



ОРГАНІЗАЦІЯ
ОБ'ЄДНАНИХ НАЦІЙ
УКРАЇНА



ПРЯМУЄМО
РАЗОМ

СТРАТЕГІЧНЕ ПЛАНУВАННЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я НА РІВНІ ГОСПІТАЛЬНОГО ОКРУГУ

РОБОЧИЙ ЗОШИТ
ДЛЯ УЧАСНИКІВ
ТРЕНІНГУ

МОДУЛЬ 1.
Вступ до стратегічного планування.
Оцінка ситуації

2020 р.

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

Автори:

Марина Брага, консультантка з питань громадського здоров'я та стратегічного планування;
Володимир Рудий, національний консультант з підтримки стратегічного планування госпітальних округів, національний тренер із стратегічного планування.

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	4
Вступ.....	5
<hr/>	
День 1. Сесія 1. Вступ.....	6
Сесія 2. Вступ до стратегічного планування. Що таке стратегічне планування загалом і стратегічне планування в охороні здоров'я зокрема?.....	7
Сесія 3. Роль та місце стратегічного планування у процесі формування політики та впровадження реформ охорони здоров'я	7
Сесія 4. Рівні планування в охороні здоров'я	13
Сесія 5. Оптимізація мережі закладів госпітального округу.....	16
<hr/>	
День 2. Сесія 1. Вступ.....	18
Сесія 2. Реорганізація в охороні здоров'я.....	18
Сесія 3. Міжсекторне планування заради покращення здоров'я та забезпечення рівності	20
Сесія 4. Аналіз зацікавлених сторін	22
Сесія 5. Ситуаційний аналіз на рівні госпітального округу.....	24
Сесія 6. Методологія ситуаційного аналізу.....	25
<hr/>	
День 3. Сесія 1. Вступ.....	30
Сесія 2. Методологія ситуаційного аналізу.....	30
Сесія 3. Консультації з населенням стосовно потреб та очікувань	32
Сесія 4. Методологія проведення консультацій з населенням	35
Сесія 5. Як управляти процесом стратегічного планування.....	36
Сесія 6. Наступні кроки: план дій	40
Сесія 7. Підсумки тренінгу	41



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

Шановний учаснику/шановна учаснице тренінгу «Стратегічне планування в сфері охорони здоров'я на рівні госпітального округу»!

Ми раді бачити Вас на першому модулі «Вступ до стратегічного планування. Оцінка ситуації та аналіз даних». Робочий зошит знадобиться Вам не тільки під час тренінгу, але й під час організації процесу планування. Робіть нотатки, завдання, і нехай цей тренінг допоможе вам ефективно розпочати процес стратегічного планування на рівні госпітального округу та медичного закладу.

Команда тренерів та організаторів тренінгу

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 забезпечення планування в охороні здоров'я;
- Зможуть проаналізувати необхідність оптимізації мережі госпітального округу;
- Розумітимуть різницю між різними рівнями планування в 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).



День 1 | **Сесія 1.** | **ВСТУП**



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

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

ТВЕРДЖЕННЯ	А	В
1. Я почувую 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.		
Всього балів		

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 технологій¹.

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 медична система 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.
- 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 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 досягнута тільки через успішну взаємодію між усіма зацікавленими сторонами².

¹ ВООЗ. Системи охорони здоров'я. Режим доступу: https://www.who.int/topics/health_systems/en/

² GIZ (2018), Задля розвитку стратегічної мережі в охороні здоров'я – випадок Пологівського госпітального округу. Презентація



СКЛАДОВІ 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, чиї потужності планується 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 оцінювання фінансових потреб на проведення відповідних заходів).
7. Оцінка обсягів коштів, що можуть бути спрямовані на фінансування Плану та оцінку додаткової потреби в коштах.
8. Механізми моніторингу та звітування³⁴.

Важливим поняттям є універсальне охоплення послугами охорони здоров'я (УОПЗ). Воно означає, що всі особи та громади отримують необхідні медичні послуги, не зазнаючи фінансових труднощів. Він включає повний спектр основних, якісних медичних послуг – від зміцнення здоров'я до профілактики, реабілітації та паліативної допомоги. Універсальне охоплення послугами 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 за оплату медичних послуг з власної кишені зменшує ризик того, що люди стануть бідними та витратять всі свої заощадження. Досягнення універсального охоплення послугами є однією з цілей, яку країни світу поставили під час прийняття Цілей сталого розвитку у 2015 році. Досягнувши універсального охоплення, можна досягнути прогресу і в інших цілях, пов'язаних зі здоров'ям. Гарне здоров'я дозволяє дітям вчитися, а дорослим заробляти на життя та забезпечує основу для загального економічного розвитку⁵.



МЕТА РОЗПОЧАТОЇ РЕФОРМИ ОЗ В УКРАЇНІ

Мета реформи – створення та запровадження нової моделі фінансування, яка передбачає:

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

³ Делойт (2017), Презентація «Запуск реформ в Полтавській області» <https://healthcenter.od.ua/>

⁴ НАСЧО (2010), Розробка стратегічного плану місцевого департаменту охорони здоров'я: покрокове керівництво <https://www.naccho.org/uploads/downloadable-resources/Programs/Public-Health-Infrastructure/StrategicPlanningGuideFinal.pdf>

⁵ ВООЗ, Універсальне охоплення послугами охорони здоров'я. Режим доступу: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))



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 справедливність 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 і 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 єдиним національним замовником медичних послуг⁶.

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.
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 01.01.2020⁷.

⁶ 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>

⁷ НСЗУ. Кроки реформ 2018-2020. Режим доступу: www.nszu.gov.ua



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 системи⁸.

У 2020 році на виконання Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» Програма медичних гарантій запрацює в повному обсязі. 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)⁹.

⁸НСЗУ. Програма медичних гарантій. Режим доступу: <https://nszu.gov.ua/likar-2020>

⁹НСЗУ. Програма медичних гарантій. Режим доступу: <https://nszu.gov.ua/likar-2020>

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 України «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.

ОГЛЯД СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУ¹⁰



Оцініть стратегічний план за критеріями нижче.

Назва госпітального округу:

ХАРАКТЕРИСТИКИ	На сторінці	Не знайдено	Коментарі
Розроблений не більш ніж 5 років тому		<input type="checkbox"/>	
Має перелік людей/організацій, які взяли участь у стратегічному плануванні		<input type="checkbox"/>	
Включає опис процесу розробки стратегічного плану		<input type="checkbox"/>	
Включає формулювання місії		<input type="checkbox"/>	
Включає елементи візії		<input type="checkbox"/>	
Включає перелік цінностей		<input type="checkbox"/>	
Включає опис зовнішніх факторів (можливості та загрози/виклики)		<input type="checkbox"/>	
Включає опис внутрішніх факторів (сильні та слабкі сторони)		<input type="checkbox"/>	
Включає опис стратегічних пріоритетів		<input type="checkbox"/>	
Включає цілі та завдання (специфічні, вимірювані – які можна порівняти, релевантні – пов'язані з часом)		<input type="checkbox"/>	
Включає ключові функції підтримки, необхідні для ефективного впровадження (управління інформацією, розвиток персоналу, комунікація, фінансова стійкість)		<input type="checkbox"/>	

¹⁰ Департамент здоров'я. Центр практики громадського здоров'я www.health.state.mn.us

**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 27.11.2019 № 1074) <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1074-2019-%D0%BF>
- Примірне положення про госпітальний округ (наказ МОЗ України від 20 лютого 2017 року № 165) <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0165282-17>.
- Об'єм надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, що повинен забезпечуватися БЛІЛ першого та другого рівня (Проект Наказу МОЗ України) <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.
- Лікар 2020, НСЗУ www.nszu.gov.ua/likar-2020.

**День 1****Сесія 4.****РІВНІ ПЛАНУВАННЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я**



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 задokumentовані 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 і політично підтриманого бачення моделі надання послуг і підтримки їх постачальників¹¹.

Дизайн системи ОЗ може бути ширшим та більш довгостроковими (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.

¹¹ Онтаріо (2006), Посібник для планування охорони здоров'я. Проект систем охорони здоров'я. Режим доступу: <http://govdocs.ontario.ca/node/24389>

- 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 планування¹².



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.
- Стратегічно 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.
- Тільки послуги ОЗ не можуть покращити здоров'я населення.
- Заходи мають залучати широкі кола населення через підвищення розуміння шляхів покращення стану здоров'я населення чи громади¹³.



ОПЕРАЦІЙНЕ ПЛАНУВАННЯ

- Операційне планування вужче 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.

¹² НАСЧО (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>

¹³ Онтаріо (2006), Посібник для планування охорони здоров'я. Проєкт систем охорони здоров'я. Режим доступу: <http://govdocs.ourontario.ca/node/24389>



Коли має проводитися операційне планування?

5 найважливіших питань у стратегічному плануванні:

1. Побудова довіри.
2. Позбавлення від 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.



День 1

Сесія 5.

ОПТИМІЗАЦІЯ МЕРЕЖІ ЗАКЛАДІВ ГОСПІТАЛЬНОГО ОКРУГУ

«Клінічний маршрут пацієнта спрямований на мультидисциплінарний набір щоденних призначень та цільових результатів для ведення специфічних груп пацієнтів. Наприклад, від первинного відвідування до виписки пацієнта після стаціонарного лікування. Клінічні маршрути пацієнта часто призначені для покращення якості допомоги та для зниження затрат для пацієнтів в окремих діагностично-споріднених групах¹⁴.



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 підрозділами¹⁵.

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 допомоги¹⁶.



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)?



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
- 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

¹⁴ Національна бібліотека медицини США (клінічний маршрут). Режим доступу: <https://www.nlm.nih.gov/>

¹⁵ 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

¹⁶ 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

**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 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 для отримання таких прав необхідні відповідні організаційні перетворення та зміни господарсько-правового статусу провайдера.

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.



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?

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



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
- Програма «U-LEAD з Європою» (2019). «Стратегічне планування в секторі охорони здоров'я в об'єднаних територіальних громадах». Режим доступу: https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/495/strategic_planning_for_web_Final.pdf?fbclid=IwAR2jOJTR6SBSLjkSzn7KcwW3BXsiFFmCr6dpPP6LEt8Dc6vekKng_cBOpQw



День 2

Сесія 3.

МІЖСЕКТОРНЕ ПЛАНУВАННЯ ЗАРАДИ ПОКРАЩЕННЯ
ЗДОРОВ'Я ТА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РІВНОСТІ

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 стосовно 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, незалежно від раси, релігії, політичних поглядів, економічного чи соціального стану¹⁷.

Відхилення від цього стану виникають внаслідок інфекційних чи неінфекційних захворювань, травм чи ризиків, як-от зміна клімату, та 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 та 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.

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



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.



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 секторах¹⁸.

Перед тим як розробляти робочий план, необхідно проаналізувати рівень залучення зацікавлених сторін і дані, які потрібні для дослідження зовнішнього та внутрішнього середовища¹⁹.



День 2 Сесія 4. АНАЛІЗ ЗАЦІКАВЛЕНИХ СТОРІН

¹⁸World 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>
¹⁹ 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>

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.



РІВЕНЬ ЗАЦІКАВЛЕНИХ СТОРІН

Первинні зацікавлені сторони – люди чи групи, на яких найбільше впливає організація чи мережа. Вторинні зацікавлені сторони – люди/групи, які напряду не залучені, але є важливими і впливовими. Після того як ми визначили зацікавлені сторони, 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. 1. Інструменти з аналізу зацікавлених сторін

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, яку роль хто відіграє. Коли розробляється проєкт підготовки стратегічного плану, 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 стратегії²⁰.



Навіщо взагалі залучати зацікавлені сторони до розробки стратегії?

Рівні залучення:

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

²⁰ 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>



День 2

Сесія 5.

СИТУАЦІЙНИЙ АНАЛІЗ НА РІВНІ ГОСПІТАЛЬНОГО ОКРУГУ



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 в 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, зокрема населенню.
- Проведення ситуаційного аналізу підвищує підзвітність і прозорість.
- Він підтримує та посилює моніторинг та оцінку.
- 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 упровадження циклу політики та планування.
- Повторювати що 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 координація²¹.

Таблиця 1. Функції успішного аналізу ситуації

ЗАЦІКАВЛЕНА СТОРОНА	РІВЕНЬ ЗАЛУЧЕННЯ	ДІЯ, ЯКА ПОТРІБНА



День 2	Сесія 6.	МЕТОДОЛОГІЯ СИТУАЦІЙНОГО АНАЛІЗУ

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



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 є у нас присутність в Інтернеті, яка 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.

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).
 - Зверніть увагу, що у випадку розробки стратегічних планів (планів розвитку) госпітальних округів варто зробити і те, й інше.



Рис. 2. 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, ефективне використання бюджетних коштів для забезпечення надання спеціалізованої допомоги жителям відповідних територій. Це означає, що перед початком формування стратегічного плану ГО має бути проаналізовано поточну ситуацію у кожному ЗОЗ, що входить до складу ГО.

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

Таблиця 2. Концептуальна модель оцінки вимірів і субвимірів діяльності лікарень²²

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

Таблиця 3. Опис вимірів і субвимірів діяльності лікарень

ВИМІР	ВИЗНАЧЕННЯ	СУБВИМІР
Клінічна ефективність	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
Технічна ефективність	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
Орієнтованість персоналу	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
Відповідальне управління	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

²² PATH (2007), Інструмент оцінки якості в лікарнях [s://apps.who.int/iris/handle/10665/107808](https://apps.who.int/iris/handle/10665/107808)

Безпека	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
Орієнтованість на пацієнтів	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: 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 одноденної (амбулаторної) хірургії для восьми індикаторів (видалення катаракти, артроскопія коліна, пахові грижі, кюретаж матки, тонзилектомія та/або аденоїдектомія, холецистектомія, перев'язка маткових труб, флектомія).
- C6. Госпіталізація після одноденної (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

- 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 4. Критерії для вибору індикаторів

РІВЕНЬ	КРИТЕРІЙ	ПРОБЛЕМА, ЩО РОЗГЛЯДАЄТЬСЯ У МЕЖАХ КРИТЕРІЮ
Набір індикаторів	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?
Індикатори	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?
Інструменти вимірювання	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.



День 3	Сесія 1.	ВСТУП
---------------	-----------------	--------------



День 3	Сесія 2.	МЕТОДОЛОГІЯ СИТУАЦІЙНОГО АНАЛІЗУ
---------------	-----------------	---

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 причин²³.

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 та слабких сторін системи і програм.

Напрямок 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. 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. 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 управлінь²⁴.



Як зібрати та проаналізувати ці дані? Які можливості в нас є?

²³ WHO (2016), Strategizing national health in the 21st century: a handbook. Режим доступу: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/25022>

²⁴ Там само

Напря́м 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, інше²⁵.



Як зібрати та проаналізувати ці дані? Які можливості в нас є?

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

Цей напря́м спрямований на оцінювання 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 поставальниками 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 щодня²⁶.



День 3

Сесія 3.

КОНСУЛЬТАЦІЇ З НАСЕЛЕННЯМ СТОСОВНО ПОТРЕБ
ТА ОЧІКУВАНЬ

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

²⁶ Там само



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 і населенням. Консультації можна проводити як із загальним населенням, так і з певними групами, наприклад – різного віку, які проживають у різних місцевостях, вразливі групи населення.

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



МЕТОДОЛОГІЯ ПРОВЕДЕННЯ КОНСУЛЬТАЦІЙ



З якими методами проведення консультацій ви знайомі?

- Діалоги з великою кількістю населення.
- Консультації з представниками різних груп населення (фокус-групи).
- Опитування серед окремих груп населення.
- Референдум .
- Аутріч²⁷.

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.

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.

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

- 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 методами²⁸.

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.
- 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 спільноти²⁹.

²⁸ WHO (2016), Strategizing national health in the 21st century: a handbook. Режим доступу: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250221>

²⁹ Там само

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 проторих переговорів³⁰.



Хто має бути залучений до консультацій?



День 3

Сесія 4.

МЕТОДОЛОГІЯ ПРОВЕДЕННЯ КОНСУЛЬТАЦІЙ З НАСЕЛЕННЯМ

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



День 3

Сесія 5.

ЯК УПРАВЛЯТИ ПРОЦЕСОМ СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУВАННЯ

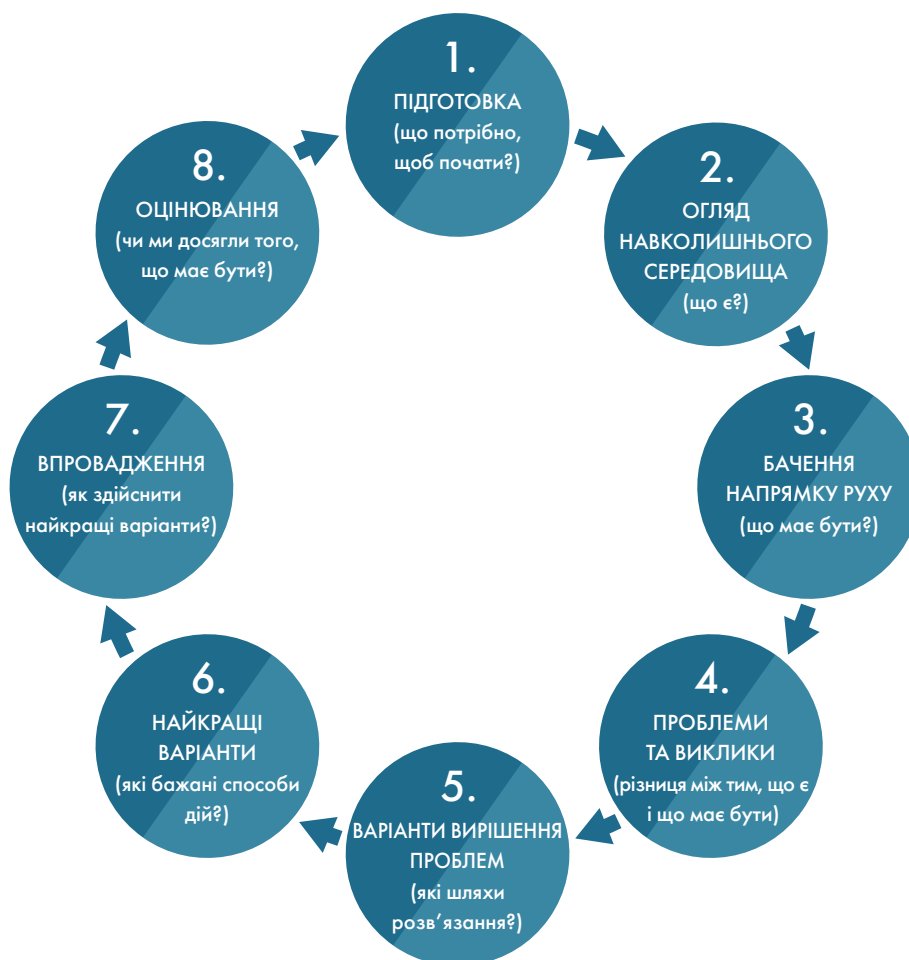


Рис. 3. Цикл стратегічного планування



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: 5 КРОКІВ У МАЙБУТНЄ

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

1. Сформууйте 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



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 рівнів 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 коштів 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. Додатки³¹.

³¹ Верховна Рада України (2017), «Примірне положення про госпітальний округ» (наказ МОЗ України від 20 лютого 2017 року № 165) <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0165282-17>



День 3 **Сесія 6.** **НАСТУПНІ КРОКИ: ПЛАН ДІЙ**

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

Blank area with horizontal lines for writing.





День 3 | Сесія 7. | **ПІДСУМКИ ТРЕНІНГУ**



Що дізналися на тренінгу (знання)



Чому навчилися в результаті тренінгу (навички)



Як будете використовувати отримані знання та навички
