

ПРЕДМЕТ

< ЕВАЛУАЦИЈА И ПЛАНИРАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ СЕРВИСА >

Предавање број 5

**< ПЛАНИРАЊЕ** **>**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Недеља | Наставна јединица | Тематске јединице | Резултат – знања или вештине које студент треба да добије |
| 5 | Планирање | Приступи планирању. Планирање корака и фаза. Одлучивање. | Упознавање са процесом планирања здравствених програма и здравствених услуга. |

Copyright © 2019 – Факултет медицинских наука Универзитета у Крагујевцу. Сва права задржана. Без претходне писмене дозволе од стране Факултета медицинских наука забрањена је репродукција, трансфер, дистрибуција или меморисање неког дела или читавих садржаја овог документа, копирањем, снимањем, електронским путем, скенирањем или на било који други начин.

Copyright © 2019 – Faculty of Medical Sciences of University of Kragujevac. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying,, recording, scanning or otherwise, without the prior written permission of Faculty of Medical Sciences.

**САДРЖАЈ**

[ПЛАНИРАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ ПРОГРАМА И ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА 2](#_Toc8776993)

[Приступи планирању 2](#_Toc8776994)

[Инкрементални приступ 3](#_Toc8776995)

[Приступ заступања 4](#_Toc8776996)

[Комуникацијски акциони приступ 4](#_Toc8776997)

[Свеобухватни рационални приступ 5](#_Toc8776998)

[Приступ стратешког планирања 5](#_Toc8776999)

[Сажетак приступа 6](#_Toc8777000)

[Планирање корака и фаза 6](#_Toc8777001)

[Формирање и развој тима 7](#_Toc8777002)

[Стварање визије 8](#_Toc8777003)

[Истрага 8](#_Toc8777004)

[Одређивање приоритета 9](#_Toc8777005)

[Одлучивање 9](#_Toc8777006)

[Имплементација и настављање 9](#_Toc8777007)

[Широм пирамиде 10](#_Toc8777008)

Предавање бр. 5

**<** **ПЛАНИРАЊЕ** **>**

# ПЛАНИРАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ ПРОГРАМА И ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА

## Приступи планирању

Свест о различитим приступима који се користе за остваривање планирања помаже планерима да тумаче догађаје и воде друге кроз процес планирања.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Табела 3-3. Резиме шест приступа планирању, са примерима о јавном здрављу | | | |
| Присуп | **Претпоставке** | **Последице употребе** | **Примена у јавном здрављу** |
| Постепен | Није изводљиво у више понављања током времена.  Делови су већи од целине. | Планови могу да пропадну због непредвиђених и неукључених и фактора. | Посебни програми који су имплементирани тако да одражавају дискретно, категорично финансирање, упркос потенцијалу преклапања или постојања сличних програма. |
| Аполитичан | Опције су познате: проблем учинити техничким; средства су до краја позната; могу се предвидети сва упозорења. | Стручњаци не могу тачно говорити за друге.Медијска пажња је усмерена више на говорнике,него на проблем. | Пракса заснована на доказима. |
| Приступ заступања | Спољашњи експерт може заступати друге. | Повећан осећај поверења и повећана способност решавања туђих проблема; потенцијал за настанак конфликта. | Активисти за маргинализоване групе и проблеме окружења. |
| Комуникацијско- акциони приступ | Језик је моћан; oни са проблемом имају већу способност за проналажење решења. | Потребно је доста времена и труда за имплементацију; вероватно имају више неслагања за савладавање;  свеобухватни резултати, испреплетани скуп акција | Заједничке коалиције које спроводе програм или постају непрофитне организације. |
| Свеобухватни рационални приступ | Мреже системских повратних информација су контекстуалнe; преферирају се рационални избори | Недостатак флексибилности приликом одговора на новонастале проблеме; скуп процес да би се дошло до плана. | Иницијативе фокусиране на заједницу. |
| Приступ стратешког планирања | Може да антиципира и предвиди будућност; стабилност је присутнија од промене. |  | Серија здравих људи; планови на две до пет годинa; ''Title V'' – план на две године |

Сваки од приступа пружа основу за процену могућих тачака спора или споразума у погледу здравствених и програмских приоритета. Шест различитих погледа на планирање нуде се као различити објективи кроз које процес планирања програма може бити прегледан, разумљив и коришћен за решавање здравственог проблема. Ове перспективе су базиране на основу процеса које је идентификовао Beneviste (1989), чији међународни рад на планирању укључује шири скуп приступа од оних које је описао Blum (1974) или Nutt (1984) и даље одражава тренутне приступе (Oliveira & Pinho, 2010). Сваки приступ је типичан за различите активности планирања (Табела 3-3). Ниједан од приступа није инхерентно бољи или лошији од било ког другог. Радије, сврха постати свестан свих шест приступа је да се одабере приступ који одговара ситуацији и да користе предности приступа да би се дошло до оптималног процеса за развијање здравственог програма и његове евалуације.

### Инкрементални приступ

Инкрементални приступ планирању не покушава да реши проблем ни у једном контексту или преко било којег временског периода. Уместо тога, приступ је решавање непосредног проблема, и донекле, вера да ће мали, прилично неповезани планови и акције имати кумулативни ефекат на проблем. Инкрементализам се, по својој природи, фокусира само на непосредне проблеме, без покушаја да се види "велика слика" или да се имплементира дугорочни план. У раним данима епидемије ХИВ-а / АИДС-а, пре него што је идентификован или именован узрочни вирус, једине опције планирања здравља су постепене: затворити купатила, користити мере предострожности за заразне болести и тражити средства за проучавање здравственог проблема. Ове акције су биле изоловане, неповезани напори, али под одговарајућим околностима, инкрементални приступ био је једина доступна опција. Заговорници заражених појединаца још се нису појавили, нити је постојала научна основа за доношење рационалних, аполитичних одлука. Као што овај пример указује, инкрементализам, иако није најефективнији приступ планирању, може бити једина опција у неким околностима. Поред тога, када су ресурси ограничени, инкрементализам може довести до малих добитака у вези са тренутним проблемима. Главни недостатак инкрементализма је у томе што мноштво малих планских напора може довести до конфликтних планова, збуњујућих програма, програма или услуга који нису интегрисани, или одбојности особља или неусклађености са “новим” програмом.   
  
Неполитички приступ

Аполитички приступ планирању ослања се искључиво на техничко знање како би се дошло до решења и претпоставља да техничко знање омогућава постизање компромиса међу онима који су укључени у здравствени проблем и процес планирања. У одређеном смислу, аполитички приступ је у основи приступ решавању проблема који се ослања на садашње знање о проблему и познате алтернативе за решавање проблема. Име овог приступа одражава чињеницу да његов фокус на техничке аспекте игнорише политичке аспекте инхерентне у било којем проблему. Овај приступ је имплицитно златни стандард планирања, посебно када су они који су укључени у планирање процеса више технички склони и фокусиранији. У мери у којој се аполитични приступ ослања на објективне информације за доношење одлука, примена смерница медицине засноване на доказима (eBM) и праксе засноване на доказима (eBP) може се сматрати апсолутно аполитичким приступом планирању. У eBP-у, смернице за праксу појединих практичара и комплексни програми промоције здравља су развијени искључиво на основу најбољих доступних научних сазнања, без разматрања контекста праксе или преференција оних који су изложени здравственом проблему.  
Када планери користе смернице eBP-а као основу за планирање здравственог програма без узимања у обзир других фактора, они су укључени у аполитично планирање. Једна критика аполитичког приступа решавању проблема је да не узима у обзир интерперсоналну динамику и могуће борбе за контролу (Forester 1993). Овај приступ такође занемарује културна питања која укључују потенцијалне учеснике програма и особље програма, што може бити значајан камен спотицања у примени здравствених програма. Ипак, предност аполитичног приступа је - или барем обезбеђивање - изгледа логичног и рационалног и одређивања решења с документованом највишом делотворношћу.

### Приступ заступања

Перспектива заступања у планирању се фокусира на клијента и даје мандат грађану за учешће у планирању активности. Beneviste (1989.) описује планирање заговарања као облик свеобухватног рационалног планирања одоздо према горе. Међутим, планери који користе приступ јавног заговарања вероватно ће говорити за или у име оних који имају здравствени проблем. На пример, стручњаци за опасности по околину могу сведочити пре него што град или округ изаберу службенике који би се бавили проблемом људи који живе у подручјима где се ствара или складишти опасни отпад. Када они који живе у том подручју нису свесни проблема, али стручњак ипак штити њихов најбољи интерес, планира се заговарање. Још један пример заговарачког приступа је тренд да многе федералне агенције за доделу средстава, као што је CDC, дају мандат члановима заједнице у активностима планирања здравства. Ове федералне агенције сада редовно захтевају да током године планирања програма, представници заједнице буду укључени у развој приоритета и акционог плана за решавање тих здравствених приоритета. У овом случају, савезне агенције се залажу за заједнице које ће бити погођене донацијом коју ће финансирати. као што су Guerin, Allotey, Elmi, and Bho (2006) открили, заступање је лично због интензивног ангажовања између адвоката и оних који се залажу. Они такође виде политичко заговарање као завршну фазу партиципативног истраживања заснованог на заједници. Ова перцепција је слична налазима Hill and colleagues (2007), који су приметили да групе за планирање у заједници које почињу са фокусом на развој програма често прелазе у планирање политике и заговарање. Ови извештаји указују на то да је приступ заговарања за планирање вероватнији када је група основана довољно дуго да стекне дубинско разумевање здравственог проблема и дубоко уважавање да је потребан приступ планирању заговарања како би се додатно решио здравствени проблем. Предности заговарачког приступа су највидљивије у ситуацијама у којима клијенти или грађани из било којих разлога нису овлашћени да пренесу властите преференције или бриге. У таквим ситуацијама, заступање адвоката може бити једина опција за планирање потребног здравственог програма. Недостаци су да се клијенти или грађани не слажу са мишљењима или ставовима адвоката. Заправо, њихов “адвокат” можда чак и не представља оне за које тврди да говори, јер тај појединац имплицитно има нормативни поглед на потребе клијената или грађана. Приступ заговарања имплицитно подразумева и одређени степен сукоба или конфронтације, који могу имати негативне последице на дужи рок. Социјална неодговорност настаје када се решењем занемарују важни друштвени или културни фактори (Blum, 1982). Снажни заговорници и корисници аполитичког приступа планирању могу бити склони овој замци једноставно зато што научна основа не може узети у обзир друштвене реалности и потребе.

### Комуникацијски акциони приступ

Комуникацијска акција, или критичка теорија планирања, бави се дистрибуцијом моћи и комуникације. Из ове перспективе, они који су укључени у планирање улажу напоре да оснаже оне који имају проблем кроз размену информација. Док приступ заговарања не омогућава онима који имају проблем да учествују као равноправни са “стручњацима” у процесу планирања, критички или комуникацијски приступ заснован је на томе да се они који имају проблем изједначе у процесу планирања. Према Forester (1993), ова перспектива доводи до тога да планери размишљају о планирању као о скретању пажње, промени уверења, добијању пристанка и стварању поверења и разумевања међу онима који су укључени. Један од многих примера оваквог приступа планирању евидентан је у менталном здрављу. Национална алијанса о менталним болестима (NaMI) је непрофитна организација чија је сврха пружање подршке особама са менталним болестима, а њима управљају особе са менталним болестима. Појединци са проблемима менталног здравља се уче и воде у процесу развоја програма и услуга у малим размерама, у заједници и за особе са менталним болестима. Овај приступ илуструје приступ комуникацијског деловања. Главна предност комуникацијског акционог приступа је да чланови циљне публике стекну вештине, знање и поверење у решавање властитих проблема. Међутим, здравствени планер који је укључен у критичко планирање мора имати другачији скуп вештина од оних потребних за рационално или инкрементално планирање. Такође, пошто је потребно време и напор да се онима који имају проблем у потпуности укључе у процес планирања, планирање може да се одвија спорије. Време потребно за извођење комуникацијске акције продужава временски распоред планирања тако да није корисно у хитним случајевима.

### Свеобухватни рационални приступ

Свеобухватна рационална перспектива планирања је у основи системског приступа. То укључује анализирање проблема ослањајући се на идеје из теорије система - наиме, повратне петље, улаз и излаз, системи и подсистеми. Систематски, логички след коришћених мисаоних процеса и поступака објашњава зашто се овај приступ назива "рационалним". Претпоставке су да су фактори који утичу на проблем (елементи система који доприносе циљевима) познати и да готово све непредвиђене околности треба очекивати. У том смислу, ова перспектива је рационална и логична. Приступ је свеобухватан у смислу да планери могу узети у обзир оне непредвиђене околности и периферне утицаје. У свеобухватном рационалном приступу, планери постављају циљеве, идентификују алтернативе, спроводе програме и прате резултате. Овај приступ је јасно доминантна перспектива овог текста и већине курсева у планирању и евалуацији. Планирање здравствених програма - посебно националних иницијатива - често одражава напоре да се користи свеобухватан рационални приступ. У ствари, један од принципа планирања који је изложио Reinke and Hall (1988) је да буде што објективнији, с обзиром на контекст и да рационалност, а не статус или позицију, користи што је више могуће као основу за моћ. Једна од предности оваквог приступа је да олакшава добијање информација од заинтересованих страна које би иначе могле да размењују информације, јер то шири ауторитет у корист информативне и рационалне основе. Свеобухватни рационални приступ омогућава планерима да се баве проблемима са којима се суочава читав систем, а не само подсистемима; у том смислу он подсећа на методологије за побољшање квалитета. Још једна корист од свеобухватног рационалног приступа је то што даје више информација за доношење одлука него инкрементални приступ. Свеобухватни рационални приступ није без мана. Forester (1993) је, на пример, критиковао кибернетичку (системску) перспективу која је у основи овог приступа због неуспеха да се узму у обзир норме и вредности појединаца који су или укључени у процес планирања или су погођени процесом планирања. Beneviste (1989) је признао да свеобухватни рационални приступ одваја планере од политичке реалности здравствене ситуације. Forester (1993) је такође нагласио да овај приступ претпоставља да су средства и циљеви познати, што можда није случај. Тврдње о стручној експертизи о односу средстава до циља могу бити нефункционалне када се тврдње не могу поткрепити, тврди Forester. Тврдња да су средства и циљеви разумљиви доводи до избора који узима у обзир и друга системска ограничења. Када планери изаберу опцију која задовољава потребу - другим речима, када крену путем најмањег напора који ће задовољити минималне захтеве - дошло је до задовољства. Иако је задовољство свакако рационално и често посматрано у стварном свету, задовољавајућа одлука инхерентно укључује претпоставку да је одлука рационална и да се заснива на свеобухватном разумевању последица - што можда није истина. Коначно, идеја коју планери најбоље знају, у смислу којих средстава су оптимална, открива нормативну перспективу планирања која може бити неприхватљива за заинтересоване стране са мање стручности.

### Приступ стратешког планирања

Перспектива стратешког планирања се фокусира на организацију и њену способност да оствари своју мисију на фискално одговоран начин. Иако се овај приступ ретко користи за решавање специфичних здравствених услова, он је посебно примењив на инфраструктурни ниво пирамиде јавног здравља. Кроз стратешко планирање, ресурси потребни за решавање здравственог проблема су идентификовани и разматрани у смислу мисије организације. Овај широко коришћен приступ често утиче на избор програма, као у здравственим организацијама чији су центри усредсређени на један ентитет болести, као што је Планирано родитељство или мартовски дан, или на један скуп, као што је Клуб дечака и девојчица или америчка асоцијација пензионера. У одређеној мери, национални циљеви и циљеви постављени у Здрави људи 2020 такође су пример стратешког планирања. Овај приступ, када га користи један члан тима за планирање, може утицати на планирање целог тима. На пример, CDC је доделио великом граду грант за једногодишњу фазу планирања велике иницијативе за промоцију здравља у заједници. Финансирана агенција је укључила бројне локалне агенције у процес планирања. На једном планском састанку, главни извршни службеник једне од здравствених установа у заједници питао је шта би његова организација могла да уради, шта је постављено од његове организације и како би његова организација имала користи од учешћа у здравственим програмима који би били резултат процеса планирања. Његова питања одражавају имплицитно размишљање о томе како стратешки сместити своју организацију у поље кандидата за новчану помоћ. Његово учешће у процесу планирања такође је имплицирало да је мисија његове организације компатибилна са општим правцем који се предузима како би се решио здравствени проблем. Приступ стратешког планирања има неке јасне предности: Он узима у обзир контекст, било да је реч о конкуренцији или политици, и има мало дугорочнији фокус. Већина научника за стратешко планирање препоручује временски оквир од око 5 година када се планира, јер обично је потребно дуго да се направе стратешке промене у програмима. Пошто је стратешко планирање рационалан модел или систематски приступ доношењу одлука, тачке одлучивања се могу квантификовати, оцењивати и секвенционирати, иако су програмиране у компјутерски софтвер који затим показује која је опција „најбоља“. Процес израде, идентификовање најбоље опције не гарантује да ће бити усвојена најбоља опција или програмски план. Људска бића су ирационална (March1988), са предрасудама у томе како размишљају о вероватноћама и могућностима (Тersky & Kahneman 1974). Ове људске карактеристике се обично не квантификују у моделима одлука, али су моћне силе у тумачењу информација и затим обликују предузете акције. Ова ирационалност може довести до ситуација у којима широки циљеви који су развијени током процеса планирања нису, у ствари, предузети. Још један недостатак приступа стратешког планирања је недостатак флексибилности у одговору на новонастале могућности или претње за околину (Еgger 1999). Поред тога, стратешко планирање, ако се правилно изведе, је временски и ресурсима интензивно.

### Сажетак приступа

У одређеној мери, сви приступи планирању здравства о којима се расправља у овом одељку вероватно ће се догодити у фази планирања решавања здравственог проблема. Један пример су напори да се повећа имунизација одраслих у округу Бове. Потреба да се прате имунизације изискивала је укључивање државних здравствених службеника и представника великих организација за одржавање здравља (HMOs) у процес планирања. Лобиста је користио заговарање како би се усвојило државно законодавство које подржава финансирање вакцинације у свим старосним групама, посебно за оне који су из мањинских група. Избор вакцина је аполитична одлука, заснована на истраживању које указује на то које комбинације ће вероватно резултирати највишим нивоима заштите за становништво. Старији грађани су били укључени као информисани потрошачи у обликовању политика и процедура праћења, тако да је и комуникација била део процеса планирања. Мало је вероватно да су сви појединци укључени у планирање имунизације препознали мешавину приступа који се користе у овом напору заснованом на заједници. Да су били упознати са приступима које користе различити конституенти, могле би се развити додатне стратегије које би процес планирања учиниле ефикаснијим, ефективнијим и пријатнијим за родитеље, пружаоце услуга и креаторе политике.

Несумњиво, комбинација приступа је типично потребна, посебно у планирању здравствених програма који има за циљ решавање проблематичних здравствених проблема. Сваки од шест приступа планирању здравља представља начин да се идентификује проблем, идентификују опције и направи избор - класична дефиниција израде одлуке. Другим речима, планирање је доношење одлука (Veany & Kaluzny, 1998). Из перспективе организације или агенције која се бави планирањем здравствене активности планирања могу бити уоквирене у смислу менаџерске и организационе израде одлуке. Ова чињеница је важна приликом процене (ограничења за провођење здравственог програма) и развоја организацијских ресурса.

## Планирање корака и фаза

Кораци или редослед разматрања који се обично сусрећу у моделима планирања су у суштини облик решавања проблема, са мешавином оснаживања. Планирање се ретко дешава постепено, линеарно; радије, то је учестали процес, посебно када реагује на податке прикупљене проценама потреба заједнице и претходним евалуацијама програма, као што су показале стрелице са повратним информацијама на слици 3-1. Ради једноставности, дијаграм приказује само кључне кораке планирања. Ови кораци су неизбежно ревидирани, проширени и прилагођени конкретној ситуацији, користећи податке о процени потреба заједнице и резултирајући приоритетом датим здравственом проблему. У оној мери у којој су трошкови укључени у кораке, они се могу применити на доношење одлука о алокацији ресурса у здравству (Patrick & Еrickson, 1993). Планирање такође има тенденцију да еволуира као процес кроз фазе које су заједничке радним групама, почевши од њихове формације. Фаза формирања и развоја тима треба да се посматра као темељ који поставља процесе и надгледа циклус, од процене кроз развој програма и евалуације до имплементације и евалуације.

### Формирање и развој тима

Планирање је колективна активност. Појединци укључени у различите фазе циклуса планирања лако утичу на правце и донесене одлуке. Кључна стратегија за постизање успешног планирања је да имате видљивог, снажног спонзора. С обзиром на то да је политика једног или другог облика инхерентно део процеса планирања, постојање особе која је призната, поштована и утицајна постаје битан елемент за успешно планирање и спровођење здравственог програма. Одабир чланова тима за планирање је под утицајем правних разматрања (тј. Антидискриминационих закона и општинских мандата за саветодавне одборе), разлоге за жељу за учешћем, ниво и врсту стручности којом појединац може да допринесе процесу, количину и врсту ресурса које појединац може да доприносе процесу, статусу особе као тренутног или потенцијалног корисника или клијента здравственог програма, као и улози особе као заступника за групу која је вероватно погођена здравственим програмом. Величина групе је још једно разматрање, са групама од 10 до 15 које су прихватљиве за процес планирања, признајући да је оптимална величина за радну групу или радну групу од 5 до 7 особа. Један “закон” група указује на изазове у колективном раду: увек ће постојати једна особа која није тимски играч. Имајући у виду ову вероватноћу, кључно је познавати предности и слабости укључених појединаца и разумети зашто је сваки појединац изабран за члана. Имати такве информације помаже да се осигура да група за планирање поседује равнотежу снага које ће допринети ефикасној и делотворној групи. Пажња о саставу групе за планирање такође осигурава заступљеност широког спектра знања и брига, уз елиминисање ометајућих појединаца. Reinke and Hall (1988) такође нас подсећају да је критично да имамо утренирано, обучено и образовано особље за планирање. Слично томе, све већи консензус указује на то да успешни процеси планирања почињу развијањем свести, бриге и вештина групе за планирање за решавање тог проблема. Постоје различите врсте планирања јавног здравља, али најчешћи тип је конзорцијум. Конзорцијум је квази-привремено тело које се формира за специфичну програмску сврху и које има независног спонзора, широко представништво и стручњаке као чланове. Конзорцијуми су популарни начин да се повећа укљученост чланова заједнице и да се (имплицитно) одговори на парадокс професионалаца који немају „право“ решење. Све у свему, литература о учешћу у доношењу одлука открива образац у корист укључивања оних на које се одлука односи у процесу доношења одлука (нпр. Kegler, Painter, twiss, aronson, & Norton, 2009; Quick & Feldman, 2011; Lennox, Proctor, & russell, 2011). Из тог разлога, веома је препоручено укључивање заинтересованих страна током циклуса планирања, имплементације и евалуације.

Такође је важно образовати оне који су укључени у процес планирања, користећи комуникацијски приступ (као што је раније објашњено у овом поглављу). Када су појединци који ће бити погођени одлуком укључени у њихово доношење, њихова отпорност на промену ће вероватно бити смањена и они ће почети да "поседују" програм или план, иако учешће не јамчи власништво (Goodman, Steckler, Hoover, & Schwartz, 1993). Последње разматрање у фази развоја тима је избор вође групе за планирање. Duhl (2000) тврди да многе врсте лидера могу бити неопходне за ефикасан процес планирања. Лидер се може појавити или бити именован на основу његове или њене способности да функционише као васпитач, извршилац или чак социјални предузетник. У било ком тренутку процеса планирања, или чак током надзора над спровођењем програма, различити појединци могу бити боље прилагођени да играју водећу улогу. Препознавање флуидности ситуације лидерства и деловање на том признању су и здрави и корисни. Оно што може бити мање артикулисано, нарочито у најранијим фазама, јесте степен формализације избора лидера. Другим речима, група за планирање треба признати и стандардни процес за одређивање легитимног вође. Овај процес може варирати, од ад хок појаве природног лидера до избора појединца из листе кандидата према формализованим подзаконским актима. Без обзира на то где се у том континууму жели бити група, кључно је да има артикулисан и прихваћен процес који олакшава процес планирања, уместо да омета креативност и посвећеност чланова тима. У идеалном случају, сваки члан групе за планирање треба да буде активно укључен у осигуравање отворености и договора о процесу.

### Стварање визије

Први корак у планирању, према америчком удружењу за планирање, је стварање визије. Развој визије је такође један од првих корака у CHIP и MaPP моделима оцењивања. Природа изјаве о мисији изгледа утиче на успех здравствених организација (Bart, 2007; Vandijck, Desmidt & Buelens, 2007). На пример, Здрави људи 2020 излаже националну визију уклањања расних и етничких разлика у здрављу и повећања квалитета живота. Без обзира на окидач, планери здравствених програма морају створити визију са којом се постојећи и будући учесници могу идентификовати и којима могу посветити пажњу и енергију. Patrick and Еrickson (1993), у својој дискусији о планирању ресурса у здравству, сугерисали су да овај напор започне навођењем здравствене одлуке. Визија је оквир за информације за заинтересоване стране и помаже да се идентификују економске претпоставке које могу утицати на целокупни здравствени програм. Део процеса стварања визије коначног “производа” је постизање консензуса о томе како доћи до тог коначног идеала. У том смислу, један елемент стварања визије је одлучивање о систему за одређивање приоритета и проблема и могућих решења за проблеме највишег приоритета. Начин доношења одлука - било гласањем, консензусом или сложеним алгоритмом - треба да буде једна од првих одлука групе за планирање.

### Истрага

Током фазе истраге планирања, прикупљају се подаци који ће се користити за прво одређивање приоритета здравствених проблема, а затим ће се дати приоритет могућим програмским решењима. Генерално, подаци релевантни за планирање здравствених програма долазе из процене заједнице, преференције становништва, претходне евалуације програма и истраживања о могућим интервенцијама. Важност и могући обим прикупљања података који се проводе кроз процену заједнице су врло критични фактори који се обрађују на другим местима. Два елемента нелинеарне природе планирања здравствених програма вредна су у овој фази планирања. Једна је потреба да се фокусирамо на будућност разматрања - конкретно, интервенција - чак и пре него што се одлучи о програму. Други је потреба да се буде свестан спремности кључних појединаца да подрже процес планирања и програма и да схвате квантификацију здравствених проблема у смислу квалитета живота. Интервенције су акције које су намерно учињене како би директно утицале на здравствени проблем или стање. Ова широка дефиниција интервенције укључује медицинске третмане, фармаколошке третмане, бихевиоралне третмане и развој здравствене политике, као и унапређење образовања и вештина, социјалну подршку и финансијску помоћ. У области здравствене заштите, истраживања која резултирају еBМ и еBP могу се користити за одређивање ефикасности потенцијалних интервенција. Посебно забрињавају осетљивост здравственог проблема на интервенцију и специфичност интервенције у односу на здравствени проблем којим се бави.

Још једно разматрање при утврђивању ефикасности интервенције је теоријска или концептуална логика на којој се темељи начин на који интервенција мења здравствени проблем или стање. Ово питање се детаљније разматра у другим деловима текста. Решења, било програмских интервенција или других идеја, често постоје чак и пре него што се проблем формално идентификује. Заговорници решења могу, на пример, да чекају прилику за примену “своје” идеје. Иако постојање готових доступних решења свакако може бити од помоћи, превише појединаца је склоно скочити на одређено решење пре него што процес планирања у потпуности објасни проблем и сва његова потенцијална решења. У мери у којој је свака интервенција или решење добро прилагођено јасно дефинисаном проблему, процес планирања је делотворан. Један од фактора који негативно утиче на планирање је жељно размишљање, каже Blum (1982).

Другим речима, решења се понекад заснивају на идеалистичким и претерано оптимистичним надама, а не на научним сазнањима. Овај фактор доводи до пропуста да се испита распон могућих ефективних интервенција или решења проблема. Кључ за избегавање ове замке је коришћење еBМ-а и еBP-а, иако чињенице не могу уверити појединце са снажним уверењима о томе што је научно исправна ствар. Додатна предност фокусирања на интервенције је та да ова тактика помаже да се избегне непотребан нагласак на процени потреба и прикупљању података. Goodman et al. (1993) утврдили су да групе за планирање имају тенденцију да почетној фази планирања посвете доста времена и труда, прикупљајући податке о ризику и здравственим проблемима и спровођењу анализе података. Фокусирање на идентификовање реалних интервенција уравнотежује ране фазе планирања са каснијим фазама имплементације.

### Одређивање приоритета

Током фазе одређивања приоритета, подаци и информације прикупљени током процене здравственог стања у заједници, заједно са информацијама о преференцијама и интервенцијама, интегрисани су у одлуку о томе шта треба адресирати и како. Током утврђивања приоритета, група за планирање ће се суочити са конфликтима који проистичу из различитих филозофија чланова групе о томе како успоставити приоритете. Као што је раније објашњено у погледу етике, ниједан етички приступ одређивању приоритета по питањима није инхерентно исправан или погрешан. Центрирање дебата тима о томе шта би требало да буде водећи филозофски и етички оквир за доношење одлука о одређивању приоритета може стога бити важан корак ка изградњи консензуса, поверења и узајамног поштовања међу заинтересованим странама. Када се ови основни принципи усагласе, може се применити систематски, квантитативни приступ како би се одредили здравствени приоритети. Ове утврђене технике утврђивања приоритета детаљније су обрађене на другим местима у тексту.

### Одлучивање

Неизбежно, приоритет здравствених проблема неће бити прихватљив за неке заинтересоване стране. Као последица тога, рангирање ће можда бити потребно ревидирати тражећи допринос заинтересованих страна или док се не постигне консензус. Таква активност одражава реалност мешања рационалних и политичких приступа програмском планирању. Ове одлуке које се односе на здравствене проблеме којима се треба бавити служе као полазна тачка за развој програма, а затим за имплементацију. Одлуке о томе који здравствени проблеми се могу решити, могу бити неуспешни из два главна разлога. Прво, организационе норме и институционализовани циљеви могу подржати конфликтне приоритете у вези са здравственим проблемима, ограничавајући које су интервенције прихватљиве. Друго, стручњаци који проводе процену здравствених потреба у заједници могу бити пристрасни, што ће обликовати њихове налазе. Другим речима, подаци из процене здравственог стања у заједници који су доступни за планирање могу одражавати ставове оних који су провели процену, уместо да откривају пуни опсег онога што постоји и као снага и као проблем у заједници. Једном када је здравствени проблем или стање изабрано као фокус здравственог програма или услуге, потребно је израдити детаљан план имплементације, заједно са планом за спровођење евалуације. Планери би требало да буду свесни да ће се, након идентификације здравственог проблема, састав групе за планирање вероватно променити. Чланови са заједничким интересовањима ће остати део тима, док ће они који имају мало стручности или интересовања за изабрани приоритет нестати. У овом тренутку у циклусу, можда је важно поново размотрити састав групе и адресирати зашто би се потенцијални кључни актери требало укључити.

### Имплементација и настављање

Циклус планирања је завршен након једне потпуне итерације док се програм не имплементира, прати како би се одредио опсег имплементације, и проценила његова делотворност. За неке здравствене програме, имплементација укључује фазу завршетка или период постепеног укидања, као што се дешава са здравственим програмима који се финансирају на ограничено време. Евалуација, било да се ради о непосредним ефектима или дугорочним резултатима, пружа основу за даље планирање програма и завршава један циклус. Током процеса планирања, вишеструка жаришта су корисна као крајње тачке евалуације: епидемиолошко фокусирање на карактеристике здравственог проблема; научни фокус на идентификацији најбољих могућих, изводљивих програмских интервенција; и менаџерски фокус на циклус планирања и имплементацију програма. Ако се ова жаришта одрже, онда ће се петље за повратне информације развијати брже, нове индикаторе активирања додатних активности планирања ће се уочити, а еволуција укључености заинтересованих страна ће бити бржа.

## Широм пирамиде

На директном нивоу услуга пирамиде јавног здравља, планирање се фокусира на индивидуалне здравствене проблеме и на најраширеније или најскупље здравствене проблеме којима се баве директне службе. Планирање, дакле, може бити прилично клиничке природе, укључујући само оне појединце који су погођени клиничком одлуком. Може се бавити и питањима која се тичу малих агрегата, тако да планирање резултира развојем здравствених образовних понуда за пацијенте који посећују одређену клинику, на пример. На нивоу пружања услуга у јавној здравственој пирамиди, планирање се више фокусира на агрегате и одређује приоритете међу доступним или потенцијално доступним услугама. Такође, може бити усмерена на стварање услуга које омогућавају решавање проблема високог приоритета. За разлику од директног планирања услуга, које се може догодити унутар граница клинике, планирање на нивоу пружања услуга захтева укључивање ширег тела конституената. Овај шири опсег одражава чињеницу да природа здравствених проблема који се решавају на нивоу пружања услуга вероватно доводе до планова који захтевају ширу основу подршке и сарадње. На пример, ако здравствено планирање укључује фокус на доступност примарне здравствене заштите и транспорт се појављује као елемент у процесу планирања, транспортне власти морају бити укључене у активности планирања. На нивоу услуга заснованих на популацији, планирање здравства је најочигледније у државним плановима за здравство, иако су здравствени системи и мреже почели да користе и приступ заснован на популацији. Државне здравствене агенције редовно проводе активности процене и планирања чији исходи служе као основа за развој здравствених програма које подржава држава или које проводе државе. као и код планирања пружања услуга. Планирање услуга заснованих на популацији ће вероватно захтевати укључивање ширег круга заинтересованих страна. На нивоу инфраструктуре, планирање је активност инфраструктуре. С обзиром на ову тачку, релевантна су питања расподеле ресурса, планирања за планирање и прикупљање података о планирању. На пример, једна област која ће вероватно бити решена кроз планирање здравства на нивоу инфраструктуре јесте утврђивање квалификација и броја здравственог особља које је потребно за спровођење плана. Здравствено особље и планирање ресурса (Blum, 1982; Reinke & Hall, 1988) су одговарајући фокус планирања и потребни су за одржавање инфраструктуре.