



USAID

ВІД АМЕРИКАНСЬКОГО НАРОДУ



UKaid

from the British people

Проект Підтримка реформи охорони здоров'я

ЦЕНТРИ ПЕРЕДОВОГО ДОСВІДУ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

ПОСІБНИК

Центри передового досвіду первинної медичної допомоги. Посібник/ Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2020.

Зміст цієї публікації може бути безкоштовно скопійовано та використано для освітніх та інших некомерційних цілей за умови посилання на джерело інформації.

Цю публікацію підготовлено за підтримки Агентства США з міжнародного розвитку (USAID), наданої від імені народу Сполучених Штатів Америки, за підтримки Програми Уряду Великої Британії «Good Governance Fund», наданої від імені народу Великої Британії. Відповідальність за зміст цієї публікації, яка необов'язково відображає погляди USAID, Уряду Сполучених Штатів Америки, UK aid або Уряду Великої Британії, несе виключно компанія ТОВ «Делойт Консалтинг» в рамках контракту №72012118C00001.

ЦЕНТРИ ПЕРЕДОВОГО ДОСВІДУ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.

ПОСІБНИК/

ПРОЕКТ USAID «ПІДТРИМКА РЕФОРМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»

Київ, 2020

Зміст

ВСТУП	4
1. СТРАТЕГІЯ РОЗВИТКУ ЗАКЛАДУ	6
ОСНОВНІ ЕТАПИ СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУВАННЯ	7
ВІЗІЯ	8
МІСІЯ	9
ЦІННОСТІ	9
ІДЕНТИФІКАЦІЯ ПЕРЕШКОД	11
СТРАТЕГІЧНІ НАПРЯМИ РОЗВИТКУ	11
ОПЕРАЦІЙНИЙ ПЛАН	12
2. ПАЦІЄНТ-ОРІЄНТОВАНА МОДЕЛЬ НАДАННЯ ПМД	14
ПРИНЦИПИ ПАЦІЄНТ-ОРІЄНТОВАНOSTІ НА РІВНІ ЗАКЛАДУ ТА КОМАНДИ ПМД	15
СЕРВІС У МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ ЯК ЕЛЕМЕНТ ПАЦІЄНТ-ОРІЄНТОВАНOSTІ	30
3. СИСТЕМА УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ	37
ПОНЯТТЯ «ЯКІСТЬ»	37
СИСТЕМА УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ	39
ПРОЦЕСНИЙ ПІДХІД ДО УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ	43
ІНСТРУМЕНТИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ	46
ГРУПИ ЯКОСТІ	50
ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ	54
ВПРОВАДЖЕННЯ МІЖНАРОДНИХ КЛІНІЧНИХ НАСТАНОВ	58
ЗАЛУЧЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ДО УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ	60
4. НОВІ ПІДХОДИ ДО МЕНЕДЖМЕНТУ	68
ЛІДЕРСТВО	68
УПРАВЛІННЯ ЗМІНАМИ	72
КОРПОРАТИВНА КУЛЬТУРА ОРГАНІЗАЦІЇ	76
СТВОРЕННЯ СИЛЬНОЇ КОМАНДИ	78
МОТИВАЦІЯ ПЕРСОНАЛУ	80
ПОСИЛЕННЯ РОЛІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ	84
ОПЕРАЦІЙНЕ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ	88
КОЛЕГІАЛЬНІ ОРГАНИ В УПРАВЛІННІ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	91
5. ФІНАНСОВА СТІЙКІСТЬ	96
ЕЛЕКТРОННИЙ ІНСТРУМЕНТ З ФІНАНСОВОГО ПЛАНУВАННЯ «ІНСАЙТ»	96
СПРОМОЖНА МЕРЕЖА	97
ПОКАЗНИКИ ФІНАНСОВОЇ СТІЙКОСТІ	100
ДОДАТКОВІ ДЖЕРЕЛА ФІНАНСУВАННЯ	101
6. ЗОВНІШНЯ КОМУНІКАЦІЯ ТА МАРКЕТИНГ	116
СТВОРЕННЯ БРЕНДУ ЗАКЛАДУ	116
МАРКЕТИНГОВА ТА КОМУНІКАЦІЙНА СТРАТЕГІЯ ЗАКЛАДУ	117
ЗАХОДИ СПРИЯННЯ ЗДОРОВ'Ю НАСЕЛЕННЯ	122
7. ОБМІН ДОСВІДОМ	126
ДОДАТКИ	129

ВСТУП

Реформа первинної медичної допомоги (ПМД) в Україні стартувала дуже стрімко. Менш як за шість місяців 2018 року всі комунальні заклади ПМД уклали договори з Національною службою здоров'я України (НСЗУ) та почали отримувати фінансування за новою моделлю – капітаційною ставкою. Та чи змінилися настільки ж швидко інші аспекти діяльності закладів – методи управління, якість і повнота надання послуг, ставлення до пацієнтів та стосунки в колективах? Чи стали заклади ефективнішими та успішнішими наступного дня після укладення договору із НСЗУ? Напевно ні...

Системні зміни потребують великих зусиль та більшого проміжку часу. А головне – вони потребують бажання й готовності змінюватися.

Саме для того, щоб знайти заклади ПМД, які готові змінюватися та слугувати прикладом для інших, Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» (Проект) наприкінці 2018 року оголосив конкурс на участь у грантовій програмі з розвитку центрів передового досвіду.

Центри передового досвіду – це моделі найкращих практик у впровадженні нових підходів до надання медичних послуг та управління закладом ПМД. Вони першими випробували на собі нові організаційні зміни і вже знають, що спрацьовує, а що – ні. Вони готові говорити про свої невдачі та допомагати іншим повторити їхній успіх.

Тож переможці грантового конкурсу – 15 центрів ПМД з різних регіонів України – за технічної підтримки Проекту впродовж 2019 року активно працювали, розвивалися та опановували нові знання з управління і надання послуг, щоб уже з 2020 року почати ділитися ними з колегами з інших закладів охорони здоров'я.

Сфери, в яких розвивалися центри передового досвіду:

- стратегічне планування діяльності закладу;
- розвиток пацієнт-орієнтованості й налагодження сервісу;
- побудова системи управління якістю;
- впровадження нових підходів до менеджменту;
- забезпечення фінансової стійкості;
- ефективна зовнішня комунікація та маркетинг;
- розвиток навичок для ефективного обміну досвідом.

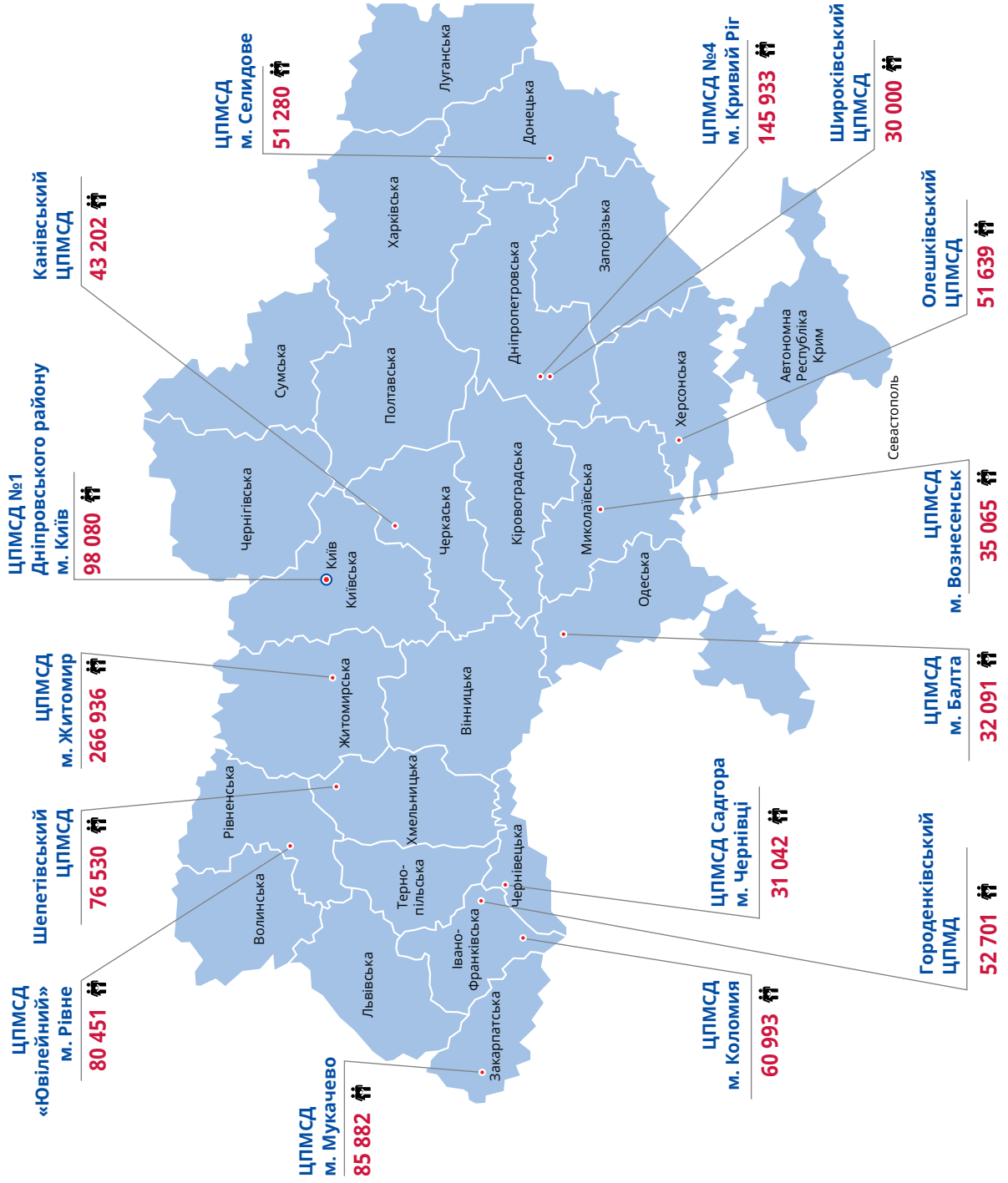
Цей посібник розроблено на основі зібраних матеріалів та практичного досвіду учасників грантової програми. Розділи викладено в тій же послідовності, в якій заклади ПМД розвивалися протягом року. Посібник містить ключову інформацію та поради, необхідні для того, щоб команди інших закладів ПМД повторили шлях розвитку 15 центрів передового досвіду й досягли власного успіху.

Посібник призначений для широкого кола осіб, залучених до діяльності закладів ПМД, незалежно від посади та досвіду. Якщо ви бажаєте впроваджувати якісні зміни у вашому закладі на користь пацієнтів, цей посібник саме для вас.

Ми намагалися зробити його максимально простим, зрозумілим та корисним, тому ви знайдете в ньому приклади з досвіду учасників грантової програми, їхні відгуки та історії.

Щиро бажаємо вам натхнення та успіху!

Учасники грантової програми з розвитку центрів передового досвіду:



1. СТРАТЕГІЯ РОЗВИТКУ ЗАКЛАДУ

Чи не найбільше значення для успішності будь-якої організації має вміння керівника та колективу бачити велику картину: розуміти місце організації в загальній системі, відчувати тенденції, прогнозувати і, звісно, мати стратегічне бачення розвитку організації.

Стратегія є фундаментом існування та функціонування для кожної організації, запорукою її успіху.

Перш ніж перейти до основних елементів стратегії (стратегічного плану), пропонуємо розвіяти деякі міфи, котрі іноді панують у думках управлінців.

МІФ № 1: стратегічний план розвитку організації повинен розробляти тільки керівник.

Насправді: успішний стратегічний план розвитку організації НЕ МОЖЕ бути створено однією людиною за зачиненими дверима кабінету. Навпаки, він має бути продуктом палких дискусій та мозкового штурму, обговорень та погоджень серед максимально можливої кількості співробітників усіх рівнів. Незгода й суперечки на цьому етапі неминучі і навіть **ОБОВ'ЯЗКОВІ**. Якщо їх не вирішити на етапі планування, то вони напевно проявляться на етапі реалізації та поставлять його під загрозу.

Саме тому стратегічне планування – це складний і часозатратний процес, який вимагає координації, лідерства (не авторитаризму) від керівника, створення безпечного та творчого простору, в якому кожен співробітник відчуватиме свою причетність до формування стратегії.

МІФ № 2: стратегічний план – це величезний документ, переповнений складною термінологією, графіками і таблицями.

Насправді: стратегічний план – це інструмент комунікації: зовнішньої (з власниками закладу, громадою, НСЗУ тощо) та внутрішньої (з колективом загалом та окремими працівниками), тому він має бути максимально простим і стислим. Це має бути лаконічний документ, написаний мовою, зрозумілою для всіх, без загальних фраз, полеміки та надлишкової аналітики.

МІФ № 3: стратегічний план – це про фінансовий розвиток та збільшення прибутку, тому він актуальний для бізнесу, а не для комунальних підприємств.

Насправді: більшість організацій знають, **ЩО** вони роблять, деякі знають, **ЯК** вони це роблять, але одиниці розуміють (і вірять у те), **ЧОМУ** вони це роблять. Головним завданням стратегії є якраз визначення справжньої мети існування організації, її цінностей, мрій про подальший розвиток та ідей, як ці мрії здійснити. Тобто це більше про філософію, ідеологію та переконання, а не про гроші.

Стратегія має включати такі елементи, як візія організації, її місія, цінності та стратегічні напрями розвитку. Ці елементи повинні знаходити своє відображення в операційному плані, тобто в конкретних діях (заходах).

Схематично процес стратегічного планування можна зобразити у вигляді таких основних етапів (**Рис. 1**):



Рисунок 1. Етапи стратегічного планування

ОСНОВНІ ЕТАПИ СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУВАННЯ

Сам процес стратегічного планування (стратегічна сесія) за умови правильної організації матиме командоутворювальний та мотиваційний ефект на всіх учасників.

Якщо ви вирішите проводити стратегічне планування в команді, рекомендуємо дотримуватися таких простих правил організації цього процесу:

- заплануйте час (щонайменше два дні, можливо в кілька заходів) для проведення стратегічної сесії;
- запросіть співробітників різних рівнів (якщо колектив дуже великий, оберіть по кілька представників від кожного підрозділу);
- подбайте про комфорт учасників (зручне приміщення з необхідним обладнанням, кавпаузи, обіди тощо). Проведення сесії за межами закладу, як правило, позитивно впливає на можливість учасників «розкритися», вийти за рамки звичного, тому, якщо є можливість, віддайте перевагу зовнішній локації;
- визначте фасилітатора – людину, яка зможе

Етапи стратегічного планування:

- 1 Обговорення візії.
- 2 Обговорення місії.
- 3 Обговорення цінностей.
- 4 Проведення SWOT-аналізу та ідентифікація перешкод.
- 5 Обговорення стратегічних напрямів та цілей розвитку.
- 6 Складання операційного плану.

вести обговорення, але не втручатиметься у формування та погодження ідей (якщо є така можливість, запросіть фасилітатора ззовні, тоді він не перебуватиме під впливом уже наявних відносин у колективі та зможе бути більш незалежним).

Дуже важливо, щоб робота над стратегією відбувалась саме в такому порядку – не пропускаючи і не міксуючи етапи між собою. В іншому випадку, це буде фрагментарний та не пов'язаний між собою документ.

ВІЗІЯ

Візія (або бачення) – це чітка картина ідеального бажаного стану організації через певний проміжок часу в майбутньому.

Візія повинна відповідати на такі запитання:

- Де ми хочемо бути?
- Якого стану речей ми прагнемо досягти?
- У чому полягає наша мета?

Міркуючи над візією, уявляйте собі історії людей – пацієнтів та лікарів – те, що яскраво відобразатиме зміни, які відбудуться, досягнення, успіхи закладу в майбутньому.

Мрійте про те, яких вершин досягнете і які проблеми подолаєте. Забудьте про обмеженість ресурсів або нестачу фінансів. Уявіть себе дітьми, які просять у листі до Святого Миколая, чого вони хочуть, коли стануть дорослими. Або скажіть собі: «Ми просто цього хочемо, нехай це нам зроблять марсіани».

Враховуйте при цьому, якою буде ваша команда, кого ви можете взяти в партнери, з якими саме опонентами доведеться мати справу, в чому ваша унікальність, які «червоні лінії» постають перед вами (те, чого ви за жодних обставин не будете робити).



Олешківський центр первинної медико-санітарної допомоги:

«Для запровадження змін у закладі в першу чергу необхідно дуже чітко зрозуміти: а куди ми рухаємося та чого хочемо досягти?»

*Яким повинен бути якісний центр первинки? В розумінні цього нам допоміг електронний інструмент самооцінки та усвідомлення блоків перешкод на шляху до «Успішного центру первинки». Так з'явилася **Візія** (бачення Центру в майбутньому). У візії потрібно відштовхуватись не від наявних можливостей, а від бажань та мрій».*

ВІЗІЯ

Сучасний Центр – відкритий та доброзичливий для родини.

Наш клієнт – наш партнер, довіряє нам та співпрацює з нами.

Працівники Центру – колегіальні в прийнятті рішень.

Лікарі – молоді, енергійні, готові до змін, зацікавлені у збереженні здоров'я населення.

Більшість питань вирішуємо на рівні Центру».

МІСІЯ

Місія – це лаконічний вислів, який відображає, заради кого ми існуємо як організація. Вона в жодному разі не повинна обмежуватися функціями. І місія не повинна бути просто гарним лозунгом, який приваблює клієнтів, – тоді вона не спрацює. В ідеальних умовах знати, розуміти, а головне – вірити у місію організації повинні всі її співробітники – від керівника до охоронця. Саме тому дуже важливо долучати до формулювання місії всіх співробітників та керуватися нею у щоденній діяльності.

Місія відповідає на такі запитання:

- Що ми робимо? – Наш кінцевий результат.
- Чого ми не робимо? – Наші «червоні лінії».
- Як ми це робимо? – Чим ми відрізняємося від інших.
- Для кого? – Наша цільова аудиторія, наші клієнти.
- Чому саме це? – Яку проблему ми вирішуємо, де межі нашої компетенції.

ЦІННОСТІ

Цінності – це ті основоположні принципи та переконання, якими ви керуєтеся та від яких ніколи не відмовитеся.

- Кодекс честі вашої організації.
- Ваш світогляд та мірило.
- Те, чого ви обов'язково вимагаєте від нових членів команди.
- Порушення чого є підставою вилучення з команди.

Коли ви будете в колективі визначати цінності організації, відповідайте на такі запитання:

- Чому ми разом?
- Що нас об'єднує?
- Хто наш ідеал?

Також важливо обговорити зворотний бік – ті поняття та поведінку, яких ви не сприймаєте: що для вас неприйнятно (огидно), з ким ви не хочете працювати (людські якості), з чим ніколи не погодитеся.



Олешківський центр первинної медико-санітарної допомоги:

*«Ми всі начебто і розуміємо, чим займаємося, але у повсякденній рутині забуваємо найголовніше: ПМД – це профілактика, формування здорового способу життя, індивідуальний підхід та повага до часу пацієнта. Окресливши все це, ми сформулювали **Місію** нашого закладу.*

МІСІЯ

Ми займаємось профілактикою та формуванням здорового способу життя, забезпечуємо доступ до якісної та безкоштовної медичної допомоги кожному завдяки індивідуальному підходу. Цінуємо Ваш час!»

«Між працівниками закладу встановлюються певні домовленості – цінності (те, що сприймаємо та не сприймаємо). Ми зрозуміли, що їх потрібно постійно обговорювати з колективом, наголошувати, що до успіху нас приведе лише якісна робота кожного працівника, що важлива не тільки команда «лікар-медична сестра».

ЦІННОСТІ

- Професіоналізм • Повага • Право на свою думку • Командна праця • Пунктуальність • Упевненість у собі • Здатність і прагнення до навчання • Стресостійкість

НЕ СПРИЙМАЄМО

- Дилетантство • Хамство • Байдужість • Дискримінацію • Безініціативність • Жадібність • Безвідповідальність • Погані звички

Цінності є фундаментом, на якому будуються місія та стратегія розвитку закладу. Саме цінності повинні лягти в основу компетенцій, які ви хочете бачити й розвивати у персоналу закладу. Добираючи співробітників, важливо враховувати не лише професіоналізм, а й те, й чи поділяє кандидат цінності організації.



Рисунок 2. Елементи стратегічного планування



Балтський центр
первинної медико-
санітарної допомоги

Приклад SWOT-аналізу **Балтського центру первинної медико-санітарної допомоги**, проведеного на початку 2019 року в ході стратегічної сесії

Сильні сторони

- Населення довіряє нашим фахівцям (70% укладених декларацій)
- Наявність мотивації у співробітників
- Безперервне проведення навчальних семінарів та тренінгів
- Забезпечення АРМ усіх лікарів
- Успішно працює «Доїзд за направленням»
- Високий рівень іміджу закладу
- Капітальні ремонти і поповнення матеріально-технічної бази

Слабкі сторони

- Неукомплектованість лікарями ЗПСМ
- Незабезпеченість автотранспортом
- Відсутність лабораторії
- Відсутність пункту невідкладної допомоги
- Низький рівень компетенцій сімейних лікарів
- Відсутність єдиного електронного медичного простору (первинка-вторинка)

Можливості

- Участь у грантових програмах з розвитку системи охорони здоров'я
- Програма місцевих стимулів для лікарів (службове житло в сільських АЗПСМ, з безкоштовними комунальними послугами)
- Впровадження додаткових платних послуг
- Потужна підтримка з боку власника
- «Монополісти» на теренах Балтського району в наданні ПМД

Загрози

- Додаткова паперова робота
- Плинність персоналу: вихід на пенсію
- Недостатня поінформованість населення щодо первинної та вторинної профілактики
- Молоді фахівці не бажають їхати працювати в сільську місцевість
- Відсутність «адекватної» співпраці із вторинкою

ІДЕНТИФІКАЦІЯ ПЕРЕШКОД

Перешкода – це те, що не дозволяє вам негайно стати такими, як ви хочете, тобто досягти візії вашої організації вже зараз. Перешкоди заважають вам рухатися до мети, а отже, їх потрібно:

- ідентифікувати (чітко викласти на папері);
- встановити їх першопричини, а не тільки їх прояви;
- визначити, що з ними робити: усувати, обходити (ігнорувати) чи відступати (змінювати мету).

Дуже корисним для визначення перешкод є SWOT-аналіз¹. Цей інструмент включає чотири елементи аналізу:

- сильні та слабкі сторони організації,
- зовнішні можливості та загрози, які впливають на реалізацію візії.

При застосуванні SWOT-аналізу будьте дуже цілеспрямованими та конкретними: обирайте чинники, які безпосередньо впливають на візію, уникайте нечітких, розпливчастих описів. Будьте чесними з собою. Дотримуйтеся лаконічності та об'єктивності: уникайте ускладнень і надмірної аналітичності.

¹ Більше про SWOT-аналіз можна прочитати в Додатку 1 (за матеріалами сайту компанії «Baker Tilly»: <https://bakertilly.ua/news/id44448>).

СТРАТЕГІЧНІ НАПРЯМИ РОЗВИТКУ

На підставі сформованої візії, місії та цінностей організації, ідентифікованих перешкод визначте загальні напрями роботи на найближчі три-п'ять років, які б допомогли вийти на запланований рівень та подолати виявлені проблеми.

Для кожного напрямку доберіть аргументи:

- Чому саме цей напрям є важливим? Чи вдасться нам досягти цільового стану речей, якщо ми цей напрям робити не будемо?
- Яким чином він сприяє досягненню поставленої мети (візії)?
- Яким чином він сприяє усуненню виявлених проблем?

Кожен стратегічний напрям повинен мати чітко сформульовані та поставлені цілі. Наприклад, ціллю стратегічного напрямку «Покращення рівня задоволеності пацієнтів» буде: «Рівень задоволеності пацієнтів покращено». І тут можливі варіації цільового показника: покращено (більше від базового показника) / на 50% / до 90% тощо.

Ці стратегічні напрями та цілі повинні лягти в основу стратегічного плану.



Олешківський центр первинної медико-санітарної допомоги:

*«Враховуючи власну мрію про заклад і виявлені блоки перешкод, ми склали **Стратегію розвитку закладу на 2019–2023 рр.***

*Але досягнення великої цілі можливе тільки при поступовому виконанні маленьких кроків. До кожного стратегічного напрямку ми описали дії та підготували таким чином **Операційний план**. Намагалися зробити його максимально реалістичним, можливим для виконання всіма відповідальними особами. Він децю громіздкий, але дуже наочно демонструє обсяги роботи протягом місяця, тому операційний план – зручний інструмент для відстеження ходу втілення стратегії.*

СТРАТЕГІЯ РОЗВИТКУ

1. Підвищення якості медичної та немедичної допомоги.
2. Розвиток партнерських відносин з пацієнтом.
3. Розвиток системи фінансової стабільності Центру.
4. Розвиток персоналу».

Стратегічний план – це документ, який описує стратегічні напрями та визначає головні цілі вашої діяльності.

Стратегічний план повинен відображати, як ви будете виконувати вашу місію та як досягнете поставленої візії.

Важливо доносити візію, місію та цінності до кожного члена колективу, а також до пацієнтів та широкого загалу. Це можна зробити через їх оприлюднення на офіційному веб-сайті, в інформаційних куточках у приміщеннях закладу (в кожному кабінеті), в друкованих маркетингових матеріалах.

Стратегічний план – це не документ для полиці, з ним треба працювати щодня. Персонал повинен знати і вірити у візію, місію та цінності свого закладу. Крім того, стратегічний план може переглядатись раз на три, п'ять, сім років, він повинен бути живим інструментом.

ОПЕРАЦІЙНИЙ ПЛАН

Операційний план – це документ, який деталізує загальні стратегічні напрями діяльності до рівня конкретних завдань і заходів.

Операційний план є інструментом управління та контролю. Він обов'язково має містити чіткий перелік:

1. стратегічних цілей (чітка та вимірювана ціль до кожного стратегічного напрямку);
2. проміжних завдань і заходів, спрямованих на досягнення стратегічних цілей, з конкретними і вимірюваними показниками результату до цих заходів, а також із часовими рамками виконання заходів (послідовність і взаємозалежність заходів);
3. виконавців кожного заходу (конкретних людей в організації),
4. необхідних ресурсів.

Приклад шаблону операційного плану наведено у **Додатку 2**.

Плануючи заходи (завдання) для операційного плану, дотримуйтеся принципів SMART. Тобто завдання має бути:

S (specific)	конкретним, а не загальним;
M (measurable)	вимірюваним, з можливістю оцінки (кількісної або якісної);
A (assignable)	з можливістю визначення конкретного виконавця;
R (relevant)	релевантним до досягнення конкретної цілі;
T (time-bound)	з конкретними датами початку й завершення (для першого року – в межах кварталу, для другого року – в межах півріччя, для решти років – упродовж року).

Важливо регулярно відстежувати виконання операційного плану та деталізувати його для кожного наступного року. План без постійного моніторингу та контролю виконання запланованої діяльності є нежиттєздатним і ніяк не впливатиме на розвиток та успішність організації.

Операційний план можна коригувати, оновлювати, якщо це допомагає найбільш ефективно досягти стратегічних цілей, місії та візії.

Керівник повинен розвивати в собі уміння стратегічно мислити, щоб не зациклюватися тільки на операційних завданнях, а завжди бачити перед собою візію – те бажане майбутнє організації, до якого вона рухається.

Рекомендуємо для читання:

Річард Румель. Гарна стратегія. Погана стратегія: у чому різниця і чому це важливо. Видавництво «Фабула», 2019.

Чек-лист гарних практик

- Ваш заклад має чітко прописану візію, в якій зазначено, яким і де ви бачите свій заклад, чого прагнете досягти, яка ваша мета.
- Ваш заклад має чітко сформульовану місію, яка визначає, що, для кого і чому ви це робите, а також як саме це ви робите.
- У закладі є чітко визначені цінності – основоположні принципи та переконання, якими ви керуєтеся та від яких ніколи не відмовитися.
- Візія, місія та цінності доступні для широкого загалу людей: персоналу, пацієнтів, загального населення.
- Усі працівники, включно з обслуговуючим персоналом, знають і можуть назвати всі елементи стратегії.
- Заклад має проведений SWOT-аналіз і знає про сильні, слабкі сторони, загрози та можливості, визначені за допомогою цього аналізу.
- Заклад має визначений перелік перешкод, які заважають досягненню місії та візії, а також план щодо їх полегшення/усунення.
- Заклад має чітких перелік стратегічних напрямів розвитку.
- Заклад має операційний план для досягнення кожного зі стратегічних напрямів, розроблений з використанням принципу SMART.
- Керівник закладу регулярно (раз на тиждень, місяць, квартал) проводить моніторинг і контроль виконання операційного плану.
- Операційний план закладу є живим і гнучким інструментом управління закладом, який за потреби переглядають і коригують для найбільш ефективного досягнення стратегічних цілей.
- Раз на три/п'ять/сім років керівник закладу проводить стратегічну сесію для внесення можливих змін до стратегії закладу.

2. ПАЦІЄНТ-ОРІЄНТОВАНА МОДЕЛЬ НАДАННЯ ПМД

Реформа фінансування медичної допомоги, яка з 2017 року втілюється в Україні, змінила парадигму взаємозв'язків у системі: «гроші пішли за пацієнтом», і пацієнт опинився в центрі уваги. Як наслідок, перед медичними закладами постало завдання налагодити процес надання медичних послуг, орієнтованих на потреби й побажання пацієнта. Для цього медичний заклад і його персонал мають стати пацієнт-орієнтованими, тобто такими, які узгоджують клінічні рішення з інтересами та побажаннями своїх пацієнтів у щоденній діяльності.

Уперше пацієнт-орієнтовану (пацієнт-центровану) модель надання медичної допомоги було описано Інститутом Пікера² у 80-х роках ХХ століття на основі зібраних даних аналізу численних фокус-груп і телефонних інтерв'ю з пацієнтами та їхніми родинами щодо їхнього досвіду отримання медичних послуг. Тож в основу моделі лягло бачення пацієнтами та їхніми родинами того, як має виглядати система обслуговування (догляду), щоб відповідати очікуванням та потребам (як фізичним, так і психологічним).

Ключові концепти пацієнт-орієнтованості:

- Гідність і повага
- Обмін інформацією
- Залученість
- Співпраця

Пацієнт-орієнтована модель полягає в особливому підході до організації надання медичної допомоги, зміні парадигми взаємодії між пацієнтами, медичним персоналом та іншими сторонами, залученими до процесу лікування та одужання. Вона знаходить відгук у медичній спільноті, адже більшість медичних працівників обрали цю професію за покликанням, відчуваючи бажання допомагати іншим.

Може здатися, що надання медичної допомоги, орієнтованої на пацієнта, потребує значних фінансових ресурсів. Адже новітнє обладнання, велика кількість персоналу й гарні ремонти приміщень як орієнтація на потреби пацієнта вимагають фінансування. Проте пацієнт-орієнтованість – це про взаємодію між людьми. Тут ідеться про ставлення кожного співробітника медичного закладу до пацієнта і його родини. Це про доброту, співчуття, емпатію, про бажання й готовність діяти в інтересах пацієнта. А це абсолютно безкоштовно! Надання персоналізованої медичної допомоги не вимагає збільшення кількості персоналу або дорогих технологій діагностики чи лікування.

Натомість дані міжнародних досліджень свідчать про те, що запровадження пацієнт-орієнтованої моделі позитивно впливає на задоволеність пацієнтів, дозволяє оптимізувати витрати, покращити якість, підвищити безпеку та сприяти популярності медичного закладу^{3,4}.

² Інститут Пікера (Picker Institute) – неприбуткова організація, заснована у 1986 році Харві Пікером у США. Організація сприяє проведенню досліджень і навчання у сфері пацієнт-центрованої медичної допомоги. Більш детальну інформацію можна отримати на офіційному сайті організації: <http://pickerinstitute.ipfcc.org/>.

Аналогічні організації засновані та діють у низці Європейських країн, таких як Швеція, Швейцарія, Німеччина та Велика Британія (Picker Institute Europe).

³ Stone, S. A retrospective evaluation of the impact of the Planetree patient centered model of care program on inpatient quality outcomes. Health Environments Research and Design Journal, 2008. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25057539>.

⁴ The report – Partnering with Patients and Families to Design a Patient and Family-Centered Health Care System Recommendations and Promising Practices. Institute for Patient- and Family-Centered Care, 2008. <https://www.ipfcc.org/resources/PartneringwithPatientsandFamilies.pdf>.

ПРИНЦИПИ ПАЦІЄНТ-ОРІЄНТОВАНOSTI НА РІВНІ ЗАКЛАДУ ТА КОМАНДИ ПМД

В Україні **для запровадження пацієнторієнтованої моделі** на рівні ПМД **слід розвивати нову організаційну культуру**. Вона має базуватися на повазі до всіх залучених сторін, ефективному обміні інформацією, участі пацієнтів та їхніх родин у процесі лікування та прийнятті рішень, справжніх партнерських стосунках між пацієнтами, їхніми сім'ями та всім персоналом закладу ПМД.

Пацієнт-орієнтована модель включає **вісім принципів**⁵, описаних нижче (**Рис. 3**).

Пропонуємо для кожного з восьми принципів пацієнт-орієнтованості примірний перелік дій на рівні закладу та лікаря/команди ПМД (тут і далі термін «команда ПМД» означає лікаря, медичну сестру та інший персонал, які обслуговують одну й ту саму групу населення), які відображають його дотримання. Зверніть увагу: перелік не є вичерпним, а слугує прикладом для пояснення суті принципу.

⁵ Принципи пацієнт-орієнтованої допомоги / Офіційний веб-сайт Інституту Пікера: <http://pickerinstitute.ipfcc.org/about/picker-principles/>.



Рисунок 3. Вісім принципів пацієнт-орієнтованої моделі надання медичної допомоги за Пікером

Принцип 1

Повага до цінностей, переконань та озвучених потреб пацієнта

Залучення пацієнтів до прийняття рішень, визнання того, що це особи, які мають свої унікальні цінності та переконання.

Ставлення до пацієнтів з повагою та чутливістю до його культурних цінностей та автономії.

Прояви поваги до цінностей, переконань та озвучених потреб пацієнта в конкретних діях⁶

На рівні закладу	На рівні команди ПМД
<ul style="list-style-type: none">• Керівництво закладу власним прикладом демонструє повагу до цінностей, переконань та потреб співробітників. Адже не можна очікувати від персоналу такого ставлення до пацієнтів, якщо до них ставляться по-іншому.• Пацієнти залучаються до управління закладом (через участь у спостережних, опікунських радах, регулярні опитування пацієнтів щодо задоволеності послугами та їх покращення тощо).• Забезпечення дотримання умов конфіденційності (організація роздільного прийому лікарем та медичною сестрою, встановлення правила не заходити в кабінет лікаря без стуку тощо).	<ul style="list-style-type: none">• Щоразу при візиті вітатися до пацієнта першим, на ім'я та з усмішкою.• Запитувати пацієнта під час консультації про його побажання стосовно подальших методів лікування: чи хоче лікуватися, чи є процедури, препарати, від яких відмовляється з релігійних або інших причин.• Не займати директивну позицію і не виховувати пацієнта.• Складання плану лікування разом з пацієнтом.• Толерантне ставлення до пацієнта та його родини.• При огляді дитини, яка самостійно може озвучити свої симптоми/питання, вести консультацію з дитиною, а не з батьками, проявляти увагу та розуміння.• Тактовне, уважне вислуховування пацієнта з невербальними засобами, які виражають прихильність і зацікавленість.• Готовність вести прийом самостійно та дотримання конфіденційності – роздільний прийом лікарем або медсестрою (зазвичай людині некомфортно вести розмову про особисті проблеми у присутності третьої особи).• Відмовитися від власних оціночних суджень стосовно ризикованої поведінки або шкідливих звичок, які може практикувати пацієнт.• Сприймати пацієнта як рівного собі, а не темного, далекого від медицини неандертальця.• Якщо пацієнт відмовляється від лікування, консультації, порад, то лікар не сперечається, не тисне, не погрожує поганими наслідками.

⁶ Тут і далі для кожного із восьми принципів пацієнт-орієнтованості наведено примірний перелік дій, які відповідають цьому принципу. Перелік не є вичерпним і слугує прикладом для пояснення суті принципу.

Принцип 2

Координація та інтеграція догляду

Пацієнти часто почуваються вразливими та безсилими перед хворобою. Правильна координація догляду може полегшити ці неприємні відчуття. Пацієнти визначили три сфери, в яких координація догляду може зменшити відчуття вразливості:

- координація клінічної допомоги;
- координація із службами соціальної допомоги;
- координація безпосереднього догляду за пацієнтами.

Прояви координації та інтеграції догляду в конкретних діях

На рівні закладу

- Розвиток культури командної роботи, експертної підтримки та колегіальності між усіма працівниками закладу (щоразу при нагоді обговорення цих принципів, відображення їх в установчих документах, посадових інструкціях, створення груп якості⁷ тощо).
- Публічне відзначення гарних прикладів співпраці серед співробітників закладу та з колегами із інших закладів.
- Заклад ПМД – це хаб (центральна точка будь-якої медичної допомоги для пацієнта).
- Заклад ПМД має домовленості з іншими лікувальними закладами про порядок направлень пацієнтів, і ці домовленості діють в інтересах пацієнтів.
- Заклад постійно шукає та активно співпрацює з громадськими та пацієнтськими організаціями, які можуть допомогти пацієнтам.

На рівні команди ПМД

- Лікар ПМД – це перша особа, до якої звертається пацієнт із будь-яких питань здоров'я, він є провідником пацієнта в складній системі різних надавачів медичних послуг (gatekeeper).
- Направлення на спеціалізовану ланку та збір зворотного зв'язку від спеціалізованої ланки.
- Погодження призначень інших медичних фахівців (їх корекція за необхідності).
- Переадресація до інших послуг, наприклад, соціальних (групи психологічної підтримки).

⁷ Детальніше про групи якості читайте в розділі «Система управління якістю».



Центр первинної медико-санітарної допомоги «Ювілейний», м. Рівне:

«У нашому Центрі діє єдиний поки що в м. Рівному кабінет замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) хворих з опіоїдною залежністю. Це стало можливим завдяки співпраці з благодійною організацією «Український інститут політики громадського здоров'я» у проекті «Інтеграція лікування наркозалежності та ВІЛ в закладах первинної медико-санітарної допомоги».

Дуже важливим був добір персоналу до кабінету ЗПТ, адже ми розуміли, що лікарі та медичні сестри не повинні стигматизувати групу наркозалежних пацієнтів. Тому два лікарі та дві медичні сестри пройшли відповідні тренінги, і зараз 18 наркозалежних осіб отримують у закладі не тільки первинну медичну допомогу, а й необхідну їм замісну терапію. Робота цього кабінету дозволяє наркозалежним пацієнтам вести більш повноцінне життя, адже вони так само мають право на якісне безперервне медичне обслуговування.

Психологічна стійкість, емпатія та вміння коригувати консультацію відповідно до емоцій пацієнта є надзвичайно важливими у щоденній роботі наших працівників.

Участь у цьому проекті дає можливість усім лікарям нашого закладу бути учасниками вебінарів, які стосуються питань надання допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію, туберкульоз, наркоманію. Отримані знання допомагають нам ставати більш пацієнт-орієнтованими, дотримуватися принципів координації та інтеграції догляду пацієнтів».



Рисунок 4. Кабінет ЗПТ у Центрі первинної медико-санітарної допомоги «Ювілейний»

Принцип 3

Інформація, комунікація, навчання

Пацієнти занепокоєні, якщо не повністю поінформовані про свій стан або прогноз перебігу хвороби. Для зменшення цього страху необхідно зосередитися на трьох видах комунікації:

- інформування про клінічний стан пацієнта, прогрес захворювання/одужання і прогноз;
- інформування про процеси лікування/допомоги;
- інформування для збільшення самостійності, самодопомоги та зміцнення здоров'я.

Прояви інформування, комунікації та навчання пацієнта в конкретних діях

На рівні закладу

- Впровадження тренінгів для медичного персоналу з формування навичок комунікації з пацієнтами.
- Запровадження стандартів спілкування з клієнтами для немедичного персоналу (тактовність, ввічливість, привітність, бажання допомогти).
- Розробка та поширення інформаційних матеріалів для пацієнтів (за темами захворювань, станів та профілактики).
- Організація роботи з групами пацієнтів за захворюваннями/станами (наприклад, школи пацієнта).
- Сприяння у створенні та функціонуванні груп самодопомоги для пацієнтів із хронічними станами.
- Регулярні заходи сприяння здоров'ю для населення (ярмарки здоров'я, освітні лекції, виступи в ЗМІ тощо).

На рівні команди ПМД

- Використання простої та зрозумілої пацієнту мови (пояснення простими словами суті діагнозу: виліковне/невиліковне, заразне/незаразне; чого чекати в коротко- і довгостроковій перспективі; як хвороба вплине на здатність до самообслуговування, працездатність, якість життя тощо).
- Бути і демонструвати впевненість у своїх діях, у собі та у своєму професіоналізмі.
- Надання інформаційних матеріалів, які допоможуть пацієнтові та його родині краще зрозуміти його стан і процес лікування.
- Консультування пацієнтів за допомогою різних месенджерів, а не лише під час візиту (телефонна консультація).



ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ
МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ
СЕЛИДІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО

Селидівський міський центр ПМСД:

«Популярності в нашому закладі набули групові заняття школи пацієнта, на яких команди ПМД проводять заняття для різних груп пацієнтів. Такі заняття – це не начитування сухого лекційного матеріалу, а відпрацювання певних практичних навичок. Наприклад, практичні вправи з вимірювання артеріального тиску, рівня глюкози в крові в домашніх умовах. До речі, ці майстер-класи також було відзнято для навчальних відеороликів, які зараз транслюються на інформаційних екранах в амбулаторіях і на офіційних сторінках Центру в соціальних мережах.

На заняттях школи пацієнта медичні працівники навчають людей правильно проводити самообстеження, самотестування вдома, перевіряють засвоєні знання анкетуванням, кросвордами тощо; нагадують про необхідність вести щоденники виміру показників здоров'я; консультують. Команди ПМД застосовують індивідуальний підхід до кожного учасника школи пацієнта: розпитують про стан здоров'я, останні обстеження, дають поради щодо подальшого лікування. Такий новий формат взаємодії з пацієнтами високо оцінили не лише пацієнти, але й самі медичні працівники: «Спілкуватися на цих заняттях із людьми зручніше і простіше. Дуже приємно, коли вони запитують і ми одразу пояснюємо. Видно, що люди прийшли справді зацікавлені, а не просто так. Для нас дуже цінно, що ми можемо не лише лікувати, але й вчити людей залишатися здоровими. Саме це потрібно нашим клієнтам!»



Рисунок 5. Школа пацієнта в АЗПСМ № 1 Селидівського міського центру ПМСД

Принцип 4

Фізичний комфорт і зменшення болю

Рівень фізичного комфорту має важливе значення для пацієнтів. Вони визначили три сфери як особливо важливі:

- управління болем;
- допомога в повсякденній діяльності й забезпеченні щоденних життєвих потреб;
- медичний заклад і його атмосфера.

Прояви турботи про фізичний комфорт і зменшення болю в конкретних діях

На рівні закладу	На рівні команди ПМД
<ul style="list-style-type: none"> • Організація попереднього запису, щоб мінімізувати час очікування під кабінетом. • Оформлення приміщень амбулаторій: зручні меблі в залах очікування, вільний Wi-Fi, інформаційні екрани, приємні та спокійні кольори стін, живі квіти, наявність води в кулерах, гарне освітлення, дитячі куточки (бізі-борди), доступні та доглянуті вбиральні з туалетним папером та милом, спеціально обладнані вбиральні для інвалідів тощо. • Забезпечення «нелікарняного» зовнішнього вигляду кабінетів. • Використання мийних та дезінфікувальних засобів без запаху для прибирання приміщень амбулаторії. • Проведення регулярного навчання для персоналу щодо роботи з паліативними хворими, правил виписування наркотичних речовин, щоб незнання або невміння не стали причиною уникання таких пацієнтів. 	<ul style="list-style-type: none"> • Попередження пацієнта про можливий/передбачуваний біль чи дискомфорт при проведенні процедур/маніпуляцій. • Використання підбадьорливих фраз, щира та прихильна усмішка. • Намагання проводити інвазивні процедури безболісно (наприклад, забавляння дитини перед уколом). • Використання психологічних методик зменшення болю (наприклад, консультування перед пологами). • Призначення знеболювальних препаратів (зокрема наркотичних речовин для паліативних хворих). • Рекомендації пацієнтам щодо правильної та безпечної організації домашнього простору (наприклад, якщо в домі є маленькі діти – безпечні меблі та їх фіксація, безпечні двері; для літніх осіб – за можливості прибрати високі пороги, доріжки з підлоги, облаштувати перила вздовж найдовшої стіни, подбати про гарну освітленість тощо). • Направлення пацієнтів до інших служб для отримання соціальних послуг та підтримки.

Принцип 5

Емоційна підтримка та зменшення страху

Страх і тривожність, пов'язані з хворобою, можуть бути такими ж виснажливими, як і її фізичні наслідки. Медичні працівники повинні звертати особливу увагу на:

- тривогу пацієнтів щодо їх фізичного стану, лікування та прогнозу;
- занепокоєння пацієнта щодо впливу хвороби на нього і його сім'ю;
- занепокоєння фінансовим наслідком хвороби та її лікування.

Прояви турботи про фізичний комфорт і зменшення болю в конкретних діях

На рівні закладу

- Впровадження тренінгів для медичного персоналу з формування навичок комунікації з пацієнтами, проведення занять школи пацієнта, організації груп самопомоги тощо.
- Забезпечення технічної можливості в МІС коригувати при здійсненні попереднього запису тривалість прийому відповідно до потреб, із якими звертається пацієнт.
- Забезпечення «нелікарняного» зовнішнього вигляду кабінетів та коридорів в амбулаторіях (фото або малюнки, світлі та спокійні кольори стін, живі квіти, гарне освітлення тощо).

На рівні команди ПМД

- Використання різних методів роботи з пацієнтами (мотиваційне інтерв'ю, повідомлення поганих новин, психосоціальне консультування, методика трьох «П» для мотивації кинути палити тощо)⁸.
- Планування більшої тривалості візиту для пацієнтів, які потребуватимуть тривалої консультації.
- Емпатія.
- Психологічна стійкість при діалозі з емоційними пацієнтами.
- Уміння лікаря інтерпретувати емоції пацієнта, підлаштовуватися під нього і коригувати консультацію відповідно до його потреб. Не може бути єдиного, універсального сценарію консультації.
- Попередження про можливий, передбачуваний біль чи дискомфорт при проведенні процедур/маніпуляцій.

⁸ Більш детальну інформацію про ці методи роботи з пацієнтами наведено нижче.

Комунікаційні методики для роботи з пацієнтами

Метод мотиваційного інтерв'ю

Мотиваційне інтерв'ю (MI) – клієнт-центрований підхід до консультування, який створений для сприяння зміни поведінки пацієнтів через наснаження їх на прийняття рішень, пов'язаних зі здоров'ям. Зміни в поведінці пацієнта досягаються шляхом аналізу та вирішення суперечностей та сумнівів, які він має. Головна відмінність MI від традиційного способу консультування в тому, що лікар утримується від надання порад, оцінок та конфронтації. Натомість він мотивує пацієнта розповідати й пояснювати свій стан, і в процесі інтерв'ю у пацієнта виникає власне усвідомлення проблеми і формується бачення того, як він може її подолати.

У медичній практиці цей метод застосовується для формування прихильності до довготривалого лікування (наприклад, гіпертонічна хвороба, ТБ, ВІЛ-інфекція, діабет тощо), у випадках практикування ризикованої поведінки (паління, зловживання алкоголем, наркотиками, переїдання, недостатня фізична активність) та інших ситуаціях, коли пацієнтові необхідно прийняти рішення (наприклад, вакцинація).

MI – це досить складний метод, який треба окремо вивчати і регулярно практикувати. Щоб опанувати його, слід вміти ставити відкриті запитання, проявляти схвалення, використовувати рефлексивне слухання та вміти підсумовувати.

Процес консультування складається із чотирьох етапів, які дозволять пацієнту пройти шлях від розуміння важливості змін у його/її житті до створення плану щодо зміни поведінки. При цьому основний акцент робиться на здатності медичного працівника виявляти емпатію та спонукати пацієнта до пошуку власних причин зміни поведінки у незасуджуючій манері.

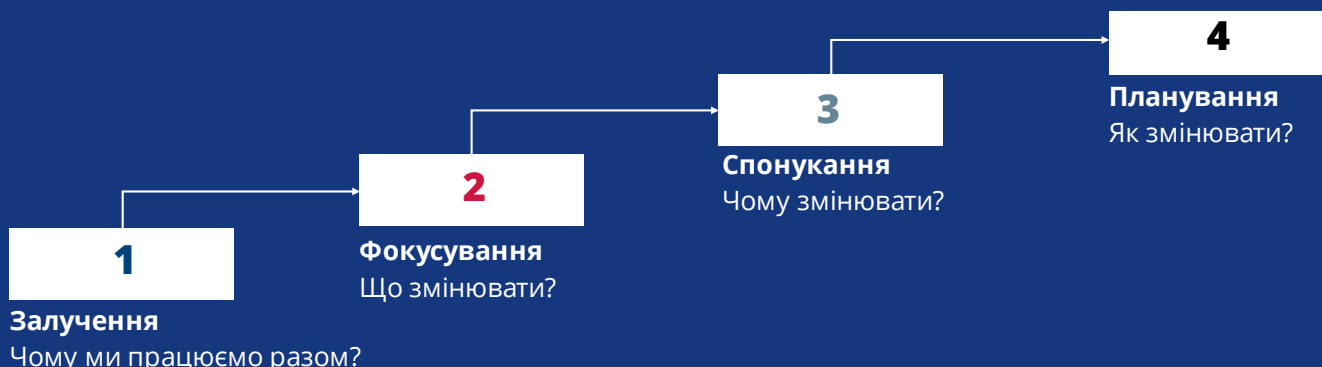


Рисунок 6. Чотири фази мотиваційного інтерв'ю

Більше інформації про метод мотиваційного інтерв'ю можна отримати у тренінговому модулі з MI для сімейних лікарів у British Medical Journal (BMJ.com), а також у статтях:

- Rollnick, S, Butler, CC, McCambridge, J, Kinnnersley, P, Elwyn, G, & Resnicow, K. (2005). Consultations about changing behaviour. BMJ, 331(7522), 961–963.
- Levensky, ER, Forcehimes, A, O'Donohue, WT, & Beitz, K. (2007). Motivational interviewing: an evidence-based approach to counseling helps patients follow treatment recommendations. AJN The American Journal of Nursing, 107(10), 50–58.

Повідомлення поганих новин (SPIKES protocol – методика «ПІДХІД»)⁹

Переклад українською мовою адаптував сімейний лікар Вадим Вус.

Setting up	Підготовка	Підготувати план бесіди; підготувати умови для бесіди (достатній час, окреме приміщення, вода, серветки, вимкнений телефон); забезпечити конфіденційність; подбати про достатній час. «Доброго ранку, як Ваші справи?»
Perception	Інформованість	Запитати пацієнта, що йому відомо про його стан/хворобу; як це на нього впливає. «Тиждень тому ми направляли Вас на обстеження в онкодиспансер. Що Ви думаєте з цього приводу?»
Invitation	Дозвіл	Запитати, як багато хоче знати пацієнт про свій діагноз та прогноз. Отримайте дозвіл на інформацію: «Чи хочете Ви, щоб я пояснив Вам ситуацію в медичних термінах? Хочете, щоб Ваша дружина теж чула цю інформацію?»
Knowledge	Хвороба	Вступ – отримані результати обстежень. Пауза після кожного речення. Вираження свого ставлення: «на жаль», «мені шкода». Повідомлення інформації – поганих новин, чітко та однозначно: «у Вас рак», «у Вас цукровий діабет», «Ваша мати померла»...
Empathetic response	Істерика	Реакція на емоції пацієнта: пауза тиші. Плакати – це нормально. Взяти за руку (якщо це прийнятно), запропонувати води, серветки.
Strategy/ summary	Допомога далі	Формування плану дій: до кого звернутись (наприклад, пацієнтські організації). Призначити наступну зустріч: «Ви отримали буклет про рак простати. Пропоную за два тижні знову зустрітись та обговорити питання, які у Вас виникнуть».

⁹ Методика «ПІДХІД» – 6-кроковий протокол повідомлення поганих новин (стаття англійською мовою): <https://training.caresearch.com.au/files/file/EoLEss/SPIKES.pdf>.

Методика психосоціального консультування (BATHE)¹⁰

Полягає у розпитуванні пацієнта за допомогою простих питань про контекст, відчуття, тривоги та поведінку пацієнта в конкретний момент його життя, а також прояв емпатії до пацієнта і його розуміння. Назва методики – це акронім, тобто кожна літера англomовного слова BATHE – це перша літера з п'яти слів, які означають етапи опитування.

Опитування за методикою BATHE – це скринінговий інструмент для виявлення психологічних чинників, які призводять до клінічних симптомів, для діагностики тривожних станів, депресії або стресу. Саме ці розлади є справжньою причиною багатьох звернень пацієнтів.

Як будь-яка вербальна процедура, ця методика потребує відпрацювання та практики. З кожним наступним опитуванням ви будете відчувати все більшу впевненість і досягнете майстерності.

Background	Основа	«Що Вас зараз непокоїть?» – Встановіть справжню причину візиту. Якщо пацієнт вже про це сказав, переходьте одразу до наступного запитання.
Affect	Почуття	«Що Ви відчуваєте з цього приводу?» – З'ясуйте, якою є емоційна реакція пацієнта на його стан (події в його житті).
Trouble	Тривоги	«Що Вас найбільше в цьому тривожить?» – Зрозумійте, яке значення описана ситуація має для пацієнта.
Handling	Можливість впоратися	«Як Вам вдається із цим справлятися?» – Оцініть, як пацієнт реагує на ситуацію та які ресурси має для її вирішення.
Empathy	Емпатія	«Вам, напевно, дуже важко. Але я сподіваюся, що те, що Вам допомагає триматись зараз, проведе Вас через це випробування». – Проявіть розуміння, що реакція пацієнта обґрунтована в контексті ситуації.

¹⁰ The BATHE Method: Incorporating Counseling and Psychotherapy into The Everyday Management of Patients – Prim Care Companion J Clon Psychiatry. 1999 Apr;1(2); 35–38. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC181054/#!po=62.5000>.

Консультаційна методика трьох П

Використовується в роботі з тими, хто бажає кинути палити. В оригіналі англійською мовою – 3-A.

1.	Ask	Питання	«Як Ви зараз ставитеся до куріння?»
2.	Advise	Порада	«Найкраще для Вашого здоров'я було б кинути палити».
3.	Act	Підтримка	«Якщо Ви готові, то я можу порекомендувати Вам... і ми знову зустрінемось...»

Телефонне консультування (ключові поради)

1. Не ставте діагноз, а озвучуйте можливі варіанти: «Так, це може бути грип, але також не виключено кашлюк чи запалення легень».
2. Більше розпитуйте.
3. Давайте пацієнтові завдання: «Дайте дитині Ацетамінофен 200 міліграмів та зателефонуйте мені за годину або надішліть повідомлення, що все гаразд».
4. Призначення ліків по телефону – це складне питання, воно потребує індивідуального підходу.
5. За можливості ведіть аудіо-запис бесіди за згоди пацієнта.
6. Відзначайте «червоні прапорці».
7. Уточнюйте, чи зрозумів співрозмовник ваше запитання.
8. Призначте повторний дзвінок/візит.
9. Підсумуйте: «Повторіть, будь ласка, те, що ми обговорили».

Принцип 6

Залучення сім'ї та друзів

Цей принцип стосується ролі сім'ї та друзів у досвіді пацієнта. В контексті сім'ї догляд за пацієнтом було визначено так:

- надання житла для сім'ї та друзів при госпіталізації пацієнта;
- залучення сім'ї та близьких до прийняття рішень;
- підтримка членів сім'ї як доглядачів;
- визначення потреб сім'ї та друзів.

Прояви залучення сім'ї та друзів у конкретних діях

На рівні закладу

- Сприяння у створенні та функціонуванні груп самопомоги для пацієнтів із хронічними станами.
- Регулярні заходи сприяння здоров'ю для населення (ярмарки здоров'я, освітні лекції, виступи в ЗМІ тощо).

На рівні команди ПМД

- Залучення супроводжуючих осіб, сім'ї та близьких пацієнта до консультацій (за його згодою).
- Залучення сім'ї до лікувального процесу: контроль прийому препаратів, збільшення прихильності до лікування, допомога в подоланні шкідливих звичок/залежностей (створення ними сприятливих умов).
- Підтримка і навчання сімей, у яких є пацієнти з хронічними хворобами (муковісцидоз, психічні хвороби, цукровий діабет, онкологія тощо).
- Підтримка членів сім'ї як доглядачів: навчання їх щодо того, як доглядати за хворим, як проводити певні процедури.
- Визначення психологічних потреб сім'ї та друзів: направлення на групи самопомоги тощо.

Принцип 7

Безперервність і наступність догляду

Пацієнти висловлюють стурбованість при переходах між різними надавачами медичної допомоги. Для задоволення потреб пацієнтів у цій сфері потрібні:

- зрозуміла, детальна інформація щодо ліків, фізичних обмежень, дієтичних потреб тощо;
- координація і планування поточного лікування та послуг після виписки зі стаціонару;

надання на постійній основі інформації про доступ до клінічної, соціальної, фізичної та фінансової підтримки.

Прояви безперервності й наступності медичної допомоги в конкретних діях

На рівні закладу

- Систематична робота над підвищенням рівня кваліфікації та практичних навичок команд ПМД, для того щоб вони могли забезпечити вирішення більшості питань пацієнтів на своєму рівні.
- Відстеження динаміки розірвання декларацій та запровадження стимулів для мотивації лікарів розвивати довірчі стосунки з пацієнтами.
- Функціонування чергового кабінету (прийом у позаробочі години).
- Доступна, актуальна і повна інформація про графік роботи лікарів та амбулаторій (через різні ресурси: сайт, ЗМІ, графіки в амбулаторіях, контакт-центр тощо).
- Можливість викликати лікаря додому (в обґрунтованому випадку – на розсуд лікаря).
- Моніторинг задоволеності пацієнтів отриманими послугами (за допомогою опитувань, інтерв'ю, розгляду скарг тощо).

На рівні команди ПМД

- Забезпечення сталості когорти пацієнтів у команді ПМД, щоб частка розірваних декларацій була мінімальною.
- Супровід лікування хронічних хворих, тривалого лікування: контроль ведення пацієнтів після призначень лікування вузькопрофільними спеціалістами.
- Консультації з пацієнтами після стаціонарного лікування для обговорення подальших кроків лікування/реабілітації вдома і складання спільного плану дій.
- Направлення до закладів спеціалізованої ланки та збір інформації.
- Погодження призначень інших медичних фахівців (їх корекція за потреби).
- Переадресація до інших послуг, наприклад, соціальних (групи психологічної підтримки).

Принцип 8

Своєчасний та безбар'єрний доступ

Пацієнти повинні знати, що вони можуть отримати доступ до допомоги, коли це необхідно:

- безперешкодний доступ до місця розташування амбулаторій та лікарень;
- наявність транспорту;
- спрощення планування візитів;
- спрощення запису на прийом, коли виникає проблема;
- доступність направлень до спеціалістів або спеціалізованих служб;
- чіткі інструкції щодо отримання допомоги за направленням.

Прояви забезпечення своєчасності та безбар'єрності доступу в конкретних діях

На рівні закладу

- Фізична доступність амбулаторій: наявність громадського транспорту, наближеність до місця проживання обслуговуваного населення.
- Доступність амбулаторій для маломобільних груп населення: пандуси, ліфти, місце для дитячих візочків, вбиральні для людей з інвалідністю тощо.
- Спрощення запису на прийом: можливість записатися через сайт, контакт-центр, реєстратуру, лікаря.
- У контакт-центрі забезпечення технічної можливості відстеження пропущених дзвінків та здійснення зворотних дзвінків.
- Чіткі та зрозумілі інструкції щодо отримання направлень до вузькопрофільних спеціалістів.
- Впровадження протоколу дій персоналу реєстратури, допоміжного персоналу у випадку надходження пацієнтів із гострими станами.
- Впровадження системи тріажу

На рівні команди ПМД

- Доступність лікаря: немає довгої черги (на тижні наперед).
- Лікар має можливість залишати «вікна» у графіку прийому.
- Консультування пацієнтів за допомогою різних месенджерів, не лише під час візиту (телефонна консультація).
- Надсилання аналізів результатів пацієнтові на електронну пошту, розшифрування результатів лікарем по телефону.

Отже, принципи пацієнт-орієнтованості ставлять пацієнтів та їхні сім'ї на їхнє законне – центральне – місце в системі охорони здоров'я і трансформують відносини персоналу з пацієнтами в партнерські. Тобто не система та інфраструктура, а саме пацієнт – у центрі уваги та в пріоритеті.

Щоб оцінити, наскільки медичний заклад є пацієнт-орієнтованим, варто провести опитування серед пацієнтів, поставивши одне запитання: «**Чи порадили б Ви цей заклад своїм рідним, друзям, знайомим?**» Чим більше пацієнтів скажуть «Так», тим більш пацієнт-орієнтованим є заклад. Адже йому вдалося не лише епізодично надавати якісні послуги, але розвинути у пацієнта відчуття прихильності (лояльності) до закладу. При виникненні будь-якого питання здоров'я пацієнт звернеться насамперед туди, де до нього ставляється з повагою, доброзичливістю та діють саме в його інтересах.

СЕРВІС У МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ ЯК ЕЛЕМЕНТ ПАЦІЄНТ-ОРІЄНТОВАНОСТІ

Що таке сервіс у медичному закладі та як його забезпечити?

Щоб відповісти на ці запитання, варто запитати самих клієнтів про те, що вони хочуть та очікують отримати в медичному закладі.

Так, наприклад, за дослідженням агенції «Здорові комунікації»¹¹, ключові очікування від сервісу у сучасного клієнта (пацієнта) такі:

- індивідуальний підхід;
- допомога у вирішенні нестандартних ситуацій;
- опіка з боку закладу навіть тоді, коли пацієнт не потребує лікування;
- турбота про рідних і близьких пацієнта під час його діагностики та лікування;
- задоволення немедичних потреб (дитячі куточки, місце для дитячих візків, вільний Wi-Fi тощо);
- Полегшення логістики (просто і зручно дістатися до закладу).

¹¹ У дослідженні взяли участь 630 пацієнтів із різних міст України – Одеси, Львова, Харкова та Києва.

“

Найголовніше очікування пацієнта від будь-якого сервісу – це перевищення очікувань!

У медичному закладі пацієнти хочуть отримати/відчути:

1

Невідкладність вирішення своєї проблеми.

2

Емоції та досвід.

3

Вдячність.

4

Інтерес до життя.

5

Комфорт у спілкуванні.

6

Довіру.

7

Безпеку.

8

Дружність.

9

Симпатію.

10

Зрозумілу інформацію.

11

Можливість вибору.

12

Залученість.

13

Підтримку.

14

Життя у зручному темпі.

15

Щастя.

Усі ці очікування можна реалізувати або навіть перевершити, якщо всі співробітники закладу дотримуються принципів пацієнт-орієнтованості.

Парадокс медичних послуг у порівнянні з будь-якими іншими послугами полягає в тому, що клієнт насправді не завжди може об'єктивно оцінити медичний сервіс (клінічну якість отриманої послуги), адже він не має для цього достатніх знань. Натомість клієнт дуже добре може оцінити немедичний сервіс. Головну роль у цій оцінці відіграє суб'єктивне сприйняття того, як його обслуговували. Це сприйняття є результатом емоцій, які відчуває клієнт у медичному закладі. І тут варто пам'ятати, що

СЕРВІС НАДАЮТЬ ЛЮДИ. Ці люди – ваші співробітники!

Тож для розбудови як медичного, так і немедичного сервісу в закладі спершу треба сформувати сильну, дружну та вмотивовану команду. Культура поваги персоналу медичного закладу до пацієнта починається з розуміння комплексного процесу його керівником.

Пропонуємо кілька ключових порад для керівника, який хоче побудувати продуктивні відносини всередині колективу:

1

Пам'ятайте: співробітники не готові відчувати примус.

2

Для них важливо знати, що вони справді покращують життя людей.

3

Як ви ставитеся до своїх підлеглих, так вони ставляться до пацієнтів.

4

Проявляйте довіру до співробітників: за неї вони віддають відповідальність і прагнення стати кращими.

5

Звертайте увагу на доброзичливість у відносинах усередині колективу.

6

Культивуйте шанобливе ставлення до нових співробітників, які потребують підтримки та адаптації.

7

Припиняйте поширення інтриг у колективі і створення «угруповань».

8

Постійно і систематично розвивайте у співробітників бажання створювати сервіс. Епізодичні тренінги в сервісі не спрацьовують.

9

Розробляйте внутрішні інструкції, ключові підходи до сервісу в закладі, розміщуючи їх на видному місці, в кімнатах відпочинку лікарів тощо, і робіть це систематично.

“ Ставлення, визнання та довіра керівника – це чинники, які безпосередньо впливають на сервіс у закладі, бо вони формують ланцюжок «керівник – лікар – пацієнт».



ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ
МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ
СЕЛИДІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО

Селидівський міський центр ПМСД:

«Ми переконані, що зростання задоволеності клієнтів пов'язане із застосуванням у роботі працівників амбулаторій впроваджених алгоритмів поведінки та спілкування медичних працівників з пацієнтами і комунікаційного сервісу в першій точці контакту – реєстратурі амбулаторії.»

Навіть чуємо іноді від відвідувачів:

«Ну просто не впізнати! Давно тут не був, і так все змінилося! Як у приватній клініці: «Доброго дня!», «Чи можу я чимось допомогти?» Такі всі ввічливі, посміхаються, перепросять зайвий раз, якщо щось не те... Коротше, приємно дуже стало приходити!»

Такі приємні та щирі відгуки від клієнтів є найкращим результатом постійної роботи над розвитком пацієнт-орієнтованості персоналу та покращення сервісу.»

Налагоджуючи сервіс у зоні реєстратури (рецепції) або контакт-центру, залучайте сервісних людей, тобто тих, хто має «правильні» здібності й компетенції для гарного обслуговування:

- виражену емпатію, емоційну стійкість;
- позитивне ставлення до людей;
- відкритість у спілкуванні та оптимізм;
- схильність до роботи в команді;
- відповідальність, пунктуальність.

Також у пригоді вам стануть стандарти спілкування (стандарти сервісу), які варто розробити та запровадити в закладі для того, щоб співробітники розуміли, яких саме мінімальних зусиль від них очікують. Наголошуємо: стандарт – це перелік мінімальних вимог до обслуговування/створення продукту, які обов'язково мають бути виконані.

В даному випадку стандарт – це не те, чого варто прагнути, а це той мінімум, нижче якого неможливо опуститися.

Ми рекомендуємо розробляти стандарти сервісу разом зі співробітниками, для яких ці стандарти будуть застосовуватися. Залучаючи співробітників до розробки будь-яких інструкцій, ви збільшите імовірність того, що вони будуть їх дотримуватися.

Ми навмисно не надаємо вам зразка стандарту сервісу, адже переконані, що такі документи мають створюватися всередині закладу та не можуть бути «нав'язані» ззовні. Стандарт має стати продуктом спільної роботи колективу, який викладено тією мовою і в тій послідовності, що близькі співробітникам, котрі його будуть дотримуватись.

У таблиці нижче наведемо кілька правил, які, на наш погляд, варто відобразити у стандарті сервісу.

Точка першого контакту

Для персоналу рецепції:

- Персонал зустрічає відвідувачів очима, вітається першим.
- Компетентний, уважний, привітний, відкритий, пацієнт-орієнтований.
- Перехід на мову клієнта на його прохання.
- Звернення до пацієнта на ім'я та надання йому інформації відбувається без присутності інших пацієнтів поблизу.

- Персоналізоване звернення до дитини або літньої людини, яку супроводжують, є базовим елементом культури організації.
- Персонал рецепції тримає контакт із кабінетами лікаря, іншого персоналу та завжди знає, де перебуває той чи інший працівник.
- Співробітники рецепції обізнані зі своїми повноваженнями та діями у випадку екстреної ситуації або надходження скарги.
- Персонал знає свої права та обов'язки щодо можливості надання інформації представникам контрольних органів.
- Персонал рецепції дякує за візит і прощається з відвідувачем.

Для персоналу контакт-центру:

- Персонал контакт-центру завжди вітається першим, озвучує назву закладу, називає свою посаду, представляється.
- Перехід на мову клієнта на його прохання.
- Вживання слів ввічливості «Дякую», «Будь ласка», «Дозвольте», «На все добре!»
- Помірний темп розмови, тон спілкування рівний, доброзичливий упродовж усієї розмови.

- Активна позиція в розмові: випереджаються питання, виявляються потреби.
- Увага під час спілкування: відповідь по суті питання, на всі без винятку запитання.
- Тактовні відповіді на заперечення, пропозиція конструктивних рішень, узгодження складних питань.
- Персонал контакт-центру володіє повною актуальною інформацією про графік роботи, обсяг медичних послуг, які може бути надано в медичному закладі, про доступні ліки тощо.

Співробітники рецепції та контакт-центру повинні відчувати підтримку як керівника, так і інших колег, знати, що їхня робота дуже важлива, адже саме вони формують перше враження клієнта про медичний заклад.

Працюючи над розвитком сервісу в медичному закладі, завжди тримайте фокус на думках, цінностях і переконаннях клієнта. Залучайте клієнтів до оцінки сервісу і висловлення порад та думок про те, як його можна покращити. Для цього запровадьте регулярний збір відгуків. Розвивайте у персоналу



Житомирський центр первинної медичної допомоги:

«Напевно, найважливішим досягненням у сфері сервісу та комунікації із пацієнтами стало відкриття контакт-центру. Цей крок був нелегким, адже ми розуміли, що недостатньо просто знайти людину і поставити перед нею телефон.»

Тренінг, організований Проектом на тему «Пацієнт-орієнтована модель надання первинної медичної допомоги», допоміг нашим працівникам чітко сформулювати завдання для контакт-центру та остаточно переконав у необхідності його відкриття. Тому було проведено справді масштабну роботу. Знайдено окреме приміщення, яке найбільше відповідало вимогам до контакт-центру (комфорт операторів, звуковий режим тощо), проведено моніторинг операторів, що надають телекомунікаційні послуги для контакт-центрів, вивчено безліч варіантів підключення та функціоналу телекомунікаційних послуг.

Напевно, найвідповідальнішим етапом став підбір персоналу. Адже ми розуміли, що оператор, крім приємного голосу, правильної дикції, повинен мати ще й велике серце і прагнення допомагати людям. Тому ми звернули увагу на нинішніх та колишніх працівників реєстратури. Після того як ми підібрали достойних операторів, з ними було проведено триденний семінар на тему «Ефективна комунікація з клієнтами по телефону.»

Для впевненості операторів у роботі розробили скрипти для робочих та позаштатних ситуацій. До розробки скриптів залучили медичних сестер, лікарів, реєстраторів, завідувачів амбулаторій, керівництво Центру та активних пацієнтів. Безперечно, велику кількість корисної, практичної інформації та натхнення ми отримали на тренінгах Проекту.

Нарешті, у травні 2019 року контакт-центр розпочав роботу. Він став єдиним контактом для всіх амбулаторій та надав можливість кожному пацієнтові отримати оперативну та актуальну інформацію про діяльність підприємства. За період із травня до кінця 2019 року контакт-центр опрацював понад 10 тисяч дзвінків. Спочатку було запроваджено міський номер для клієнтів, але за декілька місяців було вирішено запровадити безкоштовний для клієнтів номер 0-800. Глобальна телекомунікаційна послуга з кодом 0-800 дозволила зробити контакт-центр ще доступнішим для клієнтів усіх операторів зв'язку в межах України, а що найголовніше – безкоштовним. Запровадження безкоштовного номера забезпечує більші можливості для клієнтів звернутися до контакт-центру, що, в свою чергу, сприяє росту задоволеності клієнтів та зміцненню репутації. Віртуальна АТС, впроваджена в контакт-центрі, надає можливість не пропустити жодного дзвінка, адже всі вхідні дзвінки автоматично фіксуються програмою і оператор завжди має змогу передзвонити клієнтові, який не додзвонився.

Зараз у контакт-центрі працюють позмінно три оператори. Для працівників контакт-центру запроваджено систему самовдосконалення: один раз на тиждень оператори вибірково прослуховують записи розмов (як свої, так і колег), що дає змогу оцінити помилки, знайти і взяти до уваги цікаві «фішки» колег.

Безперечно, проект «контакт-центр» можемо вважати успішним, адже кількість дзвінків постійно зростає, оператори часто отримують подяки та схвальні відгуки від клієнтів, а в житомирських групах у Facebook при виникненні медичних питань люди радять у коментарях номер телефону контакт-центру зі словами «Вся медична інформація Житомира».

позитивне ставлення до скарг, адже скарга – це як симптом захворювання, якого не можна ігнорувати, натомість треба знайти та усунути першопричину його виникнення. Більш детально важливість роботи зі скаргами розглянуто в розділі «Система управління якістю».

Пацієнт-орієнтованість – це більше, ніж просто ввічливість, а сервіс – це більше, ніж гарні ремонти та нові меблі. Пацієнт-орієнтованість і сервіс у медичному закладі – це нова культура спілкування з клієнтом, орієнтація на його потреби та готовність змінюватися для того, щоб відповідати цим потребам. І ці зусилля принесуть свої плоди у вигляді вдячності та лояльності пацієнтів, задоволеності персоналу своєю роботою та, як наслідок, процвітання вашого закладу.

Рекомендуємо для читання:

Практика управління Mayo Clinic. Уроки лучшей в мире сервисной организации. Издательство «Манн, Иванов и Фербер» ООО «Издательство «Эксмо»», 2013.

Чек-лист гарних практик

1. Ваш заклад сповідає культуру пацієнт-орієнтованості: весь персонал незалежно від посади та обов'язків знає та використовує вісім принципів пацієнт-орієнтованості:
 - Повага до цінностей, переконань та озвучених потреб пацієнта.
 - Координація та інтеграція догляду.
 - Інформація, комунікація, навчання.
 - Фізичний комфорт і зменшення болю.
 - Емоційна підтримка та зменшення страху.
 - Залучення сім'ї та друзів.
 - Безперервність і наступність догляду.
 - Своєчасний і безбар'єрний доступ.
2. У своїй практиці медичний персонал використовує провідні методики консультування пацієнтів:
 - методику мотиваційного інтерв'ю;
 - методику «ПІДХІД»;
 - методику BATHE;
 - методику трьох П;
 - телефонне консультування.
3. Ваш заклад має політику та внутрішні стандарти надання немедичного сервісу, з якої ознайомлено всіх співробітників.
4. Ваш заклад має елементи немедичного сервісу для пацієнтів, такі як пандуси, дитячі куточки, місце для дитячих візків, кімнати матері та дитини, вільний Wi-Fi, місця для очікування прийому, кулери з питною водою/кавою тощо.
5. Ваш заклад розробив відповідні інструменти моніторингу і регулярно проводить контроль рівня пацієнт-орієнтованості персоналу та наданого сервісу.

3. СИСТЕМА УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ

“ «Той, хто біжить за якістю, зможе наздогнати і кількість, а той, хто біжить за кількістю, не наздожене якості».

Гарун Агацарський

ПОНЯТТЯ «ЯКІСТЬ»

Адекватна якість медичної допомоги є необхідною умовою досягнення цілей систем охорони здоров'я, що пов'язані зі здоров'ям людей, здатністю системи реагувати на потреби споживачів. ВООЗ визначає якість медичної допомоги як «межі, в яких

надаються послуги охорони здоров'я окремим особам та населенню з метою покращення бажаних результатів. Для того щоб досягнути цієї мети, охорона здоров'я повинна бути безпечною, ефективною, вчасною, результативною, рівною та орієнтованою на людину»¹².

¹² Handbook for national quality policy and strategy. A practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. URL: [HTTPS://WWW.WHO.INT/SERVICEDELIVERYSAFETY/AREAS/QHC/NQPS_HANDBOOK/EN/](https://www.who.int/servicedelivery/safety/areas/qhc/nqps_handbook/en/)

Національним стандартом ДСТУ EN 15224:2019 (EN 15224:2016, IDT) – «Системи управління якістю. EN ISO 9001:2015 у сфері охорони здоров'я» визначено 11 основних аспектів **якості для медичного закладу** незалежно від розміру, форм власності та переліку послуг, що надаються:



Згідно з цим стандартом, метою медичних закладів має бути збільшення задоволеності споживача послуг через побудову ефективної системи управління якістю, в якій враховано потреби пацієнтів, законодавчі та нормативні вимоги, а також відповідність 11 аспектам якості, які наведено вище.

СИСТЕМА УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ

Будь-яка система – це набір складових, які разом мають більший ефект, ніж по окремоті (ефект синергії). Інструменти, які представлені у цьому розділі, складають основу системи управління якістю у медичному закладі. Розвиток кожного елементу додасть системі більшої ефективності. Важливо розуміти, що не всі елементи вдасться запровадити одразу та із однаковою успішністю. Проте це не має вас зупиняти.

Стандарти

Визначення поняття системи управління якістю, вимоги до її побудови описано в **Міжнародних стандартах серії 9000**, які розроблено Технічним комітетом 176 Міжнародної організації зі стандартизації. Стандарти ISO серії 9000 прийняли понад 190 країн світу. Їхня особливість полягає в тому, що вони можуть бути застосовані будь-якими підприємствами і організаціями, незалежно від їх розміру, форми власності та сфери діяльності¹³.

Ці стандарти допомагають побудувати стабільну систему управління якістю і при цьому врахувати вимоги власника, персоналу, громади, клієнтів та надавача послуг.

Європейський комітет зі стандартизації (CEN) доопрацював ISO 9001 та розширив його за змістом, додавши визначення, пояснення, приклади та додаткові вимоги, що релевантні сфері охорони здоров'я. Тому у 2016 році було затверджено Європейський стандарт «Quality management systems – EN ISO 9001:2015 for healthcare». Нині його прийняли на національному рівні всі країни – учасниці Європейського Союзу, Ісландія, Норвегія, Північна Македонія, Туреччина та Швейцарія. А 26 лютого 2019 року цей стандарт було прийнято і в Україні: наказом ДП «Український науково-дослідний і навчальний центр проблем стандартизації, сертифікації та якості» № 37 «Про

Міжнародні стандарти, що входять до серії ISO 9000

- ISO 9000. Словник термінів про систему менеджменту, збірник принципів управління якістю. Чинна версія: «ISO 9000:2015. Системи менеджменту якості. Основні положення та словник».
- ISO 9001. Включає набір вимог до систем менеджменту якості. Чинна версія: «ISO 9001:2015 Системи менеджменту якості. Вимоги».
- ISO 9004. Містить керівництво із досягнення стійкого успіху будь-якої організації в складному, вимогливому середовищі, яке постійно змінюється, шляхом використання підходів з позиції менеджменту якості. Чинна версія: «ISO 9004:2018 Менеджмент із досягнення стійкого успіху організації. Підхід на основі менеджменту якості».
- ISO 9011. Містить опис методів проведення аудиту в системах менеджменту, в тому числі менеджменту якості. Чинна версія: «ISO 19011:2018 Вказівки з аудиту систем менеджменту».

¹³ ISO 9000 Introduction and Support Package: Guidance on the Documentation Requirements of ISO 9001:2000. ISO/TC 176/SC 2/N 544R. 13 March, 2001; ДСТУ ISO 9000-2001 Системи управління якістю. Основні положення та словник; ДСТУ ISO 9001-2001 Системи управління якістю. Вимоги; ДСТУ ISO 9004-2001 Системи управління якістю. Наставови щодо поліпшення діяльності; ДСТУ ISO 19011:2003 Наставови щодо здійснення аудитів систем управління якістю і/або систем екологічного управління; Наставова 42-01-2001. Лікарські засоби. Належна виробнича практика. – К., 2001.

прийняття національних стандартів» затверджено шляхом перекладу ДСТУ EN 15224:2019 (EN 15224:2016, IDT) – «Системи управління якістю. EN ISO 9001:2015 у сфері охорони здоров'я»¹⁴.

Поряд з нормативними вимогами (такими як ліцензійні вимоги, акредитаційні норми, нормативно правові акти) стандарт визнає пріоритетність вимог споживачів послуг. При цьому задоволеність наданими послугами підлягає постійному моніторингу. Стандартом підкреслюється раціональність застосування процесного та системного підходів, а також принципу прийняття управлінських рішень на основі фактичних даних. Разом з тим, при побудові системи управління якістю пам'ятайте, що **стандарт – це лише той мінімум вимог, які мають виконуватися, при цьому можна робити краще, але не гірше.**

Тотальне управління якістю (TQM)

В основі описаних вище стандартів лежать принципи тотального управління якістю (Total Quality Management – TQM) – одного з найефективніших методів управління якістю, що успішно використовується компаніями в усьому світі¹⁵.

TQM сфокусований на безперервному підвищенні якості всіх організаційних процесів. Тобто абсолютно всі співробітники медичного закладу (навіть сумісники й ті, що «приходять та йдуть») залучаються до процесу загального управління якістю. Співробітники знають, що маєтись на увазі під якістю послуги в закладі ПМД, усвідомлюють і використовують це на практиці. Слово «якість» означає турботу про задоволення потреб клієнта. Тобто саме клієнт диктує вимоги до послуги, яка надається. Це означає, що ми як мінімум поспілкувалися з потенційним клієнтом, дізналися про його потреби та очікування і запропонували йому те, що він хоче, і навіть більше. Головна ідея TQM полягає в тому, що заклад має працювати одночасно над якістю трьох складових: власне

послуги, організації процесів та персоналу.

Більшість переваг TQM є довгостроковими, тому ефект від них відчувається тільки після їх реалізації. Серед таких переваг: висока продуктивність, підвищення морального тону колективу, зменшення затрат і зростання довіри клієнта, популяризація та підвищення статусу підприємства в суспільстві.

Загальне управління якістю підтримує атмосферу ентузіазму та задоволення виконаною роботою із залученням інструментів преміювання і винагороди за творчий підхід. Експерименти співробітників вітаються за умови належного планування й розробки. Невдачі не є причиною покарання, а радше частиною навчального процесу. Це означає, що причини невдач аналізуються та відкрито обговорюються, що створює атмосферу, в якій співробітники не соромляться творчо підходити до розробки нових ідей.

При загальному управлінні якістю широко застосовується командний підхід, що, з одного боку, передає працівникам досвід вирішення проблем їхніми колегами, а з іншого – дозволяє їм застосувати досвід у ході спільних зусиль. Співробітники можуть брати участь у перехресних секційних мегакомандах, які вирішують проблеми, що виходять за межі можливостей локальних груп; це дає закладу більшу гнучкість та підвищує якість умов роботи для всіх співробітників.

Загальне управління якістю не принесе прибутку одразу. Навпаки, спершу воно потребуватиме значного капіталовкладення, особливо в процеси, пов'язані з менеджментом ризиків. Воно не убереже від помилок, але дозволить не повторювати помилки двічі.

¹⁴ Офіційний сайт ДП «УКРНДНЦ»: <http://uas.org.ua/>.

¹⁵ URL: <http://www.management.com.ua/qm/qm105.html>.

TQM буде працювати лише, якщо:

- ви розумієте, що кожна зміна починається особисто з вас;
- ви розумієте, що цілі довгострокові;
- ви розумієте, що люди навколо вас скоріше заслуговують на довіру, аніж навпаки.

Основні кроки побудови системи якості

При побудові системи менеджменту якості можна виокремити такі перші кроки:



Усвідомлення ЛІДЕРСТВА.

Керівнику важливо усвідомити, що він впроваджує не «сертифікат або ж стандарт ISO 9001», а систему менеджменту якості, яка охоплює всі процеси в медичному закладі. Тому це стосується всіх, насамперед керівника. При цьому керівник не знаходиться зовні системи, а є її важливим (центральною) елементом. Тому він має з самого початку ставитися до розробки, впровадження, а потім – до функціонування системи управління якістю як до найважливішого, стратегічного завдання підприємства і завжди тримати руку на пульсі.

Політика якості. Будуючи систему управління якістю, кожна організація ставить перед собою цілі у сфері якості. Цілі та підхід до їх реалізації варто оформити в документ «Політика якості». При цьому керівник-лідер забезпечує розуміння цієї політики, її проведення і впровадження на всіх рівнях медичного закладу, тобто навчає своїх співробітників і дає приклад дотримання цілей та цінностей організації. Приклад політики якості Медичного центру «Сім'я» (м. Мукачів Закарпатської області) можна побачити в Додатку 3.



Організаційна структура.

Важливо визначити особу (або відділ, якщо заклад великий), які будуть займатися підтримкою функціонування і постійним удосконаленням системи управління якістю. Персонал закладу має усвідомлювати свою роль та місце в системі. Варто сформулювати чіткі й зрозумілі зв'язки, підзвітність персоналу, структурних підрозділів та відділів. Кожен працівник повинен знати та усвідомлювати свої обов'язки й відповідальність, умови взаємодії та взаємозаміни.

Одним з принципів управління якістю є залучення персоналу до управління якістю через створення груп якості. Важливо пам'ятати, що якість – комплексне поняття, що клієнт не буде повністю задоволений, якщо він отримає якісну консультацію у лікаря, але для запису на прийом витратить годину свого часу. Тому в управлінні якістю мають бути задіяні представники всіх ланок закладу.

Важливо проводити навчання персоналу щодо процесів та змін, які мають вплив на покращення якості. Тому медичний заклад забезпечує та сприяє постійному безперервному процесу навчання не тільки за професійними темами, а й за компетенціями (наприклад, щодо консультування, комунікації, партнерської взаємодії з клієнтом тощо).



Опис процесів.

Коли визначено цілі у сфері якості та вимоги до системи управління якістю в закладі, коли персонал усвідомлює свою важливість і вплив, варто відтворити схеми основних процесів та параметри, які характеризують їхню результативність і ефективність. Зазвичай ці процеси взаємопов'язані: завершення одних є початком інших. Разом зі схемою процесів визначаються відповідальність (хазяїн процесів) і параметри цих процесів. Такі параметри можуть характеризувати результативність (ступінь реалізації запланованої діяльності) або ефективність процесу (співвідношення між досягнутим результатом і витраченими ресурсами). Фіксація та аналіз цих параметрів дають змогу управляти на основі реальної інформації про стан окремих процесів та системи загалом, а не загальноприйнятих «припущень» чи «інтуїції» тощо. При виявленні проблемних місць у діяльності медичного закладу плануються заходи для їх усунення.



Документообіг.

Налагоджена система розробки, затвердження, погодження, поширення наказів, порядків, інструкцій, політик тощо. У персоналу повинен бути вільний та зручний доступ до таких документів медичного закладу, система ознайомлення з ними. І це стосується не лише опису організаційних процесів, а й опису клінічних процесів. Тому окремим і важливим елементом опису процесів є розробка й запровадження клінічних маршрутів та настанов у медичному закладі (як елемента доказової медицини) для забезпечення якості медичної складової послуги. Відповідно, слід розробити порядок затвердження маршрутів закладом та порядок ознайомлення персоналу з ними.



Ризик-менеджмент.

Медична послуга пов'язана з ризиками. Більшість цих ризиків ми знаємо і можемо їм запобігти, розробивши порядок дій. Зусилля всього персоналу медичного закладу повинні бути спрямовані на відвернення ризикових ситуацій, персонал повинен бути ознайомлений з інструкціями та порядком дій у таких ситуаціях.

Для належного реагування на невідповідні послуги слід розробити порядок реагування на дефекти послуг (порядок дій та коригувальні дії) для персоналу, який безпосередньо надає послуги, і тих, хто здійснює аудит або є відповідальним за якість тощо.

Також застосовується практика проведення внутрішніх та зовнішніх аудитів. Аудит не є ризик-менеджментом, це частина рутинного моніторингу, проте він може допомогти виявити потенційні або реальні ризикові ситуації. Особи, відповідальні за проведення аудиту, знають цілі медичного закладу щодо якості та можуть пропонувати коригувальні дії.



Зворотний зв'язок із клієнтом.

Важливий елемент залучення самого споживача послуги до управління якістю в медичному закладі. Для цього можна використовувати такі інструменти, як анкетування та скарги. Постійний збір зворотного зв'язку та його систематичний аналіз допоможуть виявити прогалини, не помічені закладом, і краще розуміти потреби клієнта, щоб наступні пропозиції від медичного закладу були ще більш ціннісними.

ПРОЦЕСНИЙ ПІДХІД ДО УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ

Процесний підхід розглядає організацію видів діяльності як окремих процесів. При цьому визначаються:

- входи – початок процесу (ресурси, сировина, матеріали, інформація);
- виходи – завершення процесу (матеріальний або нематеріальний результат процесу);
- ресурси, необхідні для здійснення процесу (виробниче середовище, обладнання та устаткування, засоби комунікації, засоби вимірювання тощо, персонал, документація та ін.);
- управлінські дії, спрямовані на планування, контроль виконання та своєчасне коригування процесу.

Найчастіше всі види діяльності, визначені як процеси, є сукупністю паралельних та/або послідовних робіт, тому вихід одного процесу є входом наступного.

Позитивні сторони підходу:

- спрощення багаторівневих ієрархічних структур, створення горизонтальних структур управління на основі процесів;
- спрощення обміну інформацією між різними підрозділами;
- у кожного процесу є «хазяїн», тобто відповідальний, тому якість процесів та результатів зростає;
- усунення відособленості підрозділів та посадових осіб, виявлення «нічийних» ділянок процесів (без «хазяїна»);
- зменшується навантаження на керівника, бо функції мікроменеджменту покладено на «хазяїна» процесу;
- управління процесами краще контролює витрати ресурсів і час виконання процесу.

У будь-якому медичному закладі безліч процесів, які важливо налагоджувати на етапах створення та змін так, щоб якість ставала кращою. В цьому може допомогти метод **PDCA (цикл Демінга-Шухарта)**. PDCA розшифровується як Plan-Do-Check-Act, у перекладі з англійської – «Плануй-роби-перевірй-дій». Використовується і для процесу, і для групи процесів, і для системи загалом.

Цикл PDCA передбачає узгоджене виконання всіх етапів діяльності у певній послідовності: планування (Plan), виконання запланованого (Do), моніторинг виконання та аналіз результатів виконаних дій (Check) та розробка і впровадження коригувальних та/або запобіжних дій з метою постійного поліпшення процесів підприємства (Act).



Рисунок 7.
Цикл PDCA (Плануй-роби-перевірй-дій)

Наприклад:

PDCA	Процес первинного прийому пацієнта терапевтом	Система закладу ПМД загалом
Плануй	Документ (локальний протокол)	Документація, тобто всі алгоритми та описи процесів, що регулюють систему
Роби	Виконання дій, визначених протоколом	Весь персонал виконує описані в документації алгоритми відповідно до власної ролі в системі
Перевіряй	Аудит цього процесу: наприклад, перевірка медичних карт пацієнтів на предмет правильності й точності записів, призначень і т. п., зроблених лікарем	Аудити і перевірки системи, збір статистичної інформації
Дій	Коригування процесу, якщо він за результатами перевірки не дав запланованих результатів, – внесення змін до документа	Коригування процесів, зміни системи, тобто зміни в документах
І знову Плануй	Вносимо зміни, якщо виникла потреба	Розробляємо зміни

Заходи за методом PDCA спрямовані на забезпечення постійного поліпшення всіх процесів медичного закладу, а також самої послуги. Процес удосконалення – це, власне, не про єдине правильне рішення, а про пошук цього рішення та про засвоєння уроків зі спроб. Якщо щось добре працює, нехай працює. Але якщо щось не дає результату, завжди можна повернутися до початку (планування) та покращити ситуацію, перш ніж буде витрачено забагато ресурсів на непрацюючу глобальну зміну. Всі процеси обов'язково оформлюються в документ. Однією з методик, що дозволяє описати процес більш детально, є картування.

Картування процесів

До опису процесів важливо залучати всіх співробітників, які його виконують, а також тих, які мають вплив на вхід (початок, ресурси, документи) та використовують вихід (результат, послугу, ресурси тощо) цього процесу. При цьому можна використати техніку візуалізації – **картування процесів**. Така техніка, наприклад, допомагає позначити весь маршрут клієнта/пацієнта від звернення до контактного центру до консультації лікаря та виходу з будівлі амбулаторії, при цьому визначаються всі точки контакту з клієнтом, різні співробітники. Так можна

встановити, де є проблеми або дублювання певних етапів процесу, як можна покращити процес. Починайте з картування процесу високого рівня, а потім концентруйтеся лише на тих процесах, які обрали для вдосконалення. Картування – це чудовий спосіб виявити повний процес, його масштаб, бо дуже рідко один медичний працівник знає всі процеси/людей, які беруть участь у маршруті пацієнта. І це може допомогти вам зрозуміти, наскільки складними системи можуть бути для пацієнтів, показуючи, скільки разів пацієнт мусить чекати (часто без потреби) і зі скількома різними людьми він зустрічається.

Приклад картування процесу – маршрут пацієнта від пошуку закладу через Google до одужання від ОРЗ, в ЦПМСД № 1 Дніпровського району м. Києва (**Рис. 8**)



Рисунок 8. Картування процесу

На рисунку точки контакту із закладом позначено зеленими аркушами, тривалість контакту – жовтими, найбільша цінність, отримана пацієнтом від закладу (за результатами опитування), – синім, контакти і ймовірні проблеми, де втрачалась задоволеність пацієнта, – червоними аркушами.

Ключ до успіху тут полягає в тому, щоб тримати пацієнта в центрі ваших планів і враховувати потенціал хвильового ефекту через організацію. Правильне налаштування тільки частини системи не допоможе клієнту/пацієнту, якщо іншу частину його маршруту буде організовано погано. Тесту-

вання отриманих під час картування ідей на вдосконалення допоможе показати потенційні небажані побічні ефекти запропонованих змін. І щоб зрозуміти потенційний вплив впровадженої зміни, можна використати цикли PDCA, описані вище.

ІНСТРУМЕНТИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ

Перш ніж підійти до розгляду різних інструментів управління якістю, наголосимо, що наявність фліпчарта й маркерів робить цю роботу більш ефективною та візуалізованою.

Є дві складові безперервного процесу управління якістю: оцінка якості та покращення якості. Без оцінки стану неможливо покращити, а оцінка без подальшого поліпшення є безглуздою. На сучасному етапі трансформації медичних закладів є багато процесів, якість яких необхідно покращувати. Але при обмежених ресурсах одночасно покращити і вирішити всі проблеми у сфері якості досить важко, тому варто проаналізувати та пріоритизувати проблеми.

Після визначення пріоритетної проблеми, яку потрібно вирішити, важливо з'ясувати причини її виникнення. Іноді здається, що причина очевидна, проте в більшості випадків причиною є ціла низка подій, які на перший погляд вважаються другорядними і зовсім не пов'язаними між собою. Для з'ясування істинних причин тієї чи іншої проблеми пропонуємо скористатися інструментами «5 Чому?» (5Why) та діаграмою Ішикави.

«5 Чому?» (5why)

Інструмент «5 Чому?» дає змогу визначити причинно-наслідкові зв'язки, що лежать в основі тієї чи іншої проблеми, за допомогою постановки послідовних логічних запитань.

Як це працює? Сформулюйте проблему і для кращого сприйняття напишіть її на папері/дошці.

При будь-якій груповій роботі використовуйте фліпчарт і маркери. Це зробить вашу команду ефективнішою та допоможе візуалізувати ідеї.



Коломийський центр ПМСД:

Ще одна наша давня мрія – фліпчарт, і тепер у нас є аж два фліпчарти. Це дозволяє ефективніше проводити наради, тренінги, робочі зустрічі груп з якості та використовувати такий інструмент, як мозковий штурм».

Потім запитайте: «Чому таке стається?» Запишіть усі відповіді в окремі стовпчики. Потім послідовно ставте запитання «Чому?» до кожного варіанта відповідей і записуйте нові відповіді. Якщо часу мало, можна сконцентруватися на одній відповіді. Проте щоб визначити першопричину, цього не достатньо. Під час аналізу «5 Чому?» може

з'ясуватися, що різні підпроблеми мають одні й ті самі корені, тому відповіді повторюватимуться.

Наприклад, є така проблема: пацієнт приходить у заклад ПМД і одразу вимагає направлення до вузькопрофільного спеціаліста». Пошук причини за допомогою «5 Чому?» виглядатиме так:

Чому пацієнт одразу вимагає направлення до вузькопрофільного спеціаліста?

- Тому що пацієнт краще знає (болить спина – до невропатолога).
- Тому що у пацієнта хронічне захворювання і він так звик.
- Бо раніше пацієнту одразу давали направлення, наприклад, коли у лікаря просто не вистачало часу і сил на повноцінну консультацію.
- Тому що пацієнт не має довіри до лікаря ПМД (обираємо цей варіант для подальшого вивчення).

Чому пацієнт не довіряє лікареві ПМД?

- Бо, крім візиту для укладення декларації, більше зі своїм лікарем не спілкувався.
- Бо не знає, чим лікар ПМД може йому допомогти.

Чому пацієнт не знає про спектр послуг лікаря ПМД?

- Пацієнт не чув і не бачив інформацію про суть реформи ПМД, гарантований пакет послуг тощо.
- Під час візиту лікар не розповів пацієнтові, чим може допомогти, і спектр своїх компетенцій.

Чому лікар не розповів пацієнтові про свою корисність?

- Лікар не вважав, що має проактивно пропонувати і пояснювати свої послуги.
- Під час попереднього візиту були сконцентровані лише на укладенні декларації.
- Попередній візит стосувався вузького питання (наприклад, ОРВІ), про інші послуги не говорили.

Чому лікар проактивно не пропонує свої послуги?

- Бо подумав, що це завдання інших (МОЗ, ЗМІ, адміністрації закладу).
- Бо не зосереджується на побудові тривалих стосунків з пацієнтом.
- Не розглядає пацієнта як цілісну особистість, а думає про конкретну проблему, з якою до нього звернулися.

Одна із справжніх причин: Існує прогалина в роботі з лікарями: вони не усвідомили нової моделі ПМД, коли пацієнта сприймаємо як цілісну систему, з хронічними захворюваннями, соціальним багажем, особливими потребами тощо. Лікарі ще не сприймають своїх пацієнтів як постійну групу, з якою довго працюватимуть, тому не роблять зусиль для побудови довірчих відносин.

Особливості використання «5 Чому?»:

- Реальна причина повинна вказувати на процес, який не спрацьовує або відсутній. Зазвичай перші відповіді вказують на класичні причини: брак часу, недолік фінансування, брак робочої сили і т. п. Проте це тільки перші етапи до виявлення справжньої передумови.
- Не обов'язково ставити саме п'ять запитань. Це число вибрано емпірично і є середнім. Деякі проблеми можна розглянути за меншу (або більшу) кількість кроків.
- Залучайте правильних людей, знайомих із процесом і проблемою, щоб вони могли відповісти, чому щось сталося. Також корисно мати учасників зі свіжим поглядом: часто вони ставлять запитання, які допомагають з'ясувати реальні причини виникнення проблеми.
- Не варто нікого звинувачувати – це закінчується лише тим, що людина почувається винною. Якщо хтось не виконав своїх обов'язків, запитайте: «Чому він не зміг цього зробити?» та/або «Що може допомогти людині зробити це?»

**“ Пам'ятайте:
в основі багатьох
проблем лежать
не помилки
конкретних людей,
а недосконалість
організації їхньої
взаємодії.**

Діаграма ішикави (діаграма риб'ячої кістки)¹⁶

Діаграма Ішикави, як і більшість інструментів якості, є інструментом візуалізації. Така діаграма дозволяє виявити ключові взаємозв'язки між різними факторами і точніше зрозуміти досліджуваний процес. Фактично максимальна глибина такого «дерева» досягає чотирьох або п'яти рівнів. І коли таку діаграму побудовано, вона відтворює досить повну картину всіх можливих основних причин певної проблеми.

Загальні правила побудови діаграми

1. Перед побудовою діаграми всі учасники мають прийти до єдиної думки щодо формулювання проблеми.
2. Досліджувана проблема записується з правого боку посередині чистого аркуша паперу – «голова», до неї ліворуч підходить основна горизонтальна стрілка – «хребет» (див. Рис. 9).
3. Групуємо фактори за рівнем впливу і причинно-наслідковими блоками, при цьому наносимо головні причини (рівня 1), що впливають на проблему, – «більші кістки». Вони з'єднуються похилими стрілками з «хребтом». Причинно-наслідкові блоки поділяються на такі: персонал (кваліфікація, досвід роботи, навчання, психологічний клімат), середовище (умови роботи, температурний режим, запах, шум і т. д.), методи і технології (все, що використовується при створенні й наданні послуги), виробництво (будівлі, обладнання в них, комп'ютерні системи і т. д.), устаткування (інструменти, робочий одяг, меблі, канцелярія), матеріали (медичні вироби), політика (реформа, зміни), процедури.
4. Далі відбувається ранжирування факторів усередині кожного блоку, тому наносяться вторинні причини (рівня 2), які впливають на головні причини. Ці фактори записуються у вигляді «середніх кісток».
5. Причини рівня 3, які впливають на причини рівня 2, розташовуються у вигляді «дрібних кісток» і т. д.
6. При аналізі повинні виявлятися й фіксуватися всі фактори, навіть ті, які видаються незначними, тому що мета діаграми – відшукати найбільш правильний шлях і ефективне рішення.
7. Причини (фактори) оцінюються й ранжуються за значущістю, виділяються особливо важливі, які впливають на показник якості. При цьому ми вилучаємо фактори, на які ми не можемо впливати.

Переваги діаграми Ішикави:

- дозволяє графічно відобразити взаємозв'язок досліджуваної проблеми та причин, що впливають на неї;
- дає змогу провести змістовний аналіз ланцюжка взаємозалежних причин, які впливають на проблему;
- зручна і проста для застосування й розуміння персоналом. Для роботи з діаграмою не потрібна висока кваліфікація співробітників, і нема потреби проводити тривале навчання.

Якщо проаналізувати причини проблеми відсутності навичок консультування та емпатії у персоналу, наведені на Рис. 9, можна сформулювати кілька пропозицій для ЦПМСД № 1 Дніпровського району м. Києва щодо того, як її вирішити:

- розробити систему мотивації персоналу, до якої включити відзнаки, доплати за додаткове навчання;
- розробити порядок збору потреб у навчанні; закласти у фінансовий план витрати на навчання відповідно до потреби;
- пошукати заклади освіти, курси, тренінги тощо з урахуванням потреби та вимог до якості навчання;
- організувати навчання на робочому місці (майстер-класи, онлайн-курси), створити відповідні умови для такого навчання (виділення часу, забезпечення заміни на час навчання тощо).

¹⁶ Ishikawa K. What is Total Quality Control. The Japanese Way. London, Prentice Hall, 1985.



Рисунок 9. Приклад графічного зображення причинно-наслідкових зв'язків за діаграмою Ішікави (аналіз проблеми командою ЦПМСД № 1 Дніпровського району м. Києва)

ГРУПИ ЯКОСТІ

Для розвитку горизонтальної форми управління закладом, залучення всіх працівників до покращення якості можна створювати групи якості. Термін «група якості» (quality circle або quality control circle) та принципи їх функціонування найбільш повно і доступно описав К. Ішікава¹⁷.

Група якості – це команда ініціативних працівників підприємства, які регулярно зустрічаються, аналізують та вирішують робочі ситуації, що потребують покращення. Така група може складатися з 3–12 осіб – представників різних служб і підрозділів (лікарі, медичні сестри, працівники рецепції, молодший медичний персонал тощо), і участь обов'язково має бути добровільною. Зустрічі зазвичай носять регулярний характер (раз на два тижні) і тривають 1–1,5 години. Основні вимоги до проведення такої зустрічі:

- визначено мету зустрічі та досягнуто результату – з'ясовано проблеми або розроблено пропозиції з вирішення;
- учасники групи якості дотримуються правил групи, використовують інструменти візуалізації;
- кожна зустріч має протокол, де визначено проблемні питання, над якими працювали, записано варіанти вирішення, та обрано пропозиції для передачі керівникові підрозділу / менеджеру з якості / керівникові закладу. Зразок шаблону протоколу додається до звіту (**Додаток 4**).

¹⁷ Ishikawa K. What is Total Quality Control. The Japanese Way. London, Prentice Hall, 1985.



ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ
МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ
СЕЛИДІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО

Селидівський міський центр ПМСД:

«Групи якості – це нова для нас форма роботи та менеджменту. Вона дуже позитивно впливає на формування ідей, планування та розробку певних елементів роботи Центру. Завдяки роботі груп якості кожен співробітник може впливати на прийняття рішень, як-то кажуть, зсередини. Тобто керівництво бере до уваги думку представників усіх професійних угруповань, прислухаючись до всіх працівників Центру, тим самим покращується якість надання ПМД. Наприклад, одним з подальших планів роботи групи якості буде розробка правил/стандартів спілкування персоналу контакт-центру з клієнтами (контакт-центр плануємо відкрити у 2020 році)».

Що роблять групи якості:

- ідентифікують проблему шляхом, наприклад, аналізу скарг відвідувачів медичного закладу або його працівників. Якщо скарги різнопланові, то можна їх пріоритизувати та обрати для вивчення найпріоритетнішу, а решту залишити на наступні засідання групи якості;
- визначають причини проблеми. Для цього можна використовувати інструменти поліпшення якості, описані вище: «5 Чому?», діаграму Ішикави тощо. На цьому етапі важливу роль відіграє склад групи якості: правильно, коли серед учасників присутні працівники різних служб і підрозділів;
- розробляють пропозиції. Щоб краще зрозуміти, що в процесі працює погано, можна скористатися інструментом картування процесів (див. вище);
- впроваджують зміни/дії. Передають свої пропозиції керівникам підрозділів/закладу. Також можна провести тестування запропонованих змін на одному з підрозділів;
- оцінюють результат зміни/дій. Методами спостереження, опитування, збору відгуків і даних формується масив інформації про результати впроваджених змін або дій. Потім здійснюється аналіз, чи відбулося покращення. Оцінка результатів передається керівникові.



ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ
МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ
М. КРИВОГО РОГУ

Приклад напрацювань груп якості в ЦПМСД № 4 м. Кривого Рогу

«Після тренінгу з управління якістю у травні 2019 року ми сформували три незалежні групи, до складу яких увійшли лікарі, медичні сестри, завідувачі амбулаторії, реєстратори, молодші медичні сестри. Членство в групах є неформальним та добровільним. Вони збираються двічі на місяць з метою виявлення «вузьких місць» в організації надання медичної допомоги та обслуговування населення, пошуку шляхів вирішення і розробки рекомендацій та алгоритмів.

Упродовж 2019 року групи якості розглянули величезну кількість проблем і надали пропозиції, на основі яких вже прийнято важливі рішення щодо покращення. У таблиці нижче наведено приклади».

Проблема	Пропозиція	Результат
<p>Черги під кабінетами лікарів: відвідувачі скаржилися, що не встигають потрапити на прийом.</p> <p>Причини: при 7-годинному робочому дні прийом пацієнтів тривав 3 години, що незручно для пацієнтів.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Виділити на прийом 5 годин із 7. • Додати до МІС опцію змінювати тривалість прийому залежно від причини звернення: первинний, повторний візит, прийом новонародженого. • Дати можливість лікарю самостійно формувати в МІС власні графіки прийому пацієнтів. 	<ul style="list-style-type: none"> • Наказом по закладу тривалість прийому збільшено до 5 годин. • Складено технічне завдання для МІС щодо самостійного створення лікарями електронних графіків прийому та його тривалості. • Технічні зміни внесено в МІС, опції формування графіків прийому та його тривалості доступні лікарям.
<p>Є певна кількість відвідувачів, які скаржаться. При цьому на місці (в амбулаторії) вони не можуть заспокоїтися, поки не поспілкуються з адміністрацією.</p> <p>Причини: працівники амбулаторії не можуть якісно комунікувати з відвідувачами.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Організувати і провести тренінги з ефективної комунікації для працівників закладу. • Створити алгоритм дій у відповідь на усну скаргу, конфлікт. 	<ul style="list-style-type: none"> • Вже підготовлено і проведено 4 тренінги з ефективної комунікації, в них взяла участь майже третина всього персоналу (100 осіб). • У планах: провести аналогічні тренінги для решти персоналу.
<p>Багато часу та уваги лікарів витрачається на паперову роботу.</p> <p>Причини: під час прийому відвідувача робиться запис у МІС та паперовому журналі ф-074 (по суті, відбувається дублювання процесів). Планування та звітність з виконання щеплень відбувалося вручну і т. д.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Замінити паперове ведення документації на електронне в МІС із можливістю друку, якщо в тому є потреба. • Скласти технічне завдання для МІС: розробити можливість формувати звіти в МІС на основі внесених даних. 	<ul style="list-style-type: none"> • МІС доопрацювала свої модулі, і вже зараз персонал не заповнює паперові форми звітів ф-039 та ф-074. Вони формуються автоматично, виходячи з первинної документації, яку лікар заповнює під час/після прийому. • У процесі – автоматичне формування планів щеплень та звітів про їх виконання. З осені працівники вносять дані до електронних ф-063 щодо всіх пацієнтів, і ті лікарі, що вже завершили внесення даних, можуть автоматично формувати плани щеплень та звіти про виконання цих планів.

Проблема	Пропозиція	Результат
<p>Телефонні розмови лікаря під час прийому, які відволікають лікаря від пацієнта. Медичні працівники витрачають свій час на запис замість поточного прийому.</p> <p>Причини: довгий час діяла практика запису на прийом по телефону, а також телефонні консультації з лікарем. Якщо в реєстратурі телефонна лінія була зайнята, то дзвонили лікареві.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Якщо лікар веде прийом, організувати переадресацію дзвінків на «чергового лікаря». • Виділити окремий час на телефонні консультації. • Розглянути можливість створення контакт-центру, вивчити вимоги до організації його роботи, розрахувати його вартість. Розробити схему організації роботи контакт-центру. 	<ul style="list-style-type: none"> • Це не було швидко, але сьогодні повноцінно працює контакт-центр із єдиним номером та 12 лініями. Записатися на прийом можна в суботу й неділю. В контакт-центрі працюють 1 фельдшер та 11 адміністраторів, які замінили реєстратуру в 12 амбулаторіях ЗПСМ з 14. • За термінової потреби (якщо лікар на прийомі) пацієнта з'єднують з фельдшером, який з'ясовує, чи є потреба у виїзді додому, чи можна надати кілька порад для полегшення стану і записати на прийом на найближчий час.
<p>Грубість, зверхність працівників під час їхнього спілкування.</p> <p>Причини: втома, відсутня корпоративна культура, різні цінності у різних людей. Немає єдності.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Розробити і впровадити правила спілкування на рівні закладу, побудовані на цінностях. • Організовувати на регулярній основі спільні заходи з командоутворення. 	<ul style="list-style-type: none"> • Місію, цінності закладу надруковано на постерах, які наклеєно на фасадах амбулаторій. • На регулярній основі проводяться екскурсії, корпоративні заходи, концерти, а також заходи з командоутворення.
<p>Емоційне вигорання у персоналу, виражене дратівливістю, байдужістю.</p> <p>Причини: втома, перевантаження на роботі, невизнання, відсутні навички профілактики вигорання.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Організувати групи самопомоги на регулярній основі. • Організувати і провести тренінги з профілактики професійного вигорання. • Створити умови для неформального спілкування. 	<ul style="list-style-type: none"> • Створено гуртки для спільних занять спортом для охочих. • У планах – почати організовувати і проводити групи самопомоги.
<p>Запити на інформацію від адміністрації до лікаря і навпаки часто губляться або довго виконуються.</p> <p>Причини: довгий ланцюг між двома сторонами. У передачі запитів багато посередників.</p> <p>Проблема в комунікації між адміністрацією і лікарями.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Використати сучасні методи зв'язку для швидкого повідомлення і збору відповідей. • Організувати комунікацію з урахуванням зацікавлених сторін. 	<ul style="list-style-type: none"> • Створено групу в месенджері для всіх працівників закладу. Веде групу адміністрація. У групі викладаються повідомлення про новини, зміни в закладі, про подання звітних даних, відеоуроки з користування МІС тощо. • Окремо створено групу в месенджері для медичних сестер. Групу веде старша медична сестра. • Ці групи працюють в обидва напрями.

ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ



Медичний центр «Сім'я», м. Мукачєво:

«Не менш важливим нововведенням для нашого закладу було створення групи якості. До її складу увійшли ініціативні працівники Центру, які готові працювати над його розвитком. В умовах реформи, відколи оголошено, що заробітна плата лікаря залежатиме від кількості пацієнтів, розпочалися «ігри на виживання»: 1 000 – 1 500 – 1 800 – 2 000 – 2 300 пацієнтів – Oh my God! А результат? Ну звичайно, крім заробітної плати... А як же якісна медична допомога? Основна мета нашого закладу – надання якісної медичної допомоги, так зазначено в Політиці якості нашого Центру. Зважаючи на зміни, ми вирішили, що введення індикаторів якості є життєво необхідною умовою роботи персоналу. Звичайно, опір працівників був неминучим. Проте завдяки старанній роботі групи якості та керівника закладу персонал Центру зрозумів важливість цих індикаторів. Адже їх розроблено таким чином, що кожна медична команда зможе досягти цільових рівнів та отримати фінансову мотивацію».

Будь-яка система управління якістю спрямована на постійне поліпшення і має свої цілі. Для досягнення цих цілей вивчається та аналізується поточний стан закладу, потім розробляються певні зміни або нововведення для покращення якості. Але як зрозуміти, чи спрацювали зміни, чи вплинули вони на досягнення цілі?

Для цього важливо з'ясувати, як оцінювати дії та якість у медичному закладі загалом. Золотим стандартом оцінки якості в охороні здоров'я є система Донабедяна¹⁸, складові якої наведено на **Рис. 10**¹⁹.

Крім тріади А. Донабедяна, існує п'ятирівневий підхід до моніторингу діяльності організації. Він буде більш детально розглянутий у розділі «Нові підходи до менеджменту».

Індикатори якості – це інструмент вимірювання якості. Але вимірювати та оцінювати треба послідовно, починаючи зі збору даних для індикаторів структури, потім індикаторів процесів і результатів. Бо не маючи виміряних ресурсів, не можна вимірювати процеси, а не маючи виміряних процесів, не варто розраховувати на адекватне вимірювання та оцінку результатів.

Також пам'ятаймо, що індикатори можуть бути різних рівнів: локального (на рівні медичного закладу) та національного. Тому вони можуть і повинні між собою різнитися.

Вибір індикаторів для медичного закладу залежить насамперед від пріоритетів закладу, можливостей збору достовірних даних для їх обрахунку.

¹⁸ Аведіс Донабедян – один з засновників теорії якості у сфері охорони здоров'я. В 1988 році описав якість, компоненти для досягнення якості у сфері надання медичної допомоги.

¹⁹ Donabedian, Avedis (2005). «Evaluating the Quality of Medical Care» (PDF). 83 (4). The Milbank Quarterly: 691–729. URL: <https://improvement.nhs.uk/documents/2135/measuring-quality-care-model.pdf>,

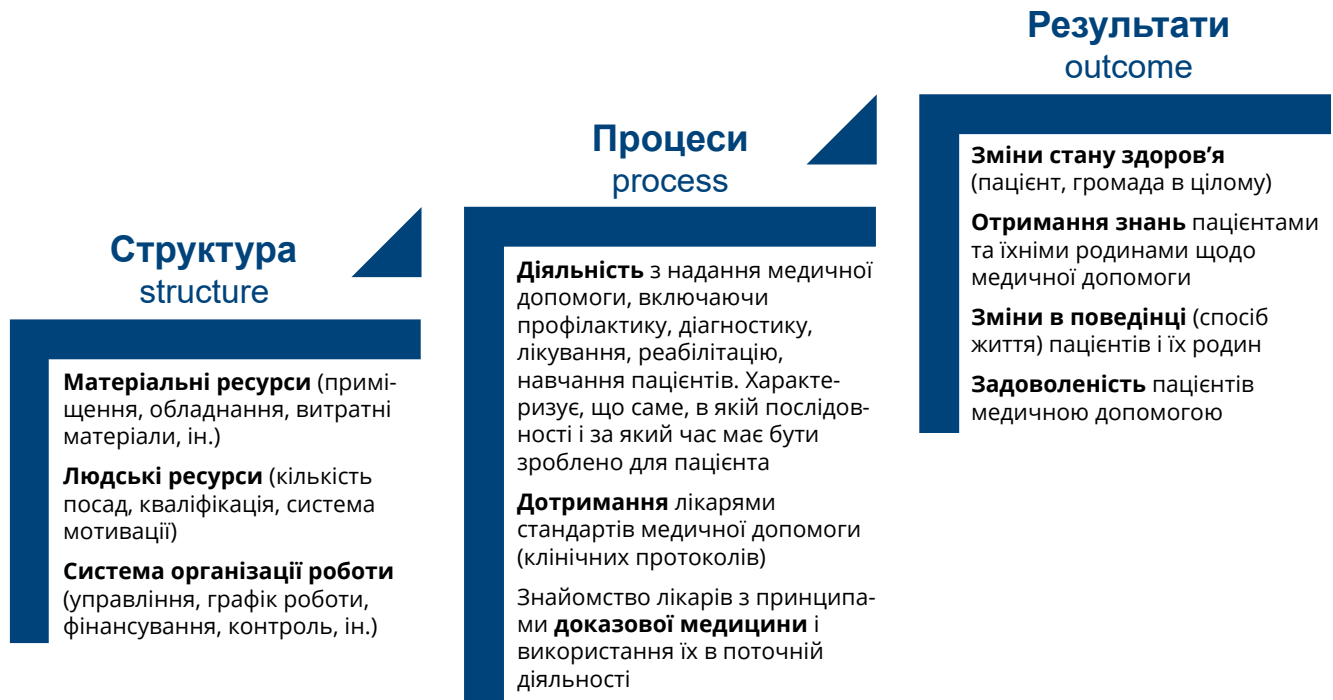


Рисунок 10. Система оцінки якості в охороні здоров'я за А. Донабедяном

Індикатори мають відповідати таким критеріям:

- вимірювати роботу конкретного персоналу або впливати на поведінку пацієнта;
- відображати пріоритети закладу і враховувати пріоритети держави;
- бути вимірюваними (є одиниця виміру);
- бути досяжними (у порівнянні з початковими даними);
- бути достовірними та підлягати верифікації.

Перед вибором індикаторів обов'язково перевірте їх на відповідність цим вимогам. Якщо хоч одна вимога не виконується, не варто витрачати ресурси на збір, аналіз та верифікацію індикаторів. Наприклад, проаналізуємо індикатор «Кількість госпіталізацій до закладів вторинної медичної допомоги» на предмет відповідності наведеним вище критеріям:

- Складно виокремити стани госпіталізації, на які саме лікар ПМД мав безпосередній вплив. Наразі заклади спеціалізованої допомоги госпіталізують пацієнтів без направлень із ПМД (*не відповідає принципу «Вимірює роботу конкретного лікаря»*).
- Для достовірного аналізу слід враховувати характер кожної госпіталізації, що майже неможливо, доки всі спеціалізовані та ПМД заклади не матимуть спільного електронного медичного простору (*не відповідає принципам «Достовірний» та «Підлягає верифікації»*).

Є й інший приклад: одним з пріоритетів медичного закладу (як і країни загалом) є зниження захворюваності на серцево-судинні захворювання.

Що в цьому напрямі може зробити заклад первинної медичної допомоги? Проводити профілактичну роботу з групами ризику цих захворювань. Можна почати роботу з однією з груп ризику – людьми з надлишковою вагою. Щоб виміряти таку роботу, потрібно спочатку ідентифікувати людей з надлишковою вагою. А для цього потрібно ввести в рутинну діяльність лікаря визначення індексу маси тіла (ІМТ) кожного пацієнта, який уклав з ним декларацію. Тобто спочатку індикатором буде «Частка пацієнтів з визначеним і записаним ІМТ від загальної кількості пацієнтів», і він буде тимчасовим, доки ми не досягнемо зміни поведінки лікаря і не складемо загальний і повний портрет його пацієнтів. Наступним індикатором буде «Кількість проведених групових занять для пацієнтів з надлишковою вагою (ІМТ ≥ 25)» або «Кількість пацієнтів з надлишковою вагою (ІМТ ≥ 25), які відвідували заняття школи пацієнтів, ці індикатори будуть тривалими. І тільки після такої профілактичної роботи є сенс додавати індикатор «Частка пацієнтів з надлишковою вагою (ІМТ ≥ 25) від загальної кількості пацієнтів».

Лише після проведення роботи в такій послідовності можна говорити про достовірність останнього індикатора.

Наразі заклади ПМД готові до індикаторів рівня структури та процесів. Після побудови надійної сис-

теми збору даних та налагодження процесів можна впроваджувати індикатори рівня результатів та вимірювати зміни в поведінці, стані здоров'я тощо.

Індикаторів не повинно бути багато. Вони мають бути підпорядковані пріоритетам медичного закладу. Тому жоден перелік індикаторів не може бути універсальним і постійним. Слід переглядати їх на актуальність щонайменше раз на рік.

Часто індикатори якості прив'язують до фінансової мотивації персоналу, і це певним чином може впливати на покращення якості в медичному закладі.

Проект запропонував набір індикаторів, які зараз найбільш прийнятні для впровадження з точки зору можливостей збору **достовірних** даних. Ці індикатори поділені на чотири основні групи:

1. Індикатори вакцинопрофілактики – адже це пріоритет на державному рівні.
2. Індикатори проактивної роботи з підгрупами пацієнтів – відображають зміщення фокусу ПМД на профілактику та сприяння здоров'ю.
3. Інші основні індикатори – відображають зміну управлінського підходу в ПМД.
4. Індикатори верифікації – дозволяють забезпечити достовірність збору та аналізу даних за всіма індикаторами.

²⁰ URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2001-12>.

ІНДИКАТОРИ ВАКЦИНОПРОФІЛАКТИКИ

1. Розрахунок базового показника для індикатора якості за рівнем вакцинопрофілактики.
2. Формування річного плану щеплень.
3. Рівень вакцинопрофілактики на рівні команди ПМД.

ІНДИКАТОРИ ПРОАКТИВНОЇ РОБОТИ З ПІДГРУПАМИ ПАЦІЄНТІВ

4. Рівень грудного вигодовування.
5. Створення та ведення реєстрів пацієнтів за підгрупами.
6. Проактивний контакт із пацієнтами, які не зверталися по медичні послуги більше двох років.
7. Проактивний контакт із пацієнтами, які мають встановлений діагноз хронічної хвороби (гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, ВІЛ).
8. Ведення паліативних хворих (медичне та соціальне консультування).
9. Ведення вкладки «Фактори ризику» в картці пацієнта.

ІНШІ ОСНОВНІ ІНДИКАТОРИ

10. Залученість до роботи груп якості.
11. Розробка маршрутів пацієнтів (локальних клінічних настанов), які буде затверджено наказом по закладу.
12. Ведення медичною сестрою самостійного (окремого) прийому пацієнтів.
13. Ведення групових занять для пацієнта (школи пацієнтів).
14. Щонайменше один публічний захід із залученням пацієнтів та публічна звітність про нього.
15. Щорічні публічні звітування на сайті (фінансові, епідеміологічні, програмні показники).
16. Затверджена власником та оприлюднена стратегія розвитку закладу на три або п'ять років.

ІНДИКАТОРИ ВЕРИФІКАЦІЇ

17. Перевірка реєстрів, карток пацієнтів на предмет повноти заповнення, внесення факторів ризику, використання затверджених локальних настанов тощо.
18. Впровадження змін на основі рішень груп якості.
19. Використання затверджених маршрутів (локальних настанов).
20. Дотримання культури сервісу та стандартів спілкування (для рецепції, контакт-центру).
21. Дотримання культури сервісу (для технічного персоналу).

Детальні паспорти деяких із цих індикаторів подано в **Додатку 5**.

ВПРОВАДЖЕННЯ МІЖНАРОДНИХ КЛІНІЧНИХ НАСТАНОВ



ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ
МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ
СЕЛИДІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО

Селидівський міський центр ПМСД:

Заступник головного лікаря В.П.Литвиненко, з досвідом роботи понад 40 років, кардинально змінив своє негативне ставлення до міжнародних клінічних настанов на абсолютно протилежне після того, як переконався в їхній більшій лаконічності та не меншій унікальності й ефективності. Він підійшов до розробки маршрутів на основі настанов Duodecim з великою зацікавленістю та ентузіазмом:

«Спершу, коли сказали, що треба запроваджувати міжнародні настанови, я був проти. Але потім, коли почитав настанови Duodecim, був просто вражений! Одрозумів: нарешті для нас, лікарів первинної ланки, зробили щось настільки корисне та зручне. Ці настанови такі короткі, зрозумілі та прості у використанні! Одрозумів, що вони написані практикуючими лікарями ПМД, а не професорами-теоретиками з кафедр».

Методика розробки та впровадження медичних стандартів на засадах доказової медицини, затверджена наказом МОЗ України від 28.09.2012 № 751 (зі змінами від 26.09.2018, наказ МОЗ України № 1752²⁰), визначає такі поняття:

клінічний протокол медичної допомоги – клінічна настанова, обрана Міністерством охорони здоров'я України для її застосування на території України як клінічного протоколу без проходження процедури її адаптації; визначає процес надання медичної допомоги при певному захворюванні; затверджується Міністерством охорони здоров'я України як текст нового клінічного протоколу або посилання на джерело його розміщення чи публікації;

клінічний маршрут пацієнта – алгоритм руху пацієнта структурними підрозділами закладу охорони

здоров'я (далі – ЗОЗ) (або різних закладів охорони здоров'я), які залучено до надання допомоги при конкретному стані або захворюванні.

Зверніть увагу на фінські настанови DUODECIM. Перекладено українською мовою 960 настанов, розроблених лікарями ПМД. Вони охоплюють весь спектр проблем, які постають перед лікарем первинки. Сьогодні настанови DUODECIM – одні з найкращих у світі, вони відповідають рекомендаціям WONCA (Всесвітня асоціація сімейних лікарів).

Ці настанови викладено на електронному ресурсі у вільному доступі.

Клінічні маршрути пацієнта необхідно розробити (у довільній формі) з урахуванням особливостей відповідного медичного закладу.

Пропонуємо такий алгоритм впровадження настанов DUODECIM у діяльність медичної практики:

²⁰ URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2001-12>.



Переваги, які надає впровадження міжнародних настанов і використання клінічного маршруту пацієнта:

- доказовість;
- зменшення кількості необґрунтованих призначень та обстежень;
- рівність і доступність;
- оптимізація маршруту, відповідно – економія ресурсів (часу, коштів).

Упродовж 2019 року 15 закладів ПМД – учасників гранту вже розробили і впровадили на рівні закладу багато клінічних маршрутів пацієнтів і продовжують це робити. Щоб мати змогу ділитися своїми напрацюваннями та отримати експертну оцінку колег про якість маршрутів, вони створили єдину базу маршрутів (на основі спільного гугл-документа з посиланнями на текст маршруту – <http://bit.ly/2RWk3JS>).

Ми заохочуємо всі заклади ПМД використовувати ці маршрути у своїй роботі як зразок і залишати коментарі, пропозиції щодо покращення (стовпчик «Пропозиції» в гугл-документі).

Зверніть увагу: для того, щоб схеми та алгоритми маршрутів відображалися коректно, перед переглядом документу, завантажте його. Перегляд у он-лайн режимі може частково спотворюватися.

Один із прикладів клінічного маршруту пацієнтів наведено в **Додатку 6**.

ЗАЛУЧЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ДО УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ

Один із принципів управління якістю передбачає орієнтацію на споживача послуги – пацієнта / відвідувача медичного закладу, на задоволення його потреб. Тому залучення пацієнтів до управління якістю є одним із обов'язкових інструментів.

Як же отримати корисний, повний та відвертий зворотний зв'язок?

Медичному закладу варто поміркувати над створенням умов, які сприятимуть відкритості та відвертості відвідувачів закладу. Тобто обрані інструменти збору зворотного зв'язку мають бути простими, зручними та не вимагати багато часу. Це можуть бути друковані анкети в доступному місці з ручкою поруч, зручні місця для письмових відгуків (дошки, фліпчарти, скриньки тощо, а також ручки, маркери). Це можуть бути онлайн-відгуки на інтернет-ресурсах (сайт, сторінки в соціальних мережах, адреса електронної пошти у вільному доступі), онлайн-анкети на інтернет-ресурсах та оцінювання через QR-код.



ЖИТОМИРСЬКИЙ ЦЕНТР
ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ
ДОПОМОГИ



Рисунок 11. QR-код на дверях кабінету лікаря

Приклад використання QR-коду, Житомирський центр первинної медичної допомоги

«У 2019 році Всеукраїнський незалежний сервіс Revizion здійснює оцінку якості обслуговування на основі реальних відгуків клієнтів. Залишити свій відгук відвідувачі центру можуть, відсканувавши QR-код або перейшовши за коротким посиланням з яскравих брендированих наліпок. При цьому кожен лікар і кожна амбулаторія мають свій QR-код, тому відвідувач може оцінити роботу як окремого лікаря, так і амбулаторії загалом. Після участі команди Центру у тренінгу з управління якістю робота з відгуками набула більш системного характеру.

Створено комісію з розгляду скарг у системі Revizion. Щомісяця комісія аналізує кількість скарг та їхню системність. Окрім скарг через систему Revizion, надходить і багато позитивних відгуків та подяк лікарям. Раніше така інформація не використовувалася взагалі. Зараз щомісяця здійснюється вибірка подяк та здійснюється розсилання на всі амбулаторії, адже працівники повинні бачити, що їхня робота є важливою і пацієнти цінують її. До того ж, це може стати своєрідним викликом та орієнтиром для лікарів, які ще не мають позитивних відгуків».

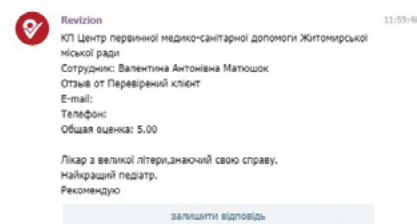
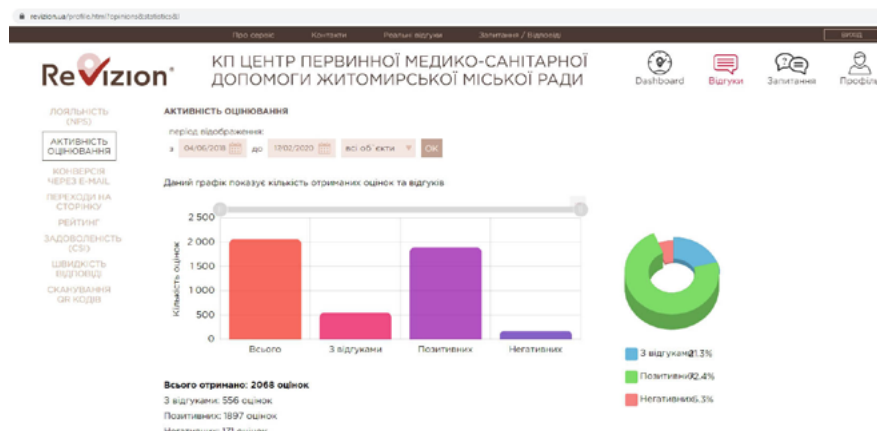


Рисунок 13.
Один із відгуків, залишений через систему QR-коді

Рисунок 12. Аналітика відгуків за допомогою сервісу Revision



**ВОЗНЕСЕНСЬКИЙ МІСЬКИЙ
ЦЕНТР ПМСД**

Вознесенський центр ПМСД:

«Для підвищення якості нам вкрай необхідно знати думку своїх відвідувачів. Тому наш заклад пропонує пацієнтам зручні способи зворотного зв'язку, а саме:

- фліпчарти з маркерами, розміщені в коридорах у кожній амбулаторії;
- анкети, які можна заповнити анонімно та кинути у скриньку;
- новий сервіс «QR-анкетування», який дозволяє відправити свої пропозиції і зауваження просто зі смартфона;
- Viber-повідомлення: контакт-центр надсилає пацієнту після візиту до закладу повідомлення з проханням залишити свій відгук про прийом і про лікаря.

Ми не очікували такої високої активності від нашої громади. Аналіз показує, що кожне третє Viber-повідомлення має відгук. Наші відвідувачі, окрім схвальних відгуків, надають конкретні пропозиції. На негативні відгуки ми реагуємо особистим дзвінком і намагаємося визначити проблему та вирішити її в якомога стисліші строки».

Анкетування

Найпоширенішим способом збору інформації для визначення рівня задоволеності пацієнта послугою, персоналом або умовами є анкетування.

Для цього вам необхідно сформулювати перелік запитань, або власне анкету. Її слід адресувати певному колу людей, тобто розуміти цільову аудиторію анкетування. Наприклад, запитання для пацієнтів літнього віку з хронічним захворюванням будуть відрізнятися від запитань для відвідувачів, які звернулися стосовно щеплення, тому що пацієнти цих напрямів мають різну мету звернення і зовсім різні психологічні особливості та потреби. Пам'ятайте, що логіка побудови запитань в анкеті має відповідати цілям дослідження і спрямована на отримання такої інформації, яка дає можливість перевірити ваші припущення.

Анкету можна побудувати за такою структурою:

1. Вступна частина, мотивація (для чого проводиться анкетування).
2. Основні запитання.
3. Соціально-демографічна інформація (якщо це потрібно).
4. Контактні дані (бажано).
5. Подяка.

Запитання можуть бути закритими («так»/«ні» або варіанти відповідей) та відкритими (передбачають власну розгорнуту відповідь та коментар опитуваного). Можна також використовувати оціночну шкалу (від 1 до 5 або від 1 до 10). Будьте уважні з формулюванням запитань, **дотримуйтесь таких правил:**

- Використовуйте прості слова, зрозумілі пацієнтові. Уникайте медичної термінології.
- Уникайте слів, які мають різні значення для різних пацієнтів (такі як «доступні ціни», «часто» тощо).

- Уникайте запитань, які мають дві різні складові (наприклад, «Лікар був уважним і професійним»).
 - Уникайте запитань, які своїм формулюванням наштовхують на відповідь.
 - Формулюйте запитання так, щоб отримати точну відповідь (наприклад, замість: «Як зазвичай Ви записуєтеся на прийом до лікаря?» – сформулюйте так: «Оберіть, якими способами запису на прийом Ви користуєтеся» – та перелічіть усі можливі варіанти).
 - Формулюйте варіанти відповідей на закриті запитання так, щоб хоча б одну із запропонованих можна було обрати (наприклад, додавайте варіант «Інше»).
2. Оберіть форму анкети (паперова, електронна, ілюстрована).
 3. Створіть бланк анкети – сформулюйте запитання.
 4. Організуйте анкетування: визначте, де лежать бланки, хто їх туди кладе, як збираються відповіді (наприклад, у скриньку), кому і ким передаються для аналізу, створіть умови комфортного заповнення. Пам'ятайте про регулярність.
 5. Регулярно проводьте аналіз заповнених анкет: визначте, хто аналізує, кому передає інформацію з результатами аналізу.
 6. Втілюйте зміни на основі результатів анкетування: визначте, хто приймає рішення про зміни після проведення аналізу, які повноваження має ця людина, як прийняті рішення втілюються.

Пропонуємо таку **послідовність** організації анкетування відвідувачів медичного закладу:

1. Визначте мету, цільову аудиторію та питання для вивчення.



Приклад збору відгуків, Центр первинної медико-санітарної допомоги «Ювілейний», м. Рівне

«Скриньки довіри» – спосіб чути потреби пацієнтів, щоб ставати кращими для них. Після того як створили сервіс «Скринька довіри», ми отримали та опрацювали пропозиції з покращення роботи нашого закладу:

- для зручності мам з дітками організували додатковий прийом лікаря-педіатра у віддаленій амбулаторії;
- відкрили кабінети долікарського огляду;
- в іншій віддаленій амбулаторії було забезпечено роботу кабінету щеплень для дітей та дорослих;
- організували зустріч мам дітей із орфанними захворюваннями з лікарями нашого закладу;
- встановили пандус для зручного під'їзду батьків з колясками до амбулаторій, які обслуговують дітей;
- відремонтували санітарні кімнати педіатричних амбулаторій;
- організували роботу кабінетів узяття крові з вени на діагностичні дослідження з 7:30 – для зручності працюючих пацієнтів та багато іншого.

Ми вдячні всім небайдужим за активність та їхні пропозиції!»

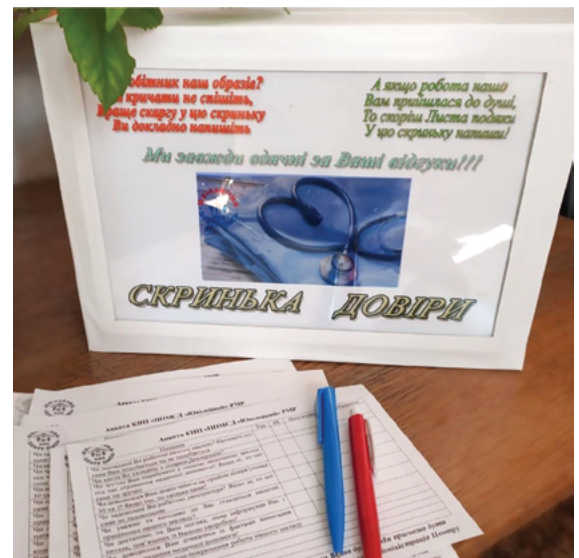


Рисунок 14. «Скринька довіри» та паперові анкети для опитування пацієнтів у ЦПМСД «Ювілейний», м. Рівне

Анкетування, що має на меті оцінювати та відстежувати задоволеність відвідувачів досвідом обслуговування в медичному закладі, варто зробити регулярним. Це дозволить зібрати базові значення, з кожним наступним опитуванням порівнювати їх у динаміці та оцінювати, чи задоволені відвідувачі змінами, що впроваджуються.

Так, у рамках гранту для 15 закладів ПМД було проведено дві хвили опитування пацієнтів – у лютому та грудні 2019 року. На прикладі Центру первинної медико-санітарної допомоги «Ювілейний» (м. Рівне) видно, як змінилися відповіді респондентів опитування (див. **Рис. 15**). Задоволеність респондентів комунікацією з лікарем у 1-й хвили коливалася від 60% до 70%, тоді як у 2-й хвили цей показник зріс до 81–96%.

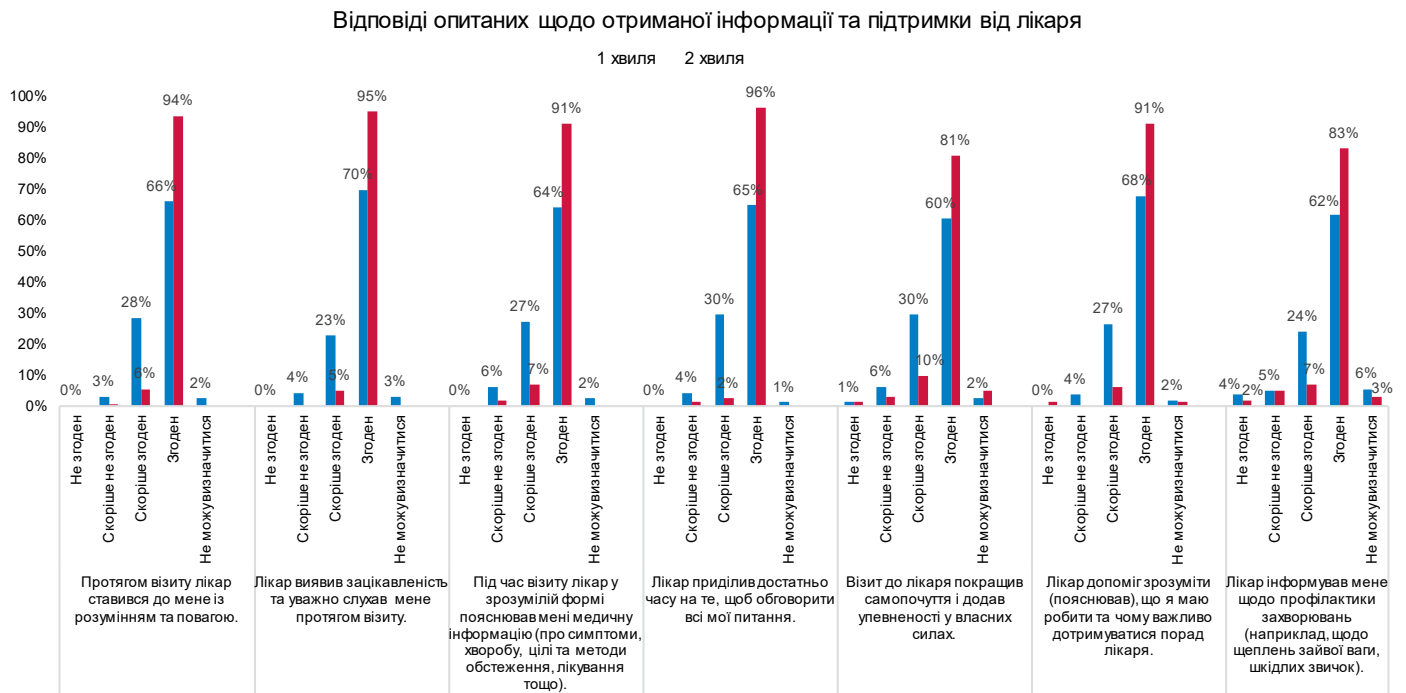


Рисунок 15. Порівняння відповідей респондентів щодо задоволеності отриманою інформацією та підтримкою від лікаря у 1-й та 2-й хвилях опитування, Центр первинної медико-санітарної допомоги «Ювілейний», м. Рівне, 2019 р.



Центр первинної медико-санітарної допомоги «Ювілейний», м. Рівне:

«За результатами першого опитування (лютий 2019 року) ми отримали показник задоволеності візитом до лікаря на рівні 62%, тоді як повторне опитування (листопад 2019 року) показало зростання цього показника до 80%. Ми переконані, що це пов'язано з постійною роботою над розвитком пацієнт-орієнтованості персоналу та покращенням сервісу»

СКАРГИ



ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ
МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ
СЕЛИДІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО

Селидівський міський центр ПМСД:

«Завдяки розширенню каналів комунікацій з клієнтами, зокрема впровадженню «Скриньок пацієнта» в амбулаторіях Центру, запуску роботи електронних опитувальників на офіційному сайті закладу, ми маємо можливість отримувати більше відгуків про роботу Центру та його працівників, а також скарг, які є дуже гарним інструментом з покращення якості надання послуг та сервісу. Завдяки колективному розгляду скарг або пропозицій, які надходять як від клієнтів, так і від працівників Центру, ми маємо можливість моніторити, які недоліки є в роботі амбулаторій та як на них можна вплинути, на що треба звернути увагу та змінити, які моменти треба ще пропрацювати.

Завдяки багаточисленним тренінгам Проекту USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я», які відвідали наші працівники, ми змінили погляд на скарги. Ми спочатку їх обговорюємо в тісному колі осіб, відповідальних за комунікацію, а потім скарги розбираються на місцях, тобто в тій амбулаторії та саме з тими працівниками, які були позначені у скарзі; через деякий час перевіряємо, чи змінилася ситуація (моніторимо, влаштовуємо перевірки) та впливаємо на ситуацію, якщо вона не змінилася у кращий бік.

Також у роботі зі скаргами ми почали дотримуватися принципу «Хвалити при всіх, лаяти наодинці». Це допомагає зберегти більш лояльні та довірчі відносини працівників з особами, які займають керівні посади, зміцнити колективний дух та уникати незручних ситуацій та конфліктів».

Як би дивно це не звучало, але скарга – це подарунок. Робота зі скаргами має свої переваги і є джерелом важливої інформації. Скарги швидко повідомляють про проблеми, порушення, незадоволення «з перших вуст». Не потрібно вишукувати проблеми самотужки – їх уже озвучено у скаргах.

Важливо реагувати на кожну скаргу.

Пам'ятайте вражаючу статистику: тільки один із 27 клієнтів²¹, отримавши негативний досвід в організації, розкаже про цей досвід самій організації (озвучить/напише скаргу). Отже, якщо ви отримуєте скаргу, помножте її на 27, і це буде реальна кількість людей, які незадоволені. Що ж роблять інші 26 клієнтів? Мовчать і ніколи не повертаються до вашого закладу або ж розповідають про свій негативний досвід знайомим, друзям та пишуть гнівні відгуки в соціальних мережах. За статистикою, про погане обслуговування від невдоволеного клієнта дізнаються 8–10 людей. А кожний п'ятий здатен розказати про це ще двадцятьом.

Але є й хороша новина: задоволені клієнти так само часто розповідають про свій хороший досвід.

Люди мовчать у самому закладі з різних причин, однією з яких є неприємний «присмак» від скарження. Тому варто створювати умови для зручного надання зворотного зв'язку – це допоможе вашому закладу постійно покращувати свою роботу.

Скарга носить «негативний» характер, але з пацієнтами, які скаржаться, потрібно працювати, адже їм не байдуже, які ви, і вони готові повідомити вам, чим незадоволені, тобто допомогти стати кращими. Як же реагувати на скарги?

²¹ Джанель Барлоу, Клаус Мьоллер. Скарга – це подарунок. Як зберегти лояльність клієнтів. Видавництво «Наш формат», 2017.

Дев'ять послідовних кроків відповіді на скарги (за Дж. Барлоу)²²

- 1 Подякуйте.
- 2 Поясніть, чому вітаєте скаргу.
- 3 Вибачтесь за помилку.
- 4 Обіцяйте вжити заходів для вирішення проблеми.
- 5 Виявіть необхідну інформацію.
- 6 Проведіть заходи з покращення.
- 7 Переконайтеся, що клієнт задоволений.
- 8 Не допускайте цієї самої помилки в майбутньому.
- 9 Не сприймайте ситуацію як критику, спрямовану саме на вас!

Наприклад, клініка Клівленда в США²³ розробила для своїх співробітників алгоритм відповіді на скарги. Англійською мовою алгоритм виглядає як акронім HEART (серце). Співробітникам зробили бейджі у формі серця, на яких написано: «Respond with H.E.A.R.T.» («Відповідай із серцем»). Бейджі нагадують персоналу, що реагувати на скарги треба привітно та щиро:

Respond with H.E.A.R.T.	Відповідай із СЕРЦЕМ
H ear the Story	Почуй історію
<i>Listen attentively</i>	<i>Уважно вислухай</i>
E mpathize	Прояви уважність
<i>«I can hear/see that you are upset».</i>	<i>«Я чую/бачу, що Ви засмучені».</i>
A pologize	Вибачся
<i>«I'm sorry, you were disappointed».</i>	<i>«Мені шкода, що Ви засмутилися».</i>
R espond to the Problem	Виріши проблему
<i>«What can I do to help?»</i>	<i>«Чим я можу Вам допомогти?»</i>
T hank Them	Подякуй
<i>«Thank you for taking the time to talk with me about this».</i>	<i>«Дякую Вам за те, що знайшли час і розповіли мені про це».</i>

²² Там само.

²³ URL: www.planetree.org.

Ми віримо, що з часом в Україні теж з'являться такі творчі приклади інструкцій для персоналу. Їх авторами можете стати ви.

Термін «управління якістю» та використання системного підходу до покращення якості наразі є досить новими для закладів первинної медичної допомоги. В цьому розділі описано методи, інструменти, поради та приклади їх застосування в медичних закладах. Але лише цих знань недостатньо. Впровадження змін у діяльність закладу потребуватиме змін всередині колективу. Це вимагатиме згуртованості, готовності до змін, відкритості до нових підходів у повсякденній роботі та більш уважного слухання пацієнтів.

Час, витрачений на управління якістю, дасть свої плоди – зробить ваш медичний заклад привабливим місцем для клієнтів та персоналу.

Рекомендуємо для читання:

RCGP, Quality improvement for General Practice. A guide for GPs and the whole practice team. – Clinical innovation and research centre pilot, version 1.0, September 2015. (<http://bit.ly/2JYW00i>).

Джанель Барлоу, Клаус Мьоллер. Скарга – це подарунок. Як зберегти лояльність клієнтів. Київ: Наш формат, 2017.

Чек-лист гарних практик

- Ваш заклад має внутрішню політику якості.
- Ваш заклад безперервно підвищує якість всіх організаційних процесів.
- У закладі є сформований опис усіх процесів, до кожного з яких визначено відповідальних осіб та показники результативності, які аналізуються регулярно для виявлення «вузьких» місць та усунення проблем.
- Ваш заклад має розроблений порядок запобігання ризиковим ситуаціям, персонал знає, як діяти в таких ситуаціях.
- У вашому закладі розроблено порядок реагування на дефекти послуг (порядок дій та коригувальні дії) для персоналу, який безпосередньо надає послуги, та осіб, які здійснюють аудит або відповідають за якість тощо.
- У закладі застосовується практика проведення внутрішніх та зовнішніх аудитів з метою виявлення потенційних або реальних ризикових ситуацій.
- Співробітники розуміють, що таке якість послуги в закладі ПМД, усвідомлюють і залучаються до процесу управління якістю.
- У закладі визначено людей, які здійснюють розробку, підтримку функціонування і постійне вдосконалення системи управління якістю.
- Кожен працівник знає та усвідомлює свої обов'язки й відповідальність, умови взаємодії та взаємозаміни в системі управління якістю.
- У закладі сформовано та регулярно працюють групи якості.
- У закладі затверджено перелік індикаторів якості, які відображають пріоритети закладу, дані за якими регулярно збираються та аналізуються.
- Заклад забезпечує та заохочує постійний безперервний процес навчання персоналу не тільки за професійними темами, а й за компетенціями: навчання навичок консультування, комунікації, партнерської взаємодії з клієнтом тощо.
- Заклад дотримується принципів доказової медицини – впроваджує клінічні маршрути пацієнта на основі міжнародних клінічних настанов.
- У закладі впроваджено інструменти збору зворотного зв'язку від пацієнтів (анкетування, QR-коди, контакт-центр, вподобайки тощо) – відгуків, пропозицій, скарг тощо, які регулярно збираються, аналізуються і слугують підставою для прийняття рішень щодо покращення якості послуг.
- У вашому закладі працює механізм збору, опрацювання скарг і реагування на них.

4. НОВІ ПІДХОДИ ДО МЕНЕДЖМЕНТУ

Сьогодні існує багато теорій, які стосуються нових підходів до менеджменту, і постійно з'являються нові. Адже організація – це система, що постійно розвивається, так само як світ і суспільство. Нові теорії виникають із потреби описати та узагальнити управлінські практики, сміливі експерименти та інноваційні ідеї. Це ще раз доводить, що не можна стати успішним менеджером, прочитавши посібники з управління. Кожному доведеться пройти унікальний шлях особистості, що складається з перемог і помилок, із успіхів та невдач, із прийняття складних рішень та безперервного навчання. Проте саме знання теорії дозволяє розвивати практику, шукати нові підходи, виконувати комплексні завдання, ставити стратегічні цілі й фокусуватися на візії та місії.

ЛІДЕРСТВО

Менеджмент та лідерство часто використовують як тотожні та взаємозамінні поняття. Проте Майкл Вест, один з керівників впливової аналітичної агенції у сфері охорони здоров'я «King's Fund», говорить про те, що *«менеджмент – це про підтримку, ресурсність та організацію щоденної роботи, тоді як лідерство створює вектор руху, злагодженість та відданість»*. Він також наголошує, що ці два поняття тісно пов'язані між собою і не варто їх розділяти, оскільки *«лідерство має бути ефективним, а менеджмент повинен включати лідерство»*²⁴.

Згоден із цією думкою також Джон Коттер, професор лідерства Гарвардської бізнес-школи, відомий автор і дослідник у сфері бізнесу, лідерства та управління змінами. Коттер наголошує, що для досягнення успіху в сучасному світі «керівнику необхідно опанувати обидві системи дій: і лідерство, і менеджмент».

У чому полягає різниця між менеджером і лідером?



Ефективний менеджер вправно керує процесами, розподіляє ресурси, мислить стратегічно, вирішує проблеми і бере на себе відповідальність. **Гарний лідер** веде за собою команду, створює умови для співпраці, довіряє своїм підлеглим і зацікавлений у їх розвитку, відкрито і чесно комунікує, забезпечує атмосферу безпеки і поваги.

²⁴ How does leadership differ from management in medicine? BMJ 2016. URL: <https://www.bmj.com/content/352/bmj.i631>.

“**Лідер «дивиться у вікно», коли організація досягає успіху, і «дивиться у дзеркало», коли стикається з проблемами.**

Джим Коллінз

“**«Управління — це вміння робити речі правильно, а лідерство — робити правильні речі»**

Пітер Друкер

Хороший керівник – це той, хто має менеджерські та лідерські навички. Хоча ці навички не є вродженими, на щастя, їх можна розвивати.

Тобто лідер відзначає роботу команди при успіхах і не привласнює заслуг лише собі, разом з тим він бере на себе відповідальність за невдачі і не перекладає вину на колег.

Пітер Друкер вважається засновником сучасної теорії менеджменту. Він є автором багатьох книг і статей, присвячених управлінню організаціями. Одна з його ключових ідей полягає в тому, що *«жодна організація не може зберігати застиглу форму, адже світ навколо невинно змінюється, і головним завданням управлінця є пристосування до цих змін, а іноді їх випередження»*.

У статті **«Кодекс ефективного керівника»**²⁵ Друкер говорить, що успішні керівники роблять те, що треба і як треба, дотримуючись восьми принципів:

Отримуйте необхідну інформацію

- 1 Запитайте: «Що потрібно зробити?»
- 2 Дізнайтеся: «Що добре для організації?»

Забезпечте контроль на всіх рівнях організації

- 7 Продуктивно проводьте зустрічі.
- 8 Думайте і говоріть «ми» замість «я».

Перетворюйте знання на дії

- 3 Розробіть план.
- 4 Беріть на себе відповідальність за прийняті рішення.
- 5 Беріть на себе відповідальність за відносини.
- 6 Концентруйтеся на можливостях, а не на проблемах.

²⁵ Про лідерство. Harvard Business Review: 10 найкращих статей. Видавництво «КМ-Букс», 2016.

²⁶ Роджерс Еверетт М. Дифузія інновацій. Видавництво «Києво-Могилянська Академія», 2009.



Медичний центр «Сім'я», м. Мукачєво:

Директор центру Євген Мешко:

«Що рухає людиною? Що спонукає її до дії? Де беруться зовнішні чи внутрішні мотиватори?»

Я маю честь працювати у крутому колективі, в команді мрії, де кожен учасник ключовий. Всі ми розуміємо, наскільки важливими є наші ролі в команді. Ми знаємо свою місію та амбітну мету, до якої рухаємось. Взаємодопомога та взаємовиручка – рідні для нас слова і значення. Як наслідок, наші успіхи чи невдачі, досягнення чи провали є результатом цього. Часом ми занепадаємо духом, іноді проскакує зневіра, коли дуже важко... Але це тимчасове, адже у нас є «dream team». Це надзвичайно мотивує і рухає нами до досягнення нових вершин.

Чи було так завжди? Певно, що ні. Процес формування команди – це безперервне явище. Хтось приходить, хтось іде, хтось змінюється, а хтось – ні.

Іноді достатньо кількох осіб, які здатні об'єднати навколо себе інших людей. Осіб, які проїняті ідеєю та мислять нестандартно, вміють довіряти та викликають довіру.

Я щиро вдячний своїм колегам, які є частинкою команди та володіють цими якостями. Не менша вдячність Проекту USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я», який змінив нас, наш світогляд, розширив компетенції, як результат – підвищив нашу спроможність та ефективність. Багато речей, про які ми ще вчора не чули, впроваджуємо сьогодні. Це дуже мотивує і надихає.

Ми навчилися мислити нестандартно, коли наші рішення не відповідають шаблону чи принципу «Так було раніше, тому ми так повинні робити». Одна із змін – це ставити собі питання «Чому»? Чому я маю подавати спотворену статистику? Чому я повинен чекати наказу МОЗ чи ДОЗ? Чому в нас немає клієнтського сервісу? І багато інших «Чому»... Команда нашого Центру постійно шукає відповіді на такі питання і знаходить дороговкази.

Розвиток нових компетенцій допоміг нам вдосконалюватися. Наприклад, ми впровадили індикатори якості, створили маркетингову стратегію та значно покращили сервіс. Ми навчились бути пацієнт-орієнтованими та відкритими до колег. Здобули тренерські навички та почали розвивати професійну спільноту сімейної медицини України».

УПРАВЛІННЯ ЗМІНАМИ

Реформа охорони здоров'я, яка зараз відбувається в Україні, – це зміна всієї системи, її процесів, зміна світогляду, поведінки надавачів та клієнтів, а, отже – всіх людей. Керівнику медичного закладу, щоб успішно впроваджувати нові ідеї та підходи у своїй організації, насамперед необхідно змінюватися самому. Не менш важливо розуміти, як відбувається процес змін і як ним можна керувати.

Як відбувається процес змін в організації та як ефективно впроваджувати нові підходи?

На це запитання допомагає відповісти **теорія дифузії інновацій**, розроблена американським соціологом Евереттом Роджерсом²⁶. Він показав *життєвий цикл сприйняття інновації* та описав групи людей відповідно до їхньої прихильності до нових ідей (**Рис. 16**).

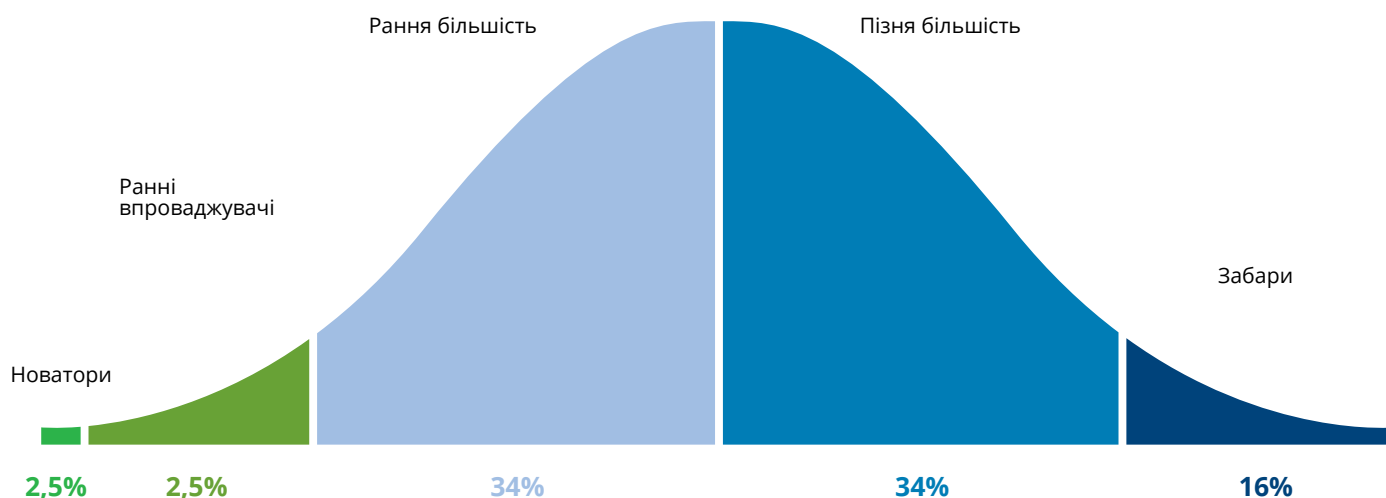
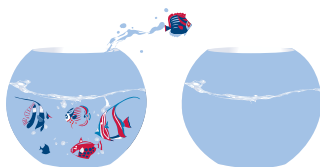


Рисунок 16. Життєвий цикл сприйняття інновацій

Розглянемо детальніше кожну з цих груп.

■ Новатори

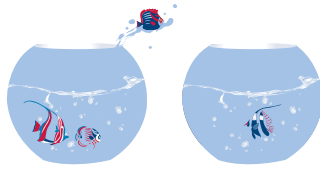
- Ризикованість
- Схильність до швидких дій
- Здатність сприймати тимчасові невдачі
- 2,5% від загальної кількості осіб у групі (колективі)



Новатори майже одержимі ризиком, їм властива схильність до швидких, сміливих ризикованих дій. Новатори готові приймати тимчасові невдачі, адже траплятимуться невдалі інновації. Вони є своєрідними «імпортерами» інновації у систему, більш широкі маси. Їх зовсім небагато (2,5%). Важливо, що це ті люди, яких не треба вмовляти або мотивувати прийняти інновацію в організації – вони готові впроваджувати нове і прогресивне.

■ Ранні впроваджувачі (шановані в колективах)

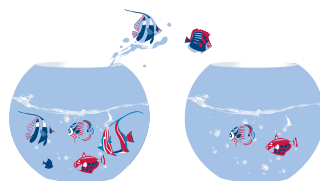
- Найвищий відсоток неформального лідерства в системі
- Взірець для наслідування іншими членами системи
- «Свої люди на місцях»
- 13,5% від загальної кількості осіб у групі (колективі)



Ранні впроваджувачі мають найбільший відсоток неформального лідерства у колективах та системах. Вважають, що перш ніж впровадити нову ідею, слід проконсультуватися саме з ними. Агенти змін прагнуть використати цю категорію впроваджувачів як «своїх людей на місцях», які пришвидшуватимуть процес дифузії. Вони слугують взірцем для наслідування для інших членів громади/колективу. Приймаючи інновацію, ранні впроваджувачі допомагають розпочати формування критичної маси, досягнення якої робить інновацію незворотною.

■ Рання більшість – помірковані

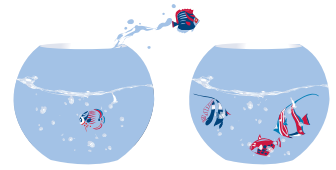
- Одна з найчисельніших груп – 34%
- Рідко мають статус неформальних лідерів
- «Нового остерігайся, а старого не тримайся»



Рання більшість – чисельна категорій впроваджувачів – на неї припадає третина усіх членів спільноти. Рання більшість може певний час зважувати рішення, перш, ніж цілком впровадить нову ідею. Період прийняття рішення щодо впровадження інновації у цій категорії довший, ніж у новаторів та ранніх впроваджувачів. Ці індивіди з обачністю наслідують приклад впровадження інновації та рідко коли ведуть вперед.

■ Пізня більшість – скептичні

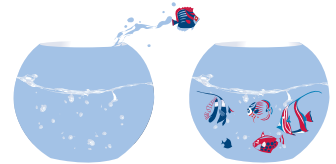
- Також дуже чисельна група – 34%
- Для впровадження ними інновація має повністю усталитися як норма
- Причина впровадження інновації – тиск з боку інших членів системи



Причиною впровадження інновації для пізньої більшості може бути як економічна необхідність, так і результат все більшого тиску з боку інших членів системи. Ставлення цієї категорії до інновації скептичне та насторожене. Ця група ніколи не буде впроваджувати інновацію, аж поки цього не зробить більшість інших членів колективу. До впровадження з боку пізньої більшості, інновація має усталитися як норма для всього колективу.

■ Забари – консерватори

- Їм не властиве неформальне лідерство
- Мають «застарілі погляди»
- З підозрою ставляться до інновацій та агентів змін
- Мають обмежені ресурси



Забари впроваджують інновацію останніми. Їм не властиве неформальне лідерство. Забари з підозрою ставляться до інновацій та агентів змін. Процес прийняття рішень щодо інновацій у цій категорії досить затяжний, а впровадження та використання значно відстають у часі від ознайомлення з ідеєю. З точки зору забар опір інноваціям може бути цілком раціональним, адже їхні ресурси обмежені й вони повинні бути певні, що нова ідея не зазнає невдачі, перш ніж вони її впровадять.

Зміни – це не одномоментна подія, а процес, який має відбуватися поетапно і потребує часу. Співробітники не завжди сприймають зміни позитивно, тому найперше, що потрібно зробити, – це створити атмосферу для усвідомлення необхідності й невідворотності змін, а для цього потрібен чесний і відкритий діалог. Крім цього, необхідно ретельно планувати зміни, оскільки це складний процес, і чіткий план та проектний підхід збільшують шанси на успіх.

Тож для успішного втілення змін у колективі зосереджуйте свою увагу на співробітниках, які входять до груп **новаторів та ранньої більшості**. Саме від їхньої активності, залученості до змін, прихильності до них залежить успішність нововведень.

Пам'ятайте: частина людей у колективі завжди буде проти, незадоволена, обурена та пасивна. Це так звані «старообрядці», які казатимуть «Ні» будь-яким інноваціям. Не зациклюйте свою увагу на них, не витрачайте сили та енергію на те, щоб їх переконати. Працюйте з активними, оптимістичними та готовими до змін людьми. Решта приєднається згодом, коли побачить гарні приклади, зрозуміє, що зміни невідворотні, та «змириться» з необхідністю вийти із зони комфорту.

Джон Коттер – найбільш відомий дослідник лідерства та змін. У 1995 році він написав книгу «Попереду змін», де виклав підсумки свого спостереження за організаціями і трансформаціями, що в них відбувались. Коттер зробив висновок, що процес змін відбувається у декілька послідовних етапів.

1

Створити атмосферу необхідності змін:

- Вивчити ринкову ситуацію, конкурентні позиції компанії.
- Виявити і проаналізувати реальні і потенційні кризи, сприятливі можливості.



2

Сформувати впливові команди реформаторів

- Об'єднати зусилля впливових співробітників, прихильників змін.
- Заохочувати діяльність учасників сформованої команди.



3

Створити бачення змін

- Створити образ бажаного майбутнього (візію) разом із працівниками.
- Розробити стратегію досягнення візії.



4

Комунікувати нове бачення іншим

- Пояснювати просто й доступно (застосовуючи метафори, аналогії, приклади нової поведінки команди реформаторів).



5

Створити умови для втілення в життя нового бачення

- Усувати перешкоди, які блокують нову поведінку.
- Змінювати структури та обов'язки, які суперечать новому баченню; заохочувати творчий підхід і готовність ризикувати.



6

Планувати і досягати короткострокових перемог

- Планувати обов'язкові перші кроки.
- Винагороджувати і пропагувати перші успіхи.



7

Закріпити досягнення та розширити перетворення

- Створювати атмосферу довіри до нових підходів.
- Проводити кадрові перестановки та поширювати успішний досвід всієї організації.



8

Закріпити зміни в корпоративній культурі

КОРПОРАТИВНА КУЛЬТУРА ОРГАНІЗАЦІЇ

Навіть якщо ви ніколи не чули, що таке **корпоративна культура**, вона існує у вашому закладі. *Корпоративна культура формується неусвідомлено всіма співробітниками, і насамперед – керівником.*

Проявом корпоративної культури є як усмішка лікаря, так і хамство адміністратора. *Ви можете свідомо розвивати ту корпоративну культуру, яка вам близька, яка базується на цінностях і допомагає втілювати вашу місію.*

Сильна корпоративна культура сприяє росту ефективності організації, а її *основою завжди є цінності та місія*. Цінності – це не просто перелік формальних правил та рекламних фраз, а практична основа для щоденної роботи. Якщо організація не дотримується власних переконань, це одразу помітно і впливає на рівень довіри до неї. Тому важливо долучати колектив до формування місії, візії та цінностей на етапі створення стратегії закладу.

Поміркуйте: яку корпоративну культуру ви хочете розвивати в своєму закладі? Що вам не подобається в наявній культурі? Що ви хотіли б змінити? Яких цінностей дотримуються ваші співробітники?



Канівський центр ПМСД:

«Для підтримки позитивної атмосфери в колективі ми виділили кімнату, де працівники в обідню перерву чи вільний час можуть відпочити, насолодитися краєвидом, випити чашку ароматної кави чи чаю, поговорити.

Для побудови довірчих відносин ми організуємо спільні поїздки, під час яких в неформальній атмосфері колеги можуть поспілкуватися поза роботою. Таким чином ми проводимо профілактику професійного вигорання.

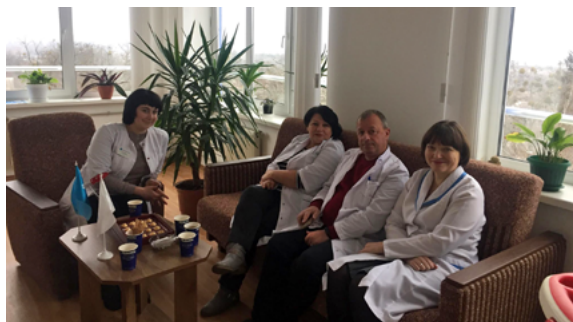


Рисунок 17. Кімната відпочинку для персоналу міської АЗПСМ Канівського центру ПМСД



Рисунок 18. Команда Канівського центру ПМСД – флешмоб до Дня вишиванки



Рисунок 19. Команда Канівського центру ПМСД – суботник перед Великоднем

Колектив центру долучається до проведення флешмобів, як от, наприклад, до Дня вишиванки чи прибирання території перед Великодніми святами.

Уже п'ять років поспіль організуємо корпоративні свята з нагоди Нового року та Дня медика. Спершу охочих було мало, проте до святкування Нового 2019 року приєдналося 92 працівники центру. Це був наймасштабніший захід, що допоміг колегам із різних підрозділів та амбулаторій познайомитися ближче та подружитися».

Корпоративна культура є головною конкурентною перевагою, яку неможливо скопіювати, адже це єдиний чинник, який можна контролювати в умовах мінливого середовища. У сучасному світі маркетингу особистостей та персональної довіри до конкретної людини – вплив мають реальні люди, що створюють робочу культуру, яку згодом обговорюють у колі друзів та родини. Ваші співробітники впливають на репутацію закладу. Тому важливо дбати про них, створювати комфортні умови роботи, приділяти увагу деталям тощо.

Перетворіть співробітників на послів вашого медичного закладу.

На чому потрібно сфокусуватися керівнику організації, щоб сформувати сильну корпоративну культуру?

Іцхак Адізес, відомий консультант з ефективності управління, виділяє шість ключових компонентів внутрішньої культури, які допомагають організації стати успішною²⁷:

1

Візія та місія²⁸

Разом із цінностями, візія та місія впливають на корпоративну культуру, адже вона має формуватися на їх основі. Місія допомагає людям зрозуміти сенс існування організації, а візія слугує «дорогоказом».

2

Цінності

Кожна організація повинна мати глибинне розуміння того, для чого вона існує. Дуже важливо, щоб цінності не були лише красивими фразами, а справді проявлялися в діях кожного співробітника.

3

Люди

Сильна корпоративна культура позитивно впливає на поведінку співробітників та образ їхнього мислення. Але гарних результатів можна досягти лише, якщо у вас працюють талановиті професіонали, об'єднані спільними цінностями.

4

Культура довіри та поваги

Довіра та повага проявляються тоді, коли кожен без остраху може висловити власну думку, коли вітається конструктивна критика. Різноманіття думок збагачує організацію і дає поштовх до розвитку.

5

Стиль лідера

Дуже часто корпоративна культура асоціюється з конкретною особистістю та її стилем управління. Справді, керівнику треба починати із себе і бути прикладом для наслідування: шанувати кожного співробітника, бути чесним із собою та командою, наполегливо працювати. Своїм стилем керівництва надихати людей, підтверджувати і зміцнювати принципи корпоративної культури.

6

Зворотний зв'язок

Зворотний зв'язок із персоналом – це спосіб підвищити гнучкість компанії, що дозволяє швидко адаптуватися та приймати рішення. А в умовах стрімких змін та невизначеності ця здатність надзвичайно важлива. Пам'ятайте, що якісний та чесний зворотний зв'язок можливий лише в атмосфері довіри та поваги.

²⁷ URL <https://adizes.me/posts/6-komponentov-korporativnoy-cultury/>.

²⁸ Більше про візію, місію та цінності дивіться у розділі «Стратегія розвитку закладу».

СТВОРЕННЯ СИЛЬНОЇ КОМАНДИ

Створення сильної команди одноступенчово неможливе без попередніх етапів – вироблення цінностей та місії організації, формування корпоративної культури, що їм відповідає. Адже цінності організації є тим ядром і фундаментом, що допомагають будувати справді ефективну та успішну організацію. Тільки тоді, коли ви будете чітко розуміти, які ваші цінності, яка місія вашої організації, ви зможете знаходити людей із подібними переконаннями і доносити

цінності до всіх співробітників через корпоративну культуру. Якщо ви хочете, щоб корпоративна культура була сталою, – добираючи нових людей, ви повинні звертати увагу, чи підтримує людина цінності організації. Це не швидкий шлях, але це те, що допоможе вам досягти успіху.

Як знайти «своїх» людей? Як зрозуміти, що людина поділяє цінності вашого закладу? Про це не написано в дипломі чи трудовій книжці. Тут допоможуть рекомендації від людей, які раніше працювали з кандидатом на посаду, або спеціальні методи проведення співбесід. Наприклад, метод проєктивних питань або кейс-інтерв'ю.



Городенківський
некомерційний
центр первинної
медичної допомоги

Городенківський центр ПМСД:

«Після тренінгу з маркетингу, комунікації та людського капіталу наш Центр переглянув процедуру найму працівників на роботу. Звісно, ми завжди раді приливу «свіжої крові», людям ініціативним, які прагнуть працювати. Але, знаючи цінності та місію нашого закладу, ми розуміємо, що якщо людина не поділяє наших поглядів та прагнень, якщо свідомо чи не дуже гальмуватиме процес розвитку та змін в закладі, то краще продовжити пошуки. Ми розробили анкету для потенційних працівників, в якій запитуємо про ставлення людини до вакцинації, періодичних медичних оглядів, вибору сімейного лікаря. Відповідно, на інтерв'ю ми можемо ставити кандидату більш специфічні питання або використовувати сценарії та кейси різних ситуацій, що можуть виникнути у роботі. Це дало змогу краще зрозуміти цінності людини, її світогляд, мотивацію, ставлення до людей та праці, відкритість до нових ідей. Тобто на фінальному етапі рекрутингу ми вже чітко бачимо, чи наша це людина».

Також важливо підтримувати розуміння цінностей у співробітників, які вже працюють у вашому закладі (особливо якщо відбулися зміни у стратегії). Тому при кожній нагоді обговорюйте цінності з колегами. Якщо керівник сам є носієм цінностей організації, створює атмосферу поваги та довіри, докладає зусиль для згуртування команди, то це саме транслюватимуть співробітники у своїй комунікації – і робочій, і персональній. Команда об'єднується навколо лідера. Роль керівника в командній роботі неможливо переоцінити.



ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ
МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ
М. КРИВОГО РОГУ

Центр ПМСД № 4, м. Кривий Ріг

Анжеліка Логінова, головний лікар:

«Очоливши центр у 2011 році, я дуже хотіла змінити принципи управління в системі охорони здоров'я, в тому числі надання медичної допомоги, зробити наш медичний заклад кращим для пацієнтів, не забуваючи про комфорт та благополуччя медичних працівників. Тому в нашу команду ми шукали насамперед однодумців: розумних, чесних, відкритих, активних, вмотивованих оптимістів, які мають велике бажання працювати, постійно навчатись та вдосконалюватись, не бояться змін та з любов'ю ставляться до людей.

Коли я приймаю працівників у команду, спираюсь на власну думку та відчуття, не боюсь конкуренції з боку підлеглих, навпаки, підтримую їх розвиток та підкреслюю досягнення, приділяю багато часу навчанню своїх помічників, їхній участі у тренінгах. Обидва мої заступники з медичної частини отримують другу вищу освіту в менеджменті.

Крім того, заклад є базою для навчання лікарів-інтернів, що дозволяє «вирощувати» кадри і ще до початку роботи лікарем залучити їх до життя колективу, його цінностей та корпоративної культури. Так ми вже зростили одного заступника головного лікаря та вісім керівників підрозділів.

Вважаю дуже важливим власний приклад (вимоглива спочатку до себе, потім – до інших, терпляче ставлюсь до помилок).

Велику роль в колективі відіграють дружні стосунки: це повага, взаєморозуміння та підтримка кожного.

Грунтуючись на вищесказаному, випрацьовуємо адміністративною командою стратегічні напрями розвитку, розробляємо разом з керівниками підрозділів та активними представниками колективу шляхи, методи, ресурси їх впровадження, обговорюємо напрацьоване в підрозділах зі всіма працівниками і впроваджуємо зміни. Це один з головних факторів успіху впровадження змін в колективі – коли кожен працівник відчуває свою причетність до змін, що відбуваються.

Я пишаюся нашим колективом! Кожен працівник нашого Центру знаходиться на своєму місці та робить важливий внесок у загальний успіх».

МОТИВАЦІЯ ПЕРСОНАЛУ

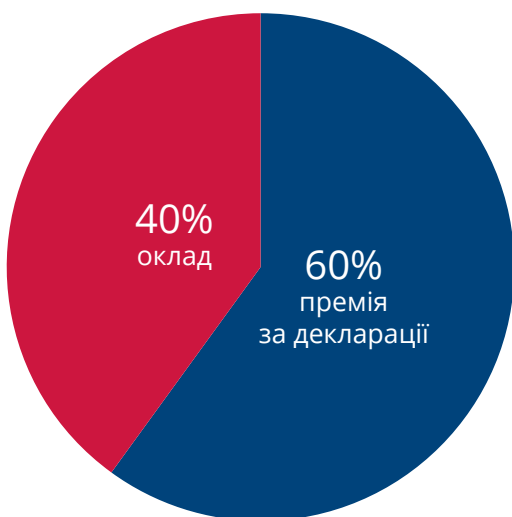
Все, про що йшлося вище: корпоративна культура, заснована на цінностях, атмосфера довіри, безпечне середовище для всіх співробітників, сприяння їх розвитку, повага, підтримка та визнання успіхів – усі ці фактори позитивно впливають на мотивацію персоналу і не потребують додаткових коштів.

Розрізняють **фінансову** та **нефінансову мотивацію**. Найбільш ефективним рішенням для керівника є їх поєднання в управлінській діяльності.

До **фінансової мотивації** відносять заробітну плату, грошові винагороди та премії. Вона, безсумнівно, є базовою. Система оплати праці в організації – це важливий управлінський інструмент. В умовах реформування охорони здоров'я та зміни моделі фінансування у керівників закладів ПМД з'явилася можливість впливати на цей процес.

Після старту реформи ПМД більшість закладів перейшли на оплату праці медичної команди, базуючись на кількості укладених декларацій. У 2018 році це був дуже правильний та виправданий підхід, адже важливо було якнайшвидше

ДО впровадження оплати за виконання індикаторів якості



ПІСЛЯ впровадження оплати за виконання індикаторів якості



Рисунок 20. Зміна підходів до оплати праці лікаря/команди ПМД у ході втілення реформи

провести приписну кампанію, мотивувати лікарів активно працювати з населенням щодо укладення декларацій.

Проте у 2019 році більшість закладів ПМД досягли максимального рівня укладених декларацій. Медичні команди набрали свої ліміти і вже не докладали додаткових зусиль, щоб отримати максимальну фінансову винагороду. Таким чином, фінансовий стимул за кількість підписаних декларацій перестав бути мотивуючим.

Очевидно, що оплата праці має відповідати якості роботи. Для цього необхідно запроваджувати індикатори якості і, відповідно, змінювати систему нарахування заробітної плати і премій. Тому радимо ще раз переглянути систему фінансової мотивації у вашому закладі.

У **Додатку 5** наведено приклади індикаторів якості, які, на наш погляд, є найбільш актуальними, адже дозволяють побудувати систему збору достовірних даних.

Рекомендуємо при запровадженні індикаторів якості спершу дотримуватися такого розподілу доходу лікаря/команди ПМД:

- 40% – сталий оклад;
- 40% – доплата/премія за кількість декларацій;
- 20% – доплата/премія за виконання індикаторів якості.

З часом, коли дотримання певних індикаторів якості увійде у щоденну культуру роботи персоналу й не потребуватиме постійного контролю та мотивації, доцільно переглянути структуру доходу в бік збільшення частки сталого окладу (60%–20%–20%).

Важливо враховувати, що більшу частину має становити незмінна частка оплати праці, а меншу – змінна. Так ви зможете гарантувати своїм співробітникам відчуття безпеки і забезпечите їхні базові потреби, тоді лікар думатиме про пацієнта, а не гнатиметься за виконанням показників.

Для полегшення розрахунків заробітної плати у разі запровадження індикаторів якості в закладі ПМД Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» розробить відповідний електронний інструмент, який буде розміщено на веб-сайті <http://healthreform.in.ua/>.

До **нефінансової мотивації** належать вже названі вище фактори: підтримка атмосфери довіри на роботі, безпечне середовище, сприяння розвитку співробітників, повага, підтримка та визнання успіхів. Крім того, важливими складовими нематеріальної мотивації є можливість професійного розвитку, позитивний зворотний зв'язок, визнання, похвала, залученість до прийняття рішень, спільні святкування тощо.



Шепетівський Центр
первинної медико-санітарної
допомоги

Шепетівський центр сімейної медицини:

«Ми докладаємо зусиль, щоб працівники нашого Центру були щасливі і вмотивовані. Керівнику Центру притаманний демократичний стиль управління, і більшість важливих рішень приймаються колегіально. Наприклад, нещодавно було обрано нового медичного директора. Для цього ми провели анонімне опитування персоналу і запитали думку колег щодо найкращого кандидата. Як результат, медичним директором стала людина, яка користується повагою у колективі.»

Для підвищення командного духу ми організуємо поїздки та святкування за рахунок підприємства. Також оплачуємо відвідування місцевого басейну.

Важливим фактором мотивації є можливість навчання. Для цього також передбачаємо кошти у бюджеті. Крім того, ми постійно проводимо внутрішні тренінги та семінари, де колеги можуть поділитися набутими знаннями і навичками.

Не менш важливими є комфортні умови праці. Ми проводимо ремонти в амбулаторіях і забезпечуємо зручні робочі місця з сучасним медичним обладнанням, кондиціонерами, кулерами для води, надійним інтернет-зв'язком. Для обслуговування населення у віддалених куточках нашого району і для того, щоб полегшити це завдання лікарям, ми придбали нові автомобілі».



ВОЗНЕСЕНСЬКИЙ МІСЬКИЙ
ЦЕНТР ПМСД

Вознесенський центр ПМСД:

«За ініціативою керівництва Центру для усіх працівників було придбано два комплекти одягу (медичний костюм та халат). Колір виробів підбирався відповідно до фірмового стилю Центру. Ми вирішили не купувати вже готові моделі стандартних розмірів, оскільки для нас важливо, щоб одяг був зручним і подобався людям. Процес виготовлення складався з декількох етапів:

- обговорили можливі варіанти та вирішили, що кожен працівник сам обере модель, яка йому до вподоби;
- зробили індивідуальні заміри всіх співробітників.

В результаті кожен отримав той халат і костюм, який підходить саме йому.

Турбота про людей та створення комфортних умов на роботі потребують уваги до деталей, врахування індивідуальних особливостей працівників, їхніх потреб та побажань. Такі, здавалося б, прості і зрозумілі речі допомагають підтримувати позитивну атмосферу в колективі та позитивно впливають на мотивацію».

Перш, ніж впроваджувати нові рішення та ідеї щодо мотивації, запитайте у своїх колег, що їм потрібно і що для них важливо. Можете провести анонімне опитування або поставити «Скриньку ідей та пропозицій». Слідкуйте за тим, щоб це не стало просто формальністю: постійно відстежуйте зміни в настрої колективу, будьте поблажливі до помилок, заохочуйте активних учасників цього процесу.



Балтський центр
первинної медико-
санітарної допомоги

Балтський центр ПМСД:

«Перше опитування серед співробітників ми провели ще у 2017 році. Кожен працівник написав про три позитивні моменти в роботі (що подобається) та три негативні моменти (що не подобається). Згодом ми удосконалили форму анкет та додали запитання про задоволеність графіком та умовами роботи, оплатою праці, цікавилися, чи порадили би співробітники роботу в нашому Центрі своїм знайомим. Цікавилися, чи задоволені комунікацією з керівником та підтримують запроваджені ініціативи. Опитування завжди були анонімними, їх пройшли всі категорії персоналу – від санітарки до керівного складу.»

Одна зі скарг, яку висловили колеги, – в закладі відсутнє місце для обіду. Як результат, керівник почув це прохання та виділив кошти на облаштування кімнати-їдальні.

Також працівники Центру були незадоволені тим, що мали купувати медичні халати за власний кошт. Тож у березні 2018 року халати з логотипом закладу були закуплені для працівників амбулаторій за кошти, які виділила міська рада. Згодом ми придбали халати для всіх співробітників у рамках грантової програми розвитку центрів передового досвіду на рівні ПМД».



Рисунок 21. Їдальня для персоналу
в міській АЗПСМ Балтського центру ПМСД

ПОСИЛЕННЯ РОЛІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ

Медичні сестри є основою будь-якої ефективної системи охорони здоров'я. Вони відіграють важливу роль у наданні своєчасних та якісних медичних послуг, що має особливе значення в час змін, яких нині зазнає галузь.

У багатьох країнах середній медичний персонал (медичні сестри/брати, акушери) – це високо-

кваліфіковані фахівці, які вирішують поточні та майбутні проблеми пацієнтів пліч-о-пліч і на рівні з лікарями загальної практики, і це вітається пацієнтами. Зокрема у Великій Британії довіра до медичних сестер навіть більша (94%), ніж до лікарів (91%)²⁹. ВООЗ також приділяє велику увагу ролі медсестринства в системі охорони здоров'я та стандартизації освіти для середнього медичного персоналу³⁰.

У світовій практиці виділяють десять компетенцій медичної сестри/брата^{31,32} (Рис. 22):



Рисунок 22. Десять компетенцій медичної сестри/брата³³

²⁹ Veracity index 2017. Ipsos MORI: <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2017-11/trust-in-professions-veracity-index-2017-slides.pdf>.

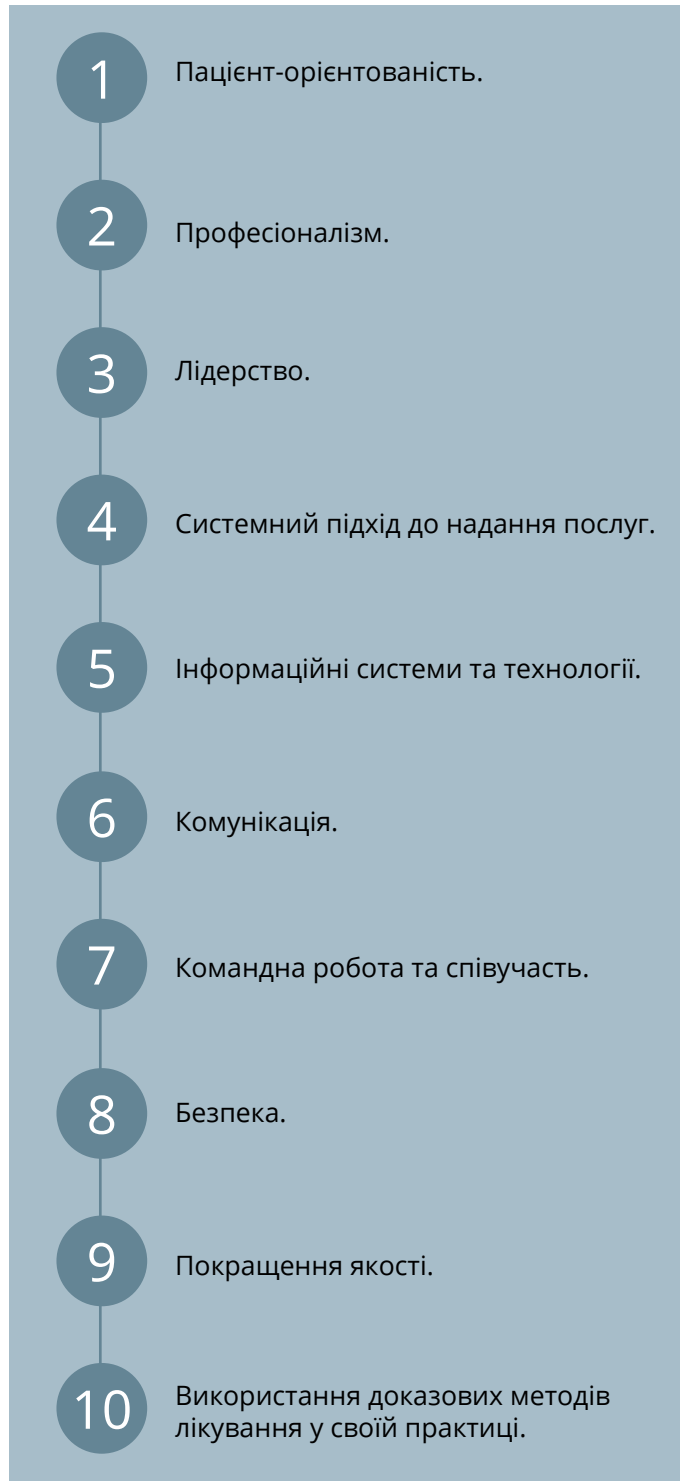
³⁰ WHO: Global standards for the initial education of professional nurses and midwives. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44100/WHO_HRH_HPN_08.6_eng.pdf?sequence=1.

³¹ PubMed – Essential professional core competencies for nurses, 2010. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20878605>.

³² Tottori University Medical Press – Nursing Competency: Definition, Structure and Development, 2018. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5871720/>.

³³ Maine Nursing Core Competencies, 2016. URL: https://www.mass.edu/nahi/documents/NOFRNCompetencies_updated_March2016.pdf

У центрі всіх компетенцій є професійні знання – медична освіта і навички надання медичних послуг, які доповнюються ще десятьма компетенціями, такими як:



За всіма цими компетенціями у медичних сестер/братів повинні бути знання, відповідне ставлення і навички.

В Україні професія медичної сестри вже вийшла за рамки «молодшого спеціаліста з медичною освітою» – в країні вже давно готують фахівців з медсестринства рівня повної вищої освіти (бакалавра і магістра). Проте неможливо заперечувати наявність системних проблем³⁴, серед яких:

- **суттєве зменшення кількості медичних сестер, які працюють у лікувальних закладах:** щорічно темпи приросту медичних сестер негативні;
- **структурні та гендерні диспропорції в розподілі медичних кадрів:** лише 12% медичних сестер працюють у сільській місцевості, понад 90% середнього медичного персоналу – жінки;
- **мала роль медичних сестер у наданні медичних послуг:** нормативні документи щодо посадових інструкцій обмежують перерозподіл обов'язків від лікарів до медичних сестер;
- **відсутність чітких стандартів медсестринства, визначення та розподілу функціональних обов'язків між медсестрами різних рівнів освіти (спеціаліст, бакалавр, магістр).**

Для забезпечення якісного надання ПМД та ефективного використання ресурсів украї важливо посилити роль медичних сестер, зробити їх рівноправними учасниками команди «сімейний лікар – медична сестра». Зокрема, доцільно запроваджувати роздільний прийом пацієнтів лікарем та медичною сестрою.

Це дозволить забезпечити конфіденційність консультацій, більш ефективно використання часу лікаря, розвантаження його від обов'язків, які може виконувати медична сестра самостійно.

МОЗ України розуміє важливість цих змін. Саме тому 2020 рік визначено роком медсестринства в Україні, впродовж якого планується запровадити необхідні зміни в законодавстві та нормативних актах з урахуванням міжнародних підходів та світових

³⁴ Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні. Ситуаційний аналіз / Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2019. URL: <https://www.skeptic.in.ua/wp-content/uploads/HRH-situational-analysis-2019.pdf>.

практик для повноцінної реалізації нової моделі надання медичних послуг медичною сестрою/братом, а саме³⁵:

- стандартизувати функції та обов'язки медсестр з урахуванням рівня освіти;
- провести реформу освіти медсестринства (з акцентом на розширення клінічної та практичної підготовки);
- посилити роль медичної сестри через суттєве розширення її повноважень;
- покращити умови праці, формування сучасного та безпечного робочого простору;

- розробити і впровадити ефективну державну політику із залученням медичних сестер до процесів прийняття рішень.

Попри наявні обмеження, учасники грантової програми вже почали змінювати старі практики відносин «медична сестра – лікар» у наданні ПМД та запровадили роздільний прийом лікарем та медичною сестрою, оскільки вже зараз медична сестра може робити самостійно (після попереднього проходження навчання з удосконалення необхідних навичок) такі види роботи, як консультування з різних тем, скринінговий огляд перед візитом до лікаря та повторний огляд – перевірка стану пацієнта через певний проміжок часу.



Центр первинної медико-санітарної допомоги «Ювілейний», м. Рівне:



Рисунок 23. Медична сестра під час прийому (Центр первинної медико-санітарної допомоги «Ювілейний»)

«Велику увагу ми приділяємо посиленню ролі медичних сестер у наданні ПМД. Зокрема, ми провели перехресне навчання середнього медичного персоналу на робочих місцях, що дало змогу покращити якість роботи кабінетів долікарського огляду та збільшити ефективність використання робочого часу лікаря через високу професійність усіх медичних сестер ПМД. Плануємо все більше медичних сестер залучати до самостійного прийому пацієнтів. Завдяки систематичному розвитку медичних сестер ми почали отримувати позитивні відгуки від клієнтів після відвідування ними кабінетів долікарського огляду: «Висловлюю подяку медсестрам кабінету № 419 за людяність, уважне ставлення та професіоналізм». Такі відгуки свідчать про високий результат навчання і правильність рішення посилювати роль медичної сестри».

³⁵ Офіційний сайт МОЗ України. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/rik-medsestrinstva-v-ukraini>.



ЖИТОМИРСЬКИЙ ЦЕНТР
ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ
ДОПОМОГИ

Житомирський центр первинної медичної допомоги:

«Одним із напрямів розвитку медицини ми вбачаємо підвищення ролі та авторитету медичної сестри в наданні медичних послуг населенню. У червні 2019 року спільно з Житомирським інститутом медсестринства ми розробили пілотний курс тематичного удосконалення професійних навичок медичних сестер. Програму навчання було розроблено спеціально під потреби нашого Центру, вона включала практичні навички, зокрема:

- стандарти медсестринського догляду (згідно з Європейським регіональним Бюро ВООЗ);
- способи уникнення конфліктів та управління ними у практичній діяльності сімейних медичних сестер;
- спостереження і догляд за пацієнтами;
- удосконалення практичних навичок медичних маніпуляцій;
- медична інформатика;
- невідкладна медична допомога.

Навчання проходило поетапно та охопило всіх медичних сестер Центру. Наприкінці вересня 2019 року на базі однієї з амбулаторій ми запровадили роздільний прийом лікарем та медичною сестрою. Цьому передувала величезна робота адміністрації Центру, працівників амбулаторії та контакт-центру, адже ми очікували, що клієнти будуть звертатись по допомогу. Звичайно, перед таким важливим кроком провели наради зі співробітниками, адже хотіли почути думку кожного та зважити всі ризики.

Очікувано, не всі працівники з ентузіазмом сприйняли зміни. Але більшість постановила: «Роздільному прийому – бути!» Після місяця тестової роботи провели опитування працівників амбулаторії, щоб дізнатися їхню думку про нововведення. Найбільше задоволені нововведенням медичні сестри, оскільки зріс їхній авторитет в очах пацієнтів.

«Ще кілька років тому більшість медичних сестер почувалися наче роботи, які лише виконують доручення лікаря, – виміряти тиск, виписати рецепт, внести медичні записи. Сьогодні колеги чітко усвідомлюють, що медичні сестри – невід'ємний елемент процесу надання медичної допомоги, причому – самостійний, не залежний від лікаря. Це, безумовно, мотивує кожну медичну сестру підвищувати свій професійний рівень та бути готовою брати на себе відповідальність», – каже Олена Гріділь, старша медична сестра.

Власне, це та мета, яку ми і переслідували, адже вважаємо, що персонал повинен бути не тільки задоволений робочим місцем, рівнем оплати праці, а й відчувати свою необхідність, важливість своєї роботи.

Лікарі ж відзначили, що прийом пацієнтів став більш результативним, оскільки пацієнти потрапляють на прийом більше «підготовленими», з виконаними аналізами та звертаються з питаннями, які справді стосуються лікаря. Також працівники амбулаторії відзначили, що значно зменшились черги. Вдалий досвід такого тестового роздільного прийому ми поступово поширили на решту амбулаторій. Практично ідентичні відгуки персоналу про роздільний прийом надходили і з інших амбулаторій. Вже з початку 2020 року роздільний прийом запроваджено в усіх амбулаторіях Центру».



Рисунок 24. Медична сестра під час навчання

ОПЕРАЦІЙНЕ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ

Як вже йшлося в розділі «Стратегія розвитку закладу», кожен заклад розробляє детальний операційний план – перелік заходів для виконання місії та досягнення стратегічних цілей та візії.

Операційний план – це інструмент операційного управління та відстеження результативності роботи закладу. Операційний план повинен бути «живим інструментом», який не лежить на полиці у керівника, а з яким керівник постійно працює: регулярно (не рідше ніж раз на квартал) відстежує виконання запланованих заходів та поставлених цілей через отримання регулярної звітності від відповідальних осіб, моніторингові візити тощо. Тільки постійний моніторинг та оцінка дозволять впливати на розвиток та успішність організації, а також на досягнення поставлених стратегічних цілей.

Важливим інструментом для моніторингу результативності закладу є **план моніторингу та контролю**. Саме в цьому плані описується порядок, за яким проводиться моніторинг та контроль виконання запланованої діяльності та цілей закладу.

План моніторингу та контролю – це документ, який містить:

- перелік та опис основних індикаторів та їхніх цільових показників, за якими буде оцінюватись результативність закладу загалом;

- порядок збору, верифікації даних, звітності, перелік відповідальних осіб;
- процес проведення моніторингових візитів;
- типові форми основних інструментів збору даних, звітності та проведення моніторингових візитів.

Хоча план моніторингу є самостійним документом, він розробляється в тісному зв'язку зі стратегічним та операційним планами.

Кожен вид діяльності закладу, кожен захід може бути оцінено за допомогою індикаторів (показників результативності). В інших розділах йде мова про індикатори якості, показники фінансової стійкості тощо. Кожен захід операційного плану також може мати свій індикатор.

В розділі «Управління якістю» розглянуто рівні індикаторів за А. Донабедяном. Саме їх, як правило, застосовують для оцінки якості в системі охорони здоров'я.

Разом з тим існує інша класифікація рівнів індикаторів, яка притаманна операційному менеджменту (оцінка результативності проектів/організацій тощо).

Важливо розуміти, що третій рівень індикаторів триади А. Донабедяна (Результати) об'єднує в собі три останні рівні індикаторів в операційному менеджменті (Проміжні результати, Кінцеві результати та Вплив) (**Рис. 25**).

Рівні індикаторів за А. Донабедяном



Рівні індикаторів в операційному менеджменті

Рисунок 25. Рівні індикаторів в операційному менеджменті

Далі наведено більш детальний опис п'яти рівнів індикаторів в операційному менеджменті:

Індикатори **ресурсів (Input)** – це те, що ми витрачаємо (використовуємо) для провадження діяльності (фінанси, кадри, будівлі тощо).

Наприклад: «Кількість необхідних медичних сестер, лікарів», «Кількість необхідного обладнання» тощо.

Індикатори **процесу (Process)** – це заходи, які ми робимо в рамках реалізації операційного плану (заходи, події, послуги, операції тощо).

Наприклад: «Кількість проведених консультацій», «Кількість проведених навчальних заходів» тощо.

Індикатори **проміжного результату (Output)** – це те, на що спрямовані наші заходи (проліковані, обстежені, навчені)

Наприклад: «Кількість навчених лікарів», «Кількість пролікованих пацієнтів», «Кількість дітей, які отримали щеплення».

Індикатори **кінцевого результату (Outcome)** – це результат зміни навичок, поведінки. Вимірюється у відносних значеннях (частка, відсотки).

Наприклад: «Відсоток дітей, які отримали щеплення, серед усіх задекларованих дітей» (зміна поведінки батьків), «Відсоток жінок, які використали презерватив при останньому статевому контакті з непостійним партнером» (зміна поведінки), «Відсоток лікарів, які використовують у своїй практиці міжнародні клінічні настанови» (зміна поведінки).

Індикатори **впливу (Impact)** – це вже рівень епідеміологічного впливу: рівень захворюваності, смертності, інфікованості.

Наприклад: «Рівень захворюваності на кір», «Рівень смертності від онкологічних захворювань».

Заклади ПМД працюють на перших чотирьох рівнях: ресурсів (індикатори фінансової стійкості), процесу (індикатори проведення заходів), проміжних результатів (люди, охоплені заходами/послугами) та кінцевого результату (зміна знань, навичок, поведінки). Індикатори якості, описані раніше, розміщено на рівні проміжного та кінцевого результатів.

На показники впливу діяльність закладів ПМД впливає опосередковано: своєю діяльністю вони роблять внесок у ці показники, але результат не можна прямо пов'язати з діяльністю закладів ПМД, оскільки на ці індикатори впливають також багато інших факторів та сторін.

Які ж індикатори вибрати для включення до плану моніторингу?

Насамперед індикатори повинні бути чітко пов'язані зі стратегічними цілями та операційним планом, а також відповідати принципам SMART³⁶.

План моніторингу може і повинен включати індикатори перших чотирьох рівнів. Індикатор нижчого рівня впливає на виконання індикаторів більш високого рівня. Тому, маючи індикатори чотирьох рівнів, можна відстежити ланцюжок впливу та виявити, на якому рівні щось не спрацювало і що треба змінити/покращити для досягнення основної мети.

Індикаторів не має бути багато. Варто включати тільки ті, які справді переконливо покажуть результативність закладу.

Кожен індикатор повинен мати свій паспорт, тобто детальний опис, який включає назву індикатора, його мету, як він вимірюється та обчислюється (чисельник, знаменник), методи збору та джерела даних (наприклад, медична інформаційна система, анкетування, дослідження тощо), періодичність збору даних, тип індикатора (накопичувальний, за період, тощо), відповідального за збір та звітування, цілі для кожного звітного періоду.

Таблиця індикаторів повинна включати:

1

Перелік індикаторів та цілей до:

- стратегічних напрямів;
- основних завдань;
- ключових заходів/ресурсів.

Цілі ставляться для кожного звітного періоду (наприклад, кварталу, півріччя, року).

2

Опис кожного індикатора.

3

Тип індикатора.

4

Періодичність збору.

5

Початкове значення.

6

Відповідального за збір даних та звітування.

³⁶ Детальніше у розділі «Стратегія розвитку закладу».

На основі таблиці індикаторів розробляється звітна форма, яку відповідальні особи заповнюють кожен звітний період.

Важливо мати окремого працівника, який постійно відповідатиме за моніторинг, проводитиме збір, верифікацію та аналіз даних щодо результативності закладу та виноситиме результати на обговорення колективу.

Приклади шаблонів таблиці індикаторів та паспорту індикатора див у **Додатку 7**.

За результатами моніторингу та виконання операційного плану керівник, групи якості, спостережна або інші ради можуть внести зміни до плану з метою найбільш ефективного та реалістичного досягнення місії та візії.

КОЛЕГІАЛЬНІ ОРГАНИ В УПРАВЛІННІ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Застосування колегіальних форм управління та підтримки в закладах охорони здоров'я сприяє підвищенню прозорості діяльності державних та комунальних медичних закладів.

Закон передбачає можливість створення різних управлінських та консультативно-дорадчих органів. Коротко про кожен з них піде мова далі.



Рисунок 26. Форми колегіальних органів, які здійснюють корпоративне управління або громадський контроль за діяльністю закладів охорони здоров'я

Наглядова рада

Орган корпоративного управління державними та комунальними підприємствами (Господарський кодекс України³⁷). Умови, порядок створення, функції та склад наглядових рад при комунальних некомерційних підприємствах належать до повноважень територіальних громад, які є власниками цих підприємств (тобто місцевих рад). Основна їхня роль полягає в контролі та спрямуванні діяльності керівника підприємства.

Повноваження наглядової ради визначаються в статуті Підприємства. По суті, власник делегує наглядовій раді частину своїх повноважень з управління та нагляду за діяльністю підприємства.

Прикладами типових повноважень наглядових рад є погодження істотних правочинів, оперативний нагляд за виконанням фінансового плану, попереднє погодження проекту фінансового плану та звітів про його виконання, аналіз управлінських рішень керівника.

Спостережна рада

Наглядовий орган, створення якого є правом закладів ПМД та обов'язком закладів охорони здоров'я, що надають медичну допомогу вторинного та третинного рівнів (ст. 24 Основ законодавства України про охорону здоров'я³⁸) і бажають укласти договір про медичне обслуговування з Національною службою здоров'я України.

Створення спостережної ради при закладі охорони здоров'я також належить до повноважень власника.

Метою діяльності спостережної ради є сприяння реалізації права громадян на участь в управлінні охороною здоров'я. Склад спостережної ради включає представників громадськості, місцевих органів самоврядування, органів державної влади і власника, що дає змогу забезпечити конструктивний діалог для розвитку закладу.

Спостережні ради утворюються за процедурою, визначеною Порядком утворення спостережної ради закладу охорони здоров'я, та діють на підставі

Типового положення про спостережну раду закладу охорони здоров'я, які затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1077.

Спостережна рада розглядає питання щодо:

- дотримання прав і забезпечення безпеки пацієнтів;
- дотримання вимог законодавства при здійсненні медичного обслуговування населення закладом охорони здоров'я;
- фінансово-господарської діяльності закладу охорони здоров'я.

Опікунська рада

Громадський консультативно-дорадчий орган, який створюється керівником закладу з метою сприяння діяльності закладу, залучення додаткових ресурсів, благодійної допомоги, захисту прав пацієнтів тощо.

Наказ МОЗ від 23.02.2014³⁹ № 517 затверджує Примірне положення про опікунську раду, в якому визначено порядок її діяльності, права та обов'язки. Важливою відмінністю опікунської ради від наглядової та спостережної є те, що вона створюється керівником закладу та підзвітна йому. Відповідно, в ній найменше виражено контролюючі функції.

Тринадцять із п'ятнадцяти закладів ПМД-учасників грантової програми створили спостережні ради, також два заклади ПМД створили опікунські ради. Нижче наведено переваги спостережних рад при закладах ПМД, які формуються за умови правильно побудованих процесів та підготовлених членів ради.

ДЛЯ ВЛАСНИКА ЗАКЛАДУ:

- Налаштування послуг ПМД під потреби людей.
- Урахування немедичних потреб (сервісна складова).

³⁷ Господарський кодекс України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/436-15>.

³⁸ Основи законодавства України про охорону здоров'я (ст. 24). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.

³⁹ URL: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20140723_0517.html.

- Розробка нових послуг, координація: ПМД як основна база медичної допомоги громади.
- Прозорість процесів управління, підвищення довіри з боку населення і персоналу ПМД.
- Прийняття більш збалансованих управлінських рішень, зменшення кількості помилок.
- Отримання зовнішньої думки щодо управління закладом (крім керівництва ПМД).
- Поділ відповідальності за прийняті рішення.
- Поліпшення підґрунтя для діалогу з керівником.
- Підтримка дій і залучення громади до виконання (додаткові ресурси).
- Підвищення ефективності діяльності закладу.

ДЛЯ КЕРІВНИЦТВА ЗАКЛАДУ:

- Формування підтримки громади.
- Захист правильних рішень і суспільний тиск на власника діяти в інтересах громади.
- Прийняття більш збалансованих управлінських рішень, зменшення кількості помилок.
- Поділ відповідальності за прийняті рішення (в т. ч. щодо закупівель).
- Захист закладу і керівництва при проведенні перевірок.
- Захист закладу і керівництва від свавілля чиновників різного рівня.
- Зменшення ризиків і наслідків авторитарного управління з боку представника/ів власника.
- Підтримка дій і залучення громади до виконання різних заходів (додаткові ресурси).
- Залучення до вирішення питань громадського здоров'я.
- Гарантування стабільності в роботі.

СІМ КРОКІВ СТВОРЕННЯ СПОСТЕРЕЖНОЇ РАДИ

1

Рішення ВЛАСНИКА про:

- створення спостережної ради;
- визначення персонального складу комісії (3–5 осіб);
- затвердження положення про спостережну раду;
- делегування повноваження затвердити склад ради (опція).

2

ВЛАСНИК повідомляє листом органи влади та місцевого самоврядування.

Розміщує повідомлення на офіційному веб-сайті.

3

ВЛАСНИК збирає інформацію щодо кандидатів

(10 днів від дня одержання листа органами влади та місцевого самоврядування. 10 днів від дня розміщення на веб-сайті для громадськості).

4

Рейтингове голосування за кандидатів від громадськості (якщо кандидатів більше восьми).

5

КОМІСІЯ перевіряє кандидатів на відповідність вимогам та подає пропозиції щодо складу спостережної ради.

6

ВЛАСНИК або уповноважений орган затверджує склад спостережної ради.

7

Перше засідання СПОСТЕРЕЖНОЇ РАДИ.



Олешківський центр первинної медико-санітарної допомоги:

«На етапі створення спостережної ради найважче – це залежність від власника у прийнятті цього рішення. Виникла затримка із затвердженням Положення про спостережну раду через перенесення термінів проведення чергової сесії районної ради, на що ми не могли вплинути.»

До складу спостережної ради увійшли представники громадськості та депутати. Ми вже маємо перші позитивні результати нашої співпраці. Наприклад, завдяки підтримці членів спостережної ради з числа депутатського корпусу було затверджено тарифи на платні послуги на сесії районної ради. Таким чином, в особі членів ради ми отримали новий канал комунікації з населенням та власником».

Рекомендуємо для читання:

Пітер Ф. Друкер. Ефективний керівник. Видавництво «КМ-Букс», 2016.

Про лідерство. Harvard Business Review: 10 найкращих статей. Видавництво «КМ-Букс», 2016.

Джим Коллінз. Від хорошого до величного. Видавництво «Наш формат», 2017.

Роджерс Еверетт М. Дифузія інновацій. Видавництво «Києво-Могилянська Академія», 2009.

Джон Коттер. Впереді перемен. Как успешно провести организационные преобразования. Издательство «Альпина Паблишер», 2019.

Ицхак Адизес. Размышления о менеджменте. Издательство «Манн, Иванов и Фербер», 2019.

Світлана Іванова. Мистецтво добору персоналу. Як оцінити людину за годину. Видавництво «Моноліт-Bizz», 2019.

Светлана Иванова. 50 советов по нематериальной мотивации. Издательство «Альпина Паблишер», 2018.

Чек-лист гарних практик

- Керівник закладу є лідером.
- Керівник закладу ефективно управляє змінами.
- Заклад має чітко визначену корпоративну культуру.
- Правила корпоративної культури дотримуються усіма співробітниками та відображені у внутрішніх документах.
- Заклад має сильну команду людей із спільними цінностями.
- Система мотивації персоналу має як фінансову, так і нефінансову складову.
- Фінансова складова системи мотивації персоналу базується на результативності кожного з працівників.
- Ваш заклад має розроблений план моніторингу з переліком індикаторів результативності, які відповідають принципам SMART і пов'язані зі стратегією та операційним планом.
- У закладі регулярно проводиться моніторинг виконання операційного плану та результативності.
- До управління закладом залучається громадськість через спостережну/опікунську раду.

5. ФІНАНСОВА СТІЙКІСТЬ

Відповідно до Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я та низки ухвалених нормативно-правових актів, у 2018 році розпочалося втілення масштабної трансформації фінансування системи охорони здоров'я. За новою моделлю фінансування основним, але не єдиним, джерелом доходу надавача первинної медичної допомоги стали надходження за договором за програмою медичних гарантій із НСЗУ.

Як відомо, зараз обсяг оплати залежить від кількості та вікової структури пацієнтів, які уклали декларацію з лікарями відповідного медичного закладу. Тобто чим більше пацієнтів обрали лікарів, які працюють у закладі, тим більшою буде оплата за договором з НСЗУ.

У процесі надання ПМД кожен медичний заклад здійснює витрати, які покриваються за рахунок доходів, більшу частку яких становлять кошти, отримані від НСЗУ за програмою медичних гарантій. Забезпечення балансу між доходами та витратами є ключовою передумовою досягнення фінансової стійкості закладу. Тому для ефективного функціонування в нових умовах закладам необхідно набути нових знань і навичок у фінансовому плануванні та управлінні.

ЕЛЕКТРОННИЙ ІНСТРУМЕНТ З ФІНАНСОВОГО ПЛАНУВАННЯ «ІНСАЙТ»

Для значного полегшення роботи з великою кількістю даних Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» розробив електронний інструмент з фінансового планування «ІНСАЙТ» для закладів ПМД. Серед багатьох його **можливостей**:

- 1 автоматичне обчислення доходів і видатків надавача ПМД на плановий рік після введення вхідних даних;
- 2 автоматичний розрахунок індикаторів (показників) фінансової стійкості закладу;
- 3 врахування річного плану закупівель;
- 4 генерування проекту фінансового плану (з розподілом за кварталами планового року);
- 5 візуалізація розрахунків у вигляді графіків та діаграм.

Також результати розрахунків, здійснених за допомогою «ІНСАЙТ», можна використовувати для різноманітних цілей – від переговорів з трудовим колективом до дискусій з власником.

Електронний інструмент з фінансового планування – це файл в Excel-форматі. Він має вкладинки для заповнення, вкладинки з інформацією для ознайомлення та вкладинки з таблицями і графіками, дані в які переносяться автоматично. Для заповнення знадобиться детальна інформація про:

- кількість команд з надання ПМД у закладі, їхній склад, кількість декларацій, укладених з кожним лікарем;
- надходження за місцевими та регіональними програмами;
- доходи від надання платних послуг, благодійних внесків та інші доходи;
- витрати на оплату праці кожного працівника (включаючи доплати, премії, заохочувальні виплати, передбачені колективним договором);
- видатки закладу на здійснення своєї діяльності, в тому числі комунальні витрати, видатки на закупівлі, інші видатки та показники балансу закладу.

Детальну інструкцію із заповнення електронного інструменту наведено за посиланням: http://healthreform.in.ua/finace_phc/.

СПРОМОЖНА МЕРЕЖА

Фінансова стійкість мережі надання ПМД є одним з критеріїв її спроможності. Вона означає здатність такої мережі постійно та ефективно надавати послуги ПМД **належної якості** населенню відповідної території та **в межах наявного обсягу фінансових ресурсів**.

Згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України від 06.02.2018 № 178/24 «Про затвердження Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги»⁴⁰, метою формування спроможних мереж є досягнення та/або збереження стану спроможності шляхом реалізації комплексу заходів щодо:

- забезпечення доступності для пацієнтів послуг ПМД відповідної якості;
- забезпечення ефективного використання ресурсів;
- здійснення моніторингу і оцінювання власної спроможності.

Фінансова стійкість мережі закладу ПМД передбачає пошук оптимальної структури витрат і шляхів підвищення ефективності управління. Критерій фінансової стійкості слід обов'язково враховувати при розробленні плану спроможної мережі надання ПМД.

Районні заклади ПМД – учасники грантової програми при оптимізації мережі структурних підрозділів дотримувались таких етапів:

⁴⁰ URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0215-18>.

Розрахунок оптимальної штатної чисельності працівників, виходячи з кількості підписаних декларацій та кількості населення, яке ще не обрало свого лікаря, але потенційно може бути задекларованим у медичному закладі.



Картування наявної мережі*, де зазначаються:

- межі та чисельність мешканців всіх населених пунктів на території планування;
- місця розташування наявних місць надання ПМД, для кожного з яких зазначається скорочена назва, межі території обслуговування та кількість населення, що проживає на цій території.

*Для картування мереж ПМД можна використовувати багато різних картографічних програм: ArcGIS, MapInfo, QGIS або альтернативних ГІС-пакетів, у тому числі безкоштовну програму Google My Maps, у якій можна виконати всі вимоги до нанесення наявної та спроможних мереж ПМД, регламентовані Порядком. Відеоінструкція з картування мережі надання ПМД доступна за посиланням: <https://healthreform.in.ua/mapping/>.



Картування спроможної мережі, де зазначаються:

- межі та чисельність мешканців усіх населених пунктів на території планування;
- межі всіх територій доступності (ТД) та сукупна чисельність мешканців населених пунктів, що увійшли до кожної з ТД;
- місця розташування наявних та/або запланованих місць надання ПМД із вказанням кількості населення, що ними обслуговується, та типом місця надання ПМД;
- автомобільні дороги загального користування між населеними пунктами, якими забезпечується транспортування пацієнтів до наявних та/або запланованих місць надання ПМД, із зазначенням відстані в кілометрах.



Економічний аналіз кожної ОТГ (окремо наявна та спроможна мережа) або наявних структурних підрозділів. Визначення річних доходів та річних витрат на організацію надання якісної ПМД.



Підготовка презентацій, роздаткових матеріалів для представників місцевих рад, громади. Ці матеріали включають розрахунки доходів за капітаційною ставкою щодо задекларованого населення, розрахунки витрат на утримання приміщень, на оплату праці середнього та молодшого медичного персоналу, на адміністративне забезпечення процесів тощо, а також пропозиції щодо надання ПМД у випадку спроможної мережі.



Проведення робочих зустрічей окремо з представниками кожної ОТГ. Важливо бути готовими до того, що іноді доведеться проводити більше однієї зустрічі з кожною громадою. Можливі опір, нерозуміння, заперечення та агресія з боку представників ОТГ та жителів громади.



Затвердження нової структури і штатного розпису. Оптимізація мережі передбачає або створення нових підрозділів, або перетворення/виключення наявних, пошук нового персоналу або скорочення посад. Це вимагає відповідного документального оформлення.



Канівський центр ПМСД:

«Під час зустрічей з представниками ОТГ ми знайомили депутатів та громадськість із реальним станом справ. За допомогою графіків та діаграм наочно демонстрували перевищення видатків над доходами, пояснювали їм економічну недоцільність утримання такої кількості фельдшерських пунктів та штатних посад, які не забезпечують доступ населення до необхідного рівня якісної та кваліфікованої медичної допомоги.

У прямому сенсі ми «ламали» бачення громад щодо фінансування закладів первинки, адже всі вони до цього були впевнені, що коштів за декларації нам цілком вистачає. До того ж голови ОТГ продовжували вважати, що, крім доходу за декларації, ми отримуємо ще й медичну субвенцію. Довелося залучити начальника районного фінансового управління та пояснювати головам ОТГ, що насправді медична субвенція повністю іде на утримання центральної районної лікарні.

Наведемо приклад однієї з перших зустрічей – із представниками Степанецької ОТГ. На її території проживає 5 662 особи, тоді як декларації уклали 3 633 особи.

Наявна мережа підрозділів нашого закладу ПМД, які розташовано на території Степанецької ОТГ	2 АЗПСМ, 9 ФП
Дохід від НСЗУ	2 099,4 тис. грн
Видатки на наявну мережу	2 820,8 тис. грн
Видатки на спроможну мережу (2 АЗПСМ та 1 ФП)	2 504,6 тис. грн

Рішення за результатами цієї зустрічі: щоб зберегти наявну мережу керівництво ОТГ погодилося щорічно виділяти кошти в сумі 721,4 тис. грн на утримання ФП, які не увійшли у спроможну мережу, а також покривати дефіцит на утримання амбулаторій.

Таких зустрічей у нас було багато, і рішення були різні для кожної ОТГ. Таким чином, протягом 2019 року нам вдалося закрити вісім фельдшерських пунктів, одну амбулаторію реорганізувати у фельдшерський пункт. Загалом ми скоротили 34,7 штатних медичних посад та 16,75 немедичних. Завдяки вчасно вжитим заходам щодо оптимізації мережі наш заклад зміг не лише уникнути банкрутства, а й до кінця року знову сформувати резервний фонд».

Пам'ятайте, що створення спроможної мережі надання ПМД – це індивідуальний процес для кожного закладу, і єдиного рецепта немає. Тому враховуйте свої особливості (стан доріг, відстань між населеними пунктами, віковий склад населення, захворюваність, наявність автотранспорту в закладі та/або в ОТГ, фінансову спроможність ОТГ тощо).

ПОКАЗНИКИ ФІНАНСОВОЇ СТІЙКОСТІ

Окремої уваги варта вкладка інструменту «04_Фін_стійкість», в якій визначено основні, на думку розробників, **показники фінансової стійкості** медичного закладу і значення, до яких необхідно прагнути. Яка ж мета такого економічного аналізу? Аналізуючи показники, ми:

- кількісно оцінюємо вплив окремих факторів на результативні показники;
- з'ясовуємо причини, які зумовлюють вплив кожного з показників на результативні показники;
- визначаємо та вимірюємо внутрішні та зовнішні резерви діяльності закладу;

- розробляємо конкретні заходи, спрямовані на покращення показників діяльності закладу.

Економічний аналіз необхідний, оскільки є основою для прийняття управлінських рішень, які впливають на діяльність медичного закладу загалом. Такі рішення повинні спрямовуватись на результат.

Під час проведення економічного аналізу варто розрізняти показники за часовими параметрами (проводимо їх оцінку за минулий період, складаємо план на поточний рік чи проводимо оцінку за поточний рік, чи здійснює фінансове планування на наступний період). Також важливим є детальний аналіз показників доходів та видатків у ретроспективі (у порівнянні з минулими періодами), за елементами, порівняння фактичних і запланованих доходів та видатків.

Експерти Проекту розробили три групи індикаторів фінансової стійкості надавача ПМД:

ЗАГАЛЬНІ ІНДИКАТОРИ	ІНДИКАТОРИ ДОХОДІВ	ІНДИКАТОРИ ВИДАТКІВ
Дають змогу проаналізувати кількість пацієнтів на одного працівника (за групами персоналу), видатки на комунальні витрати, співвідношення доходів і видатків, заборгованість.	Допомагають проаналізувати розподіл доходів за різними джерелами (програма медичних гарантій, місцевий бюджет), дохід у розрахунку на одного працівника персоналу.	Аналізують фонд оплати праці (ФОП) різних груп персоналу, видатки на середньомісячну заробітну плату, питому вагу комунальних, капітальних видатків та інше.



Канівський центр ПМСД:

«Зазвичай проведення економічного аналізу в ручному режимі займає чимало часу. Тому в своїй повсякденній роботі я часто користуюся електронним інструментом InSight, де на вкладці «Фінансова стійкість» розрахунок основних індикаторів фінансової стійкості проводиться автоматично і в разі відхилення значення індикаторів від експертної оцінки комірка зафарбовується червоним кольором. Повірте, це дуже зручно. Адже відразу видно проблемні моменти в діяльності підприємства. Можна легко змоделювати ситуацію в разі зміни тих чи інших показників.

Свого часу проведення економічного аналізу з використанням InSight допомогло нам виявити проблеми, своєчасно вжити заходів та не допустити банкрутства. Зараз наші індикатори економічної ефективності не «зафарбовані червоним кольором» – і це вже неабияке досягнення!

ДОДАТКОВІ ДЖЕРЕЛА ФІНАНСУВАННЯ

Завдяки фінансовому плануванню можна порівняти дохідну і витратну частини та зрозуміти, чи покриваються наші потреби надходженнями. В більшості випадків потреба набагато перевищує можливості. Але, перетворившись на комунальні некомерційні підприємства, надавачі ПМД отримали можливість використовувати будь-які додаткові джерела фінансування, не заборонені законодавством України. І серед таких джерел можуть бути:

1

Цільові програми державного бюджету

«Сільська медицина», «Розвиток інфраструктури об'єднаних територіальних громад» тощо.



Шепетівський Центр
первинної медико-санітарної
допомоги

Шепетівський центр сімейної медицини:

«У рамках Закону України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» Шепетівський ЦПМСД отримав більше 15 млн грн на будівництво двох нових амбулаторій у селах Судилків та Корчик. Чому?»

Судилківська амбулаторія є найбільшою в районі, обслуговує 6 307 жителів 13 населених пунктів, має трьох лікарів. Корчицька амбулаторія є найбільш віддаленою в районі, обслуговує 1 936 осіб – жителів п'яти сіл та має одного лікаря. Але умови надання ПМД в старих амбулаторіях були незадовільні.

За кошти тієї ж програми було придбано три сучасні автомобілі Renault Duster».



Рисунок 27. Нова АЗПСМ Шепетівського центру сімейної медицини в с. Судилків

2 Програми обласного бюджету. Обласні соціальні цільові програми, обласні програми соціально-економічного розвитку області тощо



ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ
МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ
СЕЛИДІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО

Селидівський міський центр ПМСД:

«У березні 2019 р. на урочисте відкриття амбулаторії № 1 в м. Селидівому, відремонтованої за кошти міського бюджету, був запрошений голова Донецької ОДА. Він був приємно вражений презентацією діяльності Селидівського міського центру ПМСД, високим рівнем сервісу та якістю реконструкції будівлі. Тож після проведення переговорів та офіційного звернення Селидівської міської ради з проханням виділити фінансування на ремонт приміщення для амбулаторії № 2, яка розташовується в орендованих приміщеннях районної лікарні, таке прохання знайшло підтримку та було задоволено.

Вже у квітні 2019 р. до обласної соціально-економічної програми розвитку внесли зміни та виділили кошти субвенції для м. Селидівого в розмірі 10 млн грн на капітальний ремонт і термореконструкцію будівлі. За умовами цієї програми співфінансування міста становило 10% вартості всіх робіт. Ремонтні роботи розпочалися в червні 2019 р.

У лютому 2020 року амбулаторія № 2 переїде до повністю відремонтованого та оснащеного приміщення загальною площею 300 кв. м. В амбулаторії працюватимуть сім сімейних лікарів, які обслуговуватимуть майже 14 тис. мешканців міста. Також в амбулаторії працюватиме адміністративний персонал, буде зручна конференц-зала, що слугуватиме для проведення навчальних заходів як для співробітників центру, так і для інших центрів ПМД регіону».



Рисунок 28. Зал очікування в амбулаторії №1 Селидівського міського центру ПМСД

3

Програми міського/районного бюджету та бюджетів ОТГ

У будь-якій громаді, місті, районі бюджет формується за програмно-цільовим методом: кошти виділяються на цільові програми, у розробці яких можуть і мають брати участь представники закладів ПМД. Так, упродовж 2018 року КНП «Балтський ЦПМСД» отримало близько 84 тис. грн на оснащення своїх підрозділів за Примірним табелем матеріально-технічного оснащення.



Балтський центр
первинної медико-
санітарної допомоги

Балтський центр первинної медико-санітарної допомоги:

«Рішенням Балтської міської ради Одеської області у 2017 році було затверджено Цільову програму «Здоров'я» Балтської ОТГ на 2018–2020 роки. Ініціаторами внесення змін до цієї Програми та, відповідно, і до бюджету були начальник відділу охорони здоров'я Балтської міської ради і головний лікар КНП «Балтський центр ПМСД».

Завдяки цьому Центр зміг забезпечити АЗПСМ, ФАПи та ФП таким обладнанням: отоофтальмоскопи, медичні ліхтарики, ваги для дітей, пульсоксиметри, молоточки неврологічні, ростоміри, вимірювальні стрічки, пікфлуометри, термометри тощо на загальну суму 84,1 тис. грн.

Центр був отримувачем коштів, тож закупівлі здійснював самостійно».

4

Громадський бюджет участі

Ця програма дозволяє громаді брати участь у формуванні бюджету, вирішенні пріоритетних завдань. Зазвичай умовами конкурсу є подання заявки на участь від будь-якого мешканця, її презентація, проведення голосування і визначення заявок-переможців для їх подальшого фінансування з місцевого бюджету.

ПЕРЕВАГИ

Гроші може бути виділено на будь-що, обґрунтоване як таке, що покращить життя місцевій громаді. В кожній категорії проєктів може бути кілька переможців, відповідно, зростають шанси на перемогу. За проєкт голосують представники громади, в тому числі велика кількість клієнтів надавачів ПМД.

НЕДОЛІКИ

Участь у конкурсах вимагає додаткового часу, пошуку додаткової інформації. Багато зусиль витрачається під час промоції проєкту. Кошти перераховуються в наступному році після проведення конкурсу проєктів, тож ці кошти не для вирішення термінових і негайних завдань.



Центр первинної медико-санітарної допомоги «Садгора»:

«Першим проектом у 2017 р. стала «Заміна застарілої системи опалення в Амбулаторії № 2», вартість якого склала 120 тис. грн. Тоді серед конкурентів були ще 48 проектів, проте це не завадило провести активну промоцію серед населення і під час голосування отримати достатню кількість голосів для перемоги. Як результат, на початку 2018 р. було перераховано кошти і проект реалізовано в строк.

У 2018 році – проект «Комфортні умови праці – запорука якості надання послуг мешканцям міста», за рахунок якого планувалося придбати офісні меблі для всіх кабінетів лікарів. Цього разу вартість проекту сягнула 224 тис. грн. Кількість конкурентних проектів також зросла до 73, але й проект отримав підтримку населення і був реалізований.

У 2019 році – проект «Зручний громадський простір – комфорт для пацієнтів» було спрямовано на повне переоформлення простору навколо головної амбулаторії Центру, а саме: облаштування зручного заїзду на територію, автостоянку на 5–6 парко-місць, дитячий ігровий простір зі штучним покриттям, висадку нових зелених насаджень, сучасне освітлення. Вартість такого проекту склала 645 тис. грн, він не переміг. Проте ми не втрачаємо надії та плануємо й надалі брати участь у наступних конкурсах».



Рисунок 29. Кабінет лікаря в ЦПМСД «Садгора», м. Чернівці

5 Депутатські фонди

Щороку місцеві депутати отримують власний фонд коштів у певному розмірі, які можна витратити на потреби громади. Для цього депутат має розробити пропозиції щодо напрямів спрямування коштів депутатського фонду та потім подати їх до секретаріату місцевої ради. Після перегляду управлінням фінансів та внесення відповідних змін до бюджету рішенням сесії вносяться зміни до паспортів бюджетних програм на користь отримувачів коштів.

ПЕРЕВАГИ

Гроші виділяються депутатам щороку. Можна звертатися по допомогу до кожного з депутатів. Якщо обслуговується населення ОТГ, то кількість звернень щодо співфінансування може збільшитися пропорційно.

НЕДОЛІКИ

Дуже часто щорічний власний фонд депутата вже розподілено ще в січні. Сума фонду відносно мала. Процедура отримання коштів досить тривала, тож ці кошти не для вирішення термінових і негайних завдань.



Канівський центр ПМСД:

«У м. Каневі фонд кожного депутата міської ради становить 50 тис. грн на рік і зазвичай уже в січні він розподілений. Тому ми починаємо перемовини заздалегідь. Так, у 2019 році провели в нашому закладі депутатський день для депутатів міської ради та окремо – для депутатів ОТГ безпосередньо. Програма такого дня включала екскурсію закладом, презентацію досягнень закладу, а також обговорення проблем та потреб. Заздалегідь ми підготували для кожного учасника папки з копією договору з НСЗУ, де виділили пункт, у якому однією з умов розірвання договору є невідповідність оснащення Примірному табелю МТО. Також у папках були наказ МОЗ, що затверджує Примірний табель оснащення, табличка по кожній амбулаторії з графами, що має бути, що є і що ще треба, та відповідний лист з проханням виділити кошти.

У результаті вже отримано 56,2 тис. грн, які витратили на ваги медичні і сумки для лікарів та медичних сестер, придбання холодильника, вагів, кушеток, ширм, вимірювачів артеріального тиску з трьома манжетами, пульсоксиметрів тощо».

6 Гранти

Грантові кошти є цільовими і надаються на безповоротній основі для реалізації певних проектів, благодійних програм, проведення досліджень, навчання, на інші цілі. Передбачається обов'язковий звіт про використання таких коштів та про результати впроваджених змін. Донорські організації завжди мають власні умови надання гранту та звітності, і часто варто обґрунтовувати не лише потребу чи розуміння наявної проблеми, а й пропонувати алгоритм її вирішення, очікуваний результат і формувати детальний бюджет. Часто серед вимог донорів є обов'язкове співфінансування проекту з боку грантоотримувача (щонайменше 10% суми гранту).

ПЕРЕВАГИ

Є можливість сформувати імідж надійного партнера, опанувати нові знання і навички.
Є можливість придбати товари, які є дуже дорівартісними або не є першочерговими в розумінні власника і які може бути відхилено у фінансовому плані.

НЕДОЛІКИ

Участь у підготовці та реалізації гранту потребує багато додаткових часових і людських ресурсів. Обов'язковою умовою завжди є дотримання певних умов і пріоритетів грантодавця. Є ризик зміни пріоритетів у донора – відповідно, ризик призупинення гранту або відмови від попередніх домовленостей.



ВОЗНЕСЕНСЬКИЙ МІСЬКИЙ
ЦЕНТР ПМСД

Вознесенський міський центр ПМСД:

«За програмою USAID «Децентралізація приносить кращі результати та ефективність» (DOBRE) наш центр взяв участь у проекті «Громада на мільйон. Спеціалісти». Сам проект спрямований на заходи з обміну досвідом спеціалістами різних сфер. У сфері охорони здоров'я обмін досвідом відбувся між колегами з Естонії. Так, сімейний лікар Вознесенського ЦПМСД отримав можливість попрацювати як сімейний лікар медичного центру Естонії. У свою чергу, колега з Естонії провела декілька днів у нашому Центрі та поділилася з нами своїм досвідом. Транспортні витрати й витрати на проживання лікарів компенсувалися за рахунок проекту.

Участь Вознесенського міського ЦПМСД в грантах USAID DOBRE та «Розбудова комунальних закладів ПМД як центрів передового досвіду» – це результат системного підходу до пошуку і реалізації грантів.

Відповідальним за пошуки грантів є менеджер зі зв'язків з громадськістю. Основний пошук грантів здійснюється через Ресурсний центр «Гурт» у розділі «Гранти» та багатофункціональну веб-платформу «Громадський простір». Також у пошуку грантів нам допомагає відділ енергоменеджменту, муніципальних ініціатив та інвестицій міської ради. Додатково відстежуємо новини на сайті Обласного управління охорони здоров'я та фондів, які оголошують конкурси через систему пошуку Google. Пошук та відбір грантів для подальшого подання заявки здійснюємо за профілем «Охорона здоров'я».

Підготовкою грантової заявки займається команда, до якої входять головний лікар, заступник, головна медична сестра та менеджер зі зв'язків з громадськістю. Головний бухгалтер складає бюджет.

Радимо всім: використовуйте будь-які можливості, не бійтеся, вірте в себе, подавайтеся на гранти – це чудовий спосіб розвиватися та залучати додаткові кошти!»

Кошти грантової програми «Розбудова комунальних закладів ПМД як центрів передового досвіду» Проекту USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я»

Як видно з назви, програма спрямована на розвиток надавачів ПМД, які, в подальшому стануть майданчиками для передачі досвіду та поширення найкращих практик. Особлива увага приділяється розвитку управлінських команд учасників гранту та опануванню нових підходів до надання ПМД. Звісно, частина коштів спрямовувалася на придбання обладнання та устаткування, рішення щодо кількості та складу якого залишалося на розсуд грантоотримувачів під час узгодження робочих планів і бюджетів. Наприклад, Олешківський ЦПМСД запланував придбання обладнання й устаткування на 404 тис. грн, що становило 80% від загальної суми гранту.

Використання коштів гранту від Проекту USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» 15 центрами ПМСД.

Кошти гранту здебільшого були спрямовані на такі категорії витрат:

- матеріали, які покращують сервіс для пацієнтів (телевізійні монітори, меблі та кулери для зон очікування, облаштування дитячих куточків, інформаційні стенди і знаки навігації, брендovanі намети, меблі та експрес-тести для проведення зовнішніх подій та акцій для населення тощо);
 - комп'ютерна техніка (планшети, ноутбуки, комп'ютери, принтери, флеш-накопичувачі, мобільні телефони з абонплатою, WiFi-роутери, інфокіоски та термінали, відеокамера, фотоапарат, програмне забезпечення 1С та обладнання зовнішнього відеоспостереження);
 - медичне обладнання (пульсоксиметри, отоофтальмоскопи, дерматоскоп, колоскопи, набір очних лінз, деструктори голок, холодильники для вакцин, спеціальні меблі для лабораторії).
- брендovaná продукція (створення брендбуку, розробка та друк інформаційних матеріалів, візитівок, бейджів, медичний спецодяг з елементами брендингу, виготовлення промороликів, дрібної сувенірної продукції тощо);

7

Кошти бізнесу

Багато великих і не дуже підприємств є соціально відповідальними та відчувають потребу в опікуванні громадами, в яких працюють. Тому вони можуть робити разові або регулярні благодійні внески, закуповувати дороговартісне обладнання або оплачувати ремонтні роботи тощо. В окремих випадках, як у Шепетівці Хмельницької області, це комплексна допомога в організації надання ПМД.



Шепетівський Центр
первинної медико-санітарної
допомоги

Шепетівський центр сімейної медицини:

«Це той рідкісний випадок, коли бажання Центру та можливості бізнесу збіглися! Як результат співпраці з'явилася амбулаторія на базі одного з підприємств Корпорації «Сварог Вест Груп», яка розпочала роботу в січні 2019 р. Ця АЗПСМ (команда – лікар та медична сестра) обслуговує працівників підприємства та їхні родини, а також місцевих жителів району – 1 620 пацієнтів. Амбулаторія має кабінети: лікаря (12 кв. м), медичної сестри (10 кв. м), процедурний (10 кв. м), оглядовий (12 кв. м), ЕКГ (11 кв. м).

5. ФІНАНСОВА СТІЙКІСТЬ

Витрати Корпорації «Сварог Вест Груп» на відкриття амбулаторії склали:

Стаття витрат	Сума, тис. грн
Ремонтні роботи в лівому крилі Центрального офісу (в т. ч. внутрішні перегородки, сантехніка і комунікації) площею 70,5 кв. м	461,8
Меблі та елементи оздоблення приміщення	60,4
Комп'ютерне та копіювальне обладнання	20,0
Медичне обладнання відповідно Примірного табеля МТО (тонометри (механічні та електронний), стетофонендоскоп, пульсоксиметр, термометри, офтальмоскоп, отоскоп, медичний ліхтарик, глюкометр, електрокардіограф, молоточок неврологічний, холодильник для зберігання лікарських засобів, ваги, спалювач голок та деструктор шприців тощо)	89,3
Швидкі тести (вагітність, тропоніни, ВІЛ, вірусні гепатити) та лікарські засоби	4,0
Службове авто Renault Lodgy	474,4
Разові витрати разом	1 109,9

При цьому є ще витрати постійні, які покриває Корпорація: комунальні послуги, утримання приміщення та авто, оплата праці водія і санітарки – штатних одиниць підприємства.

Завдяки співпраці керівництва Корпорації та Центру у віддаленому районі діє сучасна амбулаторія ЗПСМ, обладнана й повністю оснащена».



Рисунок 31. Автомобіль для лікаря, придбаний підприємством «Сварог Вест Груп»



Рисунок 30. Амбулаторія на базі підприємства «Сварог Вест Груп», яка входить до складу Шепетівського центру сімейної медицини

8 Надходження від здачі приміщень в оренду

Багатьом закладам ПМД дісталися у спадок великі приміщення, які зараз не використовуються. При цьому їх потрібно утримувати в належному стані: опалювати,

ремонтувати тощо. Це тягне за собою необґрунтовані витрати. Кілька центрів з 15 надають такі приміщення в оренду спеціалізованим медичним закладам, аптекам, приватним надавачам медичних послуг тощо. Звісно, для цього в статуті ЦПМСД має бути передбачено право надавати майно в оренду.



Прикладом може слугувати ЦПМСД № 1 Дніпровського району м. Києва, який упродовж 2019 року отримав 1,731 млн грн від здачі майна в оренду.

Орендодавцем за договорами виступає Дніпровська районна у місті Києві державна адміністрація. Проте всі надходження від оренди є доходом закладу ПМД як балансоутримувача.

У випадку коли комунальний заклад ПМД розпоряджається великими приміщеннями, які не може використати для власних потреб, дуже важливо знайти орендарів, які б розділили витрати на утримання такого майна. Звісно, приклад м. Києва не є типовим для України, адже в невеликих містах і районних центрах може не бути такої кількості потенційних орендарів.

Зверніть увагу: з 1 лютого 2020 року введено в дію Закон України від 03.10.2019 № 157-IX «Про оренду державного і комунального майна»⁴¹, яким вводяться поняття аукціону, електронної торгової системи, бази публічного переліку державного та комунального майна, що здається в оренду, та ін.

Кілька важливих змін:

- До компетенції власника закладів охорони здоров'я належать повноваження приймати рішення про застосування до свого майна загального правила, згідно з яким нерухоме майно площею до 400 квадратних метрів (раніше – 200 квадратних метрів – ЗОЗ ставав орендодавцем) повинно бути предметом договірних відносин між балансоутримувачем (ЗОЗ) та орендарем. Іншими словами, орган місцевого самоврядування може вирішити, що договори про оренду всього належного йому нерухомого майна укладаються між ним в особі управління комунального майна та орендарями.

- У частині розподілу доходу від оренди майна із Закону зникла вказівка про необхідність дотримання методологічних засад, встановлених Кабінетом Міністрів України для державного майна, при визначенні відповідного механізму розподілу доходу на місцевому рівні.
- Орган місцевого самоврядування повинен самостійно визначити, як і в якому обсязі буде розподілятися дохід від оренди з урахуванням неприбуткового статусу закладів охорони здоров'я.

9 Надходження від депозитів

Після формування стосунків та укладання договорів з банками замість казначейств, як було раніше, з'явилося ще одне джерело додаткових коштів – відсотки від депозитів, відсотки за залишками на рахунках тощо.

⁴¹ Офіційний сайт ВР України: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/157-20>.

Звісно, чим більше населення обслуговує заклад, тим більше фінансування він отримує від НСЗУ і, відповідно, на більшу суму відсотків може розраховувати. При цьому важливо правильно планувати надходження і витрати, щоб можна було спрогнозувати строки і суми депозитів. Однією з переваг цього виду надходжень для неприбуткових підприємств є те, що депозити як пасивні доходи не є тим доходом,

із якого сплачуються податки та знімається ознака неприбутковості. Заклади ПМД, які отримують значні надходження від НСЗУ, є вигідними клієнтами для банківських установ. Тому доцільно вести перемовини з різними банками щодо укладення нетипових депозитних договорів із більш привабливими умовами обслуговування.

Гарний приклад співпраці з банком демонструє КНП «Житомирський ЦПМСД».



ЖИТОМИРСЬКИЙ ЦЕНТР
ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ
ДОПОМОГИ

Житомирський центр первинної медичної допомоги:

«Житомирський центр ПМД з моменту відкриття обслуговується в АТ КБ «Приватбанк». Проаналізувавши суми надходжень і залишки на поточних рахунках протягом місяця, фінансові фахівці дійшли висновку про необхідність вивчення депозитної політики обслуговуючого банку. Після цього заклад ПМД виступив ініціатором укладення додаткової угоди з лютого 2019 року. Нею доповнено договір пунктом такого змісту: «Банк має право використовувати кошти на рахунку Клієнта, гарантуючи його право безперешкодно розпоряджатися цими коштами. Нарахування відсотків на залишки вільних коштів на рахунку клієнта в національній валюті у сумі:

- від 1 до 5 млн грн здійснюється у розмірі 2% річних;
- від 5 до 10 млн грн здійснюється у розмірі 2,5% річних;
- від 10 до 15 млн грн здійснюється у розмірі 3,5% річних;
- від 15 до 20 млн грн здійснюється у розмірі 4,5% річних;
- від 20 до 50 млн грн здійснюється у розмірі 5% річних;
- понад 50 млн грн здійснюється у розмірі 6% річних.

На розрахунковий рахунок закладу ПМД від НСЗУ кошти надходять у першій половині місяця в розмірі понад 10 млн грн, з яких до 22 числа поточного місяця виплачується аванс у розмірі до 20%, решта коштів залишається на рахунку. З цієї решти сплачуються поточні платежі і до 7 числа наступного за поточним виплачується друга половина заробітної плати.

Відповідно до договору з АТ КБ «Приватбанк» на залишок коштів на рахунку нараховується відсоток, який щодня надходить на рахунок Центру. Так, у середньому в день це від 1 500,0 до 3 000,0 грн.»

10 Платні послуги

Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» розробив електронний інструмент з розрахунку вартості платної послуги «Pay&Care» для закладів ПМД. Він значно спрощує роботу фахівців економічних та бухгалтерських служб. Цим інструментом передбачено розрахунок вартості послуг у рамках дев'яти груп, які відповідають переліку в постанові Кабінету Міністрів України № 1138⁴²:

- лабораторні послуги за зверненням громадян, що надаються без направлення лікаря;
- діагностичні послуги за зверненням громадян, що надаються без направлення лікаря;
- консультативні послуги за зверненням громадян, що надаються без направлення лікаря;
- оздоровчий масаж з метою профілактики захворювань та зміцнення здоров'я дорослого населення;
- медичне обслуговування закладів відпочинку всіх типів, спортивних змагань, масових культурних та громадських заходів;

- медичні огляди для водіїв транспортних засобів;
- медична допомога хворим удома, зокрема із застосуванням телемедицини;
- проведення профілактичних щеплень особам, які виїжджають за кордон;
- проведення профілактичних щеплень усім особам, які бажають їх зробити поза схемами календаря профілактичних щеплень.

Інструмент «Pay&Care» – це файл в Excel-форматі, який має вкладинки, в які треба внести вхідну інформацію, і вкладинки, в яких автоматично здійснюються розрахунки. На основі результатів розрахунків із використанням «Pay&Care» можуть розроблятися тарифи для надання платних послуг. За умови правильного і повного заповнення інструмент автоматично сформує підсумкову таблицю з тарифами за обраними послугами.

Завантажити інструмент і переглянути відеоінструкцію можна за посиланням: <http://healthreform.in.ua/pay-care/>.

Так, використовуючи саме цей електронний інструмент, Канівський центр ПМСД вже розрахував вартість 58 послуг, які він може надавати.



Канівський центр первинної медико-санітарної допомоги:

«Уперше в закладі з'явилася можливість надання платних послуг, що створює альтернативу для пацієнтів, які через певні переконання не бажають укласти декларацію, а також проводити дослідження, які не увійшли до пакету безоплатних послуг (наприклад, спірографія). Все це покращує доступність медичної допомоги для мешканців незалежно від того, чи було укладено з ними декларацію, а також для туристів, іноземців, які відвідують наше місто».

⁴² URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1138-96-p>.

Цільові державні, обласні, місцеві програми – це звичні для закладів ПМД джерела фінансування, які не потребують додаткового вивчення. Бюджет участі, фонди депутатів, грантові програми вимагають від закладів ПМД більших зусиль, часто носять разовий характер і при цьому не гарантують отримання коштів. Співпраця з бізнесом, надання майна в оренду, відсотки за депозитами – більш постійні надходження, втім, вони також вимагають часу й аналізу, пошуку й вибору орендарів і банківських установ.

У комунальних закладів ПМД після їх перетворення на КНП стало більше джерел фінансування, для

ефективного залучення яких потрібен новий рівень експертизи, знань і навичок адміністративного персоналу, зокрема бухгалтерів, фінансистів, економістів.

Крім того, до планування витрат варто підходити відповідально, і якщо закупівлі є дорогі, необхідно зробити аналіз доцільності та економічної ефективності такої закупівлі. Важливо бути пильними та розсудливими. Досвід ЦПМСД № 4 міста Кривого Рогу показав, що утримання власної лабораторії є високовартісним та не вигідним для закладів, які знаходяться у великих містах і мають можливість віддати ці послуги на аутсорсинг.



Центр первинної медико-санітарної допомоги № 4, м. Кривий Ріг:

Передісторія. Упродовж 2011–2013 років за чинними на той час табелями оснащення заклад було укомплектовано автоматичними аналізаторами крові в кількості 8 одиниць (MicroCC-20 Plus – 3 од., RT-7600 – 4 од., BC-3000 Plus – 1 од.), при цьому в штаті були відсутні лаборанти, функції яких виконували навчені медичні сестри. В ході експлуатації стикнулися з такими проблемами

- *вийшли з ладу гематологічні аналізатори;*
- *непрофесійне взяття крові з пальця пробіркою КЗЕДТА і неякісні зразки крові (наявні згустки);*
- *недостовірні результати (через недостатність знань про налаштування апарата);*
- *аналізатори не визначають ШОЕ.*

Крім того, була потреба в організації транспортування зразків з тих амбулаторій, у яких не було аналізаторів, а також здійснювалась закупівля витратних матеріалів для цього устаткування.

Разом з реформою прийшли нові права і обов'язки, в тому числі право самостійно приймати рішення щодо доцільності використання власного лабораторного устаткування. Для цього робочою групою закладу ПМД було вивчено кілька альтернативних варіантів, їхні переваги та недоліки для ЦПМСД № 4 Криворізької міської ради.

Альтернативні рішення		
Договір на виконання ЗАК з приватною лабораторією із взяттям біологічного матеріалу в закладі ПМД	Договір на виконання ЗАК з комунальним лікувальним закладом вторинного рівня із взяттям біологічного матеріалу в закладі ПМД	Удосконалення виконання ЗАК у закладі ПМД (навчання, прийом на роботу лаборантів тощо)

Переваги

Лабораторія є сертифікованою та відповідає міжнародним стандартам ISO.

Якісні та достовірні результати.

Лабораторія є сертифікованою та відповідає міжнародним стандартам ISO.

Якісні та достовірні результати.

Послуги доступні.

Постійність послуги (мінімальний ризик припинення надання послуги або зміни її вартості).

Відсутні витрати на доставку біологічного матеріалу.

Недоліки

Є витрати на взяття біологічного матеріалу (виділення приміщення, залучення персоналу, закупівля виробів медичного призначення).

Є витрати на доставку (водії, автомобілі, витрати на бензин та ТО).

Мережа приватної лабораторії недостатньо розгалужена.

Ринкова вартість ЗАК.

Є ризик припинення надання послуги або непередбаченої зміни її вартості.

Є витрати на взяття біологічного матеріалу (виділення приміщення, залучення персоналу, закупівля виробів медичного призначення).

Є витрати на доставку (водії, автомобілі, витрати на бензин та ТО).

Обмежена пропускна спроможність – 8 000 аналізів на рік.

Є потреба укласти договір з кількома закладами вторинного рівня.

Висока вартість ЗАК (менша, ніж у приватній лабораторії, але більша, ніж при самостійному виконанні)

Є ризик припинення надання послуги або непередбаченої зміни її вартості.

Є витрати на взяття біологічного матеріалу (виділення приміщення, залучення персоналу, закупівля виробів медичного призначення).

Є витрати на виконання ЗАК (обслуговування аналізаторів, закупівля реагентів).

Відсутня сертифікація на відповідність стандартам ISO.

Є потреба в оновленні аналізаторів, які відпрацювали понад 7 років.

Економічна складова, що вплинула на прийняте рішення

Витрати закладу у 2018 році на проведення 26 347 ЗАК безпосередньо силами закладу

Стаття витрат	Кількість	Ціна, грн	Разом, грн
Реагенти (загальна сума)	-	-	355 770,05
Пробірки для взяття крові	26 347	8,00	210 776,00
Скарифікатори	26 347	0,22	5 796,34
Системи для дослідження швидкості осідання еритроцитів (пробірки)	-	-	5 540,00
Тримач до пробірки (загальна сума)	-	-	707,52
Голки для пробірок (загальна сума)	-	-	1 284,00
Рукавички (загальна сума)	-	-	41 891,00
Спиртові серветки (загальна сума)	-	-	20 076,00
Обслуговування гематологічних аналізаторів сервісним інженером	12	14 833,33	178 000,00
Ремонт аналізаторів (загальна сума)	-	-	54 000,00
Оплата праці на виконання аналізу (3 год. на день * 251 день) на 1 працівника	8	32 724,00	261 792,00
		<i>Загалом</i>	1 135 632,91

Порівняльна таблиця витрат на 2019 рік на основі даних 2018 року

Надавач послуг із ЗАК	Вартість 1 ЗАК, грн	Плановані витрати у 2019 р. (виконано 26 347 ЗАК)
ЦПМСД самостійно	43,10	1 135 632,91
Приватна лабораторія (1)	71,00	1 870 637,00
Приватна лабораторія (2)	45,00	1 185 615,00
КНП вторинного рівня	35,00	Потреба в ЗАК перевищує можливості закладу вторинного рівня

Прийняте рішення

Доцільно виконувати загальний аналіз крові у приватній лабораторії. Центр упевнений, що так значно покращиться якість дослідження, враховуючи залученість професійних лаборантів та контролю якості проведення досліджень, а заклад буде вільний від здійснення закупівель витратних матеріалів і медичних виробів, розвантажить медичних сестер, залучених до виконання аналізу. Саме тому в 2019 році ЦПМСД № 4 Криворізької міської ради уклав договір з приватною лабораторією.

Із новими правилами для закладів ПМД, які принесла реформа фінансування, з'явилася потреба в більш ґрунтовному економічному аналізі діяльності закладу. Тепер необхідно опанувати мистецтво балансування між необмеженими потребами та обмеженими ресурсами.

Рекомендуємо для читання:

Електронний інструмент для фінансового планування доходів і видатків надавача ПМД «InSight 2.0».
URL: <http://healthreform.in.ua/insight-e-tool/>.

Електронний інструмент з розрахунку вартості платної послуги «Pay&Care».

URL: <http://healthreform.in.ua/pay-care/>.

Чек-лист гарних практик

- Ваш заклад має розроблений фінансовий план, який переглядається та оновлюється за потреби.
- В закладі регулярно проводиться аналіз показників фінансової стійкості для прийняття управлінських рішень.
- Ваш заклад активно шукає додаткові джерела фінансування, наприклад:
 - цільові програми державного бюджету;
 - програми обласного бюджету: обласні соціальні цільові програми, обласні програми соціально-економічного розвитку області тощо;
 - програми міського/районного бюджету та бюджетів ОТГ;
 - громадський бюджет участі;
 - депутатські фонди;
 - гранти;
 - кошти бізнесу;
 - надходження від здачі в оренду приміщень;
 - надходження від депозитів;
 - платні послуги.

6. ЗОВНІШНЯ КОМУНІКАЦІЯ ТА МАРКЕТИНГ

СТВОРЕННЯ БРЕНДУ ЗАКЛАДУ

Коли ви чуєте слово «бренд», що першим спадає вам на думку?

Зазвичай – назви великих міжнародних корпорацій, реклама яких лунає звідусіль. Наприклад, фраза «Просто зроби це» («Just do it!») відразу викликає асоціації з незламністю духу, подоланням перешкод та феєричними перемогами. Саме такі образи використовує компанія Nike у своїй комунікації зі споживачами, цілеспрямовано вибудовуючи такі уявлення про стиль життя у тих, хто обирає її продукти. Для комерційних компаній бренд – це стратегічний актив, який допомагає збільшувати прибуток, але тільки за умови, якщо в них є висока мета та місія.

Чи потрібен бренд неприбутковим організаціям?

Тут ми знову можемо звернутися до світового досвіду і згадати бренд із понад сторічною історією – клініку Мейо⁴³. Ця неприбуткова організація

створила потужний бренд і стала еталоном сервісної організації як у галузі медицини, так і в інших сферах обслуговування. Діяльність цієї клініки базується одній ключовій цінності:

Потреби пацієнта – понад усе!

Мейо майже не використовує рекламу для просування на ринку своїх медичних послуг, але це не заважає їй залишатися найкращою у своїй сфері вже багато років поспіль. Адже в цій клініці за словами «місія» та «цінності» стоїть щоденна робота тисяч працівників, що підтверджує ці переконання. І результатом цієї роботи є здорові та щасливі пацієнти, які справді знають і відчувають, що «вони понад усе».

Як бачите, ми знову повертаємося до стратегії, місії та цінностей, адже це ті засади, на яких базується діяльність будь-якого підприємства. Це саме стосується і бренду закладу.

Отже, бренд – це насамперед ваша репутація, напрацьована роками. Його неможливо купити, проте можна створити – людськими зусиллями й відданістю справі. Бренд – це не мета, а наслідок результатів цілеспрямованої роботи.

⁴³ Детальніше про клініку Мейо можна прочитати в книзі: Практика управління Mayo Clinic. Уроки лучшей в мире сервисной организации. Издательство «Манн, Иванов и Фербер» ООО «Издательство «Эксмо», 2013.



**Городенківський
некомерційний
центр первинної
медичної допомоги**

Городенківський центр ПМСД:

«Ми повністю змінили свій світогляд після тренінгової сесії зі стратегічного планування. Поняття стратегії, місії, візії, брендингу для комунального підприємства є дуже новими та незвіданими. Найбільше нам запам'яталося завдання, яке полягало в тому, щоб знайти і обґрунтувати



символ для кожного закладу. Після тривалого обговорення ми зрозуміли, що для нас ідеалом є мати Тереза. Її життєва позиція, вчинки, цінності повністю збіглися з цінностями та принципами нашого Центру, які можна визначити її словами: «Найважливіші ліки – ніжна любов і турбота», «Зовсім не обов'язково робити щось велике. Можна робити і щось маленьке, але з великою любов'ю».

А також на основі нашої місії та візії розроблено логотип Центру, який уособлює те, що ми працюємо з любов'ю до своїх пацієнтів (сердечко та сім'я на зображенні), а кольорова гама теж була обрана невипадково. Зелений колір символізує спокій, мир, порятунок, любов, гармонію, життя, зростання. Червоний колір – насичений, гарячий, важкий, яскравий, впливає на формування лідерських якостей, а також активність, впевненість, дружелюбність. Зображення стільників відображає командну співпрацю, яка полягає не тільки в командному єднанні колективу, а й у взаємодії з пацієнтом та його рідними».

МАРКЕТИНГОВА ТА КОМУНІКАЦІЙНА СТРАТЕГІЯ ЗАКЛАДУ

Маркетингова стратегія медичного закладу розробляється згідно з його ключовими цілями і спрямована на принципи та дії, що сприяють ефективному зростанню благополуччя всіх зацікавлених сторін. Маркетинговий план медичного закладу – це набір ефективних інструментів для планування і провадження діяльності, спрямованої на посилення його ефективності, промоцію, добробут людей у ньому, розвиток на майбутнє і задоволення клієнтів.

Ключовою складовою маркетингового плану є **комунікаційна стратегія**. У реаліях реформування сфери охорони здоров'я та постійних змін її важливість важко переоцінити. Комунікаційна стратегія для медичного закладу є інструментом побудови довіри пацієнтів. Необхідно послідовно і чесно інформувати населення про всі зміни, що відбуваються у вашому закладі, сприяти підвищенню обізнаності та покращення розуміння щодо питань, пов'язаних зі здоров'ям. Як зазначає доцент кафедри зв'язків з громадськістю Національного університету «Києво-Могилянська академія» та автор книги «Стратегічні комунікації»⁴⁴ Дмитро Коник, «лише комунікація здатна допомогти впровадженню реформ через вплив на думки, ставлення, поведінку та практику всіх зацікавлених сторін та цільових аудиторій».

Завдання маркетингової стратегії



⁴⁴ Дмитро Коник. Стратегічні комунікації. Посібник для державних службовців. Світовий банк, 2016.

ЦІЛІ КОМУНІКАЦІЇ:

- Побудова взаєморозуміння та встановлення довіри
- Зміна поведінки, ставлення та практики
- Заохочення до дії
- Підвищення обізнаності та надання інформації
- Запобігання можливим конфліктам

Структура комунікаційної стратегії

Резюме

Короткий опис комунікаційної стратегії, ключових етапів та очікуваних результатів.

Цілі та завдання

Повинні повністю відповідати цілям та завданням організації.

Цільові аудиторії

Групи людей, які дотичні до діяльності організації та мають вплив на досягнення її цілей.

Труднощі та можливості

Аналіз зовнішнього середовища, яке не залежить безпосередньо від організації, але може мати прямий вплив на її роботу: економічні, політичні, соціальні та технологічні чинники.

Ключові повідомлення

Короткі, чіткі, прості повідомлення для кожного типу аудиторії. Повинні повністю відповідати цілям і завданням організації.

Інструменти комунікації

Носії інформації, які транслюються через канали комунікації на різні аудиторії.

Канали комунікації

Засоби передачі інформації, через які різні аудиторії дізнаються про діяльність організації.

Моніторинг та оцінка

Інформаційний аудит (перевірка) діяльності організації; має проводитися регулярно.

План роботи

Календарний план діяльності (виконання заходів) з реалізації комунікаційної стратегії.

Пропонуємо ознайомитися з чек-листом зі створення комунікаційної стратегії розвитку компанії, який запропонувала агенція «Здорові комунікації» (див. **Додаток 8**).

Ще одним прикладним інструментом, що допоможе медичному закладу в комунікації, є **брендбук**. Це документ, у якому систематизовано всі ідеологічні елементи бренду, описано стандарти використання фірмового стилю закладу, графічних і вербальних компонентів. Брендбук стає у пригоді, коли вам потрібно розробити презентацію для заходу, надрукувати логотип закладу на одязі, відправити листа на фірмовому бланку. Все це робить внесок у побудову іміджу та бренду – того, як вас бачать ваші клієнти й партнери. А це, у свою чергу, впливає на репутацію та побудову довіри.

Практичні поради щодо створення брендбуку

1 При виборі ПІДРЯДНИКА для розробки фірмового стилю і брендбуку:

- Попросіть надати портфоліо, щоб розуміти, в яких галузях кандидат має досвід роботи, знайдіть відгуки.
- Оцініть співвідношення ціна/якість/строки (занадто низька чи висока ціна має вас насторожити).
- Підготуйте детальний бриф (технічне завдання), зустріньтеся особисто та обговоріть деталі роботи, порядок оплати.
- Домовтеся про розробку різних варіантів логотипу, узгодьте кількість можливих доопрацювань.

2 При підготовці ТЕХНІЧНОГО ЗАВДАННЯ:

- Перш ніж готувати ТЗ, дайте відповіді на такі запитання: «Для чого нам брендбук?», «Де ми будемо його застосовувати?», «Який бюджет ми маємо?», «Коли ми

хочемо отримати готовий брендбук?», «Хто буде відповідальним за спілкування з підрядником?»

- ТЗ обов'язково має включати: строки виконання робіт, опис вашого підприємства, послуг, цільової аудиторії та конкурентів, назву для логотипу і брендлінії, відчуття та асоціації, які має викликати фірмовий стиль, бажані кольори, приклади елементів, які подобаються/не подобаються, детальний перелік елементів фірмового стилю, конкретні очікування від результату.
- Строки виконання можуть затягуватися, але на 50% це залежить від вас – від повноти наданої інформації та швидкості зворотного зв'язку.
- Комунікація з підрядником/дизайнером має бути постійною: оперативно відповідайте та надавайте інформацію.

3 Що має бути у БРЕНДБУЦІ:

- Логотип та правила його використання: вертикальне і горизонтальне використання, відсутність дрібних елементів і нечитабельного шрифту, однотонний вектор елемента логотипу з можливістю масштабування.
- Кольори: схеми RGB та CMYK, Pantone, плівка Oracal.
- Онлайн-носії: фірмовий бланк, зображення для соцмереж, шаблон презентації.
- Шрифт: альтернатива фірмовому шрифту, який є загальнодоступним.
- Бейджі та візитівки: ім'я та по батькові виділено більшим шрифтом, прізвище – дрібнішим.
- Друкована продукція: містить номер ліцензії та місце для підпису пацієнта з попереджувальним текстом.
- Технічні рекомендації для елементів зовнішнього та внутрішнього брендування.
- Технічні параметри для друку (формат, щільність паперу тощо).

- Оформлення навігаційних елементів (таких як вивіски, режим роботи, таблички для кабінетів тощо).
- Сувенірна продукція (ручки, блокноти, чашки), буклети, листівки.
- Інформаційний стенд.

4 Інші важливі ПОРАДИ:

- Залучайте активних колег до розробки концепції бренду.
- Проводьте голосування серед усіх співробітників за варіанти логотипу.
- Мисліть стратегічно та креативно.
- Не бійтесь казати «Не подобається» підряднику, упевнено відмовляйтеся від того, що не подобається.
- Аргументуйте своє бачення і свою думку.
- Занадто довга назва підприємства не підходить для логотипу – придумайте та узгодьте скорочений варіант.



ЖИТОМИРСЬКИЙ ЦЕНТР
ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ
ДОПОМОГИ

Приклад зміни логотипу в Житомирському центрі ПМСД

До



Після



Пояснення ідеї логотипу

- **Строгий стиль:** професійність та відповідальність.
- **Зображення хреста:** медицина.
- **Зображення пункту геолокації:** велика мережа амбулаторій.
- **Зображення серця:** турбота про пацієнтів та любов до своєї роботи.
- **Перекликається з логотипом міста Житомира.**



Широківський центр ПМД:

«Після бурхливих обговорень макетів нового логотипу всередині колективу ми вирішили дізнатися у пацієнтів, як наш заклад асоціюється з запропонованими варіантами. Для цього ми організували опитування на офіційній сторінці нашого закладу в мережі Facebook. Наші підписники активно відреагували: вони ставили вподобайки на варіанти, які їм припали до смаку, або вказували, чому якийсь із варіантів точно не підходить, писали свої думки в коментарях. Враховуючи онлайн-коментарі відвідувачів центру, ми знову провели голосування серед персоналу та обрали наш теперішній логотип. Опитування в соціальній мережі мало користь, бо варіанти, яким ми спершу надавали перевагу (хрестики по колу), насправді було розкритиковано більшістю підписників нашої сторінки».



Коломийський центр ПМСД:

«Перший логотип нашого закладу було створено у 2015 році. Це був чорно-білий малюнок ратуші – символу міста та геральдики. Проте ідея мати власний бренд нас дуже надихнула.

Ми поставили прості вимоги: синій колір, бо він заспокоює і надає впевненості, та зображення міської ратуші як символу міста. Спочатку все йшло дуже добре, і перший з логотипів, запропонованих розробниками, нам сподобався найбільше.

Однак у якийсь момент підрядник перестав відповідати на дзвінки та повідомлення. Ми були в паніці! Але, опанувавши себе, вирішили завершити роботу над брендбуком самостійно. Нам пощастило, бо в колективі є молодий лікар, який вміє працювати в спеціальних графічних програмах і має дизайнерський досвід. Спочатку ми вдосконалили лого: зображення ратуші зробили більш якісним. Потім створили додатковий логотип, який має ту саму силу, що і основний. Він може бути доцільним тоді, коли використання основного неможливе або негармонійне з технічних причин.

Взявши за основу створені підрядником основні елементи фірмового стилю, ми їх удосконалили і об'єднали у брендбук.

І лише після цього підрядник з'явився на зв'язку. ☹

Пояснення нашого логотипу:

На новому логотипі присутні два відтінки синього, Замість годинника – елемент, стилізований під офіційний логотип міста Коломиї. Три серця, скомбіновані у вигляді метелика, – символ душі, відродження і здатності до позитивних перетворень, оскільки метелик отримує крила, пройшовши кілька етапів трансформації. Серця символізують людино-орієнтованість Центру, його турботу та піклування про кожного клієнта.

Засвоєні уроки:

1. Спершу треба переконатися, чи можемо ми самі виконати цю роботу, оскільки, можливо, нам і не був би потрібен жоден виконавець.
 2. Якщо є потреба в підряднику, слід підійти до його вибору дуже відповідально:
 - вивчити його роботи та відгуки клієнтів – часом лише однієї рекомендації не достатньо;
 - при виборі виконавця, особливо якщо він знаходиться далеко, завжди є ризик недобросовісного виконання ним зобов'язань;
 - дуже важливо розуміти, що саме має втілювати логотип та яку ідею він передає. На визначення цих питань варто не шкодувати часу та сил».
-

ЗАХОДИ СПРИЯННЯ ЗДОРОВ'Ю НАСЕЛЕННЯ

Важливою частиною первинної медичної допомоги є не тільки лікування хвороб, а й їх профілактика. Сімейний лікар має бути зацікавлений у тому, щоб людина була здоровою, а для цього необхідно постійно комунікувати зі своїми пацієнтами, відстежувати стан їхнього здоров'я, вчасно проводити профілактику, надавати інформацію про здоровий спосіб життя.

Дієвим інструментом проактивного залучення населення до комунікації для центрів сімейної медицини є **заходи сприяння здоров'ю населення**.

Такі заходи допомагають центрам краще розуміти потреби громади, будувати довірчі відносини з

пацієнтами, навчати їх і навчатися разом з ними. Стіну недовіри до сімейної медицини можна зруйнувати постійною, професійною і чесною комунікацією, а замість неї будувати спільноту на засадах партнерства і взаємоповаги.

Центри – учасники грантової програми проводили у своїх містах та селищах ярмарки здоров'я, виїзні дні здоров'я, заходи для дітей. Це допомогло їм не тільки залучити нових пацієнтів, а й провести профілактичні медогляди всіх охочих та людей, які зазвичай уникають лікарів, у неформальній атмосфері поспілкуватися з населенням, розповісти більше про реформу, про свій заклад, відповісти на запитання, що хвилюють багатьох. Такі прості, здавалося б, дії дали гарний результат: поінформованість людей, а разом з нею – і довіра до сімейної медицини зросла.



ЦПМСД № 1 Дніпровського району міста Києва:

«Перший логотип нашого закладу було створено «Ми розуміємо, що у дітей існує страх перед лікарями, і цей страх згодом може стати неусвідомленою причиною уникання медичних закладів вже у дорослих людей. Для нас було важливо показати своїм клієнтам, що ми не байдужі до їхнього здоров'я, що ми піклуємося про кожного та вміємо працювати в команді. А головне, що лікарі – друзі кожної сім'ї.

Тому ми вирішили організувати розважальний захід для дітей, щоб із малечку вони розуміли, що лікарі не страшні, з ними можна гратися й жартувати, лікар може бути другом дитині.

30 травня 2019 року ми провели ярмарок здоров'я для дітей «Лікар – друг дитини», приурочивши її до Міжнародного дня захисту дітей.

До організації заходу було залучено багато співробітників, які активно допомагали та вносили цікаві пропозиції.

Ми запланували розважальну програму для дітей за участю аніматорів Фіксиків, конкурс малюнків та смаколики, повітряні кульки та подарунки, лекції для батьків на актуальні теми здоров'я, облаштували фотозону. Оскільки ярмарок проходив на подвір'ї головної амбулаторії, він викликав цікавість у інших (старших) гостей нашого Центру. Щоб не обділити їх увагою, ми хуленько встановили намети, де можна було виміряти тиск, дізнатися свою вагу, зріст, окружність талії, заповнити анкету з відгуком про роботу закладу та поспілкуватися з медичними працівниками.



Рисунок 32. Гра для дітей та лікарів на ярмарку здоров'я (ЦПМСД № 1 Дніпровського району міста Києва)

Батьки та дітки в ігровій формі ознайомилися з особливостями роботи медичних працівників нашого Центру, отримали корисну інформацію стосовно збереження здоров'я та в дружній, невимушеній атмосфері поспілкувалися з лікарями та керівництвом Центру. Також родзинкою програми став показовий виступ і майстер-клас від лікаря нашого закладу, який також є тренером кунг-фу, та його талановитих учнів (Федерація кунг-фу України).

Захід мав великий успіх. Його відвідали 178 дітей, а дорослих ми навіть не рахували.

Цей ярмарок здоров'я став для нас зовсім новим досвідом взаємодії як у команді, так і з пацієнтами. Оскільки на момент проведення заходу вже було розроблено брендбук закладу, ми мали гарну можливість ознайомити наших клієнтів з візуалізацією ЦПМСД № 1. Зокрема, спеціально для заходу ми замовили повітряні кульки та печиво з логотипом Центру, встановили брендovanу фотозону. Наша ініціатива мала великий успіх. Ми плануємо проводити такі ярмарки регулярно. І, спираючись на цей перший досвід, хочемо дати кілька практичних порад іншим закладам охорони здоров'я:

- *Не робіть захід дуже довгим: оптимально – 3–4 години.*
- *У літню пору пам'ятайте про сонце: відвідувачі не повинні перебувати під відкритим сонцем довго.*
- *Подбайте про можливих партнерів: спонсорів, які можуть допомогти із закупівлями для ярмарку, місцеві творчі колективи, які забезпечать розважальну частину тощо (ми, наприклад, залучили до ярмарку постачальника води, який безкоштовно надав нам індивідуальні пляшечки з водою, фармацевтична компанія надала для діток розмальовки та наліпки, на яких не було медичної реклами).*
- *Якщо хочете замовити печиво чи інші солодощі (ще й із логотипом), вам треба знайти виробника, який має відповідні сертифікати якості та гарантуватиме, що продукція є гіпоалергенною.*
- *Залучайте до організації заходу багато співробітників, не робіть усе силами 2–3 осіб. Ярмарок – це чудовий приклад командоутворення. Ми здружилися за час підготовки, стали більше довіряти одне одному. А ще виявили багато творчих людей у колективі, про таланти яких раніше навіть не здогадувалися.*
- *Не бійтеся, що подібний захід вимагає значних коштів. Бюджет нашого масштабного ярмарку не перевищив 20 тис. грн. Зауважте, що намети або банер для фотозони будуть корисними і для інших заходів у майбутньому, тому це вигідне придбання.*

Ви будете хвилюватися, і переживати. Але це не страшно: радість і захват від подяк відвідувачів, їхніх приємних слів та згуртованості команди того варті!»



Рисунок 33. Майстер-клас із кунг-фу на ярмарку здоров'я (ЦПМСД № 1 Дніпровського району міста Києва)

Рекомендуємо для читання:

Дмитро Коник. Стратегічні комунікації. Посібник для державних службовців. Світовий банк, 2016.

Дэвид Аакер. Аакер о брендинге. 20 принципів досягнення успіха. Издательство «Эксмо», 2016.

Гаррі Беквіт. Продаючи невидиме. Керівництво з сучасного маркетингу послуг. Видавництво «Клуб сімейного дозвілля», 2016.

Чек-лист гарних практик

- Ваш заклад має розроблені маркетингову та комунікаційну стратегію, на реалізацію яких виділяються ресурси.
- Ваш заклад має розроблений брендбук.
- Ваш заклад має маркетингові матеріали для поширення.
- Ваш заклад планує/проводить заходи сприяння здоров'ю населення.

7. ОБМІН ДОСВІДОМ

Одним із найефективніших методів посилення управлінської спроможності та підвищення якості є саме обмін досвідом та поширення найкращих практик за принципом «рівний-рівному». Так, зокрема, в методичних рекомендаціях «Покращення якості для практики ПМД», розроблених Королівським коледжем лікарів загальної практики Великої Британії, йдеться про те, що надавачі ПМД можуть покращити надання послуг через співпрацю один з одним. В такий спосіб кожен заклад отримує доступ до більшої кількості експертів, і стає можливим обмін найкращими практиками між колегами. Така співпраця має підтримуватися регулярною комунікацією експертів та учасників, оприлюдненням результатів та відгуків про співпрацю, навчальними заходами⁴⁵.

Тому впродовж 2019 року команди 15 закладів ПМД – учасників грантової програми навчалися самі (брали участь у багатьох тренінгах, організованих Проектом), навчали свої колективи і запрошували до участі своїх колег з інших закладів. І тепер у кожному з 15 закладів ПМД є команда з 4–5 тренерів, які мають теоретичні знання, практичний досвід і навички тренерства, готові ділитися набутим та прожитим досвідом із колегами інших медичних закладів. Для цього в них є розроблені тренінгові

модулі, презентації, роздаткові матеріали, практичні вправи для навчання.

Теми, з яких команди тренерів готові проводити навчання:

- Пацієнт-орієнтована модель надання ПМД.
- Навички комунікації з пацієнтом, консультування та мотиваційного інтерв'ю.
- Розбудова системи якості в медичному закладі.
- Розробка та впровадження індикаторів якості.
- Лідерство, впровадження змін.
- Інструменти управління якістю в медичному закладі.
- Економічний аналіз діяльності медичного закладу.
- Особливості роботи з електронними інструментами «ІНСАЙТ» та «Pay&Care».
- Матеріальна та нематеріальна мотивація персоналу.

⁴⁵ Quality improvement for General Practice. A guide for GPs and the whole practice teams – RCGP – 2015.

Контакти закладів ПМД – учасників грантової програми з розвитку центрів передового досвіду



ЦПМСД № 4, м. Кривий Ріг

Анжеліка Логінова, головний лікар
medcentr_4@ukr.net
+38 (097) 502 60 39



Коломийський міський центр ПМСД

Марія Буртик, директор
medcentr.kolomyia@gmail.com
+38 (034) 334 63 64;
+38 (099) 935 72 17



Широківський центр ПМД

Олег Балагура, директор
ol_1975@ukr.net
+38 (096) 222 61 91



Вознесенський центр ПМСД

Наталія Андрухова, менеджер із комунікацій
voz_mc_pmsd@ukr.net
+83 (095) 495 84 29



Селидівський міський центр ПМСД

Ксенія Салікова, адміністратор
salikova.selid.cpmsd@gmail.com
+38 (050) 913 93 28



Балтський центр ПМСД

Станіслав Чорний, директор
baltapmsdbgr@gmail.com
sicherny@gmail.com
+38 (050) 553 57 37



Житомирський центр первинної медичної допомоги

Вікторія Тогунова, менеджер із сервісу та комунікацій
v.togunova@likar.center
+38 (098) 604 01 63



Центр ПМСД «Ювілейний», м. Рівне

Вікторія Покоєвчук, головний лікар
medcentr_yuvileiny@ukr.net
+38 (050) 375 07 55



Медичний центр «Сім'я», м. Мукачєво

Євген Мешко, директор
jevgenmeshko@ukr.net
cpmsd.mukachevo@gmail.com
+38 (050) 223 88 98
0 800 503 118



Олешківський центр ПМСД

Світлана Сердюкова, директор
svetaserdiukova@gmail.com
+38 (095) 426 64 39



Городенківський центр ПМСД

Надія Павчак, менеджер по роботі з персоналом

cpmsd-horodenka@ukr.net

+38 (034) 302 28 92



Шепетівський центр сімейної медицини

Андрій Нечипорук, головний лікар

shepcentr@meta.ua

+38 (097) 408 26 55



Канівський центр ПМСД

Наталія Горьова, директор

kaniv_centra@ukr.net

+38 (067) 735 98 18



Центр ПМСД «Садгора»

Наталія Калмикова, директор

sadgora.tsentr@ukr.net

+38 (050) 703 87 87



ЦПМСД № 1 Дніпровського району м. Києва

Елеонора Коляда, директор

dnopr.cpmsd1@ukr.net

+38 (044) 540 96 79

ДОДАТКИ

Додаток 1

SWOT-аналіз: кому, коли й навіщо потрібен

(за матеріалами незалежної української компанії «Baker Tilly»:

<https://bakertilly.ua/news/id44448>)

Бізнес не вічний двигун, запустивши який, можна спокійно займатись іншими справами. Якщо ваша мета – не просто відкрити компанію, а зробити її успішною, прибутковою та конкурентоспроможною, навчіться приймати об'єктивні та виважені рішення.

Для цього необхідно чітко розуміти позиції компанії на ринку, можливі перспективи та наявні проблеми. І навряд чи щось допоможе розібратися в ситуації краще, ніж SWOT-аналіз. Цей метод завдячує своєю появою групі авторів книги «Business Policy, Text and Cases», що побачила світ у 1969 році. Вже майже 50 років SWOT-аналіз залишається одним з найефективніших інструментів стратегічного планування.

Абревіатура цього терміна включає перші букви елементів аналізу і розшифровується як:

- Strengths (сильні сторони);
- Weaknesses (слабкі сторони);
- Opportunities (можливості);
- Threats (загрози).

Найважливіше завдання SWOT-аналізу – допомогти організації побачити та оцінити всі чинники, що впливають на прийняття рішень, а також визначити можливості розвитку.

Існує безліч ситуацій, що передбачають застосування SWOT-аналізу:

- запуск стартапів, нових напрямів бізнесу;
- перегляд внутрішньої політики компанії;
- розгляд варіантів та можливостей перебудови бізнесу;
- перевірка правильності обраного курсу розвитку;
- покращення бізнес-процесів;
- загальне розуміння ситуації, що склалася на ринку.

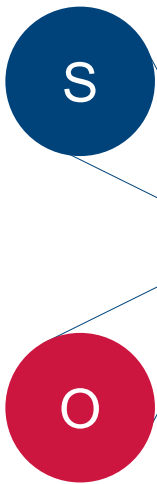
Дехто з керівників воліє проводити SWOT-аналіз самотужки, адже зазвичай саме вони бачать цілісну картину та визначають напрям розвитку бізнесу. Однак краще, коли в розгляді бере участь команда з кількох спеціалістів із різних департаментів. Це допомагає визначити та вивчити «сліпі зони», які можуть негативно впливати на стан бізнесу чи на відносини з клієнтами.

ЕЛЕМЕНТИ SWOT-АНАЛІЗУ

Метод використовує чотири ключові елементи: сильні та слабкі сторони, можливості та загрози. Для зручності їх зображують у вигляді таблиці з чотирьох стовпчиків.

Сильні сторони

Strengths

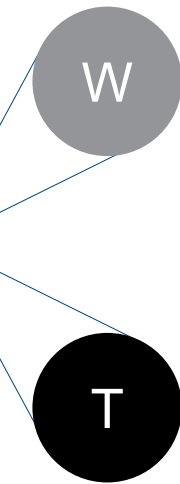


Можливості

Opportunities

Слабкі сторони

Weaknesses



Загрози

Threats

ВНУТРІШНІ ЧИННИКИ

До цієї групи належать сильні (S) та слабкі сторони бізнесу (W), і саме з їх вивчення починають аналіз. Внутрішні чинники визначаються ресурсами, які є в розпорядженні компанії, а також процесами, на які організація має безпосередній вплив.

Позиції компанії оцінюють за такими критеріями:

- фінансові ресурси: джерела фінансування, можливості отримання доходу, інвестиції;
- фізичні ресурси: обладнання, місцезнаходження, нерухомість;
- людські ресурси: співробітники, цільова аудиторія, волонтери;
- доступ до природних ресурсів, патенти, авторські права;
- внутрішні процеси: тренінги, мотиваційні програми для персоналу та програми лояльності для клієнтів, ієрархічна структура відділів тощо.

Запитання, що допоможуть розкрити сильні сторони бізнесу:

Що ми робимо краще, ніж конкуренти? Які наші переваги з погляду клієнтів? Чи є у нас унікальна торговельна пропозиція?

Розглядайте ситуацію об'єктивно: якщо ваша продукція гарної якості, але не виділяється за цим показником серед конкурентів, це не може враховуватися як сильна сторона.

Щоб зрозуміти недоліки організації, запитайте себе:

Що можна покращити у продукції чи в сервісі? Які негативні відгуки залишають клієнти? Що зменшує дохід? Чи є речі, які конкуренти роблять краще?

ЗОВНІШНІ ЧИННИКИ

Тільки після того як було ретельно розглянуто та оцінено внутрішні чинники, переходять до аналізу можливостей (О) і загроз (Т), що прямо чи опосередковано впливають на бізнес. Організація не здатна контролювати ці процеси, однак повинна їх знати і враховувати під час розробки стратегії.

До зовнішніх чинників належать:

- ринкові тенденції: поява нових продуктів чи технологій, зміни споживчих вподобань цільової аудиторії;
- відносини з клієнтами та постачальниками;
- економічні тенденції: глобалізація чи захист національних виробників, конкуренція, зміна світового попиту;
- зовнішнє фінансування;
- демографічні показники: чисельність та вік населення, купівельна спроможність, цінності;
- політичні, екологічні, економічні обмеження та регуляції (ліцензії, квоти та ін.).

Щоб полегшити процес аналізу зовнішніх чинників, дайте відповіді на запитання:

Можливості: чи існують додаткові напрями розвитку бізнесу? Які цікаві тенденції з'явилися у вашій ніші? Які економічні, політичні, демократичні чи соціальні зміни принесуть користь вашому бізнесу?

Загрози: чи використовують ваші конкуренти більш сучасні технології, чи пропонують кращий сервіс? Які зовнішні перепони є на вашому шляху? Наскільки відчутно ваші слабкі сторони погіршують позиції компанії на ринку? Наскільки успіх вашої компанії залежить від зовнішніх чинників (таких як зміна стандартів якості, припинення фінансування від донорів чи держави, обмеження продажів та ін.)?

Після визначення всіх чинників буде значно простіше прийняти рішення: посилити слабкі сторони компанії завдяки наявним ресурсам чи відмовитися від ризикованого напряму розвитку, зменшивши потенційні зовнішні загрози. Загалом стратегії мають фокусуватися на акумуляції сил та використанні можливостей, що дозволить уникнути чи подолати загрози.

Якщо SWOT-аналіз проведено правильно, ви зрозумієте:

- чи всі ресурси компанії задіяно на повну;
- які конкурентні переваги має компанія; які сильні сторони можуть стати перевагами і що для цього потрібно зробити;
- які з наявних можливостей допоможуть розвитку компанії;
- які загрози є критичними зараз чи в майбутньому, як їх уникнути.

Додаток 2

Шаблон таблиці операційного плану

№	Стратегічний напрям		Заходи	Виконавець	I кв. 2020	II кв. 2020	III кв. 2020	IV кв. 2020	I півр. 2021	II півр. 2021	2022	...
1.		1.1.										
		1.2.										
		1.3.										
		1.4.										
		1.5.										
		1.6.										
2.		2.1.										
		2.2.										
		2.3.										
		2.4.										
		2.5.										
		2.6.										
		2.7.										
3.		3.1.										
		3.2.										
		3.3.										
		3.4.										
		3.5.										
		3.6.										
4.		4.1.										
		4.2.										
		4.3.										
		4.4.										
		...										

Додаток 3 Зразок політики якості



ПОЛІТИКА ЯКОСТІ МЕДИЧНОГО ЦЕНТРУ «СИМ'Я»

Наша ціль – міцне здоров'я та хороший настрій клієнтів.

Мета політики в галузі якості:

- надання якісної та кваліфікованої медичної допомоги клієнтам.

Завдання:

- відповідність законодавчим вимогам;
- постійне вдосконалення системи управління якістю;
- забезпечення професійної та кваліфікованої медичної допомоги;
- культивування особистої відповідальності працівників усіх рівнів за якість виконаної роботи;
- запобігання зниженню якості наданої медичної допомоги та обслуговування клієнтів;
- систематичне підвищення професійної підготовки персоналу;
- забезпечення контролю на всіх етапах робочого процесу.

Шляхи досягнення результатів:

- усвідомлення і виконання керівництвом ролі лідера щодо забезпечення якості;
- всебічний взаємозв'язок із клієнтами;
- організація збору та аналізу інформації щодо задоволеності клієнтів якістю медичної допомоги та рівнем обслуговування;
- вдосконалення системи моніторингу якості;
- підвищення професійних якостей усіх працівників;
- мотивація персоналу до забезпечення необхідного рівня якості послуг;
- забезпечення захисту конфіденційної інформації клієнтів;
- забезпечення комфортних та безпечних умов праці.

Додаток 4
Бланк протоколу групи якості

Протокол			Тема:	
Дата, час:			Місце:	
Учасники				
№.	Обговорене питання	Прийняте рішення	Термін виконання	Відповідальний
1.				
2.				
3.				
Наступна нарада запланована:				
Головував:				
Протоколював:				

Додаток 5

Приклади паспортів до деяких індикаторів якості, які можуть застосовуватися на рівні закладу ПМД

№ 1. Розрахунок базового показника для індикатора якості щодо рівня вакцинопрофілактики

Мета: забезпечити наявність достовірних даних для розрахунку індикаторів.

Обчислення: реєстр пацієнтів із заповненими даними про щеплення (з амбулаторної картки).

Реєстр та базовий показник	Отримувачі	Термін подання звітності	Верифікація	Умови	Рівень (% від окладу на рік/місяць)
Діти до 1 року включно (обов'язково)	Команда: лікар та медична сестра	Щорічно до 15 квітня	100% наявності реєстрів пацієнтів із зазначеним базовим показником	1) Наявність усіх необхідних реєстрів для лікаря ПМД. 2) 75% від усіх пацієнтів лікаря відповідної вікової групи внесено в реєстр.	Педіатр: 60% / 5%. Сімейний лікар: 50% / 4%. Терапевт: 40% / 3%.
Діти від 1 до 16 років					
Особи від 16 років					

№ 2. Формування річного плану щеплень

Мета: забезпечити наявність достовірних даних для розрахунку індикаторів.

Обчислення: обов'язкова наявність електронної таблиці або відповідного звіту в МІС.

Реєстр та базовий показник	Отримувачі	Термін подання звітності	Верифікація	Умови	Рівень (% від окладу на рік/місяць)
Діти до 1 року включно (обов'язково)	Команда: лікар та медична сестра	Щорічно до 1 червня	100% наявності планів щеплень	1) Наявність усіх необхідних планів щеплень лікаря ПМД. 2) 75% від усіх пацієнтів лікаря відповідної вікової групи включено до плану щеплень.	Педіатр: 45% / 4%. Сімейний лікар: 35% / 3%. Терапевт: 25% / 2%.
Діти від 1 до 16 років					
Особи від 16 років					

Виплата здійснюється за умови виконання індикатора № 1.

№ 3. Рівень вакцинопрофілактики на рівні команди ПМД

Мета: підвищити рівень охоплення вакцинацією.

Обчислення: 100% виконання вакцинального комплексу щодо кожного пацієнта.

Реєстр та базовий показник	Отримувачі	Термін подання звітності	Верифікація	Умови	Рівень (% від окладу на рік/місяць)
Діти до 1 року включно (обов'язково)	Команда: лікар та медична сестра	Щоквартально (до 10 числа місяця, наступного за звітним)	100% верифікації реєстру Якщо верифікацію не пройдено, виплати припиняються до наступного кварталу.	1) Доплата за кожен віковий групу окремо. 2) 100% виконання вакцинального комплексу щодо кожного пацієнта. 3) Відсутні виплати при рівні вакцинації відповідної групи до 40%. 4) Доплати диференціюються: 41-60%; 61-75%; 76-85%; 86-90%; 91-95%; 96+%. 5) Через 6/12 міс. – підвищення базового рівня	Педіатр: 75% / 25%. Сімейний лікар: 30% / 10%.
Діти від 1 до 16 років					Педіатр: 50% / 17%. Сімейний лікар: 35% / 12%.
Особи від 16 років					Сімейний лікар: 20% / 7%. Терапевт: 45% / 15%.

№ 4. Рівень грудного вигодовування

Мета: підвищити якість надання ПМД.

Обчислення: кількість пацієнтів віком 6 місяців, які перебувають на грудному вигодовуванні.

Реєстр та базовий показник	Отримувачі	Термін подання звітності	Верифікація	Умови	Рівень (% від окладу на рік/місяць)
Дитина, яка досягла 6-місячного віку	Команда: лікар та медична сестра	Щорічно (до 10 числа місяця, наступного за звітним)	100% верифікації реєстру	Оплата за кожне 6-місячне немовля з відповідного реєстру.	Педіатр: 3%. Сімейний лікар: 5%

№ 5. Створення та ведення реєстрів пацієнтів за групами

Мета: забезпечити наявність достовірних даних для розрахунку індикаторів.

Обчислення: обов'язкова наявність електронної таблиці або відповідного звіту в МІС.

Реєстр	Отримувачі	Термін подання звітності	Верифікація	Умови	Рівень (% від окладу на рік/місяць)
Пацієнти, які не звертались більше 2 років	Команда: лікар та медична сестра	Щорічно до 1 червня	100% верифікації реєстру	1) Оплата за кожний реєстр окремо. 2) 75% пацієнтів лікаря внесені до реєстрів.	Педіатр: 5%. Сімейний лікар: 10%. Терапевт: 15%
Пацієнти з гіпертонічною хворобою					Сімейний лікар: 15%. Терапевт: 20%.
Пацієнти з цукровим діабетом					Педіатр: 2%. Сімейний лікар: 10%. Терапевт: 15%.
ВІЛ-пацієнти					Педіатр: 1%. Сімейний лікар: 5%. Терапевт: 5%.
Пацієнти, хворі на орфанні захворювання					Педіатр: 1%. Сімейний лікар: 5%. Терапевт: 5%
Пацієнти, які потребують паліативної допомоги					Педіатр: 1%. Сімейний лікар: 5%. Терапевт: 10%

№ 7. Проактивний контакт із окремими групами пацієнтів

Мета: підвищити якість надання ПМД.

Обчислення: звіт про контакти, здійснені за допомогою різних каналів (дзвінків, смс, повідомлень у месенджерах), щодо кожного пацієнта тощо. Підтвердження: запис у картці про телефонне консультування та/або візит до лікаря після такого контакту.

Реєстр	Дії	Отримувачі	Термін подання звітності	Верифікація	Умови	Рівень (% від окладу на рік/місяць)
Гіпертонічна хвороба	Перевірка правильності процедури виміру тиску пацієнтом, звірка показників тонометра, ведення журналу	Команда: лікар та медична сестра	Щопівроку (до 15 числа місяця, наступного за звітним)	10% із звіту про виконання проактивних контактів	Оплата після верифікації при досягненні: у 1-й рік: 30%; у 2-й рік: 40% і т. д.	Сімейний лікар: 30%. Терапевт: 40%.
Цукровий діабет	ІМТ, рівень цукру				Оплата після верифікації при досягненні: у 1-й рік: 70%; у 2-й рік: 80% і т. д.	Педіатр: 5%. Сімейний лікар: 20%. Терапевт: 30%.
ВІЛ	Побічні реакції, прихильність до прийому АРТ, скринінг на ТБ			100% із звіту про виконання проактивних контактів	Оплата після верифікації при досягненні 90%.	Педіатр: 2%. Сімейний лікар: 5%. Терапевт: 7%.

№ 8. Ведення пацієнтів, які потребують паліативної допомоги

Мета: оптимізувати надання послуг, підвищити ефективність роботи.

Обчислення: абсолютне значення: кількість пацієнтів, які перебувають на обслуговуванні.

Отримувачі	Термін подання звітності	Верифікація	Умови	Рівень (% від окладу на рік/місяць)
Команда: лікар та медична сестра	Щорічно (до 10 числа місяця, наступного за звітним)	100% верифікації реєстру 1 раз на квартал	Оплата за кожного пацієнта за умови здійснення щонайменше 1 візиту на місяць.	Педіатр: 1%. Сімейний лікар: 3%. Терапевт: 2%.

№ 9. Ведення вкладки «Фактори ризику» в картці пацієнта

Мета: створити передумови для збору достовірних даних, на базі яких можна розраховувати інші індикатори.

Обчислення: абсолютне значення: кількість пацієнтів, які на обслуговуванні.

Отримувачі	Термін подання звітності	Верифікація	Умови	Рівень (% від окладу на рік/місяць)
Команда: лікар та медична сестра	Щорічно (до 10 числа місяця, наступного за звітним)	20% верифікації реєстру (щокварталу)	Занесено інформацію про мінімум 60% пацієнтів, які були на прийомі, впродовж попередніх 3 місяців.	Педіатр: 3%. Сімейний лікар: 7%. Терапевт: 10%.

№ 10. Залучення до роботи груп якості

Мета: підвищити залученість персоналу до системи управління якістю.

Обчислення: абсолютне значення: участь у групах якості, які проводяться орієнтовно двічі на місяць.
Обов'язкові умови: участь у 75% від усіх засідань; засідання вважається проведеним, якщо на ньому були присутні 50% і більше учасників групи.

Отримувачі	Термін подання звітності	Верифікація	Умови	Рівень (% від окладу на рік/місяць)
Команда: лікар та медична сестра	Щорічно (до 10 числа місяця, наступного за звітним)	100% верифікації реєстру (щоквартально)	1) Засідання груп якості не менше ніж 2 рази на місяць. 2) Обов'язкова участь у 75% всіх засідань. 3) Участь у засіданні взяли 50% і більше учасників групи.	Педіатр: 5%. Сімейний лікар: 7%. Терапевт: 7%

№ 11. Розробка маршрутів пацієнтів (локальних клінічних настанов), які буде затверджено наказом по закладу

Мета: впровадити принципи доказової медицини.

Обчислення: абсолютне значення – за кожний розроблений та прийнятий наказ по закладу.

Отримувачі	Термін подання звітності	Верифікація	Умови	Рівень (% від окладу на рік/місяць)
Розробник(и)	Квартально (до 10 числа місяця, наступного за звітним)	100% верифікації (щоквартально)	Розроблено та прийнято наказ по закладу	Педіатр: 10%. Сімейний лікар: 10%. Терапевт: 10%.

№ 12. Ведення медичною сестрою самостійного (окремого) прийому пацієнтів

Мета: посилити роль медичної сестри, розвантажити лікарів, оптимізувати ресурси при наданні ПМД.

Обчислення: не менше 15% самостійного прийому від загальної кількості прийомів команди. Обов'язкова умова: прийом ведеться окремо від лікаря. Можливо, виникне потреба у створенні можливості електронного запису до медсестри та окремого приміщення.

Отримувачі	Термін подання звітності	Верифікація	Умови	Рівень (% від окладу на рік/місяць)
Медична сестра	Квартально (до 10 числа місяця, наступного за звітним)	100% верифікації	<ol style="list-style-type: none"> 1) Прийом ведеться окремо від лікаря. 2) Не менше 15% самостійного прийому від загальної кількості прийомів команди ПМД. 3) Якщо менше 15% – доплата не здійснюється. 4) Через 6/12 місяців – мінімальний поріг підвищується на 10%. 	Медична сестра: 25% / 8%.

№ 13. Ведення групових занять для пацієнта (школи пацієнтів)

Мета: посилити роль медичної сестри, розвантажити лікарів, оптимізувати ресурси при наданні ПМД.

Обчислення: абсолютне значення: за кожне проведене заняття для груп пацієнтів.

Отримувачі	Термін подання звітності	Верифікація	Умови	Рівень (% від окладу на рік/місяць)
Медична сестра	Квартально (до 10 числа місяця, наступного за звітним)	100% верифікації	<ol style="list-style-type: none"> 1) Оплата за кожне проведене заняття. 2) Проведення не менше 3 і не більше 7 занять за квартал. 3) Заняття вважається проведеним, якщо були присутні не менше ніж 5 пацієнтів. 	Медична сестра: 3%.

№ 14. Проведення публічних заходів із залученням пацієнтів

Мета: підвищити рівень прозорості та пацієнт-орієнтованості в роботі закладу.

Отримувачі	Термін подання звітності	Верифікація	Умови	Рівень (% від окладу на рік/місяць)
Ініціативна група (медичний директор, заступник з медичних питань, інші)	Квартально (до 10 числа місяця, наступного за звітним)	100% верифікації	<ol style="list-style-type: none"> 1) Не менше 1 публічного заходу на квартал, до якого залучено пацієнтів. 2) Публічна звітність про захід. 3) Виплата на групу 	Педіатр: 10%. Сімейний лікар: 7%. Терапевт: 7%. Медична сестра: 5%. Інший персонал: 5%.

Додаток 6

Клінічний маршрут пацієнта з ларингітом, розроблений Коломийським центром ПМСД



УКРАЇНА

КОЛОМИЙСЬКА МІСЬКА РАДА

Комунальне некомерційне підприємство Коломийської міської ради
«Коломийський міський центр первинної медико-санітарної допомоги»

НАКАЗ

24.05.2019

м. Коломия

№ 53

Про затвердження нового клінічного протоколу
«Ларингіт у дітей» та впровадження в медичну
практику відповідного клінічного маршруту пацієнта

На виконання наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України» в редакції наказів МОЗ України від 29.12.2016 № 1422 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751» та від 26.09.2018 № 1752 «Про внесення змін до додатка 4 до Методики розробки та впровадження медичних стандартів медичної допомоги на засадах доказової медицини», наказу МОЗ України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги», з метою покращення якості надання первинної медичної допомоги

НАКАЗУЮ:

1. Затвердити в КНП КМР «КМЦ ПМСД» використання перекладу настанови на засадах доказової медицини, створеної DUODECIM Medical Publications, Ltd., «Ларингіт у дітей» (<http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2684>) як нового клінічного протоколу (Додаток 1).
2. Затвердити в КНП КМР «КМЦ ПМСД» клінічний маршрут пацієнта з ларингітом відповідно до нового клінічного протоколу (Додаток 2).
3. Затвердити склад робочої групи з впровадження клінічного маршруту пацієнта при наданні медичної допомоги дітям з ларингітом згідно з Додатком 3.

4. Завідувачам амбулаторій:

4.1. Довести до відома та опрацювати з лікарями ЗП-СЛ та лікарями-педіатрами новий клінічний протокол та клінічний маршрут пацієнта «Ларингіт у дітей» протягом двох тижнів.

4.2. Постійно контролювати виконання вказаного нового клінічного протоколу та дотримання клінічного маршруту пацієнта.

5. Лікарям ЗП-СЛ та лікарям-педіатрам постійно дотримуватись положень нового клінічного протоколу «Ларингіт у дітей» та клінічного маршруту пацієнта.

6. Контроль за виконанням наказу покласти на заступника головного лікаря з медичного обслуговування населення Буртик М.В.

Головний лікар

КНП КМР «КМЦ ПМСД»

Мельничук В.Б.

Погоджено:

Юрисконсульт

Петрук Г.Р.

Ознайомлений:

Заступник головного лікаря з медичного обслуговування населення

Буртик М.В.

Заступник головного лікаря з ЕТН

Прайс А.А.

Заступник головного лікаря з дитинства і пологової допомоги

Плаксієв В.М.

Завідувач АЗПСМ № 1

Семенюк О.М.

Завідувач АЗПСМ № 2

Кархут М.І.

Завідувач АЗПСМ № 3

Чумак С.М.

Завідувач АЗПСМ № 4 с. Товмачик

Гасюк С.І.

Завідувач АЗПСМ № 5

Юзюк Д. М

Завідувач АЗПСМ № 6

Люта Н. О.

Завідувач АЗПСМ № 7

Лудчак Л.П.

Завідувач АЗПСМ № 8 с. Саджавка

Сахнюк А. В.

Завідувач АЗПСМ № 9 с. Воскресинці

Ільків Л. П.

Лікар ЗП-СЛ АЗПСМ № 7

Кархут Р. М.

Додаток до наказу КНП КМР «КМЦ ПМСД» від 24.05.2019 № 53

Новий клінічний протокол «Ларингіт у дітей»

Основні положення

- Ларингіт – поширена інфекція у малих дітей. Найчастіше виникає у дітей віком від 6 до 36 місяців.
- Більшість пацієнтів мають легкі симптоми і можуть лікувати ларингіт вдома.
- Одужання настає спонтанно. Антибактеріальні, бронходилатуючі, антигістамінні чи протикашльові засоби не мають переваг при лікуванні типового ларингіту.
- Пацієнтів із загрозливими симптомами лікують глюкокортикоїдами амбулаторно у відділенні невідкладної допомоги. За необхідності при першій допомозі може призначатися рацемічний адреналін через небулайзер.
- Спостереження у стаціонарі показане пацієнтам, які мають:
 - чіткий інспіраторний стридор і ретракцію при вдиху як у вертикальному положенні, так і при відпочинку, незважаючи на медикаменти першої допомоги;
 - повтор симптомів під час спостереження (1-2 години) після призначення медикаментів першої допомоги;
 - навіть легке порушення оксигенації після призначення медикаментів першої допомоги;
 - підозру на бактеріальний трахеїт, ларингіт, ускладнений пневмонією, чи інші важкі інфекції.

Етіологія

- Ларингіт – це вірусна інфекція.
- Найпоширенішими збудниками є віруси парагрипу.
- Віруси грипу можуть викликати ларингіт із симптомами, важчими, ніж зазвичай.

Анамнез і клінічні ознаки

- Питання, які слід розглянути в діагностиці, представлено в таблиці Т2.
- Симптоми ларингіту включають сухий, хрипкий, виснажливий, «гавкаючий» кашель, що почався раптово, інспіраторне дихання зі свистом, що пов'язане з плачем, і шумний, утруднений вдих (стридор).
- Намагайтеся спостерігати за ступенем важкості дихання і рухами грудної клітки в той час, коли дитина спокійна і не плаче. Найкращий момент може бути на початку консультації перед тим, як дитина почне «плакати від вигляду білого халата».
- Якщо дитина має утруднене дихання, оксигенацію завжди слід перевіряти пульсоксиметром, при необхідності слід забезпечити кисневу підтримку (сатурація киснем менше 95%).
- Навіть легке порушення оксигенації, виявлене разом із утрудненим вдихом, може бути ознакою загрозливої дихальної недостатності (порушення вентиляції).
- Щоб виявити втягування міжреберних проміжків та/або яремної ямки, дитину слід достатньо роздягнути.
- У пацієнтів із рекурентним ларингітом за важкістю попередніх епізодів можна передбачити важкість поточного.
- Якщо гарячка залишається високою, загальний стан погіршується і немає відповіді на призначене лікування, слід запідозрити бактеріальну інфекцію (пневмонія, бактеріальний трахеїт, епіглотит).
- Термінові лабораторні дослідження чи рентгенографія не показані при неускладненому ларингіті.

Таблиця Т2. Питання, які слід відзначити при діагностиці ларингіту у дітей

Клінічна особливість	Подальші деталі	Слід відзначити
Атиповий вік	Менше ніж 6 (12) місяців	Можливі структурні чи функціональні аномалії гортані
Атипова клінічна картина	Без кашлю, важка клінічна картина	Можливий епіглотит
Інспіраторний стридор	Стридор при відпочинку (коли дитина не плаче)	Потребує медикаментозного лікування і спостереження в лікарні
Сатурація киснем менше 95%	Гіпоксія в поєднанні з утрудненим вдихом вказує на ризик розвитку дихальної недостатності.	Потребує кисневої підтримки, медикаментозного лікування і спостереження в лікарні

Джерело: Korppi M et al. *Duodecim* 2015;131:157–61.

Лікування

- Типовий ларингіт розрешується спонтанно.
- Як перша допомога корисним є прохолодне, вологе повітря: одному з батьків слід взяти дитину у вертикальне положення і підійти до відчиненого вікна або надвір.
- Немає наукових доказів ефективності дихання парою.
- Глюкокортикоїди забезпечують симптоматичне полегшення при ларингіті. Можна призначити дексаметазон, бетаметазон або інгальційний будесонід.
- Дексаметазон в дозі 0,15–0,6 мг/кг перорально чи внутрішньом'язово (максимальна доза 16 мг). Ефект починається повільно.
- Бетаметазон в дозі 0,25–0,4 мг/кг перорально (максимальна доза 7 мг). Таблетка 0,5 мг, розчинена в рідині, смакує краще, ніж дексаметазон.
- Також можна призначити преднізолон у дозі 2 мг/кг перорально, але діти можуть його виблювати.
- При потребі як додаткову терапію можна призначити інгальційний будесонід, максимальна доза становить 2 мг.
- При важкому утрудненому вдиху можна призначити рацемічний адреналін (0,5–1,0 мг/кг) через небулайзер протягом 5–10 хвилин; див. таблицю Т1. Оскільки погіршення часто рецидивує через 1–2 години, таких дітей слід направити в лікарню після надання першої допомоги чи спостерігати за ними протягом цього часу в кабінеті.

Таблиця Т1. Дозування рацемічного адреналіну (22,5 мг/мл) для призначення через небулайзер¹⁾ при лікуванні ларингіту у дітей

Вага дитини	Розчин рацепінефрину для інгаляцій 2,25% (розведений ¹⁾)
≤5 кг	0,2 мл (4,5 мг)
6–7 кг	0,3 мл (6,8 мг)
8–9 кг	0,4 мл (9,0 мг)
≥10 кг	0,5 мл (11 мг)

¹⁾ Рацемічний адреналін призначається в дозах, наведених у таблиці; перед інгаляцією через небулайзер належна доза розводиться у 2–3 мл 0,9% фізіологічного розчину.

Показання до госпіталізації

- Важкий утруднений вдих і оцінка загального стану (виснаження) визначають місце лікування дитини.
- Більшість пацієнтів мають легкий перебіг хвороби; лише близько 1% пацієнтів мають важкий ларингіт з утрудненим диханням.
- Охриплість і ларингеальний кашель можна лікувати вдома.
- Інспіраторне дихання зі свистом у дитини в стані спокою або під час відпочинку є значущою ознакою і вказує на важкий ларингіт.
- Стан погіршується у близько 50% дітей із помітним втягуванням міжреберних проміжків та/або яремної ямки при залученні допоміжних дихальних м'язів, і тільки невелика кількість серед них можуть потребувати інтенсивної допомоги. Цих дітей слід направити після надання першої допомоги.
- Явно хвора дитина, з лихоманкою і тривалим ларингітом мусить бути направлена як випадок підозри на бактеріальний трахеїт.

Пов'язані ресурси

- Література [пов'язані | Laryngitis in children –...]

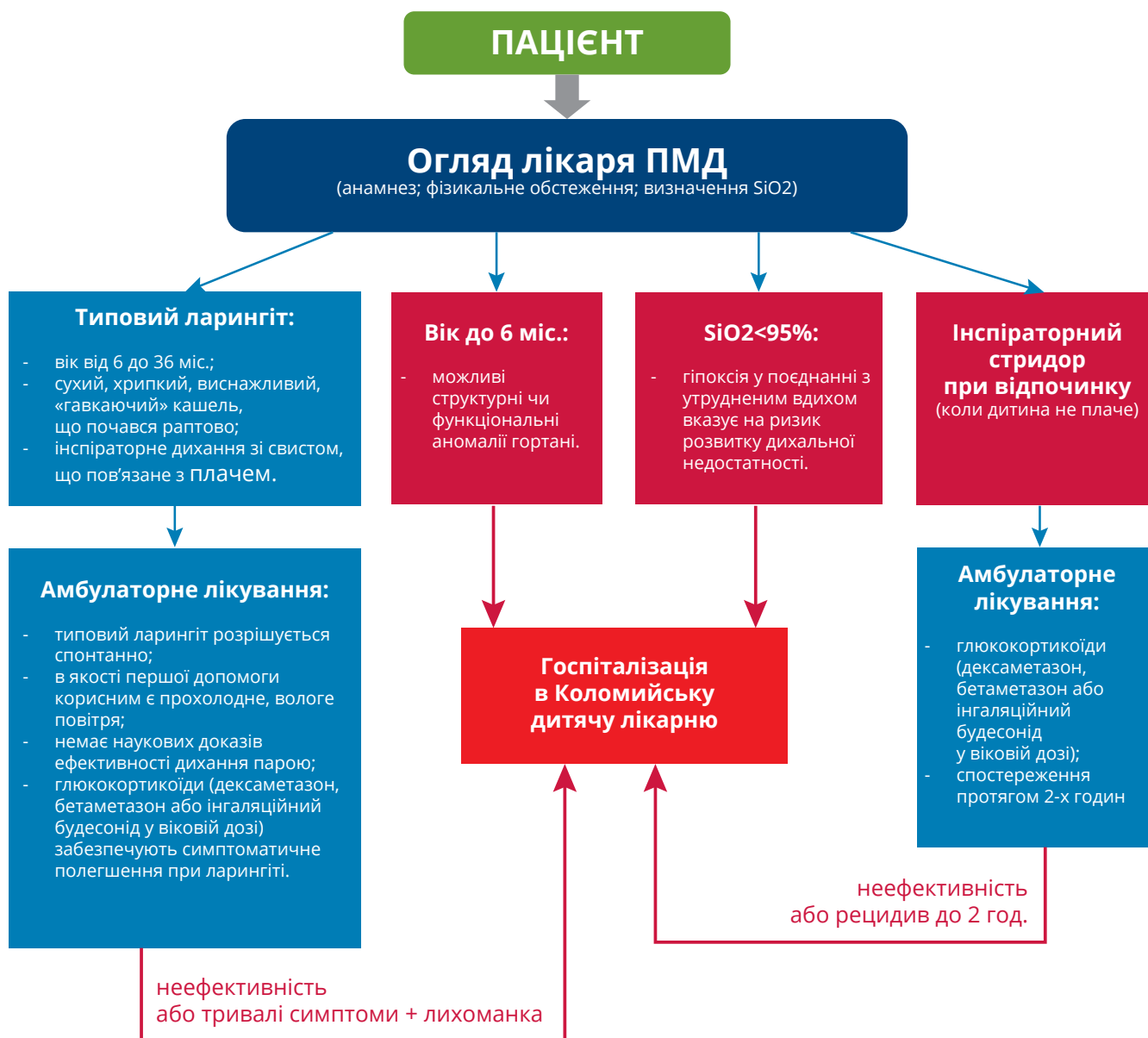
Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical.

Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

КЛІНІЧНИЙ МАРШРУТ ПАЦІЄНТА З ЛАРИНГІТОМ



Додаток до наказу КНП КМР «КМЦ ПМСД» від 24.05.2019 № 53

**Склад робочої групи
з впровадження клінічного маршруту пацієнта
при наданні медичної допомоги дітям з ларингітом**

№ п/п	ПІБ	Посада
1.	Буртик Марія Володимирівна	Заступник головного лікаря з медичного обслуговування населення
2.	Люта Наталія Олександрівна	Завідувач АЗПСМ № 6
3.	Кархут Мирослав Іванович	Завідувач АЗПСМ № 2
4.	Юзюк Дарія Михайлівна	Завідувач АЗПСМ № 5
5.	Гасюк Світлана Іванівна	Завідувач АЗПСМ № 4 с. Товмачик
6.	Чумак Світлана Миколаївна	Завідувач АЗПСМ № 3
7.	Лудчак Любомир Петрович	Завідувач АЗПСМ № 7
8.	Кархут Роман Мирославович	Лікар загальної практики – сімейний лікар

Шаблон таблиці індикаторів моніторингового плану

№	Назва індикатору	Рівень індикатору	Розділ(и) операційного плану, виконання яких відстежуються	Baseline / Початковий показник	Цільовий показник 30.06.2020	Фактичний показник 30.06.2020	«Цільовий показник 31.12.2020»	Фактичний показник 31.12.2020	«Цільовий показник 30.06.2021»	Фактичний показник 30.06.2021
1										
2										

Шаблон таблиці індикаторів моніторингового плану

№	Назва індикатору	Опис	Рівень індикатору	Обчислення	Джерела	Тип	Частота	Деагрегація	Відповідальний за збір і звіт-ть	Baseline / Початковий показник	«Цільовий показник 30.06.2020»
1				Чисельник: Знаменник:							
2				Чисельник: Знаменник:							

Додаток 8

Чек-лист для створення комунікаційної стратегії розвитку компанії ⁴⁶

Мета комунікаційної стратегії – забезпечення інформаційної підтримки стратегії розвитку бізнесу. Комунікаційна стратегія виявляє найбільш ефективні інструменти і шляхи впливу на цільові аудиторії. Як правило, розробка стратегії спирається на три складові: (1) маркетингову (вивчення клієнтів, їхніх потреб, дослідження ринку, конкурентів та ін.), (2) креативну концепцію та (3) медіапланування (створення довгострокового плану комунікацій з цільовою аудиторією).

Етапи створення комунікаційної стратегії

1. Вступ, цілі, місія і завдання комунікаційної стратегії, співвідносні з цілями і завданнями бізнесу.
2. SWOT-аналіз: сильні та слабкі сторони, можливості та загрози.
3. Вивчення та опис цільової аудиторії (портрети).
4. Аналіз конкурентного середовища.
5. Позиціонування на ринку.
6. Ключові комунікаційні повідомлення (меседжі).
7. Канали і формати комунікації.
8. Періоди реалізації (терміни).
9. Запланований бюджет.
10. Оцінка ефективності: результат, якого має бути досягнуто (KPI).

Комунікаційна стратегія відповідає на такі запитання:

1. Якого результату досягне компанія або яку проблему вона зможе вирішити за допомогою зовнішніх комунікацій, описаних в стратегії?
2. На які групи цільових аудиторій спрямована комунікація? Що для них важливе?
3. Що повинна сказати компанія кожному клієнтові?
4. Яким шляхом та через які канали комунікації найбільш ефективно розказати цільовій аудиторії про компанію та її послуги?
5. Який має бути бюджет для ефективної реалізації комунікаційної стратегії?
6. Яким чином буде вимірюватися результат?

⁴⁶ Чек-лист розроблено агенцією «Здорові комунікації» (<https://zdorovi.agency/>).

