

# Як вчасно розробити план розвитку ЗОЗ та залишити поле для маневру

Володимир Івчук,

незалежний консультант

старший радник Агенція розвитку охорони здоров'я



# Вирішуємо дилему

1. Виконати завдання ВЧАСНО (умовно до 1 травня 2023 року)
2. Розробити продукт ЯКІСНО (для ЗОЗ і ДОЗ)

# Що маємо

1. Постанову КМУ від 28.02.2023 №174 «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я»
2. Рекомендації або вимоги ДОЗ (посилання на наказ МОЗ від 31.07.2020 №1742 «Про затвердження Типової форми плану розвитку ЗОЗ», окремим листом ДОЗ рекомендації по структурі та змісту стратегічного плану розвитку ЗОЗ)
3. Рекомендовані для ДОЗ шаблони плану розвитку ГО та плану розвитку ЗОЗ (2021 рік, проект USAID)

# Постанова КМУ №174

1. Обов'язковий перелік напрямків діяльності в Додатку – як основа для візії та заходів з розвитку ЗОЗ.
2. Вимоги до фінансової стійкості ЗОЗ – ФОП не більше 85% від доходу ЗОЗ
3. Кількість надкластерних ЗОЗ – максимум 3 (обласна доросла, обласна дитяча лікарня, один із спеціалізованих обласних ЗОЗ)
4. Перегляд оцінки потреби населення та плану ГО – не рідше, ніж 1 раз на 3 роки
5. Втрата чинності постанови КМУ №1074 (Порядок формування ГО та госпітальна рада)
6. Зміни вимог до контрагування директора ЗОЗ

# наказ МОЗ від 31.07.2020 №1742

«...Відповідно до [глави 31](#) Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 05 лютого 2020 року № 65, [пункту 8](#) Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 року № 267 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 24 січня 2020 року № 90)...»

## I. Загальні положення

1. План розвитку закладу охорони здоров'я (далі - ЗОЗ) розробляється ЗОЗ, який утримувався у I кварталі 2020 року за рахунок медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам, або фінансування якого здійснювалося в рамках пілотного проекту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області, у довільній формі на основі обов'язкових компонентів зазначених у розділах II, III, IV, V цієї Типової форми, які доповнюються деталізованими заходами та помісячними строками їх виконання.

Описує структуру ЗВІТНОСТІ, а не сам План

# наказ МОЗ від 31.07.2020 №1742

## I. Програма організаційно-управлінських змін

1. Заходи з впровадження ефективної структури управління ЗОЗ.
2. Розроблення та впровадження заходів зі зменшення тривалості середнього строку госпіталізації.
3. Розроблення та впровадження заходів із збільшення частки амбулаторної медичної допомоги у структурі медичної допомоги, що надається ЗОЗ.

## II. Програма фінансово-економічної діяльності

1. Оцінка стану фінансування ЗОЗ за 2018-2020 роки.
2. Аналіз реалізації програми медичних гарантій: перелік пакетів медичних послуг та суми фінансування, на які укладено договори з Національною службою здоров'я України.
3. Очікуваний обсяг коштів, що можуть бути спрямовані на фінансування ЗОЗ, заходів за рахунок місцевих бюджетів.
4. Очікуваний обсяг коштів, що можуть бути спрямовані на фінансування ЗОЗ за рахунок недержавних інвестицій, спонсорських внесків, благодійних пожертв та грантів, коштів міжнародної технічної допомоги, страхових компаній та інших джерел.
5. Обґрунтування необхідності капітальних інвестицій у ЗОЗ (закупівля обладнання, будівництва, ремонт приміщень тощо).
6. Розроблення моделі впровадження платних послуг.
7. Оцінка рівня енергоспоживання будівель ЗОЗ та планування заходів щодо підвищення їх енергетичної ефективності.

## III. Програма управління якістю надання медичної допомоги

1. Впровадження критеріїв та індикаторів якості надання медичної допомоги.
2. Розроблення стандартів сервісного обслуговування пацієнтів при наданні медичної допомоги.
3. Річний план дій з впровадження програми профілактики інфекцій та інфекційного контролю із зазначенням обчислювальних індикаторів його виконання.

## IV. Інші програми діяльності ЗОЗ



# Варіанти рекомендацій ДОЗ

1. Період 2023-2025 роки
2. Описова частина (територія обслуговування, демографічні тенденції, стан доріг та час доїзду, фінансовий стан в динаміці, т.п.)
3. Результати SWOT-аналізу
4. Основні розділи та заходи розвитку інфраструктури (ремонти, обладнання), заходи з реорганізації, кадрові питання, безпекові заходи (забезпечення укриттями), програми місцевого розвитку та стимулів.
5. Заходи забезпечення фінансової стійкості?

# Структура плану розвитку ГО (2021 рік, проект USAID)

## I. Описова частина.

1.1. Аналіз поточної ситуації (демографічні тенденції, динаміка стаціонарних показників області, кадрове забезпечення, національний бенчмаркінг)

1.2. Мета, стратегічні цілі, завдання, шляхи вирішення

Наприклад: Ціль 1 Розбудова мережі...Ціль 2 Забезпечити доступність...Ціль 3 підвищити ефективність...

Завдання та шляхи вирішення: Завдання 1 Забезпечити...

Шляхи вирішення 1.1 Проаналізувати навантаження...1.2 Розробити нормативи...

1.3. Очікувані результати

II. Опис маршрутів та розподіл надавачів за пріоритетними послугами в межах кластерів/хабів рівні перинатальної допомоги, центрів політравми, доступні технології при ГМІ та ГІМ, т.п.)

III. Стаціонарна модель ГО на 2025 рік (опис)

IV. Заходи з реорганізації ЗОЗ (створення, об'єднання, перепрофілювання, припинення, т.п.)

V. Заходи з розвитку кадрових ресурсів області

VI. Безпекові заходи (організація захисних споруд, стійкість функціонування лікарні в умовах війни). **Нове!**

VII. Оцінка необхідних обсягів коштів для реалізації Плану розвитку ГО

VIII. Механізм моніторингу (індикатори, паспорти)

IX.Додатки

## План заходів Додаток

№ з/п	Назва заходу	Очікуваний результат	Термін виконання	Обсяг фінансування	Джерело фінансування	Відповідальні за виконання
1.	Завдання 1. Забезпечити...					
1.1.	Проаналізувати...					
1.2.	Розробити...					



# Стратегія розвитку ЗОЗ – основа для роботи над планом

Зміст (ПРИКЛАД)

## СТРАТЕГІЯ (скорочений варіант)

### I. СЕРЕДОВИЩЕ

#### I.1 Географія та розташування

#### I.2. Населення регіону

#### I.3. Конкуренція

### II. НАШ ЗАКЛАД

#### II.1. Історія закладу

#### II.2 Послуги закладу

#### II.3. Персонал закладу

#### II.4 Доходи та видатки закладу

#### II.5. Організаційна структура закладу

### III. НАША МІСІЯ

### НАШІ ЦІННОСТІ

### IV. НАША ВІЗІЯ

### V. SWOT-аналіз

### VI. СТРАТЕГІЧНІ ПРІОРИТЕТИ ЗАКЛАДУ

### VII. СТРАТЕГІЧНІ ІНДИКАТОРИ

### VIII. СТРАТЕГІЧНИЙ ПЛАН

### IX. РІЧНИЙ ПЛАН РЕАЛІЗАЦІЇ СТРАТЕГІЧНИХ ПРІОРИТЕТІВ 2023 (операційний план)

### X. ФІНАНСОВИЙ ПЛАН

### XI. МОНІТОРИНГ РЕАЛІЗАЦІЇ СТРАТЕГІЇ

#### ДОДАТОК 1. СТРАТЕГІЧНІ ІНДИКАТОРИ ЗА 2020-2022 РОКИ

#### ДОДАТОК 2. СЦЕНАРНІ ОБРАХУНКИ СТРАТЕГІЧНИХ ІНДИКАТОРІВ НА 2023 РІК (за сценаріями)

#### ДОДАТОК 3. СЦЕНАРНІ ОБРАХУНКИ СТРАТЕГІЧНИХ ІНДИКАТОРІВ НА 2023-2025 РОКИ (за сценаріями)

#### ДОДАТОК 4. ФІНАНСОВИЙ ПЛАН НА 2023 РІК (індивідуальна форма для ЗОЗ)

*Джерело:*

## Посібник з розробки стратегій комунальних медичних закладів надавачів спеціалізованої медичної допомоги

проект  
СПЕЦІАЛЬНА ПРОГРАМА ПІДТРИМКИ СХІДНОЇ УКРАЇНИ  
[ПІДКОНТРОЛЬНИ УРЯДУ ТЕРИТОРІЇ]  
СТРАТЕГІЧНИЙ РОЗВИТОК  
ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я  
В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ СИСТЕМИ

ПОСІБНИК  
З РОЗРОБКИ СТРАТЕГІЙ  
КОМУНАЛЬНИХ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ  
НАДАВАЧІВ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ  
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ



# Методологія побудови СУЯ, проект USAID

Посібник «РЕКОМЕНДАЦІЇ З  
ПОБУДОВИ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ  
ЯКІСТЮ В МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ»



# Методологія розробки Плану розвитку лікарні



# Категорії (стандарти) госпітальної якості

ВООЗ, визначення якості в системі ОЗ	Стандарт ISO 15224 (9001)	ЄС, European Reference Networks (інструмент самооцінки закладу)	Великобританія Комісія з якості допомоги	Австралія Австралійська комісія з безпеки та якості в охороні здоров'я
Безпека	Лідерство	Patient Empowerment and Patient Centred Care	Вміле врядування	Клінічне врядування
Людиноорієнтованість	Управління	Organisation, Management, and Business Continuity	Безпека	Партнерство зі споживачами
Ефективність	Документація	Research, Education, and Training	Ефективність	Попередження та контроль в/л інфекцій
Результативність	Покращення	Expertise, Information Systems, and e-Health Tools	Людиноорієнтованість	Безпека лікарських засобів
Вчасність	Моніторинг	Quality and Safety	Турботливість	Всеохоплююча допомога
Рівність	Персонал	Competence, Experience, and Outcomes of Care		Комунікація заради безпеки
	Пацієнт	Human Resources		Безпека крові
		Organisation of Patient Care		Виявлення та відповідь на гостре погіршення стану
		Facilities and Equipment		

# Адаптовані міжнародні вимоги до СУЯ ЗОЗ



7 елементів СУЯ для ЗОЗ,  
51 вимога (твердження),  
148 ключових питань

## РЕКОМЕНДАЦІЇ

З ПОБУДОВИ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ В МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ





# Опитувальник, інструмент самооцінки (1 Етап)

7 елементів системи якості	Твердження	№ Рекомендацій	Приклади	5 ознак якості	
		4.4.3.	Заклад має ресурси (виділений час, є доступ до тренажерів та приміщень, внутрішні ті зовнішні тренери, виділені кошти у фінансовому плані тощо) для підтримки освітніх та навчальних заходів.	Ефективність	
		4.4.6.	Заклад регулярно (не рідше 1 разу на рік) оцінює ефективність своєї освітньої та навчальної діяльності. Результати такої оцінки поширюються серед співробітників.	Ефективність	
5. Моніторинг і оцінка	5.1	Моніторинг та оцінка якості на рівні медичного закладу є частиною системи управління якістю.	5.1.1.-4. об'єднаний	У закладі наявний перелік прийнятих стандартів за певними процесами. Розроблені процедури проведення моніторингу, затверджені програма та план моніторингу та оцінки. Визначені особи, що відповідають за здійснення моніторингу, верифікації та оцінки.	Вміле керування
	5.2	Індикатори якості, які обираються або розроблюються в медичному закладі, відображають пріоритети в сфері якості.	5.2.1.	В закладі обрані індикатори. Вони враховують: <ul style="list-style-type: none"> <li>• пріоритети регулюючих органів / замовників послуг, в тому числі визначені діючими нормативними документами у сфері охорони здоров'я;</li> <li>• пріоритети закладу, індикатори розроблені на виконання стратегії розвитку закладу в контексті якості;</li> <li>• можливість отримання надійних даних для обчислення індикатора.</li> </ul>	-
			5.2.2.	Зворотний зв'язок від пацієнта та його родини враховується при визначенні пріоритетних напрямків покращення якості в закладі.	-
	5.3	В закладі визначений процес обирання / розробки індикаторів якості. Особливу увагу приділяють забезпеченню достовірності даних для обчислення індикаторів.	5.3.3.	При розробці індикаторів враховуються пріоритети закладу щодо якості, побажання пацієнтів за даними зворотного зв'язку, та зміна поведінки персоналу та пацієнта в сторону бажаної.	-
		5.3.5.	Кожен індикатор має описану ціль, спосіб збору даних для його обчислення, регулярність, метод обчислення та цільове значення. Паспорт індикатору написаний простою мовою і має єдиноможливе тлумачення.	Вміле керування	



# Аналіз результатів, структурований документ (2 Етап)

## Аналіз системи управління якістю

### 1. Лідерство та команда для управління якістю

#### Зони розвитку

- 1.1...
- 1.2...

#### Успішні практики

- 1.3...
- 1.4...

#### Потенційні заходи для покращення

- 
- 

### 2. Управління та менеджмент

#### Зони розвитку

- 2.1...
- 2.2...

#### Успішні практики

- 2.3...

#### Потенційні заходи для покращення

- 
- 

•

### 4. Процеси постійного покращення

#### Зони розвитку

- 4.1...

#### Успішні практики

- 4.2...

#### Потенційні заходи для покращення

- 
- 

### 5. Моніторинг і оцінка

#### Зони розвитку

- 5.1...

#### Успішні практики

- 5.2...

#### Потенційні заходи для покращення

- 

### 6. Залучення та мотивація персоналу як частина СУЯ



**ПРИКЛАД**

# Опитувальник, інструмент самооцінки (1 Етап)

7 елементів системи якості		Твердження	№Рекомен дацій	Приклади	5 ознак якості за СҚС	САМООЦІНКА	КОМЕНТАРІ
			4.4.3.	Заклад має ресурси (виділений час, є доступ до тренажерів та приміщень, внутрішні ті зовнішні тренери, виділені кошти у фінансовому плані тощо) для підтримки освітніх та навчальних заходів.	Ефективність	не виконується	Ресурсидуже мізерні.
			4.4.6.	Заклад регулярно (не рідше 1 разу на рік) оцінює ефективність своєї освітньої та навчальної діяльності. Результати такої оцінки поширюються серед співробітників.	Ефективність	не виконується	Оцінка не проводиться.
5. Моніторинг і оцінка	5.1	Моніторинг та оцінка якості на рівні медичного закладу є частиною системи управління якістю.	5.1.1.-4. об'єднаний	У закладі наявний перелік прийнятих стандартів за певними процесами. Розроблені процедури проведення моніторингу, затверджені програма та план моніторингу та оцінки. Визначені особи, що відповідають за здійснення моніторингу, верифікації та оцінки.	Вміле керування	частково виконується	У закладі згідно затвердженого річного графіку проводяться внутрішні аудити, визначено перелік внутрішніх аудиторів.
	5.2	Індикатори якості, які обираються або розроблюються в медичному закладі, відображають пріоритети в сфері якості.	5.2.1.	В закладі обрані індикатори. Вони враховують: •пріоритети регулюючих органів / замовників послуг, в тому числі визначені діючими нормативними документами у сфері охорони здоров'я; •пріоритети закладу, індикатори розроблені на виконання стратегії розвитку закладу в контексті якості; •можливість отримання надійних даних для обчислення індикатора.	0	частково виконується	Індикатори прописані у методиках документації СУЯ, однак не можна стверджувати, що вони враховують всі пріоритети. Є труднощі з їх обчисленням.
			5.2.2.	Зворотний зв'язок від пацієнта та його родини враховується при визначенні пріоритетних напрямків покращення якості в закладі.	0	частково виконується	Побажання пацієнтів висловлені в усній формі чи через анкетування враховуються, зокрема було забезпечено всі відділення новою постільною білизною. Але звичайно всі побажання виконати не завжди можливо через обмежене
	5.3	В закладі визначений процес обирання / розробки індикаторів якості. Особливу увагу приділяють забезпеченню достовірності даних для обчислення індикаторів.	5.3.3.	При розробці індикаторів враховуються пріоритети закладу щодо якості, побажання пацієнтів за даними зворотного зв'язку, та зміна поведінки персоналу та пацієнта в сторону бажаної.	0	не виконується	Індикатори персоналом не розроблялись, а були запропоновані як шаблон при розробці СУЯ.
			5.3.5.	Кожен індикатор має описану ціль, спосіб збору даних для його обчислення, регулярність, метод обчислення та цільове значення. Паспорт індикатора написаний простою мовою і має єдиноможливе тлумачення.	Вміле керування	не виконується	Прописана кратність виміру індикатора та відповідальна особа за його обчислення/вимірювання. Паспорт індикатора відсутній.

# Аналіз результатів, структурований документ (2 Етап)

## Аналіз системи управління якістю лікарні

...

### 2. Управління та менеджмент

#### Зони розвитку

- 2.1. Спроби із стратегічного планування проводилися керівництвом але не регулярно
- 2.2. Не всі працівники знають та розуміють цінності, можуть привести практичні приклади реалізації цінностей у своїй роботі.
- 2.3. Не вживаються заходи з діагностики та профілактики професійного вигорання.
- 2.4. При підборі персоналу вимоги до особистісних якостей відсутні, основна увага приділяється кваліфікаційним вимогам.
- 2.5. Орган корпоративного управління не створено.

#### Успішні практики

- 2.6. На підприємстві постійно проводиться аналіз діяльності підприємства, на основі якого проводяться зміни в організаційну структуру та штатний розпис . Об'єднано 8 структурних підрозділів в 4. Зміни в штатний розпис впродовж 2022 року вносились щонайменше 5-6 разів.

#### Потенційні заходи для покращення

- Планувати стратегічні сесії з певною періодичністю. Залучати сформовані команди з працівників різних рівнів. Також на певних етапах стратегічного планування залучати ключових стейкхолдерів, зокрема пацієнти.
- Планувати потребу персоналу з урахуванням структури та обсягу медичних послуг, що надає лікарня, оптимального навантаження персоналу.
- Ознайомитись з доступними відеоматеріалами на тему професійного вигорання. Провести тестування з діагностики вигорання. Провести онлайн тренінги/консультації тощо з профілактики вигорання / психологічної підтримки. Запровадити інші заходи, які демонструватимуть турботу про персонал (наприклад, солодощі, чай в ординаторській, подяки за роботу або досягнення при всьому колективі, історії успіху, закупівля професійного одягу, сувенірної продукції для персоналу тощо).

# План заходів з побудови СУЯ лікарні, 2023-2026 ( 3 Етап)

№	Категорії (стандарти) якості	№ п/п	Заходи	Очікувані результати	Виконавець/ Відповідальний	2022	2023				2024		2025	2026		
						IV квартал	I квартал	II квартал	III квартал	IV квартал	I півріччя	II півріччя				
1	1. Лідерство та команда для управління якістю	1	Створити підрозділ з якості (відділ з якості) та групи якості в лікарні	організаційні документи (штатна структура, регламент та план роботи, положення)	Директор, заступники, відділ кадрів											
		2	Розробити регламент (положення) роботи Директорату лікарні	організаційні документи (посадовий склад, зміст та частота засідань, перелік питань та показників, повноваження)	Директор, заступники, відділ з якості											
		3	Розвивати лідерство серед працівників – виявляти активних, пропонувати їм участь у групах рівних, пропонувати їм очолювати якісь внутрішні ініціативи, запропонувати конкурс ініціатив тощо	Візит до закладу з успішним прикладом, перелік заходів за цим напрямком	Директор, заступники, відділ якості											
		4	Перегляд та актуалізація плану з покращення якості	План покращення СУЯ зі змінами	Директор, заступники, відділ з якості, координатори ГЯ		на 2023 р				на 2024 р					
		5	Провести заходи з побудови команди для розвитку та зміцнення корпоративної культури на регулярній основі	перелік та графік подібних заходів, навчальний план	Директор, заступники											
		6	Розробити план навчальних та освітніх заходів з організаційного розвитку згідно стратегічного плану	перелік тем, учасників, графік участі	відділ з якості, заступник директора з ЛР, координатори груп якості		ознайомлювальні візити	перелік тем та графіки								
		7	Розробка системи мотивації персоналу. Передбачення винагород за роботу над покращенням якості (за результатами, індикаторами, за участь у ГЯ, за наставництво тощо).	пропозиції змін до колективного договору	відділ з якості, голбужалтер, заступник з економіки, профспілка, директор	оцінка навантаженості персоналу	розрахунок індикаторів та коеф									
		8	Скласти реєстр медичних помилок	реєстр медичних помилок та система їх моніторингу	відділ з якості, координатори ГЯ, заступник з ЛР											
2	2. Управління та менеджмент	1	Розробити стратегію розвитку лікарні з місією, візією, цінностями.	стратегія розроблена обговорена та затверджена	Директор, заступники, відділ якості											
		2	Проводити сесії стратегічного планування	провести сесію на прикладі розробки стратегії закладу та плану розвитку СУЯ	Директорат											
		3	Проводити оцінку потреби персоналу організаційної та штатної структури під фактичні потреби закладу на регулярній основі.	розрахунок потреби основного персоналу на основі планових показників та визначених нормативів навантаження. Оцінка навантаження персоналу зараз.	відділ з якості, заступники з ЛР та економічних питань, відділ кадрів											
		4	Проводити заходи, направлені на профілактику професійного вигорання (оцінку рівня професійного вигорання, організація послуг психологічної підтримки).	анкета та процедура. Затверджений перелік та графік заходів (тренінгів).	відділ з якості, заступник з ЛР		навчальний візит									
		5	Визначити перелік відповідних вимог до кандидата та обов'язку анкет при співбесіді на посаду, яка оцінює крім кваліфікаційних (професійних) вимог також вимоги до особистісних якостей	перелік вимог до особистих якостей кандидата. анкета (скрипт для питань) для співбесіди з кандидатом, затверджений порядок співбесіди та оцінки результатів.	відділ з якості, відділ кадрів		навчальний візит	розробка та впровадження								
		6	Створити локальну мережу та електронну базу даних документів, що містять основні правила та процедури, загальнодоступну інформацію.	встановлене технічне обладнання, визначені відповідальні за адміністрування та правила для користувачів	відділ ІТ, відділ з якості, Директор		оцінка технічних характеристик та вартості	закупівля та встановлення	навчання користувачів та адміністраторів	впровадження						
		7	Створити електронну базу даних, яка містить актуальні версії основних документів закладу (статут, стратегічний план, організаційна структура, список контактів)	створити необхідні папки, перелік документів та процедури оновлення документів. Визначені відповідальні за актуалізацію документів	відділ ІТ, відділ з якості, спеціаліст з діловодства			перелік документів та папок	процедура оновлення документів	наповнення бази даних						

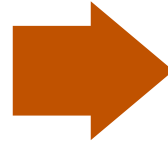


# Результати самооцінки і SWOT-аналіз

## Елементи якості

1. Лідерство та команда для управління якістю
2. Управління та менеджмент
3. Документи з якості лікарні
4. Процеси постійного покращення в лікарні
5. Удосконалення процесів моніторингу та оцінки
6. Залучення персоналу у процеси покращення СУЯ
7. Розвиток партнерства між пацієнтами та медичним персоналом

100%  
внутрішнє середовище  
для SWOT-аналізу



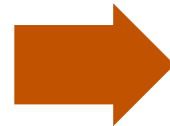
Сильні сторони (внутрішні)	Слабкі сторони (внутрішні)
<ul style="list-style-type: none"><li>• Які ваші сильні сторони?</li><li>• Що ви робите краще, ніж інші?</li><li>• Які унікальні ресурси та можливості у вас є?</li><li>• Як інші сприймають ваші сильні сторони?</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Які ваші слабкі сторони?</li><li>• Що конкуренти роблять краще за вас?</li><li>• Що ви можете покращити?</li><li>• Що інші думають про ваші слабкі сторони?</li></ul>
Можливості (зовнішні)	Загрози/виклики (зовнішні)
<ul style="list-style-type: none"><li>• Які тренди та умови можуть позитивно вплинути на вас?</li><li>• Які можливості існують для вас?</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Які тренди та умови можуть негативно вплинути на вас?</li><li>• Що ваші конкуренти роблять, що може мати вплив на вас?</li><li>• Чи є фінансова стабільність та підтримка?</li><li>• Який вплив мають ваші слабкі сторони на загрози?</li></ul>

# Від результатів самооцінки СУЯ до Стратегії та Плану розвитку лікарні на 2023-25 роки

## Елементи якості

1. Лідерство та команда для управління якістю
2. Управління та менеджмент
3. Документи з якості лікарні
4. Процеси постійного покращення в лікарні
5. Удосконалення процесів моніторингу та оцінки
6. Залучення персоналу у процеси покращення СУЯ
7. Розвиток партнерства між пацієнтами та медичним персоналом

100%  
внутрішнє середовище  
для SWOT-аналізу



## Стратегічні пріоритети

- Лідерство та гарне врядування (менеджмент)
- **Розвиток та впровадження кластерних медичних послуг відповідно до ролі лікарні в ГО**
- Якість та безпека пацієнтів
- Розвиток персоналу
- Комунікація та партнерство
- Пацієнтський сервіс

# Від результатів самооцінки СУЯ до Стратегії та Плану розвитку лікарні на 2023-25 роки

№	Категорії (стандарти) якості	№ п/п	Заходи	Стратегічні пріоритети	Очікувані результати	Виконавець/ Відповідальний	2022 IV квартал
1	1. Лідерство та команда для управління якістю	1	Створити підрозділ з якості (відділ з якості) та групи якості в лікарні	Якість та безпека пацієнтів	організаційні документи (штатна структура, регламент та план роботи, положення)	Директор, заступники, відділ кадрів	
		2	Розробити регламент (положення) роботи Директорату лікарні	Лідерство та гарне врядування (менеджмент)	організаційні документи (посадовий склад, зміст та частота засідань, перелік питань та показників, повноваження)	Директор, заступники, відділ з якості	
		3	Розвивати лідерство серед працівників – виявляти активних, пропонувати їм участь у групах рівних, пропонувати їм очолювати якісь внутрішні ініціативи, запропонувати конкурс ініціатив тощо	Лідерство та гарне врядування (менеджмент)	Візит до закладу з успішним прикладом, перелік заходів за цим напрямком	Директор, заступники, відділ якості	
		4	Перегляд та актуалізація плану з покращення якості	Якість та безпека пацієнтів	План покращення СУЯ зі змінами	Директор, заступники, відділ з якості, координатори ГЯ	
		5	Провести заходи з побудови команди для розвитку та зміцнення корпоративної культури на регулярній основі	Лідерство та гарне врядування (менеджмент)	перелік та графік подібних заходів, навчальний план	Директор, заступники	
		6	Розробити план навчальних та освітніх заходів з організаційного розвитку згідно стратегічного плану	Лідерство та гарне врядування (менеджмент)	перелік тем, учасників, графік участі	відділ з якості, заступник директора з ЛР, координатори груп якості	
		7	Розробка системи мотивації персоналу. Передбачення винагород за роботу над покращенням якості (за результатами, індикаторами, за участь у ГЯ, за наставництво тощо).	Розвиток персоналу.	пропозиції змін до колективного договору	відділ з якості, голбухгалтер, заступник з економіки, профспілка, директор	оцінка навантаженості персоналу
		8	Скласти реєстр медичних помилок	Якість та безпека пацієнтів	реєстр медичних помилок та система їх моніторингу	відділ з якості, координатори ГЯ, заступник з ЛР	



**Інші елементи**

# Стратегічні напрямки (пріоритети)

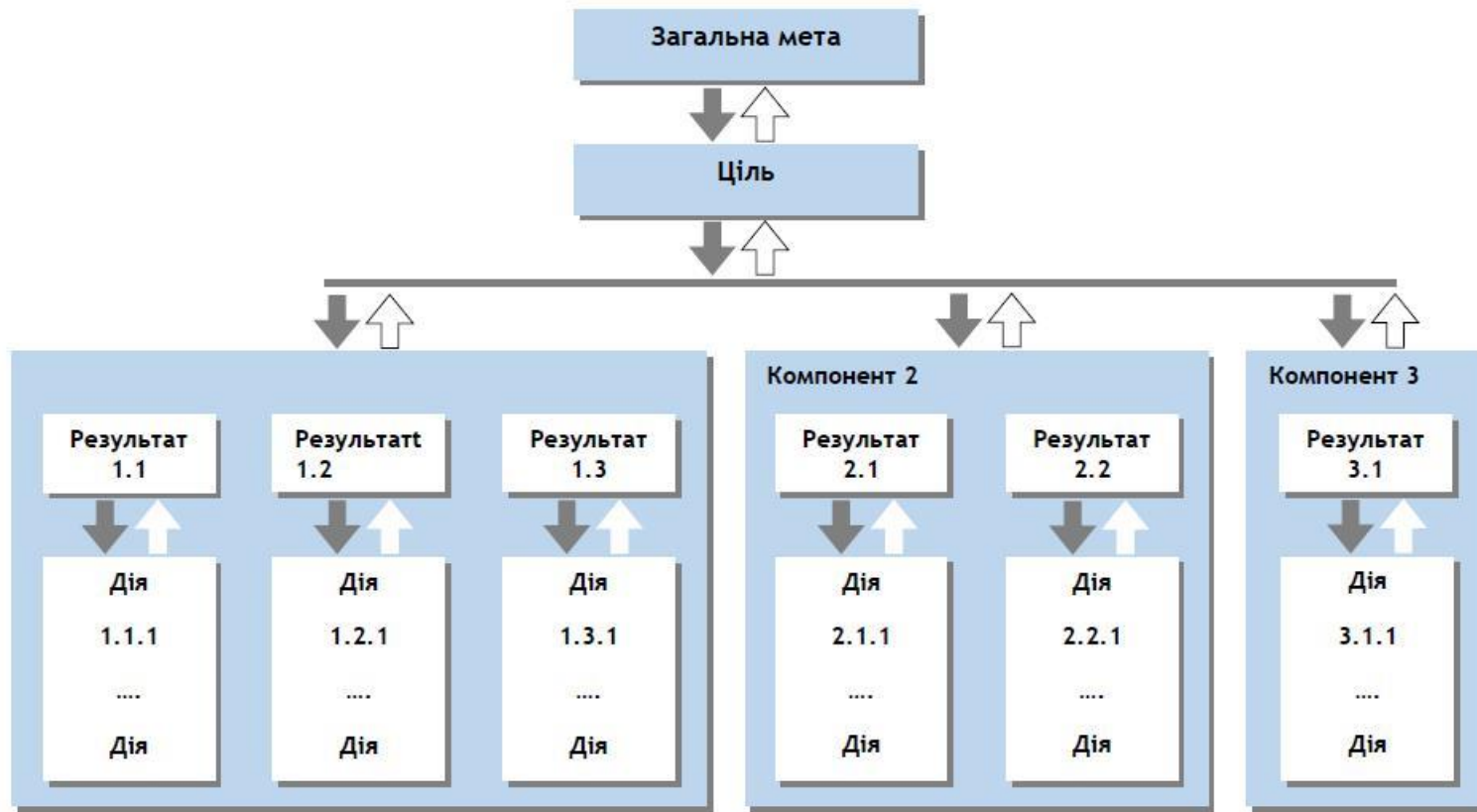
- **Вдосконалення управління (стратегічне, фінансовий менеджмент, т.п)**
- **Розвиток послуг (доречно виокремити, враховуючи нові напрямки діяльності та ролі лікарень)**
- **Якість та безпека пацієнтів (включаючи клінічний менеджмент)**
- **Розвиток персоналу (включаючи залученість персоналу)**
- **Пацієнторієнтованість (клієнтський сервіс, залученість пацієнтів, т.п.)**
- **Розвиток комунікацій (зовнішніх та внутрішніх)**



# Індикатори, паспорти, цільові та базові значення

№ з/п	Назва індикатора	Розрахунок індикатора	Опис показника	Джерело даних	Частота збору та аналізу	Відповідальний за збір та аналіз даних	Базове значення, 2023 р.	Ціль на 2025 р.
1.	Кількість показників (стратегічних та операційних) за якими, виконується регулярний аналіз							
2.	Структура доходів лікарні (ПМГ, місцевий бюджет, інші)							
3.	Структура витрат лікарні (оплата праці, медикаменти, харчування, комунальні послуги, товари, інші послуги)							
4.	Середній термін перебування в стаціонарі (по кожному стаціонарному профілю)							
5.	Середня витрати на 1 госпіталізацію (в т.ч ДСГ з СМІ=1,0)							
6.	Кількість медичних послуг (пацієнтів), що надані з використанням нових хірургічних технологій (нові пакети ПМГ)							
7.	Кількість нових стаціонарних відділень, що відповідають ролі надкластерної лікарні							
8.	Частка госпітальних ускладнень (несприятливих подій) протягом року із затвердженого лікарнею переліку.							
9.	Частка повторних екстрених госпіталізації протягом 30 днів (аналогічний основний діагноз							
10.	Середній час очікування пацієнтів у ВЕМД відповідно до стандартів медичного сортування (5 категорій) згідно наказу МОЗ №210 від 03.02.2022 року							
11.	Частка лікарів, які підвищили кваліфікацію (закінчили навчання) протягом року за рахунок коштів лікарні							
12.	Частка персоналу, що працює більше 1 року по категоріям персоналу							
10.	Частка персоналу віком до 44 років по категоріям персоналу.							
11.	Кількість договорів про залучення додаткових коштів та взаємодію (включаючи грантові угоди, угоди про ММС на користь лікарні)							
12.	Кількість тематичних публікацій (подій) з участю лікарні в медіа та соціальних мережах.							
13.	Частка задоволеність пацієнтів з оцінкою «повністю задоволений» та «задоволений»							

# Ієрархія цілей



- **Цілі** мають бути сформульовані у контексті зисків/користі для цільової групи „Підвищити/покращити і т. д.)”
- **Результати** мають бути відображені як відчутні та конкретні „Написали/створили/провели...” і т. д.
- **Дії** мають бути сформульовані у теперішньому часі, починаючи з активного дієслова: „Підготувати/розробити/побудувати/дослідити і т. д.”
- Досягнуті **Цілі** мають забезпечити внесок в досягненні **Мети**
- **Результати** забезпечують досягнення цілей
- **Дії** призводять отримання результатів

Діаграма 5. Перевірка логіки участі

Основуючись на: *Aid Delivery Methods, Volume 1: Project Cycle Management, European Commission, EuropeAid Office, Brussels 2004*

# Першочергові заходи на 2023 рік (операційний план лікарні)

1. Аналіз операційної ефективності ЗОЗ (ліжка, основний персонал, фінансово-економічні показники, т.п.). Динаміка, уточнення прогнозу на 2023 рік.
2. Аналіз відповідності структури госпіталізацій (за діагностично-спорідненими групами!) профілям ліжок та оргструктурі стаціонару.
3. Детальний план заходів для кожного з нових напрямків (включно з розрахунком інвестицій та кадрового ресурсу)
4. Вибір стратегічних індикаторів та оцінка їх базового рівня для 2023 року.
5. Перегляд та коригування заходів за результатами 2023 року (включаючи заходи з реорганізації та оцінка інвестиційних потреб)



## **Володимир Івчук**

незалежний консультант;  
старший радник консультаційної  
компанії

Агенція розвитку охорони здоров'я;  
експерт міжнародних проектів  
програми U-LEAD with Europe, EU,  
USAID, GIZ, WB, UNDP



HEALTHCARE  
DEVELOPMENT  
AGENCY

# Healthcare Development Agency

Організаційний розвиток,  
бюджетування охорони  
здоров'я громади, інноваційні  
дослідження, інвестпроекти в  
охороні здоров'я.

Дізнатись більше

+380 96 476 6675

@healthcda.info

healthcaredevelopmentagency.com

**Foreign users**