт міокарда, інсульт, набута поза межами лікарні пневмонія, перелом шийки стегна, аорто-коронарне шунтування, астма, цукровий діабет).
- C5. Рівень застосування одnodенної (амбулаторної) хірургії для восьми індикаторів (видалення катаракти, артроскопія коліна, пахові грижі, кюретаж матки, тонзилектомія та/або аденоїдектомія, холецистектомія, перев'язка маткових труб, флебектомія).
- C6. Госпіталізація після одnodенної (амбулаторної) хірургії (маркери, аналогічні для C5).
- C7. Повернення до відділення інтенсивної терапії.

### Технічна ефективність (продуктивність): основний набір

- C8. Середня тривалість перебування у стаціонарі (гострий інфаркт міокарда, інсульт, набута поза межами лікарні пневмонія, перелом шийки стегна, аорто-коронарне шунтування).
- C9. Рівень використання операційної.

### Клінічна ефективність та безпека: спеціальні індикатори

- T1. Час «від дверей до голки».
- T2. Комп'ютерна томографія після інсульту.
- T3. Пацієнти після гострого інфаркту міокарда, виписані з призначенням аспірину.
- T4. Показники смертності (C3) з більш удосконаленою поправкою на ризик.
- T5. Індикатори повторної госпіталізації (C4) з вдосконаленою поправкою на ризик.
- T6. Проліжні у хворих на інсульт і переломи.
- T7. Частота госпітальних інфекцій.

## ПРИКЛАДИ ОСНОВНИХ ІНДИКАТОРІВ ДЛЯ АНАЛІЗУ ОРІЄНТОВАНІСТІ ПЕРСОНАЛУ, ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ УПРАВЛІННЯ ТА ОРІЄНТОВАНІСТІ НА ПАЦІЄНТА

### Орієнтованість персоналу

- С10. Витрати на навчання персоналу.
- С11. Прогули.
- С12. Надмірний робочий час.
- С13. Травматизм внаслідок використання голок.
- С14. Поширеність куріння серед персоналу.

### Відповідальне управління

- С15. Рекомендації щодо грудного вигодовування при виписці.
- С16. Забезпечення наступності у наданні медичної допомоги.

### Орієнтованість на пацієнта

- С17. Відповідність очікуванням пацієнтів.

**Таблиця 5.** Критерії для вибору індикаторів

РІВЕНЬ	КРИТЕРІЙ	ПРОБЛЕМА, ЩО РОЗГЛЯДАЄТЬСЯ У МЕЖАХ КРИТЕРІЮ
<b>Набір індикаторів</b>	Очевидна (зовнішня) валідність (достовірність)	Чи є індикатор прийнятним як такий для потенційних користувачів?
	Валідність (достовірність) змісту	Чи всі виміри охоплені належним чином?
	Конструктивна валідність (достовірність)	Як індикатори співвідносяться один з одним?
<b>Індикатори</b>	Важливість та актуальність	Чи відображає індикатор аспекти функціонування, які мають значення для користувачів, та мають відношення до поточного контексту медичного обслуговування?
	Потенціал для використання (і зловживання) та чутливість до реалізації	Чи можуть лікарні діяти за цим показником, якщо він виявляє проблему?
<b>Інструменти вимірювання</b>	Очевидна (зовнішня) валідність (достовірність)	Чи існує консенсус серед користувачів і експертів, що цей інструмент вимірювання пов'язаний з виміром (або субвиміром), який він повинен оцінювати?
	Валідність (достовірність) змісту	Чи пов'язаний цей інструмент вимірювання із показниками субвиміру діяльності, які він повинен оцінювати?
	Контекстуальна валідність (достовірність)	Чи є цей індикатор дійсним у різних контекстах?
	Конструктивна валідність (достовірність)	Чи пов'язаний цей індикатор з іншими індикаторами, які вимірюють аналогічний субвимір діяльності лікарні?
	Тягар, зумовлений збором даних	Чи доступні дані та легко отримати доступ до них?
	Надійність	Чи продемонстровано надійність (відтворюваність) даних?

Збір та аналіз відповідних даних і визначення відповідних індикаторів є життєвою необхідністю:

- Для оцінки поточної ситуації.
- Для визначення того, чого ми хочемо досягти (власне формулювання стратегічного плану).
- Для вимірювання результатів впровадження плану.

## Сесія 6.

## МЕТОДОЛОГІЯ СИТУАЦІЙНОГО АНАЛІЗУ



**Мета:** Ознайомитися з методикою проведення ситуаційного аналізу в охороні здоров'я.



### Завдання:

- Познайти з напрямками аналізу;
- Обговорити кроки організації ситуаційного аналізу;
- Розробити перелік даних щодо здоров'я, який потрібно проаналізувати.



**Методи:** робота в групах, презентація.



**Матеріали:** презентація, аркуші для фліпчарту, аркуші паперу різнокольорові.



**Час:** 70 хв.



### Хід сесії:

**Сфери аналізу.** Групова робота (30 хв)

Об'єднайте учасників у 2 групи, попросіть учасників однієї групи подумати, які складові потрібно проаналізувати для стратегічного плану на рівні закладу охорони здоров'я, а другу групу – для стратегічного плану на рівні госпітального округу. Індивідуально (5 хв), в парах (5 хв), в групах по 5 (10 хв), кожен складову записати на окремому аркуші. Презентація напрацювань. Додайте, чого не вистачає. Наклеїти на фасилітаційну стіну (10 хв). Попросіть учасників зробити фото напрацювань, бо ці елементи потрібно буде проаналізувати під час аналізу даних для стратегічного планування.



### Інформація для тренера:

Сфери для аналізу:

- Послуги: рівень надання медичних послуг, пакет послуг, система направлення, якість лікування (як довго, догляд, доступність), первинна медична допомога, охоплення, поведінка щодо пошуку послуг, потреби в послугах, роль приватних надавачів послуг, традиційної медицини.
- Фармацевтичні препарати і потреби: закупівля, постачання ліків, матеріалів, банк крові, контрацептиви та інше.

- Обладнання та ресурси: планування та управління, стандарти інфраструктури, логістики, картування закладів охорони здоров'я (які є і які плануються), утримання будівель.
- Кадри: потреби, проблеми, реєстрація та ліцензування, супервізія, навчання, технічна допомога.
- Фінансові ресурси: середньострокові плани, практика розподілення ресурсів, фінансова доступність, бюджетування, фандрейзинг, фінансове управління, внутрішній контроль, аудит.
- Управління: адміністративне й управлінське законодавство та положення. Виконання і адміністрування, процедури планування, закупівлі.
- Координація та лідерство і реформи: розвиток інституцій, мультисекторальне співробітництво, міжнародне співробітництво, децентралізація сектору здоров'я, громадське/приватне партнерство.
- Інформаційні системи: моніторинг і огляд, обмін знаннями, дослідження.
- Політики сектору: процес розвитку стратегії та політик, затвердження контекстів (гендер, рівність, права людини). Дотримання державних політик.
- Стан здоров'я: тренди за головним індикаторами здоров'я, епідеміологічні дані порівняно з іншими регіонами, результати за пріоритетними програмами здоров'я, аналіз факторів і причин<sup>23</sup>.



### Конкуренція чи співробітництво (5 хв)

Подивіться з учасниками коротке відео й обговоріть:

<https://www.youtube.com/watch?v=jWWxNribPb8>

- Які висновки ви можете зробити після перегляду цього мультика?
- Зі зміною системи фінансування медичні заклади працюватимуть в умовах вільної конкуренції, але здоров'я пацієнта залежить від злагодженої роботи всіх закладів на рівні госпітального округу. Аналіз даних на рівні госпітального округу дозволить нам звернути увагу саме на потреби населення регіону.

### Презентація. Три напрями аналізу (10 хв)



### Інформація для тренера

Три окремі напрями потрібно дослідити в процесі аналізу ситуації: аналіз даних щодо ефективності сектору охорони здоров'я згідно з певними індикаторами, аналіз впровадження діяльності, бюджету і фінансів, аналіз ефективності впровадження національних політик і планів: політичний діалог із стейкхолдерами щодо сильних і слабких сторін системи та програм.

#### Напряма 1. Аналіз даних про стан здоров'я

Поглиблений аналіз та узагальнення всіх відповідних даних є вирішальним для оцінювання ефективності та кращого розуміння пріоритетних проблем, основних викликів і нагальних пріоритетів, які слід охопити. Крім даних, які вже зараз збираються в охороні здоров'я, цей крок повинен виявити тенденції та зміни в часі, особливо щодо основних причин захворюваності та смертності.

<sup>23</sup> WHO. (2016). Strategizing national health in the 21st century: a handbook. World Health Organization. Режим доступу: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250221>



Аналіз даних про стан здоров'я повинен бути зосереджений на національних пріоритетах. Екологічні чи політичні зміни теж потрібно брати до уваги, зокрема зміни, пов'язані з децентралізацією. Необхідними є також дані цільових досліджень.



Рис. 11. Напрями аналізу

Приклади даних, які потрібні: національні плани, опитування населення щодо репродуктивного здоров'я або інших показників, демографічні опитування щодо здоров'я, індикатори щодо захворювання на інфекційні та неінфекційні захворювання (дані статистики), оцінка закладів (наявність послуг, готовність до них), опитування населення щодо задоволення послугами, адміністративні дані (звіти, дані щодо персоналу та його навчання, інфраструктури, обладнання, інше), звіти щодо смертності та причин смертності, інформаційна система, дані щодо здоров'я матері та дитини), дослідження, оцінка програм, звіти та документи закладів та управлінь.

*Запитати, як зібрати та проаналізувати ці дані? Які можливості в нас є?*

### Напрямок 2. Аналіз виконання заходів, бюджетів і фінансування сфери охорони здоров'я

Аналіз необхідно організувати навколо бюджетного та планувального циклу: починаючи з витрат на послуги та видатків на охорону здоров'я. Необхідно провести аналіз виконання бюджету та адекватність фінансування послуг. Необхідно пов'язати аналіз даних про стан здоров'я при перегляді клінічної діяльності в закладах охорони здоров'я та показниками ефективності.

Приклади даних для аналізу: звіти різних рівнів регіонального та місцевого рівня, аудиторські звіти, ціноутворення в охороні здоров'я, огляди державних витрат, звіти донорів, інше<sup>24</sup>.

*Запитати, як зібрати та проаналізувати ці дані? Які можливості в нас є?*

### Напрямок 3. Аналіз ефективності напрямів діяльності національних послуг охорони здоров'я шляхом політичного діалогу

Цей напрям спрямований на оцінку та аналіз того, що працює, а що не працює в системі охорони здоров'я, а також у політиках і стратегіях. Він заснований на оцінці сильних і слабких сторін різних елементів охорони здоров'я та її програм не лише технічними експертами, а й постачальниками послуг, представниками населення, бенефіціарами, національними та міжнародними партнерами й органами місцевого самоврядування. Ключовим є об'єднання поглядів експертів з думками членів громади, які користуються системою охорони здоров'я щодня.

<sup>24</sup>WHO. (2016). Strategizing national health in the 21st century: a handbook. World Health Organization. Режим доступу: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250221>



### **Аналіз даних. Групова робота (25 хв)**

Наступне, що потрібно знати перед тим, як розробити план – подумати, які дані вже є, а які потрібно зібрати за допомогою опитування, фокус груп, інтерв'ю. Спочатку потрібно проаналізувати вже відомі дані.

*Об'єднати учасників у три групи, попросити обговорити та записати: які дані про здоров'я населення та надання послуг вже є і де їх взяти, які дані потрібно зібрати і як це зробити (1 група), які дані щодо виконання заходів, бюджетів і фінансування сфери охорони здоров'я вже є, а які потрібно зібрати (2 група), які дані для аналізу того, що працює, а що не працює в системі охорони здоров'я, а також у політиках і стратегіях вже є, а які потрібно зібрати (2 група). 10хв. Результати обговорення записати в робочих зошитах.*

### **Презентація, доповнення (15 хв).**

Сесія 7.

## ПІДСУМОК ДНЯ ТРЕНІНГУ



**Мета:** зробити підсумок другого дня тренінгу.



### **Завдання:**

- Отримати зворотний зв'язок від учасників.
- Пригадати матеріал, опанований під час другого дня тренінгу.



**Методи:** індивідуальна робота, обговорення.



**Матеріали:**



**Час:** 20 хв.



### **Хід сесії:**

1. Попросити учасників пригадати, що вони робили/запам'ятали в другий день тренінгу, як будуть використовувати отримані навички та знання (2 хв).
2. Попросити учасників обговорити в парі з тим, з ким ще мало спілкувався, що робили/запам'ятали в другий день тренінгу, як будуть використовувати отримані навички та знання (5 хв).
3. Кожний учасник по колу говорить по 1 фразі/слову, чим запам'ятався сьогоднішній день (13 хв).

3  
ДЕНЬ

Сесія 1.

## ВСТУП



**Мета:** актуалізувати знання, отримані під час другого дня тренінгу.



### Завдання:

- Пригадати матеріал, опанований під час другого дня тренінгу.
- Створити позитивну атмосферу для навчального процесу та взаємодії.



**Методи:** зворотний зв'язок.



**Час:** 15 хв.



### Хід сесії:

1. Попросіть учасників пригадати, що запам'яталося після другого дня тренінгу або які думки були з приводу інформації, яка обговорювалася, а також розповісти про своє ім'я – що означає, чи чому отримав (15 хв).

Сесія 2.

## МЕТОДОЛОГІЯ СИТУАЦІЙНОГО АНАЛІЗУ



**Мета:** Провести аналіз послуг охорони здоров'я згідно з критеріями, розробленими Національною Службою Здоров'я України (НСЗУ).



### Завдання:

- Роздивитися критерії для аналізу медичних послуг на рівні закладів
- Навчитися користуватися інструментом для аналізу медичних послуг на рівні закладів.



**Методи:** індивідуальна робота, презентація, обговорення



**Матеріали:** комп'ютери або телефони, на яких працюють таблиці в форматі Excel.



---

**Час:** 60 хв.

---



**Хід сесії:**

**Аналіз послуг охорони здоров'я (60 хв)**

Заздалегідь викласти інструмент на гугл драйв і надати учасникам посилання, щоб його завантажити.

**Продемонструвати інструмент (10 хв)** (ексель форма для аналізу послуг з охорони здоров'я), розповісти, яким чином її заповнювати. Позначити, наскільки послуги за напрямом, які надаються закладом відповідають вимогам щодо організації, спеціалізації працівників, обладнання тощо. Якщо відповідають, позначаємо так, якщо не відповідають – ні, якщо частково – чого саме не вистачає. Відповісти на запитання. Сказати, що в цьому інструменті не всі послуги, але можна перенести в ексель вимоги з сайту НСЗУ, якщо потрібно буде потім проаналізувати іншу послугу.

Запропонувати обрати послугу, яку наразі надає заклад охорони здоров'я і проаналізувати її згідно з вимогами, яким має відповідати заклад, щоб надавати таку послугу й отримувати за це фінансування від НСЗУ. Якщо серед учасників є представники місцевої влади або громадських організацій, запропонувати їм доєднатися в пару до представника медичного закладу.

**Індивідуальна робота (або в парах).** Проаналізувати одну з медичних послуг свого закладу за наданим інструментом, заповнивши ексель таблицю. 20 хв.

**Обговорення (30 хв):**

- *Чим був корисний цей інструмент, як його можна покращити, які висновки зробили?*
- *Яким чином його можна використовувати для аналізу даних щодо послуг?*
- *Які можуть бути управлінські рішення в результаті такого аналізу?*
- *Які ще інструменти/методи можуть допомогти проаналізувати послуги, які надаються закладом?*

Підкреслити, що важливо представити й обговорити результати ситуативного аналізу. Запитати, якими методами це можна зробити. Записати варіанти відповідей.

---



**Мета:** підвищити рівень знань щодо консультацій з населенням стосовно їх потреб та очікувань.



**Завдання:**

- Визначити значення та важливість консультацій з населенням.
- Обговорити спектр консультацій з населенням.
- Обговорити, хто має бути залученими до консультацій з населенням.
- Отримати інформацію щодо методів проведення консультацій з населенням.



**Методи:** презентація, обговорення.



**Матеріали:** маркери, аркуші фліпчарту, презентація.



**Час:** 45 хв



**Хід сесії:**

**Презентація 10.** *Консультації з населенням стосовно потреб та очікувань (25 хв)*



**Інформація для тренера:**

*Запитати, що таке консультації з населенням і чому вони важливі в процесі стратегічного планування?*

Консультації з населенням потрібні, щоб зрозуміти їхні потреби, точки зору та очікування з приводу питань, пов'язаних зі здоров'ям для того, щоб покращити політики.

Консультації з населенням потрібні:

- Для того, щоб отримати зворотний зв'язок щодо поточної ситуації, пов'язаної з охороною здоров'я та реформами.
- Підвищити почуття «приналежності» до змін.
- Перетворити населення в активних стейкхолдерів.
- Надати базову інформацію щодо поглядів та очікувань для покращення здоров'я, посилити моніторинг та оцінювання.
- Посилити рішення державних політик і алокацію ресурсів, покращити прозорість і відповідальність.



**КОЛИ ПОТРІБНО ПРОВОДИТИ КОНСУЛЬТАЦІЇ З НАСЕЛЕННЯМ?**

На будь-якому етапі планування. В ідеалі – з першого кроку до розробки національних політик і стратегії. Це може бути зробленим в середині циклу планування для моніторингу прогресу, чи наприкінці процесу розробки політики<sup>25</sup>.

<sup>25</sup>WHO. (2016). Strategizing national health in the 21st century: a handbook. World Health Organization. Режим доступу: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250221>



### ХТО МОЖЕ ПРОВОДИТИ КОНСУЛЬТАЦІЇ?

- Державні управління.
- Незалежні дослідні інституції.
- Політичні партії.
- Неурядові організації та громадські організації.
- Лідери спільнот.
- Медіа
- Інші.



### ЯК ПОТРІБНО ПРОВОДИТИ КОНСУЛЬТАЦІЇ З НАСЕЛЕННЯМ?

1. Вибрати методологічний підхід, який підходить національному контексту: особистий діалог, консультативні методи, опитування, референдуми.
2. Адаптувати методологію до контексту.
3. Провести консультацію, проаналізувати результат.
4. Забезпечити прозорість та стійкість консультації.

Консультації з населенням повинні стати важливим елементом постійного діалогу між урядом, органами, які приймають рішення, представниками інших зацікавлених сторін та населенням. Консультації можна проводити як із загальним населенням, так і з певними групами, наприклад – різного віку, які проживають в різних місцевостях, вразливі групи населення.

Процес національного планування в охороні здоров'я може бути непомітним для населення. Організація таких консультацій підвищує розуміння національних пріоритетів. Консультації можуть критикувати уряд, однак вони підвищують відповідальність уряду і прозорість його дій.



### МЕТОДОЛОГІЯ ПРОВЕДЕННЯ КОНСУЛЬТАЦІЙ

#### **Запитати, з якими методами проведення консультацій знайомі учасники.**

- Діалоги з великою кількістю населення.
- Консультації з представниками різних груп населення (фокус-групи).
- Опитування серед окремих груп населення.
- Референдум .
- Аутріч<sup>26</sup>.

#### **Діалоги з великою кількістю населення**

- Проводяться у вигляді форуму з великою кількістю населення.
- Призначені для збору поглядів та очікувань населення та його залучення.
- Проводиться перед вибором пріоритетів і прийняттям рішень.
- Потрібний хороший ситуаційний аналіз з погляду наповнення, організації, вибірки, покриття медіа, інформаційно-комунікаційної кампанії.
- Підготовка – 6-12 місяців.
- Проведення є дорогим і залежить від кількості людей – особисті зустрічі, фасилітація. Перевага надається глибоким дискусіям і тісному контакту, пріоритети визначаються учасниками; вітається широке залучення медіа до питання охорони здоров'я. Перевага також у кращій прозорості.

<sup>26</sup> Там само

### Консультації з різними групами населення (фокус-групи)

- Фокус-групи – це групові інтерв'ю, які проводяться переважно в невеликих гомогенних групах (6-12 осіб) з подібним досвідом. Такі фокус-групи дозволяють вільно дослідити певну тему. Тривалість – 1-2 години. Зазвичай на одну тему проводиться декілька сесій, дані записуються на аудіо. Потрібні фасилітатор, спостерігач і людина, яка робить записи кожної сесії. Обговорення починаються із загальних питань, а потім переходять до конкретних.
- Корисні для інформування щодо рішень та залучення до участі.
- Проводяться перед вибором пріоритетів і прийняттям рішень.
- Перед проведенням потрібно провести ретельний аналіз стейкхолдерів і ситуаційний аналіз стосовно наповнення, організації та вибірки. Медіа менш важливі.
- Декілька маленьких консультацій проводяться перед великою консультацією. Для підготовки необхідно два-чотири місяці, для аналізу – один .
- Дешевше проводити, ніж великі консультації, але потребує великої кількості людських ресурсів потрібно для підготовки та проведення.
- Можна перевірити інформацію та результати.
- Репрезентативність не легко забезпечити – потрібно гарне розуміння місцевості.
- Аналіз якісних даних не є легким.
- Перевірка даних фокус-групи теж не є легкою – важливо порівнювати результати з іншими методами<sup>27</sup>.

### Опитування серед різних груп населення (анкетування, індивідуальні інтерв'ю)

- Мета – зібрати погляди й очікування населення. Але результати відрізняються від фокус-груп чи великих консультацій. Вибірково обрані жителі відповідають на запитання технічних експертів або на запитання інтерв'ю.
- Використовується в процесі вибору пріоритетів і прийняття рішень.
- Швидка підготовка анкети для опитування, а також заповнення та аналіз.
- Може бути як дорогим, так і дешевим, що залежить від методів і вибірки.

### Референдум

- На відміну від опитувань і консультативних зустрічей, референдум є процесом прийняття політичних рішень. Це голосування населення щодо певної теми, що призводить до прийняття/затвердження рішення. Навіть якщо рішення не затверджується, вони демонструють погляди та сподівання населення.
- Підготовка є поглибленою. Тільки деякі країни (наприклад, Швейцарія), використовують референдум як частину своєї правової системи.

### Аутріч

- Проводячи консультації з населенням, особливо в контексті просування до універсального охоплення послугами з охорони здоров'я, важливо розробити методологію, яка залучить до консультацій людей, думки яких недостатньо представлені. Важливо залучати групи, які є «важкодоступними» через географічні або соціальні бар'єри.
- Важкодоступними є такі, хто не дуже часто користується послугами (або не користується) і такі, які не хочуть залучатися до процесу консультацій.

<sup>27</sup>WHO. (2016). Strategizing national health in the 21st century: a handbook. World Health Organization.  
Режим доступу: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250221>

- Потрібно визначити, хто саме належить до цих груп населення.
- Щоб залучити «важкодоступне» населення, можна надрукувати матеріали на місцевих мовах, проводити інтерв'ю з допомогою людей, які є членами спільноти, розробити питання інтерв'ю, які підходять до контексту, залучати лідерів спільноти<sup>28</sup>.

### **Забезпечення релевантності результатів досліджень**

- Релевантність з погляду участі – залучення груп, які важко залучити – важливий критерій репрезентативності, але він не єдиний. Потрібно відповісти на запитання: чи може інша методологія надати протилежні дані? Які рівні знань і розуміння учасників є достатніми, щоб надати відповіді на запитання? Чи є ці запитання простими? Чи можна сказати, що характеристики учасників, які брали участь у дослідженні відповідають поглядам населення? Чи був формат консультацій підходящим?

**Зворотний зв'язок і подальше спостереження** – два ключові елементи в розробці динаміки циклу між населенням і рівнем політики, які будуть мати позитивні наслідки на підзвітність і право власності.

Важливим питанням взаємодії з населенням є управління очікуваннями. Важливо комунікувати з самого початку, яка мета консультації і як будуть використовуватися її результати. Також необхідно показати, як вона допомагає в прийнятті рішень і в конкретних діях.

Надання зворотного зв'язку є важливим. Він демонструє спільнотам цінність їхніх поглядів та очікувань і важливість консультації для розробки політик. Якщо думки не будуть враховані, населення наступного разу не захоче брати участь у консультаціях. Такий зворотний зв'язок може надаватися в різних формах: прямий зворотний зв'язок людям, через медіа, прес-релізи, листи.

Зрештою, незалежно від того, як зворотний зв'язок було надано, важливо створити механізм прозорих переговорів<sup>29</sup>.



### **Хто має бути залучений до консультацій? Робота в групах (20 хв)**

*Попросити учасників подумати, хто має бути залучений до консультацій? Які групи населення? Індивідуально (2 хв), в парах (2 хв), в групах по 4 (5 хв), написати на аркушах, представити. Фасилітатор вішає аркуші на фасилітаційну стіну, за потреби групуєчи їх. Якщо якась група населення вже була названа, її не повторюють.*

<sup>28</sup> WHO. (2016). Strategizing national health in the 21st century: a handbook. World Health Organization.

Режим доступу: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250221>

<sup>29</sup> Там само





**Мета:** спланувати проведення консультацій з населенням.



**Завдання:**

- Обговорити цілі, завдання залучення населення;
- Визначити ключове питання щодо дослідження та групу населення;
- Обрати метод проведення консультації;
- Підготувати план підготовки, проведення консультацій та аналізу даних.



**Методи:** робота в групах.



**Матеріали:** папір для фліпчарту, маркери, невеликі аркуші паперу, фасилітаційна тканина.



**Час:** 60 хв.



**Хід сесії:**

**Робота в групах** (60 хв)

Об'єднати в групи по госпітальних округах, попросити обговорити та записати:

- 1) Цілі та завдання залучення населення.
- 2) Визначити ключові питання щодо дослідження та групу населення, з якою буде проводитися консультація.
- 3) Обрати метод проведення консультацій (пригадати методи, про які розповідалося. Можна подивитися в нотатках робочого зошита).
- 4) Хто буде проводити консультацію, які ресурси для цього потрібні.

**Підготовка** (30 хв).

**Презентації** (30 хв).

**Підсумки.**



**Мета:** Ознайомитися з організацією процесу управління стратегічного планування



**Завдання:**

- Обговорити складові процесу стратегічного планування.
- Підготувати сесію зі стратегічного планування.



**Методи:** презентація, робота в групах.



**Матеріали:** маркери, папір, фліпчарт, стікери.



**Час:** 45 хв.



**Хід сесії:**

**Презентація 11.** *Стратегічне планування: з чого розпочати та як управляти* (15 хв)



**Інформація для тренера:**

Люди, які приймають рішення (група з розробки стратегічного плану) відповідають за організацію процесу стратегічного планування і мають гарантувати включення всіх зацікавлених сторін в обговорення та огляд документа стратегічного плану. Найважче – організувати процес консультацій для обговорення із залученням усіх, хто має бути залученим. Важливо почути всі ідеї і погляди, включити в процес розробки максимально можливу кількість закладів та управлінь. Консультації можуть проводитися на різних етапах – до сесії зі стратегічного планування чи після, для того щоб почути коментарі до того, що було розроблено. Почати можна з інформування щодо процесу розробки стратегічного плану. Це можна зробити під час широкої зустрічі, на яку запрошуються всі стейкхолдери і розповідається про плани, обговорюється необхідність розробки стратегічного плану, складається перелік інформації та даних, які потрібно проаналізувати. Варто визначити особу/осіб, які збиратимуть дані (робити запити в партнерській організації, збирати й аналізувати їх). Ширший аналіз може проводитися в робочій групі із залученням 5-12 осіб.

Зустріч із стратегічного планування зазвичай триває 3 дні або більше, але можна розтягнути це в часі, якщо немає можливості збиратися три дні поспіль. Таку зустріч потрібно ретельно планувати – підготувати зал, канцтовари, воду, їжу. Ще один важливий крок – це документація результатів обговорення. Можна використовувати записи на аркушах фліпчарту і потім набрати їх на комп'ютері.

Якщо немає 3 дні на проведення сесії зі стратегічного планування, можна проводити короткі широкі обговорення на різних рівнях, запланувавши відповідні зустрічі, а потім задокументувати та проаналізувати результати обговорень в робочій групі, зробивши чернетку документа стратегічного плану. На широкій зустрічі обговорити те, що було напрацьовано і зробити редакцію документа. Наступний варіант необхідно вивісити на доступному ресурсі для громадських обговорень і після отримання коментарів та редагування фіналізувати текст<sup>30</sup>.

<sup>30</sup>WHO. (2016). Strategizing national health in the 21st century: a handbook. World Health Organization. Режим доступу: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250221>

Попросіть учасників пригадати, що таке стратегічне планування.

**Стратегічне планування** – це одна з функцій стратегічного управління, яка є процесом вибору цілей організації та шляхів їх досягнення.

Процес стратегічного планування складається з кількох етапів:

1. Визначення місії та цілей організації.
2. Аналіз середовища, що включає у себе збір інформації, аналіз сильних і слабких сторін організації, а також її потенційних можливостей на основі наявної зовнішньої та внутрішньої інформації.
3. Вибір стратегії.
4. Реалізація стратегії.
5. Оцінювання та контроль реалізації.

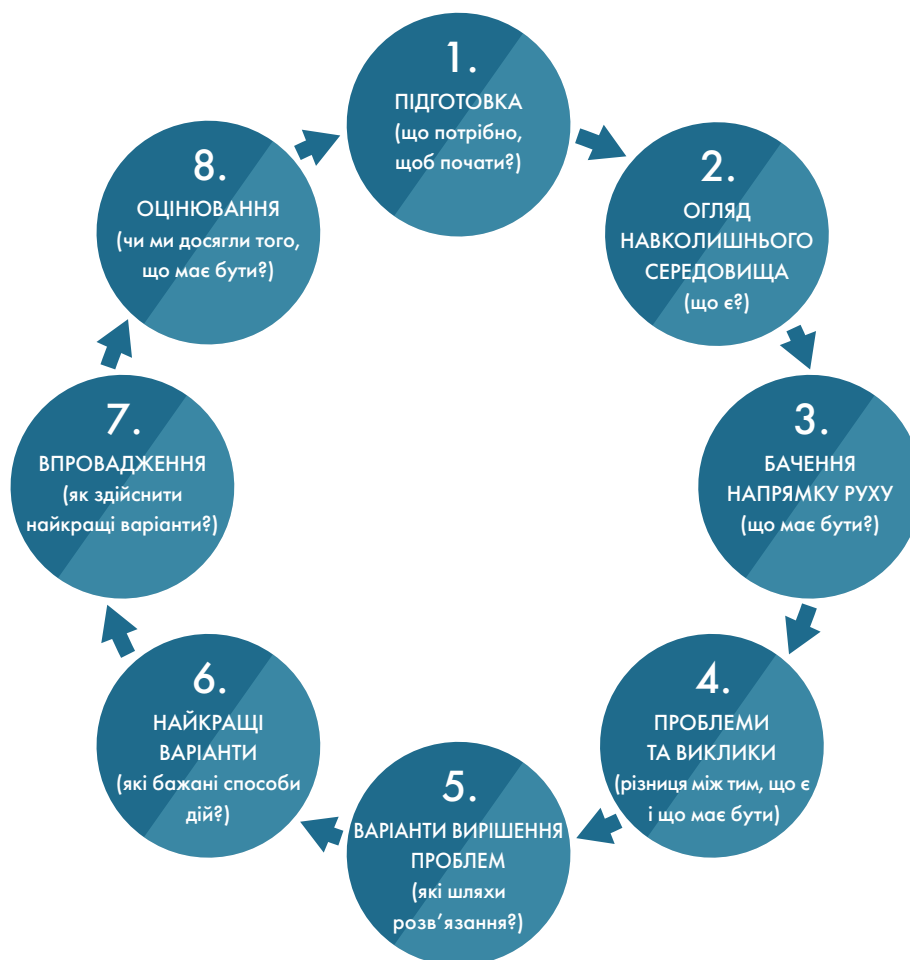


Рис.12. Цикл стратегічного планування

У сучасному світі планування у сфері медичного обслуговування (Health Care Planning) розуміється як впорядкований процес, що охоплює:

- Визначення проблем здоров'я населення: аналіз демографічних характеристик населення, статистики захворюваності, поширеності хвороб, смертності тощо;

- Ідентифікацію непокритих медичних потреб населення, оцінку ресурсів для задоволення цих потреб: включаючи кадрові, фінансові, матеріально-технічні ресурси, навички та знання персоналу системи охорони здоров'я;
- Встановлення реалістичних і досяжних пріоритетних цілей реалізації відповідних планів і розробку адміністративних заходів щодо їх досягнення.



**Рис.13.** Цикл стратегічного планування в охороні здоров'я

На відміну від короткострокового (оперативного) планування стратегічний підхід починається з мети і працює у зворотному напрямку, щоб зустрітися з вами там, де ви знаходитесь, і значно просунути вас вперед.

Стратегічне планування в охороні здоров'я сприяє довгостроковим сталим цілям над миттєвим задоволенням, і успіх цього типу планування безпосередньо співвідноситься зі стратегічним менеджментом і здатністю організації здійснювати планування та імплементацію запланованого правильно.



#### ОСОБЛИВОСТІ СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУВАННЯ ЯК УПРАВЛІНСЬКОГО ІНСТРУМЕНТУ

- Стратегічне планування в галузі охорони здоров'я починається шляхом вимірювання кінцевих цілей порівняно з поточним становищем.
- У ньому розглядаються перешкоди, які виникають між тим, де ваша організація охорони здоров'я є і де вона повинна бути.
- Коли все зроблено правильно, «стратегічна мапа» створить ідеальну екосистему для стійкого успіху, «обнуляючи» конкретні сфери для дій.
- Стратегічне планування в охороні здоров'я спочатку скаже вам, де повинні відбутися зміни для досягнення ваших цілей.



#### 12 НАЙВАЖЛИВІШИХ ПИТАНЬ СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУВАННЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я:

1. Які послуги ми пропонуємо і чому?
2. Чи повинні ці сервісні лінії будь-яким чином змінюватися, видалятися або вдосконалюватися?
3. Чи не занадто диверсифіковані (різнобічні, різнопланові) наші послуги?
4. Чи достатньо у нас диверсифікації (різнобічності) у наданні послуг?
5. Якими повинні бути «основні послуги», які ми реалізуємо в наступному році?
6. Як ми можемо підготуватися до «натиску» технології в галузі охорони здоров'я?
7. Як ми продаємо наші послуги?
8. Як ми визначаємо цілі?
9. Хто наші пацієнти/клієнти, скільки їх є? Прогноз їх кількості на майбутнє.
10. Чи присутні ми в Інтернеті, що привабить пацієнтів?
11. Чи стежимо ми за своїм соціальним середовищем та управлінням ним?
12. Чи перебуваємо ми «на вершині» всіх відповідних регуляторних змін?



#### ЩО ТРЕБА УСВІДОМЛЮВАТИ ТА ПАМ'ЯТАТИ:

- Те, що працює в одній клініці або лікарні, може не обов'язково працювати в іншій. Перевірте, де, на якому місці в «середовищі» охорони здоров'я перебуває ваша організація.
- Є демографія, витрати й інші фактори, унікальні для кожної медичної установи.
- Потрібно зібравши всі наявні звіти, підготувати аналіз, який описує поточне становище вашої організації охорони здоров'я.
- Варто зосередитися на більш широкому плані роботи.
- SWOT-аналіз також може бути надзвичайно корисним, щоб краще розглянути сильні та слабкі сторони, можливості та загрози.
- Аналіз конкуренції допоможе визначити, що планують інші організації охорони здоров'я і як вони виглядають порівняно з вами.
- **ПОЧИНАЙТЕ СКЛАДАТИ ПЛАН.**



## СТРАТЕГІЧНЕ ПЛАНУВАННЯ: 5 КРОКІВ У МАЙБУТНЄ

### **Крок перший:** «спланувати планування» (Plan to Plan):

1. Сформуйте команду (робочу групу) з планування (керівник та його заступники, ключові співробітники, лідери громад, інші зацікавлені сторони). Обирайте членів команди за здатністю працювати. Уникайте включення у команду тих, хто має особистий «порядок денний» і на догоду цьому не здатний та не готовий йти на компроміс.
2. Робоча група формує порядок денний першого засідання, у який включаються питання:
  - 1) Чому нам потрібен стратегічний план?
  - 2) Наскільки далеко ми повинні планувати?
  - 3) Чи потрібно наймати консультанта з планування?
  - 4) Коли нам потрібно мати готовий план? (графік планування має базуватися на етапах, а не на конкретних датах – сенс у тому, щоб закінчити план, а не дотримуватися термінів).

### **Крок другий:** Збір інформації

- Після відповіді на викладені вище питання, наступним завданням є збір інформації, яка описує поточну ситуацію в організації та середовище, в якому вона працює.
- Це – так званий ситуаційний аналіз, або аудит.

Зазвичай він включає:

- 1) Опис організації, зокрема її історію, цінності, місію, програми, лідерство, кадрове забезпечення та фінанси.
- 2) У багатьох випадках – SWOT-аналіз (детальний аналітичний виклад сильних, слабких сторін, можливостей і загроз).
- 3) Іноді – PEST-аналіз (аналіз політичних, середовищних, соціальних і технічних факторів, які у даний час впливають на організацію).

Багато організацій використовують обидва зазначених вище підходи (особливо тоді, коли йдеться про радикально іншу програму майбутньої діяльності, придбання або будівництво нових об'єктів, злиття об'єктів тощо).

- Очевидно, що у випадку розробки стратегічних планів (планів розвитку) госпітальних округів варто зробити і те, й інше!

### **Крок третій:** Час прийняття рішень

На цьому етапі відповідальність команди з планування, у консультації з іншими зацікавленими сторонами, полягає у:

- Встановленні стратегічного напрямку та пріоритетів організації;
- Визначенні цілей та віх на шляху досягнення цих пріоритетів;
- Виробленні завдань, спрямованих на досягнення цих цілей.

### **Крок четвертий:** Складання плану

Після встановлення стратегічних пріоритетів та визначення цілей і завдань, спрямованих на реалізацію цих пріоритетів, робота виконавчого керівництва організації полягає у розробці плану, який окреслює:

- Ці пріоритети та цілі;
- Нові вимоги до персоналу, необхідні для реалізації плану та підтримки;

- Відповідних зусиль менеджменту;
- Терміни для перетворення цього бачення в реальність.

Розроблений план повинен бути переглянутий та відрецензований командою (робочою групою) з планування, лідерами громад і поданий до керівного комітету організації для коментарів, пропозицій та схвалення.

**Крок п'ятий:** Впровадження

- Після рецензування, доопрацювання та затвердження плану розпочинається найцікавіший етап – впровадження.

Навіть ретельно продуманий і складений стратегічний план нічого не вартий, якщо він не виконується неухильно.

- Керівній раді організації (або її еквіваленту) має бути поставлено завдання контролювати прогрес досягнення цілей і завдань, викладених у плані.
- Встановлення та моніторинг є ключовими обов'язками керівної ради та не повинні делегуватися ані команді з планування, ані якомусь іншому органу. Натомість керівна рада загалом повинна регулярно переглядати план і, якщо необхідно, пропонувати коригування для того, щоб сприяти подальшому вдосконаленню та розвитку організації.

Успішне здійснення цих кроків потребує:

- Лідерства,
- Відданості,
- Терпіння,
- Абсолютної чесності та відвертості щодо сильних і слабких сторін вашої організації,
- Достатньої деталізації процесу впровадження,
- Балансу між амбіціями та реалістичністю.



**Етапи розробки стратегії (20 хв)**

Запитати учасників, які вони пам'ятають етапи розробки стратегії. Записати їх на аркушах А4. Наклеїти на фасилітаційну тканину в логічному порядку (5 хв).

1. Об'єднати учасників у групи залежно від кількості етапів. Попросити обговорити та записати на окремих невеликих аркушах кроки, які потрібно зробити на всіх етапах (кожна група – окремий етап) і записати на аркушах паперу (10 хв). Кроки потім кріпляться на фасилітаційну тканину біля етапів.
2. Презентація груп, інші учасники додають. Обговорюють, якщо потрібно пересунути окремі етапи (20 хв). Результати обговорень використовуються в наступній сесії для розробки плану наступних кроків.

**Презентація 12.** Структура стратегічного плану госпітального округу (10 хв)



## ОСОБЛИВОСТІ ПЛАНУ РОЗВИТКУ ГОСПІТАЛЬНОГО ОКРУГУ

Стратегічний план складається на період до п'яти років (включно), містить щорічні проміжні показники досягнення кінцевих показників результативності й затверджується рішенням місцевих рад – учасників госпітального округу. Описує цілі та завдання для забезпечення населення госпітального округу медичною допомогою на рівні, що відповідає вимогам, встановленим Міністерством охорони здоров'я України, принципи й етапи реорганізації мережі закладів охорони здоров'я госпітального округу з метою приведення їх функціональних потужностей до рівня зазначених вимог.

Перспективні заклади охорони здоров'я госпітального округу – заклади охорони здоров'я, обрані рішенням учасників округу з метою поступового розвитку до рівня вимог щодо функціональних потужностей закладів вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, встановлених Міністерством охорони здоров'я України.

Госпітальна рада щороку проводить аналіз виконання Плану розвитку та звітує про це відповідним радам, органу виконавчої влади, уповноваженому на виконання програми державного медичного страхування, а також населенню відповідних громад. За результатами аналізу виконання Плану розвитку Госпітальна рада пропонує внесення змін та оновлень до цього документа. При цьому внесення змін до очікуваних показників результативності допускається не частіше, ніж один раз на три роки. Після закінчення терміну дії багаторічного Плану розвитку Госпітальна рада готує і подає на затвердження план на наступний багаторічний період.

### Структура стратегічного плану ГО

1. Коротка описова частина стратегічного розвитку госпітального округу:
  - Мета;
  - Аналіз поточної ситуації у сфері діяльності госпітального округу;
  - Стратегічні цілі;
  - Завдання, їх зв'язок з пріоритетами стратегічного розвитку країни;
  - Шляхи реалізації завдань та досягнення стратегічних цілей;
  - Очікувані результати.
2. Опис клінічних маршрутів у межах госпітального округу (наводиться у вигляді додатку).
3. Оптимальний розподіл функцій щодо надання медичної допомоги між учасниками госпітального округу та визначення напрямів та обсягу медичної допомоги, що має надаватись закладами охорони здоров'я на його території, відповідно до клінічних маршрутів пацієнтів у процесі отримання послуг первинної, вторинної (спеціалізованої) та екстреної медичної допомоги (наводиться у вигляді окремого додатка).
4. Перелік закладів охорони здоров'я, функціональні потужності яких будуть підвищені до рівня функціональних потужностей БЛІЛ першого чи другого рівня.
5. Плани розвитку закладів охорони здоров'я, функціональні потужності яких будуть підвищені до рівня функціональних потужностей БЛІЛ першого чи другого рівня з оцінкою можливих ризиків і оцінкою відповідних інвестиційних потреб (наводяться в розрізі кожного закладу охорони здоров'я у вигляді окремого додатка).
6. Пропоновані підходи та заходи щодо реорганізації, зокрема перепрофілювання, закладів охорони здоров'я (переобладнання, програми перекваліфікації тощо) – оцінка фінансових потреб на проведення відповідних заходів.
7. Оцінка обсягів коштів, що можуть бути спрямовані на фінансування викладених в Плані розвитку заходів за кошт місцевих бюджетів відповідних територіальних громад, недержавних інвестицій, спонсорських і благодійних внесків, коштів міжнародної допомоги та інших джерел (наводиться з розбивкою на кожен рік; прогноз залучення коштів з місцевих



бюджетів попередньо узгоджується з виконавчим органом та бюджетною комісією відповідної місцевої ради, про результати узгодження зазначається у плані розвитку; у разі, якщо очікується залучення недержавних коштів, до плану розвитку докладаються відповідні угоди з потенційними спонсорами).

8. Оцінка додаткової потреби в коштах, яка не може бути покрита.
9. Механізми моніторингу та звітування закладами охорони здоров'я, функціональні потужності яких будуть підвищені до рівня БЛІЛ першого чи другого рівня, про хід процесу розвитку та поліпшення послуг перед учасниками госпітального округу та населенням, що проживає у межах його території.
10. Додатки.

## Сесія 6.

### НАСТУПНІ КРОКИ: ПЛАН ДІЙ



**Мета:** розробити проєкт з розробки стратегічного плану



**Завдання:**

- Обговорити кроки, потрібні для розробки стратегічного плану;
- Заповнити таблицю Ганта – «Проєкт розробки стратегічного плану».



**Методи:** групове обговорення.



**Матеріали:** робочий зошит, папір, маркери, фліпчарт.



**Час:** 45 хв.



**Хід сесії:**

**Вступна частина** (5 хв)

**Інформація для тренера:**

**Розробка стратегічного плану** – це проєкт, який може зайняти від 1 місяця до пів року. Починається цей проєкт з розробки плану дій, який складається з заходів/кроків, термінів, очікуваних результатів, відповідальних осіб, статусу виконання.

Як тільки план буде готовим, варто поділитися ним із всіма зацікавленими сторонами – адміністрацією, керівництвом закладів та іншими. Цей план потрібно періодично переглядати.

**Формування плану з розробки стратегії госпітального округу** (15 хв)

Учасники обговорюють і формують плани із розробки стратегії – що потрібно зробити, в який термін, який очікуваний результат, відповідальні особи/установи та необхідні ресурси.

КРОК/ЗАХІД	ТЕРМІН	ОЧІКУВАНИЙ РЕЗУЛЬТАТ	ВІДПОВІДАЛЬНІ ОСОБИ/УСТАНОВИ	НЕОБХІДНІ РЕСУРСИ

Попросити учасників повісити плани на стіні, познайомитися з планами інших, відповісти на запитання. Одна людина залишається біля стіни, щоб відповісти на запитання (15 хв).

**Завдання:** доробити плани на основі презентацій іншої групи (10 хв). Домовитися, хто перенесе плани в електронний формат і поділиться зі всіма.

## Сесія 7.

### ПІДСУМКИ ТРЕНІНГУ



**Мета:** Підбити підсумки тренінгу.



**Завдання:**

- Отримати зворотний зв'язок від учасників.



**Методи:** індивідуальна робота.



**Матеріали:** анкета самооцінки, анкета зворотного зв'язку.



**Час:** 30 хв.



**Хід сесії:**

**Оцінка знань/навичок** (5 хв). Попросити учасників заповнити другу колонку анкети самооцінки (в робочому зошиті), порахувати кількість балів. Запитати, яка різниця між результатами на початку і вкінці.

Попросити подумати і записати в зошиті:

- 1) Що дізналися на тренінгу (знання);
- 2) Чому навчилися в результаті тренінгу (навички);
- 3) Як будуть використовувати отримані знання та навички (3 хв).

Попросити знайти людину, з якою менше всього працювали на тренінгу. В парі поділитися тим, що записали (5 хв). Попросити по колу сказати по одній фразі (не більше 30 сек), з чим їдете в результаті тренінгу (10 хв).

**Слово від організаторів тренінгу, наступний план дій** (5 хв).

# РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУ

## МОДУЛЬ 2

1

ДЕНЬ

Сесія 1.

ВСТУП



**Мета:** створити дружню атмосферу, яка сприяє обміну досвідом та ідеями.



### Завдання:

- Познайти учасників тренінгу та тренерів;
- Актуалізувати очікування та побоювання учасників;
- Представити програму другого модулю;
- Обговорити правила тренінгу;
- Оцінити рівень знань і навичок учасників на початку тренінгу.



**Методи:** робота в парах, обговорення в групі, індивідуальна робота, анкетування.



**Матеріали:** аркуші А4, стікери, ручки, бейджі, фліпчарт, маркери, кольорові олівці, або фломастери.



**Час:** 50 хв.



### Хід сесії:

1. **Вступне слово від організаторів тренінгу** (5 хв). Надати слово організаторам тренінгу, попросити представитися, оголосити мету та завдання тренінгу, познайти з людьми, які відповідають за логістику заходу.
2. **Знайомство** (20 хв) Попросіть учасників намалювати свою візитівку на аркуші паперу А4: ім'я, посада, установа, населений пункт, чим любить займатися окрім роботи. Завдання: попросити учасників встати, знайти людину, з якою ще не знайомі, показати візитівку і познайти. Після цього – познайти з іншою людиною. Попросіть учасників сісти в коло і назвати ще раз своє ім'я, візитівки наклеїти на стіні.
3. **Очікування** (10 хв). Підготуйте аркуші для фліпчарту з надписом ОЧІКУВАННЯ та ЗАНЕПОКОЄННЯ. Роздайте учасникам стікери двох кольорів і попросіть записати свої очікування та побоювання від тренінгу. Попросіть назвати очікування та побоювання та наклеїти їх на аркуш паперу.

4. **Програма тренінгу** (5 хв). Ознайомте учасників з програмою другого модулю.
5. **Правила** (5 хв). Підготуйте аркуш, на якому написано ПРАВИЛА. Запитайте, які правила будуть допомагати ефективній роботі на тренінгу. Запишіть їх на аркуші. (Можливі варіанти: приходити вчасно, телефони поставити на віброрежим, одночасно говорить одна людина, поважати ідеї та думки інших).
6. **Анкетування** (5 хв). Попросіть учасників заповнити анкету в робочому зошиті (колонка А) і порахувати загальну кількість балів. Попросіть учасників записати загальну кількість балів на аркуші (заздалегідь надрукувати табличку).



## Додаток 2.

Таблиця 3.

ІМ'Я, ПРИЗВИЩЕ	КІЛЬКІСТЬ БАЛІВ НА ПОЧАТКУ ТРЕНІНГУ	КІЛЬКІСТЬ БАЛІВ У КІНЦІ ТРЕНІНГУ

### Анкета до (А)/після проведення тренінгу (В)

Проранжуйте твердження за шкалою від 1 до 5 балів. 1 – найменш впевнений, 5 – найбільш впевнений. Порахуйте загальну кількість балів.

ТВЕРДЖЕННЯ	А	В
1. Я вмію формулювати цінності організації – надавача медичних послуг.		
2. Я вмію формулювати візію організації – надавача медичних послуг.		
3. Я вмію формулювати місію організації – надавача медичних послуг.		
4. Я вмію проводити SWOT-аналіз.		
5. Я вмію формулювати напрямки стратегічного плану на основі SWOT-аналізу.		
6. Я володію методами визначення пріоритетів щодо місцевих політик в охороні здоров'я.		
7. Я вмію визначити SMART завдання для пріоритетних напрямків.		
8. Я знайомий/-а з методами формування розрахунків у стратегічному плануванні.		
9. Я знаю, на що потрібно звернути увагу під час розрахунку вартості послуг/продуктів охорони здоров'я, щоб використання ресурсів було ефективним.		
10. Я вмію розробляти план моніторингу й оцінювання, що є складовою стратегічного плану.		
<b>Всього балів</b>		



**Мета:** визначити пріоритети для місцевих політик щодо здоров'я.



**Завдання:**

- Дізнатися про визначення пріоритетів в охороні здоров'я;
- Визначити критерії, за якими будуть обиратися пріоритети;
- Визначити пріоритети щодо здоров'я на рівні госпітальних округів.



**Методи:** групова робота, презентація.



**Матеріали:** аркуші для фліпчарту, маркери.



**Час:** 60 хв.



**Хід сесії:**

**Презентація 1.** *Пріоритети для місцевих політик щодо здоров'я, стратегії та плани (30 хв)*



**Інформація для тренера:**

*Запитати, що мається на увазі під визначенням пріоритетів в охороні здоров'я?*

Це процес визначення суспільно важливих цілей, внаслідок чого пріоритети зображають компроміс між зацікавленими сторонами. У галузі охорони здоров'я визначення пріоритетів – це формулювання цілей сектору на певний період, які демонструють цілі Національної системи охорони здоров'я. Визначення пріоритетів стоїть попереду прийняття рішень та планування ресурсів. Пріоритети виявляють зв'язок між викликами, визначеними в процесі аналізу ситуації та дебатів навколо потенційних стратегій. Визначення пріоритетів – це про перевагу одних заходів над іншими, які сприяють покращенню ефективності системи охорони здоров'я. Коли йдеться про пріоритети – це не лише про найкраще використання фінансових ресурсів, а й про розподіл ресурсів загалом, у відповідь на попит і потреби населення.

Наприклад, можна вибрати пріоритетним напрямом зміни в адміністративних і технічних процедурах, що може вимагати від персоналу використання часу по-різному. Втручання/напрями можуть охоплювати програми, комплекс заходів, політику, стратегію, інвестиції та інше. Втручання – це будь-який захід, метою якого є покращення здоров'я або зміна перебігу хвороби. Наприклад, вирішення проблеми зі здоров'ям або діяльність зі зміцнення здоров'я<sup>31</sup>.

<sup>31</sup> WHO. (2016). Strategizing national health in the 21st century: a handbook. World Health Organization. Режим доступу: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250221>



## ЩО ТАКЕ УНІВЕРСАЛЬНЕ ОХОПЛЕННЯ ПОСЛУГАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я?

Це концепція ВООЗ, яка визначає загальні сучасні вимоги до системи фінансування охорони здоров'я, і передбачає створення умов для забезпечення фінансового захисту населення, усунення фінансових та географічних перешкод у доступі людей до необхідних їм медико-санітарних послуг. У Резолюції 64.9 Всесвітньої Асамблеї охорони здоров'я усі держави члени-ВООЗ одноголосно узяли на себе зобов'язання щодо досягнення універсального охоплення населення послугами охорони здоров'я. Всесвітній звіт про охорону здоров'я 2010 року наголошує на тому, що системи фінансування мають бути спеціально розроблені таким чином, щоб:

- забезпечити усім людям доступ до необхідних медико-санітарних послуг (включаючи заходи з формування здорового способу життя, профілактику, лікування та реабілітацію), що повинні мати достатньо високу якість та ефективність;
- гарантувати, що споживання таких медичних послуг не зумовить виникнення фінансових труднощів для пацієнта.

Досягнення загального охоплення послугами охорони здоров'я передбачене схваленою ООН Ціллю сталого розвитку 3.8.

У різних країнах різний контекст надання послуг охорони здоров'я, але усім їм слід наблизитися до завдання універсального охоплення цими послугами. Цей підхід передбачає активну співпрацю сектору охорони здоров'я з іншими секторами та об'єднання всіх зацікавлених сторін у сфері охорони здоров'я до вирішення завдань, які покращують здоров'я населення.

Для переходу до УОПОЗ ВООЗ рекомендує працювати над трьома аспектами: розширення охоплення послугами охорони здоров'я населення, яке ще не є охопленим; покращення надання пакету медичних послуг (з погляду кількості та якості послуг); зменшення витрат за послуги охорони здоров'я з кишені населення.

Визначення пріоритетів може вирішити ці аспекти: досягнення вразливих і важкодоступних груп населення через розширення послуг на ті верстви населення, які ще не охоплені. Розширення пакету послуг може бути досягнутим шляхом підвищення ефективності його результатів. Поліпшення захисту від фінансового ризику для бідних і вразливих груп може бути досягнуто шляхом зниження витрат.

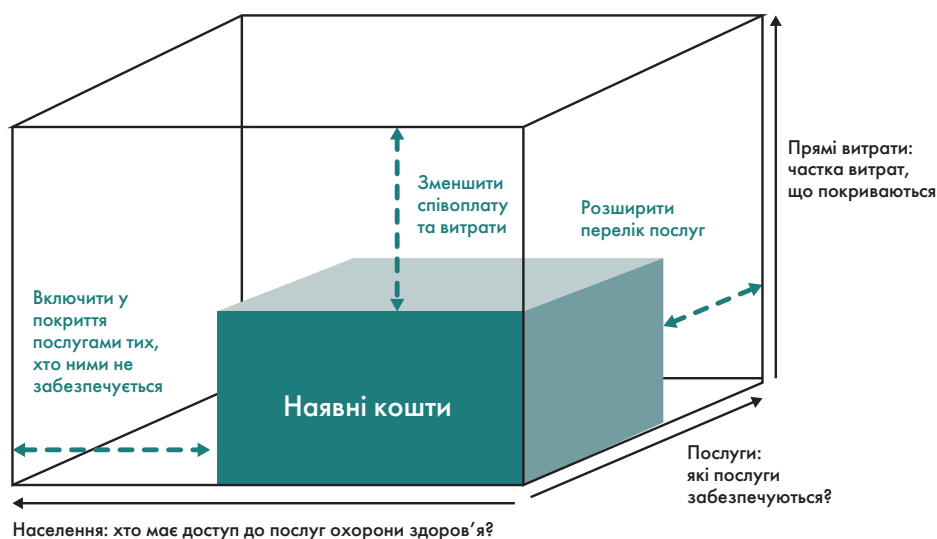


Рис. 14. Три виміри, які потрібно враховувати<sup>32</sup>

<sup>32</sup> Там само

Рух до УОПОЗ лежить в основі демократичних дебатів, політичного процесу, який передбачає публічну інформацію та переговори між різними групами суспільства щодо використання державного бюджету<sup>33</sup>.

- Фінансування, яке є в наявності.
- Населення: хто охоплений?
- Послуги: якими послугами охоплені? Включаємо інші послуги.
- Прямі витрати: пропорція витрат, які покриті.
- Зменшення розподілу витрат і вартості послуг
- Обсяг неохоплених послугами.
- Як визначити пріоритети?

Визначення пріоритетів – це визначення ступеню важливості тих чи інших конкретних проблем та потреб. Можливі критерії: тягар для системи охорони здоров'я, справедливість, вартість втручання, ефективність втручання та прийнятність втручання.

Ми розрізняємо пріоритетність проблем, пов'язаних з охороною здоров'я та пріоритезацію рішень, призначених для подолання цих проблем. Наприклад, визначення діабету як пріоритетного захворювання для нашої місцевості не одне й теж, що профілактика та лікування, доступні для боротьби з діабетом. Критерій тягаря переважно стосується проблеми зі здоров'ям, тоді як ефективність, вартість і прийнятність стосуються медичного втручання. Справедливість може стосуватися обох.

Визначення пріоритетів – це вправа, яку потрібно проводити регулярно, бо змінюється контекст, а ресурси завжди обмежені<sup>34</sup>.



#### ЯК ВИЗНАЧАТИ ПРІОРИТЕТИ?



Рис. 15. Три напрямки, які потрібно брати до уваги щодо УОПОЗ<sup>35</sup>

<sup>33</sup> WHO. (2016). Strategizing national health in the 21st century: a handbook. World Health Organization. Режим доступу: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250221>

<sup>34</sup> Там само

<sup>35</sup> Там само

Спочатку ми аналізуємо ситуацію та обговорюємо її у колі всіх зацікавлених сторін. Потім визначаємо критерії пріоритетності й аналізуємо проблеми за цими критеріями. Визначаємо пріоритети у широкому колі. Варто співвідносити найважливіші потреби населення щодо здоров'я з найкращими варіантами задоволення цих потреб.

Визначення пріоритетів буде також важливим для операційного планування. Воно може відбуватися або після аналізу та до прийняття рішень і проведення дебатів щодо ключових стратегічних напрямів. Далі йде складання бюджету, впровадження плану дій, моніторинг та оцінювання<sup>36</sup>.

Кого потрібно залучати до визначення пріоритетів: державу (політиків, місцеву та регіональну владу), надавачів послуг, клієнтів (населення, представників спільноти). Засоби масової інформації можна сприймати як інструмент забезпечення комунікацій, зв'язку між усіма трьома зазначеними вище зацікавленими сторонами, оскільки вони доносять інформацію до представників усіх цих сторін. ЗМІ відіграють важливу роль в інформуванні та сенсифікації населення щодо важливості визначених пріоритетів, пріоритетних потреб у сфері охорони здоров'я та процесі консультацій. ЗМІ можуть також допомагати проводити форум для публічних дискусій з цих питань та виступати ключовим партнером під час подальшого зворотного зв'язку. Для цього варто частіше спілкуватися зі ЗМІ, створювати документацію щодо аналізу пріоритетів на легкій для розуміння мові.



#### ЯК ВИЗНАЧАТИ ПРІОРИТЕТИ:

- Можна знайти «швидкі виграші» та «фрукти, що низько висять» в процесі стратегічного планування (зміни, які легко досягти і що можна вирішити в першу чергу, оскільки вони підкріплюються політикою та технічно можливі).
- Спочатку визначити критерії. Наприклад: тягар для питань охорони здоров'я; ефективність втручання; вартість втручання; прийнятність втручання; справедливість. Можна інші критерії.



#### ЯК РОЗГЛЯДАТИ КРИТЕРІЇ?

**Тягар для питань охорони здоров'я** – можна розглядати з погляду міністерства охорони здоров'я (МОЗ) або постачальника послуг. Але важливішим питанням є ступінь серйозності та терміновості питання. Встановити такі проблеми можна шляхом аналізу епідеміологічних тенденцій і даних, як-от поширеність захворюваності та рівень виживання, або наслідки загрози здоров'ю: ступінь інвалідизації, смертності. «Тягар хвороби» – це кількісний вимір, що поєднує роки життя, втрачені через передчасну смертність і роки життя, втрачені через час, прожитий в стані неповного здоров'я. Вартість навантаження дозволяє зрозуміти, що деякі проблеми зі здоров'ям, якщо їх не вирішити, матимуть більший вплив, ніж інші на систему охорони здоров'я і суспільство.

**Ефективність втручання/інтервенції.** Слід враховувати, чи існує доказова база, яка довела ефективність втручань.

**Вартість втручання** – критерій щодо вартості має враховувати доступність та ефективність. Інтервенція має бути економічно можливою і життєздатною.

**Прийнятність втручання** – чи схвалює населення цю інтервенцію? Чи є бажання у клієнтів і надавачів послуг? Чи є вони соціально та культурно прийнятними?

**Справедливість** – чи відносимося ми до всіх людей рівно? Чи є несправедливість?

*Запитати, які національні пріоритети охорони здоров'я?*

*Чи будуть відрізнятися пріоритети на рівні госпітальних рад Донецької/Луганської області.*

<sup>36</sup>WHO. (2016). Strategizing national health in the 21st century: a handbook. World Health Organization. Режим доступу: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250221>





### Визначення пріоритетів (30 хв)

Попросити учасників індивідуально подумати, які критерії вони обирають для визначення пріоритетних питань (2 хв), обговорити їх у парі (3 хв), обговорити їх у групах по 4 (3 хв) та написати на картках. Назвати критерії по черзі (5 хв). Об'єднати учасників у 2 групи (госпітальні округи), попросити визначити пріоритети згідно з критеріями (не більше п'яти) – 15 хв. Презентації групової роботи – 15 хв. Написані на картках пріоритети наклеїти на фасилітаційну дошку.

## Сесія 3.

### ОБМІН ДОСВІДОМ



**Мета:** поділитися досвідом організації та проведення початкового етапу стратегічного планування.



#### Завдання:

- Обговорити досягнення, результати отримані в результаті проведення початкового етапу стратегічного планування;
- Обговорити бар'єри в організації та проведенні стратегічного планування;
- Обмінятися думками та ідеями щодо подолання бар'єрів і перешкод.



**Методи:** групова робота.



**Матеріали:** аркуші для фліпчарту, маркери.



**Час:** 60 хв.



#### Хід сесії:

**Досягнення:** Об'єднати учасників у 2 групи, попросити обговорити: 1) Що було зроблено щодо стратегічного планування на рівні ГО. 2) Які результати/досягнення кроків, які було вже зроблено (10 хв).

#### Презентація групової роботи (10 хв)

**Бар'єри:** В тих же групах обговорити та записати бар'єри та виклики щодо проведення стратегічного планування (10 хв). Презентувати бар'єри (10 хв).

**Рішення:** Помінятися аркушами з бар'єрами та викликами та запропонувати сусідній групі варіанти рішень (10 хв). Презентація групової роботи (10 хв).

Оскільки кількість учасників у кожній групі буде приблизно 10 осіб, важлива допомога тренерів в організації цих обговорень. Як варіант, до кожної групи доєднується тренер, організовує обговорення та фіксує результати на аркуші фліпчарту.



**Мета:** розробити цінності, місію та візію госпітального округу, який буде слугувати основою для стратегічного плану.



#### Завдання:

- Визначити роль, яку можуть мати організаційні мандати на стратегічний план;
- Визначити необхідне залучення зацікавлених сторін на розробку цінностей, місії та візії;
- Визначити методи, які підходять для розробки місії, візії та цінностей.



**Методи:** групова робота.



**Матеріали:** аркуші для фліпчарту, маркери, аркуші А4, кольорові наліпки.



**Час:** 90 хв.



#### Хід сесії:

**Вступ. Презентація 2. Цінності, візія та місія госпітального округу (слайди 1-24) (20 хв)**

Нагадайте, що таке **гарна система охорони здоров'я**.

Гарна система охорони здоров'я надає якісні послуги усім людям, коли і де вони цього потребують. Точна конфігурація організації надання послуг залежить від конкретної країни, але у будь-якому випадку необхідні:

- Надійний механізм фінансування;
- Добре навчені й адекватно оплачувані кадри;
- Достовірні інформація, на якій ґрунтуються рішення та політики, що визначаються за допомогою цих рішень; Підтримувані у гарному стані заклади ОЗ та забезпечення належної логістики для забезпечення пацієнтів якісними ліками і технологіями.

Нагадайте **7 принципів якісної системи охорони здоров'я**.

- 1. Безпека** – надання медичних послуг не має шкодити пацієнтам.
- 2. Орієнтованість на пацієнта** – уся система медичного обслуговування працює для того, щоб задовольняти потреби пацієнтів на високому рівні.
- 3. Ефективність** – коректне надання медичних послуг, розвиток людського потенціалу та ефективне використання медичного обладнання й інших ресурсів для швидкого одужання пацієнта.
- 4. Підзвітність** – система моніторингу й оцінювання забезпечує покращення системи ОЗ та відповідальність розподіляється між зацікавленими сторонами.
- 5. Доступність** – визначається легкістю отримання гарантованих медичних послуг, можливість отримання яких не повинна залежати від географічного фактору та здатності пацієнта платити.

6. **Неупередженість** – рівень та якість надання ОЗ не має залежати від таких факторів як стать, вік, соціальний статус, сексуальна орієнтація. Цей підхід базується на принципі рівності, що передбачає рівну важливість потреб різних пацієнтів.
7. **Партнерство** – цей принцип передбачає максимальну медичну користь для пацієнта, персоналу, лікарень та спільноти і може бути досягнутий тільки через успішну взаємодію між усіма зацікавленими сторонами.

#### *Запитайте, для чого створювалися госпітальні округи?*

Для впорядкування мережі закладів охорони здоров'я у спосіб, який би дозволив забезпечити:

- Якість,
- Своєчасність надання медичної допомоги населенню,
- Ефективне використання бюджетних коштів для забезпечення надання спеціалізованої допомоги жителям відповідних територій.

#### Нагадати **структуру стратегічного плану**.

1. Описова частина стратегічного розвитку госпітального округу (мета, аналіз поточної ситуації, стратегічні цілі, очікувані результати).
2. Опис маршрутів пацієнтів у межах госпітального округу (у вигляді додатку).
3. Оптимальний розподіл функцій щодо надання медичної допомоги між учасниками госпітального округу та визначення видів та обсягу медичної допомоги, що має надаватися ОЗ на його території відповідно до маршрутів пацієнтів у процесі отримання послуг первинної та вторинної медичної допомоги.
4. Перелік перспективних закладів охорони здоров'я округу, чий потужності пропагується розширити для досягнення цими закладами рівня, визначеного вимогами МОЗ та обґрунтування запропонованого переліку.
5. Плани розвитку перспективних закладів охорони здоров'я з оцінкою можливих ризиків і оцінкою відповідних інвестиційних потреб (у вигляді додатку).
6. Запропоновані підходи та заходи щодо реорганізації закладів (зокрема, перепрофілювання закладів ОЗ, функції яких будуть поступово переорієнтовано для виконання закладами ОЗ округу, а також оцінка фінансових потреб на проведення відповідних заходів).
7. Оцінка обсягів коштів, що можуть бути спрямовані на фінансування Плану та оцінка додаткової потреби в коштах.
8. Механізми моніторингу та звітування<sup>37,38</sup>.

Наголосити, що першим кроком планування є формування місії, візії та цінностей для госпітального округу. Планування на рівні закладів надання медичної допомоги теж починається з цінностей, місії та візії.

#### Нагадайте **цикл стратегічного планування в охороні здоров'я**.

<sup>37</sup> Делойт (2017), Презентація «Запуск реформ в Полтавській області» <https://healthcenter.od.ua/>

<sup>38</sup> НАСНО (2010), Розробка стратегічного плану місцевого департаменту охорони здоров'я: покрокове керівництво <https://www.naccho.org/uploads/downloadable-resources/Programs/Public-Health-Infrastructure/StrategicPlanningGuideFinal.pdf>



**Рис. 16.** Цикл стратегічного планування в охороні здоров'я

*Запитайте, які головні запитання стратегічного планування в охороні здоров'я.*

1. *Які послуги ми пропонуємо і чому?*
2. *Чи повинні ці сервісні лінії будь-яким чином змінюватися, видалятися або вдосконалюватися?*
3. *Чи не занадто диверсифіковані (різнобічні, різнопланові) наші послуги?*
4. *Чи достатньо у нас диверсифікації (різнобічності) у наданні послуг?*
5. *Якими повинні бути «основні послуги», які ми реалізуємо в наступному році?*

6. Як ми можемо підготуватися до «натиску» технології в галузі охорони здоров'я?
7. Як ми продаємо наші послуги?
8. Як ми визначаємо цілі?
9. Хто наші пацієнти/клієнти, скільки їх є? Прогноз їх кількості на майбутнє.
10. Чи присутні ми в Інтернеті, що привабить пацієнтів?
11. Чи забезпечуємо ми стеження за своїм соціальним середовищем та управління ним?
12. Чи перебуваємо ми «на вершині» всіх відповідних регуляторних змін?

Після відповіді на викладені вище питання, наступним завданням є збір інформації, яка описує поточну ситуацію в організації та середовище, в якому вона працює.

Це – так званий СИТУАЦІЙНИЙ АНАЛІЗ або АУДИТ. Ситуаційний аналіз – це основний інструмент стратегічного планування.

Як правило, він включає:

- 1) Опис організації, зокрема її історію, цінності, місію, програми, лідерство, кадрове забезпечення та фінанси.
- 2) У багатьох випадках – SWOT-аналіз (детальний аналітичний виклад сильних, слабких сторін, можливостей і загроз).
- 3) Іноді – PEST-аналіз (аналіз політичних, середовищних, соціальних і технічних факторів, які у даний час впливають на організацію).

Багато організацій використовують обидва зазначених вище підходи (особливо тоді, коли йдеться про радикально іншу програму майбутньої діяльності, придбання або будівництво нових об'єктів, злиття об'єктів тощо).

Це означає, що перед початком формулювання стратегічного плану ГО має бути проаналізовано поточну ситуацію у кожному ЗОЗ, що входить до складу ГО.

Цей аналіз необхідний для визначення майбутнього місця, ролі кожного ЗОЗ у складі ГО, планування адекватних заходів з розвитку у межах кожного конкретного ЗОЗ та ГО у цілому.



#### ЯКІ НАСТУПНІ КРОКИ СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУВАННЯ?

**Місія** – це мета організації, що вона робить і чому.

**Візія** – бачення майбутнього стосовно ідеального стану, який організація хоче змінити чи створити.

**Цінності** – принципи, те, що важливе та те, що керує організацією.

Не існує правильних або неправильних формулювань. Важливо залучити всі зацікавлені сторони, щоб формулювання найбільш точно зображали їхні погляди.



#### ЦІННОСТІ

Цінності допомагають зрозуміти пріоритети і легше почати саме з їх формулювання. Після цього формулюються візія та місія, які мають бути пов'язані між собою.

Перед тим як переходити до розробки місії, необхідно розібратися з мандатами організацій та установ, які залучені до розробки стратегії. Формальний мандат може бути законодавчого чи регуляторного рівня, або у вигляді громадських обов'язків. Неформальний мандат – у формі організаційних норм чи очікувань зацікавлених сторін.



Рис. 17. Список мандатів<sup>39</sup>

Час на визначення мандатів допомагає забезпечити розуміння зацікавленими сторонами потреб. Важливо залучати персонал і управлінські органи в процес розробки місії, візії та цінностей. В ідеалі всі члени повинні мати можливість впливати на розробку цих положень. Тоді вони будуть мати почуття відповідальності за їх виконання, підтримувати цінності та працювати на благо досягнення візії. Помилкою є створення документа «за закритими дверима», який потім всі мають погодити.

Процес розробки місії, візії та цінностей починається з мозкового штурму з широким залученням людей. Думки та ідеї можна згрупувати, щоб створити чернетки, якими можна поділитися зі всіма для подальшого доопрацювання в малій групі. Це можна зробити під час загальних зустрічей. Допомогти також може залучений зовнішній фасилітатор для організації ефективних обговорень.

Перед тим як розпочати процес, зверніть увагу на таке:

- **Зовнішній фасилітатор:** залучення зовнішнього фасилітатора допомагає залучити всіх. Якщо така можливість є, користуйтеся нею.
- **Кількість зацікавлених сторін:** кількість персоналу в управлінській раді впливає на процес. Мета – залучити всіх певною мірою. Розуміючи, що груповий процес займає час і потрібно залучити багато людей, слід запланувати достатньо часу. Тоді результат буде вартий затраченого часу.
- **Минулий досвід:** можливо, деякі учасники мали негативний досвід розробки місії, візії та цінностей. Наприклад, їхній вклад не був використаний у кінцевому продукті.
- **Формат:** місія, візія і цінності можуть бути в різних форматах. Домовтеся про формат перш ніж почнете, включаючи довжину фрази, поєднувати їх чи ні.
- **Очікування:** часто є різниця між точками зору стосовно візії – більш реалістична, чи більш амбіційна. Місія – це про те, що організація робить і чому, цінності – як ставитися до роботи, а візія – про бажане майбутнє. Положення мають бути балансом між реалізмом та ідеалізмом, надихати і мотивувати, але при цьому бути чесними і досяжними.
- **Аудиторія:** планування розглядає по-різному аудиторію. Часто місію бачать як зовнішнє ствердження про те, що організація робить, а візія більш як внутрішнє ствердження, яке мотивує персонал. Важливо думати, як організація буде використовувати положення і де вони будуть озвучуватися після того як їх створять<sup>40</sup>.

<sup>39</sup> Брайсон Д, Елстон Ф. Створення та виконання вашого стратегічного плану, робочий посібник для громадських та неприбуткових організацій (2й вип), Сан Франциско.

<sup>40</sup> НАСНО (2010), Розробка стратегічного плану місцевого департаменту охорони здоров'я: покрокове керівництво.

Режим доступу: <https://www.naccho.org/uploads/downloadable-resources/Programs/Public-Health-Infrastructure/StrategicPlanningGuideFinal.pdf>



## Цінності. Презентація 2. Цінності, візія та місія госпітального округу

(слайди 25-26 (5 хв))

*Запитати, які цінності є важливими для учасників особисто. Запропонувати поділитися з партнером. Попросити надати приклади особистих цінностей.*

Визначення цінностей допомагає об'єднати зацікавлені сторони, коли вони обговорюють загальні принципи, переконання та важливість з роботи. Цінності – це те, що важливо для організації/об'єднання. Вони є унікальними для кожної людини. Але важливо дійти згоди, які з цих спільних принципів будуть основними для госпітальної ради.

Варіанти ціннісних слів – підказки: підзвітність, старанність, співробітництво, надійність, мужність, відданість, гідність, різноманітність, ефективність, емпатія, розширення можливостей, рівність, справедливість, майстерність, гнучкість, чесність, інноваційність, цілісність, вірність, оптимізм, якість, наполегливість, повага, відповідальність, чуйність, послуги, своєчасність, мудрість.

Приклад цінностей однієї з українських лікарень:

- Здорова людина. Центром уваги є здорова людина – а це означає, здорова сім'я і здорове населення. Ми турбуємося про здоров'я своїх клієнтів, населення та гостей громади, зберігаючи здоров'я власного персоналу.
- Якісні послуги, ефективне лікування та профілактика. Ми надаємо якісні послуги – доступні та ефективні для всіх категорій населення, особливо приділяючи увагу малозахищеним. Профілактичні заходи є в фокусі уваги. Ми проводимо заходи профілактики, запобігаючи виникненню захворювань та ускладнень від них. Ми регулярно проводимо оцінку задоволення населення від отриманих послуг і вдосконалюємо їх.
- Відповідальність, взаємоповага, довіра, порядність. Ми відповідально ставимося до своєї роботи, поважаючи наших клієнтів і колег. Діємо на засадах порядності, взаємоповаги та довіри.
- Командна робота та прагнення до розвитку. Ми підтримуємо та зберігаємо позитивний командний дух у колективі, надаємо підтримку персоналу в прагненні до розвитку, слідуємо за сучасними методами лікування та профілактики.
- Комфортні умови для клієнтів та персоналу. Ми створюємо комфортні умови для клієнтів та персоналу, забезпечуючи необхідним обладнанням та дотримуємось санітарно-гігієнічних норм, ефективно управляючи ресурсами.
- Любов до своєї професії і до клієнта. В основі діяльності персоналу лікарні лежить любов до своєї професії і до клієнта.



**Обговорення цінностей:** *Об'єднати учасників у 3 групи, попросити обговорити та записати цінності (що важливо) для співробітників закладів – надавачів медичної допомоги госпітального округу (1 група), для клієнтів закладів, які знаходяться в госпітальному окрузі (2 група), для представників органів місцевого самоврядування – власників закладів ОЗ (3 група) – 10 хв. Кожна цінність пишеться на окремому аркуші.*

**Представлення напрацювання груп.** *Тренер групує цінності, клеїть їх на фасилітаційну дошку, зачитує ще раз цінності (15 хв).*





**Розробка місії. Презентація 2. Цінності, візія та місія госпітального округу (слайди 27, 32) (5 хв)**

*Можна домовитися, як краще формулювати місію – коротко чи параграфом на пів сторінки. Важливо, щоб вона була простою та зрозумілою.*

Місія має включати таке: пояснення, що організація/мережа робить, чому вона існує чи які переваги надає. Можна невеликою групою зацікавлених сторін розробити чернетку, яку потім можна обговорити ширшим колом.



**НАВЧАЛЬНИЙ ПРИКЛАД: ФОРМУЛЮВАННЯ МІСІЇ ДЛЯ ОДНІЄЇ З УКРАЇНСЬКИХ ЛІКАРЕНЬ**

Ми, команда Комунального некомерційного підприємства ..... селищної ради «... лікарня» забезпечуємо висококваліфіковану, доступну, якісну медико-профілактичну допомогу як жителям громади, так і нашим гостям, використовуючи сучасні стандарти в нашому комфортному лікувальному закладі. Ми з повагою ставимося до Вас, відкрито спілкуючись та задовольняючи Ваші потреби в сфері охорони здоров'я.



**Формулювання місії (20 хв)** *Попросіть учасників подумати над метою мережі закладів охорони здоров'я госпітального округу, функціями, які вирішують потреби клієнтів. Які потреби ми вирішуємо? Яка наша роль в цьому? В чому наша унікальність, філософія? Пригадайте ключові цінності, пов'язати цінності з місією. Індивідуальна робота (3 хв).*

*Об'єднайте учасників у 3 групи (якщо присутні учасники з різних госпітальних рад, можна об'єднати разом учасників однієї). Попросіть обговорити варіанти, які вийшли індивідуально. Зробити спільний варіант (10 хв).*

**Презентації групової роботи, коментарі від інших груп (10 хв).**

**Розробка візії. Презентація 2. Цінності, візія та місія госпітального округу (слайди 28, 33-37) (5 хв)**

Місія говорить про ціль організації/спільноти, а візія про те, як вона буде виглядати в майбутньому в результаті роботи госпітального округу. Як буде відрізнятися спільнота й організації, які входять до складу госпітального округу через 3-5 років. Візія має мотивувати людей, які знаходяться в середині спільноти і демонструвати стан, який буде в майбутньому. Візія часто має дві частини – якою буде організація в майбутньому, як буде працювати, яку вигоду буде мати спільнота/клієнти від роботи організації. Краще, якщо візія є короткою – такою, щоб нанести на футболку. Візія має бути чіткою та зрозумілою для всіх.

Приклад візії однієї з лікарень України: «Колектив КНП «... міська лікарня» працює однією командою на спільний результат – «Здоровий пацієнт – здорова та успішна громада».





**НАВЧАЛЬНИЙ ПРИКЛАД:** ФОРМУЛЮВАННЯ ВІЗІЇ, МІСІЇ, ЦІННОСТЕЙ ТА СТРАТЕГІЧНИХ ЦІЛЕЙ ГОСПІТАЛЬНОГО ОКРУГУ (із стратегічного плану місцевого медичного округу Південної частини Нового Південного Уельсу, Австралія)<sup>41</sup>

Місцевий медичний округ Південної частини Нового Південного Уельсу був сформований у січні 2011 року і визначив такі бачення, місію та стратегічні цілі.

**Бачення:** Здорова громада.

**Місія:** Створення самодостатньої та динамічно стійкої (sustainable), орієнтованої на пацієнта високопродуктивної (efficient) та результативної (effective) системи медичного обслуговування.

**Цінності:** CORE (Collaboration, Openness, Respect, Empowerment) (Співпраця, Відкритість, Повага, Розширення прав і можливостей).

#### Стратегічні цілі:

- Ми ставимо пацієнтів на перше місце.
- Ми несемо відповідальність за результати здоров'я в Південній частині Нового Південного Уельсу.
- Ми наполягаємо на справедливості, повазі та прозорості у всьому, що робимо.
- Ми створюємо та надаємо добре керовані послуги.
- Ми заохочуємо досконалість у набутті нових знань та обмін ними.

Формулювання візії (25 хв). Попросіть учасників закрити очі й помріяти – як виглядатиме госпітальний округ і заклади, які в нього входять через 5 років. Попросіть поділитися ідеями з сусідом справа. Запитати, яким учасники хочуть бачити свій госпітальний округ, записати варіанти відповідей. Попросіть учасників у 2-х групах обговорити та сформулювати бачення для їхнього госпітального округу. Попросіть уявити, як виглядатиме мережа закладів госпітального округу через п'ять років. Якщо будуть писати статтю про них, що буде в заголовку, яка буде ключова цитата, написати 2-3 речення (історія мережі), малюнок, який буде в публікації. Бачення має бути пов'язане із місією (15 хв). Представити результати обговорень (10 хв).

Підсумок: Коли візія, місія, цінності вже розроблені та прийняті органом, який приймає рішення стосовно цього, необхідно широко комунікувати їх на різних рівнях (обласному, місцевому, рівні закладів)<sup>42</sup>.



#### Список рекомендованої літератури:

- USAID, *Проєкт розвитку ВІЛ/СНІД сервісу в Україні (2011) «Управління в неурядовій організації»* <http://network.org.ua/wp-content/uploads/2017/03/9672f4cfcee99d8174d74f5006377a56.pdf>
- Програма «U-LEAD з Європою» (2019). «Стратегічне планування в секторі охорони здоров'я в об'єднаних територіальних громадах». Режим доступу: <https://decentralization.gov.ua/news/11845>
- Respond «Інструмент розробки стратегії сталості НУО» <http://respond.org.ua/file/23u.pdf>

<sup>41</sup> Візія, Місія, Цінності та стратегічні цілі госпітального округу (із стратегічного плану місцевого медичного округу Південної частини Нового Південного Уельсу, Австралія <https://www.wslhd.health.nsw.gov.au/About-Us/Mission-Vision-Values>

<sup>42</sup> НАСНО (2010), Розробка стратегічного плану місцевого департаменту охорони здоров'я: покрокове керівництво <https://www.naccho.org/uploads/downloadable-resources/Programs/Public-Health-Infrastructure/StrategicPlanningGuideFinal.pdf>



**Мета:** Опанувати інструмент аналізу ситуації.



#### Завдання:

- Обговорити результати, зібрані під час першого етапу розробки стратегічного плану;
- Зробити SWOT-аналіз на основі даних, зібраних під час першого етапу розробки стратегічного плану.



**Методи:** SWOT-аналіз, презентація.



**Матеріали:** аркуші паперу для фліпчарту, фліпчарт.



**Час:** 90 хв.



#### Хід сесії:

Заздалегідь попросити учасників привезти результати аналізу, проведеного на першому етапі розробки стратегії.

**Презентація 3.** *SWOT-аналіз* (30 хв)



#### Інформація для тренера:

Один з найбільш поширених інструментів для аналізу ситуації – це SWOT- чи SWOC-аналіз. Складається з аналізу внутрішніх факторів (сильні/слабкі сторони) та зовнішніх факторів (можливості/ризиків чи загрози).

Такий аналіз допомагає визначити контекст, в якому критичним кроком є визначення та пріоритизація стратегічних питань. Аналіз можна робити, якщо вже зібрані дані, а робоча група обговорює питання внутрішніх і зовнішніх факторів на основі даних, що існують. SWOT-аналіз – це рамка для інформації, яка дозволяє бачити більш широку картину. Через те що контекст та зовнішні фактори постійно змінюються, такий аналіз варто проводити регулярно.

Можна записати результати даних/інформацію на аркушах паперу і згрупувати їх у чотирьох квадрантах.

**Таблиця 4.** SWOT-аналіз

СИЛЬНІ СТОРОНИ (ВНУТРІШНІ)	СЛАБКІ СТОРОНИ (ВНУТРІШНІ)
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Які ваші сильні сторони?</li> <li>■ Що ви робите краще, ніж інші?</li> <li>■ Які унікальні ресурси та можливості у вас є?</li> <li>■ Як інші сприймають ваші сильні сторони?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Які ваші слабкі сторони?</li> <li>■ Що конкуренти роблять краще за вас?</li> <li>■ Що ви можете покращити?</li> <li>■ Що інші думають про ваші слабкі сторони?</li> </ul>

МОЖЛИВОСТІ	ЗАГРОЗИ
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Які тренди та умови можуть позитивно вплинути на вас?</li> <li>■ Які можливості існують для вас?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Які тренди та умови можуть негативно вплинути на вас?</li> <li>■ Що ваші конкуренти роблять, що може мати вплив на вас?</li> <li>■ Чи є фінансова стабільність та підтримка?</li> <li>■ Який вплив мають ваші слабкі сторони на загрози?</li> </ul>



## НАВЧАЛЬНИЙ ПРИКЛАД: ЗРАЗОК SWOT-АНАЛІЗУ ЛІКАРНІ

### Сильні сторони

У лікарні працюють 100 зареєстрованих штатних медсестер та 50 зареєстрованих штатних лікарів. Лікарі та медсестри мають змінний графік, за яким вони працюють 8 годин на день протягом шести днів на тиждень. Один день відводиться для відпочинку, залежно від загального графіку.

- У лікарні також працює 75 штатних молодших медсестер для надання допомоги у численних медичних та гігієнічних заходах. Як і медсестри, молодші медичні сестри також мають змінний графік роботи і працюють шість днів на тиждень.
- Лікарня використовує найсучасніші у місті технологічні медичні прилади та пристосування. Ці прилади включають рентгенівське/радіологічне обладнання (*рентгенівський апарат... такий-то, ультразвуковий апарат такий-то...*), цілодобовий транспорт швидкої допомоги, цілодобове обслуговування ЕКГ, лабораторні послуги (*тести на цукор в крові, кількість тромбоцитів і тест на визначення групи крові...*), послуги з фізіотерапії (*що саме...*), відповідно оснащені палати, стоматологічне обладнання (*що саме...*)... Вам також можуть сподобатися приклади аналізу тверджень.
- Лікарнею керують десять директорів, з яких три працюють у лікарні, четверо – лікарі, що працюють в інших закладах охорони здоров'я, двоє – підприємці, які продають медичне обладнання, а один – конгресмен, який має ступінь магістра з питань громадського здоров'я.

Можна також переглянути приклади аналізу процесів...

### Слабкі сторони

- Незважаючи на заходи, що вживаються для найму працівників, на цей час у лікарні не вистачає ще 100 медсестер, 50 лікарів і 75 молодших медичних сестер. Близько 80% медсестер працюють 9–10 годин у зміну.
- Отримані численні скарги пацієнтів щодо грубих медсестер і лікарів. Деякі скарги також пов'язані з процедурами оплати та виставлення рахунків, коли пацієнти отримували неправильні платіжні документи, тоді як інші пацієнти не мали змоги вимагати передбачених медичним страхуванням гарантій через некомпетентний адміністративний персонал.
- Незважаючи на незначну проблему, 10% всього персоналу лікарні (лікарі, медсестри, молодші медсестри, адміністратор, прибиральник) мають часом запізнюються або відсутні на робочому місці. Деякі не повідомляють керівників підрозділів, якщо вони будуть відсутні або запізнюються під час запланованої зміни.
- Необхідно придбати низку рентгенівських та ЕКГ-апаратів, оскільки частина наявного обладнання вже не працює.
- Лікарня не має власної аптеки, що стало незручністю для пацієнтів з моменту початку роботи в лікарні минулого року.

Ви також можете звернутися до таких питань, розробляючи розділ про сильні та слабкі сторони SWOT-аналізу вашої лікарняні.

- Які товари чи послуги продає лікарня?
- Скільки працівників працює у лікарні?
- Наскільки ефективна в лікарні політика компанії?
- Коли лікарня почала працювати?
- Яке обладнання та апаратуру має лікарня?
- Де знаходиться лікарня?
- Як обладнання та апаратура використовуються для обслуговування її клієнтів?
- Який процес найму чи набору персоналу в лікарні?
- Як лікарня замінює тих працівників, які звільнилися?

### Можливості

- Для того щоб лікарня придбала нове обладнання та створила власну внутрішню аптеку, потрібні зовнішні інвестиції. Рада директорів розглядає трьох інвесторів, з яких початкові переговори про інвестиції вже розпочалися минулого місяця *(можливо, вам необхідно буде провести їх бізнес-аналіз)*.
- Оскільки лікарня була відкрита лише минулого року, стажування в різних медичних школах по країні ще не реалізовані. Хоча необхідні угоди та контракти вже підписані зі школами-партнерами, лікарня ще не прийняла рішення щодо влаштування інтернів *(можливо, вам необхідно буде провести додатковий критичний аналіз)*.
- Лікарня буде мати ексклюзивне партнерство з приватними технологічними компаніями з виготовлення лікарняного обладнання. Якщо партнерство просунеться, обладнання може з'явитися вже в червні наступного року.
- Через приплив нових пацієнтів із сусідніх міст і районів лікарня буде вивчати питання про набір нових працівників лікарні. Для цього у лікарні розглядають можливість найму 50 нових медсестер у найближчі пів року *(ви також можете мати необхідність додаткового оперативного аналізу)*.

### Перешкоди/загрози

Лікарня конкурує з двома іншими лікарнями міста. Лікарня «А» працює 12 років і має 1000 працівників, тоді як лікарня «Б» працює 5 років, і у ній працює 600 штатних одиниць. Ще одна лікарня, в якій будівництво розпочалося три місяці тому, також розпочне роботу до березня 2019 року *(можливо, вас має зацікавити аналіз проєктів)*.

- Інфляція зросте на 5% протягом наступних кількох місяців, що, безумовно, підвищить ціни на всі лікарняні послуги.
- Ходили чутки, що один із партнерів медичного страхування лікарні збанкрутує, що викликає велике занепокоєння у численних страхувальників страхової компанії.
- Утримати лікарів-резидентів у вашій лікарні стало великою проблемою, оскільки їм пропонують набагато більшу зарплату у лікарнях інших міст. Тільки за минулий рік 5% лікарів, зайнятих у лікарні, звільнилися *(можливо, вам доцільно використати SWOT-аналіз для складання плану дослідження ринку)*.

Створити SWOT-аналіз не складно, але він потребує широкого дослідження й аналізу. SWOT-аналіз – один з найефективніших бізнес-інструментів, який можна використовувати для аналізу внутрішнього та зовнішнього середовища.

Порівняно з п'ятьма силами Портера, PEST-аналізом, SWOT-аналіз є більш популярним інструментом, який використовується майже всіма організаціями (як малими підприємствами, так і великими корпораціями). Простий аналіз SWOT може бути дуже ефективним і для медичних підприємств, зокрема для лікарень. Лікарнею важко управляти, і це потрібно враховувати.

СИЛЬНІ СТОРОНИ (ВНУТРІШНІ)	СЛАБКІ СТОРОНИ (ВНУТРІШНІ)
<ul style="list-style-type: none"> <li>10-річний заклад</li> <li>Досвідчений старший персонал</li> <li>Сильна інформаційна система</li> <li>Якість клінічних ресурсів</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Висока змінюваність (текучість) кадрів медсестер (36%)</li> <li>Недостатність (недоліки) підготовки та підвищення кваліфікації персоналу</li> <li>Високий рівень співвідношення кількості медсестер/пацієнтів</li> </ul>
МОЖЛИВОСТІ	ЗАГРОЗИ
<ul style="list-style-type: none"> <li>Зростання старіння населення</li> <li>Партнерство з різними групами</li> <li>Розробка наставницьких програм</li> <li>Розробка програм прийому студентів</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Будівництво трьох спеціалізованих лікарень</li> <li>Міське населення зменшується</li> <li>Високий рівень безробіття</li> <li>Конкуренція по зарплатні між лікарнями</li> </ul>



**Проведення SWOT аналізу. Сильні та слабкі сторони.** Об'єднайте учасників у групи (за кількістю госпітальних рад). Якщо учасники з двох госпітальних рад – можна зробити 4 групи. 2 групи аналізують сильні сторони, 2 – слабкі сторони свого госпітального округу. Один з учасників у кожній групі записує всі результати обговорення (10 хв). Учасники, які робили записи залишаються на місці, а інші учасники міняються місцями і додають свої ідеї (дві групи – сильні сторони, дві – слабкі). Учасники, які робили записи ознайомлюють з результатами обговорення, учасники іншої групи додають те, що ще не було названо (10 хв). В результаті має вийти комплексний аналіз на рівні двох госпітальних округів. Презентація обговорень (10 хв).

**Проведення SWOT-аналізу.** Можливості та загрози (виклики). 2 групи аналізують можливості, 2 – загрози для свого госпітального округу. Один з учасників у кожній групі записує всі результати обговорення (10 хв). Учасники, які робили записи залишаються на місці, а інші учасники міняються місцями і додають свої ідеї (дві групи – сильні сторони, дві – слабкі). Учасники, які робили записи ознайомлюють з результатами обговорення, учасники іншої групи додають те, що ще не було названо (10 хв). В результаті має вийти комплексний аналіз на рівні двох госпітальних округів. Презентація обговорень (10 хв).



#### Список рекомендованої літератури:

- USAID, *Проект розвитку ВІЛ/СНІД сервісу в Україні (2011) «Управління в неурядовій організації»* <http://network.org.ua/wp-content/uploads/2017/03/9672f4cfcee99d8174d74f5006377a56.pdf>
- Respond «Інструмент розробки стратегії сталості НУО»* <http://respond.org.ua/file/23u.pdf>
- Програма «U-LEAD з Європою» (2019). «Стратегічне планування в секторі охорони здоров'я в об'єднаних територіальних громадах».* Режим доступу: <https://decentralization.gov.ua/news/11845>



**Мета:** зробити підсумок першого дня тренінгу.



**Завдання:**

- Отримати зворотний зв'язок від учасників;
- Пригадати опанований матеріал.



**Методи:** індивідуальна робота, обговорення.



**Матеріали:** м'ячик.



**Час:** 15 хв.



**Хід сесії:**

Кидаючи м'ячик учасникам, запитайте, що вони запам'ятали, які висновки зробили в результаті дня тренінгу. Слідкуйте за тим, щоб м'ячик побував у всіх учасників.

2  
ДЕНЬ

Сесія 1.

ВСТУП



**Мета:** актуалізувати знання, отримані під час 1-го дня тренінгу.



**Завдання:**

- Пригадати опанований матеріал 1-го дня тренінгу;
- Створити позитивну атмосферу для навчального процесу та взаємодії.



**Методи:** зворотний зв'язок від учасників.



**Матеріали:** м'ячик.



**Час:** 15 хв.



**Хід сесії:**

Кидаючи м'ячик учасникам попросіть їх пригадати, що запам'яталося після першого дня тренінгу, або які думки були ввечері з цього приводу, дати настанову/побажання учасникам і тренерам для другого дня тренінгу. Слідкуйте за тим, щоб м'ячик побував у руках у всіх учасників.

Сесія 2.

РОЗРОБКА СТРАТЕГІЧНИХ НАПРЯМКІВ НА ОСНОВІ РЕЗУЛЬТАТІВ  
SWOT-АНАЛІЗУ



**Мета:** Опанувати метод розробки стратегічних напрямків на основі SWOT-аналізу.



**Завдання:**

- Розробити стратегічні напрямки для госпітальних округів на основі SWOT-аналізу.



**Методи:** SWOT аналіз (продовження).



**Матеріали:** матеріали з попередньої сесії.



**Час:** 45 хв.



**Хід сесії:**

### **Стратегічні напрями на основі SWOT-аналізу**

#### **Інформація для тренера (15 хв)**

В ідеалі зовнішній фасилітатор має фасилітувати обговорення. Якщо такої можливості немає, призначте цю роль комусь, також варто розподілити ролі для слідування за часом та ведення записів. Об'єднайте учасників у групи (з одного госпітального округу), попросіть їх взяти результати SWOT-аналізу попередньої сесії. Продемонструйте на одному з прикладів, як шукати зв'язки між квадрантами. Наприклад:

- Поєднайте сильні сторони із зовнішніми можливостями.
- Поєднайте загрози з можливостями та/чи сильними сторонами.
- Поєднайте слабкі сторони із сильними, щоб мінімізувати їх.
- Подивіться на закономірності чи теми, які зазначаються скрізь.
- Обговоріть, яким чином можна підтримати сильні сторони. Як можна мінімізувати слабкі сторони? Як можна скористатися можливостями? Що зробити, щоб підготуватися до викликів чи загроз.
- Визначити теми, які виникають. Записати їх, сформулювати стратегічні напрями. Формуючи напрямки, необхідно орієнтуватися на визначену візію та місію.
- Можливо, якісь стратегічні завдання вже були пріоритезовані. Їх потрібно також обрати. Стратегічний план має включати такі пріоритети, які госпітальна рада/члени госпітального округу зможуть адресувати. Стратегічний план повинен мати зв'язки з планом покращення здоров'я та деталі по ролях та відповідальності за виконання плану покращення здоров'я. Стратегічних пріоритетів не має бути забагато. Можливо, якісь речі будуть завданнями в рамках одного пріоритету<sup>43</sup>.

Візьміть результати попередніх напрацювань групи та повісьте плакати, на яких написані сильні, слабкі сторони, можливості та виклики на стіну у вигляді квадранта, в якому зверху зліва – сильні сторони, зверху справа – слабкі сторони, внизу зліва – можливості і внизу справа – загрози. Покажіть на прикладі, як можна їх поєднати і які напрями в результаті цього сформулювати.

#### **Робота в групах. Стратегічні напрями (30 хв)**

Об'єднайте учасників у групи (з одного госпітального округу), попросіть проаналізувати результати SWOT-аналізу, поєднуючи різні сторони квадранта і формулюючи стратегічні напрямки. Кожній групі в цьому потрібна допомога тренерів. Сформулювати стратегічні напрямки для кожного госпітального округу.

<sup>43</sup> NACCHO (2010), Розробка стратегічного плану місцевого департаменту охорони здоров'я: покрокове керівництво <https://www.naccho.org/uploads/downloadable-resources/Programs/Public-Health-Infrastructure/StrategicPlanningGuideFinal.pdf>





#### Список рекомендованої літератури:

- USAID, Проєкт розвитку ВІЛ/СНІД сервісу в Україні (2011) «Управління в неурядовій організації» <http://network.org.ua/wp-content/uploads/2017/03/9672f4cfcee99d8174d74f5006377a56.pdf>
- Respond «Інструмент розробки стратегії сталості НУО» <http://respond.org.ua/file/23u.pdf>
- Наказ МОЗ України № 1422 від 29.12.2019
- Програма «U-LEAD з Європою» (2019). «Стратегічне планування в секторі охорони здоров'я в об'єднаних територіальних громадах». Режим доступу: <https://decentralization.gov.ua/news/11845>

### Сесія 3.

## РОЗРОБКА ЦІЛЕЙ ТА ПЛАНІВ НА ОСНОВІ РЕЗУЛЬТАТІВ SWOT-АНАЛІЗУ



**Мета:** Розробити стратегічний план, який включає цілі, завдання, заходи, терміни й очікувані результати.



#### Завдання:

- Розробити стратегії, щоб адресувати пріоритети;
- Розробити довгострокові цілі та SMART-завдання для кожного зі стратегічних напрямів;
- Розробити план дій із термінами й очікуваними.



**Методи:** пріоритизація, групові обговорення, презентація.



**Матеріали:** матеріали попередньої сесії, аркуші для фліпчарту, маркери, аркуші А4 різного кольору, маркери.



**Час:** 195 хв.



#### Хід сесії:

**Презентація 4.** Розробка цілей та планів на основі результатів SWOT-аналізу (30 хв) Слайди 1-8

Таблиця 5. Вплив на місію<sup>44</sup>

ВИСОКИЙ ВПЛИВ НА МІСІЮ НИЗЬКА ЖИТТЄЗДАТНІСТЬ	ВИСОКИЙ ВПЛИВ НА МІСІЮ ВИСОКА ЖИТТЄЗДАТНІСТЬ
Рішення: <ul style="list-style-type: none"> <li>Залишити, але містить витрати</li> </ul>	Рішення: <ul style="list-style-type: none"> <li>Інвестувати в продовження та зростання</li> </ul>
НИЗЬКИЙ ВПЛИВ НА МІСІЮ НИЗЬКА ЖИТТЄЗДАТНІСТЬ	ВИСОКИЙ ВПЛИВ НА МІСІЮ НИЗЬКА ЖИТТЄЗДАТНІСТЬ
Рішення: <ul style="list-style-type: none"> <li>Не продовжувати, або не починати</li> </ul>	Рішення: <ul style="list-style-type: none"> <li>Посилити</li> </ul>

(Masoka, CompassPoint, 2005)<sup>45</sup>

Стратегія – це загальний підхід для розв’язання стратегічних питань. Наприклад, організація може розробити стратегію, щоб вирішити певну проблему здоров’я або нерівність в отриманні послуг. Залучення спільноти, для якої надаються послуги є важливою частиною розробки стратегії.

Розробка цілей та завдань – стандартна частина розробки проєктів і програм. Кожний стратегічний пріоритет, який включається в стратегічний план, має мати ціль/цілі та завдання. Цілі – це довгострокові зміни (широкі, які керують функціями організації), які ми хочемо досягти, а завдання описують, як цілі будуть досягнуто (outcomes). Цілі можуть бути широкими, але вони також мають бути вимірюваними. Завдання мають бути чіткими, вимірюваними і пов’язаними із ціллю.

Що таке SMART завдання:

- **Specify** – визначити, що має бути досягнуто, скільки і в яких термінах).
- **Measurable** – будьте впевнені, що завдання можна виміряти (тобто існують дані для виміру).
- **Achievable** – реалістичність завдань.
- **Relevant** – релевантність завдань (вони пов’язані з місією, візією).
- **Time-oriented** – є часові рамки для виконання.

Для того щоб сформулювати завдання, потрібно визначити, яких зміни ми хочемо досягнути, ким вони виконуються, для кого і коли. Або ступінь змін, тип змін, територія, на якій будуть відбуватися зміни, населення, на яке вони направлені та часові рамки.

Приклади:

- 20-відсоткове зростання кількості середнього медичного персоналу в Покровському госпітальному окрузі до січня 2021 р.
- На 15% зменшився рівень ожиріння серед дітей 10-12 років на території Краматорського госпітального округу до червня 2025 р.

<sup>44</sup> NACCHO (2010), Розробка стратегічного плану місцевого департаменту охорони здоров’я: покрокове керівництво.  
Режим доступу: <https://www.naccho.org/uploads/downloadable-resources/Programs/Public-Health-Infrastructure/StrategicPlanningGuideFinal.pdf>

<sup>45</sup> Там само



## ЛОГІЧНА МОДЕЛЬ

Іноді легше розробити логічну модель, яка представляє довгострокові, середньострокові та короткострокові завдання, разом із результатом, вкладом та необхідними ресурсами. Така логічна модель допомагає візуалізувати цілі стратегічного плану і зрозуміти відношення між цілями, завданнями та заходами<sup>46</sup>.

Ціль – загальний намір для досягнення місії.

Місія визначає, чому організація існує.

Візія демонструє оптимістичне бачення майбутнього.



Рис. 18. Логічна модель<sup>47</sup>

**Внесок** – йдеться про внесок у підтримку заходів, ресурси (персонал, волонтери, приміщення, обладнання, фінансові ресурси тощо), громадські активи (встановлені стосунки, цінності спільноти, які збігаються з цілями, члени спільноти з бажанням долучитися), бар'єри чи виклики, які потрібно вирішити (наприклад, конфлікти, норми спільноти, які збігаються з цілями).

**Стратегії** – загальні успішні підходи чи кращі практики, які будуть слугувати фундаментом для заходів.

**Заходи** – послуги, які надаються, щоб виконати місію, використовуючи наявні ресурси. Процеси, техніки, інструменти, заходи, технології та заходи запланованої програми. Можуть включати продукти (промоційні та навчальні матеріали, консультування та скринінг) та інфраструктуру (структура, стосунки та потенціал для того, щоб отримати бажані результати).

**Результати** – прямі результати програмної діяльності. Програмні результати мають призводити до результатів, які очікуються її учасниками. Вони за звичаєм описуються у вигляді розміру та об'єму продуктів/послуг, які надаються. Наприклад, кількість проведених навчальних занять, зустрічей, розроблених матеріалів, рівень залучення учасників або годин, витрачених на надання послуги.

**Початкові результати** – зміни, які відбулися в результаті одного чи більше заходів, як-от зміна в знаннях, навичках, відношенні.

**Індикатори** – специфічна інформація, яку потрібно зібрати, щоб простежити успіх щодо результатів. Вони описують характеристики, які можна спостерігати та виміряти чи зміни, які демонструють досягнення результату.

**Проміжні результати** – зміни, які відбудуться після низки заходів і коли досягнуто початкові результати, наприклад, зміна в поведінці, практиках, політиках та процедурах. Зазвичай вони відбуваються через 1-3 роки.

<sup>46</sup> NACCHO (2010), Розробка стратегічного плану місцевого департаменту охорони здоров'я: покрокове керівництво.

Режим доступу: <https://www.naccho.org/uploads/downloadable-resources/Programs/Public-Health-Infrastructure/StrategicPlanningGuideFinal.pdf>

<sup>47</sup> Там само

**Довгострокові результати** – зміни, які відбуваються, тільки коли початкові та проміжні результати досягнуто. Такі зміни включають організаційні, в навколишньому середовищі та на системному рівні, які можуть вести до покращення умов, підвищення потенціалу та змін на політичній арені<sup>48</sup>.

*Запитати учасників, чим може бути корисним використання такої логічної рамки, яка використовується зазвичай у проєктах для стратегії? Чи варто її використовувати для стратегічного плану госпітальної ради. Якщо буде зацікавлення в учасників, надати приклад на одному зі стратегічних напрямків, як можна її заповнити.*

Першим кроком є звуження списку тем за методом пріоритизації. Об'єднайте учасників у групи (в групі – учасники одного госпітального округу). Попросіть учасників згрупувати напрями та завдання, продемонструвавши на прикладі, як це робиться. Наприклад, якщо йдеться про те ж саме, але викладено різними словами. Попросіть записати список напрямів і завдань до них на аркушах різного кольору (один колір – напрями, другий – завдання до напрямів). Наступний крок – проаналізувати напрями за допомогою матриці (заздалегідь підготуйте бланки матриці), наведіть приклад, як їх заповнювати.

Підкреслити, що пошук консенсусу серед членів стратегічного комітету є важливим. Консенсус не означає, що всі мають повністю погодитися стосовно напрямів і завдань, але більшість має їх підтримати. Стратегічний план провалиться, якщо буде відсутнім високий рівень підтримки. Інструмент, такий як Compass Point Dual Bottom Line Matrix (Подвійний рядок компаса), може бути корисним, щоб продемонструвати тим, хто не долучався до прийняття рішень, як пріоритети були обрані. Стратегічні плани в охороні здоров'я будуть більш дієвими, якщо вони будуть поєднані з другими важливими планами розвитку. Тому варто передивитись також стратегічні плани розвитку ОТГ та області, щоб зрозуміти, як плани госпітального округу можуть бути підтримані.



**Розробка стратегічних цілей і завдань.** *Попросити учасників групи розробити стратегічні цілі та завдання за зразком: стратегічний напрямок – стратегічна ціль (може бути декілька в кожному напрямі) – стратегічні завдання (30 хв). Презентація напрацювань груп, коментарі (30 хв).*

**Розробка стратегічних імплементаційних планів. Презентація 4.** *Розробка цілей та планів на основі результатів SWOT-аналізу (слайди 9-15)*



### Інформація для тренера:

Імплементаційні плани допомагають інтегрувати їх у щоденну активність. Діаграма демонструє, як це може виглядати (Рис. 19).

Відношення стратегічного імплементаційного плану та загального стратегічного плану показані на діаграмі. Рівень огляду символічно демонструє, наскільки широкими будуть плани.

Імплементаційні плани включають:

- Специфічні програми та заходи, що будуть здійснені для виконання кожного завдання.
- Хто відповідальний за виконання завдань (який персонал, команда чи департамент).
- Терміни для виконання та план виміру успіхів, який демонструє, як цілі і завдання будуть вимірюватися.

<sup>48</sup> NACCHO (2010), Розробка стратегічного плану місцевого департаменту охорони здоров'я: покрокове керівництво. Режим доступу: <https://www.naccho.org/uploads/downloadable-resources/Programs/Public-Health-Infrastructure/StrategicPlanningGuideFinal.pdf>

- Імплементційний план має бути інтегрованим в специфічні програмні робочі плани й індивідуальні плани виконання співробітників. Така модель інтегрує пріоритети в діяльність організації/структури і операційну діяльність з урахуванням стратегії.
- Стратегічний імплементційний план має бути дружнім для користування персоналом, який ним користується. Можна формувати план так, як зручно.
- Імплементційний план включає індикатори оцінювання процесу й індикатори оцінювання результату.



(Адаптовано з MarMason Consulting, LLC, 2012)

Рис. 19. Імплементційні плани

Оцінювання процесу використовується для того, щоб документувати та моніторити виконання програми, заходів та інтервенцій. Оцінювання процесу – це інструмент для моніторингу прогресу щодо досягнення результатів. Вимірюючи якість, точність та доступність послуг і програм, госпітальна рада може визначити, чи досягається результат. Оцінювання процесу – це також сильний інструмент для визначення потенціальних сфер для покращення якості.

Сфери, які вимірюються в оцінці процесу:

- **Охоплення:** чи цільове населення було охоплено? Яку кількість населення було охоплено?
- **Дозування:** учасники чи отримувачі послуг отримали бажаний рівень інтервенції?
- **Вірність:** програма чи інтервенція була проведена відповідно до моделей/протоколів?
- **Задоволення клієнтів:** наскільки були задоволені клієнти рівнем послуг чи програмою?

**Індикатор процесу** – це вимірювання або документація програми чи послуг, які надавалися. Таких індикаторів багато. Потрібно визначити, які будуть найбільш важливими для оцінювання результатів.

**Оцінювання результатів** визначає внесок, переваги чи зміни в результаті програм, чи заходів. Через те що результати часто бувають у вигляді зміни в населенні, яке планується охопити, оцінювання результатів визначає ступінь цих змін.

**Індикатор результатів** – вимірювання змін, які призводять до загальної мети<sup>49</sup>.

<sup>49</sup> NACCHO (2010), Розробка стратегічного плану місцевого департаменту охорони здоров'я: покрокове керівництво. Режим доступу: <https://www.naccho.org/uploads/downloadable-resources/Programs/Public-Health-Infrastructure/StrategicPlanningGuideFinal.pdf>



## ПРИКЛАД ІМПЛЕМЕНТАЦІЙНОГО ПЛАНУ:

**Пріоритет:** покращити утримання персоналу

**Стратегія:** створити більш ефективну систему промоції та компенсації оплати праці для персоналу

**Ціль:** створити та впровадити систему підтримки працездатності персоналу, орієнтованої на підвищення продуктивності в госпітальному окрузі

**Результат до завдання 1.** До березня 2020 р. 50% закладів госпітального округу передивилися систему оплати праці та підписали колективні договори

ПРОГРАМНІ АКТИВНОСТІ, ІНТЕРВЕНЦІЇ	ВІДПОВІДАЛЬНА ОСОБА/КОМАНДА	ТЕРМІНИ	ІНДИКАТОРИ ПРОЦЕСУ	ІНДИКАТОРИ РЕЗУЛЬТАТУ
Розробити й узгодити нову систему оплати праці	Колективи закладів – надавачів медичних послуг	Вересень- жовтень 2019	Надавачі медичних послуг передивилися систему оплати праці, узгодивши її зі співробітниками	Підвищено оплату праці персоналу щонайменше на 40 відсотків
Підписати колективні договори	Колективи закладів – надавачів медичних послуг	Листопад 2019- березень 2020	Надавачі медичних послуг підписали колективний договір	Підвищено оплату праці персоналу щонайменше на 40 відсотків



**Розробка імплементаційних планів.** Об'єднати учасників у групи (госпітальні округи), попросити розробити імплементаційні плани за зразком (30 хв). Презентація роботи груп та обговорення (25 хв).



### Список рекомендованої літератури:

- USAID, Проєкт розвитку ВІЛ/СНІД сервісу в Україні (2011) «Управління в неурядовій організації» <http://network.org.ua/wp-content/uploads/2017/03/9672f4cfcee99d8174d74f5006377a56.pdf>
- Respond «Інструмент розробки стратегії сталості НУО» <http://respond.org.ua/file/23u.pdf>
- Програма «U-LEAD з Європою» (2019). «Стратегічне планування в секторі охорони здоров'я в об'єднаних територіальних громадах». Режим доступу: <https://decentralization.gov.ua/news/11845>

Сесія 4.

## РОЛЬ ТА МОЖЛИВОСТІ ІНФОРМАЦІЙНИХ СИСТЕМ У РОЗРАХУНКУ ТА АНАЛІЗІ ВИТРАТ І РОЗВ'ЯЗАННІ ІНШИХ ПРОБЛЕМ, ПОВ'ЯЗАНИХ ІЗ СТРАТЕГІЧНИМ ПЛАНУВАННЯМ НА РІВНІ ГОСПІТАЛЬНИХ ОКРУГІВ



**Мета:** Підвищити рівень обізнаності щодо можливостей інформаційних систем.



### Завдання:

- Дізнатися про роль та можливості інформаційних систем у розрахунку та аналізі витрат і розв'язанні інших проблем, пов'язаних із стратегічним плануванням на рівні госпітальних округів.
- Познайомитися з різними підходами, методами та інструментами формування розрахунків



**Методи:** презентація.



**Матеріали:** презентація, папір для фліпчарту, маркери.



**Час:** 120 хв.



### Хід сесії:

**Презентація 5.** *Роль та можливості інформаційних систем у розрахунку та аналізі витрат і розв'язанні інших проблем, пов'язаних із стратегічним плануванням на рівні госпітальних округів (120 хв з питаннями та відповідями)*



### Інформація для тренера<sup>50</sup>:

Алгоритм та інструменти формування майстер-плану госпітального округу та його потужності.

**Госпітальний округ** – це система взаємовідносин місцевої влади та закладів охорони здоров'я.

Важливими інструментами для планування на рівні госпітального округу є:

1. Планування структури мережі в розрізі профілів ліжок.
2. Планування штатних одиниць персоналу.
3. Порівняльний аналіз рівня складності пацієнтів у лікарнях округу.
4. Порівняльний аналіз структури витрат лікувальних підрозділів.

Основними завданнями планування мережі і штатних одиниць персоналу є:

- Визначення медико-політичних параметрів.
- Визначення планових навантажень на персонал.
- Розрахунок потужностей стаціонарної мережі.
- Розрахунок штатних одиниць персоналу та фонду оплати праці.

<sup>50</sup> На основі матеріалів презентації «Роль та можливості інформаційних систем у розрахунку та аналізі витрат і розв'язанні інших проблем, пов'язаних із стратегічним плануванням на рівні госпітальних округів» Дяченко С.О для тренінгу «Стратегічне планування на рівні госпітального округу».

Основними завданнями порівняльного аналізу рівня складності пацієнтів є:

- Визначення інтегральної оцінки складності пролікованих пацієнтів у відділеннях стаціонару.
- Визначення середнього індексу складності пролікованих пацієнтів у відділеннях стаціонару.
- Проведення порівняльного аналізу однопрофільних відділень стаціонарів, що входять в госпітальний округ.

Порівняльний аналіз структури витрат лікувальних підрозділів складається з:

- Визначення структури витрат утримання відділень стаціонару і їх питомої ваги.
- Визначення структури фактичних витрат відділень стаціонару на лікування пацієнтів і їх питомої ваги.
- Порівняльний аналіз показників роботи однопрофільних відділень стаціонарів ГО.

Госпітальний округ має бути побудований як гармонійна екосистема взаємовідносин органів місцевої влади, громади та закладів охорони здоров'я. І поступово він стане саморегульованою системою на економічних засадах.



ЩО ПОТРІБНО РОЗУМІТИ ВЛАСНИКАМ ПРО ФІНАНСУВАННЯ ЛІКАРЕНЬ ЗА РЕЗУЛЬТАТОМ НА ОСНОВІ ДІАГНОСТИЧНО-СПОРІДНЕНИХ ГРУП (ДСГ, DRG)?

Основний нормативний документ – Закон України №2168-VIII від 19 жовтня 2017 року «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення».

У 2019 в Полтавській області впроваджено пілотний проєкт з фінансування лікарень за ДСГ. Ціль пілоту – відпрацювати механізм взаємодії провайдера медичної допомоги та платника (НСЗУ) при переході до фінансування за надання вторинної та високоспеціалізованої допомоги за моделлю ДСГ.

Основні завдання пілоту:

1. Напрацювання нормативної бази.
2. Відпрацювання юридичної та інформаційної взаємодії між закладами, регіональними департаментами та НСЗУ.
3. Тестування логіки формування ДСГ-груп та розрахунку вартості по кожному випадку лікування пацієнтів.
4. Технічна та навчальна підготовка лікарень до роботи в умовах фінансування за ДСГ.
5. Навчання керівників та власників закладів оцінюванню фінансових ризиків.

Особливості: пілот реалізується в межах державної субвенції, додаткових коштів на нього не виділялося. На початку місяця кожна лікарня отримала передоплату 60 відсотків від бюджету. Кожний випадок лікування класифікується до однієї з груп КЗГ. Базова ставка на 2019 рік складає 1421 грн. Вартість відшкодування лікарні складає 1889,93 грн (1421 грн\*1,33).

Фінансовий аспект пілотного проєкту:

1. Постанова КМУ 131 визначає модель фінансування та вагові коефіцієнти 50 КЗГ.
2. Наказ МОЗ #703 визначає логіку визначення КЗГ по кожному випадку.
3. Лікарня змінює свій статус на Комунальне неприбуткове підприємство.
4. Лікарня укладає угоду з НСЗУ (отримує 60% «плюс» заробляє за КЗГ).



5. На початку місяця лікарня отримує 60% фінансування за глобальним бюджетом.
6. Лікарня щотижня направляє звіт про пролікованих хворих до НСЗУ.
7. За результатами місяця лікарня формує рахунок.
8. Після надходження Акту виконаних робіт від НСЗУ лікарня звіряє його з рахунком.
9. За необхідності лікарня проводить звірку з НСЗУ.
10. Після підпису Акту, НСЗУ проводить фінансування лікарні за КЗГ.



#### ЧОМУ МАЄ НАВЧИТИСЬ ПЕРСОНАЛ ЛІКАРНІ ДЛЯ УСПІШНОЇ РОБОТИ В УМОВАХ ФІНАНСУВАННЯ ЗА РЕЗУЛЬТАТОМ НА БАЗІ МОДЕЛІ ДСГ?

Як готувалась галузь Полтавської області до впровадження фінансування за результатом (ДСГ) протягом останніх 5 років:

- Проведення семінарів і тренінгів для персоналу лікарень та управлінь: для головних лікарів, економістів, медичних статистиків, медичного персоналу, аудиторів. Провели понад 20 тренінгів з менеджменту, понад 40 – з обліку витрат з формування ф066/о, 8 тренінгів з розрахунку вартості медичних послуг, 6 тренінгів з формування БД листів призначень, понад 10 тренінгів з організації роботи моніторингу якості даних. У всіх лікарнях впроваджені компоненти МІС від понад 10 розробників: для проведення обліку й аналізу витрат за 2015-2018 рр., для формування БД ф066/о за 2007-2018 рр., для формування БД медикаментозних листів призначень стаціонарних хворих, для розрахунку вартості медичної допомоги, для формування звітів на НСЗУ за проектом ДСГ. В структурі обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики: впроваджено центральний регіональний компонент eHealth для збору й аналізу даних, сформовано аналітичну групу з аудиту якості даних, які подають лікарі. В Департаменті охорони здоров'я: впроваджено модуль для аналітичної роботи, впроваджено фінансовий модуль для оцінки ризиків та моніторингу роботи лікарень за проектом ДСГ.

Для оцінки структури витрат закладів використовуються Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. №1075 про затвердження Методики розрахунку вартості послуг з медичного обслуговування.

Аналітичні результати пілотного проекту Полтавській області у 2019 демонструють, що середній термін ведення форм 066/о в МІС лікарні у 2014 році була 36,9 дні, а у вересні 2019 – 0,4 дні. Кількість ф066, які блокувалися через виявлені помилки у січні 2019 року досягали 313, а у липні – 2. В середньому за місяць вводилося до 23 тис. форм.

Керівництво лікарень та регіональних департаментів в eHealth можуть бачити структуру госпіталізації, складність пролікованих пацієнтів, аналізувати структуру витрат тощо.

Загалом у Полтавській області кількість госпіталізацій за перші 6 місяці 2019 року скоротилася на 4 відсотки порівняно з тим же періодом 2018 року.

При фінансуванні за квітень-липень ріст становив 46 відсотки. Кількість пролікованих пацієнтів зросла на 16,7 відсотків. Термін лікування зменшився з 8,4 днів до 7,8 днів. Середній індекс складності пацієнтів зріс на 2,1 % та досяг 0,954.

Більше всього лікарень, які проводять аналіз витрат протягом 2007-2019 рр., у Львівській, Одеській, Полтавській та Дніпропетровській області. Загалом таких закладів в Україні 497.

У результаті:

- Напрацьовано методологію з програмно-технічної підготовки лікарень і проведення навчання персоналу закладів, регіональних департаментів і НСЗУ.
- Впроваджений комплексний аналітичний інструмент щодо загального моніторингу й управління фінансуванням лікарень на регіональному рівні.
- Проведений аналіз витрат лікарень і моделювання їх фінансових ризиків при переході до фінансування за результатом.
- Сформована регіональна служба інформаційно-медичного аудиту якості даних.
- Надано рекомендації лікарням щодо кодування результатів стаціонарного лікування пацієнтів.
- Реалізовано технологію інформаційного обміну між лікарнею, службою аудиту, регіональним департаментом та НСЗУ.
- Запропоновано розширення національних медичних класифікаторів.

На етапі підготовки до фінансування за результатом заклади охорони здоров'я мають:

- Навчити персонал відділень кодуванню випадків лікування (форма 066).
- Розрахувати фактичні витрати лікарні на пролікованих хворих.
- Оцінити фінансові ризики по кожному відділенню при фінансуванні за ДСГ.
- За результатом аналізу – провести структурні зміни закладу.
- За результатом аналізу – знайти своє «місце» в госпітальному окрузі.
- Оцінити ефективність витрат лікарні на лікарські засоби.
- Самостійно ознайомитись з пропозиціями МІС, вибрати та впровадити.

Обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики має навчитися інформаційній взаємодії з лікарнями регіону в режимі реального часу та забезпечити оперативний аналіз якості даних, переданих від лікарень.

Департамент охорони здоров'я має забезпечити аналітичну підтримку лікарням у пошуку «свого» місця та забезпечити оперативний моніторинг змін показників роботи лікарень в умовах фінансування за моделлю ДСГ.

У рамках підготовки до фінансування з 2020 року мають бути проведені семінари та тренінги для персоналу лікарень та управлінь. У всіх лікарнях необхідно впровадити компоненти МІС. В структурі обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики має бути впроваджено центральний регіональний компонент eHealth для збору й аналізу даних та сформовано аналітичну групу з аудиту якості даних, які подають лікарні. В Департаменті охорони здоров'я має бути впроваджений модуль для аналітичної роботи та фінансовий модуль для оцінювання ризиків і моніторингу роботи лікарень за проектом ДСГ.



ГОЛОВНІ ПОТОЧНІ ЗАВДАННЯ ДЛЯ ЛІКАРЕНЬ:

- Навчити персонал клінічних відділень точно, своєчасно та якісно оформлювати електронну медичну документацію (форма 066/о).
- Навчити персонал економіко-аналітичного блоку лікарні проводити розрахунки вартості медичного обслуговування кожного підрозділу.
- Активно займатись комп'ютеризацією та інформатизацією лікарні.

Рекомендації щодо вибору МІС:

- Визначити потребу власного медичного закладу (функціонал).
- Вивчити можливості наявних МІС щодо визначеного функціоналу та перспективи розвитку.
- Вивчити історію роботи МІС в медичних закладах.
- Обов'язково запросити представників МІС для демонстрації роботи «наживо».
- Отримати від розробника МІС перелік медичних закладів, які він рекомендує для ознайомлення.
- Організувати виїзд фахівців власного закладу до декількох рекомендованих розробником МІС.

Рекомендації щодо впровадження МІС:

- Розробник МІС має вивчити наявні бізнес-процеси в закладі та надати рекомендації щодо змін.
- Сформулювати технічне завдання на програмну систему.
- Визначити конфігурацію комп'ютерного обладнання, закупити комп'ютери, сервери, зробити монтаж ЛВС.
- Навчити співробітників закладу роботі з МІС
- Зробити дослідну експлуатацію.
- Провести промислову експлуатацію та надавати технічну підтримку.



**Список корисних ресурсів:**

- Відео «Як змінюється фінансування охорони здоров'я» <https://moz.gov.ua/article/reform-plan/jak-zminjuetsja-sistema-finansuvannja-ohoroni-zdorov%e2%80%99ja-video>
- Закон України про фінансові гарантії медичного обслуговування населення <https://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>
- План заходів з реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я на період до 2020 року <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/250432586>



**Мета:** Отримати навички бюджетування планів.



**Завдання:**

- Обговорити, що мається на увазі під бюджетуванням планів;
- Обговорити, чому важливо розуміти процес бюджетування в охороні здоров'я;
- Обговорити, хто залучений в процес бюджетування, коли він проводиться та ролі різних зацікавлених сторін в бюджетуванні стратегічних планів.



**Методи:** групова робота, презентація.



**Матеріали:** аркуші для фліпчарту, стікери, ручки, фліпчарт, маркери.



**Час:** 70 хв.



**Хід сесії:**

**Презентація 6. Бюджетування планів (30 хв)**

**Інформація для тренера<sup>51</sup>:**

Принципи управління фінансами:

- Забезпечити достатність доходів для покриття запланованих витрат.
- Керувати витратами за підрозділами/за категоріями.
- Враховувати ризики.
- Розрізняти операційні та інвестиційні потреби.
- Розуміти, скільки ресурсів потрібно для окремих видів діяльності.

Загальні витрати на охорону здоров'я в Україні складають 3,4% від ВВП. 45% – державні витрати, 54% – приватні витрати.



**ВАЖЛИВІ ТЕРМІНИ:**

**Капітаційна ставка** – це такий вид тарифу: за яким здійснюється оплата за медичне обслуговування одного пацієнта за певний період часу на визначений обсяг послуг.

**Глобальний бюджет** – вид оплати, за яким надавач отримує фіксовану суму за визначену кількість послуг чи визначений період.

**Оплата за пролікований випадок** – вид оплати, за яким надавач отримує оплату за кількість пролікованих випадків внесених до електронної системи охорони здоров'я.

<sup>51</sup> На основі презентації Олени Решетняк «Бюджетування планів» для тренінгу «Стратегічне планування на рівні госпітального округу»

Пролікованим випадком буде вважатися комплекс медичних послуг, наданих пацієнту в стаціонарних умовах з моменту госпіталізації пацієнта до закладу охорони здоров'я до моменту виписування. Тарифи встановлюються до діагностично-споріднених груп – група захворювань, подібних за середньою вартістю, та клінічними характеристиками, тощо.

**Оплата за медичну послугу** – вид оплати, за яким надавач отримує оплату за надану пацієнтом послугу, внесену до електронної системи охорони здоров'я<sup>52</sup>.

Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (від 19.10.2017 №2168).

Бюджетний кодекс України (зміни від 07.02.2017 №2233) містить статтю 103 – Медична субвенція, статтю 87 – Видатки, що здійснюються з Державного бюджету, статтю 89 – Видатки, що здійснюються з бюджетів міст, районних бюджетів, бюджетів об'єднаних територіальних громад та статтю 90 – Видатки, що здійснюються з обласних бюджетів.

Програма державних гарантій передбачає 72,1 млрд грн загального бюджету програми та 14,6 млрд. грн медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам (до 1 квітня 2020 року).

Пункт 8 Прикінцевих положень зазначає, що «у 2020 році фінансове забезпечення закладів охорони здоров'я, які належать до сфери управління МОЗ, Національної Академії Медичних Наук України (НАМН), Державного управління справами, Національної Академії Наук України (НАНУ), Мінсоцполітики та не уклали з НСЗУ договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, здійснюється за рахунок коштів державного бюджету за бюджетними програмами головних розпорядників коштів, до сфери управління яких вони належать».

Бюджет з 2020 року – відповідальність керівника. За перший квартал гарантовано 60 %.



#### ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ БЮДЖЕТУ НА 2020 Р.

Складається в умовах значної невизначеності рівня тарифів за медичні послуги, кількості населення, що звертається за умов вільного вибору, підходу до розміру оплати праці (цей механізм ще не відпрацьований).

Управлінські команди роблять перші кроки в створенні нових систем. Планування діяльності відбувається по-новому, новий процес бюджетного планування та систем управлінського обліку. Економісти не мають достатньо знань та навичок роботи в нових умовах. Місцеві органи влади не мають досвіду з фінансового планування в КНП. Потрібно зробити систему фінансового планування на першому етапі простою.

Бюджет на операційну діяльність на місяць може виглядати таким чином:

1. Середній бюджет на місяць 2019 = медична субвенція на 2019/12.
2. Цільовий бюджет на квітень 2020 залежить від змін у кількості випадків, тривалості лікування, змін у структурі підрозділів, інших змін.

Інвестиційні потреби залежать від пріоритетів розвитку, економічної доцільності, рівня оснащення та потреб.

<sup>52</sup> Верховна Рада України (2017), Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (від 19.10.2017 №2168)

**Таблиця 6.** Формат стратегічного плану

КРОК/ЗАХІД	ТЕРМІН	ОЧІКУВАНИЙ РЕЗУЛЬТАТ	ВІДПОВІДАЛЬНА ОСОБА	НЕОБХІДНІ РЕСУРСИ	БЮДЖЕТ

**Таблиця 7.** Формат стратегічного бюджету

	1	2	3	4
Інвестиційний				
Операційний				
Резерв				
<b>ЗАГАЛОМ</b>				

Що потрібно проаналізувати:

- Кількість випадків, їхня структура;
- Середня тривалість випадка;
- Зайнятість ліжка;
- Кількість операцій;
- Кількість випадків на місяць на 1 лікаря;
- Діапазон випадків за місяцями.

Розраховуються витрати на управління всіма підрозділами.

Необхідно аналізувати: попит на послуги, структуру послуг, витрату за підрозділами, структуру персоналу. Прогнозуємо: цільову кількість послуг, цільові витрати за нових умов, потребу в інвестиціях, цільову кількість персоналу та цільову оплату праці.

Необхідно розуміти, скільки в нас випадків на місяць, яка складність випадків (середня у розрізі відділення), які фактичні витрати на випадок.

Завдання керівника закладу:

- Розуміти бюджет на операційну діяльність на місяць.
- Визначити пріоритети та підходи.
- З'ясувати довгострокові інвестиційні потреби та шукати можливості їх фінансування.
- Шукати можливості додаткових доходів.
- Аналізувати витрати: системно та в зрозумілій формі за напрямками та підрозділами. Навчати економістів.
- Порівнювати свої витрати з іншими закладами для прийняття рішень з оптимізації.
- Розробляти нову систему мотивації для лікарів.
- Залучати та інформувати персонал.



**Бюджетування стратегічних планів** (40 хв). Об'єднати учасників у 2 групи (представники госпітальних округів), роздивитися завдання стратегічного плану визначити необхідні ресурси та джерела надходження ресурсів (робота в групі – 20 хв).

**Презентація напрацювань групи** (20 хв).

Якщо дозволяє час, можна продемонструвати відео «Пілотний проєкт в Полтавській області: перші результати роботи лікарень за новою моделлю оплати» або порекомендувати подивитись у вільний час <https://www.youtube.com/watch?v=72D3aebfRHM>

Сесія 6.

ПІДСУМОК 2-ГО ДНЯ ТРЕНІНГУ



**Мета:** зробити підсумок першого дня тренінгу.



**Завдання:**

- Отримати зворотний зв'язок від учасників;
- Пригадати опанований матеріал.



**Методи:** індивідуальна робота, обговорення.



**Матеріали:** аркуші для фліпчарту, стікери, ручки, фліпчарт, маркери.



**Час:** 20 хв.



**Хід сесії:**

Попросити учасників на одному стікері написати те, що сподобалось, на другому – що потрібно покращити під час тренінгу. Наклеїти на аркуш фліпчарту.

Запитати, які теми розглядали, що робили або що запам'ятали.

3

ДЕНЬ

Сесія 1.

ВСТУП



**Мета:** актуалізувати знання, отримані під час другого дня тренінгу.



**Завдання:**

- Пригадати матеріал, опанований під час другого дня тренінгу;
- Створити позитивну атмосферу для навчального процесу та взаємодії.



**Методи:** зворотний зв'язок.



**Час:** 15 хв.



**Хід сесії:**

Попросіть учасників пригадати, що запам'яталося після другого дня тренінгу або які думки були з приводу інформації, яка обговорювалася, а також розповісти про свою улюблену ранкову звичку (15 хв).

Сесія 2.

МОНІТОРИНГ ТА ОЦІНЮВАННЯ ЯК СКЛАДОВІ СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУ



**Мета:** розробити план моніторингу й оцінювання стратегічного плану.



**Завдання:**

- Дізнатися про систему моніторингу й оцінювання.
- Покращити розроблені плани моніторингу й оцінювання на основі отриманих коментарів.



**Методи:** презентація, обговорення в групах.



**Матеріали:** аркуші для фліпчарту, фліпчарт, презентація, маркери.





**Час:** 150 хв.



**Хід сесії:**

**Вступ. Презентація 7. Моніторинг та оцінювання як складові стратегічного плану (40 хв)**



**Інформація для тренера:**

**Моніторинг та оцінювання** – це постійний процес збору та аналізу даних, щоб порівняти, як добре програма/інтервенція була виконана відносно очікуваних результатів. «Якщо ти не можеш виміряти, ти не можеш управляти».

Моніторинг – це рутинне відслідковування сервісних та програмних досягнень відносно цілей. «Що відбувається». Оцінювання – це періодичне оцінювання ефективності. «Ціль досягнуто/завдання виконано, чому так, чому ні?».

Дані/інформація потрібні, щоб керувати плануванням та виконанням інтервенції/заходів, оцінювати ефективність інтервенції, визначити сфери для програмних покращень, забезпечувати підзвітність.

Ключові питання для дизайну моніторингу й оцінювання: Що збирати? Вибір індикаторів, які зображують пріоритети. Індикатори, які пов'язані з логікою програми, стратегією досягнення цілей. Чистота збору залежить від типу індикаторів і обраного методу, використанню даних і як вони потрібні для управлінських дій, інтенсивність ресурсів методу збору даних.

Типи індикаторів:

- Внесок – рівень ресурсів, які вкладені в програму.
- Процес – заходи для забезпечення надання послуг відповідно до запланованого.
- Потужність – відсоток людей, які отримали послуги та якість цих послуг.
- Результат – доказ, що програма допомагає запобігти захворюванням, чи продовжила життя, інше.

Кроки:

- Вирішити, які індикатори застосувати.
- Визначити джерела інформації.
- Розробити інструменти/процедури збору даних.
- Мобілізувати ресурси (людські, технічні, фінансові).
- Організувати аналіз, збір.
- Надати зворотний зв'язок, розповсюдити інформацію.
- Використати цю інформацію!<sup>53</sup>

Система моніторингу й оцінювання має бути підготовлена окремо, щоб посилити виконання та управління стратегічним планом. Ця система відстежує прогрес у впровадженні заходів стратегічного плану, моніторинг виконання результатів та продуктивності й періодично оцінює можливість виконання стратегічних цілей, результатів та індикаторів виконання. Вона має визначити ранні ознаки в затримці та запропонувати коригувальні дії, щоб слідувати графіку виконання через чіткі індикатори, які прослідковують, чи цілі було досягнуто і чи потрібно перепланування.

<sup>53</sup> ВООЗ. Модуль 2. Стратегічне планування. Розділ 5. Визначення системи моніторингу та оцінки стратегічного плану. Режим доступу: [https://www.who.int/hiv/topics/ppm/m2u5\\_defining-m-e-sys-strat-plan.pdf](https://www.who.int/hiv/topics/ppm/m2u5_defining-m-e-sys-strat-plan.pdf)

Планування часто циклічне в тому сенсі, що один цикл планування веде до наступного циклу, тому планування – це постійний та інтерактивний процес.

Будь-яке планування може відчувати турбулентність, як і літак, який попадає в повітряну яму. Інструменти моніторингу можна використовувати, щоб:

- Визначити турбулентність;
- Визначити, чи турбулентність може допомогти, чи завадити виконанню цілей плану;
- Надати основу для корекції напрямку дій, щоб допомогти виконанню поставлених цілей.

Для виконання стратегічного плану має бути система управління його виконанням. Така система має чотири компоненти:

1. Постановка завдань на всіх рівнях організації.
2. Визначення індикаторів для вимірювання прогресу по завданнях на регулярній основі.
3. Визначення відповідальних за моніторинг процесу та звітування.
4. Визначення сфер, які потребують покращення якості досягнутих завдань.

**Таблиця 8.** Концептуальна модель оцінки вимірів і субвимірів діяльності лікарень<sup>54</sup>

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ	ТЕХНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ	ОРІЄТОВАНІСТЬ ПЕРСОНАЛУ	ВІДПОВІДАЛЬНЕ УПРАВЛІННЯ
Безпека			
Орієнтованість на пацієнта			

**Таблиця 9.** Опис вимірів і субвимірів діяльності лікарень

ВИМІР	ВИЗНАЧЕННЯ	СУБВИМІР
<b>Клінічна ефективність</b>	Клінічна ефективність – це вимір діяльності, у якому лікарня, відповідно до сучасного стану знань, відповідним чином і компетентно надає клінічну допомогу або послуги, і досягає бажаних результатів, які, ймовірно, мають найбільшу користь для всіх пацієнтів	Відповідність процесів надання допомоги, результатів процесів надання допомоги, адекватність допомоги
<b>Технічна ефективність</b>	Технічна ефективність – це оптимальне використання наявних ресурсів для отримання максимальних результатів	Доцільність надання послуг, співвідношення вхідних ресурсів з результатами надання допомоги, використання наявних технологій для досягнення найкращої можливої допомоги
<b>Орієнтованість персоналу</b>	Орієнтованість персоналу – це забезпечення належної кваліфікації персоналу лікарні для надання необхідної допомоги пацієнтам, можливості персоналу продовжувати навчання, працювати в сприятливих умовах та отримувати задоволення від своєї роботи	Здорове робоче середовище, перспективи та визначення індивідуальних потреб, заходи з підтримки здоров'я та ініціативи з безпеки, поведінкові реакції та стан здоров'я

<sup>54</sup>PATH (2007), Інструмент оцінки якості в лікарнях [s://apps.who.int/iris/handle/10665/107808](https://apps.who.int/iris/handle/10665/107808)

<b>Відповідальне управління</b>	Відповідальне управління – це ступінь реагування лікарні на потреби громади, забезпечення безперервності та координації догляду, сприяння здоров'ю, інновації та надання допомоги всім громадянам незалежно від расових, фізичних, культурних, соціальних, демографічних або економічних особливостей	Інтеграція у систему та громаду, орієнтація на громадське здоров'я
<b>Безпека</b>	Безпека – це вимір діяльності, в якому лікарня має відповідну структуру і використовує процеси надання допомоги, які помітно запобігають або зменшують шкоду або ризик для пацієнтів, медичних працівників і навколишнього середовища, і які також сприяють реалізації цього принципу	Безпека пацієнтів, безпека персоналу, безпека оточуючого середовища
<b>Орієнтованість на пацієнтів</b>	Орієнтованість на пацієнтів – це вимір діяльності, в якому лікарня ставить пацієнтів у центрі процесу догляду та надання послуг, приділяючи особливу увагу потребам пацієнтів та їхніх сімей, їх очікуванням, автономії, доступу до мереж лікарняної підтримки, спілкуванню, конфіденційності, гідності, вибору провайдера, і прагнення до оперативного, своєчасного догляду	Орієнтованість на споживача, повага до пацієнтів

## ІНДИКАТОРИ ДЛЯ ОЦІНКИ КЛІНІЧНОЇ ТА ТЕХНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРНІ

### Клінічна ефективність: основний набір

- C1. Частота кесарева розтину.
- C2. Профілактичне застосування антибіотиків (планова операція з приводу колоректального раку, аорто-коронарного шунтування, ендопротезування кульшового суглоба, гістеректомії).
- C3. Смертність (гострий інфаркт міокарда, інсульт, набута поза межами лікарні пневмонія, перелом шийки стегна, аорто-коронарне шунтування).
- C4. Рівень повторної госпіталізації (гострий інфаркт міокарда, інсульт, набута поза межами лікарні пневмонія, перелом шийки стегна, аорто-коронарне шунтування, астма, цукровий діабет).
- C5. Рівень застосування одnodенної (амбулаторної) хірургії для восьми індикаторів (видалення катаракти, артроскопія коліна, пахові грижі, кюретаж матки, тонзилектомія та/або аденоїдектомія, холецистектомія, перев'язка маткових труб, флекбектомія).
- C6. Госпіталізація після одnodенної (амбулаторної) хірургії (маркери, аналогічні для C5).
- C7. Повернення до відділення інтенсивної терапії.

### Технічна ефективність (продуктивність): основний набір

- C8. Середня тривалість перебування у стаціонарі (гострий інфаркт міокарда, інсульт, набута поза межами лікарні пневмонія, перелом шийки стегна, аорто-коронарне шунтування).
- C9. Рівень використання операційної.

### Клінічна ефективність та безпека: спеціальні індикатори

- T1. Час «від дверей до голки».
- T2. Комп'ютерна томографія після інсульту.
- T3. Пацієнти після гострого інфаркту міокарда, виписані з призначенням аспірину.

- T4. Показники смертності (C3) з більш удосконаленою поправкою на ризик.
- T5. Індикатори повторної госпіталізації (C4) з вдосконаленою поправкою на ризик.
- T6. Пролежні у хворих на інсульт і переломи.
- T7. Частота госпітальних інфекцій.

## **ПРИКЛАДИ ОСНОВНИХ ІНДИКАТОРІВ ДЛЯ АНАЛІЗУ ОРІЄНТОВАНОСТІ ПЕРСОНАЛУ, ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ УПРАВЛІННЯ ТА ОРІЄНТОВАНОСТІ НА ПАЦІЄНТА**

### **Орієнтованість персоналу**

- C10. Витрати на навчання персоналу.
- C11. Прогоули.
- C12. Надмірний робочий час.
- C13. Травматизм внаслідок використання голок.
- C14. Поширеність куріння серед персоналу.

### **Відповідальне управління**

- C15. Рекомендації щодо грудного вигодовування при виписці.
- C16. Забезпечення наступності у наданні медичної допомоги.

### **Орієнтованість на пацієнта**

- C17. Відповідність очікуванням пацієнтів<sup>55</sup>.



ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ (НАКАЗ МОЗ № 743 ВІД 02.11.2011 Р.)

### **Вторинна медична допомога**

#### 2.1 Лікарні інтенсивного лікування

##### 2.1.1. Стаціонарний сектор:

- Летальність в стаціонарі (збирається за даними форми No 20, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10.07.2007 No 378, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 03.09.2007 за No 1009/14276);
- Післяопераційна летальність при операціях на органах черевної порожнини (збирається за даними форми No 20, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10.07.2007 No 378, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 03.09.2007 за No 1009/14276);
- Випадки материнської смертності (збирається за даними форми No 21-а, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 24.01.2008 No 24, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 12.02.2008 за No 116/14807);
- Перинатальна смертність (збирається за даними форми No 21-а, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 24.01.2008 No 24, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 12.02.2008 за No 116/14807);
- Рання неонатальна смертність (збирається за даними форми No 21-а, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 24.01.2008 No 24, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 12.02.2008 за No 116/14807).

<sup>55</sup> ВООЗ (2007), Інструмент виконання оцінки для покращення якості роботи в лікарнях. (WHOLIS number: E89742).  
Режим доступу: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107808/E89742.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

2.1.2. Амбулаторний сектор (консультативно-діагностичні центри):

- Задоволеність наданням медичної допомоги в консультативно-діагностичних центрах (за даними соціологічних досліджень);
- Частота скарг на медичну допомогу (за даними соціологічних досліджень).

2.2. Лікарні планового лікування:

- Частота переведених хворих в стаціонари інтенсивної терапії (збирається за даними форми № 016/о, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 26.07.99 № 184) з урахуванням граф:
- Дорослих із захворюваннями терапевтичного профілю;
- Дітей із захворюваннями терапевтичного профілю;
- Жінок з захворюваннями жіночих статевих органів;
- Задоволеність наданням медичної допомоги (за даними соціологічних досліджень);
- Частота скарг на медичну допомогу (за даними соціологічних досліджень).

2.3. Лікарні відновного лікування:

- Питома вага пролікованих (хворих, або постраждалих, або інвалідів) реабілітованих повністю (збирається за даними форми № 066/о, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 26.07.99 № 184);
- Питома вага пролікованих (хворих, або постраждалих, або інвалідів), реабілітованих частково (збирається за даними форми № 066/о, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 26.07.99 № 184);
- Частота скарг на медичне обслуговування (за даними соціологічних досліджень).

2.4. Хоспіси (паліативна допомога):

- Відсоток пацієнтів, яким було забезпечено контроль над болем (за даними соціологічних досліджень)<sup>56</sup>.

**Таблиця 10.** Цілі сталого розвитку: Україна. Ціль 3. Міцне здоров'я і благополуччя<sup>57</sup>

<b>Завдання 3.1</b> Знизити материнську смертність	<b>Індикатор 3.1.1</b> Кількість випадків материнської смерті на 100 000 живонароджених
<b>Завдання 3.2</b> Мінімізувати смертність, якій можна запобігти, серед дітей віком до 5 років	<b>Індикатор 3.2.1</b> Смертність дітей у віці до 5 років, випадків на 1000 живонароджених
<b>Завдання 3.3</b> Зупинити епідемії ВІЛ/СНІДу та туберкульозу, у тому числі за рахунок використання інноваційних практик та засобів лікування	<b>Індикатор 3.3.1</b> Кількість хворих з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ, на 100 000 населення <b>Індикатор 3.3.2</b> Кількість хворих з уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу, на 100 000 населення

<sup>56</sup> МОЗ України (2011), Про затвердження Індикаторів якості медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 02.11.2011 р. № 743. Режим доступу: [http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20111102\\_743.html](http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20111102_743.html)

<sup>57</sup> ПРООН. Цілі сталого розвитку 2016-2020. Ціль 3. <http://www.un.org.ua/ua/tsili-rozvytku-tysyacholitia/tsili-staloho-rozvytku>

<p><b>Завдання 3.4</b></p> <p>Знизити передчасну смертність від неінфекційних захворювань</p>	<p><b>Індикатор 3.4.1</b></p> <p>Кількість смертей чоловіків від цереброваскулярних хвороб у віці 30-59 років, на 100 000 чоловіків відповідного віку.</p> <p><b>Індикатор 3.4.2</b></p> <p>Кількість смертей жінок від цереброваскулярних хвороб у віці 30-59 років, на 100 000 жінок відповідного віку.</p> <p><b>Індикатор 3.4.3</b></p> <p>Кількість смертей від злоякісного новоутворення молочної залози у віці 30-59 років, на 100 000 жінок відповідного віку.</p> <p><b>Індикатор 3.4.4</b></p> <p>Кількість смертей від злоякісного новоутворення шийки матки у віці 30-59 років, на 100 000 жінок відповідного віку.</p>
<p><b>Завдання 3.5</b></p> <p>Знизити передчасну смертність населення, у тому числі за рахунок впровадження інноваційних підходів до діагностики захворювань.</p>	<p><b>Індикатор 3.5.1</b></p> <p>Ймовірність померти у віці 20-64 років, чоловіки, %</p> <p><b>Індикатор 3.5.2</b></p> <p>Ймовірність померти у віці 20-64 років, жінки, %</p>
<p><b>Завдання 3.6</b></p> <p>Знизити рівень отримання тяжких травм і смертності внаслідок ДТП, у тому числі за рахунок використання інноваційних практик реанімування, лікування та реабілітації постраждалих внаслідок ДТП</p>	<p><b>Індикатор 3.6.1</b></p> <p>Кількість смертей внаслідок транспортних нещасних випадків, на 100 000 населення</p> <p><b>Індикатор 3.6.2</b></p> <p>Кількість отриманих тяжких травм внаслідок транспортних нещасних випадків/ДТП, на 100 000 населення, % (від рівня 2015 року)</p>
<p><b>Завдання 3.7</b></p> <p>Забезпечити загальну якісну імунізацію населення з використанням інноваційних препаратів</p>	<p><b>Індикатор 3.7.1</b></p> <p>Рівень охоплення імунопрофілактикою згідно з Національним календарем щеплень (відповідно до медичних показників), %</p>
<p><b>Завдання 3.8</b></p> <p>Знизити поширеність тютюнокуріння серед населення з використанням інноваційних засобів інформування про негативні наслідки тютюнокуріння</p>	<p><b>Індикатор 3.8.1</b></p> <p>Частка осіб, які курять серед жінок віком 16-28 років, %</p> <p><b>Індикатор 3.8.2</b></p> <p>Частка осіб, які курять серед чоловіків віком 16-28 років, %</p>
<p><b>Завдання 3.9</b></p> <p>Здійснити реформу фінансування системи охорони здоров'я</p>	<p><b>Індикатор 3.9.1</b></p> <p>Частка витрат населення у загальних видатках на охорону здоров'я, %</p>

Стратегічний план допомагає забезпечити зусилля, які поєднують загальну стратегію, з вимірюванням її виконання та покращенням.

Він торкається багатьох компонентів системи управління виконанням. Як частини системи управління виконанням, моніторинг демонструє прогрес у досягненні цілей і завдань. Спочатку ми вимірюємо прогрес у виконанні стратегічних завдань на рівні виконання, чи процесу. Наприклад:

- *Чи робимо ми те, що запланували?*
- *Чи досягаємо ми своїх поставлених цілей?*
- *Чи вчасно ми виконуємо завдання і вкладаємося в бюджет?*

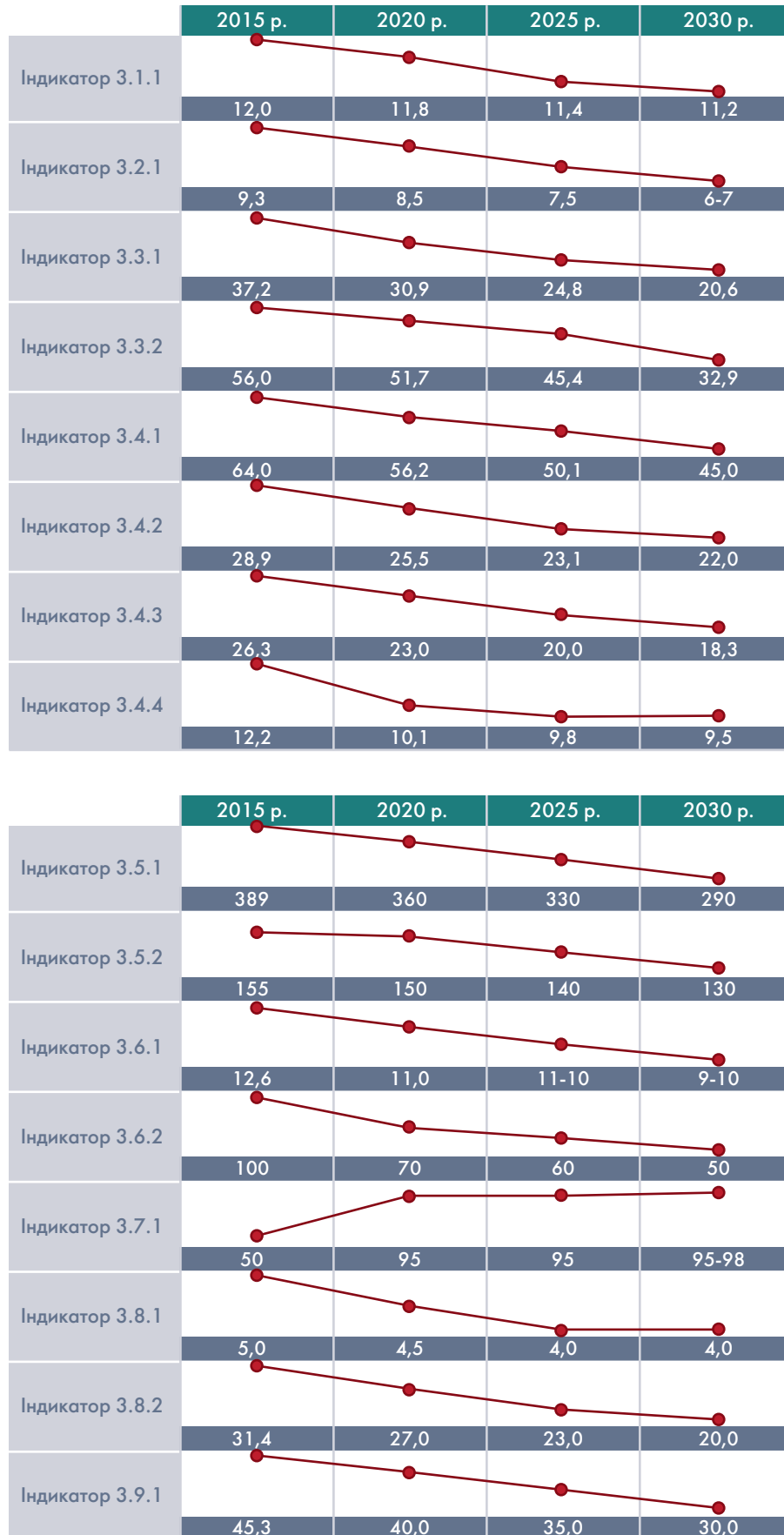


Рис. 20. Цільові значення індикаторів

Коли ми виконали завдання, ми виміряємо результат чи наслідок.

- Які результати наших зусиль?
- Які зміни на рівні організації, населення чи спільноти?
- Наскільки ефективною була наша робота?

Такий моніторинг виконання допомагає покращити наші дії. Варто також підготувати план з покращення якості виконання.

Коли ми дивимось на дані, намагаючись зрозуміти, чи досягли ми цілей, ми думаємо про можливість покращити результати. Стратегічний план має на меті привести до великих змін. Тому важливо, щоб короткострокові результати також моніторились, щоб визначити виклики та слабкі сторони, які можуть привести до кращого результату. Якщо наші дії не призводять до бажаного результату, потрібно впроваджувати дії з покращення якості<sup>58</sup>.

**Таблиця 11.** Форма плану моніторингу й оцінювання

ЗАХОДИ, ПРОДУКТИ, РЕЗУЛЬТАТИ	ІНДИКАТОРИ РЕЗУЛЬТАТУ	ПЕРІОДИ ЧИ ЧАСТОТА МОНІТОРИНГУ ТА ОЦІНЮВАННЯ	МЕТОД МОНІТОРИНГУ/ ОЦІНЮВАННЯ	ДАНІ	ХТО МОНІТОРИТЬ/ ОЦІНЮЄ?
Закуплено обладнання для надання ефективної допомоги при інсультах	100% закладів госпітального округу, які надають спеціалізовану допомогу при інсультах мають все необхідне обладнання згідно з протоколом лікування	Листопад 2020	Огляд результатів проведення тендерів із закупки обладнання, візити в установи для моніторингу наявності/ використання обладнання	Тендерні документи	Міська адміністрація, госпітальна рада



Запитати учасників, яка роль госпітальних рад у моніторингу й оцінюванні виконання стратегічного плану? Записати відповіді (10 хв).

**Розробка плану моніторингу й оцінювання** (45 хв). Об'єднати учасників у групи (представники одного госпітального округу), попросити підготувати план моніторингу й оцінювання.

**Презентації груп, обговорення** (що потрібно покращити) (45 хв).

Попросити доопрацювати плани на основі презентацій учасників (10 хв)



**Список рекомендованих ресурсів:**

- USAID, Проєкт розвитку ВІЛ/СНІД сервісу в Україні (2011) «Управління в неурядовій організації» <http://network.org.ua/wp-content/uploads/2017/03/9672f4cfcee99d8174d74f5006377a56.pdf>
- Respond «Інструмент розробки стратегії сталості НУО» <http://respond.org.ua/file/23u.pdf>

<sup>58</sup> NACCHO (2010), Розробка стратегічного плану місцевого департаменту охорони здоров'я: покрокове керівництво <https://www.naccho.org/uploads/downloadable-resources/Programs/Public-Health-Infrastructure/StrategicPlanningGuideFinal.pdf>



Сесія 3.

ВПРОВАДЖЕННЯ ПЛАНІВ У ЖИТТЯ



**Мета:** Обговорити забезпечення сталих змін через реалізацію бачення та впровадження гнучкого плану.



**Завдання:**

- Обговорити ключові засади для успішного впровадження плану;
- Отримати навички щодо комунікації результатів та коригування плану.



**Методи:** презентація, групова робота.



**Матеріали:** маркери, папір для фліпчарту.



**Час:** 45 хв.



**Хід сесії:**

**Презентація.** *Впровадження планів в життя* (15 хв)

Виконання завдань в рамках стратегічного плану можуть включати більш детальну інформацію. Операційні плани є короткостроковими – зазвичай на рік – і містять специфічні завдання для досягнення цілей із чітким графіком та орієнтовним бюджетом на виконання. Коли організація/рада планує свій план роботи на рік, важливо включити туди завдання, які допомагають реалізувати стратегію.

Важливо також переглядати стратегічні плани щонайменше раз на рік – проаналізувати досягнені результати і обговорити, чи є необхідність переглянути та змінити завдання чи цілі. Для цього можна використовувати вже знайомий інструмент SWOT-аналізу, щоб розуміти можливості та виклики й адаптувати плани до змін.



Рис. 21. Схема розуміння поточних проблем

На додачу до періодичного огляду, план має можливість бути виконаним, якщо пов'язаний із загальною системою управління. Тому операційний план має бути пов'язаним із операційними планами й іншими інструментами управління.

Наступний крок включає розуміння поточних проблем із використанням різних інструментів – таких як картування процесу, аналіз коріння проблем тощо. Коли є розуміння природи проблем, тоді плануються зміни задля покращення.

Важливо регулярно комунікувати результати моніторингу та оцінювання на рівні зацікавлених сторін. Комунікація прогресу демонструє всім зацікавленим сторонам важливість плану і демонструє, що час і ресурси було вкладено не даремно. Це можна робити через щорічні звіти, в яких описується прогрес згідно з поставленими цілями. Звіт має включати опис того, як моніториться досягання цілей.

Прогрес, досягнення та зміни можуть бути продемонстровані через:

- Інформаційний бюлетень;
- Щорічні звіти;
- На сайті;
- На зустрічах персоналу чи наглядової ради;
- На зустрічах зі спільнотою;
- На інформаційних дошках;
- На зустрічах департаментів або персоналу, присвячених виконанню стратегії.

Не всі збираються витратити час на огляду довгого документу, тому варто бути креативними і пропонувати персоналу/відділам готувати короткі доповіді.

Комунікаційний план теж має бути спланованим. Рекомендується, щоб стратегічний план був доступним всьому персоналу та зацікавленим сторонам. А перегляд проводити як мінімум щорічно. Коли нова тема чи можливість з'являється, одразу пропонуйте переглянути її як частину стратегічного плану.

Важливо вміти чітко комунікувати прогрес щодо досягнених цілей. Це надає базу для знань і розуміння того, чи потрібні зміни<sup>59</sup>.



*Об'єднайте учасників в групи (з однієї госпітальної ради) і запропонуйте розробити план «Життя після розробки стратегії», який допоможе гарантувати впровадження стратегії в життя (15 хв).*

**Презентація роботи групи (15 хв)**

ЗАХІД	РЕГУЛЯРНІСТЬ	ТЕРМІН	ВІДПОВІДАЛЬНИЙ

<sup>59</sup> NACCHO (2010), Розробка стратегічного плану місцевого департаменту охорони здоров'я: покрокове керівництво. Режим доступу: <https://www.naccho.org/uploads/downloadable-resources/Programs/Public-Health-Infrastructure/StrategicPlanningGuideFinal.pdf>



#### Список рекомендованих ресурсів:

- USAID, Проєкт розвитку ВІЛ/СНІД сервісу в Україні (2011) «Управління в неурядовій організації» <http://network.org.ua/wp-content/uploads/2017/03/9672f4cfcee99d8174d74f5006377a56.pdf>
- Respond «Інструмент розробки стратегії сталості НУО» <http://respond.org.ua/file/23u.pdf>

#### Сесія 4.

### ФАСИЛІТАЦІЯ ДІАЛОГУ В СТРАТЕГІЧНОМУ ПЛАНУВАННІ



**Мета:** Ознайомитися з процесом організації фасилітованого обговорення.



#### Завдання:

- Ознайомитися з процесом фасилітації;
- Підготувати план заходу із залученням зовнішнього фасилітатора.



**Методи:** презентація, групова робота.



**Матеріали:**



**Час:** 60 хв.



#### Хід сесії:

**Презентація 8.** Фасилітація діалогу в стратегічному плануванні (20 хв)



#### ЩО ТАКЕ ФАСИЛІТАЦІЯ І ЧОМУ ВОНА ВАЖЛИВА В ПРОЦЕСІ СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУВАННЯ?

Стратегічне планування – форма групової роботи, спрямована на спільну розробку стратегічно-важливих рішень організації або окремого проєкту. Основними елементами стратегічної сесії є: аналіз поточного стану; формування або актуалізація бачення, місії, стратегічних цілей; розробка оперативного плану.

Обов'язковим є обмін думками та врахування позицій усіх сторін. Навчальний компонент не є головним у стратегічній сесії, хоча деякі елементи та підходи, що застосовуються на сесії, учасники та учасниці можуть використовувати у своїй подальшій діяльності.

**Фасилітація** – це супровід групового процесу, що спрямований на ефективну комунікацію, прояснення та досягнення поставлених цілей.

У фасилітації навчального процесу ключовими є організація навчального простору, залучення та сприяння розкриттю потенціалу учасників/ць та групи загалом, а також підтримка учасників/ць у реалізації їхніх навчальних цілей»<sup>60</sup>.

У процесі сесії фасилітатор не включається в обговорення, його завдання – управляти груповими процесами, ставити завдання, питання, які допомагають групі дослідити явище чи знайти рішення. В ролі фасилітатора ви ставите запитання, але не відповіді.

Сучасний лідер розвиває лідерство в інших, створює таке середовище, де співробітники не бояться приймати рішення і брати за них відповідальність.



#### ЯКІ ОСНОВНІ ЯКОСТІ ЛІДЕРА:

- **Відповідальність.** Брати відповідальність за проекти, команди, організації, міста і державу.
- **Толерантність до різноманіття і до невизначеності.** Важливо уміти організовувати роботу різних людей так, щоб це було комфортно для всіх. Сучасний лідер вміє ризикувати і брати відповідальність за це.
- **Психологічна гнучкість.** Бути готовими і вміти впроваджувати різні підходи в різний час, розвиватися, мотивувати групу до розробки нових ідей, послуг і продуктів.
- **Відкритість до співробітництва.** Основна якість – вміння слухати, підтримувати, коли співробітники висловлюються вільно і відверто. Мати гарні комунікативні навички.

Професор психології Джордан Пітерсон радить: «Перш ніж критикувати світ, наведи лад у своєму домі». Сучасні лідери готові змінювати цей світ на краще, починаючи з простих кроків, які вони можуть зробити на своєму місці. Розвивати лідерські якості достатньо просто – вони є у всіх нас. Можна спостерігати за собою, розуміючи, де ви берете лідерство, поступово збільшуючи складність задач<sup>61</sup>. Стратегічне мислення – це теж завдання сучасного лідера.

Під час організації обговорень важливо приділити увагу облаштуванню приміщення. Учасники повинні мати можливість взаємодіяти один з одним, чути і бачити себе. Незручними є аудиторії, де стільці прикріплені до підлоги, простір у вигляді театру, в передній частині залу є стіл, чи кафедра для «експертів». Довгий вузький стіл в залі засідань теж поганий варіант, бо чути найкраще того, хто сидить в голові, і увага зосереджена на ведучому.

Щоб забезпечити увагу до кожного учасника групи, потрібно дотримуватися таких правил:

- Розміщення сидінь мусить бути гнучким та легко пересувним, щоб можна було об'єднатися у групи та команди.
- № передній частині – дошка чи фліпчарт, де записуються результати обговорень. «Робоча стіна» – це простір, де можна прикріпити аркуш, дошку для фасилітації, а якщо в електронному вигляді – екран чи біла стіна.
- Кожен учасник має мати доступ до записів на робочій стіні.
- Кімната має бути вільною від колон чи конструкцій, які переривають лінію зору.
- Величина кімнати має відповідати кількості учасників обговорення.
- Потрібно врахувати розташування столів і сидячих місць; акустику; клімат; освітлення; електричні, електронні й аудіовізуальні можливості; можливість організувати перекуси; можливості зображення даних; інтер'єр і простір для проведення перерв.

<sup>60</sup> Інша освіта (2017) «Тобто. Абетка фасилітації». Київ. Режим доступу: <http://insha-osvita.org/publications/abc-of-facilitation/>

<sup>61</sup> Humantime. Як стати лідером. Режим доступу: <http://humantime.com.ua/blog/yak-stati-liderom-poradi-psihologa-tamari-suhenko#main>

- Має бути легкий доступ до «альтернативного простору» – коридор, хол.
- Наявність безперервної площі стіни, на яку можна вішати папір. Мінімум 2,5 м висотою довжиною близько 7 м, із дверима в інших стінах.
- Бажана наявність вікон.
- Кімната має бути гарно освітленою
- Меблі мають бути зручними.
- Технічна підтримка (комп'ютери) не перешкоджають процесу.
- Легкий доступ до перекусів і туалетів.
- Простір облаштовується відповідно до кількості учасників<sup>62</sup>.
- Необхідне обладнання: декілька фліпчартів, папір для фліпчарту, маркери (різного кольору, бажано по 1 на учасника), стікери, папір форматом А4 і менше, ножиці, рулон паперу великий, картки різнокольорові, фасилітаційна стіна.
- Що ще: перекуси та перерва на каву, вода, якщо захід на цілий день – обід (бажано недалеко від приміщення або в ньому).

## ✗ ТАКІ РОЗМІЩЕННЯ БЛОКУЮТЬ УЧАСТЬ



## ✓ ТАКІ РОЗМІЩЕННЯ ЗАОХОЧУЮТЬ УЧАСТЬ

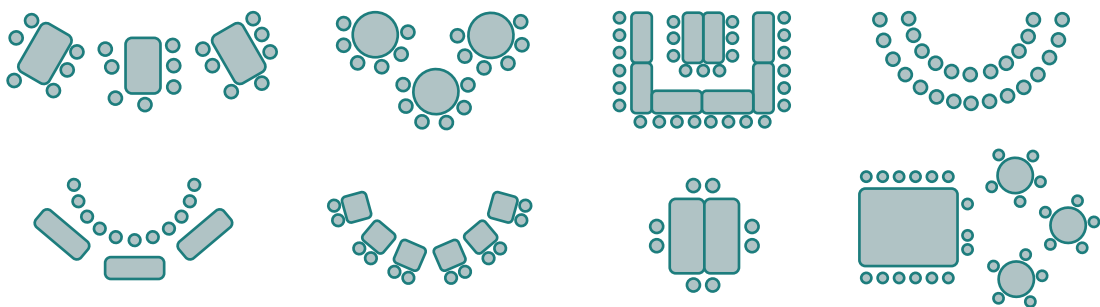


Рис. 22. Схеми розміщення

<sup>62</sup> Humantime. Як облаштувати простір для групових обговорень. Поради від фасилітаторки.  
<http://humantime.com.ua/blog/yak-oblashtuvati-prostir-dlya-grupovih-obgovoren-poradi-vid-fasilitatori-patritsi-tuekke-1>



**Завдання** (35 хв). Об'єднати учасників у 4 групи, роздати завдання. Підготовка 15 хв, презентації груп – 20 хв.

- 1 гр. Організувати обговорення «Місія, Цінності та візія» для 20 представників госпітальної ради тривалістю 4 години (прописати кроки).
- 2 гр. Організувати обговорення «Цінності нашого закладу» для 150 співробітників закладу охорони здоров'я тривалістю 2 години (прописати кроки).
- 3 гр. Організувати стратегічну сесію для 25 представників госпітальної ради та місцевого самоврядування на основі результатів проведеного аналізу тривалістю 2 повних дні (прописати кроки).
- 4 гр. Організувати обговорення SWOT-аналізу для 35 представників управлінського складу закладу охорони здоров'я, представників місцевого самоврядування та пацієнтських організацій на 4 години (прописати кроки).



#### Список рекомендованої літератури:

- Інша освіта (2017) «Тобто. Абетка фасилітації». Київ
- Фасилітація – більше ніж методу <http://humantime.com.ua/blog/fasilitatsiya-bilshe-nij-metodi-devid-ueyn#main> [www.humantime.com.ua](http://www.humantime.com.ua)
- Інститут Миру та Порозуміння (2018) «Діалог у громадах» <https://issuu.com/ipcg/docs/imip-dialoge-print>

Сесія 5.

## СТРАТЕГІЧНЕ ПЛАНУВАННЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я З УРАХУВАННЯМ КОНТЕКСТУ



**Мета:** Врахувати особливості та ризики, пов'язані із військовим конфліктом у стратегічному плануванні.



#### Завдання:

- Обговорити ймовірні сценарії, які можуть вплинути на стратегічні плани в охороні здоров'я.
- Дізнатися про міжнародний досвід розробки стратегічних планів в охороні здоров'я в зонах конфліктів.



**Методи:** групова робота, презентація.



**Матеріали:** презентація, маркери, аркуші для фліпчарту.



**Час:** 60 хв.



**Хід сесії:**

**Обговорення сценаріїв** (40 хв).

Запитати, які ймовірні сценарії можуть вплинути на впровадження стратегії в охороні здоров'я. Записати 4 ймовірні сценарії.

Об'єднати учасників у 4 групи, роздати варіант сценарію і попросити обговорити, що потрібно змінити в стратегічному плані, щоб підготуватися до такого сценарію. Пропишіть дії згідно з планом, які допоможуть бути готовими до сценарію.

**Робота в групах** (20 хв). **Обговорення** (20 хв).

**Презентація 9.** *Стратегічне планування в охороні здоров'я з врахуванням контексту* (10 хв).



**Інформація для тренера:**

Коли в країні є конфлікти або природні катаклізми, такий стан називається «крихким» і в більшості випадків державних ресурсів не вистачає, щоб утримувати систему охорони здоров'я, на яку припадає сильне навантаження. В цьому випадку надається допомога гуманітарних організацій і агенцій з розвитку, діяльність яким має спрямовуватися на пріоритетах, які існують на певних територіях.

- Проблемний контекст в умовах військового конфлікту.
- Надання допомоги на територіях з проблемним контекстом.
- Політики щодо здоров'я, стратегічні плани на територіях з проблемним контекстом (проблемний контекст та ключові особи, інформація, заснування політики та процесу планування, основні принципи, вивчення міжнародного досвіду, специфічні ситуації, адаптація підходу до конкретних ситуацій).
- Важливі аспекти, які потрібно брати до уваги стосовно деяких підсекторів.

У проблемних умовах на розвиток системи охорони здоров'я можна впливати, але не контролювати. Політика, стратегія, цілі, процедури, підходи та показники повинні розвиватися відповідно до умов, що змінюються, включаючи набутий досвід та свіжу інформацію, отриману в результаті здійснення обраних заходів<sup>63</sup>. Донори можуть мати свої пріоритети, але потрібно залучати їх до розробки місцевих стратегій, тоді підвищується вірогідність того, що вони підтримають регіональні пріоритети. Дуже актуальною є міжгалузева співпраця – наприклад, коли є партнерство між соціальними службами/правоохоронними органами та охороною здоров'я.



**ЩО ЩЕ ПОТРІБНО БРАТИ ДО УВАГИ?**

Більшість професіоналів, які працюють на територіях із складними умовами, мають потребу в постійному інтенсивному навчанні та допомозі в утриманні на робочих місцях.

Управління персоналом теж потребує особливої уваги (виконання обов'язків, навантаження, умови роботи, винагорода, можливості професійного та кар'єрного зросту).

<sup>63</sup> ВООЗ (2016), Розробляючи стратегію національної системи охорони здоров'я: робоче керівництво. Режим доступу: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250221>



**Мета:** спланувати наступні кроки розробки стратегічного плану.



**Завдання:**

- Обговорити складові щодо розробки стратегічного плану;
- Доопрацювати проєкт розробки стратегічного плану.



**Методи:** обговорення.



**Матеріали:** аркуш для фліпчарту, маркери.



**Час:** 45 хв.



**Хід сесії:**

**Розробка подальшого плану дій** (40 хв).

Об'єднати учасників в групи (з одного госпітального округу)

Попросити учасників пригадати етапи розробки стратегії, обговорити та розробити план щодо наступних кроків з розробки стратегічного плану (20 хв).

ЗАХІД	РЕГУЛЯРНІСТЬ	РЕГУЛЯРНІСТЬ	РЕГУЛЯРНІСТЬ	ТЕРМІН	ВІДПОВІДАЛЬНИЙ



**Презентація групової роботи** (20 хв)

**Підсумок** (5 хв)





**Мета:** Підбити підсумки тренінгу.



**Завдання:**

- Отримати зворотний зв'язок від учасників;
- Вручити сертифікати.



**Методи:** індивідуальна робота.



**Матеріали:** анкета самооцінки, анкета зворотного зв'язку.



**Час:** 45 хв.



**Хід сесії:**

Попросити учасників заповнити другу колонку анкети самооцінки, порахувати кількість балів. Запитати, яка різниця між результатами на початку і вкінці (5 хв).

Попросити подумати і записати 1) що дізналися на тренінгу (знання); 2) чому навчилися в результаті тренінгу (навички); 3) як будуть використовувати отримані знання та навички (3 хв).

Попросити знайти людину, з якою менше всього працювали на тренінгу. В парі поділитися тим, що записали (5 хв).

Попросити по колу сказати по одній фразі (не більше 30 сек), з чим їдете в результаті тренінгу (10 хв).

**Слово від організаторів тренінгу, наступний план дій** (10 хв).

**Вручити сертифікати, привітати учасників** (10 хв).





