

**НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ З
МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ
«ОРГАНІЗАЦІЯ ТА УПРАВЛІННЯ
ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я»**

18-20 жовтня 2016 року

МАТЕРІАЛИ КОНФЕРЕНЦІЇ

м. Київ

ДЯКУЄМО ЗА ОРГАНІЗАЦІЮ, АКТИВНУ УЧАСТЬ ТА РОЗВИТОК У СТВОРЕННІ НОВОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ПЛОЩАДКИ ДЛЯ КЕРІВНИКІВ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ!

ЗА ОФІЦІЙНУ ПІДТРИМКУ:

- Адміністрації Президента України
- Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я
- Міністерству охорони здоров'я України
- Київській міській державній адміністрації

ЗА ПІДТРИМКУ:

- Посольству Угорщини
- Корейській Агенції сприяння торгівлі та інвестиціям (KOTRA Київ)
- Агентству з зовнішньої торгівлі Італії ІЧЕ при Посольстві Італії в Києві
- Економічній місії УБІФРАНС при Посольстві Франції в Україні
- Американській торговельній палаті в Україні

СПІВОРГАНІЗАТОРАМ:

- Кафедрі управління охороною суспільного здоров'я Національної академії державного управління при Президентові України
- ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»
- ДУ «Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи МОЗ України»
- Журналу «Практика управління медичним закладом»
- Українській асоціації якості медичної допомоги

ЗА АКТИВНУ УЧАСТЬ:

- Громадській Раді при Міністерстві охорони здоров'я України
- Кафедрі управління охороною здоров'я Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
- ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС
- Науково-дослідному інституту проблем військової медицини Української військово-медичної академії
- Білоруській медичній академії післядипломної освіти
- Кафедрі соціальної медицини, організації охорони здоров'я і медичного правознавства ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України
- Кафедрі організації охорони здоров'я та соціальної медицини НМУ ім О.О. Богомольця
- Кафедрі організації і управління охороною здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького
- КЗ «Обласний госпіталь ветеранів війни Закарпатської ОДА»
- Клінічній лікарні «Феофанія»
- ДВНЗ «Ужгородський Національний Університет»
- Журналу «Практика управління медичним закладом»,
- Асоціації Лікарів Медичного Туризму
- Журналу DoctorGEO&DoctorSPA

ЗМІСТ:

Офіційні привітання	4
Програма	18
Тези доповідей	26



Президент України

**Організаторам, учасникам та гостям
науково-практичної конференції
«Організація і управління охороною здоров'я»**

Шановні друзі!

Вітаю вас із відкриттям науково-практичної конференції «Організація і управління охороною здоров'я».

Щире суспільне прагнення якісних змін у медицині, а також потужний науковий, освітній та технологічний потенціал країни, помножений на високий професіоналізм спеціалістів галузі, - запорука ефективного реформування і модернізації вітчизняної системи охорони здоров'я.

Переконаний, що цікаві дискусії та конструктивна співпраця фахівців із України та ваших зарубіжних колег сприятимуть пошуку оптимальних рішень для забезпечення важливої мети – підвищення якості та тривалості життя громадян.

Бажаю вам плідної роботи, наснаги й успіхів.

Петро ПОРОШЕНКО,
Президент України





**Вітаю учасників
Міжнародного форуму «Менеджмент в охороні здоров'я»!**

Глибоко переконана, що сьогодні вітчизняна галузь охорони здоров'я стоїть на порозі доленосних рішень, які вимагають від нас консолідації зусиль, вироблення і прийняття виважених і усвідомлених рішень.

Безумовно, розбудова сучасної національної моделі охорони здоров'я потребує подальшого вдосконалення законодавства та активної участі представників медичної громадськості в реалізації задекларованих у галузі охорони здоров'я реформ.

Сьогоднішній форум представників органів влади, міжнародних експертів, керівників медичних закладів, представників бізнесу є чудовою нагодою обговорити наші подальші спільні кроки у вирішенні проблемних питань медичної галузі.

Визначальним є те, що на цьогорічне обговорення винесено надзвичайно важливі питання автономізації закладів охорони здоров'я, страхової медицини, зміни системи фінансування послуг з медичного обслуговування населення та багато інших актуальних питань з організації надання медичної допомоги.

Упевнена, що відкритий і конструктивний діалог сприятиме формуванню цілісного бачення реформування вітчизняної галузі охорони здоров'я.

Як голова парламентського комітету закликаю вас бути активними – ставати рушійною силою і авторами нової сторінки в історії – побудови нової вітчизняної системи охорони здоров'я європейського рівня, адже саме від вашого професіоналізму, вміння швидко і якісно приймати складні управлінські рішення залежить успіх розпочатих нами реформ.

Ольга Богомолець,
Голова Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я,
народний депутат України



Вельмишановні колеги, учасники та гості Міжнародного форуму «Менеджмент в охороні здоров'я»!

Від імені Національної академії медичних наук України вітаю з початком роботи Форуму та сподіваюся на плідні результати для кожного з учасників!

Форум вже другий рік поспіль збирає представників органів влади, управлінців охорони здоров'я, науковців а також представників інших організацій та громадськості, спеціалістів приватної та державної медицини, задля проведення ефективного діалогу, обміну досвідом та вироблення спільних стратегій і дієвих схем реформування галузі в Україні.

Якнайшвидше створення ефективної системи управління у медичних закладах дозволить пройти нам часи трансформації і перетворень в медичній галузі виважено, грамотно і успішно.

Саме тому увага науковців Національної академії медичних наук України сьогодні сконцентрована в тому числі і на дослідженні теоретичних та методологічних основ підготовки управлінських рішень, забезпечені комплексності досліджень системних аспектів державного регулювання галузю, моделях її розвитку, причинах і факторах, що визначають рівень і структуру здоров'я суспільства. Особливо нині, коли країна протистоїть зовнішній агресії, людські та фахові якості керівників медицини стають визначальними. Впевнений, саме завдяки подібним заходам ми збільшуємо експертне середовище фахівців, здатних втілювати зміни в системі охорони здоров'я в Україні.

Форум виступає професійним майданчиком для різнопланового фахового діалогу та охоплює широкий спектр тем і питань, що піднімаються. У рамках форуму та конференцій пройде ряд спеціалізованих семінарів, професійних шкіл та круглих столів, які дозволять більш детально зосередитися на найбільш гострих і актуальних питаннях сучасної системи охорони здоров'я.

У свою чергу реформування галузі передбачає здійснення заходів, спрямованих передовсім на здійснення інноваційної і кадрової політики. Впродовж 3-х інформаційно-насичених днів на експертів, фахівців, менеджерів та управлінців з різних рівнів державної та приватної медицини, як вітчизняної, так і закордонної, громадського сектора чекатимуть фахові зустрічі, ексклюзивні дискусії, цікаві обговорення. Це чудова нагода для обміну досвідом та думками з актуальних питань сьогоднішнього дня: управління медичними закладами, системи фінансування, галузеві стандарти та багатьох інших.

Я ще раз радий вітати усіх учасників заходу! Бажаю усім продуктивності, наснаги та плідної співпраці.

Віталій Цимбалюк,
Президент Національної академії медичних наук України,
академік НАМН України



Шановні колеги!

Від імені організатора Міжнародного форуму «Менеджмент в охороні здоров'я» – Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика вітаю Вас з відкриттям цієї знакової події!

Форум керівників закладів охорони здоров'я – найкращий інтерактивний майданчик для обговорення шляхів розвитку системи громадського здоров'я, пошуку рішень проблем, які щодня виникають перед головними лікарями та їх заступниками.

Цього року у програмі заходу заявлені актуальні доповіді і ґрунтовні дослідження. Делегатам надається виняткова нагода вдосконалити свої знання, організаційні навички і висловити своє бачення подальшого розвитку медичної галузі.

Високий рівень заходу підтверджують спікери, серед яких представники органів виконавчої влади та провідні науковці у сфері охорони здоров'я, досвідчені організатори охорони здоров'я, міжнародні експерти, керуючі партнери провідних юридичних компаній, власники і керівники підрозділів великих медичних мереж, страхових та консалтингових компаній.

Ми з Вами розуміємо роль новітніх технологій у питаннях підвищення якості надання медичної допомоги, підвищення конкурентних можливостей лікувальних закладів. Саме тому, у рамках виставкової експозиції делегатам буде представлено сучасне професійне обладнання, техніка, комплексні рішення для оснащення медичних закладів.

Глибоко переконаний, що конструктивні пропозиції будуть затребувані на практиці, фахівці зможуть обмінятися досвідом, розширити ділові зв'язки.

Бажаю всім міцного здоров'я, бойового настрою, натхнення та віри у світле майбутнє!

Юрій Вороненко,
Ректор Національної медичної академії післядипломної освіти
імені П. Л. Шупика,
академік НАМН України



Шановні керівники закладів охорони здоров'я! Шановні колеги!

Від імені Громадської організації «Всеукраїнська Асоціація Головних Лікарів» та від себе особисто вітаю Вас з відкриттям Міжнародного форуму «Менеджмент в охороні здоров'я»!

Цього року Україна відзначає 25-річчя своєї незалежності. За роки самостійності розвивалася і вітчизняна медицина. Це був час і поразок і перемог, а головне – це колосальний досвід, який ми маємо урахувати при побудові вдосконаленої системи охорони здоров'я. Головними дієвими особами медичних реформ мають стати самі головні лікарі, а рушійною силою – наша єдність.

Заходи такого рівня, як Міжнародний форум «Менеджмент в охороні здоров'я» – є стратегічно важливими, вони забезпечують постійний діалог між владою та професійною медичною спільнотою. Фахівці мають змогу зібратися разом, обговорити актуальні питання реформування галузі, внести свої конструктивні пропозиції, обмінятися досвідом, започаткувати спільні проекти.

Затребувана програма Форуму також дозволить керівникам галузі охорони здоров'я, отримати нові знання та набуті навички, які надалі вони зможуть використовувати при прийнятті управлінських рішень.

Бажаю всім плідної роботи, невичерпного натхнення та нових здобутків!

Дмитро Дячук,
Голова ГО «Всеукраїнська Асоціація Головних Лікарів»



Шановні учасники форуму! Шановні колеги!

Від імені кафедри управління охороною суспільного здоров'я Національної академії державного управління при Президентові України вітаю нас усіх з нагоди початку роботи Міжнародного форуму «Менеджмент в охороні здоров'я».

Менеджмент в охороні здоров'я розглядається як сукупність функцій, орієнтованих на ефективне використання людських, матеріальних та фінансових ресурсів із метою досягнення цілей охорони здоров'я. Питання реформування сфери охорони здоров'я є одними із ключових у сучасній державній політиці. Головною метою якого є поліпшення здоров'я населення, забезпечення рівного й справедливого доступу усіх громадян до медичної допомоги належної якості. Важливість реформування системи охорони здоров'я в умовах децентралізації влади в Україні відмічена на найвищому державному рівні. Зокрема, реформа системи охорони здоров'я є однією з пріоритетів реалізації Стратегії сталого розвитку «Україна – 2020».

В рамках нової парадигми державного управління як публічного урядування є необхідним інституційний супровід процесу реформ, який має визначати правила, умови, суб'єктність процесу реформ, вивести їх за межі професійного кола, що підсилює вірогідність їх реалізації, а також включило громадськість в число відповідальних за здійснення реформ. Безперечно, застосування інструменту управління в складних системах, таких як публічне управління у сфері охорони здоров'я, потребує підготовки кадрів, навчання, що є предметом діяльності кафедри управління охороною здоров'я Національної академії державного управління при Президентові України.

Тож хочу побажати всім конструктивної роботи, мудрості та віри у власні сили! Сподіваюся, цьогорічна зустріч буде плідною і сприятиме подальшим досягненням щодо удосконалення менеджменту в охороні здоров'я в Україні.

Василь Князевич,
Доктор медичних наук, завідувач кафедри управління охороною суспільного здоров'я, Національної академії державного управління при Президентові України,
член Колегії та Вченої ради Міністерства охорони здоров'я України



Шановні учасники Міжнародного форуму «Менеджмент в охороні здоров'я»!

Система охорони здоров'я України переживає свої не найкращі часи. На фоні погіршення здоров'я населення країни, реформа системи охорони здоров'я, на яку так сподівалися і медичні працівники і населення, проводиться повільно і не системно.

Первинна медико-санітарна допомога, яка є основою системи охорони здоров'я і пріоритетним напрямком реформи системи охорони здоров'я є в країні недостатньо ефективною, не престижною і вона активно не розвивається. Такий її стан не задовольняє ні медичних працівників, ні населення. Позитивні напрацювання реформи вторинної медичної допомоги, які відбулися завдяки проектам Євросоюзу та в пілотних регіонах не аналізуються і не доопрацьовуються.

Збереження та зміцнення здоров'я населення, зниження показників смертності та інвалідності, особливо дітей та осіб працездатного віку, має бути не тільки функцією системи охорони здоров'я, а пріоритетом діяльності всіх галузей.

Всесвітня Організація Охорони Здоров'я визначила головною задачею до 2020 року на рівні всіх країн — її членів – розвиток громадської охорони здоров'я. Для України система охорони громадського здоров'я — новий напрям діяльності, який тільки починає розвиватися. Наразі умови для втілення нових ідей є важкими, утім, хоч як це парадоксально, криза часто зумовлює об'єднання зусиль для швидшого досягнення поставленої мети.

Ми ж маємо виконувати свої обов'язки перед суспільством так, щоб воно стало активним учасником процесу і отримало мотивацію відповідально ставитися до власного здоров'я.

Сподіваюся, професіонали, які візьмуть участь у форумі, знайдуть оптимальні рішення для поліпшення здоров'я українців.

Бажаю учасникам Міжнародного форуму «Менеджмент в охороні здоров'я» та міжнародної конференції «Організація і управління охороною здоров'я» ефектної праці, результати якої сприятимуть підвищенню рівня охорони здоров'я в Україні.

Геннадій Слабкий,
Професор, д. мед. н., Голова проблемної комісії МОЗ та НАМН України
за спеціальністю «Соціальна медицина»,
в.о. директора Український інститут стратегічних досліджень МОЗ
України, Посол миру



Шановні колеги!

Спеціалізовані форуми — це значущий момент у житті науковця, лікаря, педагога. А назва нашої конференції «Організація і управління охороною здоров'я» та програмні питання, які на ній будуть розглядатися, вказують на надзвичайну актуальність цього заходу.

Нині галузь охорони здоров'я належить до найслабкіших ланок національного господарства України та є однією з найменш реформованих. Тож завдання, яке стоїть перед політиками, Урядом, Міністерством охорони здоров'я України, науковцями та нами — добре організувати та надалі успішно управляти нею.

Цей форум є ще одним щаблем у нашому безперервному професійному розвитку, де ми маємо можливість отримати нові компетенції, розширити свої професійні знання. Так, ефективна робота фахівців у нових умовах неможлива без розуміння основ громадського здоров'я. Питання справедливості й рівності, доступності та якості, підбору та підготовки кадрів, впровадження передового вітчизняного та міжнародного досвіду завжди були й будуть ключовими категоріями в організації надання медичних послуг.

Олег Любінець,

Професор, д. мед. н., завідувач кафедри організації і управління охороною здоров'я Львівського національного медичного університету, Голова громадської організації «Товариство з громадського здоров'я Львівщини»



Шановні учасники Міжнародного форуму «Менеджмент в охороні здоров'я», пані та панове!

Прийміть сердечні вітання з нагоди важливої події – Міжнародної науково-практичної конференції «Організація і управління охороною здоров'я».

Цей важливий науково-практичний форум об'єднав спільною ідеєю удосконалення національної системи охорони здоров'я представників різних наукових шкіл, управлінців, працівників практичної охорони здоров'я та громадськості, створив широку платформу для обговорення численних проблем медичної галузі в контексті сучасних викликів та загроз для громадського здоров'я.

Важливим аргументом на користь втілення в практику напрацювань з удосконалення стратегій, програм розвитку, моделей організації національної та регіональних систем охорони здоров'я, закладів охорони здоров'я різних форм власності є підтримка конференції з боку Президента України, Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, НАМН України, МОЗ України, КМДА та інших організацій.

Важко переоцінити значущість тематики конференції та піднятих на ній питань в умовах реформування усіх сфер суспільного життя, у т.ч. найбільш значущої і затребуваної – медичної, та спрямованості входження країни в єдиний європейський простір.

Впевнена, що прийняті конференцією рішення створять надійну основу для визначення спільних дій щодо удосконалення механізмів управління медичною сферою в цілому, та окремими її складовими, органами, закладами задля підвищення якості та доступності медичної допомоги, зміцнення здоров'я і благополуччя населення.

Від щирого серця бажаю учасникам конференції успішної роботи, творчого натхнення, вагомих наукових здобутків у вирішенні сучасних проблем охорони здоров'я!

Тетяна Грузева,

Професор, завідувач кафедри організації охорони здоров'я та соціальної медицини Національного медичного університету імені О.О. Богомольця



Шановне медичне товариство!

Маю честь вітати Вас на Міжнародному Форумі «Менеджмент в охороні здоров'я 2016»!

Посольство Угорщини в Україні прагне розширити відносини і зв'язки між нашими країнами, це також стосується всебічного співробітництва у галузі охорони здоров'я. Саме тому, ми радо погодилися на пропозицію взяти участь у важливій науково-практичній конференції «Організація і управління охороною здоров'я», яка відбудеться в рамках Форуму і об'єднає керівників сфери охорони здоров'я України та фахівців міжнародних профільних організацій.

Щиро переконана, що захід дозволить представити досвід реформування галузі охорони здоров'я в Україні, Угорщині та інших країнах, ознайомитися з тенденціями та новинами, обмінятися думками, започаткувати нові продуктивні проекти.

Бажаю всім розширення кордонів професійної діяльності, перспективних знайомств та заряду новими ідеями!

Світлана Кабиш,
Директор інформаційного бюро «Угорщина-туризм» при Посольстві
Угорщини в Україні



Шановні гості, учасники та організатори Міжнародного форуму «Менеджмент в охороні здоров'я»!

Рада вітати вас на такому важливому для працівників сфери охорони здоров'я заході, який демонструє готовність наших лікарів, організаторів та управлінців у сфері охорони здоров'я до змін, обміну досвідом та його застосування у своїй діяльності!

Лікарі, як основні учасники системи охорони здоров'я, активно цікавляться досягненнями світової медицини, новинками у сфері охорони здоров'я, швидко сприймають нову інформацію та переймають досвід інших країн для впровадження його у своїй практиці. Наша Асоціація активно залучає наших лікарів до такого обміну, до взаємодії спеціалістів різних країн, ми стали платформою для спілкування та співпраці між лікарями, клініками, реабілітаційними центрами в Україні та за кордоном.

Ми впевнені, що тільки поєднання особистого досвіду кожного учасника сфери охорони здоров'я та набутого досвіду у спілкуванні із закордонними колегами зумовить якісний професійний розвиток кожного лікаря, управлінця та організатора в охороні здоров'я.

Ми можемо представити багатосторонній досвід різних країн у якісній кваліфікаційній підготовці лікарів та організаторів охорони здоров'я та підвищенню їх кваліфікації з урахуванням новітніх світових досягнень як наукових медичних, так і професійних. Для цього ми з партнерами проведемо наш спільний захід – Міжнародну секцію в рамках Конференції «Організація та управління охороною здоров'я 2016», який дозволить нашим спеціалістам охорони здоров'я розібратися у різноманітних можливостях програм підвищення особистої кваліфікації та налагодженні подальшої співпраці з іноземними колегами.

Ми сподіваємося, що проведення ділових зустрічей у рамках цього заходу дозволить учасникам із різних країн розпочати співпрацю з обміну досвідом та отримання нових знань. Я вірю, що Форум допоможе нашим спеціалістам у сфері охорони здоров'я набути нового досвіду, отримати нових партнерів, а головне — отримати підтримку іноземних колег і знайти джерело натхнення для подальшого реформування нашої системи охорони здоров'я.

Бажаю всім учасникам і відвідувачам активної та плідної співпраці!

Інна Дашенко,
Віце-президент Асоціації Лікарів в Медичному Туризмі



Шановні колеги!

Постійне вдосконалення і набуття нових знань — невід'ємна складова професії медичного працівника. Попри розвиток сучасних дистанційних комунікацій, цікавішим і ефективнішим залишається навчання у форматі живого спілкування, зокрема, на конференціях та форумах, галузевих виставках та інших заходах.

Щороку компанія LMT на виставках і Форумах збирає фахівців охорони здоров'я, демонструючи досягнення сучасної медицини та спонукаючи працівників галузі до розвитку та вдосконалення. Вдруге на одному майданчику виставкового комплексу Міжнародного Форуму «Менеджмент в охороні здоров'я» проводяться дві масштабні події, які об'єднують спеціалістів державної та приватної медицини. У рамках Форуму відбудуться дві унікальні конференції «ОРГАНІЗАЦІЯ І УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я 2016» та «ПРИВАТНА МЕДИЦИНА: РЕАЛІЇ ПРАКТИКИ», на яких виступлять представники регуляторних органів, провідні спеціалісти-управлінці державної та приватної медицини, відомі юристи та іноземні колеги.

Проведення таких заходів особливо актуальне в світлі сучасних тенденцій розвитку і реформування вітчизняної охорони здоров'я.

Спеціалізовані семінари, професійні школи, майстер-класи та круглі столи дозволять сконцентруватися на найбільш гострих і актуальних питаннях сучасної охорони здоров'я.

Беріть активну участь у наших заходах. Ваша активна позиція, ваш досвід і ваші унікальні ідеї ляжуть в основу подальшого розвитку української медицини. Не залишайтеся осторонь і робіть також свій внесок у майбутнє вітчизняної охорони здоров'я.

Алла Кізім,
Головний редактор редакції медичних видань ТОВ «Пресс Альянс»
(журнали «Практика управління медичним закладом», «Журнал заступника головного лікаря», «Журнал головної медичної сестри»)



Вельмишановні учасники та гості Міжнародного форуму «Менеджмент в охороні здоров'я» 2016!

Міжнародний форум став для фахівців ультразвукової і функціональної діагностики вже традиційно важливою подією для професійного спілкування в межах «Всеукраїнської школи ультразвукової та функціональної діагностики». Але час реформаторських змін у житті українського суспільства вимагає напрацювання спільних стратегічних рішень і практичних кроків як від організаторів системи охорони здоров'я, так і від практикуючих медиків. Саме Міжнародний форум «Менеджмент в охороні здоров'я» і є бажаною інформаційною платформою для продуктивного діалогу і обміну досвідом організаторів системи охорони здоров'я, керівників медичних закладів різних рівнів і форм власності, практикуючих лікарів, представників бізнесу та міжнародних експертів.

Ультразвукова діагностика (УЗД), що застосовується в усіх клінічних сферах, не може стояти осторонь викликів часу. Одним з основних сучасних трендів розвитку галузі є впровадження принципу мультипараметричної ультразвукової (Multiparametric Ultrasound – mp-US) діагностики у всіх напрямках клінічних замовлень. Найбільш опрацьованими сьогодні вже є мультипараметричний ультразвук при діагностиці і диференційній діагностиці дифузної патології печінки (а це охоплює 50% популяції), пухлинних утворів передміхурової, молочної і щитоподібної залоз.

Сучасні ультразвукові системи як світових, так і вітчизняних виробників стали вкрай насиченими різноманітними високими технологіями. В арсеналі сонолога в останні роки з'явилися численні інноваційні параметри, засновані на різних фізичних принципах отримання інформації про акустичні, механічні і гідродинамічні властивості тканин, пухлин і системи кровообігу (В-режим, доплер, еластографія, стеатометрія, контрасти, 3D/4D).

Важливу роботу по участі в розробці Національного керівництва з радіологічних методів дослідження та медико-технологічних документів взяли спеціалісти Української асоціації фахівців ультразвукової діагностики (УАФУД) та Українського доплерівського клубу (УДК). Постійна інформаційна підтримка галузі, розвиток дистанційного консультування та комунікації фахівців ведеться через український портал ультразвукової діагностики www.ultrasound.net.ua.

Сподіваємося, спілкування клініцистів і спеціалістів з УЗД та організаторів системи охорони здоров'я у форматі Міжнародного форуму «Менеджмент в охороні здоров'я» 2016 на стендах виробників ультразвукового обладнання, лекціях і майстер-класах «Всеукраїнської школи ультразвукової та функціональної діагностики» прискорить впровадження нових діагностичних і лікувальних методик на принципах мультипараметричної УЗД у практику вітчизняної охорони здоров'я та підвищить рівень знань фахівців.

Олег Динник,
Президент Української асоціації фахівців ультразвукової діагностики,
Головний позаштатний спеціаліст зі спеціальності
«Ультразвукова діагностика» МОЗ України

Шановні партнери, учасники та гості!



Від імені Компанії LMT вітаю Вас із початком роботи ключової події для керівників галузі охорони здоров'я — Міжнародного форуму «Менеджмент в охороні здоров'я»!

Реалії сьогодення вимагають від керівників закладів охорони здоров'я обізнаності, впровадження інноваційних методів управління і вміння конкурувати на ринку. Від готовності фахівців змінюватися, вдосконалювати свою роботу залежить реформа у системі охорони здоров'я.

Саме тому, у партнерстві з Національною медичною академією післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Національною академією медичних наук України, Всеукраїнською Асоціацією Головних лікарів ми організували профільний Форум. Цей захід створено для пошуків взаєморозуміння, обміну досвідом та ідеями.

У новому форматі ми зібрали керівників медичних закладів державного та приватного сектору, завідувачів лабораторіями, власників та керівників аптечних закладів і аптечних мереж, головних медичних сестер.

Для делегатів сформовано насичену програму, яка складається з конференцій, семінарів, тренінгів та майстер-класів. Фахівці також зможуть відвідати спеціалізовану експозицію, ознайомитися з медичною технікою, діагностичним обладнанням, медичними меблями, інструментарієм, витратними матеріалами, спецодягом, фармацевтичною продукцією та встановити ділові контакти з потенційними постачальниками.

Висловлюю повагу всім однодумцям, які незважаючи на буремні часи, продовжують розвивати галузь охорони здоров'я! У майбутнє віримо разом!

Вадим Ткаченко,
Генеральний директор Компанії LMT

ОРГАНІЗАЦІЯ І УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я

18 жовтня 2016 року, конференц-зал №3 (10.00-18.00)

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ «ОРГАНІЗАЦІЯ ТА УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я»

Організатори:

Національна академія медичних наук України

*Національна медична академія післядипломної освіти
імені П. Л. Шупика*

*Громадська організація «Всеукраїнська асоціація головних
лікарів»*

10.00 - 11.00 Офіційне відкриття конференції

Привітальні слова: Адміністрація Президента України, Комітет Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, Міністерство охорони здоров'я України, Національна академія медичних наук України, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київська міська державна адміністрація, Громадська організація «Всеукраїнська асоціація головних лікарів»

ПРОГРАМА

11.00-11.15 Вклад НАМН України в розвиток медичної науки України

Доповідач: Цимбалюк В. І., Президент Національної академії медичних наук України

11.15-11.30 Стратегічне завдання держави у зміцненні здоров'я своїх громадян

Доповідач: Князевич В. М., завідувач кафедри управління охороною суспільного здоров'я Національної академії державного управління при Президентові України

11.30-12.20 Післядипломна медична освіта та безперервний професійний розвиток на шляху до євроінтеграції України

Доповідач: Толстанов О. К., д.м.н., проректор з навчальної роботи, професор кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика

12.20-12.40 Проблеми забезпечення населення первинною медико-санітарною допомогою в умовах створення добровільних об'єднань громад

Доповідач: Слабкий Г. О., д.м.н., професор, директор ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

12.40-12.55 Основні положення стандарту 13485, які потрібно знати адміністрації закладу охорони здоров'я державної форми власності

Доповідач: Круть А. Г., директор Державного медичного центру сертифікації МОЗ України

12.55-13.10 перерва

13.10-13.25 Основні фонди медичного закладу та ефективність їх використання

*Доповідачі: **Михальчук В. М.**, д.м.н, професор, завідувач кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика*

***Бандурин О.** завідувач I терапевтичного відділення стаціонару КЗ «Обласний госпіталь ветеранів війни Закарпатської ОДА»*

13.25-13.40 Принципи моніторингу впровадження наукової продукції в діяльність закладів охорони здоров'я України

*Доповідач: **Горбань А. Є.**, директор Українського центру наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи МОЗ України*

13.40-13.55 Медична послуга — продукт галузі охорони здоров'я

*Доповідач: **Любінець О. В.**, д.м.н., проф., завідувач кафедри організації і управління охороною здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, голова Товариства з громадського здоров'я Львівщини*

13.55-14.10 Сучасні підходи до поліпшення доступності і якості медичної допомоги дітям і матерям

*Доповідач: **Гойда Н. Г.**, д.м.н., професор кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика*

14.10-15.00 перерва

15.00-15.15 Імплементация Цілей сталого розвитку для України в контексті боротьби з неінфекційними хворобами

*Доповідач: **Грузева Т. С.**, д.м.н., професор, завідувач кафедри організації охорони здоров'я та соціальної медицини НМУ ім. О.О. Богомольця, академік АН ВО України*

15.15-15.30 Роль моніторингу задоволеності пацієнтів у сучасних моделях управління якістю медичного обслуговування

*Доповідачі: **Децик О. З.**, д.м.н., професор, завідувач кафедри соціальної медицини, організації охорони здоров'я і медичного правознавства,*

***Яворський А. М.**, к.м.н, доцент кафедри соціальної медицини, організації охорони здоров'я і медичного правознавства ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України*

15.30-15.45 Системи фінансування охорони здоров'я: міжнародні порівняння

*Доповідач: **Шевченко М. В.**, ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС*

15.45-16.00 Оптимізація вторинної медичної допомоги населенню спроможних територіальних громад

*Доповідач: **Бугро В. І.**, к.м.н., доцент кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика*

16.00-16.15 Управління якістю медичної допомоги: науково-практичні підходи до вдосконалення
Доповідач: Горачук В. В., д.м.н., професор кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика

16.15-16.30 Здоров'я населення Республіки Білорусь: вікові аспекти над смертності
Доповідач: Романова А. П., к.м.н., доцент, докторант кафедри громадського здоров'я та охорони здоров'я Білоруської медичної академії післядипломної освіти

16.30-16.45 перерва

16.45-17.00 Чи потрібна закладу охорони здоров'я системи управління якістю (відповідно до вимог стандарту ISO 9001)?
Доповідач: Котуза А. С., д.м.н., проф., головний аудитор Державного медичного центру сертифікації МОЗ України

17.00-17.15 Єдиний медичний простір України як основа розвитку системи медичного забезпечення військ та цивільного населення
Доповідачі: Лівінський В.Г., науковий співробітник науково-дослідного відділу організації медичного забезпечення Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Української військово-медичної академії

17.15-17.30 Організація патолого-анатомічної роботи в Університетських клініках
Доповідач: Роша Л. Г., завідувач патологоанатомічної лабораторії Університетської Клініки ОНМУ

17.30-17.45 Світові підходи до визначення та регулювання «потоків» пацієнтів у закладах охорони здоров'я
Доповідач: Медведовська Н., д.м.н., доцент кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги НМАПО імені П. Л. Шупика

17.30-17.45 Деякі аспекти впровадження моделі удосконалення системи профілактичних медичних оглядів дорослого населення у роботу закладу охорони здоров'я
Доповідач: Кондратюк Н. Ю., науковий співробітник наукового відділу організації медичної допомоги Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами

18 жовтня, конференц-зал №1 (11.00-14.00)

**ВІДКРИТЕ ЗАСІДАННЯ ГРОМАДСЬКОЇ РАДИ ПРИ МІНІСТЕРСТВІ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

Організатор: **Громадська Рада при Міністерстві охорони здоров'я України**

Модератор: **Максим Іонов, голова Громадської Ради при МОЗ України**

ПИТАННЯ ДО ОБГОВОРЕННЯ:

11.00-14.00 Громадське обговорення стратегії реформування галузі охорони здоров'я

19 жовтня, конференц-зал №3 (10.00-14.00)

III СЕМІНАР «ДЕРЖАВНА МЕДИЦИНА: РЕАЛІЇ ПРАКТИКИ 2016»

Модератор: **Алла Кізім, головний редактор журналу «Практика управління медичним закладом»**

ПРОГРАМА

10.00-10.35 Ліцензування медичної практики і обігу наркотичних засобів

Доповідач: **Олена Беденко-Зваридчук, директор ЮК «МедАдвокат», голова Комітету з медичного права Асоціації правників України**

10.35-11.00 Сучасні підходи до контролю якості медичної допомоги у закладі охорони здоров'я

Доповідач: **Андрій Котуза, д.м.н., проф., головний аудитор Державного медичного центру сертифікації МОЗ України**

11.00-11.25 Вдосконалення організації профілактики найпоширеніших захворювань у практиці лікувального закладу

Доповідач: **Юрій Мочалов, доцент ДВНЗ «Ужгородський Національний Університет», лікар-стоматолог практикуючий**

11.25-11.50 Розрахунки вартості медичних послуг: процес, закритий від громадськості. Пропозиції професійної спільноти на протипагу політичним амбіціям

Доповідач: **Максим Іонов, голова Громадської ради при МОЗ України**

11.50-12.15 Сучасний стан нормативно-правового регулювання та проблеми формування спеціального фонду у закладах охорони здоров'я державної форми власності

Доповідач: **Юлія Цвілій, головний бухгалтер клінічної лікарні «Феофанія»**

12.15-12.45 Життя після автономізації: перші кроки та виклики

Доповідач: **Олена Хітрова**, юридична фірма «Іньюполіс»

12.45-13.10 Основи організаційно-методичної роботи в Університетських клініках

Доповідач: **Світлана Бусел**, заступник директора Університетської клініки ОНМУ

13.10-13.35 Комерційна модель і гуманізація медичної сфери

Доповідач: **Анатолій Якименко**, головний редактор газети «Медична спеціальність», шеф-редактор аналітичного інтернет-ресурсу «Trigger»

13.35-14.00 Мультипараметрична ультразвукова діагностика, як принцип організації охорони здоров'я

Доповідач: **Олег Динник**, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Ультразвукова діагностика», президент Української асоціації фахівців ультразвукової діагностики, к.м.н.

19 жовтня, конференц-зал №1 (10.00-13.00)

КРУГЛИЙ СТІЛ

«ПІДГОТОВКА КЕРІВНИХ КАДРІВ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ЕТАПІ ЇЇ РЕФОРМУВАННЯ»

Організатор: **Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, кафедра управління охороною здоров'я**

Модератори: **Гульчій О. П., проректор з міжнародних зв'язків та науково-педагогічної роботи з іноземними громадянами НМАПО імені П. Л. Шупика, д.м.н., професор, професор кафедри управління охороною здоров'я, заслужений працівник охорони здоров'я України**

Горачук В. В., д.м.н., професор кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика

Михальчук В. М., д.м.н., завідувач кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика, заслужений працівник охорони здоров'я України

ПРОГРАМА

10.00-10.20 Оптимізація програм підготовки керівних кадрів сфери охорони здоров'я

Доповідач: **Михальчук В. М., д.м.н., завідувач кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика**

10.20-10.40 Підготовка керівних кадрів охорони здоров'я у глобальному світовому контексті

Доповідач: **Гульчій О. П., проректор з міжнародних зв'язків та науково-педагогічної роботи з іноземними громадянами НМАПО імені П. Л. Шупика, д.м.н., професор, заслужений працівник охорони здоров'я України**

10.40-11.00 Управління якістю освіти відповідно до міжнародних стандартів. Досвід НМАПО імені П. Л. Шупика

Доповідач: Краснов В. В., д.м.н., професор, завідувач кафедри педагогіки, психології, медичного і фармацевтичного права НМАПО імені П. Л. Шупика

11.00-11.20 Особливості підготовки науково-педагогічних кадрів за спеціальністю «Соціальна медицина»

Доповідачі: Савичук Н. О., проректор з наукової роботи НМАПО імені П. Л. Шупика, д.м.н., професор

Михальчук В. М., д.м.н., завідувач кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика

11.20-11.40 Результати, проблеми та перспективи підготовки управлінців охорони здоров'я за програмою 18-місячної спеціалізації у Дніпропетровській медичній академії

Доповідач: Лехан В. М., д.м.н., професор, завідувач кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ ДМА МОЗ України

11.40-12.00 Результативність та ефективність очно-заочної дистанційної форми навчання управлінців

Доповідачі: Латишев Є. Є., д.м.н., професор, кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика

Кошова С. П., старший викладач кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика

12.00-12.20 Військово-медична освіта в Україні: стан та перспективи розвитку

Доповідач: Жаховський В. О., провідний науковий співробітник науково-дослідного відділу організації медичного забезпечення Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Української військово-медичної академії, кандидат наук з державного управління, доцент

12.20-13.00 Обговорення, запитання — відповіді. У обговоренні візьмуть участь:

Любінець О. В., д.м.н., проф., завідувач кафедри організації і управління охороною здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, голова Товариства з громадського здоров'я Львівщини

Децик О. З., д.м.н., професор, завідувач кафедри соціальної медицини, організації охорони здоров'я і медичного правознавства ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України

Сердюк О. І., д.м.н., професор, завідувач кафедри соціальної медицини, управління та бізнесу в охороні здоров'я соціальної медицини, управління та бізнесу в охороні здоров'я ХМАПО

Романова А. П., к.м.н., доцент, докторант кафедри громадського здоров'я та охорони здоров'я Білоруської медичної академії післядипломної освіти

19 жовтня, конференц-зал №3 (14.10-15.10)

**КРУГЛИЙ СТИЛ «МЕДИЧНА ПЛАТФОРМА СПІВРОБІТНИЦТВА
(MEDICAL CROSS-ENTERPRISE COLLABORATIVE PLATFORM)
ЯК СКЛАДОВА РЕФОРМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»**

Організатор: **Національна медична академія післядипломної освіти
імені П. Л. Шупика**

Модератор: **Толстанов О. К., проректор з науково-педагогічної роботи НМАПО
імені П. Л. Шупика, доктор медичних наук, професор, заслужений
лікар України**

ПРОГРАМА

Доповідачі:

Толстанов О. К., проректор з науково-педагогічної роботи НМАПО імені П. Л. Шупика, д.м.н., професор, заслужений лікар України

Затолокін О. П., Президент Центру муніципального менеджменту (Хабітат), науковий керівник - координатор Програми ООН-Хабітат по стратегічному плануванню в Україні

Бузуєв В. М., IT експерт

Пастушенко О. Д., Голова Адвокатського об'єднання «Муніципальна адвокатура», адвокат

Теми для обговорення: Система управління медичною практикою. Системи адресної та індивідуальної опіки (Case management), інформаційний портал пацієнтів. Взаємодія учасників в рамках професійної мережі. Спеціалізовані фінансові сервіси для учасників Платформи. Організація взаємодії в рамках професійних співтовариств. Обробка великих масивів даних (BigData). Кореляційний аналіз даних, предикативний аналіз. Експертні системи у встановленні діагнозів. Когнітивні підходи в організації обслуговування. Досвід розробки мінімальних бюджетів територіальних громад у сфері охорони здоров'я. Державні соціальні нормативи у сфері охорони здоров'я: практика застосування на місцевому рівні. Місцеві цільові програми охорони здоров'я, як інструмент залучення інвестицій та міжнародної технічної допомоги у розвиток закладів охорони здоров'я. Правові стандарти охорони здоров'я за національними та міжнародними показниками. Права, обов'язки, захист прав учасників Платформи. Правове забезпечення місцевих інвестиційних програм по охороні здоров'я. Представництво інтересів сторін в органах державної влади та управління. Адвокація всіх учасників та процесів Платформи. Консорціум «Здоров'я – 2030»

19 жовтня, конференц-зал №3 (15.00-18.00)

**МІЖНАРОДНА СЕКЦІЯ
«МЕДИЦИНА І ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ – МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД»**

Організатори: **Компанія LMT, Асоціація Лікарів Медичного Туризму, журнал Doctor GEO & Doctor SPA**
Модератор: **Наталія Строчковська, головний редактор журналу Doctor GEO & Doctor SPA**

Міжнародні програми стажування та післядипломної освіти для лікарів та організаторів охорони здоров'я – характеристика та переваги різних країн

ПРОГРАМА

15.30 - 15.45 Програми стажувань та підвищення кваліфікації за кордоном

Доповідач: **Medical Personell**

15.45 – 16.00 00 Післядипломна освіта в Польщі - як єдиний реальний і доступний спосіб для українського лікаря інтегруватись в польську - європейську медицину

Доповідачі: **Руслан Романишин**, керівник та ініціатор проекту «Польський клуб медичний»

Дзюба Василь Маркович, к.п.н., доцент, заслужений працівник освіти, координатор Польсько - української програми стажування і розвитку для медиків з України у напрямку public health

16.00 - 16.15 Програми стажувань та підвищення кваліфікації за кордоном

Доповідач: **Luisa Bautista**, «HLA Hospital Group», Іспанія

16.15- 16.45 Програми працевлаштування та підвищення кваліфікації для лікарів, медичних сестер та медичного персоналу

Доповідач: **Сергій Арсєєв**, European Medical Services, Чехія

16.45-17.00 **Михайло Хайтін**, Німеччина

17.00-17.15 Програма підготовки лікарів до англomовного середовища та працевлаштування у Великобританії - курс PLAB test training

Доповідач: **Маріанна Синиця**, координатор курсу PLAB test training, Великобританія

17.30-18.00 Програми для лікарів

Доповідач: **Світлана Кабиш**, директор інформаційного бюро «Угорщина-туризм» при Посольстві Угорщини в Україні

ОПТИМІЗАЦІЯ СИСТЕМИ ВТОРИННОЇ СТАЦІОНАРНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Бугро В. І.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

Мета. Обґрунтувати та розробити оптимізовану модель вторинної стаціонарної медичної допомоги (ВСМД) для спроможних об'єднаних територіальних громад районного рівня (ТГРР) в Україні.

Матеріали і методи. Використані нормативно-правові акти, що регулюють місцеве самоврядування в Україні (4 од.), результати власного дослідження організації ВСМД (на прикладі Івано-Франківської, Черкаської, Чернігівської областей) з використанням даних: форми № 20 «Звіт лікувально-профілактичного закладу за 2005 рік», «Звіт лікувально-профілактичного закладу за 2014 рік» (62 од.); форми № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого» (2302 од.); електронних версій форм № 066/о «Статистична карта хворого, який вибув із стаціонару» (366313 од.).

Методи дослідження. Історичний, системний підходу, системного і контент-аналізу, медико-статистичний, моделювання.

Результати та обговорення. Існуюча модель надання ВСМД, представлена мережею лікарняних закладів за результатами аналізу підтвердила свою неефективність. У кожній області зайнятість ліжка не досягала планової при високих рівнях госпіталізації. Середнє перебування хворого на ліжку залишалось вищим, ніж у середньому по Україні при високих відсотках необґрунтованості госпіталізації та погіршенню показників клінічної ефективності лікарняної допомоги у досліджуваних областях.

Основним напрямом оптимізації слід визначити об'єднання лікарень суміжних у географічному просторі ТГРР, що має позитивний досвід впровадження у європейських країнах.

Об'єднувати можливо міські з центральними районними, районними лікарнями, або у інших комбінаціях між ними на базі однієї з таких лікарень за критеріями рівня її матеріально-технічного і кадрового забезпечення та рівновіддаленого розташування від меж ТГРР.

Враховуючи дані щодо суміжності територій районів області, чисельності їх населення, географічних особливостей, потужностей лікарняних закладів ВМД пропонується створити об'єднані міжтериторіальні спеціалізовані лікарні (МТСЛ) та їх відділення – самостійні лікарні відновного лікування.

Висновки. Запропонована оптимізована модель ВСМД відповідає нормативним засадам децентралізації місцевого самоврядування та надає можливість використати повноваження місцевих громад в частині забезпечення якісної і доступної медичної допомоги шляхом об'єднання наявних ресурсів.

ПІДГОТОВКА ФАХІВЦІВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ ТА АДМІНІСТРУВАННЯ» В УКРАЇНІ

Васюк Н. О., Князевич В. М., Юрочко Т. П.

Кафедра управління охороною суспільного здоров'я,

Національна академія державного управління при Президентові України, м. Київ, Україна

Мета дослідження. Обґрунтування та опрацювання методичних положень і практичних заходів щодо здійснення підготовки фахівців у сфері охорони здоров'я за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування» в Україні.

Матеріали та методи. Для реалізації поставленої у дослідженні мети застосовувалися

такі методи як системний метод – з метою розробки основних положень навчальної програми; метод узагальнення – у процесі формулювання висновків.

Результати та обговорення. Підготовка фахівців для системи охорони здоров'я з 2016 року здійснюється на основі магістерської програми зі спеціальності “Публічне управління та адміністрування” (спеціалізація “Управління охороною здоров'я”). Основною метою впровадження магістерської навчальної програми є підготовка нової генерації та перепідготовка фахівців для органів публічного управління, галузі охорони здоров'я, діяльність яких спрямована на реалізацію політики у сфері охорони здоров'я та розбудову ефективної й результативної системи охорони здоров'я, що відповідає міжнародним стандартам.

Основні навчальні дисципліни спеціалізації направлені на вивчення публічної політики й управління у сфері охорони здоров'я, стратегічного управління галузі, медичного та фармацевтичного права, управління якістю та управління змінами у сфері охорони здоров'я, економічних засад державного регулювання охорони здоров'я, а також ряд дисциплін, пов'язаних з вивченням проблем у сфері охорони громадського здоров'я.

Основні компетентності, які матимуть випускники після завершення навчання, направлені в основному до здатності і готовності у здійсненні заходів із забезпечення управлінської діяльності у сфері охорони здоров'я; спроможності застосовувати моделі прийняття управлінських рішень у сфері охорони здоров'я; випускники матимуть навички роботи (аналіз, розробка та ін.) з нормативно-правовою базою у сфері охорони здоров'я; вмітимуть проводити стратегічний аналіз тенденцій розвитку системи охорони здоров'я та ін.

Висновки. Таким чином, навчання фахівців для системи охорони здоров'я за спеціальністю “Публічне управління та адміністрування” займає особливе місце в їх професійній діяльності. Після закінчення навчання випускники матимуть змогу займати керівні посади у сфері охорони здоров'я на державній службі та в органах місцевого самоврядування, а також і в інших установах й організаціях, в т. ч. громадських організацій, які здійснюють діяльність у сфері охорони здоров'я.

ХАРАКТЕРИСТИКА РІВНЯ НАРОДЖУВАНOSTІ В УКРАЇНІ

Габорець Ю. Ю., Дудник С. В., Дудіна О. О., Волошина У. В.

Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України, м. Київ, Україна

Мета. Проаналізувати рівень народжуваності в Україні за 2014-2015 рр. (в розрахунку на 1 тис. осіб наявного населення).

Матеріали і методи. Статистичні дані Держкомстату України. Методи: статистичний, порівняльного аналізу.

Результати та обговорення. За період дослідження спостерігається тенденція до скорочення кількості народжень в Україні на 11,9% (2014 р. – 10,9 на 1 тис. наявного населення; 2015 р. – 9,6 відповідно). В 17 областях України показник народжуваності вищий за загальноукраїнський. Найвища кількість живонароджених у 2015 р. зафіксовано у Рівненській (13,9%), Закарпатській (13,5%) та Волинській (12,9%) областях. У всіх областях України, за виключенням м. Київ (+0,8%), відбулось зниження рівня народжуваності в порівнянні з 2014 р.

За рівнем народжуваності регіони України можна розділити на три групи: східні області, яким притаманна надзвичайно низька народжуваність, яка навіть наполовину не забезпечує відновлення чисельності населення (Сумська, Чернігівська, Полтавська, Харківська області). Західні області (Волинська, Рівненська, Закарпатська, Івано-Франківська, Чернівецька, до них тяжіє Одеська область) мають відносно високі показники народжуваності. До третьої групи належить решта областей (демографічно старі регіони півночі та центру), в яких показники

відтворення населення знаходяться на рівні середніх по країні.

Висновки. У 2015 р. відзначається зниження як загальноукраїнського рівня народжуваності, так і регіональних рівнів народжуваності, за виключенням м. Київ.

ОСОБЛИВОСТІ ЦІНОУТВОРЕННЯ НА ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО СЕКТОРА ПОЛЬЩІ

Гайдаш Д. С.

Національна академія державного управління при Президентові України, м. Київ, Україна

Мета. Вивчення досвіду в сфері розробки стратегій та методів ціноутворення на лікарські засоби республіки Польща.

Матеріали і методи. Під час дослідження використовувались матеріали офіційного сайту Міністерства здоров'я республіки Польща, польського та вітчизняного законодавства з питань ліцензування у фармацевтичному секторі. Предмет дослідження зумовив використання загальнонаукових методів системного аналізу, зокрема, методу порівняння та методу прогнозування.

Результати та обговорення. У Польщі ціноутворення на лікарські засоби ґрунтується на застосуванні як вільних, так і регульованих цін. Зазвичай у вільному режимі визначаються ціни на препарати, вартість яких не підлягає відшкодуванню.

Вільно формуються також ціни на лікарські засоби зарубіжного виробництва, однак вони підлягають узгодженню шляхом переговорів між виробниками і Міністерством фінансів Польщі після реєстрації препарату. Узгоджені ціни - майже найнижчі в Європі, оскільки при їх встановленні враховується наявність на ринку препаратів-конкурентів.

Ціни на препарати місцевого виробництва підлягають державному регулюванню і встановлюються Міністерством фінансів: вони виконують роль еталонних для відшкодування вартості, в тому числі й для імпортних аналогів, представлених на ринку.

Для призначення ціни на вітчизняні препарати використовується метод "витрати плюс фіксований прибуток". Ціни на препарати, вартість яких відшкодовується, підлягають щорічній перереєстрації. Роздрібні націнки та націнки дистриб'юторів, також, встановлюються Міністерством фінансів і в середньому складають 16–40% (залежно від рівня ціни на препарат) і 14,3% відповідно.

Висновки. Досвід побудови систем ціноутворення на лікарські засоби в Польщі може стати в нагоді при реформуванні та оптимізації діяльності фармацевтичного сектора в Україні. Застосування еталонного ціноутворення у цій сфері можливе за умови запровадження системи медичного страхування та розробки механізму відшкодування вартості ліків.

ОСОБИСТІСНО-ЗОРІЄНОВАНІ ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ КАДРІВ

Гасюк Н. В.,¹ Єрошенко Г. А.,² Лисаченко О. Д.,²

¹Державний вищий навчальний заклад «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль, Україна, ²Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

Мета. Пошук можливих шляхів оптимізації якості медичної освіти із орієнтиром на розвиток особистісних якостей студентів медиків.

Матеріали і методи. Аналітичний із урахуванням наступних критеріїв (рівень професійно-цілісних орієнтирів, рівень розвитку творчих мотивів професійної діяльності та морально-

етичних якостей особистості, рівень розвитку емоційно-вольової сфери, рівень сформованості та готовності до самоосвіти).

Результати та обговорення. Викладачі кафедри гістології, цитології, ембріології ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія» апробують методіку навчання «шляхом досвіду». Вперше дану модель навчання обґрунтував в кінці 70-х років минулого століття американець Д. Колб, спираючись на напрацювання Д. Д'юї, К. Левіна та Ж. Піаже.

Користуючись власним досвідом, працівники кафедри спрямовують свою роботу в напрямку здійснення індивідуального підходу до особистості студентів на практичних заняттях.

Метою є виявлення творчих здібностей та умов реалізації поведінкових реакцій студентів на практичних заняттях та розвитку їх під час теоретичної частини заняття.

Основною задачею викладача на даному етапі є правильна мотивація студентів. При цьому слід звертати особливу увагу не лише на теоретичну мобільність студентів, а і на виховання свідомості майбутнього лікаря та на наявність клінічного і творчого мислення. В іншому випадку процес навчання буде не повним, якщо в його ході не виховувати та не враховувати первинні професійні вміння та якості студентів.

Висновки. Отже, бажання викладачів досягти найкращих результатів в реалізації теоретичних та практичних освітніх, розвивальних і виховних завдань в медичній освіті сьогодення, спонукає їх до застосування нестандартних педагогічних підходів.

В своїй роботі викладачі використовують конкурсні та ігрові форми організації навчальної діяльності студентів-медиків, які мають чітко визначену структуру, композицію, свій сценарій і створювався на зразок улюблених телевізійних практичних та інтелект-шоу, що викликає надзвичайний інтерес студентів.

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІТИННОГО СКЛАДУ ЕПІТЕЛІЮ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ВІДРОСТКА В УМОВАХ ВПЛИВУ МЕТАКРИЛАТУ

Герасименко С. Б.¹, Семенова А. К., Єрошенко Г. А.¹, Гасюк Н. В.²

¹Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

²Державний вищий навчальний заклад «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль, Україна

Мета. Визначити клітинний склад слизової оболонки альвеолярного відростка в умовах впливу пластинкових знімних протезів.

Матеріали і методи. При проведенні дослідження керувалися правовими законодавчими та етичними нормами і вимогами при виконанні наукових та морфологічних досліджень. Матеріалом для дослідження слугували епітелії альвеолярного відростка, забрані шляхом зішкрябу у осіб чоловічої статі, які користувалися пластинковими знімними протезами. Епітелій забирали шпателем та переносили на предметне скло, висушували при відкритому доступі повітря протягом 3-5 хвилин. Забарвлювали матеріал за Романовським-Гімза, з подальшим мікроскопічним та морфологічним аналізом з урахуванням відсоткового співвідношення різних форм епітеліоцитів в нормі.

Результати та обговорення. Клітинний склад представлений парабазальними, проміжними, поверхневими клітинами та роговими лусочками.

Поверхневі еозинофільні клітини мали гексагональну, а іноді прямокутну форму, перинуклеарне розташування філаментозних структур та поодинокі еозинофільні гранул. В залежності від конфігурації плазмолемі ядро овальної або овоїдної форми. Проте, в деяких

клітинах воно пікнотичне, при цьому філаментозні структури мають більш чітку конфігурацію. Поряд із еозинофільними поверхневими клітинами іноді візуалізувалися азур-позитивні (базофільні) епітеліоцити. Останні мали чітко виражену плазмолему, що характеризується узурованою поверхнею. В порівнянні з попередніми еозинофільними клітинами базофільні мають чітко виражене округле ядро, характеризуються наявністю у цитоплазмі дрібних азур-позитивних гранул, що містять в собі глікогенні включення.

На відміну від поверхневих, в цитоплазмі проміжних еозинофільних клітин чітко виражені філаментозні нитчасті структури. Проте, в поодиноких клітинах вони розташовані навколо ядра, а в інших – між її апікальним та базальним полюсами. В тих випадках, коли визначаються перинуклеарне розташування тонофіламентів, в окремих ділянках цитоплазми зустрічаються азур-позитивні включення. Разом з тим, проміжні базофільні (азур-позитивні) клітини на відміну від поверхневих мають різну, від полігональної до веретеноподібної, форму плазмолем. При цьому такі клітини мають ексцентрично розташоване ядро і, згідно Бикова В.Л., відповідають парабазальним епітеліоцитам. Наявність останніх є показником атрофічного процесу епітелію. Звертає на себе увагу, що в частині базофільних проміжних клітин іноді зустрічаються мітози, що свідчить про високу проліферативну активність даного шару.

Висновки. Результати комплексного цитологічного аналізу можна використовувати для діагностичної та прогностичної оцінки стану слизової оболонки альвеолярного відростка на етапі протезування таких пацієнтів, і динаміки змін в порожнині рота на етапі звикання до пластинчастого знімного протезу і перевірки ефективності проведених лікувально-профілактичних заходів та шляхів її корекції.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ПОЛІПШЕННЯ ДОСТУПНОСТІ І ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ І МАТЕРЯМ

Гойда Н. Г.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

Мета. Визначити сучасні підходи до поліпшення здоров'я матерів та дітей.

Матеріали і методи. Проведено аналіз міжнародних і вітчизняних нормативно-правових документів щодо збереження здоров'я матерів і дітей та забезпечення їм доступної і якісної медичної допомоги.

Одним із пріоритетних напрямків не лише охорони здоров'я, а й внутрішньої політики України є охорона здоров'я матерів та дітей. Зазначений пріоритет базується на декількох складових.

Перш за все, це необхідність виконання стратегії міжнародних нормативно-правових документів, що стосуються даної проблеми. До таких документів слід віднести наступні: Конвенція про права людини, Конвенція про права дитини, Програма дій, прийнята Каїрською міжнародною конференцією з народонаселення і розвитку, Резолюція конференції «Каїр + 5», Декларація та Платформа дій, прийняті на IV Всесвітній конференції щодо становища жінок, Основи політики досягнення здоров'я для всіх в Європейському регіоні ВОЗ: «Здоров'я – 21».

Важливим і емким документом є Європейська стратегія «Здоров'я і розвиток дітей і підлітків». Основна мета, якою пронизаний даний документ, це дати можливість дітям і підліткам у Європі досягти повного потенціалу їхнього здоров'я і розвитку та зменшити втрати від керованої захворюваності та смертності.

Європейська стратегія знайшла своє відображення в цілому ряді нормативно-правових документів України: Закони, Укази Президента, Постанови, і Розпорядження Кабінету Міністрів

України. Цих документів є ціла низка. Але серед законодавчих актів особливої уваги заслуговує Закон України №2402-III від 6.04.2001 р. «Про охорону дитинства». Щодо національних і державних програм, то найбільший реальний внесок в збереження здоров'я дітей та матерів зробила реалізація таких документів як: Національна програма «Діти України» (Указ Президента України №63/96 від 18.01.1996 р.) та Державна програма «Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року» (Постанова Кабінету Міністрів України №1849 від 27.12.2006 р.).

Позитивною відмінністю названих документів був комплексний підхід як до розробки, так і до реалізації заходів, передбачених в програмах. Це стосувалось як центральних органів влади (міністерств та відомств), так і місцевих державних адміністрацій.

Зразком такого міжсекторального підходу став Закон України, прийнятий 5 березня 2009 року №1065-VI, яким затверджена Загальнодержавна програма «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» на період до 2016 року».

Всі перелічені документи спрямовані на вирішення найважливіших завдань, визначених ВООЗ, а саме: профілактика виникнення захворювань; забезпечення народження здорової дитини; організація доступної і якісної первинної медико-санітарної та високоспеціалізованої медичної допомоги.

Другою важливою складовою для вироблення національної стратегії та визначення пріоритетів при вирішенні проблем материнства і дитинства є глибокий аналіз рівня та структури основних показників здоров'я матерів та дітей.

Характеризуючи такий інтегральний показник, як смертність дітей першого року життя, слід зазначити, що її рівень в 2015 році склав 8,1 на 1000 народжених живими. Цей показник є нижчим на 55% від показника 1995 р. (14,70/000), однак перевищує аналогічний показник країн Євросоюзу – 3,69 (ВООЗ, 2014 рік). А в ряді країн Європи він є ще нижчим: Кіпр – 1,61, Фінляндія – 1,69, Чехія – 2,39, Швеція – 2,18 на 1000 народжених живими.

Важливими є дані щодо структури причин смерті дітей першого року життя. Статистичні дані свідчать, що понад 50% (52,1%) немовлят помирає по причині станів, які виникли в перинатальному періоді. Аналіз структури смертності дітей у віці до 1 року за періодами життя показав, що дві треті випадків припадають на перші 28 днів (неонатальний період).

Наведені дані визначили безальтернативний пріоритет – розвиток перинатальної служби та організацію сучасної перинатальної допомоги.

Завдяки реалізації зазначених документів в Україні створено 12 перинатальних центрів третього рівня і мережа перинатальних центрів другого рівня. В регіонах, де створені перинатальні центри третинного рівня, вдалось сконцентрувати в них понад 22% всіх пологів, що відбуваються в регіоні. 61% вагітних з хворобами системи кровообігу, 85% з вадами серця і 45% з цукровим діабетом народжують саме в цих закладах.

Ще одним з інтегральних показників стану здоров'я населення країни є показник материнської смертності. За останні 25 років спостерігається хоч і повільне, але зниження її рівня: від 32,4 в 1990 році до 16,53 на 100 тисяч народжених живими в 2015 році. Проте це в 2 - 2,5 рази вище, ніж аналогічний показник в ряді країн Європи.

Причини, від яких помирають жінки під час вагітності, пологів та післяпологового періоду, в значній мірі – попереджувальні. Перше місце в структурі причин материнської смертності займає екстрагенітальна патологія (33,5%).

Значна роль в зниженні показника материнської смертності належить плануванню сім'ї. Тому одним із шляхів розв'язання даної проблеми було прийняття і реалізація трьох державних програм, які стосувались різних аспектів планування сім'ї, що суттєво знизило частоту абортів в Україні.

Висновки. Для подальшого поліпшення медичної допомоги дітям і матерям необхідно: удосконалення нормативно-правових документів у відповідності до Європейських стандартів якості медичної допомоги дітям і жінкам репродуктивного віку; дотримання принципів наступності надання медичної допомоги на всіх рівнях; належне матеріально-технічне забезпечення закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу дітям і матерям.

УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ: НАУКОВО-ПРАКТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ

Горачук В. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

Мета. Перед системою охорони здоров'я України поставлені важливі завдання забезпечити надання якісної медичної допомоги населенню за умов найбільш раціонального використання ресурсів. Реалізація цих завдань відбувається за рахунок широкого застосування інструментів управління, зокрема, стандартизації, якою сьогодні охоплені медичні технології, умови надання медичної допомоги, до- та післядипломна підготовка медичних кадрів та системи управління закладів охорони здоров'я. Однак арсенал інструментів не вичерпується стандартами. На подальшому шляху до підвищення якості послуг в охороні здоров'я необхідні нові методи і моделі інституційного розвитку.

Матеріали і методи. Використані джерела наукової літератури за темою (15 од.), опрацьовані методами системного підходу, системного і контент-аналізу.

Результати та обговорення. Встановлено, що з метою подальшого постійного вдосконалення і поліпшення системи управління закладом охорони здоров'я доцільно використовувати відомі у світових, зокрема, європейських системах менеджменту, інструменти – самооцінку, бенчмаркінг та європейську модель ділової досконалості.

Самооцінку визначають як комплексне дослідження діяльності закладу охорони здоров'я власними силами з метою виявлення сильних і слабких сторін в управлінні та визначення напрямів для поліпшення. Порівняння результатів самооцінки з подібними в інших закладах охорони здоров'я, обмін досвідом, вивчення і поширення передової практики управління називається бенчмаркінгом, а конкурсна зовнішня оцінка ефективності системи управління незалежними експертами – моделлю ділової досконалості European Foundation for Quality Management (EFQM).

Для використання зазначених інструментів у практиці діяльності закладів охорони здоров'я необхідно адаптувати дані моделі до вітчизняної охорони здоров'я через відповідне методичне забезпечення.

Висновки. З метою забезпечення сталого розвитку закладів охорони здоров'я доцільно використовувати інструменти оцінки і підвищення ефективності їх систем управління – самооцінку, бенчмаркінг та європейську модель ділової досконалості, що потребує відповідної адаптації останніх до умов вітчизняної охорони здоров'я.

ПРОВІДНІ ПРИЧИНИ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ В КОНТЕКСТІ СВІТОВИХ ТА РЕГІОНАЛЬНИХ ТРЕНДІВ

Грузєва Т. С.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Мета. Виявити особливості поширеності основних НІЗ та чинників ризику їх розвитку серед населення України для обґрунтування профілактичних заходів.

Матеріали і методи. Бібліографічний, аналітичний, медико-статистичний, порівняльного аналізу. Джерела – дані ЄБД «ЗДВ», Держстат України, МОЗ України.

Результати та обговорення. У світі щорічно реєструється 57 млн. смертей, 63% яких обумовлено НІЗ. До 2030 р. прогнозується збільшення цієї частки до 75%. Основними причинами смерті є ХСК, ХОЗЛ, рак та діабет.

Майже 6 млн. людей у світі вмирають щорічно в результаті безпосереднього вживання тютюну і пасивного куріння, близько 2,3 млн. – від зловживання алкоголем, у 40% дорослого населення має гіпертонію, яка обумовлює ускладнення більшості ХСК і є причиною 7,5 млн. випадків смерті. Проблема епідемії НІЗ є надзвичайно актуальною в Європі, де нею викликано 77% тягаря хвороб і 86% передчасної смертності.

В Україні НІЗ обумовлюють 86% глобального тягаря хвороб. За рівнем смертності населення у 2012 р. Україна посідала II місце серед країн ЄР ВООЗ з показником 14,6 на 1000. СКС населення у працездатному віці в Україні в 2,4 разу перевищував показник в країнах ЄС і в 1,5 разу – середній у Європі. Виявлено стійку тенденцію до зростання захворюваності на ХСК протягом 1991-2015 рр. в 2 рази, поширеності – у 3 рази, поширеність діабету збільшилася в 1,7 разу. В країні курять 28,8% населення. Споживання алкоголю на 1 людину в рік зросло з 5,4 л у 2002 р. до 15,6 л в 2012 р.

Гіпертензію мають 53,6% населення, НМТ – 29,7% українських жінок та 14,8% чоловіків, ожиріння – 20,4% та 11% відповідно.

Протягом 25-річного періоду спостереження частота гіподинамії в популяції вдвічі збільшилась серед чоловіків і в 1,5 рази серед жінок.

ВООЗ розроблено низку стратегічних документів, у т.ч. План дій з реалізації Європейської стратегії профілактики і боротьби з НІЗ на 2012-2016 рр. Україна у відповідь на епідемію розробила стратегію профілактики та боротьби з НІЗ, яку доцільно реалізувати в рамках Національного плану дій щодо боротьби з НІЗ.

Висновки. Для України, як і для більшості європейських країн, характерними є значна поширеність чинників ризику НІЗ. В рейтингу країн ЄР ВООЗ Україна посідає IV місце за величиною СКС населення від ХСК, смертності населення працездатного віку внаслідок раку, IX – за поширеністю куріння серед чоловіків, V місце – за споживанням алкоголю. Водночас, за рівнем фізичної активності, споживання овочів і фруктів країна посідає 31 місце.

Розроблений проект Національного плану дій боротьби з НІЗ є інноваційним інструментом і відповіддю на проблеми зростання епідемії НІЗ.

РОЛЬ МОНІТОРИНГУ ЗАДОВОЛЕНОСТІ ПАЦІЄНТІВ У СУЧАСНИХ МОДЕЛЯХ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ

Децик О. З., Яворський А. М.

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України,
Кафедра соціальної медицини, організації охорони здоров'я і медичного правознавства,
м. Івано-Франківськ, Україна*

В умовах побудови пацієнт-орієнтованих систем охорони здоров'я залучення хворих до оцінки якості медичної допомоги стало вимогою часу.

Мета. Проаналізувати дієвість моніторингу задоволеності пацієнтів в системі управління якістю медичної допомоги.

Матеріали і методи. На базі закладів охорони здоров'я Івано-Франківської області провели опитування задоволеності пацієнтів отриманим медичним обслуговуванням: у 2010-2012 (530 осіб), 2013 (445) і 2014-2015 (233) роках.

Результати та обговорення. За даними наукового дослідження 2010-2013 рр. встановлено, що задоволеність медичною допомогою найвагомніше залежить від інформаційно-деонтологічних та медико-організаційних чинників, корекція яких не вимагає значних фінансових затрат. Запропоновано впровадити на рівні закладу охорони здоров'я: локальні протоколи із клінічними маршрутами хворих, навчальні тренінги для лікарів навичкам комунікації, інформування пацієнтів щодо їх прав та обов'язків, а для контролю ефективності цих заходів – постійний моніторинг задоволеності споживачів отриманими медичними послугами за розробленою методикою.

Порівняли результати моніторингу до (2013) і після реалізації (2015) запропонованих змін. Завдяки впровадженню тренінгів досягнуто поліпшення задоволеності пацієнтів ставленням лікарів (87,1% у 2015 р. проти 66,5% у 2013, тобто на 31,0% в показниках наочності, $p < 0,001$). При цьому практично незмінними залишилися оцінки аналогічних дій середнього (88,0% проти 84,5%, $p > 0,05$) та молодшого (84,6% проти 79,3%, $p > 0,05$) медичного персоналу, що свідчить про потребу охоплення останніх такими тренінгами. Завдяки впровадженню організаційних змін зросла задоволеність пацієнтів чіткістю і координованістю діяльності різних підрозділів та персоналу закладу охорони здоров'я на 2,9-73,3% (у показниках наочності).

Висновки. Моніторинг задоволеності пацієнтів медичним обслуговуванням – необхідний компонент ефективного управління змінами на рівні закладу охорони здоров'я.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ПОРЯДКУ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

Дроботун О. В.

Головна клінічна лікарня № 3, м. Київ, Україна

Мета. Оцінка існуючого стану системи надання травматологічної-ортопедичної допомоги та напрямки удосконалення нормативно-правового регулювання її діяльності.

Матеріали і методи. Нормативно-правова база щодо організації та функціонування системи надання онкологічної допомоги в Україні (Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Наказ МОЗ України від 28.12.2002 № 507 «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги», Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної...», Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги...», Наказ МОЗ України від 05.02.2016 № № 69 «Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування» та ін.); методи аналізу: контент аналіз та системний підхід.

Результати та обговорення. Не звертаючи уваги на покращення стану травматологічної-ортопедичної служби в Україні, а саме збільшення кількості ліжкового фонду та кількості ортопедів травматологів на 100000. Проведений аналіз стану і основних обліково-звітних показників діяльності ортопедо-травматологічної служби і спеціалізованої допомоги населенню України в період з 2009 по 2015 рр. встановлено, що поряд з позитивною оцінкою стану надання спеціалізованої допомоги хворим ортопедо-травматологічного профілю, виявив окремі недоліки, а саме: недостатній контроль за станом і якістю надання

травматологічної допомоги травмованим хірургами районних та центральних районних лікарень, де відсутні підготовлені фахівці з травматології, недостатній рівень проведення профілактичних заходів з раннього виявлення і своєчасного лікування пацієнтів з ортопедичною патологією та травмами, незадовільну якість та неповний обсяг диспансерного спостереження за пацієнтами із патологією опорно-рухової системи та травмами, недостатнє використання можливих резервів з вдосконалення системи реабілітації пацієнтів з ортопедичною патологією та травмами. Наприклад, за даними офіційної звітності МОЗ України в ортопедо-травматологічній службі мають місце недоліки, що зумовлюють зниження якості лікування хворих, зокрема, продовжується практика розміщення травматологічних ліжок в загальнохірургічних стаціонарах, у 183 ЦРЛ відсутні ортопедо-травматологічні відділення. Незважаючи на значну кількість штатних посад лікарів-ортопедів-травматологів, фактична зайнятість їх неповна, дефіцит становить 1691 особу, коефіцієнт сумісництва зріс до 1,4, а в окремих областях він сягає 1,6. Незважаючи на велику кількість лікарів вищої та I категорії (56,4%, якість лікування хворих не покращується, про що свідчать показники первинної інвалідності).

На даний час гостро постає потреба розробки наказу МОЗ України щодо порядку надання стаціонарної та амбулаторно-поліклінічної допомоги (із зазначенням: виду медичної допомоги (первинна, вторинна, третинна, паліативна), закладу у якому надається медична допомога пацієнтам із травматологічно-ортопедичними захворюваннями (спеціалізований заклад (центр, лікарня) охорони здоров'я чи багатопрофільна лікарня), узагальнений порядок госпіталізації та переведення пацієнтів, а також особливості діагностики, лікування із врахуванням стану тяжкості пацієнта та місця його проживання).

Зазначені положення не тільки повністю кореспондуються із сучасним етапом розвитку системи управління якістю у системі охорони здоров'я, але й дозволять зробити максимально прозорим для пацієнта та лікаря маршрут лікування, а також раціонально використовувати обмежені матеріально-технічні, фінансові та кадрові ресурси.

Висновки. З метою якісної організації національної системи травматологічно-ортопедичної допомоги потрібно удосконалити законодавчу базу щодо порядку надання стаціонарної та амбулаторно-поліклінічної допомоги та ін.

ЩОДО ЗАГАЛЬНИХ КОЕФІЦІЄНТІВ СМЕРТНОСТІ НАЯВНОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ В РЕГІОНАЛЬНОМУ АСПЕКТІ

Дудник С. В., Слабкий Г. О., Русняк В. А.

Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України, м. Київ, Україна

Мета. Вивчити та проаналізувати загальний рівень смертності населення України в регіональному аспекті.

Матеріали і методи. Статистичні дані Держкомстату України. Методи: аналітичний, статистичний, порівняльний аналіз, системний підхід.

Результати та обговорення. Протягом 2012-2015 рр. в Україні спостерігається тенденція до поступового зростання рівня смертності населення країни на 2,8% (2012р. – 14,5%, 2015 р. – 14,9%), смертність сільського населення перевищує смертність міського на 37,1%. За вищезазначений період регіональні показники загальної смертності зросли у 20 адміністративно-територіальних одиницях України. У 2015 р. нижчий за загальноукраїнський коефіцієнт смертності населення мали лише 7 регіонів України (Волинська область – 13.2%, Закарпатська область – 12.3%, Івано-Франківська – 12,8%, Львівська – 13,0%, Рівненська –

12,7%, Чернівецька – 12,9%, м. Київ – 10,5%). В інших 16 областях України спостерігається вищий за загальноукраїнський рівень смертності населення. Найвищі показники смертності у 2015 р. зафіксовано у Чернігівській (19,0%), Полтавській (17,0%), Сумській (17,0%), Житомирській (16,7%), Кіровоградській (16,6%), Дніпропетровській (16,5%) Київській (16,4%) областях.

Висновки. За аналізований період в переважній більшості областей України спостерігається тенденція до зростання регіональних загальних показників смертності населення.

УПРАВЛІННЯ ЧИННИКАМИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ НІЗ В ПЕРВИННІЙ ЛАНЦІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Дячук Д. Д., Зюков О. Л., Грузєва Т. С., Гандзюк В. А., Іншакова Г. В.

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Державна наукова установа
«Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС, м. Київ, Україна*

Мета. Виявлення знань, вмінь, прихильності медичних працівників первинної ланки до профілактичної роботи для удосконалення профілактичної діяльності в закладах ПМД.

Матеріали і методи. Аналітичний, медико-статистичний, соціологічний методи. Джерела інформації – дані анкетування працівників первинної ланки охорони здоров'я.

Результати та обговорення. Виявлено, що значна частина фахівців закладів ПМД не має достатніх знань і не докладає зусиль з консультування пацієнтів з питань корекції поведінкових чинників ризику НІЗ.

Встановлено наявність у медичних працівників чинників ризику (ЧР), у т.ч. НМТ (понад 28,6%), ожиріння (13,0%), підвищеного АД (9,1%), підвищеного вмісту в крові цукру (2,8%), холестерину (8,2%), гіподинамії (25,5%), нераціонального режиму харчування (20,7%).

Проведений аналіз засвідчив, що ніколи не проводять або проводять епізодично профілактичну роботу з населенням щодо відмови від куріння 19,2% медичних працівників, щодо раціональної дієти – 15,3%, шкоди вживання алкоголю – 25,1%, зменшення надмірної маси тіла – 24,9%, підвищення фізичної активності – 17,8%.

Серед респондентів виявлено частину осіб, які не чітко знають показники норми кров'яного тиску (9,1%), рівня в крові цукру (2,8%), холестерину (22,2%) тощо. Понад 45% не використовують у своїй роботі показник ІМТ. Недостатній рівень знань з питань раціонального харчування виявлено у 5-22% респондентів.

Існує брак методичних матеріалів, інших джерел інформації, низьким є рівень використання керівництв з питань профілактики. Наявна методична література з проблеми профілактики НІЗ на практиці застосовується в недостатньому обсязі з різних причин.

Висновки. Результати свідчать про брак знань, умінь фахівців ПМД з питань профілактики, недостатність профілактичної роботи з управління ЧР, необхідність обґрунтування, розробки і впровадження навчальних програм для працівників ПМД з питань профілактики НІЗ в системі безперервної професійної медичної освіти.

ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНА ОСВІТА В УКРАЇНІ: СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ Жаховський В. О.

Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

Мета. Обґрунтовано необхідність збереження та подальшого розвитку військово-медичної освіти в Україні.

Матеріали і методи. Наукові публікації, нормативно-правові акти з питань освіти і науки, охорони здоров'я та медичного забезпечення військ. Методи досліджень: бібліосемантичний, аналітичний, системного підходу.

Результати та обговорення. Важливою складовою системи медичного забезпечення збройних сил будь-якої країни є військово-медична освіта, яка разом із військово-медичною наукою є основою розвитку системи військової охорони здоров'я. Міжнародний досвід свідчить, що більшість країн під час підготовки військово-медичних фахівців використовує загальнодержавну систему підготовки лікарів і середнього медичного персоналу та концентрує зусилля на цілеспрямованій спеціальній військово-медичній післядипломній підготовці фахівців.

Військово-медична освіта є тривалий, багатоступеневий і безперервний процес, який здійснюється на потужній власній клінічній базі при проведенні підготовки військово-медичних кадрів різних освітньо-кваліфікаційних рівнів. Якісній підготовці військово-медичних кадрів сприяє наявність змішаної форми їх підготовки, що реалізується при поєднанні (інтеграції) цивільної і військової медичної освіти.

В Україні створена та понад 20 років ефективно функціонує система військово-медичної освіти, основу якої становить Українська військово-медична академія. Академія має два факультети, на яких здійснюється післядипломна підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації військових лікарів і провізорів, а також підготовка керівних кадрів для медичних служб Збройних Сил України та інших військових формувань.

Висновки. Система військово-медичної освіти в Україні потребує збереження та подальшого розвитку з метою комплектування медичних служб Збройних Сил України та інших військових формувань медичними фахівцями різних спеціальностей та освітньо-кваліфікаційних рівнів.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ПОРЯДКУ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ОНКОЛОГІЧНИМ ХВОРИМ

Заволока О. В.

Одеський обласний онкологічний диспансер, м. Одеса, Україна

Мета. Оцінка та напрямки удосконалення нормативно-правової бази щодо організації надання онкологічної допомоги в Україні.

Матеріали і методи. Нормативно-правова база щодо організації та функціонування системи надання онкологічної допомоги в Україні (Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», наказ МОЗ України № 208 від 30.12.1992 року «Про заходи подальшого поліпшення і розвитку онкологічної допомоги населенню», наказ МОЗ № 192 від 7.04.1986 року «Про затвердження інструкції по формуванню та диспансерному спостереженню груп підвищеного ризику захворіти злоякісними новоутворами і хворих з передпухлинними хворобами» та ін.); методи аналізу: контент аналіз та системний підхід.

Результати та обговорення. Існуюча система протиракової боротьби в Україні створена у відповідності до вимог наказу МОЗ України за № 208 від 30.12.1992 року «Про заходи подальшого поліпшення і розвитку онкологічної допомоги населенню». Цим документом продовжено також дію наказу МОЗ СРСР № 192 від 7.04.1986 року «Про затвердження інструкції по формуванню та диспансерному спостереженню груп підвищеного ризику захворіти злоякісними новоутворами...». Однак існуюча структура закладів охорони здоров'я, які забезпечують надання онкологічної допомоги населенню передбачає поділ їх на спеціалізовану онкологічну

мережу та заклади загальнолікувального неонкологічного профілю. До 2013 року положення про структурні підрозділи системи онкологічної допомоги населенню були відсутні, що часто слугувало причиною невизначеності їх завдань та функцій, а отже і клінічний та організаційних суперечностей.

Відповідно до наказу МОЗ України № 845 від 01.10.2013 «Про систему онкологічної допомоги населенню України» визначено типові положення для структурних елементів системи онкологічної допомоги населенню (онкологічний заклад (диспансер) охорони здоров'я; інформаційно-аналітичний відділ медичної статистики онкологічного закладу; відділення денного стаціонару (онкохіміотерапевтичне відділення); кабінети (амбулаторної хіміотерапії, онкологічний, жіночий, чоловічий, дитячий, патології шийки матки, мамологічний, протибольової терапії) онкологічного закладу охорони здоров'я та ін.

Однак, не дивлячись на позитивні зрушення щодо організації національної системи онкологічної допомоги (в частині визначення завдань та функцій), гостро постає потреба розробки порядку надання стаціонарної та амбулаторно-поліклінічної допомоги (із зазначенням: виду медичної допомоги (первинна, вторинна, третинна, паліативна), закладу у якому надається медична допомога онкологічним хворим (спеціалізований онкологічний заклад (центр, диспансер, лікарня) охорони здоров'я чи багатопрофільна лікарня), узагальнений порядок госпіталізації та переведення пацієнтів, а також особливості діагностики, лікування із врахуванням стану тяжкості пацієнта та місця його проживання).

Зазначені положення не тільки повністю кореспондуються із сучасним етапом розвитку системи управління якістю у системі охорони здоров'я, але й дозволять зробити максимально прозорим для пацієнта та лікаря маршрут лікування, а також раціонально використовувати обмежені матеріально-технічні, фінансові та кадрові ресурси.

Висновки. З метою якісної організації національної системи онкологічної допомоги потрібно удосконалити законодавчу базу щодо порядку надання стаціонарної та амбулаторно-поліклінічної допомоги (із зазначенням: виду медичної допомоги (первинна, вторинна, третинна, паліативна), закладу у якому надається медична допомога онкологічним хворим (спеціалізований онкологічний заклад (центр, диспансер, лікарня) охорони здоров'я чи багатопрофільна лікарня), узагальнений порядок госпіталізації та переведення пацієнтів, а також особливості діагностики, лікування із врахуванням стану тяжкості пацієнта та місця його проживання). При цьому зазначені дії потрібно здійснювати шляхом інтеграції онкологічної практики в Україні у практику онкологічної спільноти світу, у тому числі з врахуванням міжнародних принципів протиракової боротьби, що визначені у Паризькій хартії боротьби з раком.

СКОРОЧЕННЯ ЗЛОВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЕМ ЯК ПРІОРИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ

Замкевич В. Б., Паламар Б. І., Дуфинець В. А.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Мета. Обґрунтувати підходи до скорочення шкідливого вживання алкоголю в Україні.

Матеріали і методи. Бібліосемантичний, медико-статистичний, соціологічний, епідеміологічний методи. Інформаційна база: дані ЄБД «ЗДВ», ЦМС МОЗ України, дані соціологічного опитування, стратегічні та програмні документи ВООЗ.

Результати та обговорення. Встановлено, що у рейтингу країн ЄР Україна посідає V місце за споживанням алкоголю на душу населення. У структурі споживання переважають міцні напої (48%). Простежується негативна тенденція до зростання цього показника з 5,4 л у 2002 р.

до 15,6 л в 2012 р. Домінуюча модель споживання алкоголю характеризується раннім початком, значною частотою споживання, у великих дозах, переважно міцних напоїв, зі значною часткою неякісних і небезпечних. Цей фактор обумовлює високі рівні захворюваності. На обліку в закладах охорони здоров'я в 2014 р. перебувало 546,3 тис. осіб з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин. СКС від причин, пов'язаних з алкоголем, в Україні (185,4 на 100 тис.) є одним з найвищих в Європі. Постійно в рамках прийому профілактикою зловживання алкоголем займаються 49,4% фахівців первинної ланки, від випадку до випадку наполягають на зменшенні вживання алкоголю 21,3% лікарів.

Висновки. Зловживання алкоголем є вагомим фактором нездоров'я, епідемії НІЗ в Україні, обумовлює значні рівні захворюваності, смертності, медико-соціальні втрати і економічні збитки. Працівники установ ПМД мають недостатній рівень знань, умінь, навичок і прогалини в професійній підготовці з питань профілактики шкідливого вживання алкоголю. При розробці Національного плану дій зі скорочення шкідливого вживання алкоголю необхідно враховувати національний контекст і рекомендації ВООЗ, в т.ч. підвищення ефективності діяльності служб охорони здоров'я, включаючи якісну профілактику і результативне лікування порушень, викликаних вживанням алкоголю.

ПУТИ РЕОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Зозуля И. С., Зозуля А. И., Воловосолец А. А.

*Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика,
г. Киев, Украина*

По прогнозам ВОЗ к 2030 году цереброваскулярная патология займет первое место среди причин инвалидизации и смертности в мире. Сегодня инсульт является одной из ведущих причин смертности в мире и занимает второе место в структуре общей смертности после заболеваний сердца. Вопросы первичной и вторичной профилактики, своевременной диагностики и адекватного лечения инсульта являются серьезной организационной проблемой даже в условиях современного мегаполиса. Сегодня система здравоохранения нуждается в последовательных и глубоких институциональных и структурных преобразованиях, которые направлены на улучшение здоровья населения.

Цель работы. Оптимизировать систему комплексной медицинской помощи при сосудистых заболеваниях головного мозга.

Объект и методы исследования. Информационно-аналитический, библиосемантический, системного подхода, моделирования, статистический.

Результаты и обсуждение. Разработана концептуальная модель оптимизированной системы комплексной медицинской помощи при сосудистых заболеваниях головного мозга. Составляющими концептуальной модели являются первичная и вторичная профилактика сосудистых заболеваний головного мозга; современная их диагностика; эффективная первичная и экстренная медицинская помощь; своевременное и эффективное стационарное лечение; своевременное и эффективное восстановительное лечение. К основным функциям системы можно отнести систему контроля качества ISO-2015; постоянное повышение профессионального мастерства и мотивирование медицинских работников; создание оптимальных условий медицинским работникам для осуществления их профессиональных обязанностей при оказании всех видов медицинской помощи согласно отраслевым стандартам (протоколы; научное обеспечение процесса организации медицинской помощи; обеспечение

кадрового персонала).

Структурная реорганизация состоит в функциональном объединении структур охраны здравоохранения разного уровня и этапов оказания медицинской помощи с определением для каждой структуры конкретного задания и функции, таких как:

1. Включение первичной медико-санитарной помощи с закреплением за ней функций первичной и вторичной профилактики сосудистых заболеваний головного мозга; в организации реестра пациентов; медицинской и социальной реабилитации после перенесенного инсульта.

2. Подготовка служб экстренной медицинской помощи с использованием современных методов в соответствии с отраслевыми стандартами в пределах терапевтического окна.

3. Образование сосудистых центров с мультидисциплинарными бригадами для оказания экстренной (скорой) медицинской помощи с возможностью проведения тромболитической терапии, нейрохирургического лечения.

4. Открытие на базах больниц отделений восстановительного лечения.

5. Обеспечение межсекторального подхода в комплексной системе с привлечением служб социальной защиты населения, волонтеров, работодателей, представителей органов власти.

В систему входит кадровое обеспечение и непрерывное повышение профессионального мастерства, постоянное повышение качества медицинской помощи; управление системой организации комплексной медицинской помощи при сосудистой патологии головного мозга в соответствии с регламентирующими документами; материально-техническое и технологическое обеспечение. Внедрение информационных технологий является механизмом контроля качества медицинской помощи пациентам.

Выводы. Структурную основу системы составляют существующие ресурсы системы здравоохранения. Ее введение преследует цели дополнительного финансирования ресурсов, предусмотренных для внедрения современных технологий медицинской помощи, материально-технического обеспечения в соответствии с отраслевыми стандартами, подготовки медицинских работников к работе с использованием современных технологий и обеспечения оказания медицинской помощи лекарственными средствами медицинского назначения в соответствии с отраслевыми стандартами.

ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ ГОРОДСКИХ ЖИТЕЛЕЙ О ВЛИЯНИИ НИЗКОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ НА ЗДОРОВЬЕ

Исламзаде И. Ф.

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения, г. Баку, Азербайджан

Цель исследования. Оценить информированность городских жителей о влиянии низкой физической активности на здоровье

Материалы и методы. При проведении исследования использованы анкеты изучения физической активности, составленные на базе международных опросников SF-36 и GPAQ, статистические методы. Опрошено 1829 жителей города Баку.

Результаты и обсуждение. Низкая физическая активность существенно отягощает здоровье, снижает работоспособность и качество жизни взрослого населения. Одной из причин низкой физической активности является недостаточная информированность населения о влиянии физической активности (ФА) на здоровье. В связи с этим, изучение информированности населения о значении ФА в формировании здоровья и разработка действенных мер по ее повышению имеет научно – практическое значение.

Согласно рекомендациям ВОЗ было сформировано 3 группы респондентов. 1-я группа-962 жителя с физической активностью менее 30 мин/день (недостаточная ФА), 2-я группа-524 жителя с физической активностью в пределах 30-60 мин/день (минимальная ФА); 3-я группа – 343 жителя с физической активностью более 60 мин/день (достаточная ФА).

По результатам анкетного опроса выявлены различия уровня информированности жителей с разными режимами ФА. Достаточный уровень информированности о влиянии ФА на здоровье в 1 –й группе имели 11,3±1,0% жителей, во 2-й группе-20,4±1,8%(P<0,001), в 3-й группе-31,5±2,5%(P<0,001). Низкий уровень информированности в группах, соответственно, имели 39,0±1,6%, 25,0±1,9% (P<0,001), 12,8±1,8%(P<0,001).

Выводы. Респонденты с низким уровнем информированности имели низкую ФА. Организационно-разъяснительная работа, направленная на повышение информированности городских жителей о влиянии ФА на здоровье и доступных мерах по ее повышению, способствовала ее увеличению среди лиц с низкой физической активностью.

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ В ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОМЕНЕВОЇ ДІАГНОСТИКИ НА ВТОРИННОМУ РІВНІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Качур О. Ю.

Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України, м. Київ, Україна

Мета. Визначити проблеми нормативного характеру по забезпеченню ефективної діяльності служби променевої діагностики у відповідності до стандартів надання медичної допомоги.

Матеріали і методи. Матеріалами дослідження стала нормативно-правова база по забезпеченню діяльності служби променевої діагностики на рівні закладів охорони здоров'я вторинного рівня надання медичної допомоги: матеріально-технічної та кадрової, а також стандарти надання медичної допомоги при окремих захворюваннях та станях.

Результати та обговорення. В ході дослідження встановлено, що табелями оснащення закладів охорони здоров'я, які затверджені МОЗ України не передбачено їх оснащення обладнанням, яке дозволяє візуалізувати процес при гострих судинних ураженнях головного мозку та при інфаркті міокарду, що визначено Клінічними протоколами. Нормативи забезпечення лікарськими кадрами залежать від потужності закладу охорони здоров'я і передбачають їх роботу в одну зміну.

Висновки. Проблемою в організації променевої діагностики на вторинному рівні надання медичної допомоги є невідповідність нормативного забезпечення ресурсами та організації функціонування служби до стандартів надання медичної допомоги, які базуються на даних з доведеною ефективністю.

ІНСТИТУЦІЙНИЙ СУПРОВІД РЕФОРМУВАННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Князевич В. М., Жаліло Л. І.

*Кафедра управління охороною суспільного здоров'я,
Національна академія державного управління при Президентові України, м. Київ, Україна*

Мета. Розкрити необхідність і сутність інституційного супроводу процесу реформування сфери охорони здоров'я в Україні.

Матеріали і методи. Використані оприлюднені інформаційні та нормативні матеріали

щодо процесу реформ системи охорони здоров'я в Україні, проведений порівняльний аналіз їх валідності та ефективності.

Результати та обговорення. В проаналізованих матеріалах увага фокусується переважно на кінцевій меті реформ, описах моделі охорони здоров'я. Декларується також необхідність комплексного підходу, взаємозв'язку реформи охорони здоров'я з процесом децентралізації влади. Конкретизації потребує інституційний супровід реформ, суб'єктна прив'язка виконавців та відповідальних за впровадження. Особливої уваги потребує визначення правил та рамок участі громадськості в частині фінансування та використання субвенцій, утворення громадських рад при бюджетних структурах, пов'язаних з фінансуванням охорони здоров'я на місцевому рівні. Такий підхід потребує активного та невідкладного навчання учасників реформ регіонального і місцевого рівня, включаючи головних лікарів і управлінців місцевого врядування, а також представників організованої громадськості, оскільки процес реформування охорони здоров'я в поєднанні з децентралізацією влади потребує не тільки вміння самоорганізації, але й постійного моніторингу і контролю за ефективністю реформ, а також має передбачати утворення нових можливостей розвитку сфери охорони здоров'я.

Висновки. В рамках нової парадигми державного управління як публічного урядування є необхідним інституційний супровід процесу реформ, який має визначати правила, умови, суб'єктність процесу реформ, вивести їх за межі професійного кола, що підсилює вірогідність їх реалізації, а також включило громадськість в число відповідальних за здійснення реформ.

НАПРЯМИ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ

Князевич В. М., Яковенко І. В.

Кафедра управління охороною суспільного здоров'я Національної академії державного управління при Президентові України, м. Київ, Україна, Київський університет імені Бориса Грінченка, м. Київ, Україна

Метою дослідження є пошук визначення напрямів реформування системи охорони здоров'я.

Дослідження базується на вивченні трьох головних чинників – організаційному, фінансовому та професійному.

Організаційний це забезпечення хворому найбільш оптимального маршруту. Шляху, який починається від звернення до лікаря і закінчується випискою. Це відсутність зайвих перенаправлень, результативна діагностика, вибір закладів, що відповідають профілю захворювання.

Фінансовий має забезпечити найбільш точну оцінку розміру витрат із надання допомоги, а також наявність необхідних коштів для покриття цих витрат.

Професійний чинник означає, що медичні працівники мають бути досвідчені і фахово підготовлені.

За результатами дослідження визначені головні кроки реформування:

- автономізація закладів, зміна їх організаційно-правового статусу, реорганізація управління, договірних відносин;
- формування оптимальної мережі та спеціалізації в залежності від найбільш ефективних маршрутів їх обслуговування, створення госпітальних округів;
- перебудова системи фінансування, виділення асигнувань відповідно до укладених договорів між замовником і постачальником та оплата фактично наданих послуг;

- покращення забезпечення ліками, їх здешевлення, застосування механізмів реімбурсації;
- удосконалення профілактики захворювань, проведення комплексного диспансерного огляду населення;
- законодавче закріплення гарантованого обсягу надання безоплатної медичної допомоги та переліку платних послуг;
- завершення стандартів і клінічних протоколів;
- запровадження обов'язкового медичного страхування;
- забезпечення розвитку державно-приватного партнерства, реалізація інвестиційних проектів.

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ МОДЕЛІ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ПРОФІЛАКТИЧНИХ МЕДИЧНИХ ОГЛЯДІВ ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ У РОБОТУ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Кондратюк Н. Ю., Яценко Ю. Б.

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ

Актуальність. На сьогодні відмічається еволюція поняття «профілактика» – від виявлення, спостереження та лікування соціально-небезпечних захворювань до проведення профілактичних медичних оглядів та здійснення превентивних заходів розвитку НІЗ у здорових. Для ефективного планування та проведення профілактичних медичних оглядів дорослого населення та раціонального використання засобів, в умовах обмеженого фінансування, доцільним є адаптація міжнародних підходів до проведення профілактичних медичних оглядів дорослого населення.

Мета роботи. Підвищити ефективність профілактичних медичних оглядів дорослого населення шляхом оптимізації їх планування та проведення у відповідності до стратегії ризик-менеджменту неінфекційних захворювань на основі імплементації кращого світового досвіду з доведеною ефективністю.

Матеріали та методи. Запровадження в діяльність закладу охорони здоров'я науково обґрунтованої функціонально-структурної моделі проведення профілактичних медичних оглядів дорослого населення.

Результати. Запропонована функціонально-структурна модель удосконалення системи профілактичних медичних оглядів дорослого населення складається з наявних ресурсів (розгалуженої мережі ЗОЗ первинного рівня надання медичної допомоги, мережі закладів ВМД, автоматизовані робочі місця у ЗОЗ, доступ до мережі Інтернет), існуючих складових, але частково змінених за рахунок функціонального удосконалення та оптимізації (планування профілактичних медичних оглядів дорослого населення за висхідним принципом, формування бюджетного запиту для проведення профілактичних втручань, формування цільових груп серед прикріпленого населення, анамнестичних анкет, облікових та звітних статистичних форм) та якісно нових елементів (Центру громадського здоров'я МОЗ України та його міжрегіональних відділень, медико-соціологічного моніторингу факторів ризику розвитку НІЗ, єдиної інформаційної медичної системи, єдиного реєстру пацієнтів, системи безперервного навчання лікарів та медичних сестер).

Висновки. За умови впровадження запропонованої функціонально-структурної моделі профілактичних медичних оглядів, ефективного планування та організації профілактичних медичних оглядів і диспансеризації дорослого населення із використанням примірних вікових карт та етапним підходом (мінімальним набором діагностичних тестів) можна досягти значної економії коштів.

ІСНУЮЧИЙ СТАН ТА НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ АКРЕДИТАЦІЇ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

Круть А. Г.

ДП «Державний медичний центр сертифікації» МОЗ України, м. Київ, Україна

Мета. Існуючий стан та напрямки удосконалення акредитації медичних закладів.

Матеріали і методи. Нормативно-правова база щодо якості медичної допомоги (Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Наказ МОЗ від 14.03.2011 № 142 «Про вдосконалення державної акредитації закладів охорони здоров'я» (зі змінами та доповненнями), Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної...», Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги...», Наказ МОЗ України від 05.02.2016 № 69 «Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування» та ін.), методами аналізу були: контент аналіз та системний підхід.

Результати та обговорення. Метою системи акредитації є забезпечення постійного підвищення рівня якості в усіх медичних закладах. Це система, розроблена задля проведення оцінки організаційної ефективності, що не спрямована на оцінку ефективності діяльності окремих осіб. Контроль якості слід включати до систем, які працюють в будь-якому медичному закладі. Система акредитації медичних закладів може бути виключно складовою масштабною системи управління якістю в сфері охорони здоров'я України.

На даний час системи управління якістю в сфері охорони здоров'я України представлена: ліцензуванням (ЗУ «Про ліцензування видів господарської діяльності» (Відомості Верховної Ради України, 2015 р., № 23, ст. 158); Постанова Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 № 285 «Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики затверджені...»); акредитацією (Постанова КМУ від 15.07.1997 № 765 «Про затвердження Порядку державної акредитації закладу охорони здоров'я...»); сертифікацією/атестацією (п. 4.2 Наказу МОЗ від 20.12.2013 № 1116; п.1.10 Положення наказу МОЗ України від 19.12.1997р. № 359 «Про подальше удосконалення атестації лікарів» із змінами...); стандартизацією (Наказ МОЗ України від 16.09.2011 № 597; Наказ МОЗ України від 28.09.2012 року № 751...); контролем якості (Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги»...).

На думку ряду експертів головною метою процесу акредитації є створення структурного підходу до медичних закладів задля покращення ними якості своїх послуг. Акредитація базується на демонстрації відповідності національно узгодженим стандартам належного управління та передової практики. Не дивлячись на прогресивні зміни в системі акредитації закладів, а саме відповідно до наказу МОЗ України від 20.12.2013 № 1116 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 14 березня 2011 року № 142 «Про вдосконалення державної акредитації закладів охорони здоров'я» для отримання вищої акредитаційної категорії повинен бути у закладі сертифікат відповідності системи управління якістю відповідно до вимог стандарту ДСТУ ISO 9001, система акредитації залишилась на рівні 1997 року, та не враховує нові організаційні структури системи, види медичної допомоги, питання безпеки та якості медичної допомоги.

Діюча система акредитації відображає культуру, яка залежить від центрального контролю та «норм», що унеможливають урізноманітнення чи внесення змін до існуючого рівня розподілу ресурсів та багатьох інших дій. При цьому потрібно зазначити, що у ряді країн світу процес акредитації має виключно добровільний характер та проводиться незалежними організаціями. Відповідно до досвіду ряду Європейських країн в сфері компетенції Міністерства охорони здоров'я знаходиться виключно ліцензування, а питаннями з акредитації та сертифікації закладів займаються у незалежних від надавача і споживача (покупця) медичних послуг організаціями (наприклад, асоціаціями або спеціально створеними та уповноваженими на це

Міністерством охорони здоров'я організаціями).

Висновки. Діюча система акредитації закладів охорони здоров'я України потребує суттєвого перегляду та приведення порядку, форми та змісту відповідно до вимог сьогодення із подальшим внесенням змін у чинну нормативно-правову базу.

УПРАВЛІНСЬКІ КАР'ЄРНІ ПРАГНЕННЯ СТУДЕНТІВ МЕДИКІВ

Крячкова Л. В.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро, Україна

Мета. Виявлення домінантних кар'єрних орієнтацій студентів медиків для визначення схильності до обіймання керівних посад у сфері охорони здоров'я.

Матеріали і методи. Серед 116 студентів медиків старших курсів проведено обстеження за методикою Е. Шейна «Якоря кар'єри».

Результати та обговорення. Аналіз кар'єрних прагнень студентів, як комплексу вимог, очікувань і бажань щодо свого професійного життя, показав що майбутні лікарі віддають перевагу таким якорям кар'єри, як «служування добру», що передбачає роботу на користь людям, надання їм допомоги та «автономії», пов'язаної з прагненням незалежності у прийнятті професійних рішень - середні бали за даними категоріями однакові – 7,9 [7,1; 8,3] балів (Ме [25%; 75%]). Отримані результати показали, що для студентів вищого медичного навчального закладу високі ранги у системі цінностей кар'єри мають орієнтації, пов'язані з бажанням збалансованого об'єднання різних сторін свого життя (7,8 [6,8; 8,2] балів у якоря «інтеграція стилів життя»). Четверте рангове місце та високий середній бал (7,5 [6,1; 8,9]) отримав кар'єрний напрямок з менеджменту, тобто серед студентів медиків достатньо велика когорта тих, хто бачить свою професійну діяльність у сфері організації та управління охороною здоров'я. Меншу роль серед уподобань майбутніх лікарів відіграють такі кар'єрні якоря, як «стабільність», «виклик» та «підприємництво».

Висновки. Побудова кар'єрних планів студентів медиків має певні особливості, пов'язані з провідним місцем у структурі професійної самосвідомості ціннісно-сміслових компонентів. Певна частка студентів мають у структурі своїх кар'єрних орієнтацій менеджерську спрямованість. Такі студенти націлені на посаду, яка буде пов'язана з управлінням. Саме з такої когорти майбутніх лікарів потрібно відбирати претендентів на управлінські посади.

НОВА МОДЕЛЬ ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Кульгінський Є. А.

Національна академія державного управління при Президентові України, м. Київ, Україна

Мета. Виокремлення теоретичних основ інституційних та структурних перетворень системи державного управління охороною здоров'я (ОЗ) в Україні на підставі нових орієнтирів глобального розвитку.

Результати та обговорення. Традиційну модель (М.Семашка), що ґрунтувалась на профілактичній домінанті організації системи ОЗ, сьогодні має змінити змішана багатуокладна новітня модель (НМ), основу якої становить ринкова організація системи ОЗ. Перехід на НМ передбачає: переорієнтацію діяльності закладів та установ на профілактику, первинну медико-санітарну допомогу, формування здорового способу життя; зміну механізмів фінансування (кошти мають йти за хворим); управління якістю медичних послуг; структурну перебудову

медичної галузі, реформуванням функції медичної допомоги за рівнями; базову підготовку нового покоління управлінців і економістів для галузі; розробку та прийняття необхідної нормативно-правової бази; науковий супровід упровадження нової моделі державного управління.

Нова модель передбачає впровадження нового типу суспільних відносин. Основними її елементами виступають замовник медичних послуг та їх надавач. Найголовнішим замовником послуг у цій моделі виступає держава, яка й створює необхідні умови для розвитку системи медичного забезпечення населення.

Висновки. Пріоритетними шляхами реформування є: створення умов для реформування; визначення гарантованого обсягу медичної допомоги громадянам; надання платних медичних послуг; удосконалення системи фінансування; врегулювання на законодавчому рівні питання запровадження обов'язкового державного соціального медичного страхування; удосконалення системи контролю за якістю надання медичної допомоги; удосконалення кадрової політики; забезпечення розвитку державно-приватного партнерства; залучення громадськості та науковців до процесів реформування системи ОЗ тощо.

РЕЗЕРВИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ЛІЖКОВОГО ФОНДУ

Лехан В. М.¹, Крячкова Л. В.¹, Росточило С. С.², Борвінко Е. В.¹, Кий-Кокарева В. Г.¹, Волчек В. В.¹

¹ДЗ «Дніпропетровська Медична Академія МОЗ України», м. Дніпро, Україна

²КЗ «Обласний Дніпропетровський інформаційно-аналітичний центр медичної статистики», м. Дніпро, Україна

Мета. Визначення резервів підвищення ефективності використання ліжкового фонду на прикладі ліжок загальноотерапевтичного профілю.

Матеріали і методи. Ретроспективно методом експертних оцінок проаналізовано 180 історій хвороб пацієнтів терапевтичних відділень 9 лікарень Дніпропетровської області: 120 – госпіталізованих в 2006 р., 60 – в 2016 р. (по 20 історій з лікарні з випадковим відбором).

Результати та обговорення. За думкою експертів, в загальноотерапевтичних відділеннях доцільно надавати медичну допомогу хворим з ураженням декількох систем організму у випадках, коли супутні захворювання впливають на перебіг основної патології. Досліджені групи хворих 2006 та 2016 років за основними характеристиками (середній вік, розподіл за статтю, частка пацієнтів старше 65 років, питома вага хворих, що надійшли до стаціонару ургентно) не відрізняються ($p > 0,05$). Дослідженням визначено, що рівень необґрунтованої госпіталізації за останні 10 років достовірно збільшився (з $33,5 \pm 4,3\%$ в 2006 р. до $51,7 \pm 6,4\%$, $P \pm m$, $p = 0,02$), але питома вага необґрунтованих ліжко-днів залишилась майже на тому ж рівні ($50,8 \pm 4,6\%$ та $56,6 \pm 6,4\%$ відповідно, $p = 0,46$). Це пояснюється скороченням тривалості лікування: як фактичної (з $16,7 \pm 6,3$ до $10,0 \pm 5,2$ ліжко-днів, $M \pm m$, $p < 0,001$), так і рекомендованої (з $14,5 \pm 6,1$ до $8,9 \pm 5,3$ ліжко-днів, $p < 0,001$) внаслідок технологічного удосконалення медичних втручань за останнє десятиріччя. Виявлено чисельні медико-організаційні недоліки, які призводять до невинуватої госпіталізації або подовженої тривалості лікування в стаціонарі.

Висновки. В Україні продовжують існувати значні резерви скорочення ліжкового фонду, ефективне використання яких при інших рівних умовах підвищить якість медичної допомоги.

ШЛЯХИ ЗАДОВОЛЕННЯ ІНФОРМАЦІЙНИХ ПОТРЕБ КЕРІВНИКІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Лехан В. М., Крячкова Л. В., Борвінко Е. В., Канюка Г. С.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро, Україна

Мета. Оцінити інформаційні потреби керівників закладів охорони здоров'я для визначення оптимальних шляхів їх задоволення.

Матеріали і методи. За самостійно розробленою анкетною проведено соціологічне опитування 123 організаторів охорони здоров'я.

Результати та обговорення. Найбільш часто керівники лікувальних закладів відчують потреби в інформації з питань реформування охорони здоров'я (45,8 %), менеджменту (37,5 %), управління якістю медичної допомоги (33,3 %). Більше третини (37,5 %) активно зберігають свої лікарські навички, підтримуючи інформованість з актуальних клінічних питань. Вони прагнуть мати хоч якусь змогу для професійної реалізації, оскільки немає ніяких гарантій щодо стабільного працевлаштування на управлінських посадах при зміні ситуації, на що вказують 40,6 % опитаних.

Кращими джерелами отримання необхідної інформації і засобами оволодіння необхідними навичками управлінці вважають Інтернет (95,8 %), журнальні публікації (41,7 %), а також курси підвищення кваліфікації (70,8 %). Перевага того чи іншого шляху отримання додаткових знань пов'язана зі специфікою самої інформації (законодавчу інформацію зі спеціальних сайтів вони прагнуть отримати самостійно, а навички міжособистісного спілкування відпрацювати на спеціальних психологічних тренінгах), зручністю і швидкістю одержання знань (мобільні та Інтернет-технології) і потребами сьогодення (колегії, семінари, конференції та асоціації є основним джерелом нової інформації у третини опитаних).

Висновки. Результати соціологічного опитування показали високу потребу керівників закладів охорони здоров'я в додатковій інформації з різних питань організації діяльності, перш за все, щодо обґрунтованості та механізмів здійснення перетворень в галузі. Визначено велике значення курсів з організації та управління охороною здоров'я для забезпечення інформаційної потреби керівників.

РОЛЬ ДЕРЖАВИ У ПОЛІПШЕННІ ЯКОСТІ ЛЮДСЬКИХ РЕСУРСІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Лещенко В.В.

Національна академія державного управління при Президентові України, кафедра управління охороною суспільного здоров'я, м. Київ, Україна

Мета. Визначення технічних потреб для поліпшення якості людських ресурсів охорони здоров'я (аспект підвищення їх чисельності і якості).

Матеріали і методи. Пріоритети можуть бути встановлені відповідно до матеріально-технічного забезпечення підвищення чисельності і якості працівників охорони здоров'я незалежно від обраної категорії.

Результати та обговорення. Перша вимога полягає в тому, щоб на національному рівні у міністерства охорони здоров'я (або, при необхідності, у міністерства освіти) був потенціал для прийняття політичних рішень, які засновані на фактичних даних, отриманих в результаті оцінки. Не маючи повноважень та потенціалу для прийняття рішень на національному рівні, досягти можна небагато чого.

Друга вимога – якість навчання повинна бути адекватною для забезпечення відповідних категорій працівниками охорони здоров'я належної кваліфікації. Некваліфікований персонал часто створює проблеми замість того, щоб їх вирішувати. Погана підготовка медсестер і лікарів підриває суспільну довіру до системи охорони здоров'я. Основні зусилля можуть бути спрямовані на надання освіти і практичної підготовки високої якості, що гарантує випуск добре підготовлених кадрів.

Третя вимога – умови роботи, можливість кар'єрного росту, заробітна плата та інше є адекватними для залучення й утримання висококваліфікованих кадрів. Це означає забезпечення того, щоб наявний і новий персонал був достатньо мотивований до якісного виконання професійних обов'язків і продовження роботи в секторі охорони здоров'я. Якщо цього не відбувається, втрата кваліфікованих кадрів в результаті міграції, переходу в приватний сектор і концентрації медичних працівників в міських районах буде посилювати наявні проблеми.

Висновки. Універсальної стратегії для поліпшення якості людських ресурсів охорони здоров'я не існує. Представлені пропозиції є хорошим інструментом за умови доступності якісних даних і наявності аналітиків, здатних провести оцінку.

ЄДИНИЙ МЕДИЧНИЙ ПРОСТІР УКРАЇНИ ЯК ОСНОВА РОЗВИТКУ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІЙСЬК ТА ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ

Лівінський В. Г.

Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

Мета. Обґрунтування необхідності створення в Україні єдиного медичного простору.

Матеріали і методи. Наукові публікації, нормативно-правові акти з питань охорони здоров'я населення і медичного забезпечення військ. Методи досліджень: бібліосемантичний, аналітичний, системного підходу.

Результати та обговорення. Питання створення єдиного медичного простору тривалий час обговорюється у медичних і наукових колах та тісно пов'язана з реформуванням вітчизняної охорони здоров'я.

За поглядами науковців та авторів єдиний медичний простір слід розглядати як один із ключових стандартів у сфері охорони здоров'я, що передбачає забезпечення рівного доступу всіх громадян, у тому числі військовослужбовців, до фінансованої державою медичної допомоги.

Єдиний медичний простір – це спільне ефективне та раціональне використання можливостей закладів охорони здоров'я всіх форм власності, що розташовані на визначеній території, і не виключає можливості існування відомчої медицини. Зокрема це стосується медичних служб Збройних Сил України та інших військових формувань, які здійснюють медичне забезпечення військ і надання медичної допомоги на полі бою та поблизу до них районах.

За таких підходів єдиний медичний простір для військовослужбовців як у мирний час, так і в особливий період, передбачає гарантоване їх забезпечення державою всіма видами медичної допомоги починаючи від поля бою і до повної реабілітації.

Висновки. Зважаючи на перспективи запровадження загальнообов'язкового медичного страхування, обмежені економічні можливості держави, хронічне недофінансування галузі охорони здоров'я та з метою максимального ефективного використання наявних медичних ресурсів, формування єдиного медичного простору слід вважати найбільш раціональним і ефективним напрямом реформування вітчизняної охорони здоров'я.

МЕДИЧНА ПОСЛУГА – ПРОДУКТ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Любінець О. В.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Мета. Дослідити сутність поняття «медична послуга»

Матеріали і методи. Використано методи: порівняльний, структурного та системного аналізу.

Результати та обговорення. У національному господарстві України «охорона здоров'я» є окремою галуззю діяльності держави, метою якої є забезпечення доступного медичного обслуговування для населення. Існує багато дискусій щодо чіткого визначення поняття «медичне обслуговування, «медична допомога» та «медична послуга» та їх приналежності до господарської діяльності. Згідно з твердженням окремих авторів: послуга – це зміна стану особи або товару, що належать певній економічній одиниці, яка виникає в результаті діяльності іншої економічної одиниці з попередньої згоди першої. Тобто, це сукупність робіт, які виконуються для задоволення потреб людей та мають певну вартість. Послуга – це результат корисної діяльності, що змінює стан особи або товару, то в умовах ринкової економіки цей результат, безумовно, є товаром, він має і цінову вартість, і корисність.

Тобто медична допомога, за своєю природою належить до сфери послуг. В той же час в Україні офіційно декларується безкоштовність медичної допомоги, на її організацію витрачаються ресурси, вартість яких покривається державою та пацієнтом. На думку О.Литвин: «медична допомога» – це послуги соціального характеру, які надають підготовлені медичні працівники та спрямовані на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями, патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами, та здійснюються на некомерційній основі. Тому «медичне обслуговування» належить до господарської діяльності у сфері послуг, метою якої є досягнення соціальних чи/та комерційних цілей.

Висновки. Зважаючи на те, як система охорони здоров'я оцінює потреби населення в медичних послугах і як вона забезпечує захист населення від фінансового ризику видатків на лікування, актуалізується питання об'єктивної оцінки потреби у медичних послугах, а також, необхідних для їх надання ресурсів.

ОСНОВНІ ФОНДИ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЇХ ВИКОРИСТАННЯ

Михальчук В. М.¹, Бандурин О. Ю.²

¹ д.м.н, професор, кафедра управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика м. Київ, Україна

² к.м.н, КЗ «Обласний госпіталь ветеранів війни», м. Ужгород, Україна

Значна зношеність основних фондів (ОФ) закладів системи охорони здоров'я є однією з проблем, що поруч з нерівним доступом до медичних послуг та низькою їх якістю, високим відсотком особистих витрат хворих, що характеризують стан системи охорони здоров'я України. Поряд з вирішенням проблеми фінансування сфери охорони здоров'я країни варто звернути увагу і на капітал медичного закладу (МЗ), а саме на його формування і використання. Не дивлячись на велику кількість економічних досліджень у сфері охорони здоров'я, дуже мало уваги приділяється процесам формування та використання основного капіталу МЗ. Наразі існує необхідність пошуку шляхів підвищення економічної ефективності діяльності МЗ, одним з яких є визначення стану ОФ. Підвищення ефективності використання ОФ є одним з основних питань в умовах переходу до ринкових відносин. Тому актуальною проблемою є визначення

ефективності використання ОФ МЗ з урахуванням оцінки їх технічного стану, використання та виявлення резервів їх підвищення, а також виявлення найбільш важливих чинників, які впливають на зміну рівня використання ОФ медичними установами.

Мета. Розроблення заходів підвищення ефективності використання основних фондів лікувально-профілактичних закладів.

З метою поліпшення якості медичних послуг, які надаються МЗ, необхідно постійно слідкувати за оптимальною структурою ОФ, рівнем їх зносу та ефективністю використання. ОФ є найважливішим видом економічних ресурсів медичного закладу. Від рівня забезпечення лікувально-профілактичних закладів сучасним діагностичним та лікувальним обладнанням та створенням відповідних умов для їх ефективного використання залежить медична, соціальна та економічна ефективність лікувально-діагностичного процесу.

Визначення ефективності ОФ має здійснюватись постійно, оскільки його результати є базою для прийняття управлінських рішень, більшість яких спрямовується на процеси формування та використання капіталу, формують чи коригують механізм управління ним. Також, увагу варто приділяти однаково як активній їх частині, так і пасивній, оскільки вони обидві є ключовим елементом ефективної діяльності МЗ, а саме своєчасного відновлення, зміцнення та збереження здоров'я людини.

ВДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОФІЛАКТИКИ НАЙБІЛЬШ ПОШИРЕНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В ПРАКТИЦІ ЛІКУВАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ

Мочалов Ю. О.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Мета. Дослідити організацію профілактичної діяльності в практичній діяльності лікувально-профілактичних закладів, які працюють в Україні.

Матеріали і методи. Нормативно-правова документація, яка регулює надання медичної допомоги в Україні, протоколи лікування, рекомендовані МОЗ, науково-медична інформація із фахових і спеціалізованих видань, опублікованих на території України.

Результати та обговорення. Відповідно до рекомендацій Комітету експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я, в сучасній медицині усі профілактичні заходи прийнято розподіляти на первинні, вторинні та третинні. Первинна профілактика – так називають комплекс загальних заходів щодо зміцнення здоров'я людини в поєднанні зі спеціальними заходами, спрямованими на запобігання виникненню найпоширеніших захворювань та їх ускладнень. Вторинна профілактика охоплює комплекс методів лікування найпоширеніших захворювань і їх ускладнень, які вже розвинулися. Для цього використовують терапевтичні та хірургічні втручання з метою забезпечення повноцінного функціонування організму ураженого індивіда в цілому. Основним організаційним методом вторинної профілактики визнано планову санацію або планове надання медичної допомоги відповідного спрямування населенню, найчастіше організованому його контингенту за дільничним принципом. Третинна профілактика – це заходи із відновлення втраченої функції організму, найчастіше у формі паліативних, реконструктивних втручань або протезування. Світовий досвід заходів профілактики, узагальнений ВООЗ, показує, що населення, стосовно якого виконуються профілактичні заходи, має бути поділене за віком та іншими критеріями розподілу, які впливають на розвиток тих чи інших захворювань. Стосовно сучасного стану профілактичної роботи в медичній галузі України, то визначається переважання програм та публікацій, присвячених вторинній і третинній профілактиці найпоширеніших захворювань, що можна пояснити тенденціями до комерціалізації медичної

діяльності та інтересами більшості лікарів-практиків мати справу із більш упредметними результатами власної професійної діяльності. В той час як первинній профілактиці, незважаючи на її вищу економічну ефективність і позитивний соціальний вплив, не приділяється стільки уваги зі сторони практиків. Стосовно національних профілактичних програм, то вони, з огляду на неповне державне фінансування, виконуються частково.

Висновки. Отже, проблема профілактики найпоширеніших захворювань згідно чинної нормативно-правової бази в Україні, має вирішуватися кожним лікувально-профілактичним закладом всіх форм організації та власності. Проте відсутні дієві механізми контролю, стимулювання та підтримки виконання профілактичних медичних заходів для всіх учасників «медичного простору» в країні.

МЕХАНІЗМ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОГО МОТИВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕГАЮЧОЇ ПОВЕДІНКИ

Оганезова Г. В.

Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра менеджменту і економіки в сімейній медицині, м. Харків, Україна

Матеріали і методи. Показники здоров'я населення, дані про рівень і структуру захворювань; системний і статистичний аналіз, математичне моделювання.

Результати та обговорення. В Україні в структурі причин захворюваності та смертності лідирують неінфекційні хронічні захворювання (ХНІЗ). В основі їх розвитку лежить єдиний комплекс соціально-поведінкових і медико-біологічних факторів ризику. Для їх подолання розроблено механізм мотивування населення до здоров'язберігаючої поведінки через нормативно-правові та економічні методи.

Механізм включає процес формування нормативно-правового середовища, заснованого на реалізації наступних підпроцесів: визначенні прав громадян на отримання достовірної і кваліфікованої медичної інформації про фактори ризику ХНІЗ; визначення кола обов'язків щодо своєчасного звернення громадян до медичних установ для отримання кваліфікованої профілактичної допомоги; обов'язковості виконання медичних рекомендацій оздоровчо-профілактичного характеру; контролю повноти виконання оздоровчо-профілактичного режиму; заходів стимулюючого характеру в залежності від ставлення до здоров'я.

Економічні методи передбачають введення обов'язкового медичного страхування, фінансування якого здійснюватиметься за рахунок коштів державного бюджету та власних коштів громадян – через співплатежі населення. Величина особистих співплатежів формується з урахуванням індивідуального профілю факторів ризику застрахованих. Запропоновано методику розрахунку співплатежу. Передбачається, що індивідуальний профіль буде визначатися раз в три роки в медичних установах. Внесок матиме максимальне значення при відмові визначати рівень здоров'я шляхом медичного огляду в медичному закладі. При відсутності медичної страховки індивід не може реалізувати в повному обсязі свою дієздатність.

Висновки. Запропонований механізм мотивування населення до здоров'язберігаючої поведінки може стати основою для створення інституту самозберігаючої поведінки громадян.

ОБІЗНАНІСТЬ ЛІКАРЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА З АКТУАЛЬНИХ ПИТАНЬ ПРОФІЛАКТИКИ РАКУ ШКІРИ

Ошивалова О. О.^{1,2}, Зюков О. Л.¹, Калюжна Л. Д.², Яценко Ю. Б.^{1,2}

¹ м. Київ, Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами. ² м. Київ, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика

Актуальність. Згідно статистичним даним, частота виявлення злоякісних пухлин шкіри серед пацієнтів, які звернулися за медичною допомогою до лікаря дерматовенеролога, складає від 2% до 4%. У зв'язку з цим, роль лікаря дерматовенеролога в діагностиці та визначенні тактики лікування раку шкіри значно виросла.

Мета дослідження. Полягала в визначенні обізнаності лікаря дерматовенеролога з актуальних питань профілактики раку шкіри.

Матеріали та методи. Творчим колективом Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами (ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС) сумісно із кафедрою дерматовенерології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика (НМАПО) розроблено тести з оцінки обізнаності лікаря дерматовенеролога з актуальних питань профілактики раку шкіри. Тести було складено в 6 варіантах, кожен мав по 7 запитань, із яких: 2 - з епідеміологічних особливостей, 2 – з діагностики, 2 – з лікувальної тактики раку шкіри та його попередників, 1 ситуаційна задача. Кожне запитання мало 4 варіанти відповідей, одне з яких правильне. Тестування лікарів дерматовенерологів було проведено в рамках навчального процесу на кафедрі дерматовенерології НМАПО імені П.Л.Шупика за 2015-2016 навчальний рік.

Результати. Тестування пройшов 101 лікар дерматовенеролог. 21,8% (22 лікарів) не мали кваліфікаційної категорії, їх середній робочий стаж склав $5,5 \pm 1,3$ років, а середній бал з тестування – $3,8 \pm 0,6$. 10,8% (11 осіб) мали другу категорію, середній стаж - $9,2 \pm 2,2$ років, середній бал - $4,0 \pm 1,3$. 15,8% (16 осіб) мали першу категорію, $16,7 \pm 0,9$ років, а середній бал з тестування – $4,3 \pm 1,1$. 17,9% (18 осіб) - лікарі вищої категорії, $26,6 \pm 1,6$ років, а середній бал з тестування – $3,8 \pm 1,4$. Та 33,7% (34 осіб) лікарі-інтерни I і II років навчання, середній бал з тестування - $2,3 \pm 0,7$.

Висновки. Найвищий рівень обізнаності з питань профілактики злоякісних новоутворень шкіри серед дерматовенерологів мали лікарі першої та другої категорії. У лікарів без категорії та лікарів вищої кваліфікаційної категорії ми спостерігали однаковий середній бал з тестування, незважаючи на різний стаж роботи, що можливо пояснюється в першому випадку відсутністю достатнього рівня знань і досвіду, а в другому випадку – низьким рівнем інтересу до запропонованої теми.

ПЕРСПЕКТИВИ ПІДГОТОВКИ МЕНЕДЖЕРІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ХАРКІВСЬКІЙ АКАДЕМІЇ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

Парфьонова І. І., Мнушко З. М., Рогова О. Г., Оганезова Г. В., Драганова О. М.
Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

Мета. Ознайомлення з досвідом підготовки менеджерів охорони здоров'я в ХМАПО.

Матеріали і методи. Указ Президента України №1313/2002 від 07.12. 2002 року, Наказ Міністерства охорони здоров'я України №265 від 05.07.2001; методи: історичний та системного аналізу.

Результати та обговорення. На базі кафедри менеджменту та економіки в сімейній медицині (випускаюча кафедра) було створено факультет «Менеджмент в охороні здоров'я», що стало початком формування ефективної системи підготовки менеджерів охорони здоров'я. З 2011-2012 учбового року Міністерство освіти і науки України внесло зміни в напрям підготовки спеціалістів і магістрів: замість «Менеджмент організацій» – «Менеджмент організацій і адміністрування». За 15 років роботи факультету підготовлено 348 дипломованих менеджерів охорони здоров'я для різних областей України. Анкетування, що проводиться на факультеті на етапі вступних співбесід, свідчить, що неабияке значення слухачі факультету надають отриманню економічних та правових знань, без оволодіння якими сьогодні складно здійснювати практичну діяльність керівникам закладів ОЗ.

З 2010 року спеціальність «Менеджери (управителі в охороні здоров'я)» було внесено до класифікатора професій ДК 003:2010. В травні 2014 року відбулося засідання робочої групи МОЗ України щодо опрацювання кваліфікаційної характеристики за фахом «Менеджер в охороні здоров'я», під час якого наголошувалася, що настав час перейти від пілотного впровадження такого виду навчання до поширення його на теренах всієї України і введення відповідної посади. На теперішній час питання включення до штатного розкладу закладів охорони здоров'я менеджерів охорони здоров'я залишається відкритим.

Висновки. Після ухвалення нової редакції Закону України «Про вищу освіту» найближчі перспективи розвитку з напрямку менеджменту в охороні здоров'я ХМАПО пов'язані з одержанням ліцензії на підготовку магістрів з напрямку «Управління та адміністрування», спеціальність «Менеджмент», спеціалізація «Менеджмент в охороні здоров'я».

ТЕХНОЛОГІЇ БІЗНЕС-ПЛАНУВАННЯ В МЕДИЦИНІ

Пащенко В. М.

*Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика,
Кафедра управління охороною здоров'я, м. Київ, Україна*

Мета дослідження полягає в доведенні необхідності використовувати сучасні технології бізнес-планування для впровадження в лікарську практику нових інноваційних методів лікування.

Становлення та розвиток ринкової системи господарювання в нашій країні та запровадження ринкових механізмів в охороні здоров'я вимагає нових підходів до організації та управління галуззю. Будь-яка діяльність на ринку буде успішною, якщо вона супроводжується інвестиціями в сучасні медичні технології. Іноваційна діяльність є головною формою розвитку медичного закладу, а об'єм інвестицій є основним виміром економічної ефективності його діяльності.

Практична реалізація будь-якого інвестиційного проекту значно ускладнюється чи навіть стає неможливою без ретельно розробленого бізнес-плану. Бізнес-план потрібний не тільки для обґрунтування комерційної діяльності, але для реалізації некомерційних проектів з метою досягнення певних соціальних результатів. Ця робота пов'язана з різними аспектами управління проектом: організаційним, медичним, соціальним, виробничим, маркетинговим, фінансовим, економічним тощо.

Бізнес-план спрямований на досягнення двох основних завдань: 1) залучення можливих інвесторів до реалізації проекту; 2) створення основи для стратегічного планування та оперативного управління проектом. У бізнес-плані автори мають переконати своїх ділових партнерів, що їх підприємницька ідея є перспективною, а головне, що автори мають

обґрунтовану реальну програму її реалізації.

Бізнес-план починається з опису концепції бізнес-проекту, його можливостям та перевагам, які мають забезпечити конкурентоспроможність на ринку.

Необхідною умовою успішного бізнес-плану є ретельно проведені маркетингові дослідження – відомості про цільовий ринок бізнесу: основні контингенти, особливості їх обслуговування, передбачувані об'єми послуг. Маркетингові дослідження є основою для підготовки маркетинг-плану – комплексу заходів, які має провести медичний заклад з метою стимулювання попиту. Наступним етапом бізнес-планування є опис організації виробництва. В ньому розглядаються основні медичні технології, що будуть використовуватися, потреба в медичному обладнанні, в виробничих та невиробничих приміщеннях, визначається організаційно-правова форма реалізації інноваційного проекту, схема управління проектом та потреба в персоналі.

Бізнес-план завершується фінансовим обґрунтуванням інвестиційного проекту. В цій частині наведені основні передбачувані показники фінансової діяльності медичного закладу – прибутковість, період досягнення беззбитковості та повернення інвестиційних витрат; характеристика загальних потреб у коштах, порядок та напрямки їх використання, строки та форма повернення кредитів; відомості про компетенцію та професіоналізм керівників медичного закладу.

ЦИКЛОГРАМА ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ – ОСНОВА ДЛЯ ФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ЗНАТЬ ОРГАНІЗАЦІЇ

Перепада О. В.

Центр превентивної медицини Державного управління справами, м. Київ, Україна

Мета. Визначення особливостей оцінки дефекту надання медичної допомоги.

Матеріали і методи. Нормативно-правова база щодо якості медичної допомоги (Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Кодекс законів про працю України, ДСТУ ISO 9001, ДСТУ ISO 15189 та ін.); методами аналізу були: контент аналіз та системний підхід.

Результати та обговорення. Реформування системи охорони здоров'я України вимагає адаптації класичних і пошуку нових адекватних методів управління охороною здоров'я. Прийнята в 1996 р. на конференції міністрів охорони здоров'я Європейського Регіону в Любліні «Хартія про реформування охорони здоров'я» визначила одним із провідних принципів таких реформ безперервне покращення якості медичної допомоги та підвищення її ефективності. У сучасний період розвитку та реформування національної системи охорони здоров'я якість медичної допомоги вважається основною цільовою функцією і водночас критерієм діяльності закладів і установ охорони здоров'я від нижньої її ланки – лікувально-профілактичного закладу, до верхньої – МОЗ України.

У центрі інноваційних процесів закладу охорони здоров'я, повинні бути технології, пов'язані з розвитком практичної діяльності медичного персоналу. Останній сильно пов'язаний із системою збереження і примноження знань закладу, та складає, основну інструментальну базу розвитку інших бізнес-процесів (відповідно до вимог системи управління якістю ДСТУ ISO 9001 та ДСТУ ISO 15189), завдяки якій може розвиватися і стратегія, і система стимулювання, добору і підготовки, коли плінність кадрів більше не буде для закладу значною катастрофою (тобто ми здійснюємо трансформацію компетентнісного у процедурний підхід). Найбільш сучасним інструментом для оптимального використання робочого часу та досягнення чітких завдань є циклограма – основа для адаптації та створення стандартів ефективної роботи. Тобто

формуються Знання організації – це знання, специфічні для організації, їх зазвичай набувають через досвід. Йдеться про інформацію, яку використовують та якою обмінюються, щоб досягати цілей організації (відповідно до п. 7.1.6 ДСТУ ISO 9001:2015).

Складання циклограми дозволяє усвідомити та зрозуміти призначення і зміст циклічних у часі послідовних дій, процесів або явищ, та дозволяє зробити роботу фахівців прозорою для всіх співробітників (особливо для новачків). У циклограмі оголюються чіткі критерії роботи, які допомагають побачити приховані подвійні стандарти внутрішньої організації діяльності. Циклограма дозволяє встановити розбіжності в посадових обов'язках, підписаних співробітником при прийомі на роботу, і його реально здійснювану, щоденною діяльністю. Саме на основі врахування цих неузгодженостей з'являється можливість внести зміни у зміст посадових інструкцій, зробити їх більш зрозумілими та діючими, а не папером, формально необхідним для виконання вимог трудового законодавства (як це часто буває).

Циклограма також є надзвичайно корисним інструментом для оптимізації тайм-менеджменту медичного співробітника, так як допомагає в подальшому ефективно провести хронометраж всіх своїх справ.

Висновки. Відповідно до вимог п. 7.1.6 ДСТУ ISO 9001:2015 у закладах охорони здоров'я медичному персоналу доцільно розробляти та активно використовувати у практичній діяльності циклограми. У подальшому на підставі розроблених циклограм внести зміни у зміст посадових інструкцій.

ЗАТРАТЫ ВРЕМЕНИ НА РЕГИСТРАЦИЮ ВЫЗОВОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Попов А. С.

*Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск,
Республика Беларусь*

Цель. Изучить продолжительность времени регистрации вызовов скорой медицинской помощи.

Материалы и методы. Данные звукозаписей регистрации вызовов скорой медицинской помощи Минского района Минской области Республики Беларусь. Применялись методы описательной статистики.

Результаты и обсуждения. Скорая медицинская помощь – один из наиболее доступных и востребованных населением видов медицинской помощи. Путем повышения качества скорой медицинской помощи является решение проблемы сокращения времени прибытия бригад на вызовы, особенно к пациентам, находящимся в состоянии угрожающем жизни. В структуре затрат времени прибытия бригад на вызовы определенную долю занимает регистрация обращения. Было проанализировано 661 обращение в службу скорой помощи Минского района Минской области за ноябрь 2015 года. При поступлении вызова регистрировались параметры, ставшие предметом исследования: категория срочности вызова, время разговора, время от поднятия телефонной трубки до регистрации вызова. Всего из общего количества обращений по степени срочности вызовы распределились следующим образом: экстренные – 20 (3%), срочные – 129 (20%), неотложные – 443 (67%), обычные (непрофильные) – 69 (10%). Среднее время регистрации вызова составило: для экстренных вызовов – 113 сек., срочных – 126 сек., неотложных – 138 сек., обычных (непрофильных) – 127 сек. В структуре временных затрат на регистрацию время непосредственного разговора с обратившимся, в среднем, составило: 82,4 сек. (73%), 95,35 сек. (75%), 109,5 сек. (79%), 74,35 сек. (58%) соответственно. Наибольшее время занимала регистрация неотложных вызовов. Различия удельного веса

времени непосредственного разговора с обратившимся при регистрации экстренных, срочных и неотложных вызовов незначительны и, в среднем, составляют 75, 7%.

Выводы. В структуре обращений за скорой медицинской помощью преобладают неотложные вызовы. Сокращение временных затрат за счет внедрения элементов автоматической регистрации на этапе регистрации вызова, позволит уменьшить время прибытия бригад на вызовы всех категорий.

ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ СУЧАСНИХ СИМУЛЯЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ НА ДОДИПЛОМНОМУ ЕТАПІ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ В ОНМедУ

Рогачевській О. П.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Мета. Узагальнення досвіду впровадження симуляційних технологій на додипломному етапі підготовки лікарів в Україні.

Матеріали і методи. Нормативно-правова база щодо впровадження симуляційних технологій на додипломному етапі підготовки лікарів, методами аналізу були: контент аналіз та системний підхід.

Результати та обговорення. Сучасні темпи розвитку і вдосконалення медичних технологій сприяють значному підвищенню якості надання медичних послуг, однак висувають високі вимоги до медичного персоналу. Забезпечення кваліфікованими кадрами – основне завдання, яке необхідно вирішити практичній охороні здоров'я. Однак, знайти на українському ринку праці молодих медичних фахівців з достатнім рівнем кваліфікації, які досконало володіють всім необхідним спектром сучасних технологій і здатних підтримати конкурентоспроможність медичного закладу, дуже складно.

В умовах, що склалися, очевидно, що сучасна медична освіта потребує перегляду технологій навчання, щоб відповідати вимогам технологічної революції і змінам навколишнього інформаційного середовища.

Класична система клінічної медичної освіти на сьогодні не здатна повною мірою вирішити проблему якісної практичної підготовки лікаря. Головними перешкодами є неможливість практичної ілюстрації всього різноманіття клінічних ситуацій, неможливість практичного освоєння більшості діагностичних і лікувальних навичок в умовах відділення лікарні в зв'язку з морально-етичними і законодавчими обмеженнями в спілкуванні учнів з пацієнтом. Тому ключовим напрямом розвитку вищої медичної школи на найближчі роки стають віртуальні технології.

На підставі отриманого протягом 2 років досвіду післядипломного навчання інтернів і лікарів-курсантів, були зроблені висновки про необхідність впровадження даних методик в навчальний процес для студентів старших курсів. У 2015-2016 навчальному році в рамках елективного курсу був організований цикл симуляції навчання для вітчизняних та іноземних студентів 6 курсу спеціальностей лікувальна справа і педіатрія. Цикл дав можливість відпрацювати ряд практичних навичок і об'єктивно оцінити рівень компетенцій, якими оволоділи студенти за весь період навчання у ВУЗі, що є найважливішою перевагою імітаційного навчання. При цьому значно підвищується об'єктивність оцінювання знань та умінь студента.

Перший досвід застосування імітаційних технологій на додипломному етапі навчання дозволив нам виділити деякі проблеми високотехнологічного стимуляційного навчання: У зв'язку з високою вартістю самого робота і витратних матеріалів, доступ студентів до нього максимально обмежується (не більше 1 підходу за цикл). Клінічні випадки, які використовуються

викладачами на високотехнологічному симуляторі, розроблені «на швидку руку», не випробувані і не використовують усіх можливостей симулятора. «Технофобія» досвідчених викладачів-клініцистів не дозволяє їм повністю використовувати можливості симулятора, а молодим викладачам змогу не вистачає практичного досвіду в терапії критичних станів для програмування відповідних сценаріїв. Можливості набутого симулятора для навчання обмежені в зв'язку з відсутністю або недоліком додаткового медичного обладнання – кардіомоніторів, дефібриляторів, ларингоскопів, засобів штучної вентиляції легенів і т.д.

Висновки. Таким чином, застосування медичними вузами високотехнологічних симуляторів в навчальному процесі на додипломному етапі благотворно позначиться на розвитку клінічної компетентності молодих фахівців. Але для цього потрібно пройти нелегкий шлях від придбання симулятора до його успішного впровадження.

ОБ ОЦЕНКЕ ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ СТРУКТУРЫ НАСЕЛЕНИЯ И ОБРАЗА ЖИЗНИ НА СВЕРХСМЕРТНОСТЬ

Романова А. П., Гвоздь Н. Г.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск, Республика Беларусь

Цель. Разработать метод анализа сверхсмертности населения

Материалы и методы. При проведении исследования использованы официальные статистические данные смертности населения и метод системного анализа.

Результаты и обсуждение. Динамика смертности в Республике Беларусь характеризуется ростом сверхсмертности мужского населения. В отдельные годы смертность мужчин в возрасте 20–50 лет превышала смертность женщин в 3-5 раз. Разрыв в продолжительности жизни мужчин и женщин 10 и более лет в России, Беларуси и в Украине, значительно превышает таковой показатель экономически развитых стран. Анализ гендерной или территориальной сверхсмертности основывается на сравнении уровней смертности отобранных для изучения групп населения между собой. Исследование повозрастной сверхсмертности внутри субпопуляций населения имеет не меньшую научную и практическую значимость, чем сравнительный анализ субпопуляций (групп).

Метод представляет собой совокупность способов определения, оценки компонентов смертности и анализа компонентов сверхсмертности, при разработке которого использованы принципы анализа систем. Метод разработан для оценки здоровья населения посредством анализа сверхсмертности в динамике и оценки эффективности мероприятий по снижению смертности населения на республиканском и административно-территориальном уровнях.

Метод направлен на определение и дифференциацию влияния различных групп факторов на сверхсмертность. Старение населения относят к одной из основных причин роста смертности. Метод позволяет провести дифференциацию влияния факторов структуры населения (состав населения по полу и возрасту, административно-территориальному делению и типу территории проживания) и установить влияние старения населения на показатели смертности. С помощью метода может быть проведена оценка эффективности мероприятий по снижению смертности населения на республиканском и административно-территориальном уровнях с помощью определения влияния на смертность факторов образа жизни. Факторы образа жизни населения – это совокупность факторов, определяющих уровень жизни (потребление материальных и духовных ценностей), качество жизни (жилищные условия, питание, уровень комфорта, удовлетворенность работой), стиль жизни (индивидуальные

особенности поведения) и уклад жизни (регламент общественной жизни, труд, быт, отдых).

Выводы. Разработанный метод направлен на исследование актуальной медико-демографической проблемы сверхсмертности населения и может быть использован для оценки влияния структуры населения и образа жизни на сверхсмертность населения.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДОСТУПНОСТИ И ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬКОМУ НАСЕЛЕНИЮ

Сакович Ю. В., Мякотенко Е. А., Тищенко Е. М.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Обеспечение доступности лекарственной помощи сельскому населению является важной задачей здравоохранения, несомненно, следует учитывать мнение и информированность населения по данной проблеме.

Целью исследования являлось изучение доступности лекарственной помощи сельскому населению.

Материалы и методы. Нами проведено анкетирование 135 человек сельской местности. Из которых: 54,8% – женщины, 45,2% – мужчины. Средний возраст анкетированных 51,7±0,32 лет. 33,3% анкетированных – составили лица с средним образованием, 45,2% – лица с средним специальным образованием, 21,5% – лица с высшим образованием. 57% – опрошенных всегда проживало в данной местности, 25,2% – анкетированных проживает в сельской местности более 5 лет, 17,8% – анкетированных проживает в сельской местности менее 5 лет. Для заполнения предлагался краткий опросник «Доступность медицинской и лекарственной помощи сельскому населению». Отбор респондентов проводился случайным образом. Обработку статистических данных проводили с помощью программы Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. В сельской местности по мнению 40% опрошенных случаев реализацией лекарств занимается фельдшер, 30,4% – провизор, остальные участники затруднились ответить на данный вопрос. Респонденты отметили, что лекарственные средства чаще приобретаются в аптеках (43,7%), на ФАПах (25,2%), в амбулаториях (3,7%), передвижных «аптеках» (13,3%), в городе (14,1%). 33,3% респондентов ответило, что необходимое лекарственное средство в аптеке есть всегда. 10,4% анкетированных связало недостаток лекарственных средств с сезонной заболеваемостью населения, 11,9% опрошенных затруднились ответить. У большинства анкетированных (82,2%) дома есть своя аптечка, у 14,8% – ее нет, 3% – затруднились ответить. В домашней аптечке анкетированных имеется антигипертензивные препараты – (16,3%), обезболивающие – (5,9%), жаропонижающие и антибиотики – (4,4%), спазмолитики – (0,7%). У 65,2% респондентов есть всё вышеперечисленное. Чаще всего приобретаются антигипертензивные (27,5%) и обезболивающие (22,2%) средства, а затем жаропонижающие и антибиотики – (7,4%), спазмолитики – 2,9%. 31,1% приобретают все вышеперечисленные лекарственные средства. При покупке лекарственных средств больше половины (51,1%) опрошенных прибегают к дополнительной консультации фармацевта, остальные же отказываются от неё (23,7%), либо действуют в зависимости от ситуации (25,2%). Консультацию фармацевта 70,4% анкетированных посчитали квалифицированной. 37,8% анкетированных сочетают методы народной медицины с медикаментозным лечением, тогда как 35,6% прибегают только к медикаментозному лечению. Только народную медицину используют 5,9% респондентов. За медицинской помощью при появлении первых симптомов заболеваний обращаются 38,5% опрошенных, занимаются самолечением – 28,2% анкетированных. Наиболее

частою целью обращения к врачу является желание получить квалифицированную медицинскую помощь (55,6%), выписать рецепт (23%) и получить больничный лист (14,1%).

Выводы. В сельской местности в большинстве случаев реализацией лекарств занимается фельдшер, либо провизор. Лекарственные средства чаще приобретаются в аптеках и на ФАПх. Большим спросом пользуются антигипертензивные, обезболивающие, жаропонижающие, антибактериальные и спазмолитические лекарственные препараты. При покупке лекарственных средств больше половины опрошенных прибегают к дополнительной консультации фармацевта. Большинство пациентов при появлении первых симптомов заболевания сразу обращаются за помощью к врачу.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПЛАНОВОЇ ПОТУЖНОСТІ АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНИХ ЗАКЛАДІВ УКРАЇНИ

Слабкий В. Г., Лобас М. В., Бурдим Ю. В., Бучинський М. Я., Тяпкін Г. М.

Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України, м. Київ, Україна

Мета. Визначити планову потужність амбулаторно-поліклінічних закладів в Україні як чинника її доступності.

Матеріали і методи. Статистичний.

Результати та обговорення. В 2015 р. загальний показник планової потужності амбулаторно-поліклінічних закладів системи МОЗ України на 10 тис. населення зріс на 15,8% в порівнянні з 2014 р., в тому числі за рахунок передачі відомчих закладів Укрзалізниці на місцеві бюджети. 17 адміністративно-територіальних одиниць країни мають показник потужності амбулаторно-поліклінічних закладів вищий за загальноукраїнський. Найнижчі рівні показників планової потужності відвідувань за зміну зареєстровано у Волинській (173 на 10 тис. населення), Чернівецькій (187), Одеській (191) областях. Найвищі у Кіровоградській (272 на 10 тис. населення), Полтавській (256), Житомирській та Дніпропетровській (255). У 17 областях України спостерігається зростання рівня планової потужності амбулаторно-поліклінічних закладів охорони здоров'я. В 5 регіонах відбулось зниження вищезазначеного показника (Волинська на 4,9%, Івано-Франківська на 5,4%, Тернопільська на 5,1%, Херсонська на 10,2%, Чернівецька на 3,6% області). В Миколаївській області рівень потужності амбулаторно-поліклінічних закладів у 2015 р. залишився на рівні 2014 р. (206).

Висновки. В більшості областей України спостерігається позитивна тенденція до зростання рівнів потужності амбулаторно-поліклінічних закладів системи МОЗ України.

РОЗЛАДИ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ ЯК ВАЖЛИВА ПРОБЛЕМА ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

*Слабкий Г. О.¹, Рогач І. М.², Кручаниця В. В.¹, Качала Л. О.², Погоріляк Р. Ю.²,
Защик Н. С.¹, Дудник С. В.¹*

¹ Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України, м. Київ, Україна

² Ужгородський національний університет, м. Ужгород, Україна

Мета. Вивчити динаміку захворюваності населення України на розлади психіки та поведінки.

Матеріали і методи. Дані галузевої статистичної звітності, статистичний метод.

Результати та обговорення. Захворюваність населення України на розлади психіки та поведінки має тенденцію до зростання і в 2015 році становила 319 на 100 тис населення. Рівень

поширеності вказаних хвороб серед сільських жителів на 14% вищий ніж серед міських. Рівень показника захворюваності навпаки серед міських на 5,8% вищий ніж серед сільських жителів. Показник поширеності депресивних розладів за період 2008-2012 рр. зріс з 65 до 74 випадків на 100 тис. населення. В структурі поширеності розладів психіки та поведінки переважають непсихотичні розлади.

В 2015 році в Україні зареєстровано 2 тис гострих алкогольних психозів, майже 27 тис. нових випадків хронічного алкоголізму та 3,5 тис. нових випадків захворюваності на наркоманію. В 2015 році в закладах охорони здоров'я під наглядом перебувало 470 тис. осіб з приводу хронічного алкоголізму та понад 60 тис. осіб з приводу наркоманії. При цьому, за прямих причин зловживання алкоголем щорічно помирає 12-13 тис українців, а опосередкованих причин – близько 100 тис. осіб. У 30% випадків алкоголь є причиною передчасної смертності чоловіків.

Висновки. В Україні, для поліпшення стану психічного здоров'я населення, необхідні міжсекторальні дії які мають бути скеровані на профілактику розладів психіки та поведінки і надання ефективної медичної допомоги хворим.

ДО ПИТАННЯ АВТОНОМІЗАЦІЇ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Слабкий Г. О.¹, Рогач І. М.², Скрип В. В.¹, Качала Л. О.², Погоріляк Р. Ю.²

¹ Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України, м. Київ, Україна

² Ужгородський національний університет, м. Ужгород, Україна

Мета. Визначити рівень готовності закладів охорони здоров'я до їх автономізації шляхом визначення потужності та ресурсного забезпечення.

Матеріали і методи. Статистичний: визначення потужності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я, як рівня їх готовності до зміни господарсько-правового статусу.

Результати та обговорення. Згідно чинної нормативно-правової бази потужність закладів охорони здоров'я та їх структура залежать від кількості населення адміністративно-територіальної одиниці. Заклади охорони здоров'я вторинного рівня достовірно відрізняються за своєю потужністю: від 50 до 300 ліжок, що впливає на їх структуру та ресурсне забезпечення. Рівень укомплектованості штатних розписів за регіонами України теж має достовірні відмінності. В теперішній час, шляхом формування добровільних об'єднань громад проходить зміна адміністративно-територіального устрою. Дана ситуація недостатньо враховується при формуванні законодавчо-нормативної бази при створенні нової національної системи охорони здоров'я України.

Висновки. Заклади охорони здоров'я одного рівня надання медичної допомоги мають різну потужність, значно відрізняються по рівню забезпеченості медичними кадрами та медичним обладнанням, що вплине на їх функціонування в нових господарсько-правових умовах та рівності забезпечення пацієнтів якісною та доступною медичною допомогою.

ГРУПИ ПОРУШЕНЬ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Строкань А. М.

Клінічна лікарня «Феофанія» Державного управління справами, м. Київ, Україна

Мета. Визначення особливостей оцінки дефекту надання медичної допомоги.

Матеріали і методи. Нормативно-правова база щодо якості медичної допомоги (Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Кримінальний,

адміністративний кодекси України, Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної ...», Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги...», Наказ МОЗ України від 05.02.2016 № № 69 «Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування» та ін.), методами аналізу були: контент аналіз та системний підхід.

Результати та обговорення. Все більшої актуальності набувають проблеми оцінки та експертиза якості медичної допомоги з огляду на її безумовну соціальну значущість.

Цивільно-правова відповідальність, що має позадоговірний характер, виникає, як правило, із зобов'язань, пов'язаних із заподіянням шкоди життю та здоров'ю пацієнта, порушенням майнових і немайнових прав громадянина. Оцінку якості медичної допомоги у розвинутих країнах світу здійснюють шляхом визначення дефектів медичної допомоги.

Під дефектом надання медичної допомоги – розуміють неналежне здійснення діагностики, лікування хворого, організації медичної допомоги, яке призвело або могло призвести до несприятливого результату медичного втручання. Відповідно до визначення в основу їх класифікації закладаються наступні такі критерії: причини несприятливих результатів; аспекти відповідальності медичних працівників. Відповідно до нього розрізняють такі види дефектів надання медичної допомоги: 1) лікарські помилки; 2) нещасні випадки; 3) професійні злочини.

На нашу думку в понятті дефекту надання медичної допомоги потрібно виділяти три основні групи порушень, які є максимально значущими при визначенні ступеня відповідальності: 1) група організаційно-нормативних порушень, 2) група технологічних порушень і 3) група так званих правових порушень, пов'язаних з наявністю шкоди, заподіювач якої є медичний заклад в комплексі (мова йде про відсутність значимості спеціального статусу одиниці медичного персоналу – при виявленні та фіксації подібного роду дефекту як для пацієнта, так і для контролюючих органів, не має значення, ким конкретно заподіяна шкода: лікарем, медичною сестрою або лаборантом).

Відповідно до зазначеного та з огляду на характер цивільних правопорушень, ключовими моментами є чотири умови: заподіяння шкоди/збитків, протиправність діяння, причинно-наслідковий зв'язок між діянням і шкодою, а також вина заподіювача шкоди.

Забезпечення якості – це діяльність, спрямована на створення умов медичної допомоги населенню, що дозволяють виконати заявлені державою гарантії відповідно до встановлених критеріїв і показників якості з урахуванням задоволеності громадян в отриманій медичній допомозі. критерій якості медичної допомоги - сукупність характеристик, що підтверджують відповідність наданої медичної допомоги наявним потребам пацієнта (населення), його очікуванням, сучасному рівню науки і технології.

У разі ж, коли результати експертизи фіксують невідповідність наданої послуги заявленим вимогам, або споживач впевнений в наявності порушення його майнових або особистих немайнових прав, виникає ще ряд семантичних конструкцій: «медична допомога належної якості (якісна медична допомога)» і «медична допомога неналежної якості».

Висновки. Відповідно до основних груп порушень, які є максимально значущими при визначенні ступеня відповідальності, нами запропоновано визначення медичного втручання (допомога, послуга) належної якості (якісна медична допомога) – своєчасне медичне втручання, що відповідає обов'язковим вимогам, передбаченим законом або у встановленому ним порядку, або умовам договору, або цілям, для яких послуга такого роду зазвичай надається, або цілям, про які виконавець (медичний працівник) був поставлений до відома пацієнтом (застрахованим) при укладенні договору, або опису медичної технології надання медичної послуги, стандарту надання медичної послуги.

СТРАТЕГІЯ ВООЗ «ЗДОРОВ'Я - 2020»: ЗАВДАННЯ ДЛЯ УКРАЇНИ

Ушакова О. І.

*Кафедра управління охороною суспільного здоров'я,
Національна академія державного управління при Президентові України, м.Київ, Україна*

Мета. Обґрунтування напрямів реформування сфери охорони в умовах європейської інтеграції України відповідно до рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ).

Матеріали та методи: основними матеріалами дослідження є стратегія ВООЗ «Здоров'я -2020». Основними методами дослідження: аналізу накових джерел та порівняння.

Результати та обговорення. Впроваджуючи зміни необхідно враховувати стратегічні цілі та пріоритетні завдання програми ВООЗ «Здоров'я -2020». Одним із стратегічних завдань програми «Здоров'я -2020» ВООЗ є покращення здоров'я для всіх та подолання нерівності стосовно здоров'я. В Україні соціальна нерівність, а зокрема нерівність стосовно здоров'я з кожним роком поглиблюється і потребує цілеспрямованого державно-управлінського впливу. Існуюча нерівність стосовно здоров'я створює значне фінансове навантаження на суспільство та державу.

Одним із важливих підходів ВООЗ є «Здоров'я в усіх стратегіях» (Health in all policies) – врахування інтересів громадського здоров'я при розробці державної політики в різних сферах. Цей підхід спрямований на підвищення пріоритетності питань громадського здоров'я та його детермінант, зміцнення стратегічного діалогу як в межах державного управління, так і з інститутами громадянського суспільства і приватним сектором. Цей підхід відіграє ключову роль у сфері охорони здоров'я для досягнення синергії в різних програмах спрямованих на зміцнення здоров'я, для зменшення нерівності стосовно здоров'я, для забезпечення підзвітності і прозорості на всіх рівнях державного управління охороною громадського здоров'я.

Висновки. Державна політика з охорони громадського здоров'я в умовах європейської інтеграції повинна базуватись на рівності та справедливості стосовно здоров'я, участі громадськості в її розробці та реалізації.

ПЕРСОНАЛЬНЕ ЛІЦЕНЗУВАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В ДАНІЇ: ДОСВІД ДЛЯ УКРАЇНИ

Худошина О. В.

Аспірант кафедри управління охороною суспільного здоров'я, Національна академія державного управління при Президентові України, м. Київ, Україна

Мета дослідження. Обґрунтування теоретичних засад та опрацювання методичних положень і практичних заходів щодо запровадження в Україні зарубіжного досвіду індивідуального ліцензування медичних працівників, зокрема Данії, в умовах реформування галузі охорони здоров'я.

Матеріали та методи. В роботі використано матеріали досліджень Кизим А. Ліцензування медичної практики: новели 2015 року; Матвієнко Ю. Система охорони здоров'я Данії.

Для реалізації поставленої у дослідженні мети застосовувався комплекс взаємопов'язаних та взаємодоповнюючих загальнонаукових і спеціальних методів дослідження, зокрема: методи аналізу і синтезу, класифікації та систематизації, узагальнення й аналогії – для вивчення динаміки розвитку нормативно-правової бази, що регулює ліцензування медичних працівників в Данії та Україні; системний метод – з метою розробки в Україні основних положень законодавства з ліцензування медичних працівників; метод узагальнення і прогностичний метод – у процесі

формулювання висновків, рекомендацій та пропозицій.

Результати та обговорення. Протягом останніх років в Україні активно обговорюється питання про зміни в організаційних підходах до провадження медичної практики, а саме, про персональне ліцензування медичних працівників та зміну підходів до заснування медичних закладів та створення кабінетів.

У Європі на державному рівні діє система ліцензування медичних працівників.

У Данії діє система ліцензування медичних працівників, проте діяльність закладів охорони здоров'я ліцензуванню не підлягає. Замість цього Національне управління охорони здоров'я наглядає за діяльністю медичних установ. Останніми десятиліттями дозвіл на медичну діяльність отримали медичні працівники таких категорій, як техніки-лаборанти, фізіотерапевти, хіропрактики, оптики, виробники хірургічних інструментів і приладів та ін.

Відповідно до прийнятого центральним урядом Закону про ліцензування медичних працівників та медичної діяльності Національне управління охорони здоров'я Данії займається вирішенням питань, пов'язаних з анулюванням ліцензій та обмеженням діяльності медичних працівників. Рішення про остаточне позбавлення ліцензії приймає суд.

Таким чином, система ліцензування медичних працівників в Данії, з одного боку, допомагає захистити медичну професію, а з іншого — забезпечує суспільству і відповідальним органам охорони здоров'я впевненість у тому, що медичні працівники мають відповідну кваліфікацію.

Висновки. Враховуючи досвід Данії в Україні доцільно сформувати інститут персонального професійного ліцензування, що є одним з важливих аспектів самоврядування в медичній сфері.

Необхідним є також розроблення вимог, норм, стандартів та процедури персонального ліцензування медичних працівників. Доцільно розробити та прийняти закон України "Про ліцензування медичних працівників", основною метою якого стане підвищення особистої відповідальності медичних працівників за власні дії.

Таким чином, персональне (індивідуальне) ліцензування медичних працівників – це дієвий механізм відбору непрофесійних кадрів, що в свою чергу є гарантією якості надання медичної допомоги закладами охорони здоров'я.

ДО ПИТАННЯ ОСНОВНИХ ФУНКЦІЙ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Шафранский В. В.

Міністерство охорони здоров'я України, м. Київ, Україна

Мета. Визначити основні функції системи охорони громадського здоров'я України, яка наразі формується у державі.

Матеріали і методи. При виконанні роботи були використані наступні методи: бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу, системного підходу. Матеріалами дослідження стали документа ВООЗ та міжнародні публікації з проблеми організації системи громадського здоров'я.

Результати та обговорення. Узагальнення отриманих даних дозволяє визначити наступні основні функції системи охорони громадського здоров'я для країни: епідеміологічний нагляд та оцінка стану і прогноз здоров'я і благополуччя населення; моніторинг та реагування на загрози для здоров'я та при надзвичайних ситуаціях в області охорони здоров'я; захист здоров'я населення, включаючи забезпечення безпечного навколишнього середовища, праці, продуктів харчування тощо; укріплення здоров'я населення, включаючи вплив на соціальні детермінанти та скорочення нерівності в показниках здоров'я; профілактика хвороб, включаючи раннє виявлення порушень здоров'я; забезпечення

стратегічного керівництва в інтересах здоров'я населення; забезпечення системи охорони громадського здоров'я кваліфікованими кадрами в достатній чисельності; створення організаційних структур системи та їх фінансування; інформаційно-роз'яснювальна діяльність, комунікація та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я населення; сприяння розвитку досліджень в області охорони громадського здоров'я з метою обґрунтування політики та практики ефективної діяльності.

Висновки. Представлені основні функції системи охорони громадського здоров'я, які має виконувати вказана система в Україні.

ПРОБЛЕМИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО ПРОТИДІЇ СТИГМИ ТА ДИСКРИМІНАЦІЇ, ЩО ПОВ'ЯЗАНІ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ/СНІДОМ В УКРАЇНІ

Юрочко Т. П., Дацюк В. В.

Національна академія державного управління при Президентіві України, кафедра управління охороною суспільного здоров'я, м. Київ, Україна

Мета. Дослідження проблем боротьби зі стигмою та дискримінацією, що пов'язані з ВІЛ-інфекцією/СНІДОМ в медичній сфері.

Матеріали і методи. Було використано структурно-функціональний метод.

Результати та обговорення. Захворюваність ВІЛ інфекцією/СНІДОМ зростає з кожним роком у світі, зокрема в Україні. Поряд з проблемами, обумовленими самою хворобою, все більше людей, інфікованих ВІЛ, стикаються із стигматизацією та дискримінацією. Люди, що живуть з ВІЛ потерпають від стигми та дискримінації не тільки у соціальних відносинах, але і у медичній сфері. Причому стигма та дискримінація, що пов'язані з ВІЛ, спричиняється не тільки лікарською діяльністю, але і особливим ставленням середнього медичного персоналу. Так, нерідко, середній медичний персонал, дізнавшись про особливий статус пацієнта, відмовляється виконувати медичні маніпуляції та надавати медичну допомогу ВІЛ-інфікованим. Це може супроводжуватись грубим відношенням, неетичними висловлюваннями в адресу пацієнта. Подібне ставлення до ВІЛ – інфікованих пацієнтів може призвести до ятрогенії аж до самогубства.

Люди, що живуть з ВІЛ, часто залишаються із своєю проблемою наодинці, замикаються у собі, внаслідок чого стають байдужими до навколишнього світу, втрачають зв'язки із соціумом.

До проблеми стигми та дискримінації, що пов'язані з ВІЛ/СНІДОМ в медичних закладах не можна ставитися як до звичайного порушення етичних та деонтологічних норм. Справа в тому, що медичні працівники звичайні люди, яким притаманні всі риси суспільства, членами якого вони є. Саме тому, проблема стигми та дискримінації, що пов'язані з ВІЛ/СНІДОМ повинна розглядатися як проблема державного політики та публічного управління.

Висновки. Проблема стигми та дискримінації, що пов'язані з ВІЛ/СНІДОМ обумовлена, зокрема, відсутністю знань, наявністю міфів щодо ВІЛ, низьким рівнем загальної санітарної культури населення. Також проблема стигми та дискримінації пов'язані з низькою толерантністю соціуму до людей, що живуть з ВІЛ та байдужістю до їх страждань.