

Міністерство охорони здоров'я України  
Національна академія медичних наук України  
Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика



НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ  
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ  
«ОРГАНІЗАЦІЯ І УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ  
ЗДОРОВ'Я 2015»

20-21 жовтня 2015 року

# ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ КОНФЕРЕНЦІЇ



Київ  
ВЦ «КиївЕкспоПлаза»



## НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ «ОРГАНІЗАЦІЯ І УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я 2015»

### Організатори:



Національна академія  
медичних наук України



НМАПО імені П. Л. Шупика



Компанія LMT

### **ДЯКУЄМО ЗА ОРГАНІЗАЦІЮ, АКТИВНУ УЧАСТЬ ТА ДОПОМОГУ У СТВОРЕННІ НОВОГО ПРОФЕСІЙНОГО МАЙДАНЧИКА ДЛЯ КЕРІВНИКІВ ГАЛУЗИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ!**

#### **ЗА ОФІЦІЙНУ ПІДТРИМКУ:**

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

#### **ЗА ПІДТРИМКУ:**

- Посольству Малайзії в Україні
- Відділу Сприяння Торгівлі та Інвестиціям Посольство Республіки Польща в Україні
- Посольству Угорщини
- Бізнес Франс Україна При Посольстві Франції в Україні
- Корейській Агенції сприяння торгівлі та інвестиціям (KOTRA Київ)
- Асоціації Компаній Медичного туризму в Ізраїлі
- Фундації «Відкритий діалог» (Польща)
- Польському Бізнес Центру
- Академії MBA International

#### **СПІВОРГАНІЗАТОРАМ:**

- Кафедри суспільного здоров'я Національної академії державного управління при Президентіві України
- ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»
- Українському центру наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи МОЗ України
- Редакції журналу «Практика управління медичним закладом»
- Асоціації Лікарів Медичного Туризму

#### **ЗА АКТИВНУ УЧАСТЬ:**

- Громадській організації «Всеукраїнська асоціація головних лікарів»
- Державній науковій установі «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного Управління Справами
- Державному медичному центру сертифікації МОЗ України
- Кафедри організації і управління охороною здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького
- Кафедри громадського здоров'я Ужгородського національного університету



**БІЗНЕС-ПАРТНЕРАМ:**



**ІНФОРМАЦІЙНИМ ПАРТНЕРАМ:**





## ЗМІСТ:

Офіційні привітання .....	4
Програма науково-практичної конференції з міжнародною участю «Організація і управління охороною здоров'я 2015» .....	20
Програма семінару «Державна медицина: реалії практики» .....	21
Програма міжнародної секції «Медицина і державне регулювання – міжнародний досвід» .....	22
Програма відкритого засідання Громадської ради при Міністерстві охорони здоров'я України .....	23
Тези доповідей .....	23



### **ШАНОВНІ ВИСОКОПОВАЖНІ ОРГАНІЗАТОРИ ТА УЧАСНИКИ КОНФЕРЕНЦІЇ!**

**Вітаю Вас з початком роботи знакової події — науково-практичної конференції з міжнародною участю «Організація і управління охороною здоров'я 2015»!**

Сьогодні галузь охорони здоров'я незалежної України вперше за час свого становлення та розвитку нарешті виходить на шлях здорового глузду і реальних реформ. Зараз закладається підґрунтя для майбутніх перетворень, що нерозривно пов'язані з автономізацією медичних установ, розширенням повноважень головних лікарів.

У процесі розбудови державна політика в галузі охорони здоров'я має бути рішучою і дієвою. Саме виходячи з цих міркувань ми з колегами розробили Програму реформування вітчизняної медицини «25 кроків», яка спрямована на вдосконалення медичного обслуговування, забезпечення прозорості діяльності регулюючих органів та медичних закладів, захист інтересів медичного персоналу та пацієнтів. Зрозуміло, що реорганізація галузі охорони здоров'я з одного боку покладе величезну відповідальність на керівників медичних закладів, а з іншого — надасть більше свободи, поставить надійні перепони на шляху корупції та дозволить побудувати процес управління з використанням кращої світової практики.

І сьогоднішня конференція — чудова нагода для дискусії в колі колег. Це можливість почути один одного і спільно опрацювати вектор розвитку української медицини. Кращі доповідачі-практики представлять нові підходи до здійснення інноваційного менеджменту медичного закладу. І все це озброїть кожного з нас новою інформацією і допоможе знайти відповіді на професійні питання.

Переконана, що конференція надасть учасникам наснаги, а медичній галузі України — новий імпульс для розвитку. Адже в сьогоднішніх умовах дефіциту ресурсів у держави рушійною силою реформування є якісне управління і кваліфікація управлінських кадрів.

**О. В. Богомолець,**

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



### **ШАНОВНІ ОРГАНІЗАТОРИ, ГОСТІ ТА УЧАСНИКИ КОНФЕРЕНЦІЇ!**

Від імені Міністерства охорони здоров'я України та від себе особисто щиро вітаю вас з початком роботи науково-практичної конференції з міжнародною участю «Організація і управління охороною здоров'я 2015»!

У цій залі зібралися представники передової частини галузі, спільна мета яких — забезпечення ефективного розвитку та реформування системи охорони здоров'я задля поліпшення якості життя та медичного обслуговування населення. Зробити це не можливо без поєднання зусиль держави, науки та бізнесу, без залучення міжнародного досвіду.

Сьогодні Україна має реальні шанси на успішне реформування системи охорони здоров'я, але для цього потрібні дві речі: експертне знання про те, які реформи необхідно провести, і сильна політична воля, щоб протистояти реакції могутніх гравців, чий інтереси будуть ущемлені цими реформами. Ефективне реформування можливе лише за умови подальшого вдосконалення законодавства, чіткої та скоординованої взаємодії усіх гілок влади. Не менш важливою є інформаційна політика у системі охорони здоров'я.

Тож конструктивний діалог та обмін досягненнями є вкрай важливими кроками на шляху розвитку галузі охорони здоров'я України. Для формування цілісного бачення реформи вітчизняної системи охорони здоров'я, визначення стратегії й підходів до її реалізації необхідна відкрита дискусія, результатом якої має стати вироблення погоджених рішень.

Бажаю учасникам конференції плідної роботи, невичерпного натхнення та нових здобутків!

**О. С. Павленко,**

*Перший заступник Міністра охорони здоров'я*



**ВЕЛЬМИШАНОВНІ КОЛЕГИ, УЧАСНИКИ ТА ГОСТІ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ!**

Від імені Національної академії медичних наук України радо вітаю Вас із відкриттям науково-практичної конференції з міжнародною участю «Організація і управління охороною здоров'я 2015»!

Конференція має всі підстави стати комунікаційною, інформаційною та освітньою платформою для управлінців у системі охорони здоров'я і тим самим стимулювати процес реформ та трансформації в країні.

В свою чергу реформування галузі передбачає здійснення заходів, спрямованих передовсім на здійснення інноваційної і кадрової політики.

Впродовж 2-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, спеціалізовані виставки. Це чудова нагода для обміну досвідом та думками з актуальних питань сьогодення: управління медичними закладами, системи фінансування, галузеві стандарти та багато інших.

На превеликий жаль, все міцнішає для нашої країни сумний зв'язок двох медичних тематик — мирної та військової. Тим важливішим стає якнайшвидше створення ефективної системи управління у медичних закладах.

Особливо нині, коли країна протистоїть зовнішній агресії, людські та фахові якості керівників медицини набувають своєї глибинної значущості.

У сучасних умовах, за наявності широкого спектра науково-теоретичних підходів до формування дієвої системи державного управління, увага науковців в основному має бути сконцентрована на дослідженні теоретичних та методологічних основ підготовки управлінських рішень, забезпеченню достатньої комплексності досліджень системних аспектів державного регулювання галуззю охорони здоров'я України, моделей її розвитку, причин і факторів, що детермінують рівень і структуру здоров'я суспільства.

Впевнений, саме завдяки подібним заходам збільшиться експертне середовище фахівців, здатних втілювати зміни в системі охорони здоров'я в Україні.

Бажаю вам наснаги, продуктивності, вдалих партнерських зустрічей та плідної співпраці!

В добрий час, шановні управлінці й науковці!

**А. М. Сердюк,**

*Президент Національної академії медичних наук України,  
академік НАМН України*



**ШАНОВНІ УЧАСНИКИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ З МІЖНАРОДНОЮ  
УЧАСТЮ «ОРГАНІЗАЦІЯ І УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я 2015»!**

Від імені організаторів заходу — Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика вітаю Вас із відкриттям цієї значної події.

Динамічний розвиток вітчизняної галузі охорони здоров'я, впровадження у практику надання медичної допомоги нових економічних механізмів господарювання, фінансування, вдосконалення законодавчої бази, майбутній перехід до медичного страхування, вимагає від керівників сфери охорони здоров'я досвідченості, гнучкості мислення та постійного підвищення рівня професійної підготовки.

Сьогоднішня присутність управлінців галуззю охорони здоров'я на конференції переконливо свідчить, що в Україні є необхідні кадри — пасіонарії, які систематично працюють над вдосконаленням своїх теоретичних знань, практичних організаційних навичок, здатні генерувати ідеї і не бояться змін.

Для делегатів фахівці кафедри управління охороною здоров'я і кафедри медичної статистики НМАПО ім. П. Л. Шупика представлять доповіді, присвячені перспективі управління медичною допомогою, теоріям систем та практиці їх застосування в галузі охорони здоров'я, підготовці кадрів і вимогам до управлінського персоналу, управлінню ризиками в медичному закладі.

Представлені розробки фахівців кафедр академії спрямовані на зростання професійної майстерності керівників закладів охорони здоров'я та покликані допомогти вдосконалити практику управління якістю надання медичної допомоги населенню України.

Впевнений, що змістовні дискусії та всі конструктивні пропозиції будуть затребувані на практиці.

Бажаю всім піднесеного настрою, плідної праці та, звичайно, міцного здоров'я!

**Ю. В. Вороненко,**

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





**ШАНОВНІ УЧАСНИКИ КОНФЕРЕНЦІЇ, ПАНІ ТА ПАНОВЕ!**

**Від імені колективу Національної академії державного управління при Президентові України щиро вітаю всіх учасників науково-практичної конференції.**

Висловлюю щире подяку організаторам такого поважного науково-практичного заходу за надану можливість обмінятися результатами наукових досліджень, практичним досвідом, інноваціями, стратегічним баченням державної політики в сфері охорони здоров'я в Україні.

І це закономірно, адже Національна академія створює основу основ державного управління — підготовку висококваліфікованих управлінських кадрів. Адже саме від кваліфікації управлінської ланки залежить успішність-неуспішність реалізації змін, у тому числі й у сфері охорони здоров'я.

Хотів би зазначити, що процес змін у будь-якій галузі є тривалим і болючим. І цей процес потребує не просто декларування рішень, а вимагає виваженого підходу, серйозного фахового обговорення. А тим більше, коли це стосується такої важливої галузі, як медицина, з якою людина стикається впродовж всього життя.

Сподіваюсь, що завдяки спільним зусиллям вітчизняних та зарубіжних науковців, представників органів влади, інших організацій та громадськості ми зможемо здійснити ґрунтовний аналіз стану системи охорони здоров'я України, з'ясувати проблемні питання та запропонувати науково-практичні рекомендації і дієві державно-управлінські механізми щодо забезпечення ефективної діяльності системи охорони здоров'я в Україні.

Національна академія завжди відкрита до співпраці, до обговорення актуальних питань, які постають перед українським суспільством, до обміну кращим досвідом із нашими вітчизняними й міжнародними партнерами задля сприяння впровадженню європейського та світового досвіду в Україні.

З огляду на це я ще раз радий вітати усіх учасників дискусії. Сподіваюся, сьогоднішня зустріч буде плідною і сприятиме подальшим науковим дослідженням щодо побудови ефективної системи охорони здоров'я в Україні.

**Ю. В. Ковбасюк,**

*Президент Національної академії державного управління при Президентові України, доктор наук з державного управління, професор, заслужений економіст України*



### **ШАНОВНІ УЧАСНИКИ КОНФЕРЕНЦІЇ!**

Вітаю Вас із відкриттям науково-практичної конференції з міжнародною участю «Організація і управління охороною здоров'я 2015»!

Українці вибороли право на чесну та прозору медицину. Так, фахівців галузі охорони здоров'я загартовують обставини. Утім, попри непросту ситуацію, ми проходимо всі випробування з гідністю і вже заклали фундамент майбутніх перетворень у практиці надання медичної допомоги.

Наше майбутнє — це зміна правового статусу закладів охорони здоров'я та надання їм автономії в управлінні. Інноваційні методи управління, збільшення кількості мотивованих кадрів охорони здоров'я, відкритий діалог з органами влади — рушійні фактори нової реформи галузі охорони здоров'я, що стартує у Києві.

Завжди будуть прихильники і противники змін. Такі просвітницькі заходи, як ця конференція, надають можливість обговорити переваги та уникнути помилок під час перехідного періоду реформування медицини.

Конференція покликана створити майданчик для взаєморозуміння, спілкування, обміну досвідом, ідеями, розробки спільних програм для реалізації вектору розвитку держави у галузі охорони здоров'я.

Бажаю всім учасникам заходу міцного здоров'я, сили духу та з користю для себе і країни провести час на конференції.

***М. Б. Радучкий,***

*Заступник голови Київської міської державної адміністрації*



**ШАНОВНА МЕДИЧНА СПІЛЬНОТО!  
ШАНОВНІ КЕРІВНИКИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я!**

**Громадська організація «Всеукраїнська Асоціація Головних Лікарів» вітає Вас на науково-практичній конференції з міжнародною участю «Організація і управління охороною здоров'я 2015»!**

Медична допомога була, є і залишається визначальним соціальним чинником, тією ланкою держави, яка завжди має відповідати вимогам часу.

Зараз медицина має ресурсний потенціал, щоб зрушити з місця та побудувати систему охорони здоров'я, яка базуватиметься на гідній оплаті праці медичного персоналу та довірі пацієнтів до лікарів.

На сучасному перехідному етапі розбудова вітчизняної медицини залежатиме від державної політики та досвідчених керівних кадрів охорони здоров'я.

Конференція «Організація і управління охороною здоров'я 2015» є важливим заходом, який об'єднує представників органів влади, управлінців охорони здоров'я задля ефективного діалогу, вироблення спільних стратегій і дієвих схем впровадження нових фінансово-економічних та організаційно-правових механізмів у практику управління медичним закладом.

Переконаний, що участь у конференції керівників галузі охорони здоров'я, які щодня приймають безліч управлінських рішень, дозволить їм підвищити свою кваліфікацію, обмінятися досвідом і надалі застосувати на практиці отримані знання та набуті навички.

**Д. Д. Дячук,**

*Голова Громадської організації «Всеукраїнська Асоціація Головних Лікарів»*



### **ВЕЛЬМИШАНОВНІ КОЛЕГИ!**

Від імені Українського центру наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи Міністерства охорони здоров'я України вітаю Вас з початком роботи науково-практичної конференції з міжнародною участю «Організація і управління охороною здоров'я 2015»!

Форуми керівників сфери охорони здоров'я відіграють надзвичайно важливу роль у впровадженні принципово нових методів управління медичними закладами, установами та підприємствами. Результативність таких заходів на пряму залежить від оприлюднених досягнень у модернізації системи управління та використанні конкурентоспроможних інноваційних підходів до організації лікувального процесу.

Конференція «Організація і управління охороною здоров'я 2015» — це впевнений крок на шляху підготовки керівників та менеджерів медицини нової формації, які затребувані на всіх рівнях управління сферою охорони здоров'я.

У рамках заходу будуть оприлюднені результати завершених наукових досліджень, що мали на меті вирішення актуальних проблем адміністрування медичного закладу та державного менеджменту. Представлені результати стануть підґрунтям та науковою базою для подальшого прийняття управлінських рішень і достовірним прогнозуванням очікуваних результатів.

Тож бажаю всім плідної роботи, успіхів та професійного єднання заради підвищення якості та доступності медичної допомоги населенню України!

**А. Є. Горбань,**

*Директор Українського центру наукової медичної інформації  
та патентно-ліцензійної роботи Міністерства охорони здоров'я України*



**ПРИВІТАННЯ УЧАСНИКАМ МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ  
КОНФЕРЕНЦІЇ «ОРГАНІЗАЦІЯ І УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я»**

Рівень охорони здоров'я — це барометр політичного та соціального розвитку будь-якої країни.

Нині галузь охорони здоров'я, як і інші сфери в країні, переживає важкі часи.

Перед нами постав виклик — не лише зберегти наявну систему охорони здоров'я, але й закласти фундамент для формування нової системи, комфортної як для пацієнтів, так і для медичних працівників.

Для цього необхідно забути на певний час про корпоративні інтереси та переосмислити роботу минулих років, узагальнити ідеї, які вже довго обговорюються професійною спільнотою, критично оцінити абсолютно нові продуктивні ідеї щодо подальшого розвитку системи охорони здоров'я.

Впевнена, що конференція ініціює розробку нових, адекватних історичному моменту підходів до вдосконалення національної системи охорони здоров'я та стане стимулом для формування інноваційних механізмів управління галуззю.

Бажаю всім учасникам конференції «Організація і управління охороною здоров'я» плідної роботи на благо української охорони здоров'я.

***В. М. Лехан,***

*головний позаштатний спеціаліст з охорони здоров'я МОЗ України,  
завідувач кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я  
Дніпропетровської медичної академії, д. мед. н., проф.*



### **ШАНОВНІ КОЛЕГИ!**

Медичний науково-практичний форум — це значущий момент у житті науковця, лікаря, педагога. А назва нашої конференції 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.

Щирі вітання Вам від учасників конференції «Громадське здоров'я: наука та мистецтво», яка у вересні відбулася у місті Львові.

**О. В. Любінець,**

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



### **ШАНОВНІ УЧАСНИКИ КОНФЕРЕНЦІЇ!**

Нині як перед медичною, так і перед пацієнтською спільнотою постали серйозні виклики у сфері модернізації системи охорони здоров'я України.

Шлях до побудови нової сучасної охорони здоров'я вимагає від нас консолідації зусиль, прийняття виважених рішень, впровадження сучасних світових стандартів і технологій.

Саме прагнення до міжнародної співпраці, підтримка з боку іноземних колег і науковців, а також наша ментальна працелюбність і витримка можуть стати вирішальними в реорганізації вітчизняної медичної галузі.

Я переконаний, що процес реформування можливий тільки, якщо в ньому братимуть участь усі сторони: держава, медична та пацієнтська спільноти. Так, відсутність тристоронньої комунікації є істотною перешкодою на шляху до змін і реформ.

Маю честь бути учасником цієї конференції та хочу побажати всім іншим учасникам плідної співпраці, обміну професійним досвідом і отримання нових корисних знань.

Наша спільна робота має бути спрямована на позитивний результат.

Усім удачі та взаємної підтримки!

***М. М. Іонов,***

*Голова Громадської Ради при МОЗ України,*

*лікар Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф міста Києва*



### **ШАНОВНІ УЧАСНИКИ КОНФЕРЕНЦІЇ!**

Здоров'я є одним із ключових факторів економічного та соціального розвитку держави та має важливе значення в житті кожного з нас.

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 конференції, знайдуть оптимальні рішення для поліпшення здоров'я українців.

Бажаю учасникам міжнародної конференції «Організація і управління охороною здоров'я» ефективної праці, результати якої сприятимуть підвищенню рівня охорони здоров'я в Україні.

***Г. О. Слабкий,***

*Голова проблемної комісії МОЗ та НАМН України за спеціальністю «Соціальна медицина», завідувач кафедри громадського здоров'я Ужгородського національного університету, д. мед. н., проф.*





### **ШАНОВНІ ДРУЗИ!**

Перш за все я хочу привітати організаторів наукової конференції «Організація і управління охороною здоров'я 2015». Це велика честь для Посольства Малайзії в Україні бути запрошеними на цю конференцію.

В останні роки галузь охорони здоров'я в глобальному масштабі швидко розвивалася у зв'язку зі змінами способу життя і підвищенням свідомості людей у питаннях турботи про здоров'я. Це призвело до буму в індустрії медичного туризму, в тому числі і в Малайзії.

Малайзія — це країна, яка відома в світі своїми медичними закладами, якісними послугами, програмами охорони здоров'я, що задовольняють потреби людей, які дбають про своє здоров'я.

У зв'язку з цим, я запрошую вас відкрити для себе відмінну медичну допомогу та справжню гостинність Малайзії.

Я вважаю, що ця конференція є гарною платформою для поєднання ідей, налагодження тіснішої співпраці і зміцнення партнерських стосунків з метою підвищення якості послуг охорони здоров'я.

Наостанок, бажаю успіхів конференції «Організація і управління охороною здоров'я 2015».

**Пан Чуа Теонг Бан,**

*Надзвичайний і Повноважний Посол Малайзії в Україні*



### **ШАНОВНІ ГОСТІ, УЧАСНИКИ ТА ОРГАНІЗАТОРИ КОНФЕРЕНЦІЇ «ОРГАНІЗАЦІЯ ТА УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ 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 спостерігати за розвитком реформування систем охорони здоров'я різних країн, за переходом до страхової медицини та впровадженням європейських стандартів у підході до процесу лікування та маємо побудувати власну модель управління в охороні здоров'я, враховуючи багатий досвід країн-сусідів. Для цього ми з партнерами проведемо наш спільний захід «Медицина і державне управління — міжнародний досвід», який, сподіваємося, зробить свій вклад у загальне розуміння процесу реформування системи охорони здоров'я, враховуючи різні моделі та досвід закордонних колег.

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 ця Конференція 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!

***І. В. Дашенко,***

*Віце-президент Асоціації Лікарів Медичного Туризму*



### **ШАНОВНІ КОЛЕГИ!**

Вже сьомий рік поспіль компанія LMT на виставках і Форумах збирає фахівців охорони здоров'я, демонструючи досягнення сучасної медицини та спонукаючи працівників галузі до розвитку та вдосконалення. Вперше на одному майданчику виставкового комплексу Форуму 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 2015» та «ПРИВАТНА МЕДИЦИНА: РЕАЛІЇ ПРАКТИКИ», на яких виступлять представники регуляторних органів, провідні спеціалісти-управлінці державної та приватної медицини, відомі юристи та іноземні колеги.

Це дійсно унікальна можливість для аналізу нинішньої ситуації, обміну досвідом і пошуку ефективної взаємодії двох напрямів розвитку української медицини. І звичайно ж, проведення таких заходів особливо актуальне в світлі сучасних тенденцій розвитку і реформування вітчизняної охорони здоров'я.

Спеціалізовані семінари, професійні школи та круглі столи у рамках конференцій 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 не прогавте шанс зробити свій внесок у майбутнє вітчизняної охорони здоров'я.

**A. V. Kizim,**

головний редактор журналів «Практика управління медичним закладом»,  
«Журнал заступника головного лікаря», «Журнал головної медичної сестри»



#### **ШАНОВНІ ПАРТНЕРИ, УЧАСНИКИ ТА ГОСТІ!**

**Від імені Компанії LMT вітаю Вас із відкриттям цілого комплексу вагомих подій галузі охорони здоров'я — науково-практичної конференції з міжнародною участю «Організація і управління охороною здоров'я», Українського конгресу «Приватна медицина», науково-практичної програми «Дні лабораторної медицини» та Всеукраїнської школи ультразвукової і функціональної діагностики!**

Насамперед, хочу висловити подяку всім тим, хто незважаючи на непросту ситуацію в країні, продовжує наполегливо працювати та сприяє розвитку галузі охорони здоров'я!

Показником значущості та запорукою успіху конференції «Організація і управління охороною здоров'я» є його організаторський склад та офіційна підтримка. Разом ми створили платформу для вирішення непростих завдань, що постали перед керівниками медичних закладів в умовах трансформації медичної галузі України.

Інший наш значущий проект — Український конгрес «Приватна медицина» трансформувався у масштабну подію після низки затребуваних заходів для фахівців ринку приватної медицини, організованих нами за минулі роки.

Сьогодні на топ-менеджерів приватних медичних закладів чекають сім тематичних заходів та секцій. Власники та провідні спеціалісти великих медичних мереж, юридичних, маркетингових, консалтингових компаній поділяться своїм досвідом, представлять маркетингові стратегії, практичні кейси, нададуть фахові консультації, розкажуть про останні законодавчі ініціативи, тенденції юридичного супроводу, кадрового забезпечення, взаємодії зі страховими компаніями.

Традиційно ми проводимо осінній цикл заходів для фахівців з лабораторної медицини — науково-практичну програму «Дні лабораторної медицини», а також запрошуємо спеціалістів з ультразвукової і функціональної діагностики відвідати Всеукраїнську школу ультразвукової і функціональної діагностики.

У рамках експозиційної частини керівники державних та приватних медичних установ можуть обрати потенційних постачальників медичного обладнання, товарів медичного призначення, лікарських препаратів. Фахівці на стендах компаній отримають фахові технічні консультації з роботи на діючому обладнанні.

Висловлюю всім однодумцям свою повагу та зичу наснаги в роботі. Переконаний, що наша співпраця буде результативною та внесе свій внесок у розвиток галузі охорони здоров'я України.

В майбутнє віримо разом!

**В. Ю. Ткаченко,**  
*Генеральний директор Компанії LMT*



# Організація і управління охороною здоров'я

20–21 жовтня 2015 року, м. Київ, ВЦ «КиївЕкспоПлаза»

## НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ «ОРГАНІЗАЦІЯ І УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я 2015»

**20 жовтня, вівторок (10.00–17.15)**  
**Конференц-зал №3**

### ПРОГРАМА

**10.00–10.30**

#### **Офіційне відкриття конференції**

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

**10.30–10.50**

#### **Державна політика в охороні здоров'я**

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

**10.50–11.10**

#### **Інноваційний менеджмент в охороні здоров'я: глобальні тенденції та національний вибір**

Доповідач: **Гульчій О. П.**, д.м.н., проф., начальник науково-координаційного управління НАМН України

**11.10–11.30**

#### **Перспективи управління медичною допомогою**

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

**11.30–11.50**

#### **Модернізація системи управління інноваційною діяльністю в сфері охорони здоров'я**

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

**11.50–12.10**

#### **Уроки реформи охорони здоров'я в Україні: досягнення, невирішені питання, ризики, проблеми**

Доповідачі:

**Слабкий Г. О.**, д.м.н., професор, завідувач кафедри громадського здоров'я Ужгородського національного університету;

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

**12.10–12.30**

#### **Підготовка кадрів та вимоги до управлінського персоналу в охороні здоров'я**

Доповідач: **Латишев Є. Є.**, д.м.н, професор кафедри управління охороною здоров'я НМАПО ім. П. Л. Шупика

**12.30–12.45 Перерва**

**12.45–13.00**

#### **Теорії систем та практика їх застосування в охороні здоров'я**

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

**13.00–13.20**

#### **Єдиний медичний простір держави**

Доповідач: **Мельник П. С.**, д.м.н., Заслужений лікар України, в.о. директора ДУ «Інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

**13.20–13.45**

#### **Система фінансування охорони здоров'я України: реформи і світові тенденції**

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

**13.45–14.05**

#### **Створення системи управління якістю у закладі відповідно до міжнародних стандартів**



Доповідачі:

**Круть А. Г.**, директор Державного медичного центру сертифікації МОЗ України;

**Глухова О. І.**, провідний аудитор Державного медичного центру сертифікації МОЗ України

#### 14.05–15.00 Перерва

#### 15.00–15.20

**Управління ризиками в закладі охорони здоров'я**

Доповідач: **Горачук В. В.**, д.м.н., доцент кафедри управління охороною здоров'я НМАПО ім. П. Л. Шупика

#### 15.20–15.40

**Стандартизація медичних технологій**

Доповідач: **Ліщишина О. М.**, директор Департаменту стандартизації медичних послуг ДП «Державний експертний центр МОЗ України»

#### 15.40–16.00

**Роль та розвиток галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я**

Доповідач: **Степаненко А. В.**, д.м.н., професор кафедри медичного забезпечення збройних сил, Українська військово-медична академія

#### 16.00–16.15 Перерва

#### 16.15–16.30

**Проблемні питання застосування антикорупційного законодавства у сфері охорони здоров'я**

Доповідачі:

**Любінець О. В.**, д.м.н., проф., завідувач кафедри організації і управління охороною здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького;

**Олійник А. М.**, старший викладач кафедри організації і управління охороною здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, завідувач відділу правової роботи та соціального захисту Львівської обласної організації профспілки працівників охорони здоров'я України

#### 16.30–16.45

**Проблеми сертифікації систем управління якістю закладів охорони здоров'я на відповідність вимогам стандарту ISO 9001 та ДСТУ ISO 9001**

Доповідачі:

**Круть А. Г.**, директор Державного медичного центру сертифікації МОЗ України;

**Котуза А. С.**, д.м.н., проф., головний аудитор Державного медичного центру сертифікації МОЗ України

#### 16.45–17.00

**Документована інформація в системі забезпечення безпеки пацієнта та медичного персоналу у закладі охорони здоров'я**

Доповідач: **Строкань А. М.**, Клінічна лікарня «Феофанія» Державного управління справами, м. Київ, Україна

#### 17.00–17.15

**Тимчасові функціональні об'єднання закладів охорони здоров'я у медичному забезпеченні населення і військ під час проведення АТО**

Доповідач: **Бадюк М. І.**, д.м.н., професор, начальник кафедри організації медичного забезпечення Української військово-медичної академії

Співдоповідачі: **Жаховський В. О.**, к.н. держ. упр., доцент, **Лівінський В. Г.**, Науково-дослідний інститут Української військово-медичної академії

### СЕМІНАР «ДЕРЖАВНА МЕДИЦИНА: РЕАЛІЇ ПРАКТИКИ»

21 жовтня, середа (10.30–13.40)

Конференц-зал №3

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

### ПРОГРАМА

#### 10.30–11.00

**Державно-приватне партнерство в контексті реформи системи охорони здоров'я. Обговорення громадськістю**

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

#### 11.00–11.30

**Коли медицина в Україні зможе скористатися перевагами державно-приватного партнерства**



Доповідач: **Ірина Селіванова**, радник юридичної фірми ILF, канд. юр. наук

**11.30–12.10**

**Нові ліцензійні умови провадження медичної практики: що треба знати керівнику**

Доповідач: **Олена Беденко-Зваридчук**, директор юридичної компанії «МедАдвокат», керівник проекту «103-law.org.ua», голова комітету з медичного права АПУ

**12.10–12.40**

**Господарсько-розрахункове відділення в державному медичному закладі**

Доповідач: **Анна Меленко**, партнер юридичної компанії MaSLegalGroup

**12.40–13.10**

**Автономізація медичних закладів: від феодалізму до свободи**

Доповідач: **Олена Хитрова**, керівник практики медицина та фармація Юридичної фірми ILF

**13.10–13.40**

**Технологія розбудови успішних взаємовідносин між державними закладами охорони здоров'я та страховими організаціями**

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

**МІЖНАРОДНА СЕКЦІЯ:  
«МЕДИЦИНА І ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ —  
МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД»**

**21 жовтня (14.30–18.00)**

**Конференц-зал №3**

**Організатори:** Асоціація Лікарів Медичного Туризму, компанія LMT

**Партнери:** Українська Асоціація Медичного Туризму, журнал DOCTOR GEO, журнал PROMedicine

**За підтримки:** Посольства Малайзії в Україні, Відділу Сприяння Торгівлі та Інвестиціям Посольство Республіки Польща в Україні, Посольства Угорщини, Посольства Франції в Україні, Корейської Агенції сприяння торгівлі та інвестиціям (KOTRA Київ), Ізраїльської Асоціації Компаній Медичного туризму, Фондації «Відкритий діалог» (Польща), Академії MBA International та інших

Модератор: **Інна Дашенко**, віце-президент Асоціації Лікарів Медичного Туризму

## ПРОГРАМА

**14.30–14.50**

**Охорона здоров'я в Малайзії — від локального до глобального**

Доповідач: **Чуа Теонг Бан**, Надзвичайний і Повноважний Посол Малайзії в Україні

**14.50–15.05**

**Система охорони здоров'я у Франції: основні параметри та виклики системи**

Доповідач: **Алексі Струве**, директор Бізнес Франс Україна, Посольство Франції в Україні

**15.05–15.15**

**Досвід Польщі в державному управлінні медициною та переходу на страхову медицину**

Доповідач: **Бартош Крамек**, Директор Фондації «Відкритий діалог» (Польща)

**15.15–15.30**

**Розвиток медичного закладу завдяки медичному туризму: досвід Польщі**

Доповідач: **Бартош Фурман**, директор Польського Бізнес Центру

**15.30–15.45**

**Державне регулювання та фінансування охорони здоров'я в Угорщині**

Доповідач: **Світлана Кабиш**, Керівник Інформаційного бюро «Угорщина-туризм», Посольство Угорської Республіки

**15.45–16.00**

**Медицина і державне регулювання: досвід Ізраїлю**

Доповідач: **Олег Шульман**, Президент Асоціації компаній Медичного туризму в Ізраїлі

**16.00–16.10**

**Соціальна та економічна ефективність в сфері охорони здоров'я країн ЄС та України**

Доповідач: **Олександр Корнійчук**, кандидат економічних наук, старший науковий співробітник Інституту демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України



**16.10–16.25**

**Світовий досвід державного регулювання в медицині на прикладі Великобританії, Хорватії, Угорщини, Польщі, Туреччини, Латвії, Непалу, Південної Кореї, Індії, США тощо**  
Доповідач: **Інна Дащенко**, віце-президент Асоціації Лікарів Медичного Туризму

**16.25–16.40**

**Досвід сертифікації систем управління якістю закладів охорони здоров'я міжнародним органом сертифікації «QualityAustria»**  
Доповідач: **Ольга Глухова**, провідний аудитор органу з сертифікації «QualityAustria» ISO 9001, канд. хім. наук

**16.40–16.55**

**Управлінська результативність керівника медичного закладу згідно з міжнародними стандартами**  
Доповідач: **Тетяна Ревуцька**, засновник міжнародної групи компаній ANTARES Group, директор Академії MBA INTERNATIONAL

**16.55–17.10**

**Навчання лікарів і реформування системи охорони здоров'я: досвід інших країн**  
Доповідач: **Дарина Чудутова**, головний редактор журналу PROMedicine

**17.10–18.00**

**Підбиття підсумків. Видання сертифікатів**

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

**20 жовтня (12.30–15.00)**

Організатор: **Громадська рада** при Міністерстві охорони здоров'я України  
Модератор: **Максим Іонов**, Голова Громадської ради при МОЗ України

**ПРОГРАМА**

- Звіт голови Громадської ради при МОЗ України
- Результати роботи комітетів Громадської ради

- Законодавчі ініціативи з питань реформування охорони здоров'я
- Відповіді на запитання

**ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ**

**ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА З ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ: ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ В УМОВАХ СИСТЕМНИХ ЗМІН**

**Князевич В. М., Авраменко Т. П.**

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

Розвиток України як демократичної держави, трансформації в суспільстві потребують формування нової концепції державного управління усіх сфер діяльності країни. Основною метою при цьому є досягнення європейських стандартів життя.

**Мета.** Провести аналіз державної політики з охорони здоров'я в умовах системних змін в Україні, окреслити основні її проблеми та визначити шляхи їхнього вирішення.

**Матеріали і методи.** У роботі використано й узагальнено матеріали наукових досліджень кафедри управління охороною суспільного здоров'я. Для реалізації мети використовувалися системний підхід і комплекс загальнонаукових методів дослідження.

**Результати та обговорення.** Згідно зі статтями 3 та 49 Конституції України, життя і здоров'я людини є найвищими соціальними цінностями держави, і кожний громадянин України має право на охорону здоров'я та медичну допомогу. Тому державна політика щодо збереження даного стратегічного показника є вкрай актуальною і важливою. Не даремно охорону здоров'я та створення умов для здорового способу життя було визнано державами, які підписали Алма-Атинську декларацію у 1978 р., найважливішим всесвітнім соціальним завданням, для виконання якого необхідні спільні зусилля багатьох соціальних і економічних секторів суспільства в додаток до медичного сектору. Відповідно, для збереження і покращення такого важливого показника, як здоров'я населення, потрібно прийняття міжсекторальних і міжвідомчих рішень на національному та місцевому рівні. При цьому головну роль у формуванні соціального та фізичного середовища, що сприяє поліпшенню здо-





ров'я і якості життя, повинна відігравати саме державна політика.

Наразі в Україні, коли мова йде про політику охорони здоров'я, навіть на найвищому рівні говорять лише про медичну галузь: недосконалість її діяльності та необхідність реформування. Це, на нашу думку, є однією із основних причин неефективності вітчизняної державної політики з охорони здоров'я населення що підтверджується негативною динамікою медико-демографічних показників.

Однією з причин вказаної ситуації є відсутність у державі стратегії збереження здоров'я нації, яка лише на 10-15% залежить від стану системи охорони здоров'я.

Сфера охорони здоров'я в Україні потребує невідкладного комплексного реформування і вироблення власної, адаптованої до історичних, політичних, економічних, демографічних, географічних тощо умов моделі вітчизняної охорони здоров'я.

**Висновки.** Таким чином, проведений аналіз державної політики з охорони здоров'я в умовах системних змін в Україні, показав, що сьогодні питання збереження здоров'я населення — це питання, які стосуються не лише медичної сфери, а усіх, без виключення, політик, сфер суспільного життя. Лише скоординована міжвідомча та між секторальна взаємодія дозволить зберегти один із найважливіших стратегічних показників — здоров'я населення. При цьому державна політика з охорони здоров'я повинна вирішувати два найважливіші завдання: удосконалення діяльності власне системою охорони здоров'я і забезпечення координацію спільних дій сектора охорони здоров'я та інших секторів суспільної діяльності, державних і приватних структур та громадян в ім'я спільних інтересів — те, що позначається терміном «стратегічне керівництво в інтересах здоров'я» (governance for health).

## ІННОВАЦІЙНИЙ МЕНЕДЖМЕНТ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я: ГЛОБАЛЬНІ ТЕНДЕНЦІЇ ТА НАЦІОНАЛЬНИЙ ВИБІР

**Гульчій О. П.**

*Національна академія медичних наук України,  
м. Київ, Україна*

Розвиток системи охорони здоров'я неможливий без інновацій. Медицина – це динамічна сфера,

яка торкається інтересів всього суспільства, тому значущість менеджменту інноваціями посилюється через підвищені очікування населення.

**Мета.** Аналіз тенденцій у світових процесах становлення інноваційного менеджменту і визначення вітчизняних пріоритетів.

**Матеріали і методи.** Теоретичні (аналіз та узагальнення, систематизація, моделювання); емпіричні (обсерваційні, експертних оцінок).

**Результати та обговорення.** Існує багато визначень понять «інновації» та «інноваційний менеджмент». Одне з найбільш прийнятних належить Девіду Бодді: інновація — це процес перетворення креативної ідеї в корисний продукт, послугу чи метод. В охороні здоров'я інновації мають сприяти цілеспрямованим перетворенням в галузі, скерованим на підвищення ефективності використання ресурсів та якості надання медичної допомоги, і в кінцевому результаті — збереженню здоров'я населення.

Недостатність інновацій та невідпрацьованість технологій інноваційного менеджменту стають серйозними перешкодами на шляху сталого розвитку системи охорони здоров'я. Саме тому простежуються світові тенденції до нарощення потенціалу у сфері проведення досліджень та навчання управлінню інноваційними процесами у фармації та охороні здоров'я. Так, створюються науково-практичні інституції, зокрема центри інноваційного менеджменту охорони здоров'я (Fordham University, The Global Healthcare Innovation Management Center). Вони виконують об'єднуючу і стимулюючу місію у формуванні міжсекторальної взаємодії, завдяки креативному діалогу науковців, політиків, викладачів та менеджерів закладів охорони здоров'я.

Оскільки, необхідною складовою ефективного впровадження інноваційних технологій є підготовка менеджерів системи охорони здоров'я до їх сприйняття, центри розробляють відповідні навчальні програми. У їх фокусі інноваційні кластери біотехнологічного напрямку, інкубаційні екосистеми, новітні технології організації медичної допомоги та її інформатизація, мотивація і культура інновацій, підтримка «чемпіонів ідей» – управлінців, що активно та з ентузіазмом підтримують нові проекти, будують фундамент, долають опір та впроваджують новітні ідеї.

**Висновки.** Для розбудови ефективного інноваційного менеджменту в охороні здоров'я України актуальними є створення концепції та стратегії підтримки інновацій, нарощення потенціалу наукових



досліджень і запровадження культури інновацій через удосконалення нормативно-правової бази і підвищення якості, підготовки управлінських кадрів охорони здоров'я.

## УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

**Вороненко Ю. В.<sup>1</sup>, Толстанов О. К.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Академік НАМН України, д.мед.н., проф.

<sup>2</sup>Д.м.н., Заслужений лікар України

Національна політика в галузі охорони здоров'я передбачає створення нової ідеології охорони здоров'я, вироблення шляхів та засобів оптимальної організації на національному рівні стратегії збереження та зміцнення здоров'я населення, формування здорового способу життя, медичної та соціальної профілактики захворювань.

На фоні постійного погіршення стану здоров'я населення в Україні, особливої ваги набули проблеми доступності і якості надання медичної допомоги. Охорона здоров'я України, яка до 1991 р. була виключно державною, стикнулася з дефіцитом бюджету і неможливістю утримання розгалуженої інфраструктури та забезпечення технологічного процесу надання медичної допомоги відповідно до потреб населення. Зростаючі потреби у забезпеченні справедливості і рівності медичного обслуговування у різних закладах охорони здоров'я, обумовили необхідність розробки та втілення в життя заходів, спрямованих на приведення діяльності системи охорони здоров'я до запитів і можливостей суспільства.

Стратегічними напрямками управління медичною допомогою визначено: державно-громадська модель управління СОЗ; застосування нових фінансових механізмів оплати медичних послуг; багатоканальність фінансування — бюджети різних рівнів, кошти соціального та добровільного медичного страхування, співплата з пацієнтом та ін.; об'єднання коштів громад регіону на охорону здоров'я у фінансові пули на регіональному рівні (система єдиного замовника первинної, вторинної та екстреної медичної допомоги); чітке визначення структур, функцій та пропорцій фінансування за видами медичної допомоги; запровадження договірних відносин між замовниками та постачальниками медичних послуг; економіч-

не стимулювання праці; встановлення гарантованого рівня безоплатної медичної допомоги; інтегроване надання первинної медичної допомоги лікарем загальної практики; оптимізація мережі закладів охорони здоров'я з урахуванням потреб населення у медичному обслуговуванні; висока інтеграція діяльності закладів, що надають різні види медичної допомоги, при провідній координуючій ролі первинної медичної допомоги; усунення дискримінації між державними та недержавними закладами охорони здоров'я; формування сучасної системи громадської охорони здоров'я; системи безперервного поліпшення якості медичної допомоги; застосування сучасних механізмів забезпечення доступності та якості лікарських засобів.

Обґрунтовано необхідність внесення змін у вітчизняне законодавство щодо визначення особливостей діяльності суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я, класифікацію закладів охорони здоров'я, засади їх функціонування та медичного обслуговування населення, в тому числі за рахунок бюджетних коштів.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ РЕАЛІЗАЦІЇ РІШЕНЬ (РЕЗОЛЮЦІЙ) НАУКОВО МЕДИЧНИХ ФОРУМІВ ЗА НАПРЯМАМИ ТА «ОРГАНІЗАЦІЯ І УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я» В УКРАЇНІ ЗА 5 РОКІВ

**Горбань А. Є., Закрутько Л. І.**

Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи МОЗ України, м. Київ, Україна

**Мета.** Провести моніторинг реалізації рішень, прийнятих на наукових форумах за напрямками «Соціальна медицина» та «Організація і управління охороною здоров'я» ретроспективною за 5 років.

**Матеріали і методи.** Проаналізовано контент щорічних Реєстрів з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій (далі – наукові медичні форуми, заходи) та зміст матеріалів (програм, прийнятих резолюцій, рішень тощо) наукових медичних форумів за напрямками «Соціальна медицина» та «Організація і управління охороною здоров'я», організаційно-розпорядчі документи видані Міністерством охорони здоров'я України та регіональними структурними підрозділами з питань охорони



здоров'я, з питань, що розглядалися на наукових медичних форумах за період з 2010 по 2014 роки (включно). Застосовано наступні методи дослідження: системного аналізу, статистичного та структурно-логічного аналізу.

**Результати та обговорення.** У період з 2010 по 2014 роки було проведено 49 наукових медичних форумів за напрямками «Соціальна медицина» та «Організація і управління охороною здоров'я», а саме: 1 з'їзд, 3 конгреси, 4 симпозиуми та 41 науково-практична конференція, за участі вітчизняних та міжнародних науковців та представників практичної охорони здоров'я України. Загальна кількість учасників склала 3725 фахівців.

На заходах оприлюднювалися результати завершених наукових досліджень, що мали на меті вирішення актуальних проблем управління сферою охорони здоров'я України. Значний обсяг (61%) щодо всього контенту програм заходів був присвячений питанням реформування та перспективам розвитку первинної медико-санітарної допомоги, забезпеченню лікарськими засобами та виробами медичного призначення соціально вразливих верств населення, гармонізації міжнародних стандартів управління (ISO) та вирішенню проблематики щодо їх імплементації. За результатами роботи наукових форумів були прийняті 588 рішень, що містять рекомендаційний характер та є підставою для подальшого прийняття управлінських рішень центрального та регіонального рівнів. Водночас слід зазначити, що у 19% від загальної кількості рішень містяться прямі дублювання формулювань та змістовні повтори.

За результатами моніторингу нормативних актів (наказів, розпоряджень, листів), виданих Міністерством охорони здоров'я України та розміщених на офіційному веб-ресурсі за відповідний період тільки 8,7% синхронізуються з питаннями, що були опрацьовані та увійшли у рішення наукових медичних форумів. Моніторинг нормативних актів, оприлюднених на офіційних веб-ресурсах структурних підрозділів з питань охорони здоров'я регіонального (обласного) рівню за відповідний період у 4,3% синхронізується з питаннями, що були опрацьовані та увійшли у рішення наукових медичних форумів.

**Висновки.** Доведена необхідність підвищення якості резолюцій наукових медичних форумів за напрямом «Соціальна медицина» та «Організація і управління охороною здоров'я».

Розробка та упровадження процесів використання наукових результатів при прийнятті управлінських

рішень на центральному та регіональному рівнях у сфері охорони здоров'я України.

## УРОКИ РЕФОРМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ: ДОСЯГНЕННЯ, НЕВИРІШЕНІ ПИТАННЯ, РИЗИКИ, ПРОБЛЕМИ

**Слабкий Г. О.<sup>1</sup>, Лехан В. М.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Кафедра громадського здоров'я Ужгородського національного університету, м. Ужгород, Україна

<sup>2</sup>Кафедра соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я Дніпропетровська, медична академія МОЗ України, м. Дніпропетровськ Україна

**Мета.** Оцінка результативності реформи системи охорони здоров'я в пілотних регіонах, виявлення позитивних та негативних її наслідків та з'ясування причини останніх.

**Матеріали і методи.** Аналізу було піддано дані моніторингу, запровадженого Міністерством охорони здоров'я України, матеріали Держкомстату та Центру медичної статистики МОЗ України. Основними методами, використаними в дослідженні, були статистичний, порівняльний аналіз, економічний.

**Результати та обговорення.** В рамках пілотного проекту проводилося відпрацювання та апробація низки нових організаційно-правових та фінансово-економічних механізмів, спрямованих на підвищення ефективності та доступності медичного обслуговування населення. Особлива увага приділялася пулінгу бюджетних коштів; формам структурної оптимізації первинної, вторинної та екстреної медичної допомоги, впровадженню контрактних відносин між головними розпорядниками бюджетних коштів та постачальниками медичних послуг; формам оплати праці медичних працівників, виходячи з обсягу та якості виконаної роботи.

**Висновки.** В процесі реалізації пілотних проектів було доведено доцільність та ефективність: розмежування первинної та вторинної медичної допомоги зі створенням центрів первинної допомоги з розвинутою мережею амбулаторій в містах і сільській місцевості; пулінгу фінансових ресурсів для надання вторинної та екстреної допомоги на регіональному рівні; запровадження системи маршрутизації пацієнтів до закладів, що відповідають важкості та складності захворювання; впровадження



оплати праці за обсяги та якість роботи; запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби з використанням референтних цін і реімбурсації.

## **ПІДВИЩЕННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ ОРГАНІЗАТОРІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗА ОЧНО-ЗАОЧНОЮ ФОРМОЮ З ЕЛЕМЕНТАМИ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ**

**Вороненко Ю. В., Латишев Є. Є.,  
Михальчук В. М.**

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

Сучасна освіта, зокрема й у медицині, вимагає беззупинного розширення сприйняття та комплексного підходу у формуванні інформаційного середовища у суспільстві. Для того, щоб знання отримали конкретний зв'язок з діями, для медичного працівника надзвичайно актуально постійно вчитися, поповнюючи й розширюючи свої знання.

При стрімкому розвитку інформаційних технологій все більш привабливими стають нові можливості отримання освіти — наприклад, завдяки дистанційному навчанню (ДН).

Саме поняття «дистанційне навчання» було сформульоване багатьма вченими, та лише Дезмонд Кіган поєднав більшість визначень і сформулював такі важливі характеристики дистанційного навчання:

- розмежування викладача та учня в часі або просторі, або ж і в часі, і в просторі одночасно;
- визнання навчального закладу — процес навчання визнається або сертифікується якою-небудь освітньою установою або організацією;
- використання технічних засобів (друкарських, аудіо- та відеозаписів або комп'ютерів), що об'єднують вчителів та учнів і забезпечують донесення змісту навчального курсу до користувача;
- використання специфічних навчальних програм та матеріалів. Навчальні програми курсів дистанційної освіти зазвичай проходять попереднє тестування фахівцями-методистами;
- двостороння комунікація, що формує взаємодію учнів і персональних викладачів (тьюторів), відрізняється від пасивного сприйняття трансльованої

інформації. Комунікація може бути синхронною чи асинхронною;

- можливість очних зустрічей для проведення «тьюторіалів» (семінарів з персональним викладачем), взаємодії учнів один з одним, занять у бібліотеках, проведення лабораторних або практичних сесій;
- індустріальна організація — при проведенні масштабного відкритого дистанційного навчання має місце поділ праці, різні завдання доручаються різним працівникам, які разом працюють у команді розробників курсу;
- майже повна відсутність постійних навчальних груп протягом навчального процесу. Дистанційна освіта передбачає навчання «поодиноці», що створює можливість для персональних дидактичних зустрічей. У якості матеріалів використано нормативно-правові документи та результати соціологічного дослідження організаторів охорони здоров'я, методичний апарат базувався на методах системного підходу і аналізу, медико-статистичному, соціологічному.

**Основні результати.** Колектив НМАПО імені П. Л. Шупика біля 10 років працює над запровадженням підвищення кваліфікації за очно-заочною формою з елементами ДН у форматі он-лайн, яке має свої переваги та відповідає попиту лікарів (провізорів).

Результати проведених соціологічних досліджень підтверджують бажання і готовність фахівців різних спеціальностей до запровадження таких форм підвищення кваліфікації.

Перший досвід був продемонстрований на прикладі спеціальностей «Організація і управління охороною здоров'я», «Загальна практика-сімейна медицина», «Кардіологія», «Нефрологія» з використанням друкованих інформаційних ресурсів та веб-ресурсів у форматі он-лайн.

Зазначений вид навчання дозволяє розширити можливість доступу лікарів до післядипломної освіти, зокрема підготовки на циклах ТУ та ПАЦ; збільшити кількість фахівців з одночасним зменшенням витрат на навчання, проїзд і проживання; індивідуалізувати процес навчання відповідно до потреб, особливостей і можливостей слухачів; забезпечити контроль якості післядипломного навчання; формувати передумови для опанування слухачами навичок самостійної роботи. Така підготовка проводиться у межах навчального плану закладу та позапланово на договірній основі.

Підґрунтям для такого виду підвищення кваліфікації стали накази Міністерства освіти і науки України від 25.04.2013 № 466 «Про затвердження Положення



про дистанційне навчання», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 30.04.2013 № 703/23235) та від 30.10.2013 № 1518 «Про затвердження Вимог до вищих навчальних закладів та закладів післядипломної освіти, наукових, освітньо-наукових установ, що надають освітні послуги за дистанційною формою навчання з підготовки та підвищення кваліфікації фахівців за акредитованими напрямами і спеціальностями», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 31 жовтня 2013 р. за № 1857/24389).

Доробком фахівців академії у сфері післядипломної медичної освіти стали «Примірне положення про підвищення кваліфікації за очно-заочною формою з елементами дистанційного навчання у Національній медичній академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика», яке погоджене на спільному засіданні Координаційної науково-методичної ради з післядипломної освіти та Робочої групи щодо реформування післядипломної освіти МОЗ України 30 травня 2013 року та ряд затверджених на вченій раді навчальних планів та програм циклів ТУ за такою формою підготовки.

Останнім системним кроком на шляху розвитку зазначеного виду навчання було обговорення 10 квітня 2014 року на спільному засіданні Координаційної науково-методичної ради з післядипломної освіти та Робочої групи щодо реформування післядипломної освіти, погодження МОЗ України та затвердження вченою радою академії Навчального плану та уніфікованої програми передатестаційного циклу за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я» (за очно-заочною формою з елементами дистанційного навчання), яка передбачає до 50 відсотків навчального матеріалу засвоювати в форматі он-лайн, відкриваючи нові можливості для підвищення кваліфікації лікарів (провізорів) всієї України та методичних рекомендацій «Організація підвищення кваліфікації за очно-заочною формою з елементами дистанційного навчання в форматі он-лайн (досвід Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика)», що розтлумачують організаційні засади проведення такого виду навчання.

Особливостями такого виду навчання є норматив чисельності слухачів, що навчаються у навчальному закладі за дистанційною формою, який повинен становити не менше одного викладача на вісімнадцять слухачів; педагогічні, науково-педагогічні працівники та методисти навчальних закладів, в яких організована дистанційна форма навчання, повинні підвищувати

свою кваліфікацію щодо організації та володіння технологіями ДН (не рідше одного разу на 5 років та обсягом не менше 108 академічних годин) із підтверджуючим документом про підвищення кваліфікації за тематикою ДН; лекційний матеріал у текстовому вигляді з графіками, малюнками та таблицями повинен бути не менше 10 000 знаків (1/4 друкованого аркуша) на 1 академічну годину та не менше 20 тестових завдань для усіх видів контролю рівня знань (самоконтроль, поточний і підсумковий контроль) до кожної теми.

Крім того, фахівцями академії обґрунтовані рекомендовані проектні нормативи часу для обліку методичної та навчальної роботи, науково-педагогічних працівників при організації та здійсненні навчального процесу за дистанційною формою навчання стосовно методичної та навчальної роботи та наступне співвідношення аудиторно/дистанційних годин: для клінічних дисциплін 60/40 відсотків академічних годин; для теоретичних дисциплін – 50/50 відсотків академічних годин. Обґрунтована методика розрахунку педагогічного навантаження науково-педагогічних працівників на прикладі передатестаційного циклу або тематичного удосконалення тривалістю 156 годин.

Перший етап (підвищення кваліфікації з елементами ДН) передбачає навчання з використанням веб-ресурсів навчального призначення, взаємодією між викладачами і слухачами у синхронному та асинхронному режимах.

Другий етап (очне навчання) передбачає навчання на кафедрі, співбесіду (контроль знань) та оформлення необхідних документів щодо результатів закінчення навчання.

**Висновки.** Навчання за такою формою керівників медичних установ – це свідомий крок на шляху широкого впровадження зазначеної форми навчання, тому що саме організатори охорони здоров'я першими мають пройти такий вид навчання та розповсюджувати його серед інших лікарів.

## ТЕОРІЇ СИСТЕМ ТА ПРАКТИКА ЇХ ЗАСТОСУВАННЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я ПРИ ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ СТАЦІОНАРНОЇ ДОПОМОГИ

**Бугро В. І.**

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

**Мета.** Висвітлити сутність теорії систем на основі аналізу їх використання провідними країнами Євро-



пи при побудові власних систем стаціонарної допомоги (СД).

**Матеріали і методи.** Використаний метод системного аналізу світових та вітчизняних наукових джерел.

**Результати та обговорення.** Загальна теорія систем як наука про особливості і закономірності організації і функціонування складних систем є методологічною основою теорії управління і організації.

Керована, а отже і організована система СД, в структурно-функціональному відношенні складається з трьох обов'язкових складових частин: суб'єкта керуючого (СК), об'єкта керованого (ОК) і блоку наукового регулювання (БНР).

Заходи по упорядкуванню СК СД передбачають організацію апарату управління та інформаційних процесів, здійснення процесу управління та роботу з персоналом, використання засобів автоматизації та комплексне використання методів управління.

З метою упорядкування ОК необхідно науково обґрунтувати розвиток СД в регіоні, вирішити загальноорганізаційні питання в системі, забезпечити розвиток матеріально-технічної бази та оптимальну структуру, удосконалити ефективність і якість роботи стаціонару та організувати його взаємодію з іншими закладами регіону.

Упорядкування БНР потребує забезпечення вивчення інформації про СД, створення групи науково-інформаційного забезпечення, організацію вивчення передового досвіду, організацію наукових бібліотек, забезпечення всіх робочих місць необхідною інформацією та зв'язок з НДІ та іншими спеціалізованими закладами з питань СД.

**Висновки.** Таким чином, завдяки використанню методичної основи теорії систем — системної методології при організації системи охорони здоров'я в цілому і СД зокрема зможемо досягти їх ефективності (здатність не тільки досягати своєї мети — покращувати здоров'я, але й робити це швидше і дешевше) та стабільності (спроможність зводити до мінімуму вплив на неї негативних дестабілізуючих зовнішніх чи внутрішніх чинників).

## ПІДХОДИ ДО КОРИГУВАННЯ ПРОБЛЕМ ДЛЯ ЗНИЖЕННЯ ТЯГАРЯ ХРОНІЧНИХ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

**Шевченко М. В.**

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ, Україна

**Мета.** Дослідити існуючі підходи до коригування проблем для досягнення зниження тягаря хронічних неінфекційних захворювань (далі — ХНІЗ) на основі вивчення міжнародних практик.

**Матеріали і методи.** Досліджено дані публікацій ВООЗ, Світового Банку, Гарвардської бізнес-школи, інших міжнародних організацій і проектів з використанням бібліосемантичного та аналітичного методів.

**Результати та обговорення.** На сьогодні в світі боротьба з хронічними неінфекційними захворюваннями (ХНІЗ) носить пріоритетний характер, адже більшість з них, включаючи серцево-судинні захворювання, різні форми цукрового діабету, раку можуть бути попереджені.

Ефективні заходи профілактики можуть продовжити життя людей і істотно поліпшити якість їх життя. Зокрема, досвід реалізації проекту у Фінляндії (проект «Північна Карелія») щодо профілактики хвороб системи кровообігу показав, що завдяки низці організаційних та пропагандистських заходів вдалося зменшити смертність від ішемічної хвороби серця на 82 %.

Для зниження впливу факторів ризику розвитку ХНІЗ є досить ефективними зміни в законодавстві, спрямовані на протидію тютюнокурінню, шкідливому вживанню алкоголю, неправильному харчуванню, недостатній фізичній активності; запровадження додаткового оподаткування тютюнових виробів і алкогольних напоїв, продуктів харчування, які містять транс-жири, барвники тощо; використання інформаційних стратегій для популяризації здорового способу життя.

Такі втручання оцінюються як найкращі з точки зору їх впливу на здоров'я, економічної ефективності, можливостей і незначних фінансових затрат на впровадження.

**Висновки.** В цілому, моніторинг факторів ризику, оцінка та визначення економічної ефективності — ефективні інструменти для планування та прийняття рішень як на макро, так і на мікрорівнях.

## СТВОРЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ У ЗАКЛАДІ ВІДПОВІДНО ДО МІЖНАРОДНИХ СТАНДАРТІВ

**Круть А. Г.<sup>1</sup>, Глухова О. І.<sup>1,2</sup>, Кравченко Г. В.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Державне підприємство «Державний медичний центр сертифікації»



<sup>2</sup>Міністерство охорони здоров'я України,  
м. Київ, Україна

<sup>3</sup>Національний медичний університет  
імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

**Мета.** Розробка алгоритму створення систем управління якістю (СУЯ) закладами охорони здоров'я (ЗОЗ) відповідно до міжнародних стандартів.

**Матеріали і методи.** Матеріалами дослідження є міжнародні стандарти серії 9000 та серії 10000. Методом дослідження є метод системного аналізу.

**Результати та обговорення.** Створення, впровадження та підготовка СУЯ до сертифікації може бути проведена відповідно наступних етапів:

- видання наказу головного лікаря щодо розробки та впровадження СУЯ;
- призначення представника керівництва з якості;
- визначення складу робочої групи з представників структурних підрозділів ЗОЗ;
- проведення занять із вивчення вимог серії 9000 та серії 10000;
- розробка проектів основоположних документів СУЯ згідно з п.п. 5.3, 5.4.1 ДСТУ ISO 9001:2009;
- доведення «Політики у сфері якості» до всіх рівнів ЗОЗ;
- визначення процесів СУЯ та опис їх послідовності та взаємодії;
- визначення та встановлення критеріїв та методів оцінки результативності процесів відповідно до вимог п.4.1 ДСТУ ISO 9001:2009;
- розробка задокументованих процедур СУЯ згідно п.п. 4.2.3 «Контроль документів», 4.2.4 «Контроль протоколів», 8.2.2 «Внутрішній аудит», 8.3 «Контроль невідповідної послуги», 8.5.2 «Коригувальні дії», 8.5.3 «Запобіжні дії» ДСТУ ISO 9001:2009;
- розробка задокументованих описів процесів, які ЗОЗ визначив як необхідні для СУЯ;
- розробка форм протоколів СУЯ, які необхідні для надання доказів відповідності СУЯ встановленим вимогам;
- розробка настанови щодо якості відповідно до вимог п.4.2.2 ДСТУ ISO 9001:2009;
- підготовка внутрішніх аудиторів СУЯ;
- проведення внутрішніх аудитів;
- проведення аналізування з боку вищого керівництва розробленої та впровадженої СУЯ.

По завершенню цих етапів робіт може бути проведена сертифікація СУЯ третьою незалежною стороною – органом з сертифікації.

Висновки. Запропоновано послідовність та висвітлено практичні аспекти щодо створення СУЯ, які можуть бути корисні ЗОЗ, який планує розробку та впровадження СУЯ.

## УПРАВЛІННЯ РИЗИКАМИ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

**Горачук В. В.**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

**Мета.** Відомо, що вищим призначенням медичної діяльності є охорона і відновлення здоров'я людини. Однак постійно існують ризики заподіяння шкоди життю або здоров'ю пацієнтів і персоналу в закладах охорони здоров'я, що зумовлено зростанням попиту на високоспеціалізовану медичну допомогу, стрімким розвитком медичних технологій, розширенням ринку лікарських засобів. В умовах нестабільності соціально-економічної і політичної ситуації підвищуються ризики прийняття хибних управлінських рішень з питань безпеки закладів охорони здоров'я. Проведення аналізу сучасних аспектів ризик-менеджменту дозволить озброїти керівників закладів охорони здоров'я дієвим інструментом попередження реалізації ризиків.

**Матеріали і методи.** Системний аналіз наукових матеріалів (16 одиниць) за темою.

**Результати та обговорення.** Ризик визначається як вплив невизначеності на цілі організації, випадковій події, що приносять моральні і фізичні збитки. В охороні здоров'я виділяють: соціально-економічні і правові ризики; ризики, пов'язані з управлінням; професійні (медичні ризики); ризики, пов'язані з загрозами для здоров'я медичних працівників; інші ризики (техногенні, пожежо-вибухонебезпечні, терористичні). Ризики характеризуються випадковістю, вірогідністю і збитковістю. Ризик-менеджмент – сукупність управлінських дій інтегрованого характеру, спрямованих на виявлення, моніторинг, аналіз і регулювання ризиків, система заходів протидії ризикам, запобігання помилкам або компенсації їх наслідків. Координаційна складова системи призначена передавати інформацію, накопичений досвід, методи боротьби з ризиками та їх наслідками між структурними підрозділами закладу охорони здоров'я або між закладами територіальної мережі. В основу управління ризиками слід покласти політику відкритості вияв-



лення ризиків та широкого залучення персоналу з метою створення високої організаційної культури безпеки закладу охорони здоров'я.

**Висновки.** Управління ризиками повинно бути компонентом усіх організаційних процесів в закладі охорони здоров'я. Необхідно постійно вдосконалювати систему ризик-менеджменту з урахуванням сучасних тенденцій розвитку економічних та суспільно-політичних процесів у країні.

## РОЛЬ ТА РОЗВИТОК ГАЛУЗЕВИХ СТАНДАРТІВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

**Степаненко А. В.**

*Українська військово-медична академія ЗС України,  
м. Київ, Україна*

**Мета.** Підвищити якість медичної допомоги в охороні здоров'я та забезпечити її прийнятний, оптимальний рівень для населення за допомогою використання галузевих стандартів, які відіграють значну роль практично у всіх механізмах забезпечення якості медичної допомоги: в акредитації медичних закладів, ліцензуванні, стандартизації медичної допомоги, контролю якості її надання.

**Матеріали і методи.** У роботі використані методи системного підходу, аналізу наукової інформації.

**Результати та обговорення.** В теперішній час в Україні відбулась імплементація європейських сучасних, наукових методичних засад з розробки стандартів медичної допомоги, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги та клінічних протоколів для закладу охорони здоров'я, лікарських формулярів державного, регіонального, локального рівнів. Новітні методичні принципи на засадах доказової медицини закріплені, зокрема, наказом МОЗ України від 28.09.2012 № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України». Реєстр медико-технологічних документів МОЗ України налічує вже кілька десятків сучасних, розроблених на принципах доказової медицини уніфікованих клінічних протоколів, відбувся сьомий випуск Державного формуляру лікарських засобів. Ці галузеві стандарти трансформуються у локальні документи закладу охорони здоров'я (локальний клінічний протокол медичної допомоги, локальний формуляр ліків, таблиць матеріально-технічного оснащення). Всі

ці документи та наукові принципи їх розробки, принаймі останніх трьох років, мали б кардинально підвищити якість медичної допомоги, але суттєвих змін не відбулось.

Беззаперечним позитивом є те, що європейські, доказові, а не експертні методи розробки галузевих стандартів в Україні прийняті і розробляються на державному рівні, беззаперечним фактом є просвітницька функція цих документів для лікарів. Проте для управління якістю медичної допомоги і досягнення оптимального її рівня цього не достатньо. Відсутній реальний, а не задекларований механізм моніторингу якості надання медичної допомоги через клінічні індикатори якості, що визначені в уніфікованих клінічних протоколах медичної допомоги, відсутній реальний моніторинг індикаторів (структури, процесу та результату) дієвості формулярної системи лікарських засобів, тобто не використовується вже наявний інструмент (індикатори) для управління якістю медичної допомоги.

**Висновки.** Побудова ефективної системи забезпечення якості медичної допомоги та її управління потребує не тільки розробки сучасних, науково-обґрунтованих галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я, а і моніторингу наявних в них індикаторів якості для систематичного збору та аналізу інформації щодо результативності клінічної або неклінічної діяльності у сфері охорони здоров'я.

## ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИКОРУПЦІЙНОГО ЗАКОНОДАВСТВА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

**Любінець О. В., Олійник А. М.**

*Кафедра організації і управління охороною здоров'я  
Львівського національного медичного університету  
ім. Данила Галицького, м. Львів, Україна*

**Мета.** Виявлення та аналіз проблемних питань застосування вимог антикорупційного законодавства у сфері охорони здоров'я на практиці та пошук шляхів їх вирішення шляхом удосконалення чинної нормативно-правової бази.

**Матеріали і методи.** Аналізу було піддано правові норми чинних актів законодавства у сфері запобігання корупції, а також судову практику притягнення працівників закладів охорони здоров'я до адміністративної та кримінальної відповідальності за правопорушення у сфері корупції.





**Результати та обговорення.** До суб'єктів, на яких поширюються вимоги антикорупційного законодавства Законом України «Про запобігання корупції» віднесені і посадові особи державних та комунальних закладів охорони здоров'я («посадові особи юридичних осіб публічного права»).

Проте, ні законами, ні підзаконними нормативно-правовими актами, досі не врегульовано, хто саме з працівників закладу охорони здоров'я належить до посадових осіб. У зв'язку з цим на практиці виникають численні випадки різного та часом суб'єктивного трактування поняття «посадова особа» в медичних установах, зокрема стосовно притягнення медичних працівників до відповідальності за корупційні правопорушення.

Наявні ж на практиці критерії визначення посадової особи є неприйнятними для галузі охорони здоров'я, якій притаманна властива лише їй специфіка.

**Висновки.** З метою недопущення суб'єктивного трактування антикорупційного законодавства, безпідставного покладення на медичних працівників додаткових адміністративних обов'язків, доцільним є віднести до посадових осіб закладу охорони здоров'я, по-перше, обмежене, а по-друге, чітко визначене коло працівників, наприклад, керівника закладу чи відокремленого структурного підрозділу, їх заступників.

## ПРОБЛЕМИ СЕРТИФІКАЦІЇ СИСТЕМ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ВІДПОВІДНІСТЬ ВИМОГАМ СТАНДАРТУ ISO 9001 ТА ДСТУ ISO 9001

**Котуза А. С.**

*д.м.н., професор, Головний аудитор Державного підприємства «Державний медичний центр сертифікації» Міністерства охорони здоров'я України*

**Мета.** Формулювання проблеми сертифікації систем управління якістю (далі — СМЯ) закладів охорони здоров'я (далі — ЗОЗ) на відповідність вимогам стандарту ISO 9001 та ДСТУ ISO 9001.

**Матеріали і методи.** Матеріалами дослідження слугували стандарт ISO 9001 «Система менеджменту якості. Вимоги». Методом дослідження виступав метод системного підходу.

**Результати та обговорення.** Реформування системи охорони здоров'я спрямована на підвищення якості медичної допомоги. Важливу роль у цьому ві-

діграє використання структурно-функціонального аналізу ЗОЗ і проведення на його основі сертифікації СМЯ. На сьогоднішній день, сертифікацію СМЯ ЗОЗ здійснює ряд державних і приватних органів, які не тільки не мають відношення до галузі медицини та відповідно підготованих (аудитори не мають медичної освіти) і компетентних спеціалістів (з питань знання вимог стандартів ISO 9001 та ДСТУ ISO 9001), а також не знають основ організації лікувально-діагностичного процесу.

Сертифікацію СМЯ ЗОЗ здійснюють виключно до вимог стандартів ISO 9001/ДСТУ ISO 9001 (сфера застосування яких поширюється на продукцію та послуги), однак їх вимоги важко адаптувати до вимог галузевого законодавства й потреб ЗОЗ (поодинокі ЗОЗ при розробці СМЯ застосовують ДСТУ ІВА 1:2007 «Настанови щодо поліпшування процесів в організаціях охорони здоров'я»). У країнах Європейського союзу побудову та сертифікацію СМЯ здійснюють виключно у відповідності вимог стандарту CEN/TS 15224:2005 «Медичне обслуговування — Системи менеджменту якості — Рекомендації із застосування стандарту EN ISO 9001:2000».

**Висновки.** Запровадити реєстр галузевих органів сертифікації СМЯ ЗОЗ та реєстр аудиторів. Розробку СМЯ ЗОЗ здійснювати відповідно до вимог стандарту CEN/TS 15224.

## ДОКУМЕНТОВАНА ІНФОРМАЦІЯ В СИСТЕМІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ БЕЗПЕКИ ПАЦІЄНТА ТА МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ У ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

**Строкань А. М.**

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

**Мета.** Обґрунтування реєстру документованої інформації (відповідно до вимог ISO 9001:2015) в системі забезпечення безпеки пацієнтів та медичного персоналу у закладі охорони здоров'я (далі — ЗОЗ).

**Матеріали і методи.** Матеріалами дослідження слугували стандарти ISO 9001:2015 «Система менеджменту якості. Вимоги», ДСТУ ІВА 1:2007 «Настанови щодо поліпшування процесів в ЗОЗ», ISO 31000:2009 «Ризик менеджмент. Принципи та керівництва». Методами дослідження були — бібліосемантичний та системний підходи.



**Результати та обговорення.** Реформування системи охорони здоров'я вимагає пошуку нових методів управління в питаннях якості та безпеки. Експертами Всесвітньої організації охорони здоров'я визначено, що забезпечення безпеки пацієнтів та медичного персоналу необхідно здійснювати за напрямком: профілактика та виявлення небажаних подій; пом'якшення ефекту, коли небажані події все-таки відбуваються. При цьому, безпеку досягають через управління (ідентифікація, описання, оцінка та управління) ризиками виникненнями небажаних подій у ЗОЗ.

Враховуючи вимоги ISO 9001:2015, ДСТУ IWA 1:2007 та ISO 31000:2009, а також акредитаційні вимоги Joint Commission International — нами розроблено та впроваджено систему забезпечення безпеки пацієнтів та медичного персоналу. Документована інформація в системі ведеться, аналізується та зберігається у реєстрі. Останній містить: класифікатор, реєстр, карту та програму заходів по управлінню ризиками; план обробки ризиків; а також форми («Результати моніторингу...»; «Звіт по управлінню...»; «Звіт Аналіз ефективності ...»; «Реєстр ризиків і план заходів по мінімізації заходів»...).

**Висновки.** Впровадження реєстру дозволяє виконати вимоги стандартів по управлінню ризиками в системі забезпечення безпеки пацієнтів та медичного персоналу у ЗОЗ.

## ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНЕ ПАРТНЕРСТВО ЯК СКЛADOVA РЕФОРМИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ. КОНСУЛЬТАЦІЇ З ГРОМАДСЬКІСТЮ

**Іонов М. М.**

Голова Громадської Ради при МОЗ України, лікар Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф міста Києва

**Мета.** Висвітлити сутність державно-приватного партнерства в системі охорони здоров'я України.

**Матеріали і методи.** Використаний метод системного аналізу світових та вітчизняних наукових джерел та зарубіжний досвід у медицині.

**Результати та обговорення.** Державно-приватне партнерство в Україні — система відносин між державним та приватним партнерами, при реалізації яких ресурси обох партнерів об'єднуються з відповідним розподілом ризиків, відповідальності та

винагород (відшкодувань) між ними, для взаємовигідної співпраці на довгостроковій основі у створенні (відновленні) нових та/або модернізації (реконструкції) існуючих об'єктів, які потребують залучення інвестицій, та у користуванні (експлуатації) такими об'єктами.

### Переваги ДПП

Для держави:

Активізація інвестиційної діяльності;

- Ефективне управління майном;
- Збереження та створення робочих місць;
- Скорочення витрат на надання послуг;
- Економія фінансових ресурсів;
- Використання досвіду приватних компаній;
- Підвищення ефективності інфраструктури.

Для приватного партнера:

- Доступ до нових сфер бізнесу (сегментів ринку) (ЖКГ, інфраструктурні об'єкти тощо)
- Спрощення роботи з дозвоільними структурами
- Додаткові гарантії повернення інвестицій
- Можливість участі у державних та міжнародних програмах фінансування
- Отримання кредитів під державні гарантії

**Висновки.** На основі проведеного дослідження пропонується запровадження інфраструктурних форм державно-приватного партнерства в діяльність закладів екстреної медичної допомоги в Україні. Це повинно привести до зміни ситуації в медичній галузі та поліпшення якості медичного обслуговування пацієнтів.

## НОВІ ЛІЦЕНЗІЙНІ УМОВИ ПРОВАДЖЕННЯ МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ: ЩО ПОТРІБНО ЗНАТИ КЕРІВНИКУ

**Беденко-Зваридчук О. А.**

Юридична компанія «МедАдвокат», м. Київ, Україна

**Мета.** Метою дослідження є аналіз чинного законодавства України з питань ліцензування господарської діяльності з медичної практики та надання порад керівникам закладів з урахуванням змін.

**Матеріали і методи.** Дослідження носить практичний характер, який базується на системному аналізі законодавчих, підзаконних актів та оприлюднених для громадського обговорення проектів.

**Результати та обговорення.** Новацією 2015 року є прийняття Закону України «Про ліцензування



видів господарської діяльності» від 02.03.2015 р. № 222-VIII (далі — Закон № 222-VIII), який набув чинності 28 червня 2015 року.

Прийняття Закону № 222-VIII значно змінює процедуру отримання ліцензій та містить багато цікавих новацій, а саме:

- Автоматичний перехід всіх строкових ліцензій у безстрокові (для тих ліцензіатів, які б раніше отримували ліцензію із 5-річним терміном дієвості);
- Порядок подання документів для отримання ліцензії чи при внесенні змін до чинних ліцензійних справ — нарочно, поштовим відправленням чи в електронному вигляді;
- Право на заняття медичною практикою з дня внесення відомостей про прийняття рішення про видачу ліцензії до Єдиного державного реєстру юридичних осіб та фізичних осіб — підприємців;
- Передача ліцензії на медичну практику у спадок у разі наявності спадкоємця з медичною освітою тощо.

Зазначимо, що відтепер бланки ліцензії у паперовому вигляді із підписом відповідальної особи та печаткою Міністерства охорони здоров'я України (надалі — МОЗ України) видаватимуться виключно за вимогою здобувача ліцензії чи ліцензіата.

У разі звуження чи розширення видів медичної практики, зміні місць провадження діяльності ліцензіат буде продовжувати роботу по отриманій ліцензії без видачі копії ліцензії, як це робилося до 28.06.2015 р.

Зазначимо, що МОЗ України, як орган ліцензування, вже двічі оприлюднював проекти постанови, якою буде визначено нові ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики. Зазначені проекти отримали широкий резонанс з боку професійної спільноти, оскільки не містили положень, які передбачуються загальнонаціональною концепцією зниження тиску на суб'єктів господарювання. Саме тому, МОЗ України пішло шляхом залучення до розробки проекту нормативного акту експертів, керівників медичних закладів, громадськості та співробітників суміжних державних інституцій. На момент подання тез провадиться нормотворча робота, результатом якої мають стати нові ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики, які відповідатимуть чинному законодавству України, будуть прозорими, однозначними та чіткими для розуміння.

**Висновки.** Новації 2015 року з питань ліцензування медичної практики можуть стати першим кроком для розбудови цивілізованих відносин та формування адекватного ринку медичних послуг в Україні.

## ГОСПОДАРСЬКО-РОЗРАХУНКОВЕ ВІДДІЛЕННЯ В ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ

**Меленко А. В.**

*Державний заклад «Дорожня клінічна лікарня № 1 станції Київ державного територіально-галузевого об'єднання «Південно-Західна залізниця», м. Київ, Україна*

**Мета.** Метою дослідження є встановлення процедури створення господарсько-розрахункового відділення та його функціонування відповідно до вимог чинного законодавства України.

**Матеріали і методи.** Досліджуючи дане питання застосовувались такі загальнонаукові, теоретичні методи, як: системний аналіз, синтез, порівняння, елементарно-теоретичний метод. Використовувались закони та підзаконні нормативно-правові акти, які регулюють порядок діяльності господарського розрахунку.

**Результати та обговорення.** На сьогоднішній день, у зв'язку з недостатнім бюджетним фінансуванням, відсутністю грошових коштів на оновлення матеріально-технічної бази та закупівлю сучасних медичних препаратів і обладнання, у державних закладах охорони здоров'я функціонують господарсько-розрахункові відділення, в яких надаються платні послуги населенню. Порядок їх створення та функціонування безпосередньо неврегульований чинним законодавством України.

Основними джерелами фінансування відділення є: кошти, одержані від населення за надання медичних послуг, одержані від підприємств, установ, організацій, з якими укладено договори на їх медичне обслуговування, інші надходження не захищені чинним законодавством України.

**Висновки.** Створення та функціонування господарсько-розрахункових відділень допоможе залучати кошти на потреби медичного закладу державної форми власності.



## ТЕХНОЛОГІЯ РОЗБУДОВИ УСПІШНИХ ВЗАЄМОВІДНОСИН МІЖ ДЕРЖАВНИМИ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА СТРАХОВИМИ ОРГАНІЗАЦІЯМИ

**Мочалов Ю. О.**

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,  
кафедра стоматології дитячого віку*

**Мета.** Визначити основні рекомендації для закладів охорони здоров'я бюджетної форми фінансування для організації успішної співпраці із приватними страховими організаціями.

**Матеріали і методи.** В роботі проаналізоване чинне національне законодавство, яке регулює зазначене питання, та досвід його застосування на практиці; застосовано методи порівняння та системного аналізу.

**Результати та обговорення.** Українське законодавство, яке регулює надання медичної допомоги в державному та приватному секторі охорони здоров'я є суперечливим та не адаптованим до актуальних потреб суспільства й учасників відносин у сфері добровільного медичного страхування. Співпраця закладів охорони здоров'я та страхових організацій регулюється більшим числом нормативно-правових актів, ніж просто господарська діяльність закладу охорони здоров'я. Значна кількість питань та етапів взаємодії між партнерами регулюється в договірному порядку, які укладаються шляхом консенсусу між сторонами, та відповідно мають значне число відмінностей, що можуть бути інтерпретовані по-різному, і це стає зоною потенціального тривалого конфлікту інтересів між партнерами. Окрім формальної проблемної сторони роботи між страховиками та «бюджетними» медичними закладами, організація роботи за вищевказаними договорами потребує прийняття керівництвом обох сторін по договору ряду організаційних та управлінських рішень, а також активного оперативного контролю за виконанням умов договорів про обслуговування застрахованих за договорами добровільного медичного страхування (ДМС) осіб.

**Висновки.** Отже, організація успішної роботи державних закладів охорони здоров'я та приватних страхових організацій в частині обслуговування застрахованих за договорами ДМС осіб є складним питанням, для вирішення якого необхідним є знання практики застосування чинного законодавства і практичного менеджменту як приватних, так і державних організацій.

## ДОСВІД СЕРТИФІКАЦІЇ СИСТЕМ МЕНЕДЖМЕНТУ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МІЖНАРОДНИМ ОРГАНОМ З СЕРТИФІКАЦІЇ QUALITY AUSTRIA

**Данько Н. І.<sup>1</sup>, Глухова О. І.<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Орган з сертифікації систем менеджменту  
Quality Austria*

*<sup>2</sup>ТОВ «Навчально-методичний центр «Новатор»,  
м. Київ, Україна*

**Мета.** Узагальнення схем сертифікації закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) органу з сертифікації Quality Austria з метою гармонізації інструментів управління, що застосовуються українськими ЗОЗ з міжнародною практикою.

**Матеріали і методи.** Матеріалами дослідження є схеми сертифікації ЗОЗ органу з сертифікації Quality Austria. Методом дослідження виступав метод системного аналізу.

**Результати і обговорення.** Варіативна складова умов ліцензування та акредитації ЗОЗ різних європейських країн обумовлює загальне визнання застосування в управлінській практиці ЗОЗ міжнародних стандартів на системи менеджменту, як реальних інструментів що забезпечують зів'язану та надійну роботу медичних закладів.

Основними схемами сертифікації, які пропонуються органом з сертифікації Quality Austria закладам охорони здоров'я різних країн світу є сертифікація на відповідність:

- **ISO 9001:2008** «Системи менеджменту якості. Вимоги»;
- **EN 15224:2012** «Медичні послуги. Системи менеджменту якості. Вимоги на основі ISO 9001:2008» Цей європейський стандарт містить настанови щодо застосування ISO 9001:2008 в сфері надання медичних послуг, в тому числі й настанови щодо аналізу клінічних ризиків;
- **ISO 31000:2009** «Ризик менеджмент. Принципи та настанови»;
- **ISO серії 14644** «Чисті приміщення». Чисті приміщення і пов'язане з ними контрольоване середовище відіграють все більшу роль у розвитку створенні стерильних умов у медицині в лікарнях та лабораторіях;
- **KTQ** (Співробітництво для прозорості у питаннях якості) для лікарень та закладів сестринського догляду;
- **ISO 15189:2012** «Медичні лабораторії – Вимоги до якості та компетентності». Перевіряється в межах аудиту на відповідність ISO 9001:2008;
- **GLP** (Належна лабораторна практика).



Вищезазначені схеми сертифікації пропонуються органом з сертифікації Quality Austria як окремі послуги, так і при сертифікації інтегрованих систем менеджменту.

**Висновки.** Розроблена, впроваджена та сертифікована авторитетним органом з сертифікації система менеджменту забезпечує довіру до ЗОЗ з боку зовнішніх зацікавлених сторін, що виражається в підвищенні інвестиційної привабливості, налагодженні співпраці зі страховими компаніями тощо. Зростання таких якісних показників як «довіра» та «визнання» трансформується в зростання і кількісних економічних показників діяльності ЗОЗ.

## НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ І РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ДОСВІД ІНШИХ КРАЇН

**Чудутова Д. Ю.**

*Друковане та електронне видання для лікарів PROMEDICINE®, Благодійна організація «Міжнародний благодійний фонд «Медицина України», м. Київ, Україна*

**Мета.** Проаналізувати міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я. Розглянути можливості післядипломного навчання лікарів у країнах із високим рівнем надання медичних послуг населенню.

**Матеріали і методи.** Здійснено огляд літературних джерел, регуляторних і законодавчих актів. Оцінено ефективність різних способів реформування системи охорони здоров'я та міжнародних програм обміну досвідом лікарів і спеціалістів медичної сфери.

**Результати та обговорення.** Українські фахівці мають унікальну можливість дослідити доцільність і ефективність багатьох способів реформування галузі, обрати серед них найкращі, залучити розробників і виконавців таких реформ до законодавчої та виконавчої гілок влади. Крім того, досвід показує, що саме лікарі можуть стати як силою, що стримує зміни, так і силою, яка сприяє реформам і впроваджує їх на місцях. Тому залучення лікарів до реформування, інформування громадськості щодо політики держави у цій сфері, їхня якісна освіта — ключове завдання реформ. Тим більше, що забезпечити навчання працівників профільних державних установ і лікарів у будь-яких країнах світу — реальна можливість сьогодення.

**Висновки.** Найретельніше вивчення досвіду реформування системи охорони здоров'я в різних країнах світу

та використання міжнародних програм обміну у сфері медицини дасть змогу не тільки уникнути багатьох помилок, а й пришвидшити процес реформування.

## ВІДПОВІДАЛЬНЕ СТАВЛЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ДО ОСОБИСТОГО ЗДОРОВ'Я ЯК ЧИННИК ЗНИЖЕННЯ ПОТРЕБИ В КОНСУЛЬТАТИВНІЙ МЕДИЧНІ ДОПОМОЗІ

**Бучинський Л. Я., Слабкий В. Г.**

*ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна*

**Мета.** Вивчити вплив відповідального ставлення населення до особистого здоров'я на потребу населення в консультативній медичній допомозі при захворюваннях системи кровообігу.

**Матеріали і методи.** При виконанні роботи використано соціологічний та статистичний методи дослідження. За спеціально розробленою анкетною опитано 400 осіб дорослого населення, яке страждає на хвороби системи кровообігу.

**Результати та обговорення.** Із 400 респондентів відповідально ставиться до свого здоров'я, а відповідно регулярно відвідує лікаря з профілактичною метою, виконує рекомендації лікарів щодо: прийому лікарських засобів, харчування, режиму дня, достатнього по тривалості сну, фізичного навантаження, позбавлення шкідливих звичок — 67 (16,75±1,9%) осіб. Рівень звернення до лікарів-спеціалістів осіб, що відповідально ставляться до свого здоров'я нижчий від показника в загальній групі населення: при гіпертонічній хворобі в 2,3 рази; ішемічній хворобі серця в 1,6 рази; цереброваскулярних хворобах в 2,1 рази; осіб, що перенесли інфаркт міокарду в 1,5 рази; осіб, що перенесли ішемічний інсульт в 1,8 рази.

**Висновки.** Встановлено, що відповідальне ставлення дорослого населення, яке страждає на хвороби системи кровообігу, до свого здоров'я забезпечує достовірно нижчу потребу в консультативній допомозі на вторинному рівні її надання.

## ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНОСТІ ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ В УКРАЇНІ

**Габорець Ю. Ю., Волошина У. В.**

*ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна*



**Мета.** Вивчити та провести аналіз захворюваності дітей першого року життя в динаміці 2010–2014 років.

**Матеріали і методи.** Матеріалами дослідження стали результати галузевої статистичної звітності, а методами — статистичний.

**Результати та обговорення.** При народженні у кожного сьомого новонародженого відмічаються відхилення у стані здоров'я. Після народження частота хворих дітей збільшується. Так, у 2010 р. захворюваність дітей вже на першому році життя становила 1591,9 на 1000 дітей відповідного віку. Зареєстроване зниження захворюваності дітей першого року життя з 1591,9 на 1000 дітей відповідного віку у 2010 р. до 1454,45 у 2014 р. Зниження захворюваності відбулося за всіма класами хвороб, за винятком природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій. Найбільш інтенсивними темпами відбулося зниження захворюваності на хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму (85,2 у 2010 р. і 71,24 у 2014 р.), стани, що виникають у перинатальному періоді (157,43 та 136,02), хвороби нервової системи (72,87 та 62,4 відповідно). Високий рівень захворюваності дітей першого року життя зумовлений високим рівнем хвороб органів дихання (812,2) та окремих станів, що виникають у перинатальному періоді (136,02), які займають провідні місця у структурі захворюваності дітей першого року життя. Загалом у структурі захворюваності дітей першого року життя у 2014 р. перше місце посіли хвороби органів дихання (55,84%), друге — окремі стани, що виникають у перинатальному періоді (9,35%), третє — хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму (4,89%), наступні місця — хвороби нервової системи, ока та його придаткового апарату та хвороби органів травлення.

**Висновки.** При високому рівні захворюваності дітей першого року життя відмічається зниження її показників в динаміці 2010-2014 року за всіма основними класами хвороб.

### ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНOSTІ ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ В СІЛЬСЬКИХ ТАКСОНАХ ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

**Григоренко Л. В., Шевченко О. А.<sup>1</sup>, Цимбалюк Т. А.<sup>2</sup>**  
<sup>1</sup>ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпропетровськ, Україна

<sup>2</sup> «Центр Первинної медико-санітарної допомоги №5», амбулаторія №3, м. Кривий Ріг, Україна

**Мета.** Оцінити захворюваність серед дорослого населення — мешканців 6-ти сільських таксонів Дніпропетровської області, за рівнями середньо-багаторічних показників.

**Матеріали і методи.** Вивчення стану здоров'я сільського населення проведено за програмою, розробленою на кафедрі гігієни та екології ДЗ «ДМА». На підставі даних офіційних статистичних звітів, була створена база даних про стан здоров'я дорослого населення, що мешкає на території 6 сільських таксонів Дніпропетровської області.

**Результати та обговорення.** Встановлено перевищення рівня захворюваності серед дорослого населення на сольову артропатію в 2, 3 і 4 таксонах: у (1,50–1,61) разів; (2,95–3,17) разів; (1,10–1,18) разів. Для хвороб шкіри і підшкірної клітковини позитивні темпи приросту спостерігаються у 2, 3 і 5 таксонах: +20,4%; +74,4%; +13,3%. Найвищий рівень захворюваності цих хвороб вірогідно виявлено серед сільських мешканців 3 таксону: (359,50±23,55)% 00 (p<0,05). При цьому, темпи приросту становили: +74,4% (по районах) та — 20,6% (по області). Найвища інтенсивність анемії спостерігалась серед сільських мешканців 2 таксону: (30,79±5,62)% 00.

**Висновки.** Результати нашого дослідження переконливо свідчать, що у 1 таксоні найбільша питома вага визначена для хвороб X (27,9%), IX (11,51%), XIV (7,74%) класів; у 2 таксоні: для хвороб X (25,32%), IX (13,9%), XIV (8,19%) класів; у 3 таксоні: для хвороб X (28,97%), IX (13,55%), та XIII класів (4,01%); у 4 таксоні: для хвороб X (26,17%), XIV (7,71%), XIII (4,03%) та XI класів (4,01%); у 5 таксоні: для X (27,79%), IX (12,17%), XII класів (4,44%); у 6 таксоні: для X (22,86%), IX (13,71%), XIV (6,84%) класів.

### МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПОРАНЕНИМ ПРИ УШКОДЖЕННЯХ ОРГАНУ ЗОРУ

**Жупан Б. Б.**

Національний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ», м. Київ, Україна

**Мета.** На підставі аналізу якості і ефективності надання медичної допомоги при пораненнях і травмах органу зору за даними військових конфліктів розро-



бити шляхи вдосконалення надання офтальмологічної допомоги на етапах медичної евакуації.

**Матеріали і методи.** Матеріалами дослідження слугували історії хвороб поранених, що лікувались у Національному військово-медичному клінічному центрі «ГВКГ», матеріали наукових літературних джерел інформації. Методи дослідження: системний і статистичний аналіз.

**Результати та обговорення.** В умовах медичного забезпечення збройного конфлікту рання спеціалізована офтальмологічна допомога проводиться силами штатних офтальмологів або офтальмологами груп посилення. Одне з основних завдань офтальмолога, працюючого на етапах евакуації, полягає в проведенні якісного медичного сортування. В першу чергу він зобов'язаний виділити групу поранених, що мають тяжкі поєднані травми. За відсутності загрози для життя виділяються наступні потоки: 1. Поранені з легкими ушкодженнями. 2. Поранені з ушкодженнями середньої тяжкості 3. Поранені з важкими ушкодженнями.

**Висновки.**

1. Розроблену організаційну схему надання медичної допомоги пораненим з ушкодженнями органу зору доцільно використовувати при плануванні лікувально-евакуаційних заходів в умовах існуючого збройного конфлікту і надзвичайних ситуаціях мирного часу.
2. Методика надання медичної допомоги при пораненнях і травмах органу зору може бути включена в програму навчання слухачів Української військово-медичної академії і студентів ВНЗ МОЗ України та на кафедрах медицини катастроф і військової медицини для розробки найбільш оптимальних варіантів організації надання медичної допомоги в локальних війнах, збройних конфліктах і надзвичайних ситуаціях мирного часу.

**СУЧАСНИЙ СТАН ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ — МЕШКАНЦІВ СІЛЬСЬКИХ ТАКСОНІВ ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

**Григоренко Л. В., Шевченко О. А., Дзяк М. В.<sup>1</sup>, Цимбалюк Т. А.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпропетровськ, Україна

<sup>2</sup>«Центр Первинної медико-санітарної допомоги №5», амбулаторія №3, м. Кривий Ріг, Україна

**Мета.** Оцінити стан здоров'я дітей віком до 14 років, за показниками розповсюдженості захворювань протягом 2008–2013 років у сільських таксонах Дніпропетровської області

**Матеріали і методи.** Аналіз показників розповсюдженості захворювань серед дитячого населення (по 15 класам за МКХ-Х) проведений у 22 адміністративних районах Дніпропетровської області, які були розподілені на 6 типів сільських таксонів.

**Результати та обговорення.** Найбільш розповсюдженими у структурі всіх захворювань у 1 таксоні серед дитячого населення віком до 14 років є: хвороби органів дихання (54,94%), травлення (6,49%), шкіри і підшкірної клітковини (4,11%), ендокринної системи (3,20%), крові і органів кровотворення (2,92%), нервової системи (2,71%), анемії (2,88%). Останніми за ранговим порядком є інфекційні і паразитарні захворювання (2,70%) та новоутворення (0,31%).

**Висновки.** Аналіз розповсюдженості хвороб системи кровообігу серед дитячого населення демонструє виражений ріст поширеності цих захворювань у 5 таксоні: по районах (+21,1%), по області (+42,3%); у 6 таксоні: по районах (+11,7%), по області (+31,2%). Найвищий приріст розповсюдженості хвороб крові та органів кровотворення відбувався серед сільських дітей у 2 таксоні: по районах (+10,0%), і по області (+33,1%); у 5 таксоні: по районах (+7,1%), по області (+29,6%); у 6 таксоні: по районах (+15,8%), по області (+42,7%).

Встановлена закономірність найвищої розповсюдженості серед дитячого населення хвороб системи органів дихання, шкіри і підшкірної клітковини, органів травлення, кістково-м'язової системи, ендокринної системи, крові та органів кровотворення, анемії, а також інфекційні і паразитарні хвороби.

**ФУНКЦІЇ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ З ПРОФІЛАКТИКИ ПОРУШЕНЬ ПСИХІКИ І ПОВЕДІНКИ ТА АЛКОГОЛІЗМУ**

**Защик Н. С., Кручаниця В. В.**

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» м. Київ, Україна

**Мета.** Визначити функції сімейних лікарів з профілактики порушень психіки і поведінки та алкоголізму.



**Матеріали і методи.** Бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу, описового і концептуального моделювання.

**Результати та обговорення.** Відповідно до кваліфікаційної характеристики та компетенцій основною функцією лікарів загальної практики — сімейних лікарів (ЛЗП-СЛ) є профілактична діяльність. Враховуючи зростання захворюваності населення на розлади психіки і поведінки та алкоголізм дорослого населення зростає потреба в профілактиці даної патології на первинному рівні надання медичної допомоги. Основними напрямками такої діяльності ЛЗП-СЛ є індивідуальне та сімейне консультування з питань збереження та зміцнення психічного здоров'я; надання психологічної підтримки при критичних психологічних станах; групові заняття в школі здоров'я з формуванням цільових груп для проведення занять, а також залучення до даної роботи певних контингентів для проведення роботи за принципом «рівний–рівному». Позитивні результати досягаються при сумісній профілактичній роботі ЛЗП-СЛ та служителів церкви.

**Висновки.** Запропоновано функції сімейних лікарів з профілактики порушень психіки і поведінки та алкоголізму.

## **ЗАБЕЗПЕЧЕНІСТЬ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ВИСОКОВАРТІСНИМ ОБЛАДНАННЯМ ЯК ФАКТОР ЯКІСНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

**Картавцев Р. Л., Бедний В. В.**

*ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» м. Київ, Україна*

**Мета.** Показати вплив рівня забезпеченості закладів охорони здоров'я сучасним високовартісним обладнанням на якість та ефективність медичної допомоги.

**Матеріали і методи.** Системного підходу та аналізу, порівняльного аналізу, структурно-логічного підходу.

**Результати і обговорення.** Якість медичної допомоги складається із трьох взаємопов'язаних складових: структури, процесу та результату. До складових структури відноситься і рівень забезпеченості закладу охорони здоров'я (ЗОЗ) ресурсами в тому числі обладнанням. Сучасне обладнання як правило є дорого вартісним, відноситься до осно-

вних фондів і як правило закуповується за бюджетні кошти централізовано. Крім того проблемою забезпечення ЗОЗ сучасним високовартісним обладнанням є в більшості випадків, особливо для ЗОЗ вторинного рівня надання медичної допомоги, відсутність його в переліку, як затверджений МОЗ України, як галузевий стандарт — «Табель оснащення» ЗОЗ відповідного рівня надання медичної допомоги. Проведене дослідження з інвентаризації ЗОЗ системи охорони здоров'я МОЗ України показало як на недостатній рівень їх забезпеченості обладнанням так і недостатньо раціональне його використання.

Наявність в ЗОЗ сучасного обладнання дозволяє впровадити ефективні технології, які базуються на даних з доведеною ефективністю та здатні виконати вимоги Клінічних протоколів і надати пацієнтам якісну медичну допомогу і нарешті отримати оптимальні результати лікування. Відсутність обладнання все вище наведене забезпечити не дозволяє. Приклад. Золотим стандартом медичної допомоги при церебральному інсульті є об'єктивна, за допомогою методів променевої діагностики, візуалізація патологічного процесу від результатів якої залежить лікувальна тактика. Відсутність необхідного діагностичного обладнання не дозволяє встановити вид патологічного процесу (ішемічний, геморагічний), а відповідно організувати і провести лікувальний процес. Результатом в Україні високий рівень летальності при церебральних інсультах, особливо в ЗОЗ вторинного рівня надання медичної допомоги, де відповідна апаратура відсутня і не передбачена «Табелями оснащення».

**Висновки.** Показано залежність якості та ефективності лікувальної допомоги від рівня забезпеченості ЗОЗ сучасним обладнанням.

## **АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ВИСОКОВАРТІСНИМ ОБЛАДНАННЯМ**

**Картавцев Р. Л., Пархоменко Г. Я.**

*ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна*

**Мета.** Визначити проблеми та можливі шляхи рішення із забезпечення закладів охорони здоров'я високовартісним обладнанням.





**Матеріали і методи.** Бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу, концептуального моделювання, системного підходу.

**Результати та обговорення.** Забезпечення закладів охорони здоров'я високовартісним обладнанням та його ефективне використання створює умови для своєчасної діагностики та надання якісної медичної допомоги пацієнтам. Проблемними питаннями є недосконала система планування, забезпечення та використання вказаного обладнання. В ході реформи стаціонарної медичної допомоги та створення лікарень інтенсивного лікування (ЛІЛ) необхідно переоснастити базові лікарні у відповідності до видів, обсягів надання медичної допомоги та забезпечення високої якості діагностики у відповідності до клінічних документів. Під час формування ЛІЛ необхідно передбачити виділення приміщень для встановлення обладнання та відповідні умови для його технічного обслуговування і використання в режимі роботи лікарні. Фінансування придбання та використання високовартісного обладнання можливе за рахунок розвитку державно-приватного партнерства.

**Висновки.** Визначено проблеми та шляхи їх рішення із забезпечення закладів охорони здоров'я високовартісним обладнанням.

## ПРОБЛЕМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ПРОМЕНЕВИМИ МЕТОДАМИ ДІАГНОСТИЧНИХ ОБСТЕЖЕНЬ ТА МОЖЛИВІ ШЛЯХИ ЇХ РІШЕННЯ

**Качур О. Ю.**

*ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна*

**Мета.** Визначити проблеми та можливі шляхи їх рішення із забезпечення населення променевими методами діагностичних обстежень.

**Матеріали і методи.** Бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу, концептуального моделювання, системного підходу.

**Результати та обговорення.** Встановлено проблеми із забезпечення населення променевими методами діагностичних обстежень, які носять нормативний, організаційний та матеріально-технічний характер.

До проблем нормативного характеру віднесено невідповідність галузевих стандартів з технічного забезпечення закладів охорони здоров'я клініч-

ним протоколам, високий рівень централізації нормативів штатного забезпечення, який не відповідає потребам в забезпеченні пацієнтів доступною діагностичною допомогою, невідповідність статичних облікових та звітних форм сучасним вимогам забезпечення якості медичної допомоги.

Організаційні проблеми полягають в такому: відсутність локальних клінічних протоколів, низький рівень укомплектованості лікарських посад при великій частці осіб пенсійного віку. Лікарі-радіологи не залучаються в клінічний процес ведення пацієнтів.

Проблеми матеріально-технічного характеру полягають в наявності високої частки обладнання, яке виробило свій функціональний потенціал та морально і технічно застаріло при відсутності розхідних матеріалів.

Для усунення існуючих проблем необхідно: прийняття нових галузевих стандартів по забезпеченню служби променевої діагностики та розробки сучасних індикаторів оцінки її діяльності при впровадженні механізмів державно-приватного партнерства фінансово-технічного забезпечення.

**Висновки.** Визначено проблеми та шляхи їх рішення із забезпечення населення променевими методами діагностичних обстежень.

## СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

**Гульчій О. П., Коблянська А. В., Туряниця С. М.**

*ДУ «Інститут гігієни та медичної екології ім. О. М. Марзєєва НАМН України»*

Політика в галузі охорони здоров'я здійснюється для досягнення конкретних цілей, описує пріоритети та очікування різних груп населення.

**Мета.** Провести аналіз використання державних програм в реалізації політики охорони здоров'я.

**Матеріали і методи.** Законодавчі документи і науково-методичні матеріали ВООЗ, основні документи України; використано діалектичний, міждисциплінарний, цілісний, системний, історичний, термінологічний підходи; застосовано такі методи, як узагальнення, класифікація та систематизація теоретичних та емпіричних даних, кількісний та якісний інформаційний аналіз.

**Результати та обговорення.** В Україні поширеність хронічних неінфекційних захворювань (НІЗ) є серйозною проблемою громадського здоров'я, яка негативно позначається на демографічній ситуації в



державі. Важливим складником благополуччя є здоров'я, збереження і зміцнення якого становить пріоритет політики, одним із інструментів якої є розробка та впровадження державних програм. За період з 1992 року в Україні виконувалось понад 25 державних програм з охорони здоров'я, суттєве місце серед яких займає Міжгалузева комплексна програма (МКП) «Здоров'я нації» на 2002–2011 рр., в основу якої були покладені рекомендації ВООЗ. Аналіз результатів виконання НДР (на прикладі 86 наукових робіт) у МКП «Здоров'я нації» та рівень їх впровадження в практику переконливо довели, що при розробці державної політики необхідно першочергово спрямувати зусилля на розробку національних планів щодо профілактики і боротьби з НІЗ. На сьогодні в Україні розроблено Проект Національного плану заходів з імплементації та реалізації програми Європейського Союзу щодо неінфекційних захворювань на період до 2020 року.

**Висновки.** Вважаємо, що одним з інструментів реалізації державної політики охорони здоров'я, а саме, розробка національних планів і програм, зокрема Національного плану заходів з імплементації та реалізації програми Європейського Союзу «Європейська стратегія здоров'я — 2020» щодо неінфекційних захворювань на період до 2020 року, має бути використання історичного досвіду виконання однієї з найбільш вагомих за результатами державних програм з охорони здоров'я в Україні — «Здоров'я нації».

## ОСНОВНІ ЗАСАДИ ЗАПРОВАДЖЕННЯ ПРИМІРНИХ ВІКОВИХ КАРТ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ МЕДИЧНИХ ОГЛЯДІВ СЕРЕД ДОРОСЛОГО НАСЕЛЕННЯ

**Кондратюк Н. Ю.**

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

Пріоритетність профілактичного вектору розвитку сучасної сфери охорони здоров'я вимагає вирішення багатьох проблем, пов'язаних з його реалізацією. Зокрема, особливої уваги потребують питання профілактики хронічних неінфекційних захворювань на рівні первинної ланки.

**Мета.** Розподіл населення за віковими групами з відповідним переліком медичних втручань.

**Матеріали і методи.** Бібліосемантичний, контент-аналіз.

**Результати та обговорення.** Планування профілактичних заходів сімейним лікарем повинно ґрунтуватися на співвідношенні змісту періодичних оглядів населення з індивідуальними особливостями пацієнта. Тому за доцільне є запровадження лікарем серед прикріпленого населення таких медичних заходів/досліджень, які є найбільш ефективними за умов їх оптимального цільового виконання.

Основними факторами, про які повинен пам'ятати лікар під час розробки схеми медичного огляду пацієнта є вік і стать. Окрім цього, для кожної вікової групи виділено так звані «групи підвищеного ризику» розвитку захворювань для яких провідними причинами смертності і захворюваності можуть виявитися й інші фактори.

Примірні вікові карти не слід розглядати як повний перелік профілактичних заходів, якими слід користуватися при проведенні періодичних профілактичних медичних оглядів. Швидше їх слід розцінювати як рекомендації, що включають ті превентивні заходи, клінічна ефективність яких переконливо доведена. Згідно даних з доведеною ефективністю, доцільним є розподіл прикріпленого контингенту дорослого населення на 4 вікові групи: від 18 до 39 років, 40–49 років, 50–64 роки та 65 років і старші. Для кожної із цих груп розроблено примірну вікову карту і визначено примірний перелік необхідних медичних втручань.

**Висновок.** Проведення профілактичних оглядів із використанням вікових карт дозволяє обрати найбільш прийнятні превентивні заходи і приділити особливу увагу тим профілактичним заходам, які спрямовані на запобігання лідируючих причин захворювання і втрати працездатності в певній віковій групі.

## ПОШИРЕНІСТЬ ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ СЕРЕД ЛІКАРІВ-ХІРУРГІВ ТА АНАСТЕЗІОЛОГІВ БАГАТОПРОФІЛЬНОГО ЛІКУВАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ

**Котуза А. С., Гордієнко Л. М.**

*Клінічна лікарня «Феофанія» Державне Управління Справами, м. Київ, Україна*

**Мета.** Визначення показників поширеності гіпертонічної хвороби (далі — ГХ) серед медичного персоналу хірургічного та анестезіологічного профілю КЛ «Феофанія».



**Матеріали і методи.** Лікарі хірургічного та анестезіологічного профілю – 50/31 – чоловіків та 11/11 – жінок (відповідно 48,5/30,0% і 10,7/10,7% від загальної чисельності). Методами дослідження були статистичний та аналітичний.

**Результати та обговорення.** За результатами диспансеризації, оцінкою індексу маси тіла, результатами дослідження загального холестерину та соціологічного опитування щодо вивчення способу життя (заняття фізкультурою, шкідливими звичками, режимом відпочинку та харчування...) і професійної діяльності (режим та інтенсивність роботи) встановлено, що у групі ризику щодо виникнення ГХ знаходяться 9/5 — чоловіків та 3/1 — жінок (відповідно 8,7–4,9% і 2,9–0,97% від загальної чисельності), хворіють АГІ ст. 6/5 — чоловіків та 1 — жінка (відповідно 5,8–4,9% і 0,97% від загальної чисельності), АГІІ ст. 2/1 — чоловіків (1,9/0,97% від загальної чисельності) лікарів хірургічного та анестезіологічного профілю. Встановлено, що із досліджуваного контингенту 65,04% осіб знаходяться в групі ризику.

**Висновки.** З метою запобігання виникнення та прогресування ГХ доцільно через довіреного лікаря сформувати цільові групи медичного персоналу (із врахуванням ступеня ГХ) та проводити заняття щодо пропагування здорового способу життя, постійного моніторингу показників артеріального тиску, здійснювати диспансерний нагляд дільничним лікарем (за інформацією від довіреного лікаря) за особами, які належать до групи ризику, контролювати виконання працівниками призначень лікаря, режим роботи та відпочинку, правильне та раціональне харчування, активний спосіб життя, відмова від шкідливих звичок, підтримка членів сім'ї при виявленні ГХ, санаторно-курортне лікування.

## АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ТА ПОШИРЕНOSTІ ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ

**Кошеля І. І.**

*ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна*

**Мета.** Вивчити та проаналізувати динаміку захворюваності хвороб населення України на хвороби системи кровообігу та їх поширеності в динаміці 2010–2014 рр.

**Матеріали і методи.** Дані галузевої статистичної звітності за 2010–2014 роки.

**Результати та обговорення.** В ході дослідження було встановлено, що у 2010 році показник захворюваності всього населення країни на хвороби системи кровообігу склав 5 219,6 на 100 тис. усього населення з часткою в структурі захворюваності 7,22%. В 2014 році відповідно дані показники склали 4 381,8 та 6,99%. Скорочення показників склало відповідно: 1,19 та 1,03 разів. У 2010 році показник захворюваності дорослого населення склав 6 108,8 на 100 тис. дорослого населення при його частці в структурі захворюваності 10,80%. У 2014 році відповідно, дані показники склали 5 136,3 та 10,60%. Скорочення показників склало відповідно: 1,19 та 1,01 разів.

Показник поширеності хвороб системи кровообігу серед всього населення країни в 2010 році склало 57 211,9 на 100 тис. усього населення з часткою в структурі поширеності хвороб 30,63%. У 2014 році відповідно, дані показники склали 52 718,8 та 30,99%. За роки дослідження зареєстровано зниження показника поширеності хвороб в 1,09 рази при тенденції до збільшення його частки в поширеності хвороб серед всього населення країни. Показник поширеності хвороб системи кровообігу серед дорослого населення країни в 2010 році склало 68 687,3 на 100 тис. усього населення з часткою в структурі поширеності хвороб 37,33%. В 2014 році відповідно дані показники склали 63 312,9 та 37,5%. За роки дослідження зареєстровано зниження показника поширеності хвороб в 1,08 рази при тенденції до збільшення його частки в поширеності хвороб серед всього населення країни.

**Висновки.** Встановлено зниження показників захворюваності населення України на хвороби системи кровообігу та поширеності вказаних хвороб, як чинник зменшення звернень населення за медичною допомогою.

## РОЛЬ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ — СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ В ПРОФІЛАКТИЦІ ВЖИВАННЯ НАСЕЛЕННЯМ НАРКОТИКІВ НЕ З МЕДИЧНОЮ МЕТОЮ

**Кручаниця В. В., Защик Н. С.**

*ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна*

**Мета.** Розробка системи заходів для здійснення на рівні первинної медико-санітарної допомоги



(ПМСД) лікарями загальної практики–сімейними лікарями (ЛЗП-СЛ) з метою профілактики вживання населенням наркотиків не з медичною метою.

**Матеріали і методи.** В ході виконання роботи використано бібліосемантичний метод та метод описового моделювання, а також результати наукових досліджень інституту та багаторічний особистий професійний досвід.

**Результати і обговорення.** Профілактична складова в професійній діяльності ЛЗП-СЛ є основною. Вона багатогранна і структурується за різними чинниками: за місцем проведення, цільовою аудиторією, формою проведення і т.д. Ефективна діяльність з профілактики вживання наркотиків є надзвичайно складною як за її організацією, так і за вибором цільової аудиторії і формою проведення.

Комплексна робота на рівні сім'ї із залученням всієї сім'ї, яка проводиться з метою профілактики соматичних хвороб, в цих випадках, як правило, позитивних результатів не дає. Часто отримуються протилежні результати. Дані вказують, що залучаються до прийому наркотиків особи у підлітковому чи молодому віці з соціально та економічно неблагополучних сімей та сімей, економічний стан яких є високим, а зайнятість батьків не дозволяє не тільки займатися проблемами дітей, а й цікавитися ними. В цих випадках однією з дієвих форм впливу є організація руху «рівний-рівному» із впливового оточення груп ризику, ЛЗП-СЛ в цих випадках має отримати підтримку неформальних лідерів та забезпечити їх необхідною інформацією.

**Висновки.** Запропоновані заходи на рівні ПМСД по зниженню вживання населенням наркотиків не з медичною метою. Вони носять профілактичний характер з застосуванням індивідуальних та масових форм впливу і формування активу з неформальних лідерів для проведення активної роботи за принципом «рівний-рівному».

## ХАРАКТЕРИСТИКА КЕРІВНОГО СКЛАДУ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

**Погоріляк Р. Ю., Гульчій О. П.**

*Ужгородський національний університет,*

*м. Ужгород, Україна*

*Національна академія медичних наук України,*

*м. Київ, Україна*

**Мета.** Вивчити статевий, віковий склад керівних кадрів охорони здоров'я Закарпатської області, а також їх стаж роботи та рівень кваліфікаційної категорії.

**Матеріали і методи.** Для проведення дослідження за спеціально розробленою анкетою було опитано 802 менеджери охорони здоров'я. отримані результати оброблялися за загальноприйнятими методами за допомогою пакету статистичного аналізу Statistica 6.0, Microsoft Exel.

**Результати та обговорення.** Усього було проаналізовано дані 802 менеджерів охорони здоров'я. Майже однакову частку із числа керівників закладів охорони здоров'я на регіональному рівні складають чоловіки і жінки, що вказує на дотримання гендерної політики в регіоні. Середній вік менеджерів та керівників структурних підрозділів складає для чоловіків 52,1–52,3 роки, а для жінок — 46–48 років. Проте, на нашу думку, досить високий відсоток керівників є особами пенсійного віку: серед головних лікарів та їх заступників — до 20%, серед керівників структурних підрозділів — до 30%, та й серед резерву — 8,5–15,6%. Середній стаж за спеціальністю становить 22,7 років серед осіб-управлінців та 19,1 рік у осіб, що знаходяться у резерві. До призначення на керівну посаду тільки 24,8% перебували у резерві та 34,1% пройшли вторинну спеціалізацію з управління. Не пройшли курси вторинної спеціалізації 16,8% із головних лікарів та їх заступників, 77,5% із керівників структурних підрозділів та 79,9% із резерву. Серед керівників закладів охорони здоров'я ту чи іншу кваліфікаційну категорію з «Організації та управління охороною здоров'я» отримали тільки 45,0% осіб.

**Висновки.** Можна виділити наступні проблеми серед керівних кадрів на регіональному рівні: висока питома вага осіб пенсійного віку; мала частка менеджерів, що знаходиться у резерві до призначення на керівну посаду; більше половини управлінців проходить вторинну спеціалізацію після призначення на посаду керівника; тільки 45% керівних кадрів мають ту чи іншу кваліфікаційну категорію з «Організації і управління охороною здоров'я».

## МОЖЛИВІ ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ПРАЦІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР СТАЦІОНАРІВ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

**Подольська Г. І., Троянов Д. П.**

*ДУ «Український інститут стратегічних досліджень  
МОЗ України», м. Київ, Україна*



**Мета.** Розробити шляхи оптимізації професійної діяльності медичних сестер, які працюють у стаціонарних відділеннях офтальмологічного профілю.

**Матеріали і методи.** Експертних оцінок, хронометражних досліджень, контент аналізу нормативних актів, описового моделювання, які базуються на системному підході.

**Результати і обговорення.** У ході дослідження з вивчення організації професійної діяльності медичних сестер, які працюють у стаціонарних відділеннях офтальмологічного профілю, виявлено ряд суттєвих недоліків в усіх її складових: структурі, процесі, що негативно відбивається на результатах. До встановлених недоліків відносяться недостатній рівень професійної, особливо практичної, підготовки, відсутність чіткого розподілу функцій між лікарями та медичними сестрами, між медичними сестрами та молодшими медичними сестрами, що призводить до виконання всіма учасниками процесу невласливих їм функцій, відсутність стандартів та технологій медичної діяльності, чітких організаційних графіків роботи, які визначають рівномірність професійного навантаження медичних сестер протягом доби, днів тижня, місяців року тощо.

Розроблені шляхи оптимізації професійної діяльності медичних сестер, які працюють у стаціонарних відділеннях офтальмологічного профілю скеровані на усунення виявлених недоліків носять в основному організаційний характер та впроваджуються на рівні закладу охорони здоров'я прийняттям управлінських рішень. На сьогодні вони апробуються в Київському центрі мікрохірургії ока.

**Висновки.** Розроблені шляхи оптимізації професійної діяльності працюючих у стаціонарних відділеннях офтальмологічного профілю медичних сестер, які носять організаційний характер, впроваджуються на рівні закладу охорони здоров'я прийняттям управлінських рішень і не потребують додаткового фінансування.

## ЩОДО ГОТОВНОСТІ ОРГАНІЗАТОРІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗАКАРПАТТЯ ДО АВТОНОМІЗАЦІЇ ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ

**Скрип В. В.**

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень  
МОЗ України», м. Київ, Україна

**Мета.** Визначити рівень готовності організаторів охорони здоров'я Закарпатської області до автономізації закладів охорони здоров'я.

**Матеріали і методи.** За спеціально розробленою анкетною було опитано 97 організаторів охорони здоров'я Закарпатської області. Статистично анкети опрацьовані з використанням загальноприйнятих методик.

**Результати та обговорення.** Результати соціологічного дослідження серед організаторів охорони здоров'я показали вкрай низький рівень знань про умови перетворення закладів охорони здоров'я в неприбуткові некомерційні підприємства та особливості їх функціонування ( $5,15 \pm 1,1\%$ ). При цьому, організатори охорони здоров'я вкрай низько оцінили рівень своїх теоретичних знань та практичних навичок з наступних питань: управління фінансами в умовах роботи неприбуткового некомерційного підприємства ( $3,09 \pm 0,9\%$ ), організації господарської діяльності ( $4,12 \pm 1,0\%$ ), організації кадрової політики ( $2,06 \pm 0,8\%$ ), ефективного використання ліжкового фонду в умовах неприбуткового некомерційного підприємства ( $8,25 \pm 1,0\%$ ), організації конкурентоздатності підприємства ( $1,03 \pm 0\%$ ). У зв'язку з наведеним, тільки  $5,15 \pm 1,1\%$  із опитаних організаторів охорони здоров'я підтримує переведення закладів охорони здоров'я в неприбуткові некомерційні підприємства.

**Висновки.** Встановлено низький рівень готовності організаторів охорони здоров'я Закарпатської області до автономізації закладів охорони здоров'я, що потребує проведення їх підготовки в закладах післядипломної освіти.

## ПРО НЕОБХІДНІСТЬ СТВОРЕННЯ СИСТЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ В ОФТАЛЬМОЛОГІЇ

**Троянов Д. П., Подольська Г. І.**

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень  
МОЗ України», м. Київ, Україна

**Мета.** Обґрунтувати необхідність створення системи реабілітації прооперованих пацієнтів офтальмологічного профілю та запропонувати концептуальні підходи до її створення.

**Матеріали і методи.** Базуючись на системному підході, використано методи концептуального та описового моделювання.



**Результати та обговорення.** Встановлено відсутність системи реабілітації пацієнтів офтальмологічного профілю в тому числі в післяопераційному періоді. Прооперовані пацієнти у більшості випадків, особливо із сільської місцевості, не регулярно відвідують лікарів-офтальмологів. Сімейні лікарі до проведення реабілітації вказаних пацієнтів не підготовлені. Відсутність реабілітації після операцій на органі зору знижує ефективність операційних втручань по збереженню зору у хворих та високому рівню повторних втручань і їх інвалідизації. Рекомендовано створення системи медико-соціальної реабілітації пацієнтів, що перенесли хірургічні втручання на органі зору. Вона полягає в наступному: запровадження наступності в наданні медичної допомоги за її рівнями з розробкою детальних індивідуальних програм реабілітації для кожного прооперованого пацієнта; створення відділень (санаторіїв) після хірургічної реабілітації пацієнтів офтальмологічного профілю; розроблення функцій лікарів загальної практики-сімейних лікарів з проведення контролю реабілітації вказаної категорії населення за визначеними індикаторами.

**Висновки.** Обґрунтовано необхідність та запропоновано концептуальні підходи до створення системи реабілітації пацієнтів офтальмологічного профілю в післяопераційному періоді.

## РОЛЬ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ЕФЕКТИВНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ

**Чопей І. В., Слабкий Г. О., Рогач І. М.,  
Качала Л. О., Шип Д. Я.**

*Ужгородський національний університет,  
м. Ужгород, Україна*

**Мета.** Визначити рівень комп'ютеризації закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) первинного рівня надання медичної допомоги та місце інформатизації в забезпеченні ефективної діяльності сімейних лікарів.

**Матеріали і методи.** Дані оперативного моніторингу щодо комп'ютеризації ЗОЗ первинного рівня надання медичної допомоги та визначення ролі і місця інформаційних технологій в забезпеченні ефективної діяльності сімейних лікарів. Також використано метод концептуального моделювання та структурно-логічного аналізу.

**Результати та обговорення.** За даними оперативного моніторингу рівень комп'ютеризації ЗОЗ пер-

винного рівня надання медичної допомоги склав 9,8%, а доступом до системи Інтернетом із числа комп'ютеризованих забезпечено 19,4%. Визначено концептуальні напрямки використання інформаційних технологій в діяльності сімейних лікарів. До них відносяться: автоматизований облік роботи сімейних лікарів та сімейних медичних сестер; автоматизований реєстр прикріпленого населення та стану його здоров'я; облік господарської та фінансової діяльності; формування звітів у відповідності до форм статистичної звітності; створення сайту ЗОЗ; оперативне отримання необхідної інформації; отримання телемедичних консультацій; планування консультацій пацієнтів на вторинному рівні надання медичної допомоги та планової госпіталізації.

**Висновки.** Рівень комп'ютеризації закладів охорони здоров'я первинного рівня надання медичної допомоги є недостатнім для забезпечення ефективного використання інформаційних технологій в практичній діяльності сімейних лікарів. Визначені основні концептуальні напрямки використання інформаційних технологій при наданні первинної медико-санітарної допомоги.

## ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ ОПИТУВАННЯ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ ДО ІСНУЮЧИХ ПІДХОДІВ ДО ДИСПАНСЕРИЗАЦІЇ ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ

**Кондратюк Н. Ю., Шестак Н. В.**

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

Більшість економічно розвинених країн світу досягли успіху загалом у справі охорони здоров'я тому, що свої проблеми вирішували на основі профілактичних медичних технологій. Сьогодні успішно вирішити будь-яку проблему медицини можливо, лише в профілактичній площині.

**Мета.** Виявлення ставлення лікарів первинної ланки до існуючої системи диспансеризації дорослого населення.

**Матеріали і методи.** Анкетування сімейних лікарів у 2011, 2013 і 2014 роках; соціологічний та статистичний методи для обробки результатів. При проведенні дослідження було роздано 198 анкет, аналізу та подальшій статистичній обробці підлягали 129 із них.



**Результати та обговорення.** Основним завданням опитування було визначити ставлення сімейних лікарів до проведення диспансеризації дорослого населення та виявити можливі недоліки існуючої системи. Середній стаж роботи лікарем опитаних становив 22,48 років (від 38 до 1 року). Достатньо ефективними існуючі підходи до диспансеризації дорослого населення вважають лише 11,63% опитаних, неефективними — 69,77% та 18,60% не змогли визначитись із відповіддю. Окрім цього тільки 20,93% опитаних вказали, що мають достатньо часу для проведення диспансеризації (72,09% — вважають, що часу замало а 6,98% не змогли визначитись із відповіддю), достатнє матеріально-технічне забезпечення закладів охорони здоров'я відзначили 23,26% (недостатнім його вважають 74,42%; 2,33% не визначились) на достатнє забезпечення первинної ланки кадрами вказали 60,47% опитаних.

Варто зазначити, що про достатньо скрутному матеріально-технічному оснащенні та тотальній недостатності часу респонденти зазначили, що охоплення диспансерними оглядами, в середньому, становить: 50,58% дитячого населення, 44,35% дорослих працездатного віку і 41,63% осіб віку старше за працездатний.

**Висновок.** Соціально-гігієнічні дослідження дають змогу проілюструвати проблеми з якими щоденно зіштовхуються лікарі первинної ланки при проведенні диспансеризації дорослого населення та сприяти розробці заходів з її удосконалення.

### КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВ ПАЦІЄНТІВ У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

*Шишацька Н. Ф., Крохмалюк Л. В.*

*ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна*

**Мета.** Розробка концептуальних підходів до забезпечення прав пацієнтів у системі охорони здоров'я України

**Матеріали і методи.** Концептуального моделювання, системного підходу та структурно-логічного аналізу.

**Результати і обговорення.** Запропоновані заходи до забезпечення прав пацієнтів у системі охорони здоров'я на всіх рівнях управління. Вони полягають в наступному.

На рівні Верховної Ради України рекомендується прийняти Закон України «Про забезпечення прав пацієнтів», яким на законодавчому рівні закріпити у вітчизняній системі охорони здоров'я міжнародні правові норми, базуючись на нормах «Європейської Хартії прав пацієнтів». Постановою КМУ затвердити механізми втілення в практику правових норм Закону України «Про забезпечення прав пацієнтів» та джерела фінансування організаційних заходів. Відповідальним за впровадженням вказаного закону в практичну діяльність має бути Міністерство охорони здоров'я України. МОЗ України, з залученням наукового потенціалу та ресурсів міжнародних та громадських організацій, має підготувати низку наказів, організаційних керівництв, методичних рекомендацій та інструкцій по забезпеченню комплексу заходів з забезпечення прав та гідності пацієнтів в системі охорони здоров'я на всіх етапах та рівнях отримання медичної допомоги та міжсекторальному забезпеченню права населення на здоров'я. На центральному рівні управління до рішення комплексної проблеми по забезпеченню прав пацієнтів мають бути залучені профільні лікарські асоціації та впроваджено в типові навчальні програми на до- та післядипломному рівнях підготовки спеціалістів питання забезпечення прав пацієнтів в системі охорони здоров'я. На рівні закладів охорони здоров'я дана проблема повинна вирішуватися шляхом інформування медичних працівників з питань прав пацієнтів та розробки комплексу заходів організаційного характеру з мотивацією до їх виконання медичних працівників. Контроль можуть здійснювати представники опікунських (наглядових) рад.

**Висновки.** Запропоновані концептуальні підходи до забезпечення прав пацієнтів у системі охорони здоров'я, впровадження яких дозволить досягти в Україні європейських стандартів.

### ПРІОРИТЕТИ СЛУЖБИ НЕОНАТОЛОГІЇ УКРАЇНИ В КОНТЕКСТІ РЕАЛІЗАЦІЇ СТРАТЕГІЇ ВООЗ «КОЖЕН НОВОНАРОДЖЕНИЙ»

*Шунько Є. Є<sup>1</sup>, Ковальова О. М.<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л.Шупика, м. Київ, Україна*

*<sup>2</sup>ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна*



**Мета.** Визначити пріоритети служби неонатології України в контексті реалізації стратегії ВООЗ «Кожен Новонароджений» щодо припинення попереджувальних смертей новонароджених.

**Матеріали і методи.** Проведено аналіз смертності новонароджених в Україні за методологією, запропонованою ВООЗ. Інформаційною базою для дослідження стали «MATRIX-BABIES» та уніфіковані звіти (2014 р.), які надали головні позаштатні неонатологи з усіх областей.

**Результати та обговорення.** В Україні найбільше помирає новонароджених у два критичні періоди: упродовж 0-6 діб життя (40,2%) та упродовж 28 доби — 1 року життя (37,5%). За I тиждень життя 30,2% дітей помирають у перинатальних центрах, 28,3% — у пологових відділеннях центральних районних лікарень (ЦРЛ). Новонароджені в Україні помирають від 3 основних причин — вроджених вад розвитку (16,9%), внутрішньоматкової гіпоксії й асфіксії в пологах (13,7%) та синдрому респіраторного розладу (12,9%). У пологових відділеннях ЦРЛ та дитячих лікарнях помирають діти з масою > 1500 г при народженні, відповідно 70,8% та 59,2%, а в ПЦ і пологових будинках — глибоко недоношені, відповідно 70,2% та 62,1%. У відділеннях інтенсивної терапії також переважають діти, які народились з вагою більше за 1500 г — 82,1%. Таким чином, метою служби неонатології в Україні є припинення попереджувальних смертей новонароджених та зменшення частоти розвитку інвалідизуючої патології. Шлях досягнення мети — розроблення національного плану дій в рамках ініціативи ВООЗ «Кожен Новонароджений». При цьому основними пріоритетами служби повинні стати:

- Діти з вагою більше 1500 г Чому вони вмирають?
- Менеджмент передчасно народжених дітей.
- Організація катамнестичного спостереження.
- Подальша регіоналізація перинатальної допомоги.
- Подальша уніфікація / стандартизація надання медичної допомоги новонародженим.

**Висновки.** Аналіз смертності новонароджених за методологією ВООЗ дозволив виявити слабкі місця в системі надання перинатальної допомоги та визначити головні пріоритети служби неонатології.



