

ПРОГРАМА ООН ІЗ ВІДНОВЛЕННЯ
ТА РОЗБУДОВИ МИРУ



ОРГАНІЗАЦІЯ
ОБ'ЄДНАНИХ НАЦІЙ
УКРАЇНА



ПРЯМУЄМО
РАЗОМ

Тренінг «Стратегічне планування в охороні
здоров'я на рівні госпітального округу»

СИТУАЦІЙНИЙ АНАЛІЗ ПРИ РОЗРОБЦІ СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУ ГОСПІТАЛЬНОГО ОКРУГУ

МОДУЛЬ 1.

ВСТУП ДО СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУВАННЯ.
ОЦІНКА СИТУАЦІЇ ТА АНАЛІЗ ДАНИХ

ЩО ТАКЕ ГАРНА СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я?

ГАРНА СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАДАЄ ЯКІСНІ ПОСЛУГИ УСІМ ЛЮДЬМ, 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 та гідно 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.

https://www.who.int/topics/health_systems/en/

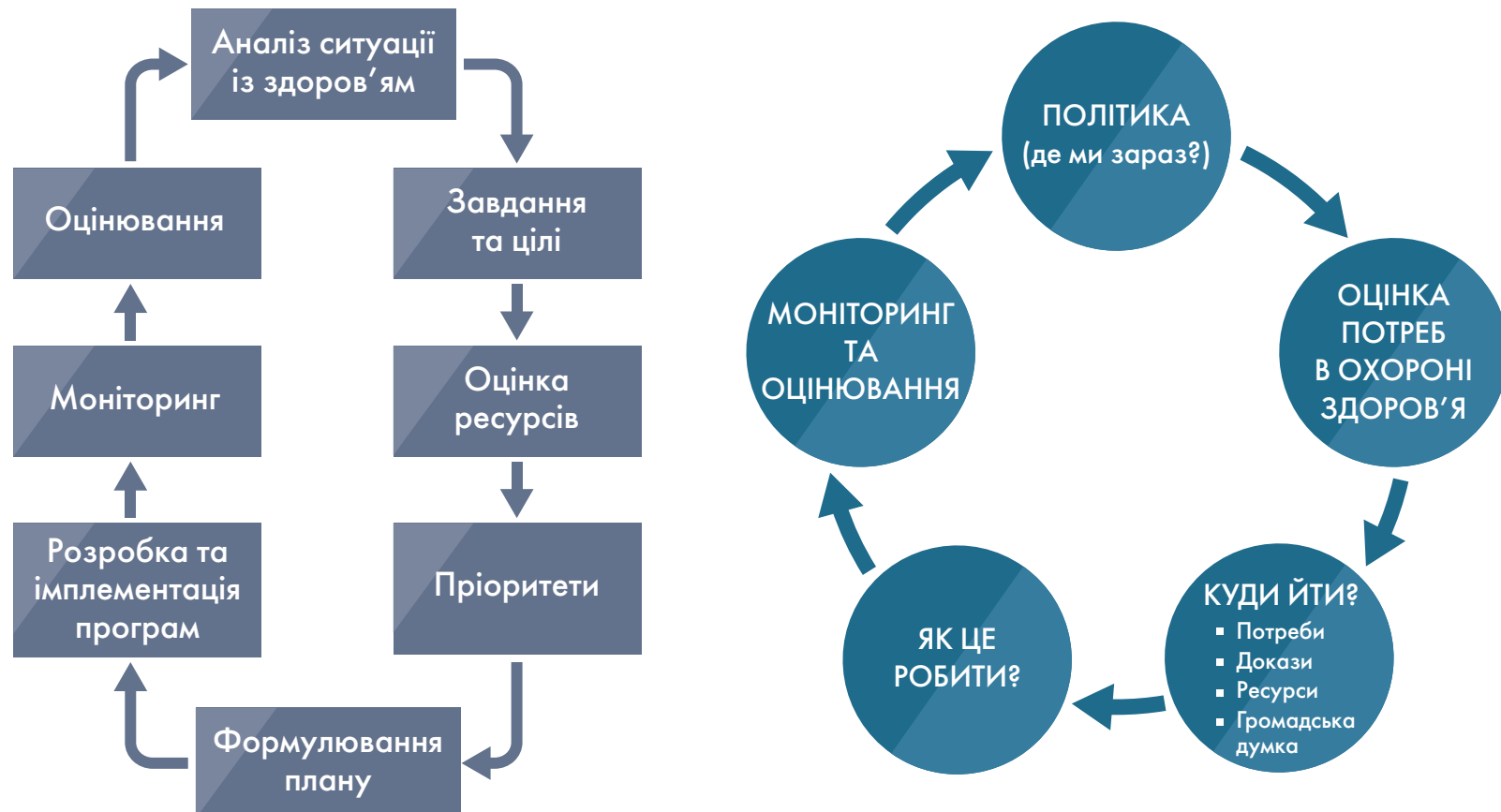
7 ПРИНЦИПІВ ЯКІСНОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

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 та оцінки забезпечує покращення системи ОЗ та відповідальність розподіляється між зацікавленими сторонами.

7 ПРИНЦИПІВ ЯКІСНОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

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 мають 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.

ЦИКЛ СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУВАННЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я



СТРАТЕГІЧНЕ ПЛАНУВАННЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я – 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?

12 НАЙВАЖЛИВІШИХ ПИТАНЬ

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 його управлінням?
12. Чи перебуваємо ми «на вершині» всіх відповідних регуляторних змін?

Після відповіді на запитання наступним кроком 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 – те, що називається SWOT-аналізом (детальний аналітичний виклад сильних, слабких сторін, можливостей та загроз);
3. Іноді – те, що називається PEST-аналізом (аналіз політичних, середовищних, соціальних та технічних факторів, які у даний час впливають на організацію).

Багато організацій використовують обидва 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!

СКЛАДОВІ СИТУАЦІЙНОГО АНАЛІЗУ

- Зовнішнє середовище
- Безпосереднє оточення
- Внутрішнє середовище організації



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.

КОНЦЕПТУАЛЬНА МОДЕЛЬ ОЦІНЮВАННЯ ВИМІРІВ ТА СУБВИМІРІВ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЕНЬ

(проект Європейського бюро BOO3 Performance
Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH))



ОПИС ВИМІРІВ ТА 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

Вимір	Визначення	Субвимір
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
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 ОЦІНЮВАННЯ КЛІНІЧНОЇ ТА ТЕХНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРНІ: основний набір

■ КЛІНІЧНА
ЕФЕКТИВНІСТЬ
ТА БЕЗПЕКА

■ ТЕХНІЧНА
ЕФЕКТИВНІСТЬ
(продуктивність)

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА БЕЗПЕКА: основний набір

- С1. Частота кесарева розтину;
- С2. Профілактичне застосування антибіотиків (планова операція з приводу колоректального раку, аорто-коронарного шунтування, ендопротезування кульшового суглоба, гістеректомії);
- С3. Смертність (гострий інфаркт міокарда, інсульт, набута поза межами лікарні пневмонія, перелом шийки стегна, аорто-коронарне шунтування);
- С4. Рівень повторної госпіталізації (гострий інфаркт міокарда, інсульт, набута поза межами лікарні пневмонія, перелом шийки стегна, аорто-коронарне шунтування, астма, цукровий діабет);

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА БЕЗПЕКА: основний набір

- 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, флебектомія);
- C6. Госпіталізація після одноденної (амбулаторної) хірургії (маркери, аналогічні для C5);
- C7. Повернення до відділення інтенсивної терапії;

ТЕХНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ (ПРОДУКТИВНІСТЬ): основний набір

- С8. Середня тривалість перебування у стаціонарі (гострий інфаркт міокарда, інсульт, набута поза межами лікарні пневмонія, перелом шийки стегна, аорто-коронарне шунтування);
- С9. 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 вдосконаленою поправкою на ризик;
- T5. Індикатори повторної госпіталізації (C4) з більш вдосконаленою поправкою на ризик;
- T6. Пролежні у хворих на інсульт і переломи;
- T7. Частота госпітальних інфекцій.

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

■ ОРІЄНТОВАНІСТЬ
ПЕРСОНАЛУ

■ ВІДПОВІДАЛЬНЕ
УПРАВЛІННЯ

■ ОРІЄНТОВАНІСТЬ
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.

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?

Рівень	Критерій	Проблема, що розглядається у межах критерію
Інструменти вимірювання	Надійність	Чи продемонстровано надійність (відтворюваність) даних?
	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?

ЗБІР ТА АНАЛІЗ ВІДПОВІДНИХ ДАНИХ ТА ВИЗНАЧЕННЯ ВІДПОВІДНИХ ІНДИКАТОРІВ Є ЖИТТЄВОЮ НЕОБХІДНІСТЮ ДЛЯ:

- **ОЦІНЮВАННЯ ПОТОЧНОЇ СИТУАЦІЇ;**
- **ВИЗНАЧЕННЯ ТОГО, ЧОГО МИ ХОЧЕМО ДОСЯГТИ (ВЛАСНЕ ФОРМУЛЮВАННЯ СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУ);**
- **ВИМІРЮВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ УПРОВАДЖЕННЯ ПЛАНУ.**

ПРОГРАМА ООН ІЗ ВІДНОВЛЕННЯ
ТА РОЗБУДОВИ МИРУ



ОРГАНІЗАЦІЯ
ОБ'ЄДНАНИХ НАЦІЙ
УКРАЇНА



НАЦІОНАЛЬНИЙ ПРОЄКТ
ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЯ



ПРЯМУЄМО
РАЗОМ

ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!