



Проект Підтримка реформи охорони здоров'я



# КРАЩІ ПРАКТИКИ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМ ЗАКЛАДОМ

Посібник на основі матеріалів онлайн-курсу





Проект Підтримка реформи охорони здоров'я

# КРАЩІ ПРАКТИКИ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМ ЗАКЛАДОМ

Посібник на основі матеріалів онлайн-курсу



Кращі практики управління медичним закладом. Посібник/Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2021.

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.



# ЗМІСТ

|            |   |
|------------|---|
| ВСТУП..... | 5 |
|------------|---|

---

|  |    |
|--|----|
| 1. ЛІДЕРСТВО ТА МЕНЕДЖМЕНТ.....                  | 7  |
| Роль лідерства .....                             | 8  |
| Як створити і розвивати команду .....            | 10 |
| Ключові поради для стратегічного планування..... | 15 |
| Органи корпоративного управління .....           | 19 |
| Управління змінами.....                          | 22 |

---

|  |    |
|--|----|
| 2. ФІНАНСИ.....  | 33 |
| Чому економічний аналіз важливий .....                 | 34 |
| Фінансове планування – основні поради .....            | 37 |
| Платні послуги.....                                    | 40 |
| Оплата праці в спеціалізованому медичному закладі..... | 42 |
| Фінансова мотивація на основі індикаторів .....        | 50 |

---

|  |    |
|--|----|
| 3. КОМУНІКАЦІЯ.....  | 57 |
| Основи ефективної комунікації.....                                       | 58 |
| Ключові поради з комунікації .....                                       | 63 |
| Корпоративна культура .....  | 66 |
| Комунікаційні інструменти на рівні закладу та стандарти спілкування..... | 67 |
| Контакт-центр.....   | 71 |

---



---

|  |    |
|--|----|
| 4. ПАЦІЄНТОРІЄНТОВАНІСТЬ.....                                  | 75 |
| Принципи пацієнторієнтованості .....                           | 76 |
| Сучасні методи консультавання .....                            | 81 |
| Особливості комунікації із різними категоріями пацієнтів ..... | 87 |

---

|   |     |
|---|-----|
| 5. УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ .....                            | 95  |
| Якість у медичному закладі.....                       | 96  |
| Компоненти системи управління якістю .....            | 98  |
| Процес покращення якості .....                        | 104 |
| Інструменти управління якістю .....                   | 107 |
| Використання міжнародних клінічних рекомендацій ..... | 118 |
| Управління потоками пацієнтів .....                   | 125 |



# ВСТУП

В умовах трансформації системи охорони здоров'я та назриваючої конкуренції серед медичних закладів надавачі медичних послуг мусять опанувати сучасні бізнесові процеси з управління медичним закладом. Лікарні, які не займаються своїм розвитком, послаблюють свою конкурентну перевагу на відміну від тих медичних закладів, які підвищують якість надання послуг, удосконалюють процеси, посилюють та розвивають свою команду.

Тому, відповідаючи на зростаючий запит з боку медичної спільноти на знання у сфері управління та організації надання послуг, у 2020 році на е-платформі Академії НСЗУ було представлено комплексну навчальну програму **«Кращі практики управління медичним закладом»**. Це унікальний онлайн-курс для команд медичних закладів, який допомагає посилити свої лідерські якості та створити досконалий медичний заклад. Курс розроблений провідними експертами Проекту USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» у партнерстві з Національною службою здоров'я України.

Теми онлайн-курсу підбрані так, щоб розвинути основні компетенції, якими мають володіти лідери в охороні здоров'я:



## Курс містить:

- 4 семестри
- 23 навчальні теми
- 34 вебіари
- 23 практичні домашні завдання

## Ключем до успіху завжди є командна робота

Тому курс «Кращі практики управління медичним закладом» об'єднує для навчання саме команди медичних закладів: лікарів, фінансових фахівців, адміністраторів, управлінців, середній медичний персонал та інших. Навчаючись разом, спільно переглядаючи вебіари та виконуючи практичні завдання курсу, команди медичних закладів отримують нагоду не лише опанувати нові знання, але й одразу втілити їх у життя. А головне – суттєво покращити співпрацю всередині колективу.

Онлайн-курс «Кращі практики управління медичним закладом» – безплатний та відкритий для всіх охочих. Зареєструватися на нього та отримати доступ до матеріалів можна за цим лінком:  
<https://academy.nszu.gov.ua/mod/page/view.php?id=258>

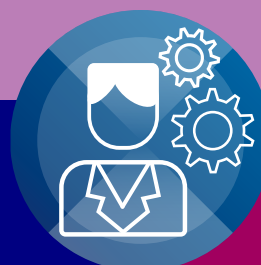
Цей посібник стисло описує ключову навчальну інформацію онлайн-курсу. Він містить п'ять розділів за назвами компетенцій. Наприкінці кожного розділу розміщено перелік тем та вебіарів із активними гіперпосиланнями, а також список додаткових корисних матеріалів. А також тут ви знайдете вдалі приклади управлінських змін у тих медичних закладах, які вже пройшли навчання та досягли успіху. Отже, цей посібник слугує своєрідним конспектом до курсу та покликаний надихнути тих, хто ще не зареєструвався. Тож не втрачайте нагоди отримати сучасні знання та в команді однодумців втілити в життя сміливі ідеї з розвитку вашого медичного закладу!

З повагою,  
команда розробників онлайн-курсу



1

# ΛΙΔΕΡСТВО ТА МЕНЕДЖМЕНТ

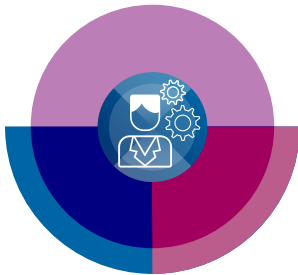






*Наставляй членів своєї команди не з крісла керівника, а з їхнього місця, віч-на-віч із ними. Коли навчаєш, навчайся й сам. Дивись на справи з їхньої точки зору. Ототожнюйся з ними. Вчи їх брати відповідальність, але й сам її бери.*

*Теодор Рузвельт*



## РОЛЬ ЛІДЕРСТВА

В період суспільних змін, зламів, трансформацій та реформ гостро постає питання лідерства, як явища, що потребує чіткої позиції та готовності взяти відповідальність.

Лідер – це, насамперед, звичайна людина, яка самовіддано працює щодня, чує та прислухається до інших.

### Риси, якими володіє справжній лідер:

- самоповага та повага до інших;
- толерантність;
- баланс між стриманістю та емоційністю;
- вірність переконанням та позиції;
- стратегічне бачення.

---

### Формула лідерства:

**ЛІДЕР = ЦІННОСТІ = КОМАНДА**

---

Однією з визначальних рис лідера є розуміння того, що, очоливши команду, отримавши від неї кредит довіри, слід проявляти готовність відповідати за кожен вчинок та слова, бути відповідальним не тільки за себе, а за кожного, хто поруч, та всі можливі наслідки. Якщо ж лідер все ж йде на певні компроміси, то вони не повинні суперечити ціннісним засадам його оточення.

Лідер чи лідерка – це людина з широким світоглядом, яка завжди навчається самостійно, розвиває власні навички. Проблемні ситуації та невдачі не є індикатором поганого лідерства. Труднощі – це досвід, який попереджувальним контекстом слугуватиме в майбутньому. «Поразка – це наука. Ніяка перемога так не вчить». (Ліна Костенко)

Іноколи нам доводиться чути про харизму, якою володіють ті чи інші люди. У чому ж вона полягає? У вмінні комунікувати – якісно комунікувати, щоб тебе чули. І абсолютно неважливо, чи це спілкування всередині команди, чи з кимось



зі стейкхолдерів. Мистецтво переконувати, вести дебати, ідейність та здатність запалювати інших – ось чим захоплюються, надихаються, щоб спільно дійти до омріяної (запланованої) мети.

Однак доволі часто ми бачимо ситуацію, коли лідер в організації не один, а має конкурента (неформального лідера), а то й кількох. Насправді, це не є погано. Мудрий керівник не буде йти в контрнатуп, хіба опоненти дестабілізують колектив. Він заручиться їхньою підтримкою. Справжній лідер гуртує навколо себе сильних постатей, не уникає їх, не ліквідує, не усуває. Адже кожен із команди є сильним гравцем по-своєму. Найвищим та найціннішим вмінням є побачити, проаналізувати та залучити так, щоб усім було цікаво, комфортно, пізнавально, щоб діяльність мотивувала, надихала та розвивала навички, прагнення й приносила ефективність усім сторонам.

Чи може стати лідером кожен? Може, маючи таке прагнення. Що ж для цього потрібно? Постійна та наполеглива праця, критичне бачення власної постаті, об'єктивна оцінка власних вмінь та віра в себе, візія майбутнього. Коли в людях пробуджується дух лідерства? Коли вони відчують, що ніхто, окрім них, коли є якась ціль (мотивація) йти вперед та вести за собою.

## Як розвивати у собі лідерські риси? Дайте собі відповідь на такі запитання:

Хто я є?

Чого я прагну?

Що я зробив (-ла)?

Що я можу зробити?

Свідома позиція в будь-якій сфері – це перший крок до лідерства. Сформуйте культуру відкритості та залученості працівників, спілкуйтеся з ними, аналізуйте сприйняття іншими, виходьте за звичні межі особистого сприйняття, уникайте стереотипів, не бійтеся змін, створюйте спільно власну картину майбутнього, якого прагнете.

## ПРИКЛАД



### Городенківський некомерційний ЦПМД

Коли заклад розпочав зміни для входження в реформу охорони здоров'я, ініціативна група вирішила провести невеличке опитування колективу щодо їхнього бачення вектора розвитку, почерпнути ідеї та надихнутися на створення чогось нового та незвичного. Так було створено опитувальник:

1. Як Ви бачите заклад в майбутньому?
2. Що б Ви змінили в роботі закладу?
3. Що б мотивувало Вас працювати ефективніше?
4. Якби головним лікарем закладу були Ви, які 5 основних завдань Ви поставили б перед собою?

Як би це допомогло?



**Надія Павчак**  
завідувач комунікаційно-аналітичного підрозділу

«Насамперед ми стали ближчими на крок до кожного, зіставили позицію керівництва та позицію працівників, окреслили спільні напрями розвитку, які потім лягли в основу операційного та стратегічного плану: навчання персоналу, покращення матеріально-технічної бази, формування корпоративної культури, якість надання медичних послуг, рівень комфорту. Соціальні гарантії та зобов'язання згодом стали основою нового колективного договору, які передбачали підвищення заробітної плати, стимулювання, преміювання згідно з розробленими індикаторами якості.

Чи все вдалося? Здебільшого, так. Але повсякденна праця не припиняється, маленькими кроками спільно йдемо до мети. Нашими невеликими здобутками ми б хотіли поділитися в короткому відеоролику за посиланням:

<https://youtu.be/v1hpaL10HXg>».



# ЯК СТВОРИТИ І РОЗВИВАТИ КОМАНДУ

Команда – дуже модне слово для характеристики формування управлінського підходу. А що ж таке команда? Це люди, які об'єднані в певну спільноту. Що є їхньою визначною характеристикою? Це те, що власне їх звело разом, певна мета, задля якої вони спільно взаємодіють, ті цінності, що роблять із них команду. Цінності – основа основ їхнього існування. Спочатку вони визначають близькість духом, візією майбутнього. Потім спільно викристалізують нові правила гри та табу, «червоні прапорці». Команда – це не про «я», а про «ми», і для кого й чого ми разом працюємо. Команда – це атмосфера, це підтримка, а не підніжки, це розуміння. Команда – це гармонія й комфорт, це комунікація та рефлексія. Команда – це міцний ланцюжок, який не розірвати під зовнішнім тиском, який, якщо розривається, то тільки зсередини.

Основою взаємодії команди є принцип «win-win» або ж «позитивної суми», коли кожен є однаково залученим, захищеним, вмотивованим задля власного добробуту, зростання та спільної вигоди. Звичайно, доволі складно побудувати міцну команду у великій організації зі складною структурою, але в цьому й полягає адаптивність та колективне усвідомлення,

відповідальне виконання, яке базується на децентралізації повноважень. Прозора діяльність та створення культури організації, розуміння всіх процесів, колаборація, кооперація та співпраця – її засади.

Кожен заклад самостійно здійснює підбір персоналу, самостійно формує команду. Тому важливо ще на етапі знайомства з потенційним кандидатом визначити, чи збігаються його особисті цінності з принципами роботи організації, її корпоративною культурою, чи зможе він інтегрувати власний досвід та вміння у роботу вашої команди, чи, навпаки, руйнуватиме її.

Створіть профілі посад (не плутати з посадовою інструкцією), де в деталях опишіть ключові вимоги до претендентів, не тільки кваліфікаційні вимоги, а й всі ключові для вас ціннісні параметри. Для цього необхідно сформувати групу компетентних фахівців, які братимуть участь в складанні документів. Профіль складається з урахуванням організаційної структури підприємства, а тому вона також повинна бути ретельно вивчена і відображати всі ступені командної взаємодії.



## ПРИКЛАД



Городенківський  
некомерційний  
центр первинної  
медичної допомоги

### Профіль посади “психолог” Городенківський центр первинної медико-соціальної допомоги

#### Загальні умови

Посадові обов’язки

- здійснює консультування паліативних пацієнтів та їхніх родичів;
- надає консультативну, профілактичну і психокорекційну допомогу в межах своєї компетенції;
- вивчає вплив психологічних, економічних і організаційних чинників виробництва на трудову діяльність працівників підприємства, установи, організації з метою розроблення заходів для створення сприятливих умов праці і підвищення її ефективності

- психологічна допомога пацієнтам та працівникам Центру;
- проведення психологічного консультування з питань планування сім’ї, психологічних проблем, пов’язаних із хворобою, або міжособистісних стосунків, з питань психогігієни;
- застосування сучасних науково-обґрунтованих методів діагностичної, психопрофілактичної та соціально-психологічної роботи;
- дотримання принципів етики й деонтології;
- проведення санітарно-просвітницької діяльності;
- підвищення своєї професійної кваліфікації;
- проведення аналізу одержаних результатів роботи та підготовка рекомендацій для персоналу й адміністрації по роботі з пацієнтами;
- дотримання правил внутрішнього трудового розпорядку;
- бере участь у складанні проектів планів і програм соціального розвитку підприємства, визначає психологічні чинників, що впливають на працівників;
- проводить обстеження індивідуальних рис працівників, особливостей трудової діяльності працівників різних професій і спеціальностей, пов’язаних з професійним добром, перевіркою психологічних умов праці, виявленням їхніх інтересів і схильностей, задоволення працею, аналізує виробничі процеси і психологічний стан людини під час роботи;
- володіння навичками та проведення індивідуального, групового та сімейного консультування

Умови оплати праці та графік роботи

згідно з колективним договором та правилами внутрішнього розпорядку

Інформація про строковість чи безстроковість призначення на посаду

безстроково



|  |   |
|--|---|
| Перелік інформації, необхідної для подання на вакансію | <ul style="list-style-type: none"><li>• резюме, в якому зазначається освіта, трудова діяльність, кваліфікаційні характеристики;</li><li>• мотиваційний лист</li></ul> |
|--|---|

|                     |  |
|---------------------|--|
| Додаткові документи | копії наявних сертифікатів, рекомендаційні листи |
|---------------------|--|

### Кваліфікаційні вимоги

|                              |   |
|------------------------------|---|
| 1. Освіта                    | психолог: повна вища освіта відповідного напрямку підготовки (спеціаліст) |
| 2. Досвід роботи             | 3 роки  |
| 3. Володіння державною мовою | вільне володіння державною мовою  |
| 4. Володіння іноземною мовою | не потребує   |

### Вимоги до компетентності

1. Якісне виконання поставлених завдань
2. Самоорганізація та самостійність в роботі
3. Багатозадачність
4. Досягнення результатів

### Корпоративні цінності

1. Емпатія
2. Дотримання та нерозголошення інформації
3. Людяність
4. Толерантність
5. Неупередженість



## КЛЮЧОВІ ПОРАДИ ДЛЯ КОМАНДОУТВОРЕННЯ:

- сформууйте таку корпоративну культуру, щоб люди залишалися з вами, мали перспективу професійного зростання, зацікавленість та були лояльними до вашого закладу;
- під час підбору персоналу не потрібно уникати слова «ні». Якщо ви прагнете знайти «свого» працівника, ніколи не знижуйте вимоги;
- виходьте із «зони комфорту» – звичних обов'язків, які прописані в посадовій інструкції, надайте колегам можливість

поекспериментувати, долучитися до чогось важливого, створити новий потенціал, нову міцну та гнучку команду.

Чудовим прикладом, як зрозуміти та відчути потенціал співробітників, є тест на визначення командних ролей, який ви зможете пройти на навчальному курсі «Кращі практики управління медичним закладом». Ви побачите, наскільки різна за складом ваша команда, якими цікавими та досі невідомими компетенціями володіють її учасники.



Всі команди, які навчалися на онлайн-курсі, теж пройшли тестування і відповідно до нього приймали певні рішення. Команди між собою були дуже різні – у декого переважали творці, десь – генератори ідей, у когось – виконавці, хтось взагалі став знахідкою для колективу, зумів відкрити та розвинути нові якості, проявитися у новому й незвичному амплуа. А команда

із **Дніпропетровського обласного клінічного лікувально-профілактичного об'єднання «ФТИЗИАТРІЯ»** вирішила, що для успішного навчання та реалізації здобутих знань їм слід залучити додаткового учасника, який би був інтегратором, гуртував всіх та сприяв виконанню оптимального профілю завдань (детальніше на картинці нижче).



## ПРО КОМАНДУ (в оновленому складі)

### СИЛЬНІ СТОРОНИ:

- дотримання термінів виконання та чітка деталізація завдань
- розділення функцій та підстраховка членів команди (перетинання функціоналу)
- високий творчий та мотиваційний потенціал
- наявні ресурси для проведення аналізу ситуації та оцінки реалізації проекту
- потужна складова для забезпечення стійкості проекту

### РОЛІ, ЩО ПОТРЕБУЮТЬ ПІДСИЛЕННЯ:

- координатор – для більш ефективної взаємодії членів команди та в разі потреби залучення нових учасників
- розвідник – для розширення потенціалу команди щодо розроблення стратегічних напрямів діяльності

### ОПТИМАЛЬНИЙ ПРОФІЛЬ ЗАДАЧ НАРАЗІ:

- впровадження та реалізація практик, що довели свою ефективність
- реалізація довгострокових проектів
- розроблення та реалізація стартапів середнього масштабу





## ПРИКЛАД



**Тарас Вишинський**  
лікар-нейрохірург  
міської дитячої  
клінічної лікарні  
м. Львова

### Командоутворення завдяки спільному навчанню на онлайн-курсі

«Я працюю у КНП «МДКЛ» м. Львова, яке налічує у своєму складі безліч відділень, лікувальних центрів та інших допоміжних структур. У ЗОЗ загалом та у кожному структурному підрозділі зокрема є свої формальні лідери, тобто люди, які впливають на управління з позиції посади, яку обіймають, а також паралельно є неформальні ініціативні лідери. Саме з таких людей і складалася наша команда “змін”, яка брала участь у онлайн-курсі «Кращі практики управління медичним закладом» від проекту USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Всі ми відчували обмаль часу, шалене навантаження, бажання якнайкраще надати медичну послугу пацієнтам. З кожним новим вебінаром нас все більше і більше затягувало в процес, ми переосмислювали рутинні речі зовсім по-іншому, з'являлося нове розуміння всіх звичних, на перший погляд, речей. Особливо цінною для нашої команди стала можливість поборотись за грант для втілення якісних змін у лікарні. Це шалена мотивація! Завдяки командній роботі, колегальності у прийнятті рішень, ми зініціювали крутий проект “Створення системи навігаційної ідентифікації”, який має на меті максимально зорієнтувати пацієнтів та відвідувачів на маршруті від входу у лікарню і до місця призначення. Система навігації дасть змогу показати пацієнту, що адміністрація закладу дбає про час та емоційний стан батьків маленького пацієнта, дбає про їхнє комфортне перебування в закладі. Крім того, це позитивно вплине і на самих дітей, які часто капризують у таких структурах, не бажаючи блукати коридорами лікарні в пошуках потрібного відділення».

ДО



ПІСЛЯ





# КЛЮЧОВІ ПОРАДИ ДЛЯ СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУВАННЯ

Основним документом, що регламентує діяльність будь-якого медичного закладу, який функціонує в статусі комунального некомерційного підприємства, є його статут. Саме в ньому чітко прописано мету діяльності, функції та завдання підприємства. І коли йдеться про місію та візію, більшість плутають їх із метою. Так у чому ж полягає різниця?

Місія – Хто ми є і для чого існуємо?

Візія – Чого ми прагнемо?

Відповіді на ці запитання формуються відповідно до ціннісного підходу та узагальнюють бачення всього колективу, це те, що об'єднує колектив у команду, те, що мотивує та надихає. Можна сформулювати чудові слогани та розмістити їх в кожному куточку закладу, але якщо вони не відгукуються працівникам, то це всього-на-всього гарні слова без історії, без внутрішнього наповнення.

Чудовим прикладом є відома клініка Мейо, яка в своєму управлінні вже понад 100 років керується трьома основними принципами, які залишаються непохитними та співзвучними для всіх та кожного з працівників:

- знайте, яку історію Ви хочете розповісти,
- бути успішними в кожній з категорій якості (функціональних, зовнішніх, інтерактивних),
- велике в малому.

Під час створення візії та місії необхідно враховувати думку не тільки внутрішнього клієнта (працівника), а й реагувати на запит зовнішнього (пацієнта, відвідувача). Наш медичний заклад працює у сфері надання послуг, які орієнтовані на потребу споживача. Слід створити такі умови, які вигідно вирізнятимуть заклад на тлі конкурентів, будуть максимально привабливими.

Наприклад:

- комфортні умови перебування,
- якісні та безпечні послуги,
- налагоджений процес комунікації та взаємодії,
- мінімізування часу очікування пацієнта на прийом,
- доступність,
- пацієнторієнтованість та інше.

Коли заклад та його працівники знають, чого спільно прагнуть, тоді виникає наступне запитання: «Як саме досягнути візії?» – точка Б, куди прагнете.

Щоб отримати відповідь, потрібно проаналізувати, де саме ви знаходитесь, якими є «вихідні» умови (детальний аналіз роботи закладу) – точка А.

Точка А  Точка В

Для аналізу можна використовувати різні інструменти, наприклад: SWOT-аналіз, аналіз портфелю продуктів (послуг) та портфелю компетенцій або ж аналіз 5 сил Портера.

Зупинимось детальніше на моделі **5 сил Портера**.

Модель описує чинники, які формують конкурентне середовище, та дає змогу врахувати місцеву бізнес-ситуацію.

1. **Влада постачальників** – хто є для вас постачальником, його вплив на вашу діяльність, кількість, можливість і наслідки їх заміни (можна розглянути особу лікаря, як постачальника медичної послуги, яку він надає через ваш заклад).
2. **Влада покупців** – вплив пацієнта на ваш заклад, галузь (скільки пацієнтів є в регіоні, кількість, яка обслуговується у вашому закладі, детальна інформація про них).
3. **Нові гравці** – передумови для появи конкурентів: чи легко зайти на ринок медичних послуг у вашому регіоні.
4. **Продукти-замінники** – скільки альтернатив вашим послугам існує (приклад – альтернативна медицина у всіх її проявах), чи вигідно пацієнтові шукати «інші» варіанти.
5. **Конкурентна боротьба** – рівень конкуренції на ринку у вашому регіоні, основні конкуренти, наявність у вас конкурентної стратегії.






Провівши ретельний аналіз, ви отримаєте розуміння:

- де «знаходиться» ваш заклад;
- які можливості він має;
- що слід розвивати;
- що є ризиками для його існування;
- хто ключові стейкхолдери, та який їхній вплив.

Візуалізуйте з допомогою картування «болючі» точки і спільно з командою методом мозкового штурму ви дізнаєтеся, як вашому закладу потрапити з точки А в точку Б.

 – це стратегічні цілі та кроки, які, власне, ви спільно сформуєте.

## Модель 5 сил Портера Дозволяє оцінити тиск ринку та конкурентів на ваш бізнес



Джерело: URL: <https://bakertilly.ua/news/id48375>



## ПРИКЛАД



### Андрій Федусів заступник директора з медичного обслуговування Снятинського центру ПМСД



СНЯТИНСЬКИЙ ЦЕНТР  
первинної медико-санітарної  
допомоги

«Протягом останнього року наша команда брала участь в онлайн-курсі «Кращі практики управління». Вважаю, що отримані знання зробили нас більш сучасними, успішними та конкурентоспроможними.

Однією з перших тем курсу було «Стратегічне планування», і ми були дуже вражені, коли прослухали його.

До цього часу наш заклад послуговався річним планом роботи, який складався на початку кожного року посеред Різдвяних свят. Кожен новий такий план був дуже подібним до попереднього, фактично змінювалися лише дати на титульній сторінці. В такому плані не можна було передбачити якісь глобальні та довгострокові проекти.

Тому наша команда вирішила створити стратегічний план розвитку закладу, хоча це не входило до переліку обов'язкових «домашніх завдань» програми курсу «Кращі практики управління».

Ми розпочали роботу у складі лише трьох осіб, але під час його створення робоча група значно зросла: долучились сімейні лікарі, медичні сестри, господарський персонал. З однієї сторони, це принесло позитивний ефект, адже стало більше людей, а отже – більше ідей та думок, а з другої – виникли певні труднощі, оскільки думки присутніх не завжди збігалися. Наприклад, визначаючи свої слабкі сторони, ми зазначили, що 38% сімейних лікарів – пенсійного або передпенсійного віку. Молоді працівники з цим погодились, тоді як досвідчені колеги абсолютно не вважали це недоліком, а скоріше, навіть навпаки.

Робота тривала досить довго, але у підсумку ми отримали стратегічний план, який задовольнив усі сторони. Це досить лаконічний документ, який разом із додатками займає 11 сторінок. У ньому прописані чіткі й реалістичні завдання, встановлені виконавці та

часові межі. Також визначено візію та місію закладу, проведено SWOT-аналіз.

Складання плану ми погодили із профільним заступником голови Снятинської ОТГ, який його схвалив та взяв зобов'язання допомогти в реалізації. План розрахований на 5 років, до 2025 року. Якраз у цей час і завершаться повноваження керівництва нашої громади.

Зараз ми намагаємось організувати свою роботу так, щоб вона відповідала стратегічному плану, навіть якщо це якісь локальні завдання.

І навіть якщо за майбутні 5 років будуть відбуватись якісь кадрові зміни в Снятинському центрі ПМСД, прийдуть нові люди, то для них стратегічний план буде як маяк, як дороговказ.

Якщо підсумувати, то створення стратегічного плану дало змогу візуалізувати напрям, куди ми рухаємось, і ціль, куди хочемо дійти. Можливо, не всі пункти плану буде виконано, але маршрут, яким має розвиватись наша організація, уже задано.

Генрі Мінцберг писав: «Більшість доладних стратегій розвивається поступово й неформально, поки люди розбираються шляхом спроб та помилок, як що працює. Такі стратегії не формулюються, а формуються у так званому циклі «запровадження-формування». Покажіть мені цікаву стратегію, і я покажу вам інтенсивний процес навчання».

Процес стратегічного планування є доволі складним, він потребує аналізу, залученості, комунікації, знань та навчання.



При стратегічному плануванні важливо не лише провести внутрішній аудит, але й залучити до цього процесу представників власника, громадські організації (пацієнтські спільноти) та активних мешканців громади.

Стратегічний план не є тільки вашим внутрішнім документом. Він є дороговказом для розвитку медицини вашої громади та несе в собі комунікаційну (взаємодія із населенням, пацієнтами) і управлінську (фінансово-економічний розвиток, залучення додаткових інвестицій, впровадження нових напрямів діяльності, оптимізація ресурсів) функції.

Перед стратегічним плануванням проведіть інформаційну кампанію серед населення в соціальних мережах, через місцеві ЗМІ, громадські обговорення, щоб почути думку та потребу ваших зовнішніх клієнтів (пацієнтів, відвідувачів, уразливих верств населення).

Чим ширше ви охопите зацікавлені сторони, тим менше непорозумінь виникатиме, а опонентів ви

зможете перетворити на інфлюенсерів вашого закладу, сформувати партнерські стосунки.

Фіналізуювши стратегічні цілі, пропишіть очікувані результати та заходи з її реалізації, вкажіть відповідальних за виконання осіб та термін імплементації із детальною розбивкою – операційний план.

Щоб оцінювати виконання стратегічного плану та відстежувати прогрес, подбайте про вибір критеріїв ефективності – які будуть демонструвати чи вдаються вам зміни, які ви запланували.

В процесі реалізації стратегічного плану вам доведеться вносити корективи відповідно викликів, які точно виникатимуть, але не переймайтеся. Головне – неупинно йти до поставленої мети та всі заходи організувати таким чином, щоб вони відповідали місії медичного закладу та наближали вас до омріяного бачення.

---

## ПРИКЛАД

### Горохівський центр ПМСД

Команда Горохівського центру ПМСД прагнула впроваджувати якісні зміни у своєму закладі, але, провівши опитування серед пацієнтів, зрозуміла, що в них існують труднощі з ідентифікацією. Пацієнти не розрізняли “первинку” та “вторинку”. А також не було розуміння, як згрупувати всі ідеї в реалістичну дорожню карту.



**Ірина Кауза**  
медичний директор  
Горохівського центр ПМСД

Протягом року ми навчалися на онлайн-курсі «Кращі практики управління медичним закладом», який розроблений експертами проекту USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» та НСЗУ. Ми переконалися у тому, що ми маємо команду та багато ідей. Але немає сформованого уявлення про напрям, у якому ми повинні рухатись. Ми ніяк не могли визначитися із першочерговими цілями. Саме тому дійшли висновку, що нам необхідна сесія стратегічного планування. І коли з'явилася нагода податися на мінігрант від проекту USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» в межах курсу, одразу описали цю ідею. Та перемогли!

Завдяки гранту ми отримали нагоду провести дводенну сесію стратегічного планування із залученням зовнішнього фасилітатора. Під час мозкового штурму та групової роботи ми окреслили візію, місію та цінності нашого закладу, визначилися із чотирма стратегічними напрямками розвитку. Крім того, стратегія підкріплена детальним операційним планом реалізації – ми запланували заходи для втілення стратегії в життя, передбачили необхідні ресурси та призначили відповідальних осіб. Тож з таким плануванням маємо об'єктивні очікування на успіх та розвиток нашого медичного закладу».



# ОРГАНИ КОРПОРАТИВНОГО УПРАВЛІННЯ

Історично управлінці та менеджери відігравали пасивну роль в управлінні охороною здоров'я. Це пов'язано із низкою чинників, але передусім із успадкованою від СРСР командно-адміністративною моделлю охорони здоров'я.

Запровадження в Україні нової моделі фінансування системи охорони здоров'я потребувало принципової зміни характеру управління закладами охорони здоров'я із наданням керівникам закладів охорони здоров'я достатнього рівня управлінської та фінансової автономії, необхідної для гнучкого й незалежного менеджменту, орієнтованого, насамперед, на інтереси пацієнтів.

**Корпоративне управління** є системою взаємовідносин між органами закладу, його власником та іншими зацікавленими особами. Саме корпоративне управління є тим інструментом, який сприяє визначенню стратегічних цілей, спрямуванню та контролю за діяльністю закладу на шляху до їх досягнення. Наявність ефективної системи корпоративного управління також сприяє раціональнішому використанню ресурсів закладу.

Ефективне управління потребує наявності у структурі закладу незалежного органу корпоративного управління та кваліфікованого виконавчого органу (менеджменту), а також раціонального й чіткого розподілу повноважень між ними, належної системи підзвітності та контролю.

У цьому посібнику ми застосовуватимемо термін «орган корпоративного управління», який незалежно від його найменування у законодавстві, означає орган у системі корпоративного управління підприємством, який представляє інтереси власника підприємства та разом із виконавчим органом підприємства здійснює управління діяльністю підприємства.

Якщо основною метою діяльності органу корпоративного управління є стратегічне управління діяльністю закладу, контроль за його фінансово-господарською діяльністю та дотриманням прав пацієнтів, то роль менеджменту (виконавчого органу) полягає в керуванні поточною діяльністю закладу,

безпосередньому виконанні заходів стратегічного та річного планів діяльності, а також вирішенні усіх питань, пов'язаних зі щоденною діяльністю закладу. Така система корпоративного управління створює необхідні умови для ефективної взаємодії та своєчасного обміну інформацією між органом корпоративного управління та виконавчим органом.

Існуюча в Україні модель корпоративного управління закладами охорони державної або комунальної форми власності має низку серйозних недоліків, таких як прогалини у нормативно-правовому регулюванні (відсутність або недостатність у органів корпоративного управління, властивих для них у міжнародній практиці повноважень, відсутність чіткого розподілу повноважень між органами системи корпоративного управління та іншими зацікавленими особами), а також недостатнє залучення до членства в органі корпоративного управління висококваліфікованих учасників.

Далі ми розглянемо місце органу корпоративного управління в системі корпоративного управління закладами охорони здоров'я у світі найкращих міжнародних практик корпоративного управління та існуючих в Україні практик.

Міжнародний досвід корпоративного управління медичними закладами визначає **основною метою та пріоритетами** в діяльності органів корпоративного управління посилення репутації та стійкості медичного закладу у довгостроковій перспективі, безпеку пацієнтів та запровадження інновацій. Для досягнення зазначених цілей органи корпоративного управління наділені відповідним обсягом повноважень та використовують такі інструменти як контроль або аудит діяльності виконавчого органу закладу, надання рекомендацій, адвокацію, залучення до процесу прийняття рішень інших зацікавлених сторін тощо.

Для того, аби органи корпоративного управління були здатні ефективно виконувати свої функції, а їхня діяльність сприяла розвитку медичного закладу, вони повинні послуговуватися набором принципів управління. Такими ключовими принципами є:



1. **Відповідальність**  
(досягнення довіри з боку громади)
2. **Проактивність та інтерактивність**
3. **Прийняття рішень відповідно до надійних даних**
4. **Орієнтація на пріоритетні цілі**
5. **Дотримання меж повноважень**

## 1. Відповідальність перед громадою

Як зазначалося раніше, основна мета діяльності органів корпоративного управління – стратегічне управління закладом, яке фактично органи корпоративного управління здійснюють від імені органів місцевого самоврядування, що є власниками комунальних медичних закладів, інакше кажучи – від імені населення, яке є користувачем медичних послуг на відповідній території. Саме усвідомлення того, що органи корпоративного управління несуть відповідальність за результати своєї роботи перед пацієнтами, має визначати пріоритети у їхній діяльності. Діяльність органів корпоративного управління має здійснюватись відкрито, з інформуванням громади про результати такої діяльності через різні канали комунікації.

## 2. Проактивність та інтерактивність

Правильна організація роботи органу корпоративного управління безпосередньо впливає на ефективність управління. Корпоративна культура, дотримання норм та цінностей діяльності, а також те, як члени корпоративного органу взаємодіють між собою та з іншими зацікавленими особами, є важливими елементами організації системи управління. Аби орган корпоративного управління демонстрував високі результати своєї роботи, його члени мають стати командою, в основі існування якої:

- прагнення досягти місії закладу;
- довірливі відносини всередині команди та з персоналом закладу;
- культура спілкування та принцип поваги до «іншого/відмінного» погляду;
- уникнення жорстких форм та методів управління;
- індивідуальна відповідальність та підзвітність;
- регулярна оцінка власної ефективності.

## 3. Прийняття рішень на основі надійних даних

Прийняття правильних рішень є неможливим без повної та достовірної інформації, відповідно до якої такі рішення мають прийматись. Ретельна підготовка до кожного засідання, налагоджена комунікація між членами команди є критичними для здійснення ефективного управління. Інформація, яка надається закладом органу корпоративного управління, має бути ретельно узагальненою, поданою у простій та зрозумілій формі, аби члени органу корпоративного управління могли швидко виявити закономірності, зміни або тенденції. На відміну від клінічних або операційних даних, які, зазвичай, є більш деталізованими та розлогіми, інформація, що надається органу корпоративного управління, має бути стислою та змістовною. Водночас, усі залучені до процесу прийняття управлінських рішень повинні мати доступ до першоджерел даних.

## 4. Орієнтація на пріоритетні цілі

Оскільки забезпечення стратегічного розвитку медичного закладу є чи не найважливішим завданням органу корпоративного управління, останній має забезпечити відповідність пріоритетів своєї діяльності визначеним пріоритетам закладу та громади (користувачів медичних послуг). Основною метою засідань органу корпоративного управління має стати не пришвидшення процесу прийняття рішень, а прийняття виважених рішень після детального вивчення та обміркування проблемних питань.

## 5. Дотримання меж повноважень та відповідальності

Однією із найважливіших передумов ефективної роботи органів корпоративного управління є чіткий розподіл повноважень між власником, органом корпоративного управління та виконавчим органом закладу. Якщо основною метою діяльності власника закладу та органу корпоративного управління, як його представника, є стратегічне управління діяльністю закладу, контроль за його фінансово-господарською діяльністю та дотриманням прав пацієнтів, то роль виконавчого органу (менеджменту) полягає в керуванні поточною діяльністю закладу, безпосередньому виконанні заходів стратегічного та річного планів діяльності, а також вирішенні усіх питань, пов'язаних з щоденною діяльністю закладу.



Встановлення засад особистої та групової відповідальності, а також принципів взаємодії та підзвітності членів органів корпоративного управління – основа для забезпечення прозорості їхньої діяльності. Затверджений річний план діяльності, визначені цілі та механізми оцінки ефективності роботи органу корпоративного управління є невід’ємними атрибутами його успішного функціонування.

**Чисельність учасників** органу корпоративного управління є важливим елементом загальної структури управління. Визначення оптимального розміру органу корпоративного управління залежить від багатьох чинників, серед яких розмір закладу охорони здоров’я, його спеціалізація, а також те, на якому етапі свого розвитку перебуває заклад. Оптимальною кількістю є 9-17 членів. Варто зазначити, що

результати проведених досліджень демонструють існування перевернутої U-подібної залежності між розміром органу корпоративного управління та ефективністю діяльності закладу. Збільшена кількість членів органу корпоративного управління сприяє покращенню функцій моніторингу та консалтингу, але існує певна межа (приблизно 19 осіб), за умови досягнення якої нові проблеми координації, контролю та прийняття рішень починають переважати вигоду від великої кількості членів органу корпоративного управління (Беннедсен, Конгстед та Нільсен, 2008).

Неабияку роль в успішній та ефективній діяльності органів корпоративного управління при медичних закладах відіграють **компетентність та особисті якості їхніх членів**.

| Знання та навички   | Особисті якості  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>Лідерські навички</li><li>Стратегічне мислення</li><li>Управління ризиками</li><li>Фінансовий менеджмент</li><li>Маркетинг та зв'язки з громадськістю</li><li>Клінічне управління</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>Чесність</li><li>Особиста та професійна доброчесність</li><li>Цілеспрямованість</li><li>Надійність</li><li>Адаптивність</li><li>Постійне прагнення до покращення</li></ul> |

Залучення лікарів до участі в органах корпоративного управління (так само як і до обговорення питань під час засідань) сприяє покращенню якості надання медичної допомоги та зменшенню показників смертності. Про це свідчать результати проведених досліджень (Веронезі, 2014, Фрейзер, 2009). Поряд із тим, важливо дотримуватись балансу у складі рад між представниками медичної спільноти та інших професій, зокрема фінансистів, юристів, адміністраторів та управлінців. Члени органу корпоративного управління у сукупності повинні мати знання та досвід, необхідні для ефективного виконання своїх обов'язків.

Результати деяких досліджень впливу **дотримання гендерного балансу** на ефективність роботи органів корпоративного управління свідчили про позитивний вплив від присутності жінок у його складі. Головування жінкою в органі корпоративного управління позитивно впливає на результати його

діяльності, але водночас може призводити до надмірного моніторингу діяльності такого органу корпоративного управління (Адамс та Феррейра, 2009). Дотримання гендерного балансу під час формування складу органу корпоративного управління сприяє кращому розумінню позицій усіх зацікавлених сторін та перешкоджає «груповому мисленню» (постійному підтриманню однієї думки) (Тересен, Сілі та Сінгх, 2009).

Отже, наявність ефективної системи корпоративного управління у медичному закладі є важливою передумовою для покращення якості медичних послуг, безпеки пацієнтів та раціонального використання ресурсів закладу. Дотримання вищенаведених рекомендацій, а також впровадження найкращих практик в роботу органів корпоративного управління сприятиме покращенню репутації медичного закладу та посиленню його стійкості у довгостроковій перспективі.



# УПРАВЛІННЯ ЗМІНАМИ

## Зміни – це не просто

Втілити стратегію розвитку організації в життя – надзвичайно складне завдання. І справа навіть не в тому, що стратегія – це про майбутнє, яке надзвичайно складно передбачити, а тому що в них працюють не роботи, а живі люди зі своїми багатогранними інтересами та мотиваторами, зі своїм унікальним багажем знань та досвіду. Згадайте, наскільки не просто кардинально змінити своє власне життя, і зрозумієте, чому складність зміни групи людей зростає експоненційно зі збільшенням кількості її учасників.

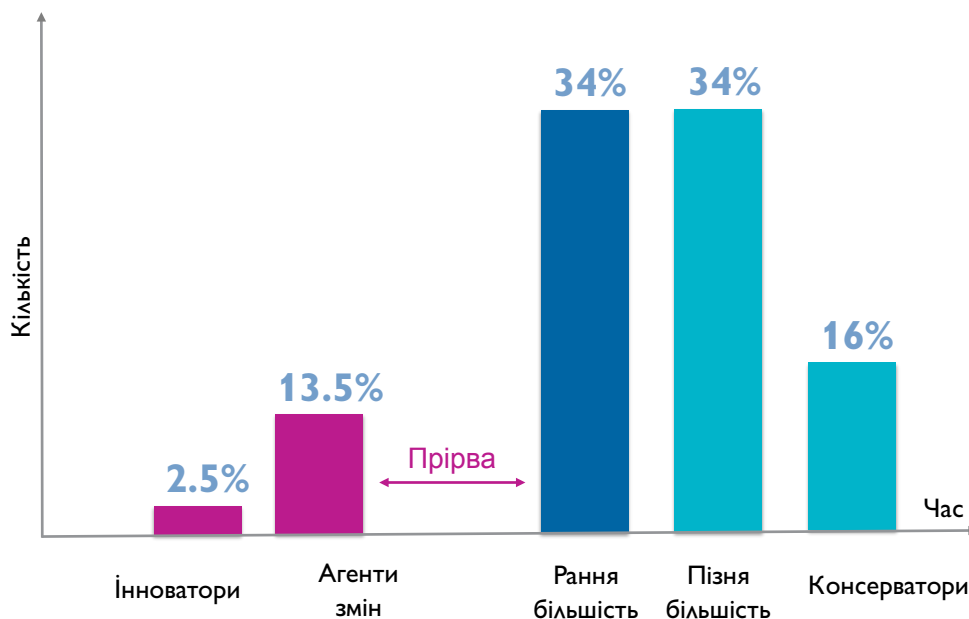
Складність змін в організаціях іноді часто називають «імунною системою», яка відштовхує зміни.

Управлінська наука вже давно досліджує феномен «імунної системи» організації і дає пояснення того, чому вона виникає, як працює, і як з нею можна системно працювати.

## Чому це відбувається?

Зі складністю впровадження змін стикались організації протягом усієї своєї історії. Але в 1962 році видатний американський соціолог Еверетт Роджерс, опрацювавши понад 500 досліджень на тему поширення інновацій в різних соціальних групах, дав відповідь, чому так складно змінювати поведінку людей за допомогою своєї теорії «Дифузія інновацій». Будь-яка зміна в організації – це нове рішення, що має змінити поведінку людей, які в ній працюють, тому теорія «дифузії інновацій» однаково точно описує як поведінку людей ззовні, так і всередині організацій.

Теорія поділяє всіх споживачів нововведень на 5 основних категорій за ступенем їхнього сприйняття змін у часі.





У кожної категорії є своя причина сприйняти зміну в певний момент часу. Найповільніше сприймають зміни «консерватори» – люди, які просто ще не усвідомлюють проблему чи потребу, яку вирішує нововведення. Далі йдуть люди, які усвідомили проблему, але поки що нічого з цим не роблять. Їх називають «пізня більшість». На відміну від останніх категорія «рання більшість» – це люди, які не тільки усвідомили проблему, але й вже шукають нове рішення самостійно. «Агенти змін» та «інноватори» – це люди в організації, які найшвидше сприймають зміни. «Агенти змін» такі сприйнятливі тому, що після пошуку допомоги вони навіть намагаються самостійно вирішити свою задачу. І врешті-решт «інноватори» – готові спробувати що завгодно, що вирішить їхню проблему, тому що самостійно зробити це їм не вдається.

| КАТЕГОРІЯ ЛЮДЕЙ |                 | ПРИЧИНА                                |
|-----------------|-----------------|--|
| 2,5%            | Інноватори      | Готові на будь-яке рішення проблеми    |
| 13,5%           | Агенти змін     | Намагають вирішити проблему самостійно |
| ПРІРВА ЗМІН     |                 | ТРИ КЛЮЧОВІ ПЕРЕШКОДИ                  |
| 34%             | Рання більшість | Вже шукають рішення                    |
| 34%             | Пізня більшість | Усвідомлюють проблему                  |
| 16%             | Консерватори    | Не усвідомлюють проблему               |

Саме тому, що існують ці унікальні групи людей, які по-різному сприймають зміни в організаціях, зміни і впровадження нововведень проходять не рівномірно і не лінійно. Лідери, які не розуміють соціологічну природу розповсюдження змін у своїх медичних закладах, приречені на те, що будуть боротись з «вітряними млинами», замість того, щоб використати їх енергію на свою користь.

## Прірва змін

Проте найбільша проблема в поширенні змін криється в тому, що між «інноваторами», «агентами змін» та рештою категорій людей, які становлять 84%, існує «прірва». Її ще іноді називають «долина смерті», тому що, не подолавши її, будь-які зміни можуть померти.

Існує три глибинні причини, чому ця прірва існує. Перша причина – «не знаю». Тобто люди просто не знають, що певні зміни відбуваються в організації. Друга причина – «не вмюю». Люди знають про зміни, але не мають відповідних інструментів, знань та навичок для їх реалізації. І нарешті третя причина – «не хочу». Це коли люди знають про зміни, мають всі необхідні можливості, але просто недостатньо вмотивовані для того, щоб змінити свою поведінку.

Для успішного подолання «прірви змін» лідерам закладів треба зрозуміти істинну причину уповільнення змін та запропонувати відповідне рішення.

## Шаблон змін – стратегічна карта організаційних змін

Управління, як бізнес-дисципліна, вже давно підбирає інструменти для пришвидшення змін в організаціях. Ці інструменти знаходяться на межі психології, маркетингу та стратегії. Одним із таких ефективних інструментів є «шаблон змін».

«Шаблон змін» – це концептуальна модель створення цінності організацією для своїх клієнтів, де клієнти – це працівники самої організації, а самі зміни є пропозицією цінності для них.





Шаблон складається з дев'яти ключових блоків, кожен із яких має свою хронологічну послідовність. Робота з шаблоном змін – це розроблення стратегії для поступового завоювання сердець всіх п'яти категорій людей моделі Роджерса. Заповнення шаблону змін складається з трьох послідовних етапів для системного подолання ключових причин супротиву змін: (1) «Не знаю» > (2) «Не вмію» > (3) «Не хочу».



## Етап «Не знаю»

охоплює роботу з чотирма блоками з такими питаннями та інструментами:

| Блок              | Питання   | Інструменти  |
|-------------------|---|--|
| 1. Клієнти змін   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Хто основний клієнт/користувач зміни?</li> <li>• Хто зі співробітників є «інноваторами» та «агентами змін», а хто – «консерваторами»? На кого нам спрямувати початкові зусилля, а кого треба поки що не залучати в зміни, щоб не отримати супротив?</li> <li>• Яка основна проблема для «інноваторів» та «агентів змін», яку зміна допоможе вирішити?</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Опитування</li> <li>• Інтерв'ю людей в організації</li> </ul>   |
| 2. Цінність зміни | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Як впроваджувана зміна може допомогти вирішити проблеми «інноваторів» та «агентів змін»?</li> <li>• В чому унікальна цінність зміни, чому обраний спосіб кращий за інші? та</li> <li>• В який спосіб цю цінність зміни краще донести до «інноваторів» та «агентів змін»?</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Спостереження</li> <li>• Брейнштормінг сесії</li> <li>• Демонстрації практичної цінності зміни</li> </ul> |



| Блок         | Питання  | Інструменти   |
|--------------|--|---|
| 3. Канали    | <ul style="list-style-type: none"><li>Через які канали краще вести комунікацію про зміни?</li><li>Для яких цілей потрібен той чи інший канал?</li><li>Як виміряти ефективність каналу?</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>Електронна пошта</li><li>Робочі зустрічі</li><li>Презентації</li><li>Групи для спілкування</li></ul>  |
| 4. Відносини | <ul style="list-style-type: none"><li>Як утримати «інноваторів» та «агентів змін», тобто зробити так, щоб нова поведінка стала для них звичкою?</li><li>Як зробити так, щоб «інноватори» та «агенти змін» рекомендували нову зміну іншим колегам?</li><li>Як виміряти ефективність відносин?</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>Зворотний зв'язок людей, які почали користуватись змінами</li><li>Передача досвіду цими людьми іншим</li><li>Залучення їх в постійні покращення нововведень</li></ul> |

**Етап «Не вмію» зосереджений на блоках «Навчання», «Практика» та «Союзники» і охоплює відповіді на такі питання та роботу з такими інструментами:**

| Блок        | Питання   | Інструменти  |
|-------------|---|--|
| 5. Знання   | <ul style="list-style-type: none"><li>Які тренінги потрібні, щоб дати працівникам нові знання та навички?</li><li>Як виміряти ефективність тренінгових програм?</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>Тренінги</li><li>Практикуми</li><li>Залучення «інноваторів» та «агентів змін» у покращення</li></ul> |
| 6. Практика | <ul style="list-style-type: none"><li>Які практичні аспекти нової поведінки?</li><li>Які проблеми можуть виникнути?</li><li>Як їх вирішувати? та</li><li>Як виміряти ефективність застосування нових знань на практиці?</li></ul>               | <ul style="list-style-type: none"><li>Атестації</li><li>Наставництво</li><li>Впровадження ключових показників ефективності</li></ul>       |
| 7. Союзники | <ul style="list-style-type: none"><li>Хто ще в організації зацікавлений в «зміні», і хто міг би нам допомогти?</li><li>Хто поза організацією міг би стати нашим партнером?</li><li>Як виміряти ефективність використання «союзників»?</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>Консалтинг</li><li>Аналогічний досвід</li><li>Найкращі практики/передовий досвід</li></ul>           |



## Етап «Не хочу»

В управлінні змінами працює формула:



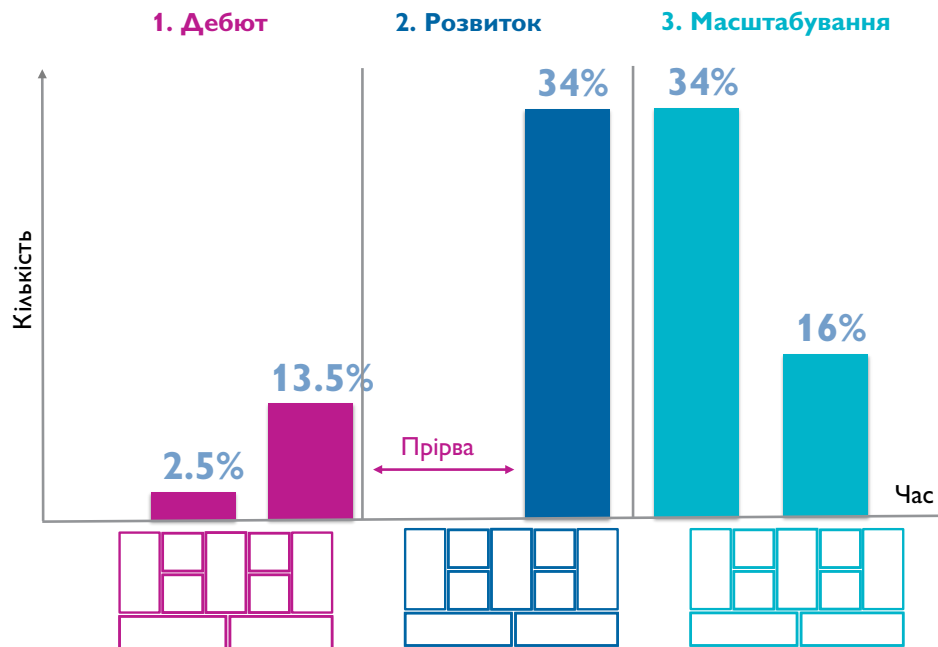
Тому на третьому етапі шаблон змін складається з «Мотиваторів» та «Зусиль»

| Блок          | Питання   | Інструменти   |
|---------------|---|---|
| 8. Мотиватори | <ul style="list-style-type: none"><li>В чому основна нематеріальна мотивація інноваторів та агентів змін? Як її можна ще підсилити?</li><li>Чи потрібна матеріальна мотивація інноваторам та агентам змін? Чому? Якого формату?</li><li>Як виміряти ефективність нової системи мотивації?</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>Опитування персоналу</li><li>Система винагороди</li></ul>   |
| 9. Зусилля    | <ul style="list-style-type: none"><li>Скільки часу (зусиль) вимагають зміни в інноваторів та агентів змін?</li><li>Як інноватори та агенти змін вивільнять час для змін? Що вони перестануть робити?</li><li>Як виміряти ефективність витрачання ресурсів на впровадження змін?</li></ul>           | <ul style="list-style-type: none"><li>Фотографія робочого дня</li><li>Аналіз втрат ефективності</li><li>Перерозподіл/ додаткові ресурси</li></ul> |



## Три стадії змін

Будь-які організаційні зміни проходять три основні стадії. Для кожної стадії вам буде необхідно розробити свій унікальний шаблон, тому що фокус кожної стадії – це своя унікальна цільова аудиторія:



1. Дебют – присвячений завоюванню прихильності 16% аудиторії. Успішна робота з «інноваторами» та «агентами змін» дасть вам впевненість рухатись далі.
2. Розвиток – націлений на подолання «прірви змін» та роботи з «ранньою більшістю». Рекомендації та успішний досвід допоможуть рухатись швидше на цьому етапі.

3. Масштабування – відбувається, коли вже половина людей успішно змінила свою поведінку, і можна підключати більше ресурсів для того, щоб донести цінність зміни та дати всі необхідні інструменти другій половині аудиторії – «пізній більшості» та «консерваторам».

Використання шаблону змін допоможе швидше проходити кожен із цих етапів і перетворить ваші нововведення у високоефективну роботу вашого медичного закладу.



## ПРИКЛАД

### Команда Сарненської центральної районної лікарні



використала шаблон змін для впровадження протоколу дій персоналу реєстратури в разі звернення пацієнтів із гострими станами.

Реєстратура – це перша точка контакту пацієнтів із закладом, і від того, як організована робота цього структурного підрозділу, від оперативності знань і комунікаційних навичок та уважності співробітників реєстратури залежатиме швидкість надання медичної допомоги та рівень задоволеності пацієнтів обслуговуванням у закладі. Саме тому втілення цієї зміни було дуже актуальним.

Шаблон змін допоміг привести до спільного знаменника команду у відповідях на ключові питання їхньої зміни – хто є клієнтами зміни, в чому її основна цінність, через які канали команда буде вести комунікацію з користувачами зміни, як будуть

підтримувати відносини з ними, щоб працівники закладу продовжували користуватись нововведенням? Які знання та практичні інструменти команді треба дати працівникам, щоб зміна запрацювала на повну? Яких партнерів треба залучити в союзники, щоб пришвидшити провадження зміни? І головне – перевірити формулу успішної мотивації: переконатись, що мотивація – більша, ніж зусилля, що є необхідною передумовою для успішних довготривалих змін.

Саме відповіді на ці питання, наведені командою нижче у шаблоні змін, дали змогу переконатись, що всі можливі ризики реалізації вони врахували, і скласти конкретний план наступних кроків для реалізації запланованої зміни.



## ШАБЛОН ЗМІН

### «Впровадження протоколу дій персоналу реєстратури у разі звернення пацієнтів із гострими станами»

|   |  |   |   |  |
|---|--|---|---|--|
| <p><b>7. Союзники</b></p> <p>Лікарі різних спеціальностей педіатричного профілю, вони залучаються до проведення навчальних лекцій та тренінгів</p>  | <p><b>5. Знання</b></p> <p>Покращуємо знання працівників реєстратури на лекціях та тренінгах</p>   | <p><b>2. Цінність зміни</b></p> <p>Пацієнти, які потребують невідкладної допомоги, скеровуються негайно до чергового лікаря.</p> <p>Завдяки цьому:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) пацієнт одразу отримує допомогу у відповідно обладнаному кабінеті;</li><li>2) персонал працює злагоджено, не переключаючись між плановими й невідкладними прийомами;</li><li>3) потоки пацієнтів роз'єднані</li></ol> | <p><b>4. Відносини</b></p> <p>На зустрічах колективу вітаються нові ідеї, спільно вдосконалюємо опитувальники</p> | <p><b>1. Клієнти змін</b></p> <p>Працівники реєстратури та медичні працівники (лікарі та медичні сестри дитячої поліклініки)</p> |
| <p><b>9. Зусилля</b></p> <p>Інноваторам та агентам змін орієнтовно потрібно 1-2 години щотижня для проведення навчальних лекцій чи тренінгів з медичним персоналом; водночас щоденний особистий приклад ними не сприймається як затрачені ресурси чи зусилля (це їхній стиль життя 😊)</p> | <p><b>8. Мотиватори</b></p> <p>Основна нематеріальна мотивація – краща організація роботи та більша орієнтованість на потреби пацієнта (проблема пацієнта вирішується швидше, водночас його маршрут закладом є коротшим, менше часу проводиться у поліклінічному відділенні).</p> <p>Неформальне опитування інноваторів та агентів змін показало, що найбільш бажана матеріальна мотивація для них – це оплата участі у навчальних заходах (тренінги, конференції)</p> |   |   |  |

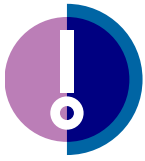


Продовженням роботи команди із шаблоном змін став мініплан реалізації зміни із чітким описом: що, коли і як необхідно втілювати. Шаблон змін та мініплан допомагав команді втілити пілотну реалізацію

зміни в педіатричному відділенні, а після успішного відпрацювання зміни на пілоті, допомагав поширити успішну практику на всю лікарню.

## Мініплан пілотної реалізації:

|   |   |
|---|---|
| Опис вибраної ідеї                                    | Розробляємо опитувальники, які можуть використовувати працівники реєстрації, під час першого контакту визначати, якої допомоги потребує пацієнт: негайної чи планової консультативної. Так пацієнт у разі гострих станів швидко отримає належну допомогу, банально – не чекатиме в коридорі |
| Чому ми її робимо зараз?                              | У такий спосіб ми хочемо швидко допомогти пацієнтам, мінімізувати кількість контактів для них, збільшити прихильність пацієнтів до нашого закладу (допомогу надаємо негайно, без черг, безпечно)  |
| Хто відповідає за виконання?                          | Завідувачка дитячої поліклініки, дублер завідувачки дитячої поліклініки, старша медична сестра дитячої поліклініки  |
| Хто інші члени команди реалізації?                    | Інші працівники дитячої поліклініки (лікарі різних спеціальностей, медичні сестри, реєстратори)   |
| Що треба зробити?                                     | Усім працівникам вивчити алгоритм опитування.<br>У своїй щоденній роботі демонструвати емпатію, прихильність до пацієнтів   |
| Де це треба зробити?                                  | У всіх кабінетах, де очікується перебування пацієнта  |
| Коли це треба зробити?                                | Це безперервний процес  |
| Як це треба зробити?                                  | За допомогою зустрічей, бесід, доброзичливих обговорень/розборів реальних кейсів-маршрутів  |
| Очікуваний вимірюваний результат від реалізації ідеї? | 50% респондентів з опитаних батьків задоволені якістю та швидкістю надання допомоги.<br>80% медичних працівників задоволені алгоритмом сортування пацієнтів   |



## ПАМ'ЯТАЙТЕ:

Лідерами не народжуються, а стають, беручи відповідальність. Стають для того, щоб гуртувати неймовірних, талановитих у своїй галузі людей, створювати міцні та ефективні команди, які генеруватимуть креативні ідеї, створюватимуть якісні медичні продукти та послуги для себе та своїх споживачів.

Успішним заклад буде тільки тоді, коли всі члени його колективу будуть об'єднані спільними цінностями та баченням майбутнього, коли ідеї запалюватимуть та мотивуватимуть.

Під час розроблення стратегії залучайте людей (команду, власника, ініціативних пацієнтів, зовнішніх експертів), аналізуйте, вивчайте, напрацьовуйте рішення та способи їх імплементації, шукайте свій маршрут від точки А (ситуація, в якій знаходиться ваш заклад) до точки Б (місця та умов, де ви бачите свій медичний заклад через певний проміжок часу) та розпочинайте процес змін.

## Всі матеріали онлайн-курсу за компетенцією ЛІДЕРСТВО ТА МЕНЕДЖМЕНТ

| Семестр | Тема                          | Вебінари   | Додаткові матеріали (доступні на сторінці курсу на e-Platform Академії НСЗУ)   |
|---------|-------------------------------|--|--|
| 1       | Вступ до курсу                | <p>В.1 Зміст онлайн-курсу та інструменти самооцінки закладу<br/><a href="https://youtu.be/W03KUNfZbto">https://youtu.be/W03KUNfZbto</a></p> <p>В.2 Системи надання медичних послуг в Україні та Європі<br/><a href="https://youtu.be/urnb9x4WZmo">https://youtu.be/urnb9x4WZmo</a></p> | <p>Посібник – Центри передового досвіду</p> <p>Глосарій термінів ВООЗ</p> <p>Інструмент самооцінки закладу ПМД</p> <p>Інструмент самооцінки спеціалізованого закладу</p> |
| 1       | Стратегічне планування        | <p>В.3 Стратегічне планування<br/><a href="https://youtu.be/6iKaD_MxTEk">https://youtu.be/6iKaD_MxTEk</a></p>  | <p>Шаблон операційного плану</p>   |
| 1       | Командоутворення та лідерство | <p>В.6 Лідерство та командоутворення<br/><a href="https://youtu.be/Wkq5CBduQF4">https://youtu.be/Wkq5CBduQF4</a></p>   | <p>Тест на визначення командних ролей</p> <p>Шаблон протоколу засідання групи якості</p>   |





| Семестр | Тема  | Вебінари   | Додаткові матеріали<br>(доступні на сторінці курсу<br>на e-Platform Академії<br>НСЗУ) |
|---------|---|--|---|
| 2       | Нові підходи до проведення публічних закупівель | <p>В.11 Правові основи взаємодії учасників закупівельного процесу<br/><a href="https://youtu.be/rnNfjDOdGZs">https://youtu.be/rnNfjDOdGZs</a></p> <p>В.12 Інструменти закупівель Централізованої Закупівельної Організації<br/><a href="https://youtu.be/_VWY8Cnrlf4">https://youtu.be/_VWY8Cnrlf4</a></p> <p>В.13 MedData, як система збору потреби на централізовану закупівлю<br/><a href="https://youtu.be/jk8hYLeq-JI">https://youtu.be/jk8hYLeq-JI</a></p> | Відеоінструкція роботи із MedData   |
| 3       | Колегіальні органи управління медичним закладом | <p>В.18 Колегіальні органи управління медичним закладом<br/><a href="https://youtu.be/BQRSwnEqKg4">https://youtu.be/BQRSwnEqKg4</a></p>  |   |
| 3       | Управління змінами                              | <p>В.19 Управління змінами<br/><a href="https://youtu.be/3_ibO37G8e4">https://youtu.be/3_ibO37G8e4</a></p> <p>В.20 Профілактика вигорання<br/><a href="https://youtu.be/PQBYzRF4os">https://youtu.be/PQBYzRF4os</a></p>  | Тест на діагностику професійного вигорання  |

2

# ФІНАНСИ





Перш ніж сперечатися, давайте порахуємо.  
Готфрід Вільгельм Лейбніц



## ЧОМУ ЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ВАЖЛИВИЙ

Після трансформації медичних закладів у комунальні некомерційні підприємства їх керівники отримали більшу свободу у формуванні доходів та видатків та більшу гнучкість у прийнятті управлінських рішень. Поруч із прикладами ефективного використання автономії є приклади прийняття рішень, внаслідок яких заклади мали певні фінансові проблеми або взагалі опинилися на межі банкрутства. Тож у сучасних умовах економічний аналіз має посісти почесне місце в плануванні діяльності закладу та прийнятті рішень.

Також слід пам'ятати, що основою успішної діяльності медичних закладів є проведення комплексного аналізу ключових показників ефективності. І ці показники можуть стосуватися різних сфер діяльності медичного закладу.

Перед початком здійснення економічного аналізу варто відповісти на кілька питань: *Для чого? На підставі чого? Хто? та Як?*

### Для чого?

Цілями економічного аналізу можуть бути:

- реальна оцінка поточного стану;
- визначення сильних та слабких сторін;
- пошук нових можливостей (зокрема фінансових);
- прийняття обґрунтованих рішень;
- ефективна взаємодія з власником та інвесторами;
- досягнення стратегічних цілей розвитку.

### На підставі чого?

Існуючі дані статистичної, фінансової звітності, дані бухгалтерського та управлінського обліку можуть стати основою для аналізу та подальшого прийняття рішень. Стається, що цих даних не вистачає, тоді варто запровадити нове джерело для збору таких даних. Головне – бути впевненими, що дані – правдиві. Тільки на таких даних мають ґрунтуватися будь-які рішення.

### Хто?

Визначтеся, хто і в який час має проводити економічний аналіз. Один із варіантів – додати до поточної роботи бухгалтера, економіста або фінансиста, водночас варто реально оцінити можливості та час вашого персоналу, щоб уникнути перевантаження та/або низької якості аналізу. Якщо показників багато, можна розділити функції збору та аналізу між різними працівниками.

### Як?

Є різні методи, за допомогою яких можна проаналізувати ті чи інші показники на рівні медичного закладу. Далі розглянемо кілька з них.



**Метод горизонтального аналізу** передбачає вивчення динаміки зміни окремих показників у вигляді абсолютного приросту і темпу приросту за певний проміжок часу.

На прикладі фінансового плану, який складається поквартально, можна побачити динаміку певного показника в межах одного року. Так можна прослідкувати сезонність певних явищ в діяльності медичного закладу, помітити, в яких періодах варто збільшити фінансування, щоб покрити поточні видатки.

**Метод вертикального аналізу** полягає у визначенні структури (питомої ваги) окремих показників. Наприклад, проаналізувавши структуру доходів, можна дослідити, які саме джерела переважають у дохідній частині, та чи можна залучити більше коштів. Тут варто врахувати такі показники, як:

- питома вага доходу за програмою медичних гарантій у сумі загального доходу (%);
- питома вага доходу за місцевою програмою підтримки закладу охорони здоров'я (цільовими програмами) (%);
- питома вага доходів з інших джерел (від надання платних послуг, здачі майна в оренду тощо) (%).

Аналогічно можна проаналізувати структуру видатків, визначивши питому вагу витрат на оплату праці, медикаменти та перев'язувальні матеріали, харчування, придбання товарів, матеріалів та інвентаря, поточні видатки (крім комунальних), оплату комунальних послуг, капітальні видатки. Це допоможе зрозуміти, скільки коштів у відсотках витрачається на певну статтю видатків та, за потреби, скоригувати напрями використання фінансових ресурсів у майбутньому.

Аналізуючи структуру фонду оплати праці з нарахуваннями, можна визначити питому вагу витрат на оплату праці лікарів, середнього медичного персоналу, молодшого медичного персоналу, адміністративного та допоміжного персоналу. Також можна проаналізувати структуру видатків на оплату праці, визначивши питому вагу витрат на виплату основної заробітної плати, преміювання, виплату надбавок та доплат тощо. Такий аналіз допоможе прийняти рішення щодо зміни системи оплати праці та преміювання в закладі.

**Метод порівняльного аналізу** передбачає порівняння власного медичного закладу в розрізі минулих звітних періодів або поточного стану з тим, що заплановано досягти. Інший варіант, коли показники закладу порівнюються з показниками аналогічного за функціями, розміром закладу. Такий аналіз допоможе зрозуміти, які показники можна покращити.

**Метод факторного аналізу** полягає у вивченні складових будь-якого поняття з економічного аналізу. Тут прикладом може бути фонд робочого часу та його використання. Аналізуючи, як саме використовується наявний робочий час у медичному закладі, яким персоналом та в якому відсотку, можна вибудувати та прийняти управлінські рішення, які покращать доступність медичної допомоги для пацієнтів, якість підготовки звітної документації, тощо.

**Метод коефіцієнтів** використовується для визначення фінансового становища закладу з різних сторін. Умовно можна визначити кілька груп коефіцієнтів: операційні, фінансові, комунікаційні та рівня пацієнторієнтованості.

**Операційні** показники описують поточну діяльність закладу охорони здоров'я і можуть стосуватися як поточної діяльності, так і його стратегічних орієнтирів на майбутнє. Ось кілька прикладів таких показників:

- кількість пацієнтів на одного лікаря (в розрізі спеціальностей)/медичну сестру (осіб);
- кількість пацієнтів на одного працівника адміністративно-управлінського та допоміжного персоналу;
- час очікування на отримання медичної допомоги;
- час перебування пацієнта в закладі;
- оборотність ліжка-місце (зайнятість ліжка).



Група **фінансових коефіцієнтів** покаже, наскільки ефективно використовуються фінансові ресурси медичного закладу. Нижче наведені основні показники та їх розрахунок.

| Показник   | Розрахунок  | Оптимальне значення   |
|--|---|-----------------------|
| Коефіцієнт співвідношення доходів та видатків                  | $\frac{\text{загальні доходи}}{\text{загальні видатки}}$  | не менше 1            |
| Валова рентабельність  | $\frac{\text{валовий прибуток}}{\text{чистий дохід від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг)}} * 100\%$ | збільшення            |
| Коефіцієнт зносу основних засобів                              | $\frac{\text{сума зносу}}{\text{первісна вартість основних засобів}}$   | зменшення             |
| Коефіцієнт відношення капітальних інвестицій до амортизації    | $\frac{\text{капітальні інвестиції}}{\text{амортизація}}$   | індивідуально         |
| Коефіцієнт відношення капітальних інвестицій до чистого доходу | $\frac{\text{капітальні інвестиції}}{\text{чистий дохід від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг)}}$    | не зменшення          |
| Видатки на комунальні послуги на 1 м <sup>2</sup> (грн)        | $\frac{\text{сума видатків на оплату комунальних послуг}}{\text{займана площа}}$                                | скорочення в динаміці |
| Коефіцієнт обороту з прийому працівників                       | $\frac{\text{чисельність новоприйнятого персоналу}}{\text{загальна чисельність персоналу}}$                     | індивідуально         |
| Коефіцієнт плинності кадрів                                    | $\frac{\text{чисельність звільненого персоналу}}{\text{загальна чисельність персоналу}}$                        | індивідуально         |
| Коефіцієнт постійності кадрів                                  | $\frac{\text{чисельність персоналу, що працює не менше року}}{\text{загальна чисельність персоналу}}$           | індивідуально         |

Оскільки з реформою системи фінансування охорони здоров'я пацієнт має вільний вибір стосовно лікаря, стосовно медичного закладу, в якому отримувати медичну допомогу, комунікація стає дуже актуальною, адже надавачі медичних послуг починають конкурувати за своїх пацієнтів. Тому важливо приділити увагу **комунікаційним показникам**, аналіз яких допоможе з'ясувати репутабельність закладу та його взаємозв'язок з пацієнтами. Серед таких показників:

- кількість згадок про заклад в медіа та соцмережах;
- частка пацієнтів, які залишили позитивний відгук про заклад;
- кількість навчальних заходів, в яких взяв участь персонал відділення або пацієнти;
- кількість пацієнтів, які отримали зворотний зв'язок.



За допомогою **показників з пацієнторієнтованості** досліджується досвід пацієнтів. Прикладами показника можуть бути індекс лояльності або показники задоволеності пацієнта з даних опитування. Такий аналіз дає можливість зрозуміти, що є позитивного, а що, навпаки, потребує покращення, щоб пацієнти обирали лікарів саме в цьому закладі і взагалі цей заклад для отримання медичної допомоги.

## ФІНАНСОВЕ ПЛАНУВАННЯ – ОСНОВНІ ПОРАДИ

На сьогодні основним документом, відповідно до якого заклад охорони здоров'я у формі комунального підприємства отримує доходи і здійснює видатки, а також визначає обсяг та спрямування коштів для виконання визначених статутом функцій протягом року, є фінансовий план. Для медичних закладів це інструмент планування та забезпечення фінансової стійкості, а для власника – інструмент контролю та оцінки фінансового стану медичного закладу. Нагадуємо, що форму та порядок погодження фінансового плану затверджує власник відповідного медичного закладу.

**НА ЩО ВАРТО ЗВЕРНУТИ УВАГУ** під час складання фінансового плану:

- Економістам важливо поставитися відповідально до своєї нової ролі, бо кошторис і фінансовий план – це два принципово різних документи. Фінансовий план передбачає планування надходжень із різних джерел, оскільки це загальний документ про всі доходи закладу. Тобто, щоб спланувати дохідну частину, необхідно врахувати надходження і від НСЗУ за договорами про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, і кошти місцевих бюджетів, отримані на виконання місцевих програм підтримки, і надходження від благодійних внесків, централізованих поставок, надання платних послуг, отримані гранти, доходи від розміщення вільних коштів на банківських рахунках та інші незаборонені джерела доходів.
- Видаткова частина фінансового плану не обов'язково має дорівнювати дохідній частині. Навпаки, позитивним явищем для медичного закладу є ситуація, коли видатки менше доходів, оскільки залишки коштів можна спрямувати до резервного чи інвестиційного фонду і використати в подальшій діяльності. Інакше кажучи, у фінансовому плані видатки плануються з огляду на потреби та мають враховувати обсяги медичних послуг, які заклад планує надавати в межах кожного з пакетів медичної допомоги. Саме обсяг медичних послуг визначатиме потребу в медикаментах та виробках медичного призначення, продуктах харчування тощо.
- Плануючи фонд заробітної плати, важливо врахувати всі виплати, передбачені колективним договором, а також можливу зміну системи оплати праці. Також необхідно пам'ятати, що в закладі можуть працювати люди з інвалідністю і, відповідно, ставка єдиного соціального внеску для них буде не 22%, а 8,41%.
- Для розрахунку потреби в коштах на оплату енергоносіїв варто враховувати минулорічні обсяги споживання (для діючих відділень) або ж очікувані (якщо планується відкриття нових відділень) та обов'язково коефіцієнт на підвищення тарифів.
- Зважаючи на необхідність медичного та іншого персоналу підвищувати свою кваліфікацію, варто передбачити видатки на навчання персоналу та відрядження.
- Щодо придбання господарських товарів, предметів, матеріалів, оплати інших послуг, проведення поточних чи капітальних ремонтів, придбання обладнання, то тут кожен заклад повинен виходити із власних потреб, а також, керуючись Табелем матеріально-технічного оснащення. Щоб сформувати цю потребу, необхідно зібрати відповідні заявки від кожного структурного підрозділу та, проаналізувавши їх, визначитися з пріоритетами, адже, звісно, коштів на все зазвичай не вистачає.



Отже, лише проаналізувавши діяльність медичного закладу за попередній рік та зібравши потреби від усіх структурних підрозділів, можна переходити до складання фінансового плану на наступний рік.

Звісно, в процесі фінансового планування всі розрахунки можна проводити, як-то кажуть, «вручну», проте, в разі зміни вхідних даних, а змінюються вони в сьогоднішніх умовах досить часто, роботу необхідно буде починати спочатку, а часу на це бракуватиме. Тому варто максимально спростити собі завдання, наприклад, створивши необхідні таблиці в середовищі Excel.

Для закладів первинної медичної допомоги експертами проекту USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» у співпраці з МОЗ України та

НСЗУ був розроблений **електронний інструмент «InSight 4.0»** (завантажити інструмент та переглянути відеоінструкцію можна тут: <http://healthreform.in.ua/insight-e-tool/>). Цей інструмент допомагає розробити проект фінансового плану на плановий рік (з розбивкою за кварталами планового року), підготувати пропозиції щодо внесення змін до фінансового плану протягом року, а також здійснювати економічний аналіз діяльності, зокрема проводити розрахунок та аналіз показників фінансової стійкості. Крім того, **«InSight 4.0»** можна використати для підготовки до перемовин із персоналом стосовно умов та положень трудового договору в частині видатків на оплату праці, а також до переговорів із власником з метою залучення додаткового фінансування.



## ПОРАДА ПРАКТИКА



**Світлана Литвин**  
заступниця директора  
з економічних питань  
Канівського центру  
ПМСД

«Маючи 15-річний досвід роботи в медичних закладах ПМД та СМД, рекомендую:

### Під час роботи з електронним інструментом «InSight 4.0»:

- По-перше, обов'язково перевірте актуальність тарифів та вікових коефіцієнтів на вкладці «Законод» (наразі тарифи наведено на 2020 рік). Якщо тарифи або вікові коефіцієнти неактуальні на дату розрахунку, то на цій вкладці самостійно вносьте зміни.
- Заповніть вхідні дані на вкладці «0\_Загальне», адже вони автоматично переноситимуться в форму фінансового плану, який заклад буде подавати на затвердження.
- Завжди перевіряйте наявність комірок із жовтою заливкою – колір знімається автоматично в разі заповнення. Якщо є жовті комірки, то не всі клітинки заповнені.
- На вкладці «01\_Доходи» обов'язково заповніть дані про лікарів ПМД. Оберіть посаду з запропонованого списку, вкажіть ПІБ лікаря, його ідентифікатор (наприклад табельний номер), структурний підрозділ. Також зазначте інформацію про кількість медичних сестер (окремо для кожного лікаря).
- В інструменті передбачена можливість заповнення інформації для 100 лікарів (разом усіх типів). Якщо необхідно, самостійно додайте відповідні рядки, стовпчики та розрахунки, відповідно обов'язково перегляньте розрахункові формули для коректного перенесення результатів розрахунків до всіх інших підсумкових таблиць.
- Інформацію про кількість декларацій у кожного лікаря можна взяти з медичної інформаційної системи закладу або з дашборду НСЗУ. Зверніть увагу, що на кінець першого та другого місяця кожного кварталу вказується загальна кількість декларацій за всіма віковими групами; на кінець третього місяця кожного кварталу вказується загальна кількість декларацій окремо за кожною віковою групою.
- Якщо лікар пропрацював тільки перший або другий місяць кварталу, то дані щодо кількості декларацій зазначайте у третьому місяці такого кварталу.
- Обов'язково поквартально додайте інші доходи/надходження (за винятком доходів за деклараціями), а саме: дохід від НСЗУ за іншими пакетами; доходи з місцевого бюджету за програмами підтримки; надходження від надання платних послуг; надходження від здачі приміщень в оренду; надходження відсотків від залишків коштів на поточних та депозитних рахунках; надходження від реалізації оборотних і необоротних активів; благодійну допомогу; інші операційні доходи; інші доходи (не зазначені вище).
- Під час заповнення вкладки «02\_Видатки» слід заповнити вхідні дані щодо оплати праці для кожної посади відповідно до шести груп персоналу, а саме: кількість штатних посад, сума витрат на оплату праці цих посад за відповідний квартал. Зверніть увагу, що у разі потреби ви можете самостійно перегруповувати персонал та додати відповідні рядки, стовпчики і розрахунки, а також обов'язково слід переглянути розрахункові формули для підсумкових таблиць.
- Заповнюючи вхідні дані щодо комунальних витрат надавача ПМД, зазначте лише обсяги споживання в натуральних показниках за відповідний квартал та тарифи на комунальні послуги, а далі всі розрахунки будуть проведені автоматично.
- Під час роботи з вкладкою «03\_МТО» слід пам'ятати, що всі розрахунки необхідно проводити відповідно до актуальної на момент розрахунку редакції Табелю матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу. Заповніть вхідні дані щодо терміну експлуатації для кожної позиції Табелю МТО, а також зазначте суму для розподілу закупівель на три групи залежно від вартості і терміну експлуатації («InSight 4.0» враховує норми податкового обліку – 6 000 грн, але, за потреби, ви можете змінювати цю суму). Також можна самостійно змінити відсоток для розподілу закупівель за кварталами року для адміністративних витрат та капітальних інвестицій.
- Зверніть увагу на комірки із червоною заливкою у вкладці з розрахунку індикаторів фінансової стійкості. Це свідчить про невідповідність отриманих значень експертній оцінці розробників і тому потребує перегляду політики щодо формування доходів та видатків надавача ПМД з метою забезпечення фінансової стійкості закладу.





# ПЛАТНІ ПОСЛУГИ

Одним із додаткових джерел фінансування закладів охорони здоров'я у формі комунальних некомерційних підприємства є платні послуги, які можуть надаватися відповідно до статей 77, 78 Господарського кодексу України та статей 3, 18 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я».

Однак перш ніж приступити до розрахунку вартості таких послуг, необхідно визначитися з самим переліком платних послуг. Це можуть бути як послуги, які входять до пакетів НСЗУ, але надаються пацієнтам, які не мають декларації з сімейним лікарем або електронного направлення, так і інші послуги, які заклад може надавати відповідно до своїх функціональних повноважень.

Визначившись з переліком платних послуг, можна розпочинати розрахунки. Проте, оскільки на законодавчому рівні немає чітко визначеної єдиної методики для розрахунку тарифів, то можна

скористатися **електронним інструментом Pay&Care 3.0** (презентацію, інструкцію і сам інструмент можна завантажити тут: [https://healthreform.in.ua/paycare\\_3-0/](https://healthreform.in.ua/paycare_3-0/)), який був розроблений експертами проекту USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» для всіх надавачів медичної допомоги як первинної, так і спеціалізованої. Цей інструмент дає змогу в автоматичному режимі розраховувати тарифи на платні послуги закладу, залежно від внесених вхідних даних щодо персоналу, обладнання, лікарських засобів, витратних матеріалів тощо, а також автоматично формує аналітичні таблиці з розрахунками щодо кожної послуги та графічні представлення результатів розрахунків. У Pay&Care 3.0 передбачено можливість розраховувати тарифи для понад 400 платних послуг в межах 24 груп відповідно до чинного законодавства.

Впровадження платних послуг передбачає таку послідовність дій:

## ПІДГОТОВЧИЙ ЕТАП

- Проаналізувати, скільки яких послуг (кожного виду аналізів, ЕКГ, спірографій, звернень до лікарів тощо) було виконано за попередній певний період (півріччя, рік)
- Визначити питому вагу цих послуг в загальній кількості послуг надавача медичної допомоги
- Проаналізувати річний фонд оплати праці з виокремленням видатків на заробітну плату медичного, допоміжного та адміністративно-управлінського персоналу
- З'ясувати, хто з медичного персоналу буде залучений до надання платних медичних/немедичних послуг
- Зібрати інформацію щодо заробітної плати працівників, які будуть залучені до надання платних медичних/немедичних послуг
- Провести хронометраж робочого часу для визначення тривалості надання кожної з послуг
- Скласти перелік витратних матеріалів та лікарських засобів, необхідних для надання платних медичних/немедичних послуг (найменування, кількість, вартість)
- Скласти перелік обладнання, яке використовується для надання платних медичних/немедичних послуг (найменування, залишкова вартість за даними бухгалтерського обліку, річна кількість всіх послуг, що надається/може надаватись із використанням цього виду медичного обладнання, очікувана тривалість експлуатації відповідного медичного обладнання)



- Зібрати дані про експлуатаційні витрати за відповідний період (витрати на електропостачання; тепlopостачання; водопостачання та водовідведення; природний газ; телекомунікаційні витрати; витрати на утилізацію відходів; вивезення сміття; дератизацію та дезінфекцію; технічне обслуговування; інші (індивідуально)
- Зібрати інформацію про витрати на транспортні засоби, зокрема очікувана тривалість експлуатації; залишкова вартість; річні витрати на пальне; на страхування; на технічне обслуговування; інші річні поточні витрати
- Зібрати дані про витрати на немедичне обладнання (наприклад комп'ютерну техніку): очікувана тривалість експлуатації; залишкова вартість, витрати на заправку картриджів, інші витратні матеріали

## РОБОТА з Pay&Care 3.0

- Заповнити всі вкладки відповідно до інструкції
- Вказати норму рентабельності, яка затверджується власником відповідно до статті 13 Закону України «Про ціни та ціноутворення». На сьогодні граничний норматив рентабельності на загальнонаціональному рівні для закладів охорони здоров'я не встановлено

## ВПРОВАДЖЕННЯ

- Затвердити тарифи
- Оприлюднити їх на власному сайті, а також на інформаційному стенді в місці надання послуг

## ВІДГУК КОРИСТУВАЧА



**Уляна Голубович**  
системний адміністратор  
Миколаївської міської лікарні Львівської області

«Ми вражені можливостями електронного інструменту! Зараз наша лікарня знаходиться на початковому етапі розрахунку вартості платних послуг. Тож для нас Pay&Care виявився просто чарівною паличкою, яка допомогла проаналізувати та визначитись із пріоритетністю в переліку платних медичних послуг.

Раніше наші економісти боялися розраховувати вартість послуг. Вони навіть розглядали можливість замовити комусь розрахунок вартості платних послуг.

Але потім самі випробували інструмент і зрозуміли, що не все так страшно, як здавалося спочатку. Інструмент має чітку структуру. Вона допоможе не забути жодних ресурсів та визначити об'єктивну ціну послуги.

Зазначу, що цей нюанс виявився дуже корисним для оцінки самої послуги. Завдяки інструменту нам вдалося препарувати послугу, визначити вартість кожного її елементу та зрозуміти, де ми можемо оптимізувати ресурси, щоб отримати максимальну вигоду за умови збереження якості».



# ОПЛАТА ПРАЦІ В СПЕЦІАЛІЗОВАНОМУ МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ

З 1 квітня 2020 року змінився принцип фінансування закладів спеціалізованої медичної допомоги. Лікарні почали укладати договори із Національною службою здоров'я України та надавати медичні послуги за Програмою медичних гарантій. Так заклади почали отримувати кошти за послуги, які надали пацієнту, а не просто за наявність ліжок. Відповідно у закладів з'явилася мотивація бути привабливими для пацієнтів, аби надавати більше послуг, адже відтепер для них «гроші ходять за пацієнтом».

Аби конкурувати за пацієнтів, лікарні отримали свободу управлінських рішень, зокрема щодо визначення умов оплати праці для працівників. Якщо раніше більшість важливих аспектів у цій сфері регламентувались постановами Кабінету Міністрів України та наказами Міністерства охорони здоров'я, то відтепер це відповідальність адміністрації та трудового колективу.

Розгляньмо детальніше найважливіші елементи та етапи, які допоможуть спеціалізованим закладам охорони здоров'я розпочати побудову ефективної системи оплати праці.

## Законодавство та мінімальні державні гарантії

Конституція України гарантує кожному громадянину право на заробітну плату, не нижчу від визначеної законом.

Основними законодавчими актами, які регламентують питання оплати праці, є Закон України «Про оплату праці» та Кодекс законів про працю України, а регулювання оплати праці в Україні забезпечується двома способами – державним та договірним регулюванням оплати праці.

Держава забезпечує право працівника на оплату праці через прийняття нормативно-правових актів, якими визначає економічні, правові та організаційні засади оплати праці, встановлює права, гарантії, компенсації та відповідальність за порушення законодавства про оплату праці.

## Чек-лист роботодавця

- Довести до відома працівника під час укладання трудового договору умови оплати праці, розмір, порядок і строки виплати заробітної плати.
- Повідомити працівника про впровадження нових або зміну існуючих умов оплати праці не пізніше, як за 2 місяці до їх запровадження або зміни.
- Здійснювати виплату заробітної плати працівникам регулярно в робочі дні, але не рідше двох разів на місяць.
- У випадку, коли день виплати заробітної плати збігається з вихідним, святковим або неробочим днем, виплачувати заробітну плату у попередній робочий день.
- Виплачувати заробітну плату за час щорічної відпустки (відпускні) не пізніше, ніж за 3 дні до початку відпустки.
- Під час кожної виплати заробітної плати повідомляти працівника про загальну суму заробітної плати, про розміри її підстави відрахувань та утримань із заробітної плати та суму заробітної плати, що належить до виплати.
- Проводити індексацію заробітної плати.
- Здійснювати відрахування із заробітної плати винятково у випадках, передбачених законодавством.
- У разі звільнення працівника провести повний розрахунок із працівником у день звільнення.



Основна мета державного регулювання – встановлення мінімальних гарантій оплати праці, які є обов'язковими до застосування усіма без винятку роботодавцями.

**Система оплати праці** – це визначений взаємозв'язок між показниками, що характеризують міру (норму) праці та міру її оплати в межах і понад норми праці, які гарантують одержання працівником заробітної плати відповідно до фактично досягнутих результатів праці (щодо норми), погодженої між працівником і роботодавцем ціною його робочої сили.

**Мінімальна заробітна плата** – це встановлений законодавством мінімальний розмір оплати праці за виконану працівником місячну (годинну) норму праці. Розмір мінімальної заробітної плати встановлюється і переглядається відповідно до статей 9 і 10 Закону України «Про оплату праці» та не може бути нижчим від розміру прожиткового мінімуму для працездатних осіб. Розмір мінімальної заробітної плати встановлюється Верховною Радою України за поданням Кабінету Міністрів України не рідше 1 разу на рік законом про Державний бюджет України на відповідний рік.

Мінімальними державними гарантіями в оплаті праці є не лише мінімальна заробітна плата, але й норми і гарантії в оплаті праці, передбачені ч. 1 ст. 12 Закону України «Про оплату праці», зокрема:

1. норми оплати праці за роботу в понаднормовий час; у святкові, неробочі та вихідні дні; у нічний час; за час простою, який трапився не з вини працівника; працівників молодше 18 років, за умови скороченої тривалості їхньої щоденної роботи тощо;
2. гарантії в оплаті праці для працівників: оплата щорічних відпусток; за час виконання державних обов'язків; для тих, які направляються на підвищення кваліфікації, на обстеження до медичного закладу; для переведених за станом здоров'я на легшу, нижчеоплачувану роботу; переведених тимчасово на іншу роботу у зв'язку з виробничою необхідністю; для вагітних жінок і жінок, які мають дітей віком до 3 років, переведених на легшу роботу; на різних формах виробничого навчання, перекваліфікації або навчання інших спеціальностей; для донорів тощо;

3. гарантії та компенсації працівникам у разі переїзду на роботу до іншої місцевості, службових відряджень, роботи в польових умовах тощо.

Варто зазначити, що спільний наказ Міністерства праці та соціальної політики України і Міністерства охорони здоров'я України від 05.10.2005 № 308/519 «Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення», яким упорядковано умови оплати праці працівників закладів охорони здоров'я і установ соціального захисту населення, **не підлягає безпосередньому застосуванню** закладами охорони здоров'я – комунальними некомерційними підприємствами, за винятком випадку, коли це прямо передбачено колективним договором.

У процесі розроблення та впровадження системи оплати праці роботодавці мають неухильно дотримуватись як вимог законодавства про оплату праці щодо встановлення та виплати заробітної плати не нижче мінімального встановленого розміру, так й інших норм і гарантій в оплаті праці.

## Розроблення нової системи та фінансове планування

Побудова ефективної системи оплати праці – це процес, під час якого відбувається зміна підходів до оплати праці. Побудова будь-якої нової системи оплати праці починається з **прийняття рішення про перегляд існуючої на підприємстві системи оплати праці (I)**.

Після цього розпочинається процес **обговорення необхідних змін та збір пропозицій від трудового колективу (II)**. Очевидно, що системи оплати праці, яка б задовольнила усіх без винятку працівників підприємства, не існує. Водночас, чим більше прихильників матиме розроблювана система оплати праці – тим більшими будуть шанси такої системи втілитись у життя та стати самодостатнім механізмом. Тому до обговорення нової системи оплати праці слід залучити якомога більшу кількість працівників.

Наступним етапом є **фінансове планування (III)**. Фінансовий план є одним із ключових документів для закладів, які ведуть свою діяльність у формі комунальних некомерційних підприємств. Так



## Процес побудови системи оплати праці



фінансовий план можна розглядати як інструмент фінансового контролю з боку власника закладу охорони здоров'я. З іншого боку, фінансовий план – інструмент, який дає змогу керівнику закладу приймати виважені управлінські рішення, зокрема й ті, що стосуються оплати праці.

Проведення розрахунків з оплати праці для нової системи оплати праці дасть змогу визначити прийнятність пропонованої системи для закладу. Проведені розрахунки також дадуть змогу оцінити зміну питомої ваги витрат на оплату праці у видатковій частині фінансового плану підприємства. Такий підхід допоможе уникнути надмірного збільшення видатків на оплату праці, а також сприятиме недопущенню виникнення зобов'язань підприємства з оплати праці перед працівниками, які воно не матиме можливості виконати.

До моменту **узгодження фінальної версії системи оплати праці (IV)** та **внесення змін до колективного договору (V)** етапи обговорення та здійснення фінансових розрахунків можуть повторюватись кілька разів. Це абсолютно нормально. Більше того – не існує ефективної системи оплати

праці, яка могла б функціонувати без змін впродовж тривалого періоду часу. Змінюється час, змінюються умови – має змінюватись і система оплати праці. Тому також цілком ймовірно, що вже за рік після впровадження та відображення нової системи оплати праці в тексті колективного договору може розпочатись процес обговорення необхідних змін до неї.

### Колективний договір як елемент системи оплати праці

Як було зазначено раніше, регулювання оплати праці в Україні забезпечується двома способами – державним та договірним регулюванням оплати праці. Якщо державне регулювання має на меті встановлення мінімальних гарантій оплати праці, які є обов'язковими до застосування усіма без винятку роботодавцями, то основна мета договірного регулювання – досягнення балансу між інтересами роботодавця та працівників, встановлення взаємовигідних умов оплати праці, створення передумов для застосування нових, дієвих та ефективних механізмів оплати праці.

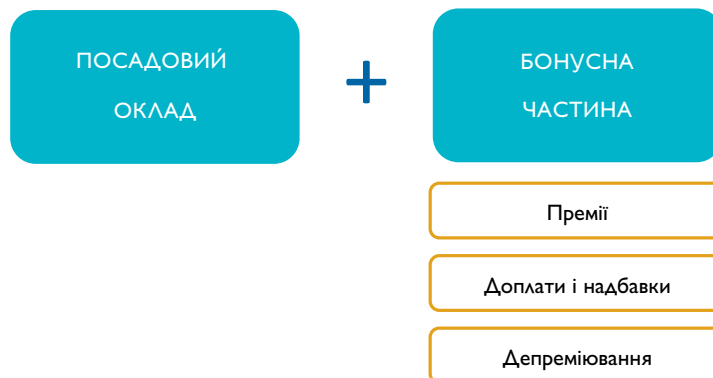


Колективний договір є основним документом, який регулює виробничі, трудові і соціально-економічні відносини закладу охорони здоров'я та трудового колективу. Основною метою колективного договору є усунення існуючих прогалин та конкретизація законодавчих норм, а також встановлення для працівників додаткових, порівнюючи з передбаченими законодавством і угодами вищого рівня гарантій, соціально-побутових пільг та компенсацій. Система оплати праці є однією зі складових, яка в обов'язковому порядку має бути відображена в колективному договорі.

## Уніфікований підхід до побудови системи оплати праці

Уніфікований підхід до побудови системи оплати праці може бути використаний під час розроблення власної системи оплати праці закладу. Такий підхід полягає у тому, що базова система оплати праці підприємства складається із двох основних компонентів – посадового окладу та бонусної частини, яка охоплює доплати, надбавки, премії та інші виплати. Більшість елементів бонусної частини встановлюються за домовленістю між адміністрацією та трудовим колективом, але є й такі, які підлягають обов'язковому внесенню до системи оплати праці відповідно до вимог законодавства. Розглянемо детальніше кожен зі складових уніфікованого підходу.

### Базова система оплати праці



### Посадові оклади

Під посадовим окладом розуміють місячний розмір оплати праці працівника. Посадові оклади роботодавець встановлює відповідно до посади та кваліфікації працівника. Зазвичай складають схему посадових окладів. Вона є переліком посад і посадових окладів із нижньою та верхньою межею окладу за кожною посадою. За результатами атестації роботодавець має право змінювати посадові оклади працівників у межах встановлених мінімальних і максимальних розмірів окладів за відповідною посадою.

Зауважимо також, що в схемі посадових окладів можна наводити не абсолютні (у гривнях), а відносні величини – посадові коефіцієнти. Множачи посадовий коефіцієнт на мінімальний посадовий оклад, отримують розмір окладу за кожною посадою. Водночас підприємство самостійно вирішує, яким буде мінімальний посадовий оклад.

Не варто в колективному договорі або додатках до нього зазначати розмір посадових окладів у гривнях, оскільки в такому разі зміна розміру посадових окладів буде неможливою без внесення відповідних змін до колективного договору. Найкращий варіант – доповнити колективний договір положенням про те, що розмір посадових окладів працівників встановлюється керівником підприємства та фіксується у штатному розписі підприємства.



## Бонусна частина

Складові бонусної частини системи оплати праці зазвичай встановлюються залежно від виду медичної допомоги, що надається закладом охорони здоров'я. Відповідно, якщо таких видів медичної допомоги кілька – доцільно передбачити і кілька видів елементів бонусної частини системи оплати праці.

Під час обговорення кожної з **доплат та надбавок**, що будуть внесені до системи оплати праці, необхідно дати відповіді на 5 основних питань.

|   |  |
|---|--|
| <b>1. Хто може отримати?</b>                | Слід визначити посади, групи посад або категорії персоналу (весь персонал, медичний персонал, лікарі, медичні сестри/брати, адміністративний персонал тощо), що матимуть можливість отримати доплату або надбавку  |
| <b>2. За яких умов можна отримати?</b>      | Слід визначити умови, за яких персонал матиме право на отримання тієї чи іншої надбавки. Такі умови можна диференціювати на активні – тобто ті, за умови існування яких, працівник матиме право на отримання доплати (наприклад вчинення певних дій, подання звіту або участь у заходах тощо), та пасивні – які передбачають не вчинення певних дій (відсутність порушень трудового розпорядку, правил етики тощо) |
| <b>3. Який розмір доплати або надбавки?</b> | Слід визначити розмір доплати або надбавки. Може бути встановлений мінімальний та максимальний розмір, а також умови, за яких виплата здійснюється у тому чи іншому розмірі. Доплати можуть встановлюватися у відсотках до посадового окладу або у фіксованому розмірі   |
| <b>4. Як здійснювати верифікацію?</b>       | Слід визначити особу (осіб), які здійснюватимуть перевірку дотримання умов для призначення доплат або надбавок, як часто здійснювати таку перевірку (щотижня, щомісяця, щокварталу) тощо   |
| <b>5. Як часто здійснювати виплату?</b>     | Слід визначити, із якою періодичністю здійснюватиметься виплата доплат або надбавок (одноразово, двічі на місяць, щомісяця, щокварталу або за підсумками роботи за рік). Зазвичай від періодичності виплати залежить і частота верифікації   |

**Обов'язковому внесенню** до бонусної частини системи оплати праці підлягають доплати та надбавки, передбачені законодавством, зокрема:

- за роботу в понаднормовий час за умови погодинної системи оплати праці (ст. 106 Кодексу Законів про працю України);
- за роботу у святковий і неробочий день за умови оплати за годинними або денними ставками (ст. 107 Кодексу Законів про працю України); за роботу у вечірній час за умови багатозмінного режиму роботи (ст. 108 Кодексу Законів про працю України та Генеральної угоди про регулювання основних принципів і норм реалізації соціально-економічної політики і трудових відносин в Україні на 2019-2021 роки) та інші.

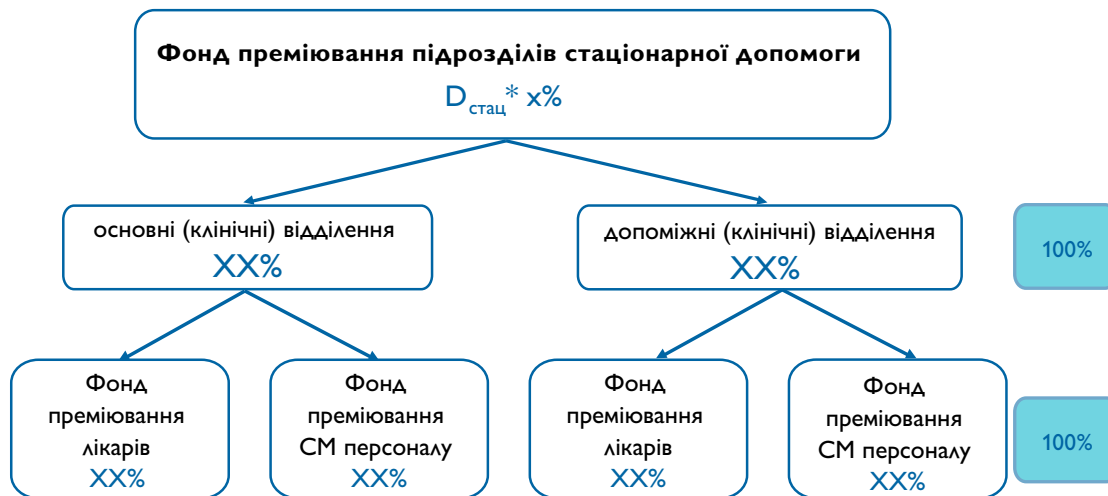
## Премії

Премії є одним із найефективніших видів фінансової мотивації персоналу. Умовно премії можна поділити на разові та періодичні. **Разові премії** зазвичай виплачуються у зв'язку з настанням певної події або досягненням певних результатів та є несистематичними. На розмір разової премії працівників окремого підрозділу може впливати результат виконання усім підрозділом певних показників, передбачених для оцінки діяльності такого підрозділу (наприклад своєчасне внесення медичних записів до медичної інформаційної системи, виконання індикаторів якості, вдосконалення системи організації праці тощо).



**Періодичні премії**, на відміну від разових, зазвичай є систематичними, а їх розмір прямо пропорційний ефективності (результативності) роботи працівника або підрозділу у певному періоді. Для закладів охорони здоров'я, які надають кілька видів медичної допомоги, доцільно передбачити різні підходи до визначення порядку нарахування періодичної премії працівникам, які задіяні у наданні такої медичної допомоги

### Визначення розміру періодичних премій працівників підрозділів, що надають стаціонарну медичну допомогу



### Визначення розміру періодичної премії за відсотком трудової участі працівника



Розглянемо один із можливих підходів до визначення розміру **періодичних премій працівників підрозділів, які надають стаціонарну медичну допомогу**. На першому етапі визначається загальний фонд преміювання для усіх структурних підрозділів, залучених до надання такої допомоги. Розмір фонду може визначатись як відсоток від доходу підприємства (різниці між коштами, отриманими за надання медичних послуг, та витратами, пов'язаними з їх наданням). На другому етапі загальний фонд преміювання





розподіляється між основними (клінічними) та допоміжними (клінічними) відділеннями. На наступному, третьому етапі, фонд преміювання розподіляється між групами персоналу (лікарями та середнім медичним персоналом) вже у межах відділень. Під час заключного, четвертого етапу визначається розмір премії кожного з працівників підрозділу. На цьому етапі для визначення розміру премії можна використати відсоток трудової участі працівника (наприклад частка доходу від надання послуг конкретним працівником у загальному розмірі доходу). Такий відсоток також може визначатись комісією з преміювання у разі її утворення на підприємстві, але винятково на підставі чітко визначених критеріїв та умов.

Зверніть увагу, що умови преміювання повинні бути визначені в колективному договорі або положенні про преміювання працівників, що розробляється відповідно до колективного договору.

Розгляньмо наступний можливий підхід до системи оплати праці – система **депреміювання**. Суть цього підходу полягає в тому, що у кожного працівника

виникає право на отримання заробітної плати – посадового окладу та бонусу (певної суми премії), однак фактичний розмір бонусу (від 100% до 0%), що буде виплачений працівнику, залежить від відсутності порушень певних правил, умов або індикаторів, передбачених системою депреміювання, з боку такого працівника. Наприклад, у разі документування відсутності працівника на робочому місці розмір його премії може бути зменшений на 5%, спілкування з працівниками фармацевтичних компаній у години прийому – на 10%, надання недостовірних відомостей у звітності – на 50%. За результатом депреміювання такий працівник отримає не 100% премії, а лише 35%. Водночас працівник, який не допустить порушень визначених правил, умов або індикаторів, отримає 100% премії. Умови та порядок депреміювання також мають міститися у колективному договорі.

Очевидно, що так само як не існує двох однакових закладів охорони здоров'я, не існує й ідеальної або такої, що може бути застосована усіма без винятку закладами охорони здоров'я, системи оплати праці. Кожний заклад має свої специфічні особливості, зокрема й у розробленні системи оплати праці.



## ПОРАДА ПРАКТИКА



**Олег Головня**  
юрист, фахівець у сфері  
організації управління  
охороною здоров'я

Є низка важливих моментів, які слід врахувати усім без винятку спеціалізованим закладам охорони здоров'я під час розроблення системи оплати праці:

- Закладу, який прийняв рішення у повному обсязі **зберегти систему оплати праці, передбачену спільним наказом Міністерства праці та соціальної політики та Міністерства охорони здоров'я від 05.10.2005 № 308/519** «Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення», достатньо лише послатися у тексті колективного договору на зазначений акт як на документ, який визначає систему оплати праці на підприємстві. У разі ж, коли заклад використовує не усі положення наказу або відступає від його положень у визначенні розміру тих чи інших виплат, у тексті колективного договору варто уникати згадування наказу № 308/519. У такому разі доцільніше продублювати текст положень наказу № 308/519, які застосовуватимуться закладом у тексті колективного договору.
- Надбавки, доплати та виплати, передбачені постановами Кабінету Міністрів від 29.12.2009 № 1418 «Про затвердження Порядку виплати надбавки за вислугу років медичним та фармацевтичним працівникам державних та комунальних закладів охорони здоров'я», від 11.05.2011 № 524 «Питання оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери» (як-то за кваліфікаційну категорію, тривалість безперервної роботи, за почесні звання, науковий ступінь чи розширення зони обслуговування, зокрема матеріальна допомога на оздоровлення), є обов'язковими для установ, закладів та організацій бюджетної сфери та **не є обов'язковими для комунальних некомерційних підприємств**. Заклади охорони здоров'я мають можливість встановлювати та виплачувати такі доплати, надбавки та виплати лише за умови, що вони передбачені колективним договором.
- **Встановлення умов і розмірів оплати праці керівників комунальних некомерційних підприємств** згідно з вимогами ч. 1 ст. 8 Закону України «Про оплату праці» віднесено до сфери державного регулювання. Постановою Кабінету Міністрів України від 19.05.1999 № 859 «Про умови і розміри оплати праці керівників підприємств, заснованих на державній, комунальній власності, та об'єднань державних підприємств», визначаються вичерпні умови оплати праці керівника, які встановлюються органом місцевого самоврядування у його контракті. Так розмір посадового окладу, порядок преміювання, доплати й надбавки, а також грошова допомога, передбачені контрактом керівника, є вичерпним переліком умов оплати його праці. Будь-які інші надбавки, доплати, премії, виплати, окрім тих, що передбачені контрактом, керівнику підприємства встановлюватись та виплачуватись не можуть.
- Інколи територіальні органи ДПС припускаються помилок щодо **визначення ознак неприбутковості**. Переконайтесь, що підприємство включено до Реєстру неприбуткових установ та організацій з ознакою неприбутковості 0048 (інші юридичні особи, діяльність яких відповідає вимогам, встановленим п. 133.4 ст. 133 Податкового кодексу України). Зробити це можна у відкритій частині [Електронного кабінету платника](#) на офіційному вебсайті Державної податкової служби України.



# ФІНАНСОВА МОТИВАЦІЯ НА ОСНОВІ ІНДИКАТОРІВ

В світлі реформування комунальні медичні заклади зацікавлені якнайшвидше підвищити свою клієнторієнтованість та якість послуг і саме тому на даному етапі впровадження індикаторів якості є одним з важливих інструментів контролю якості не лише медичної допомоги, а й організаційної складової послуг. Вони є основою змін в кадрових, управлінських питаннях та якості медичних послуг.

Найбільш відомою системою класифікації індикаторів є Тріада Донабедяна – розмежування індикаторів якості на структурні, процесні та індикатори результату.

## Приклади структури, процесу та індикаторів якості результатів для різних вимірів якості

| Виміри якості          | Тріада Донабедяна  |   |   |
|------------------------|--|---|---|
|                        | Структура  | Процес  | Результат   |
| Ефективність           | Наявність персоналу та обладнання<br><br>Витрати на навчання персоналу | Аспірин у разі надходження для пацієнтів з гострим інфарктом міокарда<br><br>Вакцинація проти ВПЛ для підлітків жіночої статі<br><br>Бета-блокатори після інфаркту міокарда | Частота реадмісії до лікарні<br><br>Рівень смертності від хірургічних втручань на серці<br><br>Швидкість госпіталізації, якої можна запобігти<br><br>Діяльність у повсякденному житті<br><br>Вимірювання результатів, про які повідомляють пацієнти |
| Безпека пацієнта       | Наявність безпечних ліків<br><br>Обсяг проведених операцій             | Безпечне використання контрольного списку операцій<br><br>Дотримання персоналом правил гігієни рук<br><br>Помилково позитивні результати скринінгових тестів на рак         | Ускладнення діагностики або лікування<br><br>Захворюваність на лікарняні інфекції (НАІ)<br><br>Сторонні тіла, залишені під час процедури  |
| Пацієнт-орієнтованість | Права пацієнта<br><br>Наявність інформації про пацієнта                | Лікар проводить достатньо часу з пацієнтами під час консультації<br><br>Вимірювання досвіду, про які повідомляють пацієнти  | Діяльність щоденного життя<br><br>Задоволеність пацієнта<br><br>Готовність рекомендувати лікарню<br><br>Вимірювання результатів, про які повідомляють пацієнти  |



Для оцінки різних вимірів якості – ефективності, безпеки та орієнтації на пацієнта – необхідні різні індикатори, оскільки вони пов'язані з дуже різними поняттями, такими як стан здоров'я пацієнта, медична доцільність та задоволеність пацієнта.

Індикатори якості визначаються як кількісні показники, що забезпечують інформацію про ефективність, безпеку та/або орієнтованість на людей у сфері медичної допомоги. Під час їх розробки варто визначити:

1. мету або завдання, яке виконуватиме індикатор;
2. метод збору даних та розрахунку індикатора;
3. опис того, як передбачається використовувати індикатор для оцінки якості.



## ВАЖЛИВО!

Під час вибору індикаторів якості зверніть увагу, чи вони:

- відображають пріоритети закладу та/або пріоритети держави
- вимірюють роботу конкретного співробітника або впливають на його поведінку
- базуються на внутрішніх даних, і ці дані – достовірні та можуть бути верифіковані
- відстежують зміни в часі або періоді
- є реалістичними і досяжними

Якщо індикатор не відповідає хоч одному з перелічених критеріїв, від нього варто **відмовитися**.

Розрізняють дві основні цілі вимірювання якості:

1. Підсумковий механізм зовнішньої звітності та перевірки. Стандарти та клінічні протоколи, що розроблюються в Україні, містять перелік індикаторів якості, які повинні використовуватися при моніторингу якості медичної допомоги.
2. Формуючий механізм підвищення якості. За допомогою визначення та наступної оцінки обраних індикаторів якості керівництво закладу може формувати бажану поведінку персоналу, процеси та отримати механізм її стимулювання.

Тож, при виборі індикаторів якості, які ляжуть в основу фінансової мотивації персоналу, важливо обирати ті індикатори, які безпосередньо вимірюють та впливають на поведінку та дії персоналу. Цілі для таких індикаторів мають бути реалістичними, а спосіб верифікації – надійним та фінансово обгрунтованим.

Наведемо кілька прикладів індикаторів якості, які розглядали на онлайн-курсі.

## Індикатор проактивного контакту з окремими групами пацієнтів (ПМД)

Наприклад, зважаючи на те, що паліативна допомога має фундаментальне значення для здоров'я і людської гідності та є основним правом людини, а також, враховуючи, що НСЗУ дає змогу закладам охорони здоров'я укладати договори на надання паліативної допомоги дорослим і дітям в амбулаторних умовах, можливим є впровадження індикатора якості, який стосується ведення пацієнтів, які потребують паліативної допомоги. Тут преміювання можна проводити за кожного пацієнта, до якого здійснювався щонайменше один виїзд на місяць.

Преміювання за індикатором проактивного контакту із окремими групами пацієнтів має здійснюватися відповідно до звітів про контакти за допомогою різних каналів (дзвінки, смс, повідомлення в месенджерах), щодо кожного пацієнта тощо. Відповідно мають бути внесені записи до амбулаторних карт про телефонне консультування та/або візит до лікаря після такого контакту.



## Індикатор своєчасного та правильного внесення інформації до МІС

Враховуючи важливість своєчасного внесення достовірної інформації до медичних інформаційних систем, можливо запровадження таких індикаторів якості як:

- своєчасність та правильність внесення лікуючими лікарями записів про надану медичну допомогу до форм облікової медичної документації;
- своєчасність та повнота оцінки завідувачами відділень внесення записів лікуючими лікарями про надану медичну допомогу до форм облікової медичної документації.

Однак введення цих індикаторів потребуватиме як мінімум щотижневої верифікації через значний обсяг медичних записів до МІС.

## Дотриманням культури обслуговування та стандартів спілкування

Щоб бути успішним, заклад охорони здоров'я має не тільки надавати якісну медичну допомогу, а й створити умови для комфортного перебування пацієнтів у медичному закладі, а також для отримання ними повної інформації про діяльність закладу, графік роботи, обсяги послуг, які надаються. Тому важливим є контроль за дотриманням культури обслуговування та стандартів спілкування, наприклад, працівниками рецепції або контакт-центру. Ї допомогти тут може запровадження відповідних індикаторів якості. Верифікацію цих індикаторів можна проводити за допомогою вибіркового прослуховування телефонних розмов працівників контакт-центру або через проведення опитувань пацієнтів. Проте, перед тим як вводити цей індикатор, необхідно не лише розробити та затвердити стандарти спілкування у своєму закладі, а й провести навчання працівників.

---

## ПОРАДА ПРАКТИКА



**Світлана Литвин**  
заступниця директора  
з економічних питань  
Канівського центру ПМСД

«Маючи дворічний досвід роботи з індикаторами, їх впровадженням та верифікації, рекомендую:

- обираючи індикатори якості, за виконання яких буде здійснюватися преміювання працівників, варто зупинитися максимум на п'яти. Оскільки медичному персоналу буде дуже складно дотримуватися виконання великої кількості показників;
- визначитися з тим, хто саме і в які строки має проводити верифікацію індикаторів, та затвердити склад верифікаційної комісії окремим наказом керівника;
- чітко продумати, як саме буде здійснюватися верифікація індикаторів, та затвердити форми звітів, які мають складатися комісією з верифікації за результатами перевірки якості виконання індикаторів якості та які будуть підставою для визначення розміру премій».

# ДОСВІД ЗАПРОВАДЖЕННЯ ІНДИКАТОРІВ ЯКОСТІ



**Олена Марченко**  
Директорка Селидівського центру ПМСД



## **- Як Ви запроваджували індикатори якості? Чи великий був супротив персоналу, як його долали?**

«Насправді супротиву як такого не було. Ми створили групи якості з ініціативних лікарів, які представляли всі амбулаторії, разом у цій групі вибирали індикатори, обговорювали механізм їх обрахунку, орієнтовні цілі. Потім ці лікарі доносили інформацію всьому персоналу своєї амбулаторії. Додатково на загальних зборах я пояснювала механізм нової моделі оплати праці. Вводили індикатори поступово. Перші 3 місяці (кінець 2019 року) були пробні, співробітники просто набирали бали, але оплата йшла як і раніше – за декларації. Із січня 2020 почали виплачувати зарплату по-новому. Частка за індикатори якості була меншою від частки за декларації (2% та 6% від доходу практики відповідно).

Головний меседж до персоналу: запровадження індикаторів якості незворотний. Ми пояснювали колективу, що виконання індикаторів якості скоро стане вимогою НСЗУ, і тому краще готуватися заздалегідь. Погодьтеся, нечесно доплачувати за декларації, коли фактично лікарі вже не набирають масово людей, і додаткової роботи за цим напрямом не ведеться.

У 2020 році ми вже збільшили частку оплати за якість, оплата за декларації та індикатори якості зрівнялися – по 4% від доходу практики».

## **- У який період року краще запускати нову модель оплати праці за індикаторами якості?**

«Я б радила спершу укласти новий колективний договір (встигнути до початку листопада). А роботу за індикаторами запускати із січня наступного року, тобто щонайменше через 2 місяці після підписання нового колективного договору. Підготовчий етап – коли співробітники просто пробують виконувати індикатори та розраховувати свій потенційний дохід – теж важливий».

## **- Що зараз Ви зробили б по-іншому, якщо б починали цей процес спочатку?**

«Нічого. Чесно. Діяла б точно так само. Дуже рада, що прийняли індикатори ті, які порадив Проект – проактивний контакт із різними групами пацієнтів, реєстри пацієнтів, які дають базу для обрахунку подальших індикаторів, індикатори вакцинації. Бо якби запустили ті індикатори, які самі спочатку розглядали (виявлення запущених форм онкології, госпіталізації тощо), то користі від них було б менше.

Зараз поступово деякі індикатори скасовуємо, запускаємо нові. Робота з індикаторами – це безперервний процес, складний, але важливий. Тому бажаю всім успіху та сил у цьому непростому завданні».



## ПАМ'ЯТАЙТЕ:

Правильні підходи до фінансового планування та складання фінансового плану дають змогу керівнику медичного закладу керувати як дохідною, так і видатковою його частинами, забезпечуючи фінансову стійкість в майбутньому.

Кожен медичний заклад самостійно обирає та визначає для себе перелік показників ефективності, які він хоче аналізувати. Але приймати управлінські рішення варто винятково після аналізу комплексу ключових показників діяльності закладу, які характеризують поточну ситуацію та його стратегічні цілі розвитку.

Побудова ефективної системи оплати праці вимагає внесення змін до усталеного підходу до оплати праці. Чим більше прихильників матиме нова

розроблювана система оплати праці – тим більшими будуть шанси такої системи втілитись у життя та стати самодостатнім механізмом. До її обговорення слід залучити якомога більшу кількість працівників. Проведення детальних розрахунків допоможе уникнути надмірного збільшення видатків на оплату праці. Усі досягнуті домовленості щодо системи оплати праці слід відобразити у колективному договорі.

У виборі індикаторів якості, які формуватимуть фінансову мотивацію персоналу, важливо обирати ті індикатори, які безпосередньо вимірюють поведінку та дії персоналу, цілі для них мають бути реалістичними, а спосіб верифікації надійним та фінансово обґрунтованим.

## Всі матеріали онлайн-курсу за компетенцією ФІНАНСИ

| Семестр | Тема                                       | Вебінари  | Додаткові матеріали<br>(доступні на сторінці курсу на<br>e-Platform Академії НСЗУ)   |
|---------|--|---|--|
| 1       | Економічний аналіз діяльності надавача ПМД | В.4 Економічний аналіз діяльності надавача ПМД<br><a href="https://youtu.be/8WkwPEaNCic">https://youtu.be/8WkwPEaNCic</a> | Інструмент для фінансового планування InSight 4.0<br><a href="http://healthreform.in.ua/insight-e-tool/">http://healthreform.in.ua/insight-e-tool/</a><br><br>Дослідження «Обсяг неформальних платежів на рівні ПМД»<br><br>Дослідження «Зміни поведінки провайдерів та споживачів ПМД після впровадження капітації» |
| 1       | Фінансовий план закладу охорони здоров'я   | В.5 Фінансовий план закладу охорони здоров'я<br><a href="https://youtu.be/cumAS0UHpr0">https://youtu.be/cumAS0UHpr0</a>   | Шаблон фінансового плану<br><br>Шаблон фінансового звіту<br><br>Електронний інструмент з генерації порядку розробки, затвердження та звітування про виконання фінансового плану ЗОЗ:<br><a href="http://healthreform.in.ua/fintech/">http://healthreform.in.ua/fintech/</a>  |



| Семестр | Тема                               | Вебінари   | Додаткові матеріали<br>(доступні на сторінці курсу на<br>e-Platform Академії НСЗУ)   |
|---------|------------------------------------|--|--|
| 2       | Розрахунок вартості платних послуг | В.8 Розрахунок вартості платних послуг<br><a href="https://youtu.be/qijByTm8IOI">https://youtu.be/qijByTm8IOI</a>  | Інструмент розрахунку платних послуг Pay&Care<br><a href="https://healthreform.in.ua/paycare_3-0/">https://healthreform.in.ua/paycare_3-0/</a>   |
| 2       | Оплата праці в медичному закладі   | В.9 Індикатори якості та оплата праці на рівні ПМД<br><a href="https://youtu.be/PnTFivjixmE">https://youtu.be/PnTFivjixmE</a><br>В.10 Оплата праці спеціалізованого медичного закладу<br><a href="https://youtu.be/a4XDIOWSa34">https://youtu.be/a4XDIOWSa34</a> | Методичні рекомендації з укладення колективних договорів:<br><a href="https://moz.gov.ua/uploads/3/19289-b_coll_dogovor_ua_v105_03_03_2020.pdf">https://moz.gov.ua/uploads/3/19289-b_coll_dogovor_ua_v105_03_03_2020.pdf</a> |





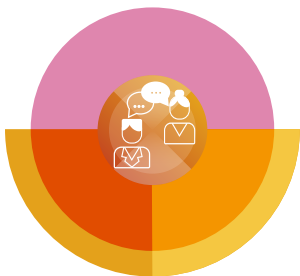
3

# КОМУНІКАЦІЯ





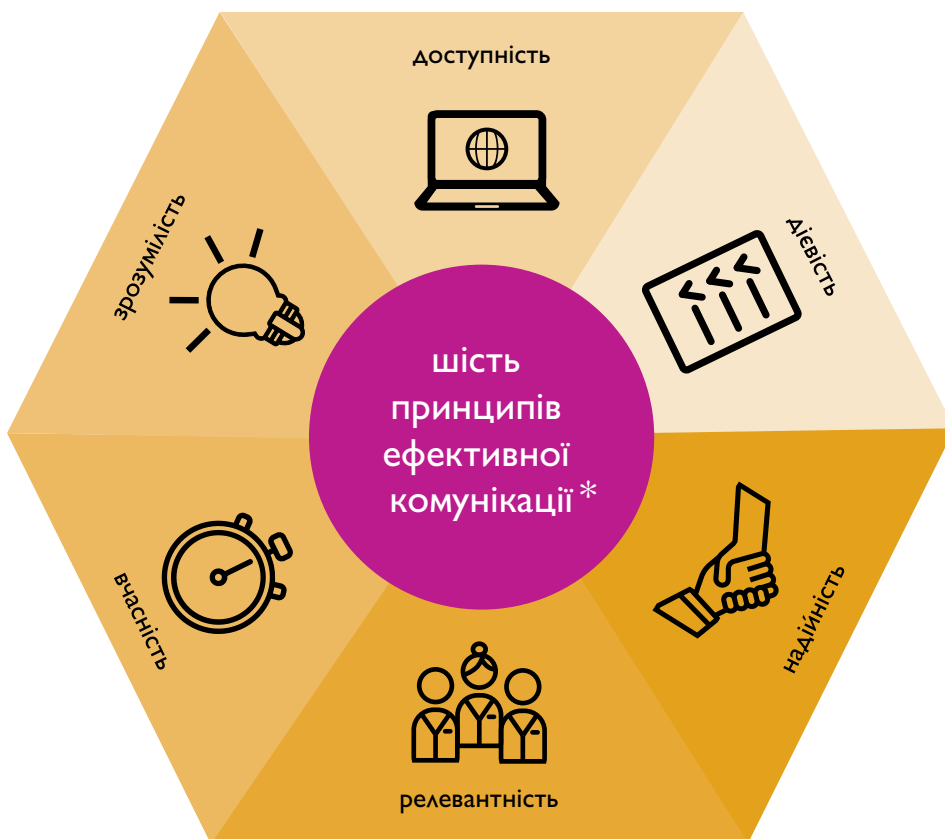
Найважливіше у комунікації – це почути те, що не було сказано.  
Пітер Друкер



## ОСНОВИ ЕФЕКТИВНОЇ КОМУНІКАЦІЇ

Для лікарень та закладів охорони здоров'я забезпечення належного догляду за пацієнтами вимагає не лише виконання процедур і встановлення діагнозів. Комунікація є важливим елементом на всіх етапах та є частиною лікувального процесу. Налагоджена, проста і зрозуміла система комунікації у закладі робить медичну допомогу якіснішою, ефективнішою та безпечнішою.

Всесвітня організація охорони здоров'я виділяє шість принципів ефективної комунікації<sup>1</sup>



<sup>1</sup> WHO Strategic Communications Framework for effective communications – <https://www.who.int/mediacentre/communication-framework.pdf>



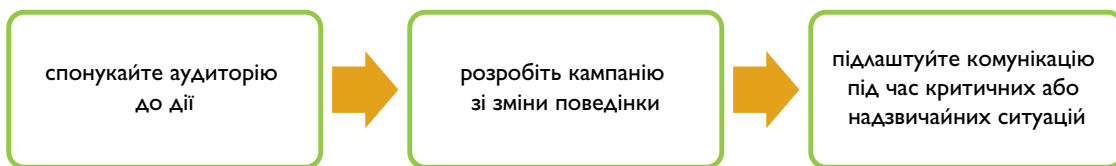
## Доступність

Важливо ідентифікувати доступні канали комунікації та їх можливості для охоплення цільової аудиторії. Використання правильного поєднання каналів дає змогу надати доступ до інформації групам, які потребують її.



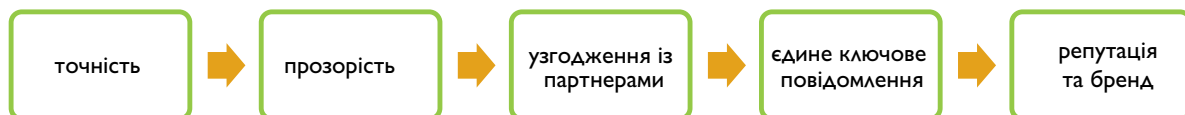
## Дієвість

Щоб досягти успіху та спонукати споживача інформації до дії, необхідно розуміти свою цільову аудиторію, їхні знання та навички, поведінку. Так ви будете створювати повідомлення та інформаційні матеріали, що заохочують до дії та допомагають подолати перешкоди.



## Надійність

Репутація медичного закладу є ключовим чинником того, як сприйматимуть інформацію від вас. Використовуйте всі можливості, щоб підвищити довіру до вашого закладу.



## Релевантність

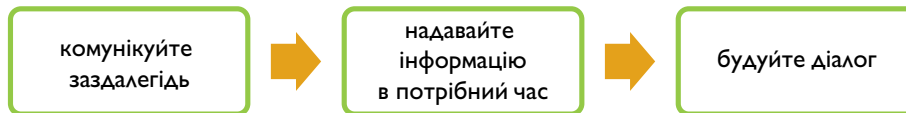
Щоб бути релевантною, комунікація повинна допомагати аудиторії розуміти ризики та зменшувати їх, використовуючи інформацію від медичного закладу для прийняття рішень.





## Вчасність

Необхідно своєчасно комунікувати з питань здоров'я, щоб аудиторія мала потрібну інформацію та рекомендації для прийняття відповідних рішень.



## Зрозумілість

Ваша аудиторія не завжди має медичну експертизу, тому важливо доносити до них інформацію простими та зрозумілими словами.



Методи та інструменти комунікації можуть відрізнятися залежно від її виду – внутрішньої (спілкування лікарів та інших працівників закладу з пацієнтами та комунікація всередині команди), а також залежно від цільової аудиторії (споживачі послуг, колеги, зовнішні партнери та зацікавлені сторони, громадськість, ЗМІ тощо).

**Ефективна комунікація – це навичка, необхідна всім медичним працівникам, проте не всі добре володіють нею від природи. Цю навичку можна та треба розвивати.**

**Внутрішня комунікація** – це така, що відбувається всередині закладу між лікарями та іншими працівниками із пацієнтами, а також комунікація у команді.

Одним із найкращих та широко використовуваних інструментів мультидисциплінарної співпраці та передачі інформації між медичними фахівцями є **iSoBAR**<sup>2</sup>. Це стандартизований інструмент, покликаний покращити клінічну комунікацію.

|   |           |               |   |
|---|-----------|---------------|---|
| I | Identify  | Ідентифікація | Представтеся та уточніть, хто ви, яка ваша роль та про кого ви говорите (ваш пацієнт чи клієнт). Обов'язково використовуйте принаймні три ідентифікатори пацієнта                     |
| S | Situation | Ситуація      | Назвіть причину свого дзвінка, причину надходження пацієнта або тип інциденту, що стався, наприклад, пацієнт впав. Надайте поточний діагноз, занепокоєння чи іншу критичну інформацію |

<sup>2</sup> URL: <https://www.mja.com.au/journal/2009/190/11/isobar-concept-and-handover-checklist-national-clinical-handover-initiative>



|   |                 |   |   |
|---|-----------------|---|---|
| O | Observations    | Спостереження                           | Перевірте, оновіть та обговоріть актуальні показники життєво важливих функцій та спостереження. Якщо це доречно, не бійтеся надати власну оцінку стану пацієнта на цьому етапі  |
| B | Background      | Історія                                 | Оновлюйте та обговорюйте відповідну медичну та допоміжну інформацію. Запропонуйте загальну інформацію щодо анамнезу пацієнта.<br><br>Долучіть хронологію до ситуації, наприклад, що пацієнт робив напередодні, що могло б вплинути на ситуацію. Надайте усі відповідні клінічні оцінки, такі як патологія, дані останніх тестів та будь-яку іншу інформацію, що стосується стану пацієнта |
| A | Agree to a plan | Планування (Дії)                        | Сформууйте загальний план щодо обстеження, лікування та потенційної виписки. Рекомендації щодо вирішення ситуації можуть містити, наприклад, запит на подальші обстеження. Довіряйте своїй оцінці та зібраній інформації щодо стану пацієнта, рекомендуючи план лікування іншим членам команди. Це допоможе новому члену команди або слідувати визначеному плану, або внести пропозиції   |
| R | Readback        | Відповідальність та управління ризиками | Перевірте, що у вас є спільне розуміння того, що має бути зроблено. Уточніть завдання кожного члена команди (ще раз повторіть всю важливу інформацію). Завершіть процес передачі  |



## ВАЖЛИВО!

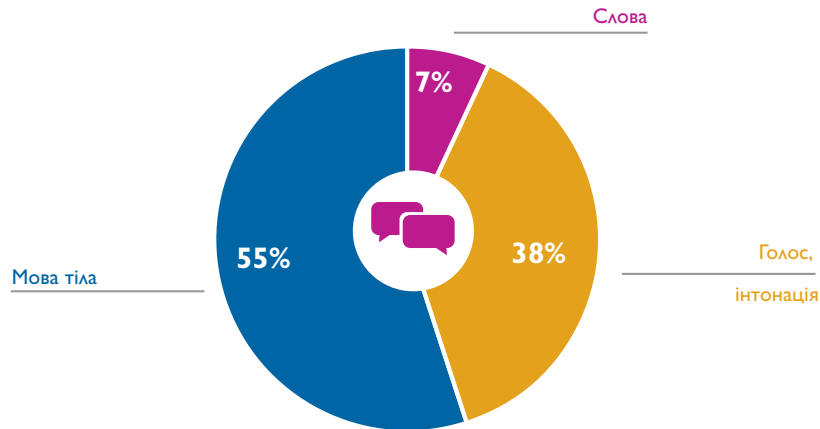
- Пам'ятайте про свою зону відповідальності та експертизи. Довіряйте навичкам вашої мультидисциплінарної команди та не давайте рекомендацій, якщо не впевнені у них.
- Співправця – найважливіша частина мультидисциплінарної та міжкомандної комунікації. Залучайте всі сторони, що можуть допомогти, для досягнення найкращого результату



## Мова тіла та невербальна комунікація

Мова вашого тіла виказує ваші емоції набагато краще, ніж слова.

### Комунікаційне правило 7-38-55 за Альбертом Мерабяном<sup>3</sup>



|                     |  |
|---------------------|--|
| Позитивна мова тіла | Якщо вас чекає емоційна розмова – спершу розслабтеся, тоді ви зможете транслювати позитивну мову тіла, напруження ж у цьому не допоможе. Тримайте зоровий контакт – він передає чесність, відкритість та впевненість. Розслабте міміку, щоб уникнути гримаси, скручування або стискання губ, підняття брів або нахмурення обличчя. Тримайте руки спереду, не схрещуючи. Схрещуючи руки, ви надсилаєте повідомлення про те, що ви замкнуті, незацікавлені або агресивні. Використовуйте простір. Якщо ваш пацієнт лежить у ліжку, присядьте до його рівня, а не піднімайтеся над ним. Однак не наближайтесь занадто близько, оскільки це може сприйнятися як вторгнення в особистий простір   |
| Інтонація           | У своєму дослідженні в «Мовчазних повідомленнях» <sup>4</sup> (1971), професор А. Мерабян з Університету Каліфорнії в Лос-Анджелесі продемонстрував, що коли слова та невербальна комунікація (інтонація та мова тіла) конфліктують, люди майже завжди повірять невербальному повідомленню. Тон може допомогти заспокоїти сердитого пацієнта та зняти напруження. Це називається «ефект емоційної контагіозності», коли ваш емоційний стан може вплинути на почуття іншої людини. Якщо ви підходите до засмученого і розгніваного пацієнта, підвищуєте голос, то ви ризикуєте збільшити страждання та гнів пацієнта. Однак, якщо ви підходите до взаємодії з м'якою, дбайливою інтонацією, це, ймовірно, допоможе заспокоїти та розрядити ситуацію |
| Особистий простір   | Використовуйте простір з урахуванням основних принципів проксемики – однієї з підкатегорій невербальної комунікації, що фокусується на вивченні просторової системи комунікації. Ви можете пом'якшити мову свого тіла, використовуючи різні простори (соціальний, особистий, інтимний). Наприклад, присісти до пацієнта, який лежить у ліжку, а не ставати над ним, щоб створити відчуття комфорту; або залишити більше місця між вами та людиною, яка розгнівана чи засмучена, щоб не лише захистити себе, а й допомогти іншому почуватися в безпеці  |

<sup>3</sup> URL: [https://www.projectmanagement.com/contentPages/wiki.cfm?ID=603813&thisPageURL=/wikis/603813/7-38-55--Mehrabians-Rule-#\\_=#\\_](https://www.projectmanagement.com/contentPages/wiki.cfm?ID=603813&thisPageURL=/wikis/603813/7-38-55--Mehrabians-Rule-#_=#_)

<sup>4</sup> URL: [https://www.academia.edu/23744443/Albert\\_Mehrabian\\_Silent\\_Messages](https://www.academia.edu/23744443/Albert_Mehrabian_Silent_Messages)



# КЛЮЧОВІ ПОРАДИ З КОМУНІКАЦІЇ

## Говоріть повільно

Деякі слова звучать дуже схоже, якщо вони вимовляються швидко. Говоріть повільно і обережно, щоб упевнитися, що ваші слова зрозуміли правильно.

## Регулюйте гучність мови

Під час спілкування з деякими людьми, особливо з людьми старшого віку, ми схильні підвищувати голос, намагаючись бути зрозумілими. Замість того, щоб говорити голосніше, спробуйте говорити чіткіше.

## Уникайте сленгу та професійних термінів

Поширеною помилкою для багатьох медичних працівників є використання складних слів, а також професійних сленгових термінів. Уникайте цього для кращої комунікації.

## Звертайтеся до своєї аудиторії

Те, що ви говорите колізі-лікарю або медсестрі, може сильно відрізнятись від того, що ви сказали б пацієнту та його родині. Під час спілкування з пацієнтами використовуйте зрозумілі слова замість професійних медичних термінів. Підбирайте слова відповідно до ситуації та аудиторії.

## Слухайте

Спілкування – це вулиця з двостороннім рухом. Однією з найважливіших комунікативних навичок є здатність зупинитися і активно та етично слухати те, що говорить інша людина.

## Аналізуйте

Якщо вам щось незрозуміло зі сказаного, перефразуйте це своїми словами та повторіть. Це дасть людині можливість пояснити значення та покаже, що ви активно слухаєте.

## Використовуйте мову тіла

Велика частина інформації передається за допомогою мови тіла (невербальної комунікації), незважаючи на наші слова. Будьте свідомі того, що говорить ваше тіло, і чи це узгоджується з вашими словами. Не надсилайте суперечливі повідомлення та сигнали.

## Вивчайте іноземні мови

Це може здатися дивним, але вивчення нової мови дає вам кращий контакт з рідною мовою та допомагає по-новому зрозуміти те, як ви вживаєте слова, які вже знаєте.

## Пам'ятайте про інші способи спілкування

Крім говоріння та слухання, не забувайте, що над іншими навичками потрібно працювати, наприклад читати, писати та спілкуватися з використанням нових технологій.

**Зовнішня комунікація** відрізняється залежно від цільових груп. Це може бути:

- спілкування із споживачами послуг (пацієнтами) поза закладом;
- комунікація із громадськістю - іншими ЗОЗ, потенційними інвесторами, ГО, міжнародними установами та проектами;
- спілкування з МОЗ, НСЗУ, органами місцевої влади;
- комунікація зі ЗМІ.





## Завдання та функції зовнішньої комунікації:

Задовольнити інформаційні потреби закладу

Налагодити зв'язки з виконавчими органами, пацієнтами, партнерами

Сформувати та підтримувати позитивний імідж підприємства

Промоція досягнень та результатів діяльності підприємства

## Як побудувати зовнішню комунікацію





## Формулювання ключових повідомлень

1

Ключові повідомлення мають бути однозначними

2

Простота та лаконічність веде до ясності

3

Давайте визначення, а не припускайте

4

Уникайте оціночно-розхвалювальних прикметників та словесної «води»

5

Не змінюйте ключове повідомлення занадто часто, бажано ніколи

## ПОРАДА ПРАКТИКА



**Олена Гливинська**  
фахівець з комунікацій,  
проект USAID  
«Підтримка реформи  
охорони здоров'я»

Будь-яке повідомлення про інфоприводи має відповідати правилу **5W**:

What - Що? Who - Хто? Where - Де? When - Коли?  
Why - Навіщо?

**Коли** (максимально наближене до сьогодні).

**Де** (в точці зосередження тих, кому ви адресуєте пост).

**Що** (барвистий опис ситуації – в голові читача повинна виникати картинка).

**Хто** – хто був задіяний в ситуації, як саме ситуація на них вплинула?

**Навіщо** – це ключове питання. Якщо відповіді на **навіщо?** немає, то все, що ви написали, – не має сенсу.

## Правила успішної публікації у соціальних мережах:

- Публікація повинна бути цікавою і дуже актуальною. Поєднуйте історії з фактами.
- Якщо ви хочете, щоб люди клікали за посиланням і читали пост на вашій сторінці чи у блозі, розпочніть з потужного заголовку.
- Новина повинна бути кимось або чимось підтверджена. Краще – цитатами конкретних людей, з іменами, посадами, соціальними статусами.
- Хороша новина – це або сама дія, або анонс дій. Щось десь відбувається або відбуватиметься, або сталося. Все інше – просто рекламний текст.
- Якщо ви хочете отримати зворотний зв'язок з підписками на вашу публікацію, скажіть читачам про це. Вам допоможуть такі фрази: «підпишіться зараз», «поділіться ідеями» або «розкажіть, що ви думаєте».
- Фотографії завжди отримують більший відгук, ніж тексти. Обов'язково використовуйте «магію» фотографії.
- Чим коротший пост, тим він успішніший. Оптимальний об'єм тексту - 1500 знаків з пробілами.



# КОРПОРАТИВНА КУЛЬТУРА

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?

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 успішною<sup>5</sup>:

---

### 1. Візія та місія

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 «дороговказом».

### 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 страху може висловити власну думку, коли вітається конструктивна критика. Різноманітність думок збагачує організацію і дає поштовх до розвитку.

---

<sup>5</sup> <https://adizes.me/posts/6-komponentov-uspeshnoy-korporativnoy-kultury/>



## 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.

# КОМУНІКАЦІЙНІ ІНСТРУМЕНТИ НА РІВНІ ЗАКЛАДУ ТА СТАНДАРТИ СПІЛКУВАННЯ

Стандарти спілкування є невід'ємною частиною корпоративної культури. Ви можете розробити їх самостійно, відповідно до цінностей вашого колективу, місії вашого закладу та бачення. Також ви можете скористатися вже розробленими та дієвими інструментами, впроваджуючи їх у свою практику повністю чи частково.

Прикладами таких інструментів є комунікаційні моделі **AIDET, RESPECT, LEARN, BELIEF** та **Respond with H.E.A.R.T.** Всі моделі – це акроніми важливих елементів комунікації між співробітниками медичного закладу та пацієнтами. Якщо ви побудуєте спілкування із вашими пацієнтами за цими принципами, це допоможе встановити довірливі відносини, покращити комплаєнс, клінічні результати та загалом підвищити задоволеність пацієнтів.

## AIDET

**AIDET**<sup>6</sup> – система комунікації для медичних працівників для спілкування з пацієнтами та одне з одним так, щоб зменшити тривогу пацієнтів, підвищити комплаєнс пацієнтів та покращити клінічні результати.

|   |             |            |  |
|---|-------------|------------|--|
| A | Acknowledge | Визнання   | Звертайтеся до пацієнта на ім'я, тримайте зоровий контакт, посміхайтесь      |
| I | Introduce   | Знайомство | Назвіть своє ім'я, посаду, спеціальність або роль                            |
| D | Duration    | Тривалість | Вкажіть, які етапи будуть у процесі лікування та скільки вони будуть тривати |
| E | Explanation | Пояснення  | Крок за кроком пояснюйте свої дії, рекомендації та способи зв'язку           |
| T | Thank You   | Подяка     | Подякуйте пацієнту за співпрацю, а його родині – за підтримку                |

<sup>6</sup> URL: <https://www.studergroup.com/aidet>



## RESPECT

Модель **RESPECT**<sup>7</sup> допомагає дізнатися більше про переконання пацієнта, залишатися ефективним та орієнтованим на пацієнта у процесі комунікації із людьми різних культур, поглядів та переконань.

|   |                     |                          |   |
|---|---------------------|--------------------------|---|
| R | Rapport             | Контакт                  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Спілкуйтеся з людиною, а не з набором симптомів</li><li>• Не судіть – ви теж всього лише людина</li><li>• Уникайте припущень, прояснюйте</li></ul>                                |
| E | Empathy             | Емпатія                  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Пам'ятайте, що пацієнт прийшов до вас по допомогу</li><li>• Ставте відкриті питання</li><li>• Визнайте право пацієнта на почуття</li></ul>  |
| S | Support             | Підтримка                | <ul style="list-style-type: none"><li>• З'ясуйте, які можуть бути перешкоди для комплаєнсу</li><li>• Допоможіть пацієнтові подолати ці бар'єри (якщо можливо)</li><li>• Залучайте членів сім'ї, якщо це доречно</li></ul> |
| P | Partnership         | Партнерство              | <ul style="list-style-type: none"><li>• Формуйте партнерську модель відносин</li><li>• Приймайте рішення спільно з пацієнтом</li><li>• Реагуйте на непрямі і невербальні сигнали пацієнта</li></ul>                       |
| E | Explanations        | Пояснення                | <ul style="list-style-type: none"><li>• Пояснюйте кожну свою дію</li><li>• Говоріть простою мовою, пояснюйте терміни</li><li>• Використовуйте різні методи роз'яснення: малюнки, наочні посібники, схеми</li></ul>        |
| C | Cultural Competence | Культурна компетентність | <ul style="list-style-type: none"><li>• Поважайте пацієнта, його культуру і переконання</li><li>• Забезпечте максимум приватності</li></ul>   |
| T | Trust               | Довіра                   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Працюйте над встановленням довіри з пацієнтом</li></ul>   |

## LEARN

Метою комунікаційної моделі **LEARN**<sup>8</sup> є досягнення ефективного плану та результату лікування, прийнятного для обох сторін – лікаря і пацієнта – які можуть мати різні погляди на проблеми залежно від світогляду.

|   |             |              |  |
|---|-------------|--------------|--|
| L | Listen      | Слухайте     | Слухайте емпатично, із розумінням того, як пацієнт сприймає проблему           |
| E | Explain     | Пояснюйте    | Пояснюйте своє бачення проблеми  |
| A | Acknowledge | Визнавайте   | Визнавайте та обговорюйте те, де ваші погляди розходяться та у чому збігаються |
| R | Recommend   | Рекомендуйте | Рекомендуйте лікування   |
| N | Negotiate   | Погоджуйте   | Домовтеся та погодьте план лікування   |

<sup>7</sup> URL: <https://nccc.georgetown.edu/curricula/communication/C15.html>

<sup>8</sup> URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1011028/>



## BELIEF

Модель **BELIEF**<sup>9</sup> – це інструмент культурного інтерв'ювання. Він може бути корисним як для студентів-медиків, оскільки не потребує діагностичних чи терапевтичних навичок, так і для практикуючих лікарів, та допомогти покращити своє розуміння, що саме може вплинути на процес догляду та лікування.

|   |                        |             |  |
|---|------------------------|-------------|--|
| B | Beliefs                | Переконання | Що на вашу думку спричинило проблему?            |
| E | Explanation            | Пояснення   | Чому це сталося саме в цей час?                  |
| L | Learn from the patient | Навчання    | Допоможіть мені зрозуміти вашу думку/переконання |
| I | Impact                 | Вплив       | Як ця проблема впливає на ваше життя?            |
| E | Empathy                | Емпатія     | Це має бути для вас дуже важко                   |
| F | Feelings               | Почуття     | Як ви до цього ставитесь?                        |

## Respond with H.E.A.R.T.

Клініка Клівленда в США<sup>10</sup> розробила для своїх співробітників алгоритм відповіді на скарги. Англійською мовою алгоритм виглядає як акронім HEART<sup>11</sup>. 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.

|   |           |                  |   |
|---|-----------|------------------|---|
| H | Hear      | Почуй історію    | Уважно вислухай   |
| E | Empathize | Прояви уважність | Я чую/бачу, що Ви засмучені                             |
| A | Apologize | Вибачся          | Мені шкода, що Ви засмутилися                           |
| R | Respond   | Виріши проблему  | Чим я можу Вам допомогти?                               |
| T | Thank     | Подякуй          | Дякую Вам за те, що знайшли час і розповіли мені про це |

## ПРИКЛАД



**Київська міська дитяча  
клінічна лікарня №2  
Надія Дюдєнко,  
медичний статистик**



**КИЇВСЬКА МІСЬКА  
ДИТЯЧА КЛІНІЧНА  
ЛІКАРНЯ №2**

Раніше, переймаючись якістю спілкування із пацієнтами, ми впровадили в лікарні стандарти спілкування та програму з комунікації. Проте цей документ, хоч і був правильним, але виявився достатньо об'ємним та складним для практичного використання. А після вивчення цієї теми на онлайн-курсі та натхненні стандартами спілкування клініки Мейо, ми вирішили трохи переробити і власні. Нам сподобалась ідея застосування слова-акроніма для полегшення запам'ятовування. Тому ми розробили стандарт спілкування із клієнтами (акронім ПОВАГА) та стандарт спілкування всередині колективу (акронім УВАГА). До стандарту спілкування із клієнтами також додали скрипти розмови, щоб кожен співробітник під час ознайомлення із ним міг уявити, як на практиці працює використання стандарту.

<sup>9</sup> URL: <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.494.3385&rep=rep1&type=pdf>

<sup>10</sup> URL: [www.planetree.org](http://www.planetree.org)

<sup>11</sup> URL: <https://www.clevelandmetroschools.org/Page/4348>

## Стандарти спілкування з пацієнтами та їхніми батьками

| Акронім            | П   | О  | В   | А   | Г   | А   |
|--------------------|---|--|---|---|---|---|
| Цінність           | Привітність   | Образ  | Визначеність чи відомості   | Асистування   | Гнучкість   | Активна вдячність   |
| Тлумачення         | Посмішка, зоровий контакт, невербальні знаки уваги до клієнта | Знайомство, назвати своє ім'я, опис своїх функцій  | Надання інформації про все, що відбувається з клієнтом, про його стан, про тривалість та перебіг необхідних оглядів, процедур, втручань. Про можливі наслідки, про ознаки, на які слід звернути увагу         | Допомога у вирішенні питань, проблем  | Вміння підлаштовуватись під потреби клієнта, не допускати конфліктні ситуації   | Подяка за довіру, за вибір нашого закладу та наших спеціалістів                       |
| Скрипт спілкування | Посмішка, зоровий контакт, вітання пацієнту та його мамі      | Добрий день, Наталія. Привіт, Андрію! Мене звати Надія В'ячеславівна! Я – ваш палатний лікар | Зараз я проведу огляд. Він не триватиме довго, за 20 хв ви будете вільні. Спочатку я маю послухати Андрія, а потім виміряю йому сатурацію – це допоможе нам зрозуміти, чи достатньо його кров насичена киснем | Якщо у вас є якісь питання, будь ласка, задавайте. Я з нашим дитячим задоволенням відповім на них | Якщо ви хочете трохи прогуляться на вулиці, ви можете скористатись нашим дитячим майданчиком. Він величезний і має багато цікавинок для гри | Андрію, дякую, що приділив мені трошки свого часу, тепер ми бачимо, що тобі вже краще |

## Стандарти спілкування між колегами

| Акронім    | У  | В  | А  | Г   | А  |
|------------|--|--|--|---|--|
| Цінність   | Уважність  | Вихованість  | Авторитетність                           | Гідність  | Активна допомога   |
| Тлумачення | Прояви уваги між колегами – вітання, small-talks | Дотримуватись правил пристойності, проявляти любов'язність, ввічливість, чемність, тактовність, привітність, коректність, делікатність | Бути тим, кому можна беззапечно довіряти | Позитивні моральні якості, такі як честь, достоїнство, повага | Не чекати, що хтось попросить допомоги, а активно пропонувати свою допомогу за потреби |



# КОНТАКТ-ЦЕНТР

Правильно організований контакт-центр у медичному закладі може стати важливим і цінним управлінським інструментом, допомогти розвантажити лікарів, розподіляти потоки пацієнтів, вести електронний обіг відвідувань, запис на прийом, надавати інформацію щодо роботи закладу та консультації медичних фахівців, працювати зі зворотним зв'язком від пацієнтів, залучати нових споживачів ваших послуг та виконувати інші функції залежно від потреби.

Впровадження контакт-центру у медичному закладі можна умовно поділити на три етапи: підготовка до створення контакт-центру, тестування роботи контакт-центру та підбір і навчання персоналу.

## Підготовка до створення контакт-центру







## Тестування роботи контакт-центру

|   |  |
|---|--|
| <b>Тестування обладнання та ПЗ</b>                | <ul style="list-style-type: none"><li>• потрібно синхронізувати роботу МІС та програмного забезпечення (АТС, програми запису на прийом, зворотного зв'язку тощо)</li><li>• забезпечити операторів відповідними дозволами та доступами у МІС, навчити їх працювати із ПЗ, АТС, МІС</li></ul>                                  |
| <b>Налагодження комунікації</b>                   | <ul style="list-style-type: none"><li>• розробити стандарти спілкування, скрипти відповідей, сценарії роботи, створити базу знань</li></ul>  |
| <b>Взаємодія із іншими підрозділами</b>           | <ul style="list-style-type: none"><li>• розробити процеси прийому та передачі інформації від контакт-центру до лікарів чи керівництва та навпаки</li><li>• передати деякі функції лікарів до контакт-центру (нагадування про візит чи вакцинацію, робота із групами ризику)</li><li>• розподіляти потоки пацієнтів</li></ul> |
| <b>Робота із населенням та персоналом закладу</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• проінформувати населення і персонал про контакт-центр та донести, як саме він їм може допомогти</li><li>• збирати зворотний зв'язок, покращувати роботу контакт-центру та інформувати про зміни</li></ul>  |
| <b>Звітність і моніторинг</b>                     | <ul style="list-style-type: none"><li>• важливо записувати та прослуховувати дзвінки, щоб виправляти помилки та покращувати роботу</li><li>• обрати індикатори роботи контакт-центру, разом із МІС та АТС налаштувати автоматичну звітність, що допоможе відслідковувати результати</li></ul>                                |
| <b>Аналіз і внесення змін</b>                     | <ul style="list-style-type: none"><li>• збирайте інформацію, відслідковуйте показники, аналізуйте дзвінки, вносьте відповідні зміни</li></ul>  |
| <b>Постійне вдосконалення</b>                     | <ul style="list-style-type: none"><li>• пам'ятайте про модель безперервного поліпшення процесів (цикл PDCA) і використовуйте у своїй роботі</li></ul>  |



## Підбір та навчання персоналу

### Важливі якості персоналу контакт-центру

- клієнтоорієнтованість
- щирість, турбота, дружність
- готовність допомогти
- вмотивованість
- вміння слухати
- стресостійкість
- врівноваженість
- компетентність
- бажання розвиватися

### Постійне навчання персоналу

- створіть навчальну програму для співробітників контакт-центру, використовуйте всі можливості для навчання – як внутрішні, так і зовнішні
- проводьте інструктаж для нових співробітників, надавайте підтримку операторам, введіть систему наставництва
- розробіть критерії успішності роботи та проводьте оцінку, збирайте зворотний зв'язок від пацієнтів та персоналу
- адаптуйтеся під запити своїх клієнтів та соціальні зміни

### В центрі уваги – людина

- пам'ятайте, що завжди в центрі уваги – людина як з однієї, так і з іншої сторони телефонної слухавки, застосовуйте принципи людиноорієнтованості у роботі



## ПАМ'ЯТАЙТЕ:

У комунікації головне – це люди та особистий контакт. Людяність, щирість, бажання допомогти та турбота – це те, що справді відчувається і цінується. Всі люди різні, потреби та сприйняття інформації теж різні. Цікавтеся своїми пацієнтами, колегами,

громадою, партнерами, вивчайте їхні потреби, турбуйтеся про них, використовуйте зручні методи та інструменти комунікації, навчайте своїх працівників та навчайтеся самі. Комунікація – важлива складова управлінського та лікувального процесу.

## Всі матеріали онлайн-курсу за компетенцією КОМУНІКАЦІЯ

| Семестр | Тема                                 | Вебінари   | Додаткові матеріали (доступні на сторінці курсу на e-Platform Академії НСЗУ)   |
|---------|--------------------------------------|--|--|
| 1       | Комунікація                          | В.7 Комунікація<br><a href="https://youtu.be/IOCLQH7pv2Q">https://youtu.be/IOCLQH7pv2Q</a>                           | Комунікаційні бар'єри<br><br>Як навчитись правильно говорити<br><br>Як підготуватись до інтерв'ю з медіа<br><br>Як побудувати зовнішню комунікацію |
| 2       | Використання брендбуку в комунікації | В.14 Використання брендбуку в комунікації<br><a href="https://youtu.be/bFO9swioY-k">https://youtu.be/bFO9swioY-k</a> |  |
| 4       | Контакт-центр                        | В.26 Організація роботи контакт-центру<br><a href="https://youtu.be/1u8KWcwW9Ho">https://youtu.be/1u8KWcwW9Ho</a>    | Шаблон оцінки контакт-центру   |
| 4       | Стандарти спілкування                | В.27 Стандарти спілкування<br><a href="https://youtu.be/ytQUG41gznM">https://youtu.be/ytQUG41gznM</a>                | Mayo student orientation packet<br><br>Інструкція та ключові слова AIDET   |

4

# ПАЦІЄНТОРІЄНТОВАНІСТЬ





*Значно важливіше знати людину, яку лікуєте,  
ніж хворобу, від якої лікуєте.  
Уільям Ослер*



## ПРИНЦИПИ ПАЦІЄНТОРІЄНТОВАНOSTІ

Вперше пацієнторієнтовану (пацієнт-центровану) модель надання медичної допомоги було описано Інститутом Пікера 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).

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 пацієнторієнтованість – 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 безплатно!

Надання персоналізованої медичної допомоги не вимагає збільшення кількості персоналу або дорогих технологій діагностики чи лікування. Натомість дані міжнародних досліджень свідчать про те, що запровадження пацієнторієнтованої моделі позитивно впливає на задоволеність пацієнтів, дає змогу оптимізувати витрати, покращити якість, підвищити безпеку та сприяти популярності медичного закладу.

### Ключові концепти пацієнторієнтованості





Виділяють вісім принципів пацієнторієнтованості.

## 8 принципів пацієнторієнтованості



Повага до цінностей і переконань пацієнта



Координація та інтеграція догляду



Інформація, комунікація, навчання



Фізичний комфорт, зменшення болю



Емоційна підтримка, зменшення страху



Залучення сім'ї та друзів



Безперервність та наступність догляду



Своєчасний і безбар'єрний доступ

У межах онлайн-курсу команди медичних закладів розробляли плани змін, щоб стати більш пацієнторієнтованими. У таких планах більшість заходів стосувалися видимих речей, що, здебільшого належать до восьмого принципу пацієнторієнтованості – своєчасність і безбар'єрна доступність. Хоча ці заходи найбільш затратні фінансово. Натомість недостатньо уваги було приділено навчання персоналу навичкам комунікації та формуванню цінностей пацієнторієнтованості. Таблиця нижче узагальнює опис принципів пацієнторієнтованості та деякі приклади реалізації цих принципів, узагальнені із заходів, які зазначали команди медичних закладів у своїх планах змін.

| № | Принцип   | Опис   | Приклади реалізації   |
|---|---|--|---|
| 1 | <b>Повага до цінностей, переконань та озвучених потреб пацієнта</b> | <p>Залучення пацієнтів до прийняття рішень, визнання того, що це особи, які мають свої унікальні цінності та переконання.</p> <p>Ставлення до пацієнтів із повагою та чуйністю до його культурних цінностей та автономії</p> | <ul style="list-style-type: none"><li>Створення корпоративних стандартів поведінки.</li><li>Проведення тренінгів з персоналом з комунікації.</li><li>Створення спостережних і опікунських рад, до участі яких запрошуються пацієнти</li></ul> |



| № | Принцип                                       | Опис  | Приклади реалізації   |
|---|---|---|---|
| 2 | <b>Координація та інтеграція допомоги</b>     | <p>Пацієнти часто почуваються вразливими та безсилими перед хворобою. Правильна координація догляду може полегшити ці неприємні відчуття.</p> <p>Три ключові сфери:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• координація клінічної допомоги;</li><li>• координація зі службами соціальної допомоги;</li><li>• координація безпосереднього догляду за пацієнтами</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Впровадження маршрутів пацієнтів.</li><li>• Налагодження співпраці з іншими надавачами послуг – як медичних, так і соціальних</li></ul>   |
| 3 | <b>Інформація, комунікація, навчання</b>      | <p>Пацієнти занепокоєні, якщо не повністю поінформовані про свій стан або прогноз перебігу хвороби. Для зменшення цього страху необхідно зосередитися на трьох видах комунікації:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• інформування про клінічний стан пацієнта, прогрес захворювання/одужання і прогноз;</li><li>• інформування про процеси лікування/допомоги;</li><li>• інформування для збільшення самостійності, самопомоги та зміцнення здоров'я</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Проведення тренінгів для персоналу з повідомлення поганих новин.</li><li>• Створення груп взаємодопомоги, шкіл пацієнтів.</li><li>• Організація і проведення освітніх заходів для пацієнтів.</li><li>• Розроблення друкованих матеріалів – пам'ятки, флаєри, листівки</li></ul> |
| 4 | <b>Фізичний комфорт і зменшення болю</b>      | <p>Рівень фізичного комфорту має важливе значення для пацієнтів. Вони визначили три сфери як особливо важливі:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• управління болем;</li><li>• допомога в повсякденній діяльності й забезпеченні щоденних життєвих потреб;</li><li>• медичний заклад і його атмосфера</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Організація попереднього запису.</li><li>• Облаштування внутрішнього простору приміщень із врахуванням особливих потреб маломобільних груп</li></ul>  |
| 5 | <b>Емоційна підтримка та зменшення страху</b> | <p>Страх і тривожність, пов'язані з хворобою, можуть бути такими ж виснажливими, як і її фізичні наслідки.</p> <p>Медичні працівники повинні звертати особливу увагу на:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• тривогу пацієнтів щодо їхнього фізичного стану, лікування та прогнозу;</li><li>• занепокоєння пацієнта щодо впливу хвороби на нього і його сім'ю;</li><li>• занепокоєння фінансовим наслідком хвороби та її лікування</li></ul>                    | <ul style="list-style-type: none"><li>• Тренінги для медичного персоналу з формування навичок комунікації з пацієнтами.</li><li>• Проведення занять школи пацієнта.</li><li>• Організація груп самопомоги тощо</li></ul>  |



| № | Принцип                                      | Опис  | Приклади реалізації  |
|---|--|---|--|
| 6 | <b>Залучення сім'ї та друзів</b>             | <p>Цей принцип стосується ролі сім'ї та друзів у досвіді пацієнта. В контексті сім'ї догляд за пацієнтом було визначено так:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• надання житла для сім'ї та друзів у разі госпіталізації пацієнта;</li><li>• залучення сім'ї та близьких до прийняття рішень;</li><li>• підтримка членів сім'ї як доглядачів;</li><li>• визначення потреб сім'ї та друзів</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Залучення супровідників, сім'ї та близьких пацієнта до консультацій (за його згодою).</li><li>• Залучення сім'ї до лікувального процесу: контроль прийому препаратів, збільшення прихильності до лікування, допомога в подоланні шкідливих звичок/залежностей (створення ними сприятливих умов).</li><li>• Підтримка і навчання сімей, у яких є пацієнти з хронічними хворобами (муковісцидоз, психічні хвороби, цукровий діабет, онкологія тощо).</li><li>• Підтримка членів сім'ї як доглядачів: навчання їх щодо того, як доглядати за хворим, як проводити певні процедури.</li><li>• Визначення психологічних потреб сім'ї та друзів: направлення на групи самопомогі</li></ul> |
| 7 | <b>Безперервність і наступність допомоги</b> | <p>Пацієнти висловлюють стурбованість під час переходу між різними надавачами медичної допомоги. Для задоволення потреб пацієнтів у цій сфері потрібні:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• зрозуміла, детальна інформація щодо ліків, фізичних обмежень, дієтичних потреб тощо;</li><li>• координація і планування поточного лікування та послуг після виписки зі стаціонару;</li><li>• надання на постійній основі інформації про доступ до клінічної, соціальної, фізичної та фінансової підтримки</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Злагодженість призначень та супроводу лікування хронічних хворих, тривалого лікування первинної та спеціалізованої ланок.</li><li>• Узгодження подальших кроків лікування/реабілітації вдома після стаціонарного лікування і складання спільного плану дій.</li><li>• Погодження призначень інших медичних фахівців (їх корекція за потреби).</li><li>• Переадресація до інших надавачів послуг, наприклад соціальних</li></ul>  |





| № | Принцип                                  | Опис   | Приклади реалізації  |
|---|--|--|--|
| 8 | <b>Своєчасний та безбар'єрний доступ</b> | <p>Пацієнти повинні знати, що вони можуть отримати доступ до допомоги, коли це необхідно.</p> <p>Це охоплює:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• безперешкодний доступ до місця розташування медичних закладів;</li><li>• наявність транспорту;</li><li>• спрощення планування візитів;</li><li>• спрощення запису на прийом;</li><li>• доступність направлень до спеціалістів або спеціалізованих служб;</li><li>• чіткі інструкції щодо отримання допомоги за направленням</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Доступність закладів для маломобільних груп населення: пандуси, ліфти, місце для дитячих візочків, вбиральні для людей з інвалідністю тощо.</li><li>• Спрощення запису на прийом: запис через вебсайт, контакт-центр, реєстратуру, лікаря.</li><li>• У контакт-центрі забезпечення технічної можливості відстеження пропущених дзвінків та здійснення зворотних дзвінків</li></ul> |

Принципи пацієнторієнтованості 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.

Пацієнторієнтованість – це більше, ніж просто ввічливість, більше, ніж гарні ремонти та нові меблі. Пацієнторієнтованість у медичному закладі – це нова культура спілкування з клієнтом, орієнтація на його потреби та готовність змінюватися для того, щоб відповідати цим потребам. І такі зусилля принесуть

свої плоди у вигляді вдячності та лояльності пацієнтів, задоволеності персоналу своєю роботою та, як наслідок, процвітання вашого закладу.

Пацієнторієнтований підхід – це нова філософія надання допомоги, коли пацієнт із «німого», «безправного» суб'єкта лікувального процесу перетворюється на повноправного учасника, який бере активну участь на всіх етапах. Практика показує, що процес трансформації медико-біологічного підходу на пацієнторієнтований займає певний час і вимагає «ламання» старих стереотипів.



# СУЧАСНІ МЕТОДИКИ КОНСУЛЬТУВАННЯ

## Мотиваційне інтерв'ю

Пацієнторієнтований підхід до консультування створений для сприяння зміни поведінки пацієнтів через наснаження їх на прийняття рішень, пов'язаних зі здоров'ям. Зміни в поведінці пацієнта досягаються за допомогою аналізу й вирішення суперечностей та сумнівів, які він має.

Коли ми говоримо про зміни поведінки, ми повинні розуміти, що це складний багатоступеневий процес, який вимагає багато зусиль і часу. Адже ми говоримо про зміну звичних речей і звичок пацієнта – як говорили стародавні римляни: звичка – це друга натура.

Сучасна психологія описує 6 стадій змін поведінки й названа в науковій літературі як транстеоретична модель зміни поведінки Прохаска/ді Клементе.

Наступна таблиця описує фази зміни поведінки, відчуття і переживання пацієнта, і що повинен робити/не робити лікар, щоб досягти поставлених цілей.

## Транстеоретична модель зміни поведінки за Прохаска/ді Клементе

| Фаза               | Переживання клієнта   | Дії лікаря  |
|--------------------|---|---|
| Передроздуми       | Заперечення проблеми, ігнорування доводів, неусвідомлення проблеми.<br><br>«Під сильним тиском можуть розпочати лікування».<br><br>Щойно пресинг ослабне, відбувається повернення до старої поведінки | Побудова довірливих стосунків.<br><br>Усунення бар'єрів (конфіденційність, зручний час візиту, зрозуміла мова).<br>Відмова від тиску й залякування. |
| Роздуми            | Визнання факту проблеми, усвідомлення, але не готовність діяти, амбівалентність   | Ненав'язлива позиція, заохочення, неквапливий темп, обговорення складнощів і переваг, які принесуть зміни   |
| Рішення/підготовка | Готовий до змін, але не знає як   | Планування, підтримка, обговорення ризиків та способів їх подолання/усунення  |
| Впровадження       | Почав процес змін, перші складнощі, сумніви   | Похвала, заохочення, підтримка.<br>Не ігнорувати дискомфорт   |
| Підтримка змін     | Задоволення від змін, бажання продовжувати  | Похвала, заохочення, підтримка, акцент на видимих позитивних змінах   |
| Рецидив            | Розчарування, провина, самозвинувачення   | Позитивне налаштування, концентруємось на попередніх успіхах, аналіз помилок  |



Під час вивчення мотиваційного інтерв'ю на онлайн-курсі лікарі та медичні сестри отримали домашнє завдання – поспостерігати за поведінкою своїх пацієнтів (або колег), визначити стадію змін та те, як вони реагують/взаємодіють із пацієнтами на кожному етапі. Учасники курсу оцінювали свої відчуття та переживання і планували, які б інтервенції вони використали щодо своїх пацієнтів.

Виявилось, що говорити про відчуття й емоції дуже складно, часто бракує слів і розуміння своїх переживань. Ми дійсно дуже мало говоримо про емоції, а значить – не завжди звертаємо на них увагу. Складно відійти від звичного нам патерналістського підходу – коли лікар диктує пацієнту, що і як потрібно робити. Натомість варто зайняти позицію активного спостерігача і ставити більше питань, активно реагуючи на відповіді пацієнта.

Що ж таке мотиваційне інтерв'ювання? Одне з визначень говорить, що це ефективний спосіб розмовляти з людьми про зміни. Головна відмінність мотиваційного інтерв'ю 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 (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).

Мотиваційне інтерв'ю – це метод, складність якого полягає у тому, що медичному працівнику потрібно визнати, не він є експертом у галузі медицини, а пацієнт є експертом у своєму житті, своїй ситуації. Саме така позиція лікаря є основою для практикування мотиваційного інтерв'ювання. Щоб опанувати його, слід вміти ставити відкриті запитання, проявляти схвалення, використовувати рефлексивне слухання та вміти підсумовувати.

Процес консультування за методом мотиваційного інтерв'ю складається із чотирьох етапів, які дадуть змогу пацієнту пройти шлях від розуміння важливості змін у його/її житті до створення плану щодо зміни поведінки. Водночас основний акцент робиться на здатності медичного працівника виявляти емпатію та спонукати пацієнта до пошуку власних причин зміни поведінки в незасуджуючій манері.

| Процес      | Цілі  | Засоби впливу   | Приклад  |
|-------------|---|---|--|
| Залучення   | Побудова конструктивних робочих стосунків з пацієнтом | Привітність лікаря<br>Комфорт під час консультації<br>Порозуміння – немає того, хто знає краще, окрім самого пацієнта<br>Повага до пацієнта<br>Спільні цілі в одужанні<br>Надія на позитивний результат | <i>Ми можемо з вами більше поговорити про прийом цього препарату, якщо ви хочете</i> |
| Фокусування | Визначення предмету змін                              | Фокусування на цілях та визначення пріоритетів  | <i>Що саме вас хвилює у прийомі цього препарату?</i>                                 |



| Процес            | Цілі  | Засоби впливу   | Приклад  |
|-------------------|---|---|--|
| Виклик/спонукання | Досягнення розуміння у тому, для чого змінюватися, що це принесе пацієнту | Наснаження пацієнта говорити про те, чому важливо змінюватися і як змінюватися  | <i>Розкажіть мені, чому потрібно приймати цей препарат?</i><br><br><i>Чому ви вирішили відмовитися від препарату?</i>      |
| Планування        | Визначити кроки, які допоможуть досягти змін                              | Спонування пацієнта самому продукувати ідеї, які допоможуть йому досягти мети, та детально їх обговорювати: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Зроблю – коли?</li> <li>• Складно – хто допоможе?</li> <li>• Бар'єри – як подолати?</li> <li>• Очікування – як побачити результат? (досяжні і вимірні цілі)</li> </ul> | <i>Що/хто буде вам нагадувати про прийом препарату?</i><br><br><i>Якщо ви будете почувати слабкість, хто вам допоможе?</i> |

На етапі виклику/спонукання пацієнт вагається в прийнятті рішення. Насправді, кожен з нас свого часу стояв на роздоріжжі «варто, чи не варто?» і не міг прийняти рішення. Тут допоможе цікава методика, якій вже 400 років, розроблена французьким вченим філософом і математиком Рене Декартом.

## Квадрат Декарта

Попросіть пацієнта записати в 2 колонки переваги й недоліки поточного стану і спрогнозуйте переваги й недоліки змін поведінки. Зазвичай, переваг змін набагато більше, ніж недоліків. Така проста візуалізація допоможе прийняти правильне рішення.

|                         |                               |                               |
|-------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Баланс прийняття рішень | ДОБРЕ                         | НЕ ДОБРЕ                      |
| БЕЗ ЗМІН                | ПЕРЕВАГИ ПОТОЧНОГО СТАНУ<br>1 | НЕДОЛІКИ ПОТОЧНОГО СТАНУ<br>2 |
| ЗМІНИ                   | 3<br>ПЕРЕВАГИ ЗМІН            | 4<br>НЕДОЛІКИ ЗМІН            |



## Повідомлення поганих новин

Однією з важливих навичок пацієнторієнтованого підходу є повідомлення поганих новин. Здавалося б, яка різниця, як сказати, головне – суть повідомлення. Проте ще український класик писав:

«Ну що б, здавалося, слова...  
Слова та голос – більш нічого  
А серце б'ється – ожива,  
Як їх почує!.. Знать, од Бога.»

*Т.Г. Шевченко*

Словом можна лікувати, а можна й поранити, неправильно сказавши.

З плином часу думки медиків щодо того, варто чи не варто повідомляти погані новини пацієнту істотно змінювались. Гіппократ – батько медицини – радив не казати. Нині українське законодавство зобов'язує нас повідомляти діагноз пацієнтам.

Погані новини – це будь-які новини, які різко та негативно змінюють погляд пацієнта на своє майбутнє (Buckman, 1984; Rosenzweig, 2012).

Повідомлення поганих новин – це практична навичка, яку вивчають не лише медики, а й психологи, управлінці та інші спеціалісти, які працюють у соціальній сфері.

Зараз розроблені стандартні протоколи, що передбачають чіткий алгоритм дій лікаря. Найчастіше використовуються протоколи SPIKES (Baile et al., 2000; Kaplan, 2010), ABCDE (Rabow та McPhee), PEWTER (Keefe-Cooperman & Brady-Amoon, 2013).

У вебінарі, присвяченому цій темі, ви знайдете детальний розбір всіх цих описаних протоколів, лінк на вебінар розміщено наприкінці цього розділу.

## Протокол SPIKES / ПІДХІД

Baile et al., 2000; Kaplan, 2010. Адаптація українською: Вадим Вус

|                              |                        |  |
|------------------------------|------------------------|--|
| <b>S</b> etting up           | <b>П</b> ідготовка     | Підготувати план бесіди; підготувати умови для бесіди (достатній час, окреме приміщення, вода, серветки, вимкнений телефон).<br>Забезпечити конфіденційність, подбати про достатній час.<br>«Доброго ранку, як Ваші справи?»                               |
| <b>P</b> erception           | <b>І</b> нформованість | Запитати пацієнта, що йому відомо про його стан/хворобу; як це на нього впливає.<br>«Тиждень тому ми направляли Вас на обстеження в онкодиспансер. Що Ви думаєте щодо цього?»  |
| <b>I</b> nvitation           | <b>Д</b> озвіл         | Запитати, як багато хоче знати пацієнт про свій діагноз та прогноз.<br>Отримайте дозвіл на інформацію: «Чи хочете Ви, щоб я пояснив Вам ситуацію в медичних термінах? Хочете, щоб Ваша дружина теж чула цю інформацію?»                                    |
| <b>K</b> nowledge            | <b>Х</b> вороба        | Вступ – отримані результати обстежень. Пауза після кожного речення.<br>Вираження свого ставлення: «на жаль», «мені шкода».<br>Повідомлення інформації – поганих новин, чітко та однозначно: «У Вас рак», «У Вас цукровий діабет», «Ваша мати померла» тощо |
| <b>E</b> mpathetic response  | <b>І</b> стерика       | Реакція на емоції пацієнта: пауза тиші. Плакати – це нормально.<br>Взяти за руку (якщо це прийнятно), запропонувати води, серветки   |
| <b>S</b> trategy/<br>summary | <b>Д</b> опомога далі  | Формування плану дій: до кого звернутись (наприклад пацієнтські організації).<br>Призначити наступну зустріч: «Ви отримали буклет про рак простати. Пропоную за два тижні знову зустрітись та обговорити питання, які у Вас виникнуть».                    |



Навчальні програми українських медичних вишів ще не містять вивчення цих навичок, тоді як у західних медичних школах це є частиною обов'язкового навчання для медичних працівників. Окремі програми виділяють до 40 годин на оволодіння навичкою повідомлення поганих новин. Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» одним із перших в Україні розпочав навчати цьому лікарів.

Також, на жаль, іноді лікарі нехтують такими способами навчання, як моделювання і рольова гра в опануванні цієї методики. Можливо, для когось рольова гра може виглядати по-дитячому, проте варто пам'ятати, що говорити про погані новини дуже складно, це спричиняє значне психоемоційне навантаження, якого дуже хочеться уникнути. А отже, без практичного відпрацювання алгоритму консультування під час повідомлення поганих новин в умовах гри/моделювання, неможливо якісно себе підготувати до такої роботи.

На онлайн-курсі команди медичних закладів отримали завдання – змодельувати повідомлення погані новини пацієнту у рольовій грі. Аналіз надісланих відео показав низку труднощів, із якими стикнувся лікарі в процесі навчання. Незважаючи на простоту протоколу SPIKES і наявність української адаптації, виникала спокуса покладатись на попередній досвід ведення таких розмов, що призводило до помилок під час бесіди. Часто використовувалися шаблонні вислови, на зразок «я вас розумію», «потерпіть», «будьте сильними», «все буде добре», яких варто уникати. Лікарі не приділяли час спостереженню за емоціями і переживаннями пацієнта, а намагалися якнайшвидше його заспокоювати. Проте варто було зачекати і дати можливість пацієнту прийняти цю інформацію і змиритись з нею. Також часто у

відео домашніх завдань відстежувалася проблема з поданням «реалістичної надії» – іноді обіцяли забагато або не враховували контексту конкретного пацієнта.

Секретом набуття стійкої навички дотримання алгоритму повідомлення поганих новин є частота повторюваності дії. Тому дуже важливо практикуватися і приділяти час навчанню у грі, щоб вдосконалюватися.

## Телефонне консультування

Пандемія COVID 19 поставила медиків перед новими викликами – карантинні обмеження, значне навантаження, висока контагіозність збудника, дотримання інфекційного контролю. Тому суттєво зросла частка телефонних консультацій. Телефонне консультування дає змогу пацієнту поговорити з лікарем дистанційно та заспокоїтися, отримати оперативно інформацію про те, на що слід звернути увагу, що робити, а чого не робити, за яких обставин терміново звертатися в лікарню. Лікареві телефонне консультування дає змогу працювати у своєму кабінеті і не виїжджати до пацієнта додому, де практично неможливо дотриматись правил інфекційного контролю. Водночас він отримує інформацію про проблему пацієнта, може моніторити його стан та планувати свої дії.

Телефонне консультування має свої переваги та недоліки, які слід враховувати. Важливо, що лікар на власний розсуд, враховуючи стан пацієнта, може вирішувати, чи необхідна офлайн зустріч, чи можна поки обмежитись телефонною консультацією

### Переваги

- збільшення задоволеності пацієнтів
- покращення комфорту для пацієнтів
- зменшення рівня госпіталізацій
- зменшення витрат пацієнтів

### Недоліки

- перевантаження медперсоналу
- відсутність відведеного часу
- недотримання графіків пацієнтами
- ризик пропуску небезпечного стану



## Комунікативні навички, які допоможуть під час телефонного консультування

### Активне слухання



демонструйте словесну підтримку розповіді і використовуйте такі фрази: «так», «добре», «ага» тощо;

запам'ятовуйте сказане співрозмовником і використовуйте це під час розмови: ім'я людини, яка зателефонувала, ключові деталі, які видаються дозвонювачу важливими;

ставте питання, щоб уточнити важливі моменти та отримати повну інформацію;

узагальнюйте сказане власними словами, надаючи співрозмовнику змогу виправити або доповнити, якщо це необхідно

### Перефразування



переказуйте сказане співрозмовником максимально близько до оригіналу – це допоможе переконатися, що ваш співрозмовник вас розуміє, і ви зрозуміло висловлюєте свої думки

### Голосові сигнали



контролюйте власні голосові сигнали та відстежуйте їх з погляду співрозмовника:

темп мови – середній, щоб пацієнт чітко зрозумів, що ви йому говорите;

паузи – доречні після озвучення важливої інформації – щоб підсилити значення інформації та дати пацієнту час усвідомити почуте;

зміна інтонації голосу – дає змогу виділити найголовніші моменти в консультації

### Заохочення постановки питань



заохочуйте питання пацієнта правильно: «Що би ви ще хотіли у мене запитати?»

помилково ставити закриті питання: «Вам все зрозуміло?» – таке формулювання ставить пацієнта у незручне становище, і найімовірніше він скаже «так», навіть якщо в нього лишилися сумніви, та він потребує додаткового пояснення

## Важливі правила організації телефонного консультування:

(відповідно до матеріалів Car, J., & Sheikh, A., 2003. Telephone consultations. BMJ)

- Визначте та встановіть чіткий час на телефонне консультування.
- Визначте, який месенджер ви будете використовувати для комунікації з пацієнтами.
- Підготуйте чіткі і прості інструкції для пацієнтів, які ви зможете їм надсилати через месенджери.
- Використовуйте «групові сеанси» для спілкування із пацієнтами у соціальних мережах.
- Дотримуйтеся спокійного тону голосу під час консультування та пам'ятайте про професійні межі.
- Відповідайте на дзвінок без зайвих затримок.
- Представтеся, назвіть своє ім'я та прізвище.
- Запитайте ім'я пацієнта та номер телефону, з якого він телефонує.
- Говоріть безпосередньо з людиною, яка має проблеми.



- Запишіть дату та час дзвінка.
- Запишіть ім'я, стать та вік людини, яка телефонує. Отримайте доступ до медичної документації пацієнта.
- Отримайте детальну та структуровану інформацію про стан пацієнта.
- Надайте поради щодо лікування.
- Поясніть, як спостерігати за власним станом та коли звернутися до лікаря.
- Узагальніть основні моменти вашої розмови.
- Запитайте, чи є у пацієнта якісь питання чи занепокоєння.
- Дайте змогу пацієнту першому покласти слухавку.

## ОСОБЛИВОСТІ КОМУНІКАЦІЇ ІЗ РІЗНИМИ КАТЕГОРІЯМИ ПАЦІЄНТІВ

(на основі матеріалів освітнього ресурсу Ausmed<sup>12</sup>)

### Комунікація та побудова відносин із пацієнтами

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Розтопити лід                 | Будьте обережні та не поспішайте, починайте розмову з менш емоційно насичених тем, знайдіть щось спільне між вами та пацієнтом, адже багатьом людям важко описати свої відчуття, деякі бояться осуду або потребують часу, щоб довіритися.  |
| Ваше оточення має значення    | Важливо розуміти відповідність часу та місця. Ви можете працювати в хаотичних та шумних відділеннях екстреної допомоги, можете оглядати пацієнта в присутності інших людей. Це все може перешкоджати вашому спілкуванню. Якщо ви плануєте поставити пацієнту чутливі персональні питання, то подбайте про відповідне оточення, що допоможе зберегти довіру та конфіденційність.  |
| Використання нових технологій | Нові технології миттєвих сповіщень та дзвінків часто полегшують життя та допомагають швидко обмінюватися важливою інформацією. Проте варто пам'ятати, що вони ж впливають на зниження уваги та продуктивності <sup>13</sup> . Перш ніж почати спілкування із пацієнтом, подумайте чи потрібен вам смартфон. У разі якщо вам необхідно зробити або прийняти дзвінок – попередьте про це пацієнта.   |
| Складні розмови               | Якщо ви обмежені часом чи обставинами, то перед тим, як почати складну розмову, попередьте пацієнта: «Я би хотів обговорити з вами дещо. Чи буде у вас 15 хвилин, щоб ми могли все з'ясувати?» Слухайте та ставте питання, не перебивайте, підтримуйте зоровий контакт та підбадьоруйте: «Я розумію, про що ви говорите», «продовжуйте». Простий і водночас дієвий спосіб дізнатися щось про іншу людину – це ставити відкриті питання («Розкажіть, як саме ви практикуєте безпечний секс» замість «Чи практикуєте ви безпечний секс»). Складна комунікація стає простішою, якщо починати її з маленьких кроків. |
| Відкрита дискусія             | Намагайтеся використати обмежений час так, щоб почати розмову повільно. Не бійтеся говорити про свої почуття та висловлювати власні думки, проте пам'ятаючи та не зловживаючи правами інших (що є агресією).   |

<sup>12</sup> URL: <https://www.ausmed.com/cpd/guides/communication-skills>

<sup>13</sup> URL: <https://repositories.lib.utexas.edu/bitstream/handle/2152/64130/braindrain.pdf?sequence=2>





## ВАЖЛИВО!

- Не здавайтеся! Побудувати стосунки із пацієнтом – це справа не одного разу. Не кожна ваша взаємодія може бути ідеальною. Комунікація розвивається, будьте терплячими та реалістичними (у ваших очікуваннях) та залишайтеся вмотивованими, щоб робити та цінувати навіть маленькі покращення.
- Спілкування – це не завжди слова. Навіть якщо вам складно дається розмова, то ваша присутність, посмішка чи підтримуючий зоровий контакт можуть допомогти та змінити ситуацію.

## Комунікація із літніми пацієнтами

|                        |  |
|------------------------|--|
| Бути терплячими        | Терпіння – одне з найважливіших умінь у спілкуванні із старшими пацієнтами. Давайте їм достатньо часу, зважайте на їхні потреби та когнітивні можливості. Ви можете дізнатися щось важливе про пацієнта, просто провівши з ним декілька додаткових хвилин.   |
| Звертати увагу на мову | Використовуйте просту та зрозумілу мову, уникаючи специфічної медичної термінології. Будьте готові повторити сказане або зробити це кількома різними способами, щоб переконатися, що ваше повідомлення зрозуміле.  |
| Групові зусилля        | Дуже часто сім'я та близькі люди є важливими у спілкуванні із літніми пацієнтами і можуть допомогти полегшити цей процес. Проте навіть якщо члени сім'ї намагаються управляти цим процесом самостійно, завжди долучайте у розмову пацієнтів, яким надається допомога, проявляючи до них повагу та турботу. |



## ВАЖЛИВО!

- Уникайте фамільярності у спілкуванні зі старшими пацієнтами.
- Робочий час медичного працівника насичений та зайнятий, але пам'ятайте, що ми завжди враховуємо потреби пацієнта. Пропонуйте літнім пацієнтам додатковий час, якщо вони цього потребують.



## Комунікація із дітьми

Комунікація із дітьми та молодшими пацієнтами є одним із найскладніших аспектів охорони здоров'я. Адже вам потрібно пояснити складну концепцію дитині в термінах, що зрозумілі їй, а також долучити до комунікації батьків.

|                |  |
|----------------|--|
| Розвіяти страх | У дітей менше психологічних механізмів пристосування у порівнянні із дорослими – це природньо, що дитина може злякатися або чинити опір лікуванню. Пояснення дитині процедури може допомогти зменшити тривогу та зміцнити її впевненість. Як і у випадку із літніми пацієнтами, уникайте складної медичної термінології. Адаптуйте вашу мову відповідно до розвитку та потреб дитини <sup>14</sup> . Уникайте вживання слів, що можуть налякати, таких як «біль» або «укол». Підбадьоруйте, заспокоюйте і, можливо, запропонуйте винагороду за сміливість. Пам'ятайте про уважне слухання, позитивну мову тіла, за потреби понизьте тон голосу або присядьте на рівень очей маленького пацієнта. |
| Відволікання   | Відволікання є гарним методом для зменшення болю та дистресу під час медичних процедур у дітей. Королівський дитячий госпіталь у Мельбурні розробив рекомендації <sup>15</sup> щодо методів відволікання відповідно до віку дитини, ви можете їх знайти на сайті та скористатися ними.   |
| Батьки         | Великою частиною комунікації із дітьми є спілкування із їхніми батьками. Спробуйте підтримати їх та розвіяти страхи, пояснюйте все максимально детально, будьте чесними і відповідайте на їхні запитання або направте до відповідної людини, якщо не знаєте відповіді. Під час особливо складних чи емоційних розмов намагайтеся спілкуватися із батьками не в присутності дитини. Використовуйте методи активного слухання, як і з будь-яким іншим пацієнтом або близькими пацієнта.  |



### ВАЖЛИВО!

- Дуже маленькі діти можуть вас взагалі не розуміти, тому ефективна мова тіла необхідна, щоб вони почували себе у безпеці. Посмішка або дотик допоможуть подолати їхні страхи.
- Хоча більшість запитань можуть зоставити батьки/опікуни, важливо долучати дитину до розмови про процедури та стан її здоров'я.

<sup>14</sup> URL: <https://www.ausmed.com/cpd/articles/nursing-paediatric-patients-effective-procedural-communication>

<sup>15</sup> URL: [https://www.rch.org.au/rchcpg/hospital\\_clinical\\_guideline\\_index/Procedural\\_Pain\\_Management/](https://www.rch.org.au/rchcpg/hospital_clinical_guideline_index/Procedural_Pain_Management/)



## Комунікація із пацієнтами у термінальних станах

Однією із найскладніших комунікацій для працівників охорони здоров'я є спілкування із пацієнтом у термінальних станах. Некомфортно та емоційно складно комунікувати з людиною, яка щойно отримала прогноз без надії. Яка зіткнеться з найбільшим викликом – боротьбою не тільки фізичною, але й моральною, і духовною.

|              |   |
|--------------|---|
| Самодопомога | Важливо перебувати у здоровому психічному стані під час роботи з пацієнтами, які перебувають у термінальних станах. Це означає піклуватися про себе і давати собі час, щоб відключитись від роботи. Повернувшись додому, слід залишити смуток та емоції від роботи на робочому місці. Якщо ви не навчитеся «відключатися» від таких емоцій, це може зробити вас сприйнятливими до «втоми від співчуття» – синдрому, який може призвести до депресії, гніву та розпаду особистих відносин. |
| Чесність     | Не вдавайте, що все добре. Пацієнт заслуговує на повагу до свого становища, яке б воно не було. Якщо ви будете вдавати, що не помічаєте цього, це може спричинити відчуття, ніби ви інфантилізуєте пацієнта. Однак не потрібно переборювати емоції. Продовжуйте таку ж чесну, турботливу допомогу пацієнтові, як ви робили раніше. Слідкуйте за його потребами і робіть все, що від вас залежить.   |
| Присутність  | Ваш пацієнт, можливо, відчуває потребу відкритися, адже довіряє вам, тому що ви допомагаєте йому. Іноді в таких ситуаціях слова не потрібні. Комунікація може полягати в присутності, в готовності слухати і не осуджувати. Це найкращий терапевтичний подарунок, який ви можете подарувати своєму пацієнтові.  |



### ВАЖЛИВО!

- Пам'ятайте, що у вас є багато пацієнтів, і надмірна емоційність може призвести до вигорання.
- Це нормально визнати, що спілкування з пацієнтами в термінальних стадіях надзвичайно складне, і емоційна турбота про себе завжди повинна бути на першому місці.



## Комунікація із родинами та близькими пацієнтів

Медичним працівникам доводиться регулярно спілкуватися з родиною та друзями пацієнта. Найкраще ставитися до цих взаємодій прагматично, усвідомлювати нюанси сімейних відносин, що склалися.

---

**Контактна особа** Ви можете витратити багато часу на те, щоб задовольнити інформаційні запити усіх родичів і близьких пацієнта. Тому важливо визначитися із представником від сім'ї, єдиною контактною особою для медичного працівника. Тут також важлива чесність, не варто давати пустих обіцянок. Щойно ви переконаєтесь, що сім'я ознайомена із деталями, скажіть їм правду про те, що відбувається із їхньою близькою людиною. Будьте готові до широкого спектру реакцій – гнів, сум або відсторонення. Знайдіть місце, де ви зможете забезпечити вашу присутність, дайте їм простір для миру і порозуміння. Зробіть усе, що від вас залежить, щоб вони почувалися комфортно та не зраджуйте вірі у вас.

---

**Права пацієнта та права сім'ї** Сім'я може мати найкращі наміри, але права пацієнта завжди мають стояти на першому місці. Якщо родичі або друзі порушують спокій пацієнта, завдають непотрібного дискомфорту, медичний працівник має право втрутитися та попросити звільнити приміщення. У таких випадках важливо говорити із пацієнтами та членами сім'ї. Спочатку поцікавтесь у пацієнта, чи йому комфортно із родичами, та чи бажає він обмежити візити. Потім поспілкуйтеся із сім'єю. Поясніть, що їхня поведінка засмучує пацієнта, і що потрібен інший підхід. Визнайте страх, який вони відчувають, та підтримайте їх так само, як ви б підтримували своїх пацієнтів.

---



### ВАЖЛИВО!

- Залучайте сім'ю та родичів, коли це доречно, але пам'ятайте, що інтереси пацієнта – на першому місці.
- Пам'ятайте про права пацієнта на конфіденційність, і як це може стосуватися інформації, яку ви передаєте родичам та друзям.



## Комунікація із «складними» пацієнтами

Складних особистостей можна знайти скрізь; не тільки серед пацієнтів, а й серед їхніх рідних та колег. Неправильно підібрані слова можуть швидко погіршити ситуацію, тому медичному працівнику необхідно залишатися професійним та наполегливим, але не агресивним.

|  |  |
|--|--|
| Залишатися професіоналом               | Залишатися професіоналом вкрай важливо, коли розмова загострюється. Кожен має право «випустити пар», і немає нічого поганого в тому, щоб висловитися довірений людині у відповідному місці та часі. Однак на робочому місці завжди потрібно бути професіоналом. Це означає не забувати про себе. Ви представник свого закладу та професії загалом. Підвищення голосу, публічні плітки чи суперечки перед пацієнтами чи громадськістю не припустимі на робочому місці. Спробуйте знайти дружні способи вирішення проблеми, щоб задовольнити усі сторони. Це може означати піти на компроміс заради миру або залучити ваше керівництво до обговорення, якщо це доречно.  |
| Спілкування із розгніваними пацієнтами | Сердита або розгнівана людина може бути просто наляканою, захищатися або знаходитися у стадії заперечення ситуації. Медичному працівнику важливо розуміти реальну ситуацію. Якщо пацієнт справді наляканий, то спілкуватися із ним потрібно інакше, ніж якщо він справді сердиться на щось, наприклад, на тривалий час очікування.   |
| Деескалація                            | Найкращий спосіб дій – детально розпитати пацієнта, щоб з'ясувати, що він відчуває. Але спочатку потрібно заспокоїтися і зрозуміти власні емоції. Почніть залучати людину, використовуючи рефлексивні висловлювання, наприклад, «Я розумію, що ви відчуваєте», і спробуйте обговорити з ними можливі рішення. Уникайте звинувачувальних чи негативних висловлювань, таких як «Ви знехтували», що вказує на те, що людина бреше, «Ви так говорите» або «Я не розумію як», що ставить під сумнів розумові здібності людини. Також уникайте вимогливих фраз, таких як: «Ви повинні». Ці мовні звороти можуть призвести до ескалації. Більш відповідним підходом було б використання позитивної лексики для деескалації та розрядки ситуації, що не дасть пацієнту можливості надмірно реагувати. Наприклад, ви можете сказати: «Схоже, у вас інший погляд на цю ситуацію. Дозвольте мені пояснити нашу позицію». Це дасть змогу пацієнту бути почутим, а вам – висловити свої аргументи. Ще одна позитивна відповідь: «Ми можемо запропонувати вам...» або «можливий варіант...» Це дасть змогу пацієнту знати, які у нього є варіанти, але не відчувати загрози. |



### ВАЖЛИВО!

- Говоріть м'яко та без осуджуючої інтонації.
- Мова тіла має бути розслабленою, намагайтеся зберігати нейтральність.
- Тримайте деяку відстань із пацієнтом.



## ПАМ'ЯТАЙТЕ:

Пацієнторієнтований підхід в охороні здоров'я вимагає змін в способі надання медичної допомоги, дизайні послуг, управлінні та механізмах фінансування (оплати). І цей зсув відбувається не у вакуумі, а в усталеній системі ієрархії, де лікарі та управлінці охорони здоров'я відіграють провідну роль. Тож зміна корпоративної культури, світогляду та ставлення усього персоналу медичних закладів – є вирішальними для розвитку пацієнторієнтованості в Україні.

Пацієнторієнтована медична допомога передбачає зміну традиційної ролі пацієнта від пасивного «виконавця призначень лікаря» до активного «члена команди». Медичний персонал має зосереджуватися більше на проблемі пацієнта, ніж на його діагнозі. Вирішальне значення мають побудова довірливих стосунків, емпатія, двостороння комунікація та спілкування віч-на-віч, використання сучасних та ефективних методів консультування для того, щоб побачити та оцінити більше, ніж симптоми чи безпосередній біль пацієнта.

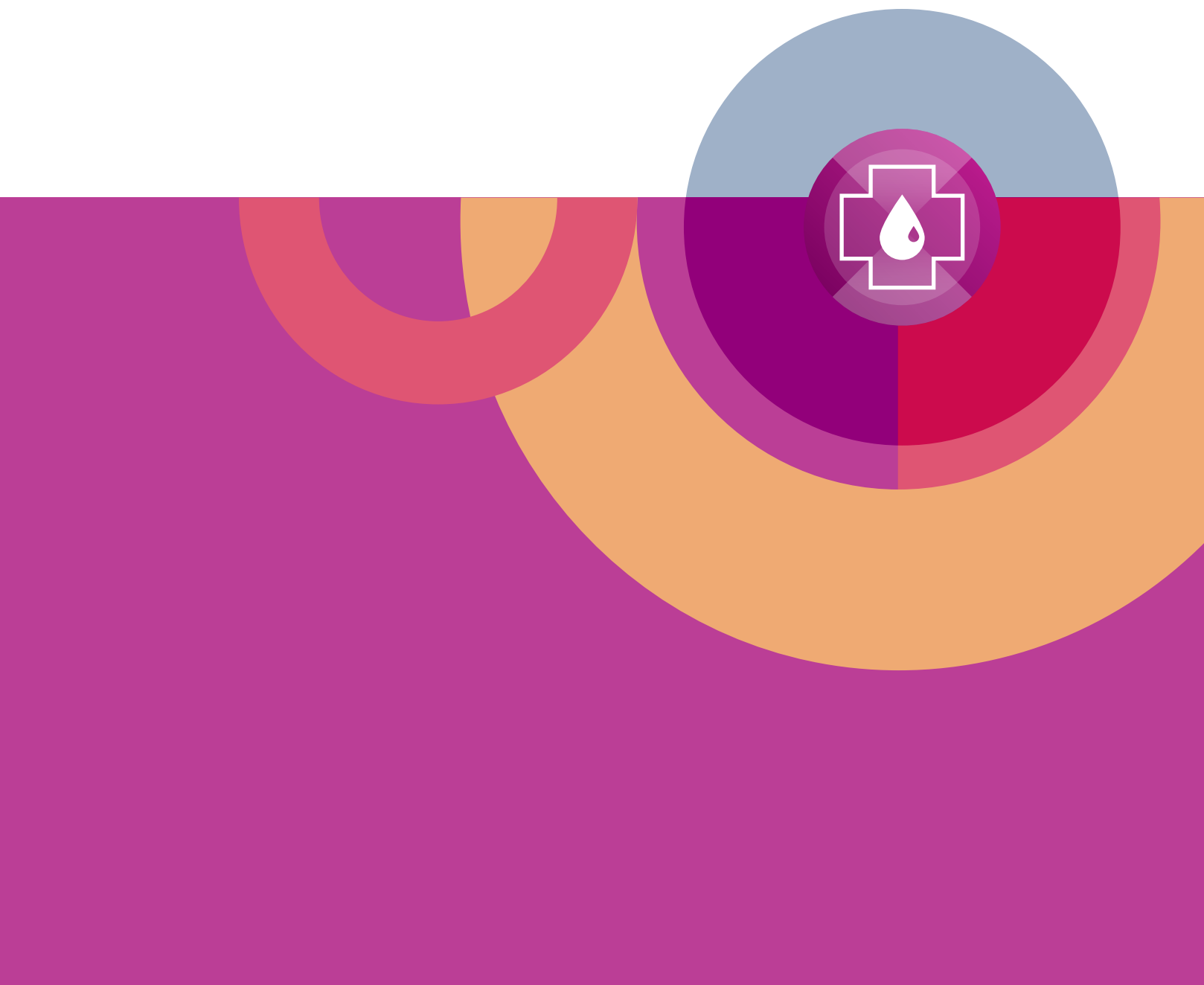
### Всі матеріали онлайн-курсу за компетенцією ПАЦІЄНТОРІЄНТОВАНІСТЬ

| Семестр | Тема                                   | Вебінари   | Додаткові матеріали<br>(доступні на сторінці<br>курсу на e-Platform<br>Академії НСЗУ)  |
|---------|--|--|--|
| 2       | Принципи пацієнторієнтованості         | V.15 Принципи пацієнторієнтованості<br><a href="https://youtu.be/FcYcGjSdEz4">https://youtu.be/FcYcGjSdEz4</a>   |  |
| 2       | Мотиваційне інтерв'ювання              | V.16 Мотиваційне інтерв'ю (частина 1)<br><a href="https://youtu.be/M19WKq3zHFY">https://youtu.be/M19WKq3zHFY</a><br><br>V.17 Мотиваційне інтерв'ю (частина 2)<br><a href="https://youtu.be/3xJf9juFEIY">https://youtu.be/3xJf9juFEIY</a> |  |
| 3       | Особливості телефонного консультування | V. 21 Особливості телефонного консультування<br><a href="https://youtu.be/oIDzA53vmmM">https://youtu.be/oIDzA53vmmM</a>  | Брошура-тел.консультування тих, хто нехтує небезпекою<br><br>Брошура-тел.консультування тривожних пацієнтів<br><br>Брошура-тел.консультування уразливих груп<br><br>Брошура-тел. консультування_ключові поради |
| 3       | SPIKES протокол                        | V.22 SPIKES протокол<br><a href="https://youtu.be/HjFeR1rkTmE">https://youtu.be/HjFeR1rkTmE</a>  |  |
| 4       | Управління потоками пацієнтів          | V.28 Універсальний дизайн у медичному закладі<br><a href="https://youtu.be/BCa0bvzltFI">https://youtu.be/BCa0bvzltFI</a>   | Посібник Універсальний дизайн в медичних закладах  |



5

# УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ

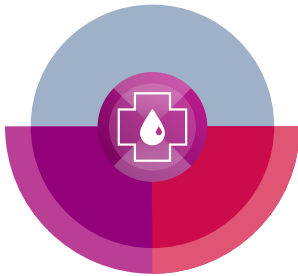






*Якість ніколи не виникає випадково; вона завжди є результатом ясного наміру, щирого зусилля, розумного керівництва і кваліфікованого виконання; вона досягається мудрим вибором з багатьох альтернатив.*

*Уїлл Фостер*



## ЯКІСТЬ У МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ

### Зміна парадигми – «продукт чи клієнт»

Світ якісних продуктів та клієнтоорієнтованих сервісів, яким ми знаємо його сьогодні, не завжди був таким. В ХІХ та ХХ столітті попит товарів та послуг настільки перевищував пропозицію, що компаніям було достатньо просто створити новий продукт, а клієнт завжди знаходився. Так народився бум на автомобілі, електроніку, побутову техніку та інші товари та послуги, які значно спрощували життя людей того часу. Але з появою інтернету і з поступовим насиченням ринку у споживачів з'явився вибір, і компаніям стало недостатньо запропонувати товар та послугу середньої якості. Тепер він завжди конкурує в очах споживачів з іншими альтернативами. Аналогічна зміна парадигми відбувалась і в медичній сфері. Тільки продуктом системи охорони здоров'я є медична послуга. У цієї послуги є свій ринок, зі своїми гравцями. І цей ринок є дуже конкурентним у світі. В Україні ця зміна була запущена під час реформи системи охорони здоров'я в 2018 році, коли «гроші пішли за пацієнтом». Так у пацієнта з'явився вибір, і тепер для того, щоб привернути його увагу, а потім не втратити, медичним закладам треба запропонувати кращий рівень якості медичних послуг, ніж у конкурентів.

Тепер перемагають організації, пацієнти яких залишаються з ними довше і залишаються постійно задоволеними рівнем якості медичних послуг. А формула довгострокових відносин стала виглядати так:



Довгострокові  
відносини



Клієнт

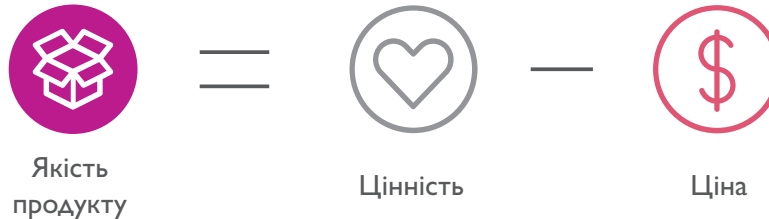


Якість  
продукту



## Народження управління якістю

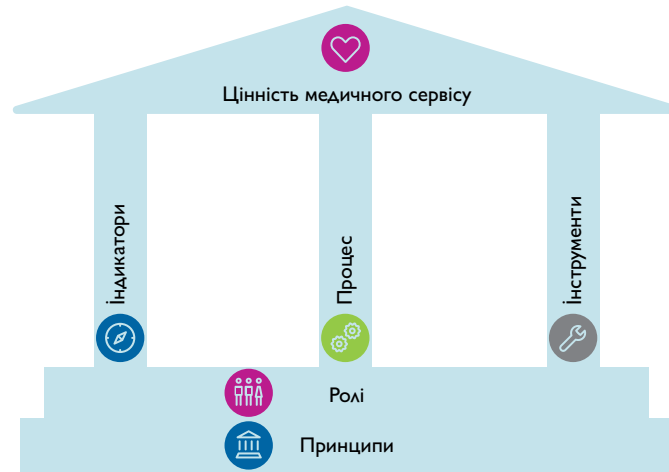
Так поступово, протягом 20-го сторіччя, з розвитком клієнто-центричної моделі, народжувалась нова бізнес-дисципліна – управління якістю продукції, основним фокусом якої стала цінність продукту та послуги. Історія зародження та створення управління якістю пройшла 6 основних етапів:



| Рік  | Подія   |
|------|---|
| 1911 | Засновником дисципліни «управління якістю» вважають відомого управлінця з Філадельфії Фредеріка Тейлора. Ще в 1911 році Тейлор у своїй книзі «Принципи наукового менеджменту» описав методи замірів часу та пересувань працівників, розповів про вигоду зниження часу процесу, а також згадавав стандарти роботи та постійне покращення. У своїй роботі він вперше згадав прототип циклу PDCA (Plan-Do-Check-Act), який став ключовим процесом у сучасному покращенні якості. |
| 1924 | Далі значний внесок у розвиток управління якістю зробив американський інженер Уолтер Шухарт. У 1924 році він запропонував метод статистичного контролю якості, а в 1931 році задокументував це у своїй першій книзі – «Економічне управління якістю промислової продукції». Шухарт першим запропонував метод PDCA для статистичного контролю якості.  |
| 1944 | В 1944 році американський вчений, статистик та консультант з питань управління Едвард Демінг успішно впроваджував метод Шухарта у військовому виробництві США, який допоміг збройним силам значно пришвидшити свої бойові маневри. Демінг зробив значний внесок у популяризацію циклу PDCA.   |
| 1960 | Після війни Демінг поділився своїми роботами з управлінням якістю з японськими компаніями. Команді «Тойота» дуже сподобались прогресивні ідеї Демінга, і вони успішно запровадили їх у себе на виробництві, вдосконалили на практиці, навчилися мінімізувати втрати цінності у виробництві, внаслідок чого досягли надзвичайної якості своєї продукції. Так народилася виробнича система «Тойота», яка стала основою загального управління якістю.                            |
| 1970 | В 1970-х роках американські автомобільні компанії та виробники електроніки почали втрачати значну частку ринку на користь японських компаній (Toyota, Sony). Останні змогли запропонувати споживачу дуже якісну продукцію за ціною, нижчою ніж у конкурентів. Так народилася теорія загального управління якістю, що детально описала процес, принципи та методи управління якістю на підприємствах для того, щоб повернути американським компаніям втрачені позиції.         |
| 1987 | В 1987 для популяризації системи покращення якості серед американських компаній був створений стандарт ISO 9000, і тепер отримати цю сертифікацію може будь-яка компанія у світі.   |



# КОМПОНЕНТИ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ



Управління якістю продукції – це система взаємопов’язаних елементів, які працюють разом для досягнення спільного результату. Концептуально ця система схожа на будинок, в основі якого лежать певні ролі та принципи, без яких весь будинок може не встояти. На вершині знаходиться цінність, як кінцевий результат роботи всієї системи управління, а трьома стовпами, на яких тримається весь будинок, є індикатори, процес та інструменти. Компоненти системи, на перший погляд, виглядають досить абстрактними й малокерованими, проте розкладімо по поличках кожен компонент, щоб зрозуміти, як можна створити практичну й результативну систему управління якістю в кожному медичному закладі:

## Цінність медичної послуги:

### Здоров’я



Цінність – це кінцевий результат надання медичної послуги. Фактично, це різниця фізичного та емоційного стану пацієнта до та після надання медичної послуги. І чим більше позитивне значення цієї різниці, тим більше цінності отримує пацієнт.



Є два ключових компоненти цінності медичної послуги: (1) клінічна якість та (2) якість обслуговування. Клінічна якість стосується покращення здоров'я пацієнта, а якість обслуговування впливає на його рівень задоволеності до, під час і після його взаємодії з медичним закладом.

Треба зауважити, що «Здоров'я», як ключовий компонент клінічної якості, має 4 основні зацікавлені сторони:

1. Пацієнти
2. Медичні заклади
3. НСЗУ
4. МОЗ

Кожна із цих сторін має свої очікування щодо динаміки клінічної якості в тому чи іншому медичному закладі. Тому під час планування роботи з впровадження системи якості ці інтереси мають бути визначені, проаналізовані та враховані в подальшій реалізації стратегії управління якістю медичних послуг.

Цікаво, що клінічну якість медичної послуги пацієнти для себе асоціюють безпосередньо з професіоналізмом того чи іншого лікаря. А якщо розкласти на складові частини поняття «професіоналізм» лікаря, то ми отримуємо такі 7 ключових характеристик та їх проявів у реальному житті пацієнтів:\*

\*Згідно з опитуванням 100 пацієнтів Коломийського та Київського міських центрів ПМСД (серпень 2019)

| Характеристика              | Прояв  |
|-----------------------------|--|
| Ефективно лікує             | Лікар призначає лікування, яке допомагає швидко одужати й рідше хворіти  |
| Лікар зрозуміло пояснює     | Пояснює так, що і дитина, і літня людина розуміють з першого разу, а молодій людині не потрібно буде «догуглювати» діагноз |
| Турботливість               | Лікаря не байдуже, що буде з пацієнтом, тому він приділяє достатньо часу навіть важливим дрібницям                         |
| Лікар знає історію пацієнта | Пацієнту не потрібно нагадувати лікарю про минулі лікування та діагнози  |
| Вміє передбачати            | Лікар чітко пояснює, які в пацієнта можуть виникнути ситуації, і як діяти в тому чи іншому випадку                         |
| Відкритий до нового         | Лікар знає та використовує нові та сучасні методи лікування  |
| Вміє заспокоїти             | Лікар вміє зменшити паніку в пацієнта та дати пацієнту впевненість у майбутньому   |

Так тепер ми розуміємо, що для пацієнта **КЛІНІЧНА ЯКІСТЬ = ПРОФЕСІОНАЛІЗМ ЛІКАРЯ**. А професіоналізм лікаря – це не якась абстрактне поняття, а цілком конкретні характеристики цінності кожного лікаря для пацієнта.

Кожен медичний заклад має слідкувати за тим, щоб його лікарі демонстрували високий рівень прояву цих важливих рис, регулярно проводити тренінги для підвищення їхнього рівня компетентності та залучати пацієнтів до покращення цих якостей. Для того, щоб почати, достатньо попросити пацієнтів оцінити за 10-бальною шкалою рівень кожного лікаря в розрізі цих характеристик. Результат покаже кожному лікарю можливості для професійного росту. Також це дасть змогу знайти людей, які демонструють дуже високий рівень професіоналізму, і вони зможуть поділитись своїми секретами та порадами зі своїми колегами. Таке командне навчання завжди дає швидкий позитивний результат.

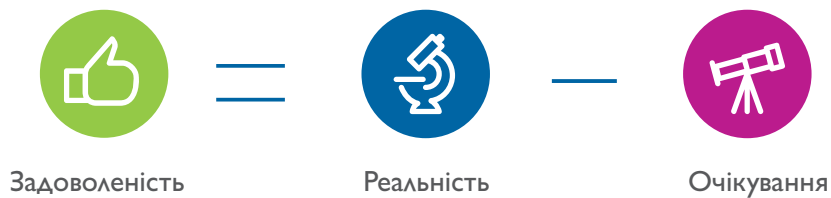


## Задоволеність

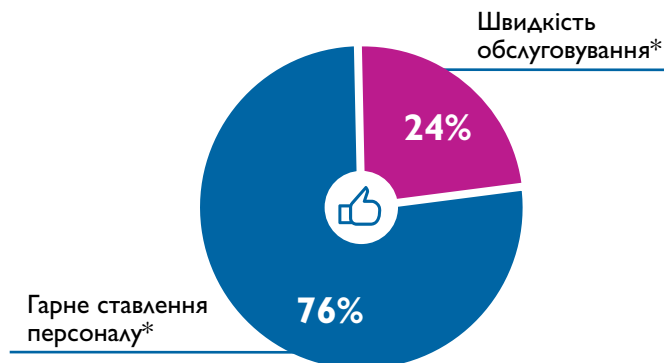
Другий елемент цінності це – задоволеність. Цей компонент дуже довго знаходився поза увагою комунальних медичних закладів в Україні. Водночас він є одним із ключових чинників диференціації медичних закладів в очах пацієнта.

У «задоволеності» лише дві ключові зацікавлені сторони, на відміну від чотирьох у «клінічній якості». Це – сам пацієнт та команда медичного закладу. Це означає, що управляти задоволеністю значно легше, а ефект на збільшення тривалості відносин медичного закладу та пацієнта дуже суттєвий.

Задоволеність завжди визначається за формулою:



Тобто управління задоволеністю відбувається через управління очікуваннями пацієнтів та фактичним рівнем медичних послуг. Водночас, з досвіду пацієнтів\*, є два ключових компоненти задоволеності: гарне ставлення персоналу та швидкість обслуговування.



\*Опитування 100 пацієнтів Коломийського та Київського міських центрів ПМСД, серпень 2019

Так само поняття «гарне ставлення» та «швидкість обслуговування» складаються з таких характеристик та їх проявів у реальному житті пацієнтів:



## Гарне ставлення:

| Характеристики     | Прояв   |
|--------------------|---|
| 1. Людяність       | Вміння поставити себе на місце пацієнта та допомогти йому як собі                             |
| 2. Доброзичливість | Бажання та проактивність допомогти пацієнту з проблемою                                       |
| 3. Вихованість     | Вміння знайти підхід до різних пацієнтів та поводити себе інтелігентно в складних ситуаціях   |
| 4. Позитивність    | Гарне почуття гумору та настрої, який заряджає позитивною енергією                            |
| 5. Уважність       | Вміння вислухати, розібратись у ситуації, щоб запропонувати найкраще рішення                  |
| 6. Любов до роботи | Відчувається, що людина працює за покликанням, часто посміхається і «кайфує» від своєї роботи |
| 7. Доступність     | Можливість отримати допомогу швидко   |

## Швидкість обслуговування:

| Характеристики                 | Прояв   |
|--------------------------------|---|
| 1. Відсутність черг            | Приходжу на свій час і без черг потрапляю до лікаря               |
| 2. Швидкість реакції           | Можу швидко проконсультуватись                                    |
| 3. Зручно записатись на прийом | Між датами прийомів потрібних мені лікарів проходить мінімум часу |
| 4. Точність                    | Витратила на прийом не більше часу, ніж планувала                 |
| 5. Економія часу               | Без лікаря вирішувала б свою проблему набагато довше              |

Тобто формула задоволеності для медичних закладів в Україні виглядає так:

$$\text{Задоволеність} = \text{Гарне ставлення персоналу} + \text{Швидкість обслуговування}$$

Отже, абстрактне поняття якості перетворюється в 19 конкретних характеристик поведінки кожного лікаря та працівника медичного закладу і загальна формула якості медичної послуги виглядає так:

$$\text{Якість медичної послуги} =$$

$$\text{Ефективне лікування} + \text{Зрозумілість пояснень} + \text{Турботливість} + \text{Врахування історії пацієнта} + \text{Вміння передбачати} + \text{Відкритість до нового} + \text{Вміння заспокоїти} + \text{Людяність} + \text{Доброзичливість} + \text{Вихованість} + \text{Позитивність} + \text{Уважність} + \text{Любов до роботи} + \text{Доступність} + \text{Відсутність черг} + \text{Швидкість реакції} + \text{Зручність запису на прийом} + \text{Точність} + \text{Економія часу}$$

Користуватись цією формулою дуже просто. Уявімо, що, на думку пацієнта, кожен з елементів може проявлятися в різних значеннях від 1 до 10, де 1 – «зовсім не проявляється», а 10 – «завжди проявляється». Так кожен медичний заклад може мати максимум 190 балів з якості медичної послуги. «Який рівень якості вашого медичного закладу зараз?» – питання, з якого треба почати діалог з пацієнтами щодо покращення якості медичних послуг.



Це можна легко і швидко зробити за допомогою онлайн-форм зворотного зв'язку (наприклад, Google Form, Microsoft Forms чи Monkey Survey), надісланих через вайбер кожному пацієнту після візиту до лікаря з проханням оцінити кожную характеристику від 1 до 10. Далі пацієнти самі визначають поточний рівень кожного елементу якості і підкажуть вам, де і як можна їх покращити. Головне – почати спілкуватися з пацієнтами на цю надважливу тему.

## Показники

Показники якості – це показники, які допомагають зрозуміти, що якість медичних послуг змінюється. Ця зміна допомагає визначити прогрес якості в часі, а головне – показники дають змогу усвідомити, чи ефективні ті чи інші заходи покращення якості, що треба посилити, що потрібно почати робити, а від чого треба взагалі відмовитись. Неможливо керувати тим, що ви не вимірюєте, і це стосується якості медичних послуг зокрема.

*«Без даних, ви – просто ще одна людина зі своєю точкою зору» – Егвард Демінг*

Показники – це дані, які дають змогу науково управляти якістю. Для того, щоб прокласти маршрут з точки А в точку Б, вам завжди потрібно знати координати обох точок. Показники якості і є такими координатами в системі управління. Розглянемо приклади двох ключових показників якості

### 1. Показник «Здоров'я» – час очікування пацієнта

Час очікування = {проміжок часу між моментом «зайшов в медичний заклад» та «зайшов на прийом в кабінет до лікаря»}.

Цей показник допомагає оцінити, яку частину свого часу пацієнт витрачає без цінності для себе.

Згідно зі спостереженнями за 60 пацієнтами Коломийського міського центру ПМСД у вересні 2019 року середній час очікування пацієнтів під кабінетом лікаря склав 9.28 хвилини, водночас сам прийом в середньому займав 11.57 хвилини. Помножимо цей час очікування на сотні медичних закладів в Україні та тисячі пацієнтів у кожному з них і отримуємо роки, які пацієнти проводять в очікуванні. Тобто 45% всього часу, який пацієнти провели в медичному закладі, вони втратили, хоча могли використати його з більшою користю для себе та свого здоров'я. Гарна новина в тому, що ці 45% – це не тільки втрати, але й великий потенціал для покращення послуг в майбутньому. І його можна наповнити цінними для пацієнта активностями – попередніми обстеженнями медсестри, цікавим контентом, вправами для здоров'я тощо.

### 2. Показник «Задоволеності» – індекс лояльності

Індекс лояльності (в англ. мові NPS – net promoter score) – це показник, який відображає, з якою ймовірністю пацієнт порекомендує медичний заклад своїм близьким та друзям. Він показує, як швидко буде рости або зменшуватись база пацієнтів медичного закладу в майбутньому.

Для того, щоб виміряти індекс лояльності статистично репрезентативній вибірці пацієнтів закладу, треба поставити таке питання:

Ключове питання:

**З якою ймовірністю від 1 до 10 ви порекомендуєте наш медичний заклад вашим близьким та друзям?**  
(де 1 – ніколи не порекомендую, а 10 – завжди рекомендую)



**Індекс лояльності = % Промоутерів - % Критиків**



Статистика свідчить про те, що зазвичай шість позитивних рекомендацій дають одного нового пацієнта, а один критик призводить до втрати аж чотирьох потенційних нових пацієнтів.

За результатами опитування, 100 пацієнтів Коломийського та Київського міських центрів ПМСД в серпні 2019 року середній індекс лояльності закладів центрів склав 64%<sup>16</sup>.

64% – це дуже високий показник з огляду на те, що індекс лояльності найбільшої компанії у світі Apple складає 47%. Звісно, на більшій вибірці пацієнтів та за умови абсолютної анонімності результати будуть відрізнятися. Важливо враховувати, що в Україні клієнти ще не звикли давати об'єктивний зворотний зв'язок. Іноді не хочуть, іноді соромляться, не люблять критикувати, не хочуть конфліктувати, бояться образити людину, яка надала послугу, тощо. Проте треба зрозуміти, що такий зворотний зв'язок – це як органи чуттів для будь-якої організації, без них вона нічого не відчуває, не може адаптуватись і не зможе вижити в цьому світі. Тому і пацієнти, і медичні заклади мають робити все можливе, щоб допомагати одне одному: пацієнти – об'єктивним зворотним зв'язком, медичні заклади – постійною реакцією на нього у вигляді покращення рівня медичних послуг.

Найбільшу цінність індекс лояльності має, коли порівнюється один період з іншим, а також,

коли ми порівнюємо індекс лояльності різних медичних закладів між собою. Це дає можливість побачити прогрес заходів із покращення «задоволеності» пацієнтів, зрозуміти, що працює, а що – ні, визначити медичний заклад з найбільшим індексом лояльності. Це дасть змогу лікарям поділитись одне з одним найкращими практиками в роботі з пацієнтами.

Вимірювати цей показник можна, надсилаючи пацієнту після візиту до медичного закладу посилання в вайбер з проханням заповнити невеличку форму зворотного зв'язку, яка буде містити основне закрите питання: **«З якою ймовірністю від 1 до 10 ви порекомендуєте наш медичний заклад своїм близьким та друзям?»** та два відкритих: *«Що вам найбільше сподобалось під час візиту до нас?»* і *«Що ми можемо покращити для вас наступного разу?»* В цей спосіб ви зможете чітко виміряти індекс лояльності та зібрати великий обсяг якісних даних про те, що на нього впливає, та як треба покращувати медичні послуги у майбутньому.

У разі, коли у медичного закладу в регіоні немає альтернатив, то замість індексу лояльності доречно вимірювати рівень задоволеності. В такому разі пацієнтів необхідно запитати: **«На скільки від 0 до 100% ви задоволені тим, як вас обслужили в медичному закладі?»**

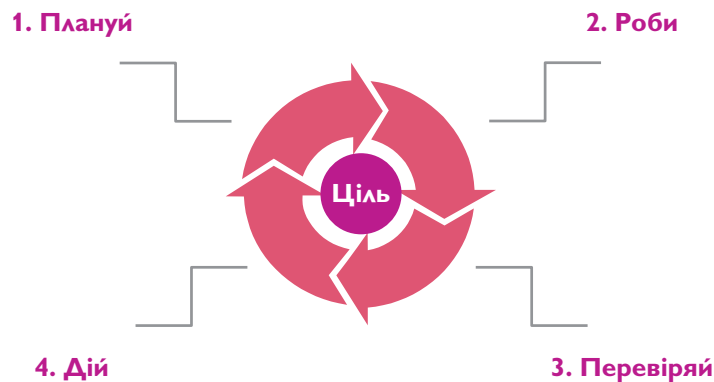
<sup>16</sup> За результатами опитування 100 пацієнтів Коломийського та Київського міських центрів ПМСД в серпні 2019 року.





# ПРОЦЕС ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ

Другим стовпом системи управління якістю є процес. Коли ми вже знаємо, з чого складається цінність медичної послуги, знаємо, якими показниками вимірювати зміну цієї цінності, наступне питання – які кроки треба робити, щоб отримувати потрібний результат. Ці кроки – алгоритм і процес покращення якості. Фактично це науковий процес вирішення задач. Він націлений на те, щоб визначити поточний стан якості послуг, зрозуміти майбутній стан, якого ми хочемо досягти, і прокласти шлях між цими двома точками через постійні експерименти. Цей процес винайшов Уолтер Шухарт та популяризував Едвард Демінг, тому він отримав назву цикл «Демінга-Шухарта». Цикл складається з чотирьох послідовних етапів:



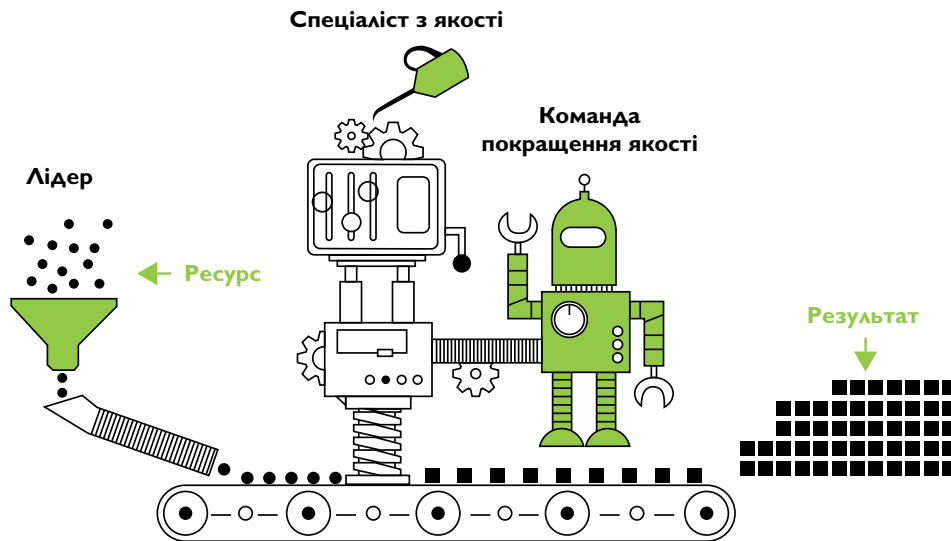
Кожен етап має свій алгоритм дій. На етапі «плануй» проводиться аналіз поточного стану, оцінка майбутніх сценаріїв та проблем, які можуть завадити рухатись далі. На етапі «роби» виконуються сплановані заходи та експерименти. На етапі «перевіряй» визнається фактичний результат і порівнюється з планом. А далі під час етапу «дій» відбувається стандартизація успішних заходів або коригування майбутніх експериментів.

|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>1. Плануй</b>    | <ul style="list-style-type: none"><li>• Аналіз поточних показників якості</li><li>• Визначення проблемних зон</li><li>• Пошук глибинних причин проблеми</li><li>• Постановка цілі</li></ul>   |
| <b>2. Роби</b>      | <ul style="list-style-type: none"><li>• Розроблення контрзаходів, щоб усунути глибинні причини проблем</li><li>• Пріоритизація та вибір контрзаходів</li><li>• Постановка гіпотези та план експерименту</li><li>• Проведення контрзаходів</li></ul> |
| <b>3. Перевіряй</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Замір результатів</li><li>• Висновок: чи досягнута ціль? Чи дійсно ми прибрали «корінь» проблеми? Чи отримали ми той результат, який хотіли?</li></ul>  |
| <b>4. Дій</b>       | <ul style="list-style-type: none"><li>• Стандартизація успішних заходів</li><li>• Документування отриманих висновків та знань у разі недієвих контрзаходів</li></ul>  |

Цикл «Плануй-Роби-Перевіряй-Дій» – це процес постійного покращення. Він ніколи не зупиняється, він постійно повторюється. Саме тому він завжди дає позитивний результат. Цей процес постійно навчає команду, яка ним користується. За допомогою даних він вчить, які заходи з покращення якості послуг працюють добре, а які – не дуже. Він дає змогу команді не наступати на одні й ті самі «граблі», а рухатись далі з чітким усвідомленням того, що має найбільшу ймовірність позитивного результату.



## Ключові ролі



Звісно, основою успішної системи управління якістю є команда. Це люди, які вмотивовані вдосконалюватись особисто та покращувати якість своїх послуг. В команді управління якістю є три ролі. Це – (1) лідер, (2) спеціаліст з якості та (3) команда покращення якості медичних послуг. На відміну від традиційної ієрархічної організації, команда управління якістю побудована на принципах залучення, автономності та адаптивності.

Обов'язки кожної з цих ролей дуже гнучкі, але водночас мають досить чіткий фокус. Лідер забезпечує команду ресурсами, необхідними для роботи, та відповідає за цінність роботи команди, спеціаліст з якості – це коуч команди, який фасилітує робочі зустрічі та відповідає за її продуктивність та мотивацію, а команда якості формує разом з усіма іншими членами цілі та виконує роботу, щоб їх досягти. Разом – вони єдиний ефективний механізм та система, які дають потрібний результат.

| Роль                             | Функції  |
|----------------------------------|--|
| <b>Команда покращення якості</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Формує цілі</b> покращення якості</li> <li>• Визначає цільові значення показників якості, яких необхідно досягти</li> <li>• Пріоритезує задачі, необхідні для виконання цілей покращення якості</li> <li>• Виконує погоджені задачі</li> </ul>   |
| <b>Спеціаліст з якості</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Фасилітує</b> робочі зустрічі команди</li> <li>• Постійно допомагає команді своєю експертизою</li> <li>• Аналізує продуктивність роботи команди та постійно шукає та впроваджує ідеї покращення для роботи команди</li> <li>• Веде регулярний моніторинг ключових показників якості</li> </ul> |
| <b>Лідер</b>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Забезпечує</b> команду необхідними <b>ресурсами</b></li> <li>• Усуває організаційні перешкоди на шляху роботи команди</li> <li>• Фасилітує стратегічні зустрічі роботи команди</li> <li>• Несе відповідальність за цінність роботи команди</li> </ul>  |



## ПОРАДА ПРАКТИКА



**Павло Пластовець**  
тренер з дизайн-мислення,  
керівник з питань інновацій в Делойт Україна

«Для того, щоб бути ефективними в управлінні якістю, дотримуйтеся таких правил:

---

|  |  |
|--|--|
| <b>Визначте цілі</b>                     | <ul style="list-style-type: none"><li>• Визначте ключові показники якості медичної послуги.</li><li>• Проаналізуйте їх поточний стан, визначте цілі.</li><li>• Знайдіть ключову проблему, яка заважає досягти цілей.</li><li>• Сформууйте контрзаходи для її усунення.</li></ul>   |
| <b>Узгодьте ролі</b>                     | <ul style="list-style-type: none"><li>• Визначте ключові ролі лідера, спеціаліста з якості, членів команди покращення якості.</li></ul>  |
| <b>Організуйте процес</b>                | <ul style="list-style-type: none"><li>• Призначте регулярні зустрічі з планування, моніторингу роботи, перевірки результатів та коригування дій.</li><li>• Визначте формат та регулярність звітів щодо моніторингу динаміки показників якості.</li></ul>   |
| <b>Сфокусуйтесь на клієнті</b>           | <ul style="list-style-type: none"><li>• Визначте індекс лояльності та характеристики якості для відвідувачів закладу.</li><li>• Визначте сильні та слабкі сторони закладу.</li><li>• Впровадьте ідеї для покращення</li><li>• Постійно збирайте зворотний зв'язок від відвідувачів закладу.</li></ul>  |
| <b>Мисліть стратегічно</b>               | <ul style="list-style-type: none"><li>• Переконайтесь, що місія, візія та цінності вашого медичного закладу безпосередньо пов'язані з якістю медичних послуг.</li><li>• Під час прийняття рішення щодо впровадження тієї чи іншої ідеї оцінюйте її ефект на весь заклад, а не на окрему його частину.</li></ul>  |
| <b>Залучайте працівників</b>             | <ul style="list-style-type: none"><li>• Формуйте команду з покращення якості з вмотивованих та зацікавлених людей.</li><li>• Постійно покращуйте умови праці та мотивацію працівників медичного закладу.</li><li>• Створіть процес постійного збору викликів та ідей покращення медичної послуги від працівників.</li></ul>  |
| <b>Слідуйте процесу</b>                  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Переконайтесь, що робочі зустрічі команди з покращення якості охоплюють всі етапи процесу постійного покращення (планування, робота, перевірка результатів, коригування дій).</li><li>• Постійно перевіряйте, що команда з якості задоволена тим, як організований їхній робочий процес.</li></ul>   |
| <b>Приймайте рішення на основі даних</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Ведіть облік всіх ідей з покращення якості.</li><li>• Документуйте очікування та фактичні результати всіх експериментів з покращення якості, аналізуйте.</li><li>• Завжди перевіряйте вплив експериментів на критичні показники якості та робіть відповідні висновки.</li></ul>  |
| <b>Постійно покращуйтесь</b>             | <ul style="list-style-type: none"><li>• Нагороджуйте активних працівників, які помічають проблеми та генерують нові ідеї для покращення якості.</li><li>• Аналізуйте результати заходів з покращення якості медичних послуг та обговорюйте їх всім колективом закладу.</li><li>• Проводьте навчання та зустрічі з командами інших медичних закладів, діліться та переймайте досвід».</li></ul> |

---

# ІНСТРУМЕНТИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ

В цьому розділі ми часто згадуємо команди з управління якістю. Різновидом такої команди є **група якості**, яка може діяти постійно або збирається на вирішення певної проблеми. Так, групи якості – це універсальний інструмент з управління якістю, але є певні вимоги до складу та правил функціонування. Перше і найголовніше – це добровільна участь. Учасники повинні мати бажання змінюватися самі та змінювати свій заклад на краще. Це невелика група до 10 людей, різних посад та підрозділів. Є певна регулярність зустрічей: 1-2 рази на місяць і формалізація процесу. Наприкінці зустрічі має бути протокол з пропозицією до керівництва або планом дій, якщо для втілення не потрібно долучати керівництво.

Група якості може діяти в межах циклу PDCA (див. підрозділ Процес постійного покращення): планувати зміни, втілювати їх, оцінювати результат та приймати рішення щодо масштабування такої зміни на рівень закладу/регіону. Або групи якості залучатимуть лише на кількох етапах циклу PDCA. Обидва варіанти можливі.

## ПРИКЛАД

### Новотроїцький Центр первинної медичної допомоги



Одним з домашніх завдань онлайн-курсу було створення групи якості в медичному закладі і початок її роботи. Так на початку серпня 2020 р. в центрі були створені три групи якості в різних амбулаторіях. Наразі продовжують функціонувати дві, які збираються раз на місяць.

Серед вирішених проблем протягом навчання на курсі: черги під кабінетом, задовгий час роботи з МІС через технічні помилки та низьку комп'ютерну грамотність.

Серед прийнятих рішень: участь медичної сестри в регулюванні черг, прийняття на роботу працівника, який здійснює технічний супровід і навчання персоналу, опанування електронних інструментів для організації опитувань.



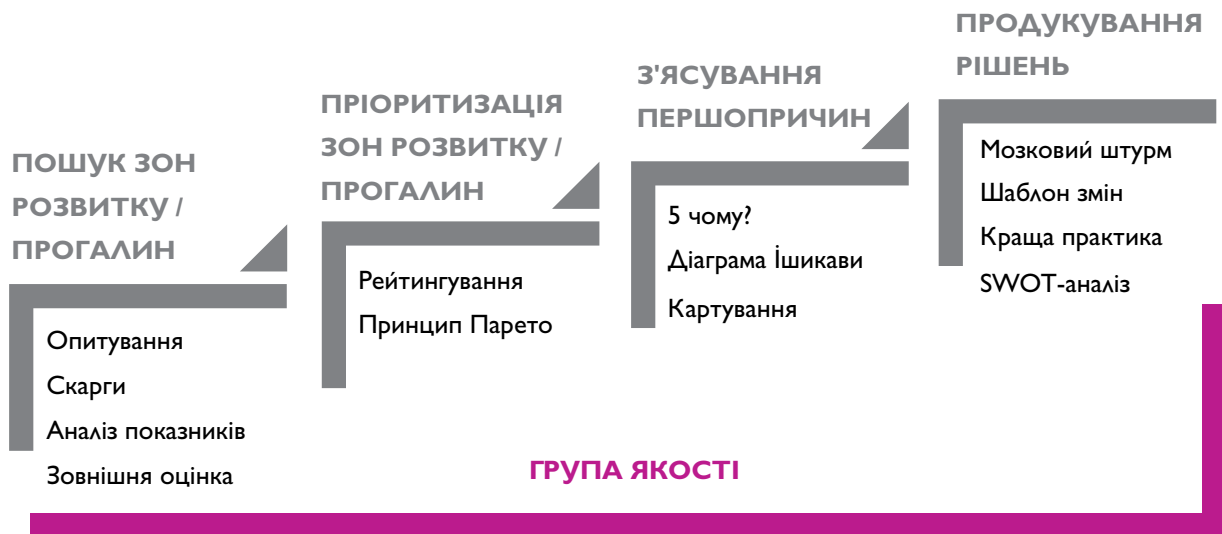
**Наталя Тунік, в.о. директора:**  
«Помітила, що ефективно працюють ті групи, де працівники бачать зміни, які впроваджені і які є наслідком їхніх власних напрацювань – коли працівники відчують, що їх почули та вони залучені до змін. Вважаю, це правильний шлях».



**Марина Пенжаніна, керівник відділу контролю за якістю та сервісом:** «Групи якості – це краще, ніж звичні «п'ятихвилинки», де половину інформації пропускають повз вуха, де виконання йде в формі «наказано – зроблено». Тут ми обговорюємо проблему з усіх сторін: як це бачить медична сестра, лікар, реєстратор, інші. Групи якості – це не тільки «сісти побалакати», це ще запропонувати рішення проблеми. Як з'ясувалося, більшість проблем не вимагають додаткових фінансів, іноді достатньо зібрати разом небайдужих, дослідити логічну послідовність дій та наслідків і зрозуміти, що насправді заважає або є першопричиною проблеми».



Залежно від розміру медичного закладу, розгалуженості структурних підрозділів та політики якості, функції з управління якістю можуть виконувати відділи/підрозділи, частково групи якості, ці функції можуть бути додані до основних посадових обов'язків кількох або однієї людини. Але хто б це не був, для ефективного управління якістю важливо використовувати певні інструменти управління якістю. Їх є безліч, і кожен з них має своє завдання. Тому і пропонуємо розглянути ці інструменти послідовно відповідно до завдання, на виконання якого вони спрямовані. Так в схемі нижче представлені різні інструменти, які використовують для пошуку прогалин, їх подальшої пріоритизація, пошуку істинних причин та висунення пропозицій щодо вирішення проблеми. Якщо згадати цикл постійного покращення PDCA, то всі ці завдання виконуються на першому етапі – плануванні.



## Інструменти пошуку зон розвитку/прогалин

Щоб почати працювати над покращенням якості, варто спочатку розібратися, які в закладі є негаразди, які є сфери чи окремі процеси для поліпшення? І тут можуть бути явні прогалини, те, що видно неозброєним оком: черги, неможливість потрапити на прийом до спеціаліста, приміщення не відповідає вимогам доступності, врешті-решт, епідемія COVID, яка вносить свої корективи в налагоджені процеси. Ще є приховані прогалини, про які можна навіть не здогадуватися, але про них важливо знати.

Джерела такої інформації поділяють на внутрішні та зовнішні. До внутрішніх належать персонал закладу та показники, збір та аналіз яких відбувається регулярно. Зовнішніми джерелами є відвідувачі (пацієнти та їхні родини), оцінка діяльності представниками інших медичних закладів або інша зовнішня оцінка.

Регулярний **збір показників** діяльності медичного закладу, порівняння їх значень за різні періоди або із даними інших подібних закладів (якщо наявна така інформація) допоможуть виявити зменшення або збільшення показника, значне відхилення в розрізі структурних підрозділів або окремих лікарів. Наявність суттєвої різниці між значеннями показників є підставою для пошуку її причин. Прикладами показників можуть бути: кількість певних послуг, наданих за період, в розрізі лікарів/відділень/лікарень, тривалість консультації спеціаліста/сімейного лікаря, кількість або відтік задекларованих пацієнтів, тривалість вхідного/вихідного телефонного дзвінка в контакт-центрі тощо.

Найбільш інформативне джерело – це пацієнти і персонал медичного закладу. Саме вони точно знають, що для них краще, що зручніше, а що викликає супротив і невдоволення. Під час роботи з відвідувачами та персоналом використовують однакові інструменти: опитування та збір скарг/пропозицій. Організувати **опитування** варто регулярно (не рідше 1 разу на рік) та додатково у разі збору зворотного зв'язку на впроваджені зміни (нова послуга, інший спосіб запису на прийом, інший маршрут пацієнта всередині закладу тощо). Під час регулярних опитувань (наприклад, загальна задоволеність досвідом перебування/лікування) важливо використовувати



анкету з однаковими питаннями, щоб можна було порівнювати значення показників за різні періоди. Водночас можна додавати нові питання або прибирати неінформативні, але пам'ятати, що порівнювати можна значення лише однакових показників.

Саме щоб опитування було інформативним, варто приділити увагу самій анкеті. Вона має бути короткою, зручною для читання і заповнення. Має містити небагато питань, які написані простою зрозумілою мовою без медичної термінології та не мають двозначного тлумачення. Структура анкети може бути така: вступна частина (для чого проводиться анкетування), основні питання, соціально-демографічні дані (якщо це потрібно), контактні дані (бажано), подяка. Питання можуть бути закритими («так»/«ні») або з варіантами відповідей та відкритими (передбачають розгорнуту відповідь пацієнта). Можна використовувати оціночну шкалу (від 1 до 5 або від 1 до 10). Пам'ятайте, що питання варто формулювати так, щоб пацієнт або співробітник повірили, що вам цікава і важлива його думка, його пропозиції. Тільки тоді відповіді будуть відвертими та чесними, і обов'язково допоможуть знайти сфери для покращення і змін.

**Скарги та пропозиції** прицільно вказують на проблеми та зони розвитку в медичному закладі. Скарга зазвичай стосується конкретного лікаря/ медичної сестри/немедичного працівника або конкретного приміщення (відділення/амбулаторії/поверху/туалетної кімнати/палати тощо), або конкретної процедури. Саме тому важливо бути максимально відкритими для скарг/пропозицій і варто сприймати їх як бажання допомогти закладу стати кращим. І для цього приділяйте увагу їх розгляду по мірі надходження, але не рідше одного разу на місяць.

Ще одне завдання для медичного закладу – створити зручні умови для проведення опитування або збору скарг/пропозицій, налагодити різні канали для збору такої інформації. Обрані способи проведення опитування мають бути простими, зручними та не вимагати багато часу від респондентів. Це можуть бути друковані анкети в доступному місці з ручкою поруч, зручні місця для письмових відгуків (дошки, фліпчарти тощо, а також ручки, маркери). В умовах карантину це можуть бути онлайн-відгуки на інтернет-ресурсах (сайт, сторінки в соціальних мережах, адреса електронної пошти у вільному доступі), онлайн-анкети на інтернет-ресурсах (Google- та Microsoft-форми) та QR-коди.

## ПРИКЛАД

### Дитяча міська поліклініка №4, м. Одеса



Опитування батьків пацієнтів відбувалося протягом червня 2021 р. після завершення навчання на онлайн-курсі в межах мініпроєкту, який отримав схвалення та мінігрант від Проєкту. Метою опитування було отримати чесну оцінку приміщень, їх вигляду, чистоти та зібрати пропозиції щодо покращень в закладі. Медичний заклад вперше використав опитувальник в електронному вигляді (Google forms) і поширив його через Viber-групи, які створені і ведуться лікарями для своїх пацієнтів. За два тижні було отримано 181 заповнену анкету. На думку організаторів опитування, такому успіху варто завдячувати саме використанню нового формату та каналів.



**Юлія Солодянкіна**  
головна медична сестра:

«Чесно кажучи, ми вагалися з електронним форматом опитувальника, але з'ясувалося, що такий формат для батьків зручніший, і відгуки почали приходити набагато швидше. Також зазначу, що автоматично формується узагальнююча таблиця, де зібрані результати всіх заповнених анкет, тому дуже легко з ними працювати й аналізувати. Наступного разу ми плануємо зробити QR-код з посиланням на опитувальник, який роздрукуємо та розташуємо на видних місцях у закладі».



Зовсім новим інструментом для українських комунальних медичних закладів є **зовнішня оцінка** діяльності медичного закладу – з боку лікарів/заступників керівників/іншого персоналу (peer-to-peer) з інших медичних закладів або експертів з кращих світових практик щодо управління якістю. Часто персонал і відвідувачі закладу звикають до умов та правил, які панують, орієнтуючись на думку «так завжди було», просто не помічають місця, де можна покращити процеси. Тому важливо розвивати практику взаємних візитів між медичними закладами, щоб допомогти знайти прогалини та поділитися своїми кращими практиками щодо управління якістю.

## Інструменти пріоритизації зон розвитку/прогалин

Зазвичай комунальні медичні заклади обмежені в ресурсах: людських, часових, фінансових тощо. І відповідно, одразу вирішити усі проблеми або впровадити усі хороші пропозиції не можуть. Тому існують інструменти, за допомогою яких можна пріоритизувати та обрати певні найвагоміші зони покращення, а решту вирішувати згодом по черзі. Серед таких інструментів: рейтингування та принцип Парето.

**Рейтингувати** проблеми можна за такими ознаками: важливість та терміновість. Ці ж ознаки використовуються в матриці Ейзенхауера (інструмент тайм-менеджменту). За цією матрицею можна розподілити усі проблеми на чотири групи: важливі і термінові, важливі і нетермінові, термінові менш важливі та нетермінові менш важливі.

На схемі наведені приклади проблем/питань, які потрібно було вирішити. Після їх аналізу за ознаками важливості і терміновості, зрозуміло, що в пріоритеті питання щодо захисту персоналу та відвідувачів під час пандемії. З нього і варто починати роботу з проблемами.



Якщо в цьому інструменті ми базуємося на власній суб'єктивній думці, що важливо, а що – не дуже, то наступний інструмент покаже, що важливо, а що – ні саме для зовнішнього і внутрішнього клієнта системи якості, тобто для пацієнта та співробітника. Аналізуючи проблеми, звертайте увагу на ті, що стосуються більшої кількості пацієнтів, співробітників та водночас вимагають менше ресурсів. **Принцип Парето** говорить, що **20% зусиль забезпечують 80% результату**.

Розглянемо приклад зі скаргами та пропозиціями. Медичний заклад – учасник онлайн-курсу – провів опитування серед своїх відвідувачів щодо задоволеності досвідом перебування/лікування. Анкета містила відкрите питання: «Підкажіть, будь ласка, що можна покращити в нашому закладі?» Зазвичай, лише 10-20% опитаних залишають свої пропозиції. Так було отримано 37 пропозицій, які можна об'єднати за різними 9-ма темами, тобто дві теми з них становлять 22% (див. схему нижче).



## Аналіз 37 пропозицій



**20%**  
об'єктів скарг



**80%**  
невдоволених

З пропозиціями ремонту приміщень, коридорів, місць очікування, а також туалетів звернулася 21 особа, стосовно налагодження електронного запису до вузького спеціаліста – 7 осіб, і це становить 76%. Принцип Парето в цьому випадку полягає у такому: сконцентрувавшись та вирішивши дві озвучені вище пропозиції (22%), можна задовольнити 28 осіб, що є майже 80% від усіх осіб з пропозиціями. Решту пропозицій і зауважень також важливо розглядати і вирішувати, але вже після задоволення пріоритетних.

Те саме стосується і позитивних відгуків та подяк. Можна точно знайти 20% дій, поведінки, які складають 80% всіх позитивних відгуків і відповідно дають 80% чудового ефекту.

### Інструменти з'ясування першопричини

Визначившись із зонами розвитку/проблемами, які варто вирішити першочергово, переходимо до з'ясування причин. Нам часто здається, що вони

очевидні, проте в більшості випадків за будь-якою неприємністю стоїть ціла низка подій, які, на наш погляд, другорядні, зовсім не пов'язані між собою.

Інструмент «5 чому» дає можливість розібратись у будь-якій проблемі, знайти її корінь та швидко її владнати. Щоб почати його використовувати, як і будь-який інший інструмент, сформулюйте максимально чітко проблему, яку вирішуєте. Уникайте загальних фраз. Запишіть це твердження (наприклад: (1) пацієнти не можуть додзвонитися у контакт-центр, (2) наявні черги під кабінетом, хоча діє електронний запис, (3) 40% виписаних пацієнтів повертаються з рецидивом протягом 1 місяця тощо). Потім послідовно і чесно відповідайте на питання: «Чому так стається?» до кожної попередньої відповіді. Має утворитися дерево з багатьма гілками-відповідями, як в прикладі Центру ПМСД Паланської сільради, який наведено нижче. 5 питань – це середнє значення, насправді ви зможете отримати кінцеву відповідь і після двох, і після семи запитань. Також може з'ясуватися, що різні наступні питання мають однакові відповіді, і вони повторюються – це нормально.





Під час роботи з інструментом «5 чому?» зверніть увагу:

1. Остання відповідь завжди вказує на процес. Це один з важливих аспектів методу «п'яти чому» – реальна причина повинна вказувати на процес, який не працює досить добре або відсутній. Тоді як перші відповіді зазвичай вказують на брак часу, недолік фінансування, брак робочої сили тощо.
2. Залучайте до обговорення правильних людей. Тих, що знайомі з процесом і проблемою, та не знайомі. Змішані групи дають кращий результат.

І головне – **жодних звинувачень. В основі проблеми не люди, а недосконалість процесів.** Тому, якщо хтось не виконав своїх обов'язків, краще запитати так: «Що може допомогти зробити це правильно/вчасно наступного разу?»

## ПРИКЛАД

### Центр ПМСД Паланської селищної ради (м. Умань)



Одним з домашніх завдань онлайн-курсу було зібрати групу якості та розглянути кілька нагальних проблем та розробити пропозиції щодо їх усунення. Так, у вересні 2020 р. група якості Центру вирішила знайти причини зростання кількості випадків захворювання медичних працівників закладу на COVID на робочому місці за допомогою інструменту «5 чому?»

Тож перше «чому» звучить так: «Чому медичні працівники інфікуються на робочому місці?» З'являються дві гілки-відповіді. До кожної з них знову ставиться питання: «Чому?» І це питання ставиться стільки разів, поки відповідь не вказуватиме на прогалину в процесі організації роботи.





Червоні гілки на схемі вказують на відсутність певних процесів або їх недосконалість. І рішення в цьому випадку очевидні: вдосконалити та додати елементи в певні процеси. Зокрема:

1. Прописати скрипти розмов з пацієнтами, які хочуть прийти на прийом, додавши інформацію про обов'язковість маски на обличчі.
2. Написати СОПи з використання ЗІЗ, візуалізувати їх у вигляді пам'ятки, роздрукувати та розмістити в місцях одягання ЗІЗ. Провести навчання з медпрацівниками.
3. Мати невичерпний запас ЗІЗ щонайменше на 3 місяці вперед. Довести до відома медпрацівників механізми розрахунку та розподілу ЗІЗ.

Наступний інструмент – **діаграма Ішикави** або **риб'яча кістка** (має вигляд скелету, як на схемі нижче).



Він також допомагає виявити причинно-наслідкові зв'язки та знайти першопричини проблем. Водночас цей спосіб дає змогу розглянути проблему більш широко, виявити і згрупувати усі чинники. Нижче представлений порядок складання діаграми та подальшої роботи з отриманими результатами:

1. Формулюємо та конкретизуємо проблему, обов'язково записуємо (голова риби).
2. Виявляємо та записуємо всі найбільш суттєві чинники, які впливають на проблему, об'єднуючи їх у кілька категорій. Обирайте ті категорії, які на ваш погляд доречні у конкретному випадку. Тут наведено приклад таких категорій: Політики, Процеси, Персонал, Середовище, Матеріали, Обладнання, Взаємодія з пацієнтом тощо. Це будуть великі кістки.
3. Поглиблюємося у вивчення чинників, які мають вплив на вже визначені чинники. Відповідно записуємо їх на маленьких кістках. Таких менших кісток може бути дуже багато. Але, коли діаграма повністю оформлена, вона демонструє повну картину всіх можливих основних причин визначеної проблеми.
4. Аналізуємо отриманий скелет: групуємо чинники за значущістю, визначаємо ті чинники, які в цей момент піддаються коригуванню, відкидаємо ті, на які не можемо вплинути, та ігноруємо малозначущі і неprincipові чинники.
5. Складаємо план дій щодо усунення чинників.

## ПРАКТИЧНИЙ ПРИКЛАД

Навчаючись на онлайн-курсі, багато команд медичних закладів надсилали протоколи засідань своїх груп якості як підтвердження виконання домашніх завдань. Серед найтипівіших проблем, які розглядалися, такі: дотримання протиепідемічного режиму та інші заходи, пов'язані з COVID, налагодження електронного запису, оптимізація графіку роботи, якість лабораторних досліджень, якість заповнення електронних карток, робота з МІС тощо. Оскільки питання якості та швидкості введення даних у МІС стоїть перед усіма медичними закладами, розглянемо саме його.

Нижче наведена діаграма Ішикави з можливими чинниками першого та наступних рівнів. Проблема звучить так: МІС заповнюється дуже повільно. Великі горизонтальні кістки – це причини першого порядку. Менші кістки – це чинники другого та третього рівнів.



Проаналізувавши малі кістки, можна запропонувати рішення, спрямовані на організацію навчання, розробку зрозумілих роздаткових матеріалів та впровадження мотивації.

| Рішення  |  |  |
|--|--|--|
| Навчання   | Роздатковий матеріал   | Мотивація  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>скласти перелік працівників, яким потрібен наставник</li> <li>скласти перелік тих, хто розібрався і хоче допомогти</li> <li>створити графік мінінавчань в зручний для обох сторін час</li> <li>виділити в робочому графіку час на навчання</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>надрукувати інструкції</li> <li>візуалізувати інструкції</li> <li>скласти алгоритм надання послуги і включити до нього дії з МІС</li> <li>скласти алгоритм роботи в МІС залежно від того, яку інформацію потрібно внести</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>розробити індикатор заповнення МІС</li> <li>розглянути можливість мотиваційних доплат за виконання такого індикатора</li> </ul> |



Наступний інструмент допоможе зрозуміти, наскільки складними та заплутаними для пацієнтів можуть бути процеси в закладі. Інструмент допомагає побачити, скільки пацієнт мусить чекати, зі скількома різними людьми він контактує, де виникають ризики втрати пацієнта або зниження його задоволеності отриманими послугами. Цей інструмент – **картування** процесів або маршрутів. Картування також використовують під час пошуку прогалин, коли опитування не дало чітких відповідей, що відбувається погано в закладі, але продемонструвало низький або середній показник задоволеності.

Розкласти процеси в закладі важливо і для персоналу, бо часто співробітники самі не знають всіх кроків, їх послідовності, контактних осіб, і відповідно не готові їх пояснити пацієнтам або колегам. Приклади процесів в медичному закладі: запис на прийом, огляд і госпіталізація ургентних хворих, виписка довідки або рецепта, проведення тренінгу, подача звіту тощо. Тобто вивчати можна будь-які процеси: ті, в яких учасником є пацієнт та/або його родина, або ж внутрішні процеси організації роботи – взаємодію між персоналом.

Якщо обрати один процес в медичному закладі і розкласти його на складові частини, то часто можна побачити дії, які дублюються різними співробітниками, або зайві точки контактів, які можна безболісно скоротити. Також можна з'ясувати, де пацієнт або співробітник втрачає багато часу або ходить по колу, тощо.

### **Послідовність дій під час картування процесів:**

1. До роботи запросіть всіх співробітників, які залучені до процесу, тих, хто має вплив на нього, та тих, хто користується результатами цього процесу.
2. Візуалізуйте процес, використовуйте дошку, папір, маркери, стікери тощо – все те, що може допомогти зобразити процес від першого до останнього кроку. Окремі кроки (точки контакту із закладом, витрачений час) позначайте різним кольором.
3. Після складення карти діючого процесу дайте відповідь на такі питання:
  - Які кроки є зайвими або некорисними, тобто вони є, але ніякої особливої користі для пацієнта/співробітника не несуть? Чи можна їх видалити із процесу і відповідно скоротити час або заощадити інші ресурси?
  - Які кроки дублюються, чи можна якийсь з них видалити?
  - Чи може зміна послідовності кроків змінити процес/маршрут на краще?
  - Чи не забагато різних осіб, з якими маємо контактувати протягом процесу? Як можна зменшити їх кількість? Чи не забагато кроків? Чи можна деякі кроки зробити паралельними?
  - Які точки є слабкими? Наприклад, де є ризик створення черги і як можна її уникнути? Де і коли зростає навантаження на персонал, попит на послугу та як його перерозподілити?
  - Де і які ресурси (час, фінанси, персонал) можна заощадити?
4. Після з'ясування недоліків в процесах складіть план дій, які потенційно можуть покращити процес, визначте терміни їх виконання та відповідальних.
5. З часом обов'язково перевірте, чи дотримується персонал внесених змін та чи мали вони позитивний ефект.

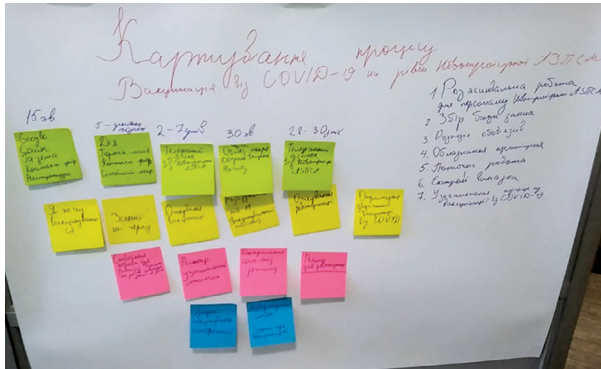


## ПРИКЛАД

### Новотроїцький центр сімейної медицини



Під час навчання на онлайн-курсі команда закладу використала інструмент картування процесу вакцинації від COVID на рівні однієї з амбулаторій.



Жовтими стікерами відмічені кроки, від запису до отримання другої дози вакцини. Зеленими – витрачений час або час очікування. Червоними – точки, де є ризик зростання невдоволення або втрати пацієнта. Синіми стікерами запропоновані кроки, які можна виконувати паралельно.

## Інструменти продукування рішень

З'ясувавши першопричини, час розробляти рішення. В певних випадках рішення очевидні (див. приклад використання «5 чому?»), в інших – варто подумати. Інструменти, які в цьому допоможуть: мозковий штурм (брейншторм), шаблон змін, принцип кращої практики, SWOT-аналіз.

**Мозковий штурм** – досить легкий інструмент для використання, якщо дотримуватися певних правил: спершу озвучуються всі ідеї, без їх деталізації та обговорення. Пам'ятайте: немає безглузвих ідей, уникайте критики та дискусій на початковому етапі. Група, яка працює над рішеннями, має бути невелика, кожен учасник якої має почуватися вільно і безпечно. На цьому етапі важливо бути уважними до мовчазних /сором'язливих учасників або новачків групи, вони можуть не одразу включитися в роботу або не озвучувати свої ідеї через сором'язливість чи надмірну активність інших колег. Важливо створити довірливу атмосферу, в якій народяться найнеочікуваніші ідеї. Другий етап розпочинається після того, як всі ідеї виказані. На цьому етапі доцільно їх обговорювати, оцінювати та аналізувати. Голосуванням можна обрати найперспективнішу ідею для впровадження.

Якщо першопричину можна вирішити лише за допомогою впровадження змін, пропонуємо скористатися інструментом **шаблон змін**, порядок роботи з яким детально описаний в підрозділі «Управління змінами». Нагадаємо, цей інструмент варто застосовувати під час розробки тактики роботи з персоналом на етапі впровадження зміни. Він допомагає спрацювати на випередження та розробити таку стратегію, при якій можна попередити або взагалі виключити гальмування змін.

**SWOT-аналіз** нагадає, які сильні сторони медичного закладу і можливості можуть стати в нагоді для розроблення рішення.

Ще один цікавий інструмент – це **кращі практики**, тобто найуспішніший спосіб дій (наприклад в управлінні закладом, управлінні якістю, комунікації тощо). Тож завданням тут таке: знайти **кращу практику** або її носія (міжнародного або місцевого рівнів), ознайомитися з нею і спробувати адаптувати її у своєму закладі. Звісно, не всі умови є однаковими для повного наслідування, але ідеї та принципи можна взяти за основу під час розроблення власної стратегії дій. Обмін гарними ідеями та досвідом часто відбувається на конференціях, тренінгах, інших навчальних заходах та в режимі онлайн-спілкування із колегами з інших закладів.



## ПРИКЛАД

### Вознесенська багатопрофільна лікарня



Наприкінці 2020 року, коли працівники медичних закладів Вознесенської ОТГ були виснажені через чергову хвилю COVID-19, у головних лікарів центру ПМД та лікарні народилася ідея: підтримати працівників і створити для них комфортні кімнати відпочинку. Ідея була одна, способи реалізації – різні. Так, центр ПМД облаштував таку кімнату в кожній амбулаторії за кошти закладу, лікарня залучила кошти гранту і організувала такий простір поки що в одному приміщенні. В результаті працівники медичних закладів Вознесенської ОТГ відчували піклування про себе з боку керівництва, отримали власний простір, де можна випити чаю, поспілкуватися з колегами або побути в тиші на самоті.



**Наталія Іжбінська**  
начальник відділу  
пацієнтського сервісу та  
комунікацій Вознесенської  
багатопрофільної лікарні

«Іноді вже зранку, дорогою на роботу, енергія людини на нулі, а особливо, якщо ця людина – медичний працівник, адже специфіка роботи медика передбачає максимальну віддачу власної енергії пацієнту. Лікар починає вигорати. Кімната психологічного розвантаження – це той рятівний острів у бурхливому морі робочого часу, де спеціаліст має змогу усамітнитися, помовчати, випити каву, послухати тишу чи, у разі потреби, поспілкуватися з психологом. Вважаю даний проект дуже вчасним та вдалим!»



**Володимир Красьоха**  
головний лікар Вознесенської  
багатопрофільної лікарні

«Такі ідеї народжуються в результаті постійної та тісної співпраці між нашими закладами. Ідея створення кімнати психологічного розвантаження виникла через бажання проявити турботу про своїх співробітників».

В цьому підрозділі описані не всі інструменти управління якістю. Їх можна вивчати довго, але важливіше вміти правильно користуватися певними простими інструментами і робити це регулярно. Бо управління якістю – це безперервний процес, неможливо один раз і назавжди побудувати найкращі процеси та зупинитися на цьому. Світ довкола змінюється, з'являються нові потреби, нові вимоги, відповідно і процеси мають змінюватися.

Тож, спробуйте різні інструменти управління якістю, оберіть ті, що вам зручніші та зрозуміліші. І вбудуйте їх використання у цикл безперервного покращення (наприклад PDCA). Плануйте зміни, втілюйте їх, перевіряйте та аналізуйте, чи стало краще, тоді масштабуйте зміни на рівень всього медичного закладу і навіть країни. І пам'ятайте про мету цих покращень – перевершення очікувань пацієнтів і їхніх родин та створення комфортних умов для персоналу.



# ВИКОРИСТАННЯ МІЖНАРОДНИХ КЛІНІЧНИХ РЕКОМЕНДАЦІЙ

Коли ми говоримо про якість надання медичної допомоги, ми завжди повинні дивитись на стандарт, який описує технічну сторону цього процесу. Довгий час українські медики перебували у відносній інформаційній ізоляції і орієнтувались на досягнення вітчизняних вчених. Були намагання формувати свої унікальні стандарти без зіставлення з досягненнями світової науки. З інтеграцією України у світові організації та розвитком комунікаційних мереж відкрився доступ до найновішої наукової інформації. Сьогодні ми маємо можливість користуватися найновішими медичними знаннями і, відповідно, формувати стандарти надання медичної допомоги, орієнтуючись на них.

Методика розроблення 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 № 1752), 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 у разі певного захворювання; 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 у разі конкретного стану або захворювання.

У додатку № 4 цього наказу міститься перелік посилань на джерела інформації, відповідно до яких можна укладати нові клінічні протоколи.

Клінічні настанови затверджуватимуться як нові клінічні протоколи, які базуються на принципах доказової медицини та розроблені за існуючими методиками національними та/або фаховими медичними асоціаціями країн-членів Європейського Союзу (членство визначається станом на 01 січня 2017 року), Сполучених Штатів Америки, Канади та Австралійського Союзу. Настанови мають бути викладені англійською та/або українською мовою.

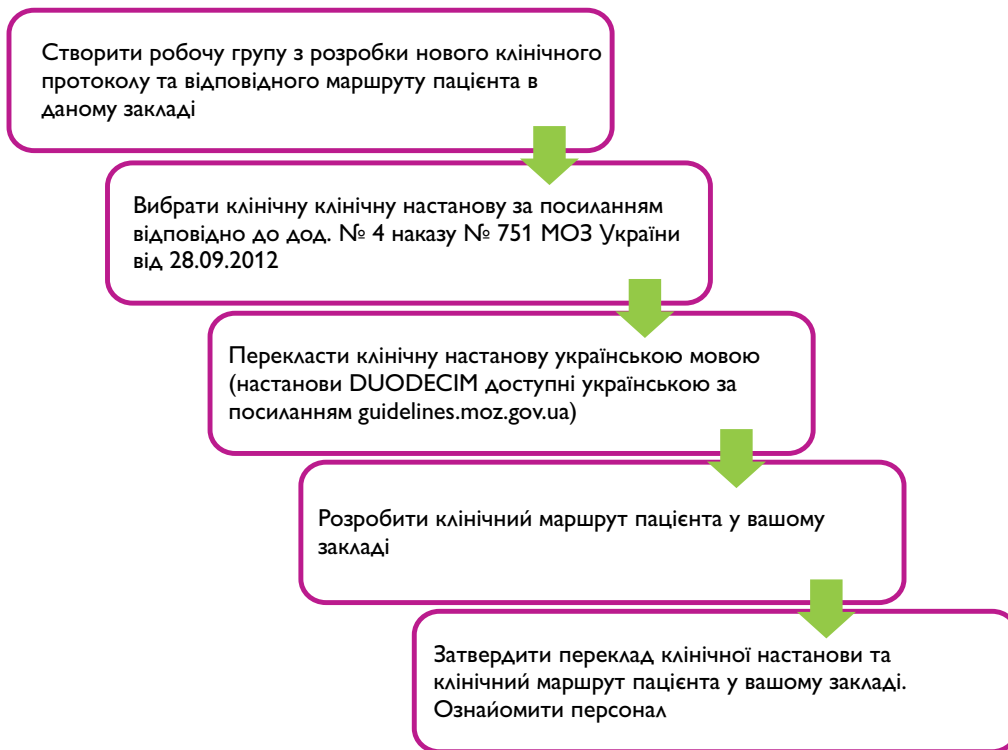
## Ключові переваги використання міжнародних клінічних рекомендацій:

- можливість застосування найновіших наукових досягнень;
- юридична захищеність лікаря авторитетом розробника;
- можливість співпраці з іноземними колегами за спільними стандартами;
- закриття прогалин у переліку українських стандартів/настанов, яких мало;
- можливість допомогти пацієнту там, де раніше це було неможливо.

Зверніть увагу на фінські рекомендації DUODECIM. Українською мовою перекладено приблизно 960 рекомендацій. Вони охоплюють весь спектр проблем, які постають перед лікарем. Ці рекомендації викладено на електронному ресурсі у вільному доступі за посиланням <https://guidelines.moz.gov.ua/>.

Клінічні маршрути пацієнта розробляються (у довільній формі) з урахуванням особливостей кожного медичного закладу.

Пропонуємо такий алгоритм розроблення клінічних протоколів та маршрутів пацієнтів відповідно до міжнародних клінічних рекомендацій:



## ПРИКЛАД

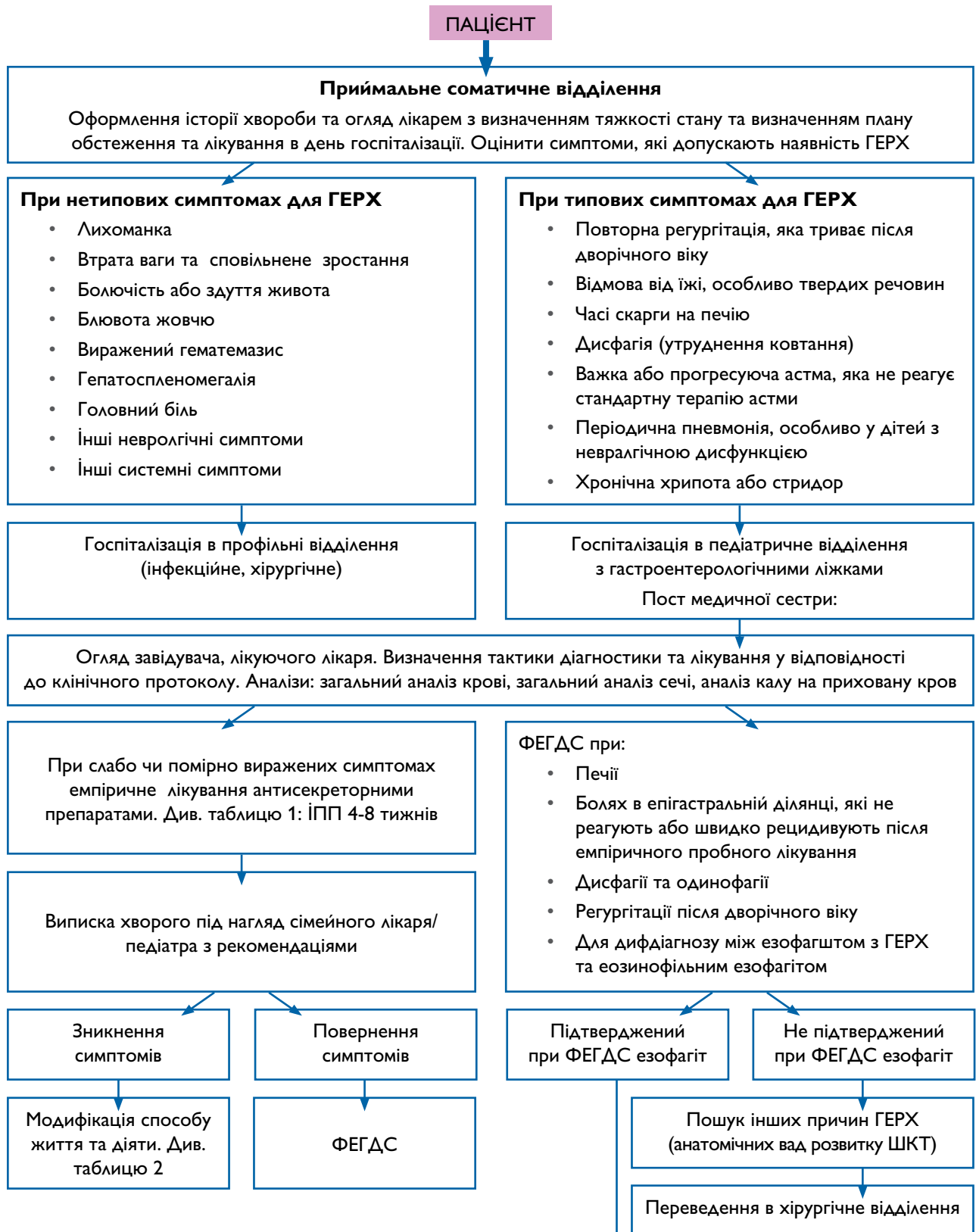


КИЇВСЬКА МІСЬКА  
ДИТЯЧА КЛІНІЧНА  
ЛІКАРНЯ №2

Команда **Київської міської дитячої клінічної лікарні № 2**, виконуючи домашнє завдання з цієї теми, розробила клінічний маршрут з діагностики та лікування ГЕРХ у дітей та підлітків відповідно до клінічної настанови із ресурсу UpToDate (<https://www.uptodate.com>). Був здійснений переклад з англійської на українську мову та затверджений наказом. Нижче наведено цей клінічний маршрут.

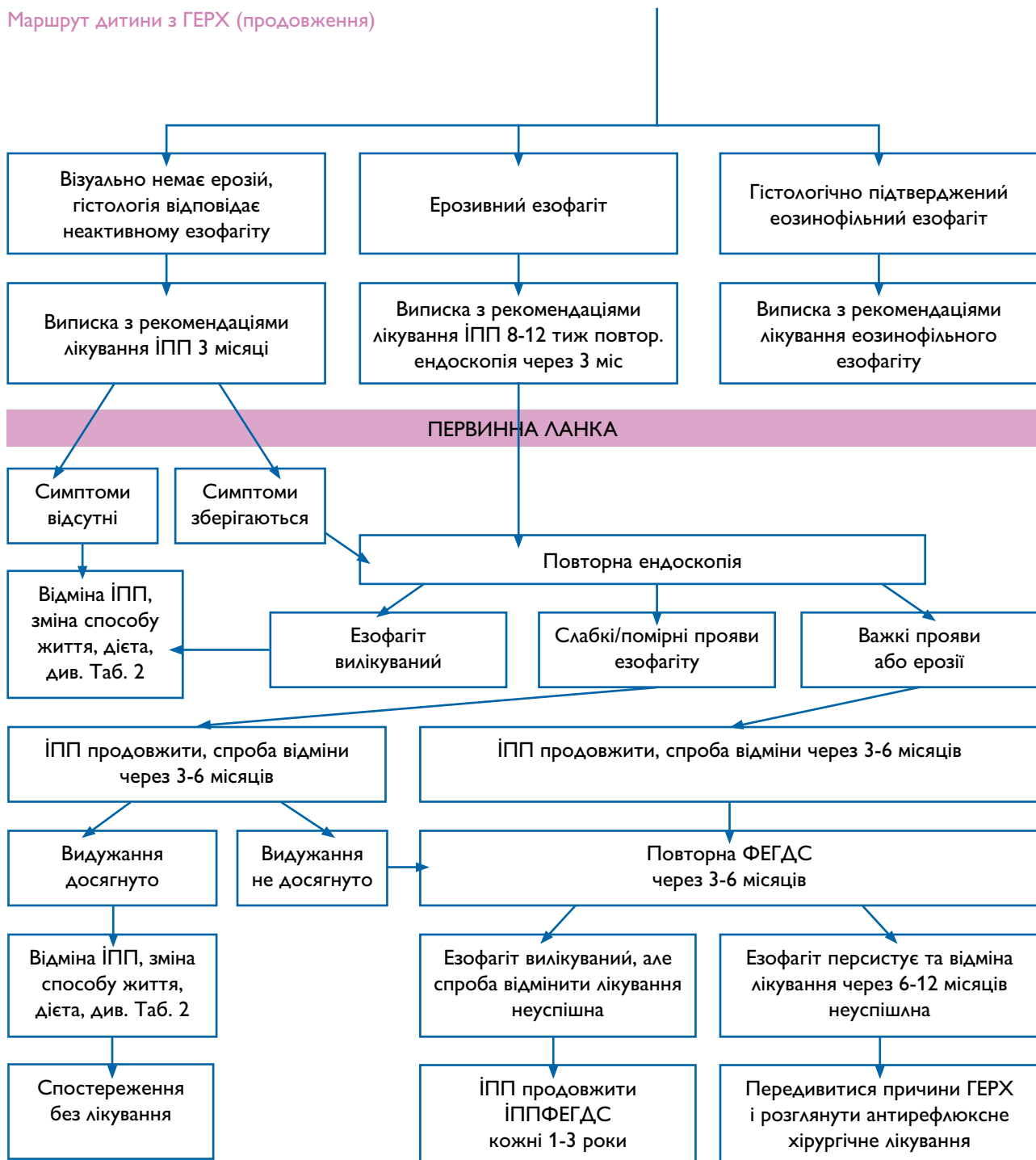


## Маршрут дитини з GERX





### Маршрут дитини з ГЕРХ (продовження)





**Таблиця 1. Антисекреторні препарати у дітей**

| Препарат                          | Рекомендована пероральна доза  | Побічні ефекти   |
|-----------------------------------|--|--|
| <b>Інгібітори протонної помпи</b> |  |  |
| <b>Омепразол</b>                  | <b>Немовлята від 1 міс. до 11 міс. (щодня)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• 3-5 кг – 2,5 мг</li><li>• 5-10 кг – 5 мг</li><li>• Більше 10 кг – 10 мг</li></ul> <b>Діти від 1 року та старше</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• 1 мг/кг/1 раз/добу, за 30 хв до прийому їжі вранці або 2 рази/добу за 30 хв до першого та вечірнього прийому їжі.</li><li>• Може збільшуватися до 1 мг/кг двічі на добу при необхідності.</li></ul> <b>Дорослі 20-40 мг/1 раз/добу</b> | Часті (від 2% до 14%)<br>головний біль, діарея, біль в животі, нудота, висип, закреп.<br>Нечасті або рідко – підвищений ризик <i>S.difficile</i> та інші кишкові інфекції; підвищений ризик інфекцій нижніх дихальних шляхів у немовлят.<br>Порушення всмоктування магнію, кальцію, віт В12 та заліза.<br>Схвалено для використання у дітей від 1 міс. FDA |
| <b>Езомепразол</b>                | <b>Немовлята від 1 міс. до 11 міс. (щодня)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• 3-5 кг – 2,5 мг</li><li>• 5-7,5 кг – 5 мг</li><li>• Більше 7,5-12 кг – 10 мг</li></ul> <b>Діти від 1 року до 11 років</b><br>(за 30 хв до прийому їжі вранці) <ul style="list-style-type: none"><li>• Вага &lt; 20 кг- 10 мг</li><li>• Вага &gt; 20 кг – 10 мг або 20 мг</li></ul> <b>Діти після 12 років та дорослі 20 мг або 40 мг на день</b>  | Подібні до омепразолу.<br>Показанням у немовлят є ерозивний езофагіт внаслідок опосередкованого кислотою ГЕРХ  |
| <b>Лансопразол</b>                | <b>Немовлята та діти</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• 1 мг/кг в день за 30 хв до їжі.</li><li>• Можна збільшити до 1 мг/кг двічі на день при необхідності.</li></ul> <b>Дорослі 15-30 мг 1 раз на день</b>  | Подібні до омепразолу  |
| <b>Пантопразол</b>                | <b>Діти 5 років та старше</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Вага від 15-до 40 кг – 20 мг</li><li>• Вага 40 кг та вище – 40 мг</li></ul> <b>Дорослі 40 мг 1 раз на день</b>   | Подібні до омепразолу  |
| <b>Рабепразол</b>                 | <b>Діти 12 років та старше і дорослі 20 мг 1 раз на день, за 30 хв до їжі вранці щодня</b>   | Подібні до омепразолу  |



| Препарат                                | Рекомендована пероральна доза  | Побічні ефекти   |
|---|--|--|
| <b>H<sub>2</sub> гістаміноблокатори</b> |  |  |
| <b>Циметидин</b>                        | <b>Діти</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• 30-40 мг/кг/добу, розділений на 4 прийоми</li></ul> <b>Дорослі</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• 400 до 800 мг двічі на день</li></ul>                               | <p>H<sub>2</sub>-гістаміноблокатори викликають менш виражене пригнічення синтезу соляної кислоти, порівнюючи з ІПП, що може бути перевагою в деяких клінічних ситуаціях.</p> <p>Тахіфілаксія (толерантність) зазвичай розвивається при довготривалому прийомі, тобто більше 8 тижнів.</p> <p>Часті – головний біль, запаморочення, діарея. Біль в животі, сонливість.</p> <p>Рідкі – порушення ЦНС, гінекомастія, ідіосинкразія, токсичне враження печінки та нирок, мієлосупресія, тромбоцитопенія, нейтропенія, анемія, панцитопенія. Брадикардія та гіпотонія при швидкому введенні. Підвищений ризик <i>C.difficile</i> та інших кишкових інфекцій.</p> <p>Циметидин є помірним інгібітором метаболізму цитохрому і може підвищувати рівень одночасно введених препаратів, таких як варфарин, теофілін, цизаприд</p> |
| <b>Фамотидин</b>                        | <b>Діти</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• 1 мг/кг/добу, розділений на 2 прийоми</li></ul> <b>Дорослі</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• 20 мг/двічі на день</li></ul>   | Подібні до циметидину, за винятком антиандрогенної активності (гінекомастія) і не пригнічує метаболізм цитохрому   |
| <b>Нізатидин</b>                        | <b>Діти</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• 10 мг/кг/добу, розділений на 2 прийоми</li></ul> <b>Дорослі</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• 150 мг/ двічі на день або 300 мг один раз на день перед сном</li></ul> | <p>Подібні до циметидину, за винятком антиандрогенної активності (гінекомастія) і не пригнічує метаболізм цитохрому.</p> <p>У деяких формах нізатидину виявлено низький рівень NDMA (ймовірний канцероген для людини)</p>  |
| <b>Ранітидин</b>                        | Вилучений з ринку США  | У деяких формах ранітидину виявлено небезпечний рівень NDMA (ймовірний канцероген для людини)  |



## Таблиця 2. Модифікація способу життя

### Модифікація дієти:

- Уникайте продуктів, які мають тенденцію спричиняти рефлюкс, зменшуючи тиск у сфінктері стравоходу, включно з шоколадом, м'ятою перцевою та напоями з кофеїном.
- Уникайте кислої їжі, включно з колою, апельсиновим соком та томатним соусом. Хоча їх вплив на шлункову кислотність, ймовірно, мінімальний, прийом цих продуктів, здається, посилює симптоми у деяких пацієнтів.
- Уникайте їжі з високим вмістом жиру (для окремих пацієнтів). Цю стратегію рекомендують застосовувати дорослим з ГЕРХ, оскільки жирна їжа зазвичай сповільнює спорожнення шлунка і в такий спосіб сприяє рефлюксу; проте користь від зменшення споживання жиру у дітей є недоведеною. Рішення щодо обмеження дієтичного жиру залежать від загального харчового стану дитини та клінічної реакції у дитини.
- **Позиціонування.** Уникайте положення лежачи незабаром після їжі.
- **Слиновиділення.** Сприяйте слиновиділенню, використовуючи жувальну гумку або пастилки для прийому всередину. Слиновиділення нейтралізує кислоту, у такий спосіб збільшуючи швидкість нейтралізації стравохідної кислоти.
- **Алкоголь та тютюн.** Уникайте алкоголю та тютюну (включно з пасивним впливом тютюнового диму). Ці агенти знижують нижчий тиск у сфінктері стравоходу, а куріння також зменшує слиновиділення.



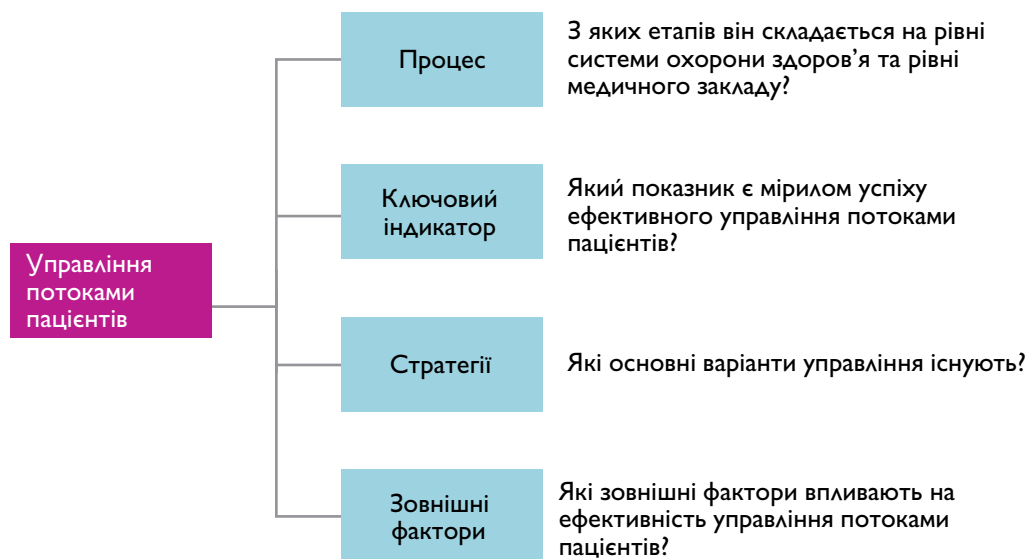
# УПРАВЛІННЯ ПОТОКАМИ ПАЦІЄНТІВ

## Походження управління потоками пацієнтів

Дисципліна управління чергами народилась на початку 20 століття в телекомунікаційній індустрії. Саме тоді телефон, як інноваційний засіб зв'язку, набув величезної популярності у всьому світі, а телефонні компанії з великими труднощами справлялись із попитом та обробкою дзвінків від клієнтів. Цю проблему в 1909 році помітив і почав досліджувати датський математик та інженер Агнер Краруп Ерланг, який працював у Копенгагенській телефонній компанії. Його робота «Теорія ймовірності та телефонні розмови» поклала початок математичного розуміння природи черг та наочно продемонструвала експоненційний ефект росту черг та очікування клієнтів, якщо швидкість обслуговування клієнтів менше швидкості їх надходження.

Напрацювання Ерланга вилились у повноцінну математичну «теорію черг» (англ. Queueing theory), яка була взята на озброєння компаніями в багатьох інших індустріях масового обслуговування людей. Зокрема в медичній сфері. Тому що негативний ефект від експоненційного зростання черг в цій індустрії призводить не тільки до втрат часу пацієнтами, вигорання лікарів, неефективного лікування, але й до фатальних наслідків.

Так народилась система управління потоками пацієнтів. Вона містить чотири основні елементи: (1) Процес (2) Ключовий індикатор (3) Зовнішні чинники та (4) Стратегії. Ці взаємопов'язані чотири компоненти дають змогу медичним закладам керувати потоками пацієнтів та досягати необхідних результатів продуктивності надання своїх послуг. Розглянемо кожен із них окремо.



## 1. Процес

Система охорони здоров'я складається з трьох компонентів:

1. пацієнти, які потребують медичної допомоги, – вони знаходяться на вході в систему,
2. пацієнти, які цю допомогу вже отримали, – це результат роботи системи і
3. сам процес надання медичної допомоги, в якому є два рівні.



Рівень медичних ланок та рівень закладів. Рівень медичних ланок так само складається з: (1) первинної ланки сімейної медицини, (2) вторинної ланки лікарів-спеціалістів та стаціонарів та (3) третинної ланки спеціалізованих медичних центрів.

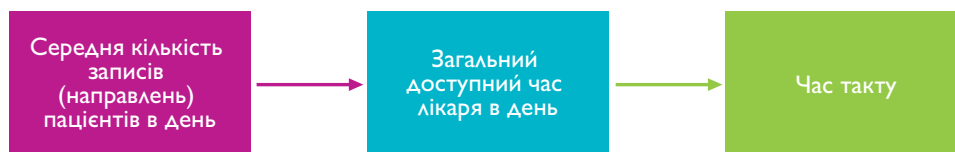
Рівень закладу має три основні етапи: (1) запис на прийом (направлення) (2) консультація лікаря (надання медичної допомоги) та (3) лікування або направлення на іншу ланку системи.

Дуже важливо розуміти всі ці етапи в контексті теорії обмежень. В ній йдеться про те, що пропускна спроможність всієї системи дорівнює пропускній спроможності найповільнішого елементу цієї системи. Тобто розуміння найповільнішого етапу дає окремому медичному закладу розуміння, як можна збільшити кількість пацієнтів, яким була надана медична допомога. А визначення найповільнішого елементу на рівні медичних ланок дає змогу керувати всією системою охорони здоров'я. Це також означає, що пришвидшити систему можна лише за допомогою щільної співпраці лікарів усіх медичних ланок. Всі мають бути зацікавленими в тому, щоб на виході було більше здорових пацієнтів, а для цього треба визначити найповільнішу ланку, збільшити її спроможність та підлаштуватись під її темп.



## 2. Індикатори процесу

Індикатори процесу – це показники, які описують стан того чи іншого елементу системи. Індикатором вхідних потоків у систему на рівні кожного медичного закладу є середня кількість записів (направлень) в день. Цей показник – про попит на систему з боку пацієнтів. Показником, який характеризує сам процес надання медичної послуги пацієнтам, є загальний доступний час лікаря в день. Цей індикатор показує спроможність системи обслуговувати попит окремим лікарем. Водночас час такту для стаціонарів буде розрахований з огляду на доступний ресурс ліжко-днів.



Ключовим індикатором для управління потоками пацієнтів є час такту. Час такту розраховується діленням загального доступного часу лікаря в день на середню кількість записів (направлень) пацієнтів в день.



Наприклад, ми знаємо, що за законодавством доступний час лікаря для обслуговування пацієнтів під час амбулаторного прийому становить 6 годин 36 хвилин. Також нам відомо, що в середньому до одного лікаря на консультацію в місяць записується 700 пацієнтів, тобто 22 пацієнти в день. В такому випадку час такту становить 12,4 хвилини на одного пацієнта (396 хвилин / 22 пацієнти). Це означає, що 12,4 хвилини – це точка балансування попиту пацієнтів на консультацію та спроможності обслуговування з боку медичного закладу. І якщо середній фактичний час на обслуговування пацієнтів в медичному закладі вище, ніж час такту, реальні та віртуальні черги почнуть накопичуватись і рости з часом експоненційно.

Саме тому час такту є таким важливим показником для управління потоками пацієнтів. І весь процес зводиться до управління елементами та чинниками, які впливають на цей показник.

## Стратегії управління потоками пацієнтів

З огляду на формулу розрахунку часу такту існує три ключові стратегії управління потоками:

- (1) ми можемо керувати ресурсом системи, щоб збільшувати її пропускну спроможність. Це можливо зробити двома способами: збільшити ресурс або збільшити його продуктивність,
- (2) також ми можемо керувати попитом на систему з боку пацієнтів. Це можливо зробити завдяки зменшенню та оптимізації попиту, або
- (3) можемо вибрати комбіновану стратегію і впливати на ресурс та попит одночасно. Все залежить від наших цілей та наявних ресурсів.







На вибір тієї чи іншої стратегії впливає низка внутрішніх та зовнішніх чинників кожного окремого медичного закладу. І якщо внутрішні чинники ми контролюємо, то зовнішні чинники ми можемо тільки аналізувати та прогнозувати ймовірні можливі сценарії розвитку і, відповідно, підлаштовуватись під них.

### 3. Зовнішні чинники

Існує чотири зовнішні чинники, які впливатимуть на вибір стратегії управління потоками пацієнтів.

1. *Сезонність* – у кожного закладу є своя сезонність, відмінності в попиті з боку пацієнтів на послуги медичного закладу за місяцями. Аналіз сезонності допоможе зрозуміти попит в розрізі запитів пацієнтів, відповісти на питання: «Чи потрібно залучати додаткові ресурсів під час пікового навантаження?» та як можна унормувати роботу завдяки превентивним заходам та співпраці з іншими медичними закладами.
2. *Доступність ресурсу* – аналіз цього чинника прояснить, наскільки медичний заклад може залучати додаткові кадри з ринку, чи є вони взагалі в регіоні, скільки часу може знадобитись, щоб залучити додатковий персонал, чи зможемо ми це зробити завчасно та швидко, щоб задовольнити попит з боку пацієнтів. Якщо додаткових ресурсів у регіоні немає, і залучити їх з інших регіонів складно, то ресурсна стратегія може не підійти, і тоді медичному закладу треба робити акцент на стратегії управління попитом.
3. *Чисельність населення* – розуміння того, наскільки динамічно розвивається чи стагує регіон з погляду населення, яке в ньому проживає, або чинника міграції пацієнтів з інших закладів, підкаже, чи доцільною є стратегія управління попитом, і чи не потрібно сфокусуватись на ресурсних тактиках, про які поговоримо далі.
4. *Структура пацієнтів* – цей чинник охоплює сегменти пацієнтів: за віком, за статтю, за діагнозами та типами звернень. Поточна структура пацієнтів закладу має велику інерцію з погляду попиту на медичні послуги. Якщо в структурі пацієнтів закладу домінують літні люди, і їхня структура збільшується, це найбільш вірогідно може свідчити про збільшення попиту в наступні періоди. Цей факт так само допоможе зрозуміти доцільність комбінованої стратегії, що використовує тактики управління ресурсом і попитом одночасно.

### 4. Тактики управління потоками

Після того, як команда медичного закладу проаналізувала 4 ключові зовнішні чинники і має розуміння ступеня їх впливу на стратегію управління потоками пацієнтів, у неї є на вибір чотири ключові тактики: дві в чисельнику формули розрахунку часу такту і дві в знаменнику. Команда може або (1) збільшити ресурс та (2) його продуктивність, або (3) зменшити та (4) оптимізувати попит на медичні послуги з боку пацієнтів.

Кожна з тактик має низку своїх унікальних інструментів та найкращих практик управління, які ми розглянемо далі.

### 5. Інструменти збільшення ресурсу

Ці інструменти допоможуть збільшити чисельник формули частоти такту та охоплюють різні методи найму, залучення додаткових лікарів та збільшення їхнього графіку роботи. Приклади таких інструментів:



| Назва інструменту   | Опис  |
|---|---|
| <b>Взяти в штат додаткових лікарів</b>  | Цей інструмент особливо популярний під час розширення мережі медичних закладів та збільшення своєї присутності в інших географічних регіонах  |
| <b>Взяти в штат додатковий медичний персонал</b>                                      | В деяких випадках впоратися з підвищеним попитом допомагає додатковий медичний персонал, який може взяти на себе частину адміністративної роботи лікаря для того, щоб у нього більше часу залишалось на обслуговування пацієнтів  |
| <b>Залучити вільний ресурс лікарів в інших медичних закладах (неповна зайнятість)</b> | Окрім залучення додаткового персоналу на повну зайнятість, популярністю користуються варіанти залучення персоналу на контрактних умовах з можливістю звертатись по їхні послуги у разі потреби. Це дає змогу мати команду «запасних гравців», які можуть допомогти в разі потреби |
| <b>Створити додатковий ресурс</b>   | Якщо залучити додаткових медичних працівників неможливо, їх можна «виростити» під себе. Це довгострокова стратегія, яка вимагає часу. Але вона часто буває виправданою, якщо медичний заклад планує суттєво підвищувати свою конкурентну перевагу на ринку в майбутньому          |
| <b>Регулювати кількість лікарів відповідно до прогнозованого попиту</b>               | Знаючи рівень попиту в майбутніх періодах, медичні заклади можуть прогнозувати залучення, за потреби, лікарів з неповною зайнятістю, або керувати графіком постійних лікарів відповідно до прогнозованого завантаження  |
| <b>Збільшити часи прийому</b>   | В період найбільшої кількості звернень пацієнтів завжди існує можливість збільшити часи прийому лікарів, щоб вони приймали в зручний для пацієнтів час (наприклад з 18:00 до 20:00), у такий спосіб збільшити кількість пацієнтів, які отримують медичну допомогу, кожного дня    |

## ПРИКЛАД

### Клініка «Добробут»

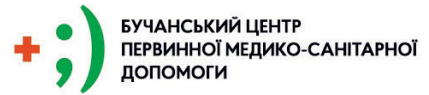


Яскравим прикладом клініки, яка активно користується арсеналом інструментів збільшення ресурсу, є мережа клінік «Добробут». Це – найбільша приватна мережа медичних центрів, яка дуже швидко розвивається. «Добробут» обслуговує приблизно 330000 унікальних клієнтів на рік і націлена в разі збільшити свою клієнтську базу в найближчі роки. Для підтримки таких темпів розвитку компанія не тільки постійно приймає на роботу нових лікарів, але й відкриває власне відділення післядипломної освіти та планує створювати власний медичний університет.



## ПРИКЛАД

### Бучанський міський ЦПМСД



Команда центру під час аналізу потоків пацієнтів визначила час такту 11 хвилин на одного пацієнта, водночас фактична середня тривалість консультації становила 15 хвилин. Найбільші відхилення виявлені в перший та останній дні робочого тижня, під час сезонних спалахів ГРЗ та під час проходження медогляду дітей шкільного віку. Ключовими причинами проблеми черг виявились нестача кабінетів та збільшення кількості населення в районі. Для вирішення цих проблем командою центру була застосована низка інструментів з тактики «збільшення ресурсу» – залучення вільного ресурсу лікарів чергового кабінету, залучення до консультацій та окремих прийомів медичних сестер та найм нових лікарів. Це дало дуже позитивний результат на пропускну спроможність закладу.

## 6. Інструменти збільшення продуктивності ресурсу

Нижченаведені інструменти націлені на те, щоб оптимізувати та автоматизувати процес надання медичної послуги і зменшити час обслуговування одного пацієнта:

| Назва інструменту   | Опис   |
|---|--|
| <b>Автоматизувати процес</b>  | Зробити так, щоб під час обслуговування пацієнтів лікар робив мінімум дрібних кроків і не втрачав марно час. Прикладом автоматизації може бути автоматичне підтягування аналізів та минулих діагнозів пацієнтів в його електронну картку, щоб лікар не витрачав час на пошук цієї інформації   |
| <b>Оптимізувати процес. Прибрати зайві кроки</b>                        | Цей інструмент передбачає спрощення шляху пацієнта в системі медичного обслуговування. Наприклад прибрати необхідність пацієнта йти до сімейного лікаря за направленням на аналізи, які потрібні лікарю-спеціалісту  |
| <b>Делегувати неключові задачі</b>                                      | За умови зміни нормативно-правового поля відкривається можливість залучити медичний персонал до неключових задач, які зараз виконує лікар. Наприклад, виписка довідок, оформлення щеплень, виписування повторних рецептів хронічним пацієнтам тощо   |
| <b>Нормування завантаженості. Резервний час для ургентних пацієнтів</b> | Для того, щоб лікар працював продуктивно, він має зберігати баланс між «складними», «середніми» та «простими» пацієнтами. Тому під час запису на прийом необхідно з'ясувати потребу пацієнта і відповідно формувати графік лікаря. Водночас в графіку лікаря має бути зарезервований час для ургентних пацієнтів, які завжди є. Цей буфер часу дасть змогу уникнути накладок та збоїв у регулярних записах пацієнтів |
| <b>Стандартизувати прийом згідно з профілями пацієнтів</b>              | Кожен лікар має чітко розуміти типи пацієнтів, які звертаються до нього. Залежно від складності типових випадків, необхідно розробити алгоритм дій. Це дасть змогу швидко та якісно обслуговувати пацієнтів та підтримувати стабільно високий рівень задоволеності медичною послугою   |
| <b>Сигналізація про зайнятість лікаря</b>                               | Для того, щоб пацієнти не втрачали час у коридорах, очікуючи лікаря, вони мають чітко знати, коли їм вже можна проходити на прийом. Це можливо зробити через різні способи сигналів: номер пацієнта, який загоряється на табло, чи табличка «Заходьте, будь ласка» на дверях кабінета лікаря   |



| Назва інструменту  | Опис  |
|--|---|
| <b>Онлайн/дистанційна консультації пацієнтів, яким не потрібен візит до лікаря</b> | В сучасних умовах особливої популярності набувають дистанційні консультації. Це дає змогу зменшити черги під кабінетами та швидше обслужити пацієнта в онлайн-режимі, що призводить до більшої кількості пацієнтів, які отримують медичну допомогу  |
| <b>Різні пацієнти – різний час прийому</b>   | Цей інструмент про те, щоб дати різним за складністю пацієнтам різний за тривалістю час в графіку лікаря. Так, наприклад, літні люди та діти можуть мати більше часу в графіку лікаря, ніж інші «стандартні» пацієнти, через специфіку та тривалість їх обслуговування  |
| <b>Обмін досвідом та консультації між лікарями різних закладів</b>                 | На продуктивність лікаря дуже сильно впливає досвід інших лікарів. В такому обміні можна дізнатись, як вирішувати ті чи інші типові проблеми, почути нові, більш ефективні методи лікування пацієнтів або ознайомитись з іншими кращими практиками надання консультацій пацієнтам   |
| <b>Перетворити очікування в цінність для пацієнта</b>                              | Цей метод дає змогу зробити вимушені очікування пацієнта корисними для його здоров'я. Так наприклад, під час таких очікувань пацієнт може бути оглянутий медсестрою, щоб лікар швидше міг проконсультувати пацієнта, пацієнт може мати змогу ознайомитись з корисною для його здоров'я інформацією або зайнятись корисними для здоров'я фізичними вправами чи тестами |
| <b>Збільшити кваліфікацію лікаря через навчання</b>                                | За допомогою семінарів, тренінгів, курсів можна суттєво підвищити кваліфікацію лікаря. Це дасть змогу швидше та якісніше обслуговувати пацієнтів. Вивчення англійської мови може стати ключем у світ сучасних наукових та медичних знань, які принесуть задоволення і корить як самим лікарям, так і їхнім пацієнтам  |
| <b>Прискорити введення даних в МІС</b>   | Пришвидшити обслуговування можна завдяки навичкам роботи в тій чи іншій МІС. Наприклад, навички швидкого друкування наосліп, тренінги роботи в МІС, делегування частини роботи в МІС медичній сестрі тощо   |

Методи «збільшення продуктивності ресурсу» дуже популярні серед усіх медичних закладів. Проте Mayo Clinic вдалося опанувати їх найкраще. Саме завдяки цьому Mayo Clinic вже багато років поспіль є найкращим медичним закладом у світі. Mayo Clinic має 1,3 мільйона пацієнтів на рік, а дохід мережі закладів становить приблизно 12 мільярдів доларів.

Перший великий проект щодо оптимізації внутрішніх процесів у клініці стартував ще в 2005 році. Керівництво лікарні хвилював великий відсоток скасування візитів пацієнтів та низька утилізація лікарів (70%), їхнього найдорожчого ресурсу. Під час діагностики процесів було виявлено низку зон для покращення. Зокрема, команда клініки почала ділити пацієнтів на групи ризику – високий, середній, малий. Відбулась стандартизація протоколів діагностичних тестів, оцінки та прийому пацієнтів відповідно до групи ризику.

Також стандартизували запит інформації від пацієнта до прийому, щоб уникнути дублікатів інформації та виправлень.

Внаслідок таких послідовних, нескладних проектів кількість кроків в процесі надання послуги зменшили з 16 до 6, а час лікаря з пацієнтом збільшився з 240 хвилин до 285 хвилин. А головне – час очікування пацієнта з дати звернення до дати надання консультації знизився з 33 до 3 днів. Відтоді постійна оптимізація процесу та покращення послуг для пацієнтів є невід'ємною частиною розвитку та успіхів клініки.



## ПРИКЛАД

### Бахмутський районний ЦПМСД



Ще одним яскравим прикладом використання тактики збільшення продуктивності ресурсу є кейс «Зменшення часу на прийом хворих з лихоманкою» командою ЦПМСД Бахмут. У процесі дослідження проблеми команда виявила, що на первинне обстеження пацієнта витрачається 18-25 хвилин.

Це збільшує час очікування, створює черги та збільшує понаднормові години роботи для персоналу медичного закладу.

Аналіз проблеми привів до висновку, що значну частину прийому забирало виконання швидкого тесту на COVID-19 (10 хвилин), який можна було робити паралельно з прийомом. Усвідомивши причину проблеми, команда медичного центру виділила окрему медичну сестру, не зайняту на прийомі, для проведення швидкого тесту на COVID-19 під час очікування. У такий спосіб вдалося взагалі виключити час на проведення тесту з лікарського прийому, і тепер пацієнт заходить у кабінет лікаря або вже з готовим результатом, або з касетою, яка покаже результат через 2-5 хвилин.

Також для лікарів та медичних сестер було розроблено алгоритм сумісних дій: поки лікар опитує та оглядає клієнта, він дає короткі дані медичній сестрі для внесення в МІС, потім лише перевіряє чи доповнює їх за потребою.

Дані рішення дали дуже позитивний результат. Після проведеної роботи час прийому зменшився в 2,5 рази, з 18-25 хвилин до 9 хвилин!

## 7. Інструменти управління попитом

Методи управління попитом є не менш ефективними, ніж методи управління ресурсом. Всі вони направлені на те, щоб зменшити попит або структурувати його для якіснішої взаємодії лікаря та пацієнта:

| Назва інструменту   | Опис   |
|---|--|
| <b>Інформаційні кампанії та тренінги для попередження захворювань</b> | Зменшити попит допомагають цілеспрямованій комунікації зі своєю базою пацієнтів щодо профілактики сезонних та інших захворювань.   |
| <b>Навчання пацієнтів основам самодопомоги (Self-care)</b>            | Окрім профілактики, медичні заклади мають ділитись стандартними протоколами лікування для простих та неризикових випадків для того, щоб пацієнт знав, як лікуватися, і міг допомогти собі сам, не створюючи зайве навантаження на медичну систему.   |
| <b>Співпраця з іншими ланкам</b>                                      | Швидкість всієї системи залежить від швидкості найповільнішого елементу. Лікарі сусідніх ланок мають співпрацювати, щоб розуміти попит та спроможності обох ланок. Це дасть змогу синхронізувати зусилля та збільшити кількість пацієнтів, які пройшли через обидві ланки. Крім того, встановлена між ними система зворотного зв'язку дасть змогу швидше навчитись і в майбутньому коректніше направляти пацієнтів на сусідню ланку. |



| Назва інструменту  | Опис  |
|--|---|
| <b>Прогнозування попиту через інтеграцію роботи МІС різних ланок</b> | Інтеграція систем різних рівнів дасть змогу розуміти та прогнозувати навантаження всієї системи й оперативніше приймати рішення про вжиття тих чи інших заходів, описаних вище.   |
| <b>Сортування пацієнтів за типами звернень до візиту (тріаж)</b>     | Тріаж пацієнтів за типами звернень дає змогу робити пріоритезацію прийомів пацієнтів. «Складні» випадки отримують пріоритет та першими потраплять в графік лікаря, «середні» потраплять в графік в другу чергу, а «звичайні» пацієнти, які зможуть почекати, заповнять графік вже на останньому етапі та, якщо це можливо, будуть проконсультовані дистанційно. Така тактика дасть змогу сфокусувати ресурси на найважливіші кейси і в результаті дати максимальну цінність всім. |
| <b>Розширена анкета про стан пацієнта до візиту</b>                  | Розширена анкета про стан пацієнта дасть змогу не тільки зрозуміти, чи потрібен фізичний огляд лікаря, але й, якщо це можливо, зможе виявити прості випадки захворювань та запропонувати стандартний протокол лікування для того, щоб пацієнт максимально швидко отримав лікування, а медична система не витратила ресурс неефективно.  |

## ПРИКЛАД

### Коломийський ЦПМСД



У вересні 2019 року команда Коломийського міського ЦПМСД провела дослідження проблеми виникнення черг під кабінетами лікарів. Під час дослідження було з'ясовано, що 42% часу, який пацієнти проводили в лікарні, вони проводили в очікуванні, створюючи черги. Глибинний аналіз причин виникнення цієї проблеми привів команду до таких висновків:

виявилось, що «корінь» проблеми в тому, що пацієнти під час запису на прийом не вказують мету візиту. Це призводить до того, що всі пацієнти мають однаковий пріоритет потрапити в графік лікаря, тому «прості» пацієнти забирали можливість отримання допомоги у більш «складних» пацієнтів. Усвідомивши причину проблеми, команда центру почала сортувати





пацієнтів за типами звернень: пацієнти, яким потрібні тільки довідки, можуть прийти в певний час та швидко отримати документ, тим часом пацієнти, яким терміново потрібно допомога, можуть записатись на прийом на найближчий зручний час. Такий триаж дав змогу розвантажити лікаря балансом «складних» і «простих» пацієнтів. В результаті такого експерименту швидкість обслуговування пацієнтів зросла з 16 до 23 пацієнтів в день, а у лікаря з'явилося вікно додаткового часу (30 хвилин), яке можна використати для ургентного пацієнта чи для підготовки до наступного прийому.

Вже зараз клініки починають активно користуватись інструментами управління та оптимізації попиту. Так, наприклад, під час запису на прийом медичний персонал запитує пацієнта про симптоми та скарги, і у разі виявлення незначних та типових проблем, записує пацієнта на телефонну консультацію. Це дає змогу пацієнту не витратити час на похід в клініку, не забирати час лікаря для більш «складних пацієнтів» та отримати якісну консультацію швидко і у себе вдома. Лікар бронює час у своєму графіку для телефонних консультацій і за 30 хвилин може проконсультувати до десяти «простих» пацієнтів. Такий підхід дає змогу дуже сильно розвантажити їхній графік та всю медичну систему загалом.



## ПАМ'ЯТАЙТЕ

Якість в охороні здоров'я – це не тільки про здоров'я, але й про пацієнторієнтованість. Задоволення від отриманої послуги та ставлення персоналу до, під час та після її отримання, задоволення від самопочуття, а також задоволення від роботи та взаємодії всередині колективу – це ті показники, на покращення яких мають бути націлені заходи з покращення якості в медичному закладі. Надання належної допомоги, забезпечення її безперервності та використання доказової медицини в практиці є одними з основних складових якості в охороні здоров'я.

Управління якістю – це процес постійний та безперервний. Для цього важливо побудувати систему на рівні закладу, визначити пріоритетні напрями покращень, сформувати команду з управління якістю, забезпечити умови для її функціонування. До цієї системи варто включити моніторинг і оцінку показників якості. Для управління якістю намагайтеся використовувати певні інструменти, які мають свої завдання та дають результат за певних умов.

### Всі матеріали онлайн-курсу за компетенцією УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ

| Семестр | Тема                                      | Вебінари  | Додаткові матеріали (доступні на сторінці курсу на e-Platform Академії НСЗУ)  |
|---------|---|---|---|
| 3       | Принципи та інструменти управління якістю | В.24 Принципи управління якістю<br><a href="https://youtu.be/jmWD8Xyr890">https://youtu.be/jmWD8Xyr890</a><br>В.25 Інструменти управління якістю<br><a href="https://youtu.be/Fzw5F5rMVaA">https://youtu.be/Fzw5F5rMVaA</a> | Керівництво з покращення якості – ЯК ЗРОБИТИ КРАЩЕ<br><br>Quality-Improvement-for-GP-guide (Великобританія – документ англійською)                        |
| 4       | Управління потоками пацієнтів             | В.29 Управління потоками пацієнтів<br><a href="https://youtu.be/Av5ckenlYJ4">https://youtu.be/Av5ckenlYJ4</a>   |   |
| 4       | Міжнародні клінічні настанови             | В.30 Клінічні настанови<br><a href="https://youtu.be/KGkWxzGYVOK">https://youtu.be/KGkWxzGYVOK</a>  |   |
| 4       | Роль медичної сестри                      | В.31 Роль медичної сестри<br><a href="https://youtu.be/NpLxfjymulk">https://youtu.be/NpLxfjymulk</a>  | Кодекс професії медсестринства (Великобританія – документ англійською)<br><br>Професійні стандарти медсестринства (Великобританія – документ англійською) |



