

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
НАВЧАЛЬНО – НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ІННОВАЦІЙНИХ ОСВІТНІХ
ТЕХНОЛОГІЙ**

Кафедра менеджменту,
публічного управління та персоналу

**МЕДИЧНЕ САМОВРЯДУВАННЯ В ОРГАНІЗАЦІЇ
ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Спеціальність «Менеджмент закладів охорони здоров'я»
Кваліфікаційна робота за освітнім ступенем «магістр»

Студент спеціальності «Менеджмент
закладів охорони здоров'я»
Єршов Д.В.

(підпис)

Науковий керівник,
к.е.н., доц. **Жуковська А.Ю**

(підпис)

Кваліфікаційну роботу допущено до захисту
«__» _____ 2023 року
Зав. кафедри, д.е.н., професор
Шкільняк М.М.

Прізвище, ініціали _____ (підпис)

Тернопіль – 2023

ЗМІСТ

Вступ.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ МЕДИЧНОГО САМОВРЯДУВАННЯ В ОРГАНІЗАЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	
1.1. Зміст і значення медичного самоврядування в організації діяльності закладу охорони здоров'я.....	5
1.2. Зарубіжний досвід медичного самоврядування в сфері охорони здоров'я.....	16
Висновки до розділу 1.....	15
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ МЕХАНІЗМУ МЕДИЧНОГО САМОВРЯДУВАННЯ В ОРГАНІЗАЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ ДОСЛІДЖУВАНОВОГО ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	
2.1. Аналіз організації діяльності закладу охорони здоров'я.....	16
2.2. Оцінка чинної практики управління закладом охорони здоров'я.....	21
2.3. Системний аналіз механізму медичного самоврядування в організації діяльності досліджуваного закладу охорони здоров'я та його інструментів...	27
Висновки до розділу 2.....	33
РОЗДІЛ 3. ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМУ МЕДИЧНОГО САМОВРЯДУВАННЯ В ОРГАНІЗАЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ ДОСЛІДЖУВАНОВОГО ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	
3.1. Лікарське самоврядування як інструмент реалізації кадрової політики в сфері охорони здоров'я	35
3.2. Напрямки удосконалення системи підвищення кваліфікації медичних працівників	41
Висновки до розділу 3.....	46
Висновки.....	48
Список використаних джерел.....	50

Вступ

Актуальність теми дослідження. Менеджмент в сфері охорони здоров'я і її закладів передбачає управління фінансовими, трудовими, матеріальними, інформаційними та іншими ресурсами. Основною метою менеджменту в сфері охорони здоров'я є зниження втрат суспільства від захворюваності, інвалідності та смертності. Цього дозволяють досягти ресурсні, управлінські, кадрові процеси та їх оптимізація.

В умовах реформування в сфері охорони здоров'я особливого значення набуває необхідність підвищення ефективності діяльності закладів охорони здоров'я, для чого потрібно впровадити нові форми, методи і моделі управління всіма ланками медичного закладу як системи. Однією із таких форм є медичне самоврядування.

Ступінь висвітлення в літературі. Шляхи вирішення питань ефективного управління закладами здравооохоронної сфери і вдосконалення їх діяльності щодо надання якісних медичних послуг, залучення до управлінських процесів організацій сфери охорони здоров'я стейкхолдерів відобразили у своїх наукових дослідженнях О. Бевз, Д. Горбатова, Т.Желюк, А.Жуковська, Н.Кривокульська, О. Мартишин, Г. Муляр, Т. Савіна, М.Шкільняк, В. Юнгер, Я. Янчак та інші теоретики і практики. Однак, системні дослідження питання механізму медичного самоврядування в організації діяльності досліджуваного закладу охорони здоров'я і його вдосконалення у науковій літературі відсутні. Це посилює актуальність теми здійснюваного дослідження, її мети і завдань.

Метою дослідження є теоретичне обґрунтування і формування практичних рекомендацій щодо вдосконалення механізму медичного самоврядування в організації діяльності КНП «Міська багатопрофільна клінічна лікарня матері та дитини ім. проф. М.Ф. Руднева».

Для досягнення мети ставились такі **завдання**:

- розкрити зміст і обґрунтувати значення медичного самоврядування в організації діяльності закладу охорони здоров'я;

- дослідити зарубіжний досвід медичного самоврядування в сфері охорони здоров'я;
- здійснити аналіз організації діяльності закладу охорони здоров'я;
- оцінити чинну практику управління закладом охорони здоров'я;
- провести системний аналіз механізму медичного самоврядування в організації діяльності досліджуваного закладу охорони здоров'я та його інструментів;

Об'єктом дослідження є процес медичного самоврядування в організації діяльності закладу охорони здоров'я.

Предметом дослідження є теоретичні і прикладні питання вдосконалення механізму медичного самоврядування в організації діяльності закладу охорони здоров'я.

Для досягнення мети ми застосовували наступні **методи дослідження**: системного аналізу (для: аналізу організаційного супроводу діяльності закладу і надання ним медичних послуг – розділ 2); факторного аналізу (для оцінки факторів впливу, яку зумовлюють потребу вдосконалення механізму медичного самоврядування в організації діяльності закладу охорони здоров'я – розділ 2); структурного аналізу (для структурного представлення інструментів, використовуваних в процесі здійснення медичного самоврядування в організації діяльності КНП «Міська багатопрофільна клінічна лікарня матері та дитини ім. проф. М.Ф. Руднева» – розділ 3).

Теоретична новизна кваліфікаційного дослідження розкривається в розвитку теоретичних положень щодо медичного самоврядування в організації діяльності закладу охорони здоров'я.

Практичне значення одержаних результатів полягає у тому, що практичні рекомендації, напрацьовані автором у дослідженні, є основою для подальшого розв'язання питання удосконалення механізму медичного самоврядування в організації діяльності КНП «Міська багатопрофільна клінічна лікарня матері та дитини ім. проф. М.Ф. Руднева».

Апробація результатів дослідження. За результатами роботи опубліковано тези у збірниках тез доповідей конференцій [6-7].

Структура та обсяг роботи. Випускна кваліфікаційна робота розміщена на 54 сторінках, включає три розділи, список використаних джерел із 43 позицій, 22 рисунки і 12 таблиць.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ МЕДИЧНОГО САМОВРЯДУВАННЯ В ОРГАНІЗАЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Зміст і значення медичного самоврядування в організації діяльності закладу охорони здоров'я

Організація діяльності закладу охорони здоров'я є загальною функцією управління (рис. 1.1).

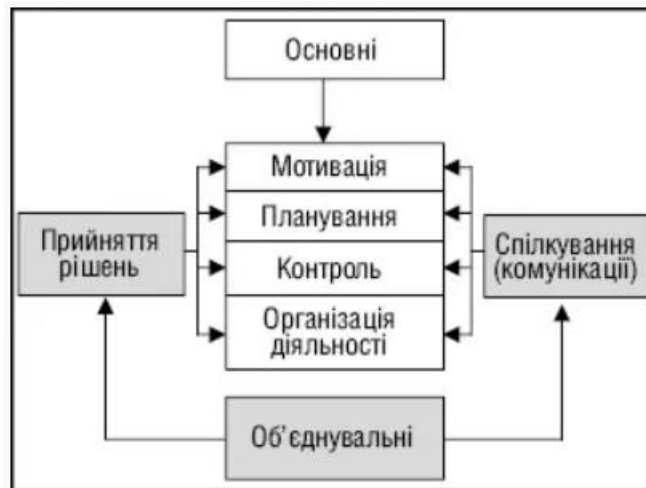


Рис. 1.1. Організація діяльності закладу охорони здоров'я

Примітка. Сформовано автором

Організація діяльності закладу здравооохоронної сфери є формою цілеспрямованого впливу на колектив (або групу) працівників цього закладу з метою побудови і впорядкування їх діяльності, оптимізації організаційної структури управління закладом, налагодження інформаційно-комунікативних каналів і зв'язків задля досягнення мети і завдань діяльності, які поставлені перед закладом, і зафіксовані в його регламентах.

Також організація діяльності закладу охорони здоров'я передбачає:

- побудову внутрішньо- і зовнішньоорганізаційних відносин закладу і його працівників;

- участь медичного персоналу у прийнятті управлінських рішень стосовно існуючої або майбутньої діяльності закладу в питаннях надання якісних медичних послуг;

- захист прав й інтересів як самого закладу охорони здоров'я, так і його працівників.

Таке змістове наповнення процесу організації діяльності закладу охорони здоров'я ставить питання місця і ролі медичного працівника у процесах:

- управління і регулювання діяльності закладу охорони здоров'я;
- прийняття медичним закладом важливих стратегічних рішень щодо розвитку як цього закладу, так і його персоналу;
- покращення якості медичних послуг, пропонованих пацієнтам;
- інформаційного супроводу діяльності медичного закладу.

Отже, йдеться про принципи і підходи, які повинні бути покладені в основу організації діяльності закладу охорони здоров'я, які відобразатимуть:

- участь працівників в адміністративно-управлінських процесах;
- професійну автономію та відповідальність медичних працівників за якість надання медичної допомоги;

Також йдеться про те, що такі принципи і підходи:

- регулюватимуть професійну діяльність;
- сприятимуть якіснішому наданню медичних послуг через залучення професійних знань і досвіду медичного персоналу до процесів управління закладом;
- захищатимуть права та інтереси медичних працівників;
- сприятимуть покращенню взаємодії між медичним та адміністративно-управлінським персоналом.

Ці принципи і підходи, які повинні бути основоположними в процесі організації діяльності здравооохоронного закладу, відображає медичне самоврядування.

Актуальність питання медичного самоврядування також обумовлюють фактори, що ускладнюють управління організаціями охорони здоров'я. Їх умовно можна поділити на дві групи за способом виникнення: фактори зовнішнього середовища і фактори внутрішнього середовища.

До чинників зовнішнього середовища віднесемо:

- з боку держави: високі ліцензійні вимоги до діяльності щодо надання медичних послуг.

- з боку постачальників: висока вартість медичних матеріалів та обладнання;

- з боку споживачів: високий рівень недовіри до медицини; проблеми у забезпеченні доступності і якості медичних послуг.

До факторів внутрішнього середовища належать:

- низький рівень діагностичних послуг, які надаються окремими закладами охорони здоров'я;

- неналежний обсяг пропонованих реабілітаційних послуг;

- низька якість реклами та маркетингу в діяльності закладів здравооохоронної сфери;

- невисока управлінська кваліфікація менеджерів закладів, що є бар'єром для повноцінного проведення реформи здравооохоронної галузі і її організацій;

- дефіцит висококваліфікованих медичних кадрів, особливо, у сільській місцевості;

- дефіцит фінансових ресурсів.

У сукупності, взаємодіючи між собою, ці чинники призводять до гальмування розвитку сучасної медицини.

Таким чином, можна виокремити основні проблеми, що виникають у процесі управління медичними установами на сучасному етапі:

1. Проблема недофінансування.

2. Низький рівень довіри громадян до системи охорони здоров'я.

3. Проблеми якості та доступності медичних послуг.

4. Дефіцит висококваліфікованих медичних кадрів.

5. Низька управлінська кваліфікація керівників різних організаційних рівнів і управлінських працівників організацій охорони здоров'я.

Отже, головними системоутворювальними чинниками ефективного функціонування медичних закладів та управління ними є:

- удосконалення організаційної підсистеми закладів охорони здоров'я для забезпечення надання більш якісної безоплатної медичної допомоги та медичних послуг громадянам;

- забезпечення медичних установ достатньою кількістю висококваліфікованих медичних і адміністративно-управлінських кадрів;

- ресурсне забезпечення та розвиток інфраструктури закладів охорони здоров'я з використанням інноваційних підходів.

Отже, основні аспекти медичного самоврядування включають: прийняття управлінських рішень; управління якістю медичних послуг; професійну етику; професійні навчання й розвиток; командну роботу та колективну участь (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Основні аспекти медичного самоврядування

Основні аспекти медичного самоврядування
1
1. Прийняття рішень:
○ Медичні фахівці беруть участь у процесі прийняття рішень, пов'язаних з організацією надання медичних послуг.
○ Вони мають можливість висловлювати свої думки і рекомендації з питань, що стосуються їхньої професійної діяльності.
2. Управління якістю:
○ Медичні працівники беруть активну участь у визначенні стандартів якості медичної допомоги.
○ Медичні працівники можуть вносити пропозиції щодо вдосконалення процесів та методів лікування.
3. Професійна етика:
○ Медичні працівники дотримуються високих стандартів професійної етики в рамках своєї самостійної професійної діяльності.
○ Медичні працівники можуть взяти на себе відповідальність за власний професійний розвиток та підтримання високих етичних стандартів надання медичних послуг.
4. Навчання та розвиток:
○ Медичне самоврядування передбачає можливість для медичних працівників брати участь у навчанні та професійному розвитку для підвищення кваліфікації.
5. Колективна участь:
○ Медичні працівники можуть формувати професійні об'єднання або асоціації, що дозволяє їм спільно вирішувати питання, пов'язані із здоров'ям, медичною практикою та діяльністю закладів охорони здоров'я.

Примітка. Сформовано автором самостійно

На значимість медичного самоврядування в організації діяльності закладу охорони здоров'я вказує пояснювальна записка до проекту Закону України «Про самоврядування в сфері охорони здоров'я в Україні» [].

Витяг із цього документу представлений в табл. 1.2.

Таблиця 1.2

Витяг із документу [пояснювальна]

Витяг із пояснювальної записки до проекту Закону України «Про самоврядування в сфері охорони здоров'я в Україні»
1
Мета
Метою розроблення проекту Закону України «Про самоврядування в сфері охорони здоров'я в Україні» (проект Закону) є:
- закріплення на законодавчому рівні статусу самоврядних організацій, їх місця і ролі у системі управління медичними та фармацевтичними професіями та загалом сферою охорони здоров'я;
- впровадження з урахуванням вітчизняного та міжнародного досвіду моделі медичного та фармацевтичного самоврядування, яка надасть можливість суб'єктам господарської та професійної діяльності здійснювати саморегулювання медичної діяльності і створить законодавчі підстави для делегування лікарям, фармацевтам, сестрам медичним (братам медичним) та іншим медичним працівникам, об'єднаним у самоврядні організації, окремих функцій, які на сьогодні здійснюються органами державної влади;
- врегулювання питання захисту прав та інтересів як представників медичних та фармацевтичних професій, так і пацієнтів.
Обґрунтування необхідності прийняття акту
Рівень демократичного розвитку суспільства та розбудови правової держави прямо пов'язані з ефективністю функціонування галузевих саморегулювних і самоврядних об'єднань, що представляють інтереси певної професії, галузі чи сфери діяльності, та є одним з важливих елементів громадянського суспільства в Україні.
Відсутність законодавчого визнання державою галузевих самоврядних об'єднань виключає можливість їх реального впливу на суспільні процеси. При цьому ефективність діяльності існуючих галузевих об'єднань перебуває на низькому рівні. «Мадридська декларація», прийнята 39-ю Всесвітньою медичною асамблеєю 1987 року, наголошує на необхідності самоврядування медичної професії та встановлення професійної автономії.
Сформульовані в документі основні принципи медичного самоврядування, спрямовані на задоволення потреб пацієнтів та захист прав медичних працівників. У більшості країнах-членах Європейського Союзу прийнято закони, згідно з якими медичному самоврядуванню делеговано низку важливих регулятивних функцій системи охорони здоров'я, а також окреслено основні організаційні засади професійної діяльності представників медичних та фармацевтичних професій.
В Україні самоврядні медичні та фармацевтичні організації діють виключно у вигляді громадських об'єднань та в межах законодавства про зазначені об'єднання. Нормативно не регульовано питання статусу, місця і ролі самоврядних медичних організацій у системі управління медичними професіями та загалом сферою охорони здоров'я, а також порядок взаємодії з органами державної влади.
За відсутності конкретних повноважень самоврядні організації не спроможні ефективно впливати на формування та реалізацію державної політики, захищати права та інтереси як представників медичних та фармацевтичних професій, так і пацієнтів. На сьогодні, самоврядні медичні та фармацевтичні організації здебільшого беруть участь у безперервному професійному розвитку лікарів як організатори освітніх заходів.
З метою врегулювання діяльності самоврядних організацій, які сприятимуть охороні та зміцненню здоров'я українського народу, братимуть участь у вирішенні проблем сфери охорони здоров'я, сприятимуть професійному розвитку кадрових ресурсів сфери охорони здоров'я, їх правовому та соціальному захисту, задоволенню законних соціальних, економічних та інших спільних інтересів, перед Україною постає завдання створення та впровадження з урахуванням вітчизняного та міжнародного досвіду моделі медичного та фармацевтичного самоврядування, побудованого на принципах автономії професійної діяльності.

Отже, підсумуємо усе вищевикладене: якість медичної допомоги і медичних послуг залежить, з одного боку, від рівня розвитку здравоохоронного закладу, з іншого – від його оснащеності високотехнологічним обладнанням і матеріалами. Обидва напрями роботи закладу потребують залучення не тільки адміністративно-управлінського персоналу, а й кваліфікованих медичних кадрів, здатних ухвалювати раціональні рішення, ґрунтуючись на науковому підході. Це дозволить забезпечити економічну та клінічну ефективність сучасних методів лікування, а також результативне і гнучке управління закладами охорони здоров'я в сучасних умовах.

1.2. Зарубіжний досвід медичного самоврядування в сфері охорони здоров'я

У другій половині 19 століття в Європі почали створювати професійні (за окремими спеціальностями) організації медичних працівників, проте вони ніколи і ніде не відігравали провідної ролі в громадському медичному русі, оскільки в цьому русі лідерами були медичні асоціації (і палати), як єдині організації, які відстоюють професійні потреби та інтереси.

Паралельно, існуючи то самотійно, то зливаючись з асоціаціями, стали виникати медичні палати і медичні ради, тобто громадські організації, які забезпечували юридичний захист особам, що займаються офіційною медичною практикою. В окремих країнах ці організації існували незалежно від асоціацій, а в інших - поєднували правові та дисциплінарні функції з іншими завданнями і функціями, здійснюваними незалежними медичними асоціаціями.

До початку 20 століття в низці країн відбулося об'єднання різних громадських медичних організацій (лікарських палат, рад та інших) у національні медичні асоціації, в інших країнах вони існували самотійно. Але, практично в жодній країні світу не змішувалися питання клінічної практики в рамках товариств за окремими спеціальностями і ті, що вирішувалися в рамках об'єднан-

ня лікарів, незалежно від спеціальності, оскільки вони між собою істотно відрізнялися за завданнями, функціями, структурою, своїми можливостями.

Природно, їхня роль значно відрізнялася від державних регуляторних органів і належала до сфери суспільних інтересів. Незалежно від тієї чи іншої назви всі лікарські об'єднання за критерієм характеру участі в них можна умовно розділити на 3 групи:

- з добровільною участю;
- з обов'язковою участю;
- з добровільно-примусовою участю (табл. 1.3).

Таблиця 1.3

Групування лікарських об'єднань за критерієм характеру участі в них

№ з/п	Групи лікарських об'єднань і їх характеристики
1	2
1	<p>Лікарські об'єднання з добровільною участю. До них належать майже всі професійні товариства (за окремими спеціальностями або їхніми групами). Такі товариства, як правило, вирішують суто професійні питання (обговорення нових методів лікування, профілактики, діагностики та реабілітації, та їхніх результатів, вироблення напрямів подальшого розвитку спеціальностей, розроблення (участь) професійних та освітніх стандартів, розроблення (участь) клінічних рекомендацій, випуск фахових видань тощо) без широкої участі у розв'язанні суспільних проблем. До цієї ж групи належить і низка медичних асоціацій, які активно співпрацюють з органами державної влади, представляють інтереси лікарського співтовариства, розв'язують етичні та деонтологічні проблеми, займаються питаннями забезпечення якості, організують інформаційне забезпечення, опікуються питаннями законодавства в галузі охорони здоров'я тощо. Лікарі-члени першої групи співтовариств платять у них внески, чітко знаючи, що вони за це отримають.</p>
2	<p>Лікарські об'єднання з обов'язковою участю. Спільноти з обов'язковою участю, крім питань, які вирішують асоціації, займаються захистом прав та інтересів лікарів, організацією третейських або арбітражних судів, беруть участь у процесах сертифікації та ліцензування лікарів, акредитації медичних установ тощо. Обов'язковість участі визначається або законодавчим шляхом, або це прописано в Статуті об'єднання. Типовими прикладами таких об'єднань є медичні палати, в яких членство, як правило, індивідуальне, інакше вони захистити лікаря не зможуть.</p>
3	<p>Лікарські об'єднання з добровільно-примусовою участю. У цій групі об'єднань немає жорстких вимог до обов'язкового членства, але, оскільки вони опікуються вище перерахованими питаннями, що належать до компетенції медичних палат, то всі поголовно лікарі намагаються стати членом такого об'єднання. При цьому знову ж таки кожен лікар знає, за що він платить членські внески, тому що у зв'язку зі зростанням правової та медичної грамотності пацієнтів, розвитком судової системи ніхто не гарантований від можливих судових позовів.</p>

Примітка. Сформовано автором на основі вивчення наукової літератури

Характерно, що всі три типи медичних об'єднань можуть існувати самостійно і незалежно одне від одного, лише координуючи деякі аспекти своєї діяльності, як це має місце практично в усіх країнах.

У 1947 році за ініціативою 42 медичних асоціацій було засновано Всесвітню медичну асоціацію (ВМА), яка сьогодні об'єднує майже 90 національних медичних асоціацій. Користуючись широкими можливостями і будучи авторитетним міжнародним органом, ВМА розробляє і поширює керівництва, рекомендації та методичні матеріали з надзвичайно широкого кола питань: з медичної етики та участі людини як суб'єкта наукових медичних досліджень, з прав пацієнтів, з догляду за пораненими та хворими під час воєнних конфліктів, з утримання ув'язнених та застосування до них катувань, з правильного використання лікарських препаратів, з планування сім'ї, із забруднень довкілля і т. д.

У 1984 році громадські медичні асоціації, що утворилися практично у всіх європейських країнах, провели першу нараду Європейського форуму медичних асоціацій (ЄФМА) і ВООЗ, проте офіційно цю організацію було створено тільки у 1991 році. Завданнями створення такого форуму були:

- встановлення діалогу і співпраці між медичними асоціаціями та ВООЗ (тобто між медичною громадськістю і повноважним органом урядових організацій) у справі поліпшення рівня здоров'я і розвитку охорони здоров'я в Європі;

- поліпшення обміну інформацією та ідеями між національними медичними асоціаціями, між асоціаціями та ВООЗ;

- інтеграція основних аспектів політики "Здоров'я для всіх" у базисну, післядипломну та безперервну медичну освіту;

- досягнення угод з основних стратегічних питань розвитку охорони здоров'я в регіоні.

ЄФМА щорічно публікує матеріали з:

- найважливіших проблем здоров'я та його охорони;

- підготовки лікарів;
- уніфікації дипломів та з інших актуальних питань, що розглядає на своїх зборах.

ЄФМА видає спеціальний довідник про європейські медичні асоціації, створює робочі групи з реалізації рішень, ухвалених форумом.

Як правило, на засіданнях форуму обговорюють загальні проблеми, що входять до компетенції більшості європейських медичних асоціацій, і ухвалюють відповідні декларації. До їх числа належать питання безперервної медичної освіти, поліпшення якості медичної допомоги, впливу паління на здоров'я, молодь і алкоголь та багато інших.

У США професійні медичні асоціації відіграють ключову роль у лікарському самоврядуванні. Цих асоціацій досить багато і вони поділяються на національні, регіональні, міські, сільські за кожною спеціальністю. Наприклад, існують: асоціація медичних коледжів, університетська корпорація рада, товариство з внутрішньої медицини та інші.

Найбільшою громадською медичною організацією є Американська медична асоціація (АМА), яка функціонує з 1847 року. Її основними функціями є такі (рис. 1.1).

Функції американської медичної асоціації (АМА)
<ul style="list-style-type: none"> - забезпечення високого рівня професіоналізму в медицині; - захист прав та інтересів лікарів-членів АМА; - захист інтересів пацієнтів під час громадських дебатів і в громадських процесах; - вплив на ухвалення, відкликання та внесення поправок до законів, що регулюють медичну діяльність або належать до суміжних сфер; <ul style="list-style-type: none"> - формування політики в галузі медичної освіти на всіх рівнях, включно з безперервною медичною освітою; - переважний вплив на процеси ліцензування, реєстрації та перереєстрації закладів; - встановлення стандартів для лікарів у медичній освіті, у медичній практиці, у медичній етиці; - формування етичної політики в країні

Рис. 1.1. Функції американської медичної асоціації (АМА)

Примітка. Сформовано автором на основі вивчення наукової літератури

Британська медична асоціація (БМА) заснована в 1832 році. Вона об'єднує понад 120 тисяч лікарів, в тому числі, лікарів-пенсіонерів, і має постійний персонал на повній зайнятості як у головній організації, так і в регіональних відділеннях.

Мета діяльності БМА полягає у сприянні розвитку медичних і суміжних наук, захист честі та інтересів медичних професій.

Основні напрями діяльності БМА ілюструє рис. 1.2.

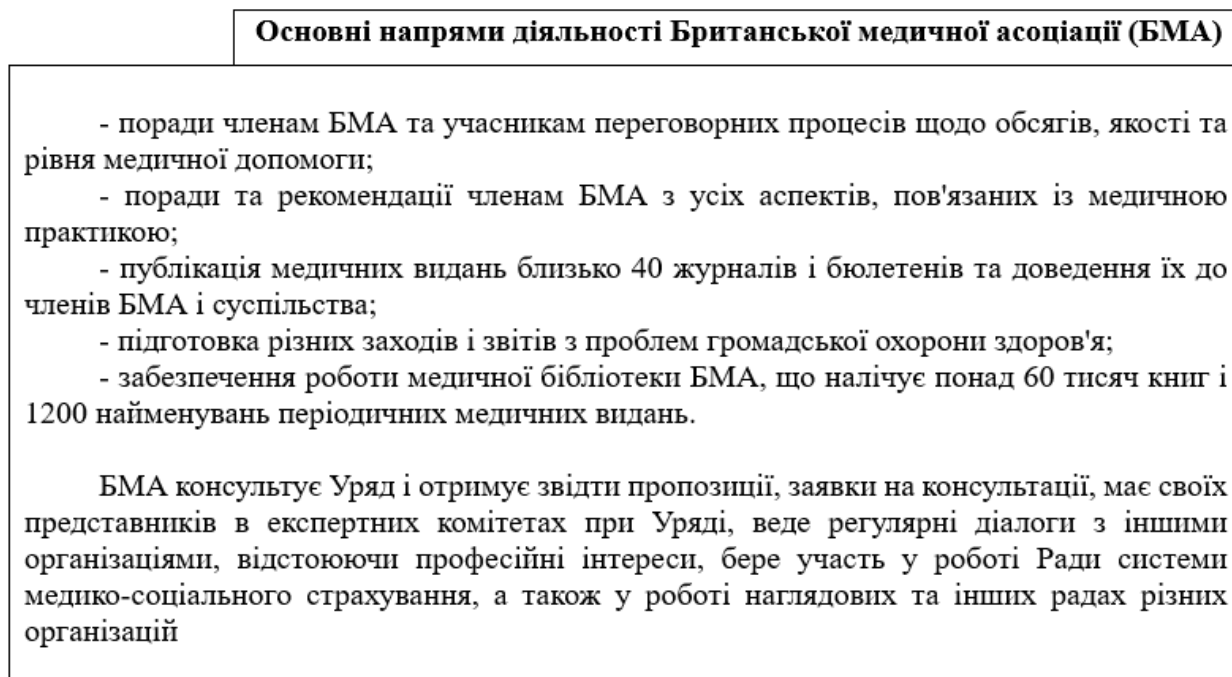


Рис. 1.2. Основні напрями діяльності Британської медичної асоціації (БМА)

Примітка. Сформовано автором на основі вивчення наукової літератури

Для презентування різних варіантів і форм лікарського самоврядування звернемося до досвіду Польщі та Словаччини.

У Польщі лікарі та стоматологи діють спільно (у багатьох країнах світу стоматологи не належать до лікарів) та об'єднані в Польську палату лікарів і стоматологів. Палата має постійний персонал у кількості 50 осіб. Членство в палаті обов'язкове і тому всі 150 тисяч лікарів і стоматологів є членами цієї палати, зокрема, її 23 відділень (регіональних палат).

Вищим органом є Генеральна асамблея, що проводиться один раз на 4 роки, а для регіональних палат - щорічні регіональні асамблеї. У період між

асамблеями всю діяльність здійснює Вища медична рада та регіональні медичні ради, відповідно. Вища медична рада збирається кожні 2 місяці, а її президія - кожні 2 тижні. Вища медична рада представляє інтереси медичних професій у парламенті та в уряді, а регіональні медичні ради - на регіональному рівні.

Завдання і напрями діяльності Польської палати лікарів і стоматологів систематизовані в табл. 1.4.

Таблиця 1.4

Завдання і напрями діяльності Польської палати лікарів і стоматологів

№ з/п	Завдання і напрями діяльності
1	2
1	<p>Завдання:</p> <ul style="list-style-type: none"> - забезпечення і підтримка високих стандартів рівня і якості медичної допомоги та медичних служб; - встановлення етичних і деонтологічних принципів у медицині, ухвалення та виконання етичного кодексу лікарів і стоматологів; - забезпечення інтегральності у лікарській спільноті, організація інформаційної взаємодії; - представлення інтересів у зовнішньому середовищі та захист прав лікарів і стоматологів; - участь у підготовці та обговоренні законодавчих актів у галузі охорони здоров'я та в суміжних сферах; - розроблення посібників, посібників та інших методичних матеріалів з якості медичної допомоги для медичних шкіл і служб охорони здоров'я; - підвищення рівня знань лікарів і стоматологів, підтримка безперервної медичної освіти; - співпраця з науковими товариствами та медичними навчальними центрами в Польщі та за її кордоном.
2	<p>Напрями діяльності:</p> <ul style="list-style-type: none"> - участь у формуванні політики в галузі охорони здоров'я, стратегії її розвитку, у підготовці та реалізації реформ охорони здоров'я; - внесення пропозицій і резолюцій на Генеральну асамблею лікарів і стоматологів; - консультування в процесі підготовки та обговорення законодавчих актів у галузі охорони здоров'я та в суміжних галузях; - захист інтересів і прав польських лікарів і стоматологів; - надання матеріальної допомоги лікарям та їхнім сім'ям; - підтримка самостійних медичних установ; - організація ліцензування лікарської та стоматологічної діяльності, видача та підтвердження ліцензій, ведення реєстру лікарів і стоматологів.

Примітка. Сформовано автором на основі вивчення наукової літератури

Медична палата Словаччини була створена для захисту і представлення професійних інтересів лікарів, підтримки їхнього високого авторитету і репутації, забезпечення високих стандартів спеціальної освіти, безперервного підвищення професійного рівня та якості медичної допомоги, усунення перешкод у здійсненні лікарями приватної медичної практики.

Завдання Медичної палати Словаччини представлені на рис. 1.3.

Завдання Медичної палати Словаччини
<ul style="list-style-type: none">- розробка і виконання медико-етичного і деонтологічного кодексу, моніторинг поведінки лікарів і вжиття необхідних заходів до порушників цього кодексу;- ведення реєстрації членів палати і складання спеціальних карт;- видача і продовження ліцензій лікарям на самостійну роботу;- участь у розвитку додипломної медичної освіти;- планування, управління і контроль за обов'язковим післядипломним 2-х річним навчанням, спеціалізацією та іншими видами післядипломної професійної освіти і за складанням відповідних іспитів;- організація професійних семінарів, конференцій та інших заходів;- професійний аудит і оцінка кожного лікаря, який практикує в країні;- участь у підготовці законів, складанні планів і програм розвитку охорони здоров'я;- визначення оплати праці лікарів та участь в угоді про вартість медичних послуг;- захист інтересів лікарів під час складання їхніх контрактів з органами медичного страхування;- участь у переговорах щодо укладення колективних контрактів та угод від імені приватно практикуючих лікарів і таким чином вплив на їхню зарплату;- забезпечення юридичної підтримки та консультування при скаргах пацієнтів і вимогах компенсації;- утримання спеціального соціального фонду для допомоги членам палати та їхнім сім'ям;- моніторинг потреб лікарів і надання допомоги їм під час пошуку роботи;- публікація та видання матеріалів про діяльність палати, випуск безкоштовного для її членів медичного журналу, публікація книг та інших матеріалів;- сприяння тісній взаємодії членів палати та арбітраж у різних суперечках і розбіжностях;- заохочення і стимулювання культурної та соціальної діяльності членів палати;- стеження за результатами застосування альтернативних методів лікування і перешкоджання забороненій і неприйнятній медичній практиці;- організація постійної консультативної допомоги членам палати

Примітка. Сформовано автором на основі вивчення наукової літератури

Отже, зарубіжний досвід медичного самоврядування є значним. Завдання і напрями здійснення цього самоврядування є масштабною ілюстрацією різноманітних аспектів діяльності в сфері охорони здоров'я (правових, консультативних, інформаційних, просвітницьких, судових тощо), які повинні бути реалізовані як державними організаціями, так і громадськими утвореннями.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ МЕХАНІЗМУ МЕДИЧНОГО САМОВРЯДУВАННЯ В ОРГАНІЗАЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ ДОСЛІДЖУВАНОВОГО ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Аналіз організації діяльності закладу охорони здоров'я

КНП «Міська багатoproфільна клінічна лікарня матері та дитини ім. проф. М.Ф. Руднева» є частиною системи охорони здоров'я, її організаційним елементом і суб'єктом управління в цій системі.

Недосконалість системи охорони здоров'я, яка супроводжується відсутністю належного медичного обслуговування, матеріально-технічними проблемами функціонування її інфраструктури, фінансовими і етичними проблемними питаннями, низьким рівнем профілактичної медицини актуалізує питання побудови такого механізму управління закладами здоровоохоронної сфери, в тому числі, досліджуваного, і організації їх роботи, який би базувався на моделі ефективного менеджменту.

Отже, виокремимо причини, які визначають потребу дієвого і результативного управління КНП «Міська багатoproфільна клінічна лікарня матері та дитини ім. проф. М.Ф. Руднева», функцією якого є організація діяльності (організування) (рис. 2.1).

КНП «Міська багатoproфільна клінічна лікарня матері та дитини ім. проф. М.Ф. Руднева» діє на основі Статуту.

Підприємство надає пацієнтам послуги вторинної (спеціалізованої) стаціонарної медичної допомоги, у тому числі екстреної (невідкладної), які необхідні для забезпечення належної профілактики, реалізації процесів діагностики і лікування хвороб, а також травм, отруєнь чи інших розладів здоров'я пацієнтів, здійснення медичного контролю за перебігом вагітності та ведення пологів і післяпологового періоду. Також підприємство надає пацієнтам спеціалізовану амбулаторну медичну допомогу (реалізує спеціалізовану медичну практику).

Причини, які обумовлюють потребу дієвого і результативного управління КНП «Міська багатопрофільна клінічна лікарня матері та дитини ім. проф. М.Ф. Руднева», функцією якого є організація діяльності

№	Причина та її зміст
1	2
1	Ринок медичних послуг є складною системою, в яку входять державна, муніципальна і приватна системи, і потребує державного регулювання, яке підвищувало б доступність і якість надання медичних послуг. Держава виступає основним замовником медичних послуг, що сприяють зміцненню здоров'я пацієнта, поліпшенню якості життя й національній безпеці країни. Платність медичної послуги визначається ступенем її соціальної значущості та доступності споживачеві, з урахуванням ранжування доходів населення.
2	У теорії всі українці мають право на гарантовану Конституцією всеосяжну і безоплатну медицину. На практиці значна частина медпослуг фінансується з кишень пацієнтів. Цей розрив між теорією та реальністю намагається закрити медична реформа. Її суть — «гроші йдуть за пацієнтом». Це означає, що сформовані внесками зі сплачених податків усіх працюючих українців видатки на медицину можуть бути спрямовані як у комунальні заклади охорони здоров'я, так і у приватні медичні клініки. Комунальні заклади охорони здоров'я мають поступово виходити в площину конкурентного середовища та змагатися за пацієнта, у тому числі з приватною медициною.
3	Існує окремий перелік послуг, які не входять до гарантованого державою обсягу та офіційно можуть надаватися комунальними закладами охорони здоров'я за плату з урахуванням тарифів, які затверджуються місцевими органами влади. До них, наприклад, належать деякі види стоматологічної допомоги, а також лабораторні, діагностичні та консультативні послуги без направлення лікаря (за певними винятками). За пацієнтом залишається вибір між приватною та комунальною клініками відповідно до його уподобань і фінансових можливостей, а медичні заклади конкурують за пацієнта, дбаючи про якість і привабливі ціни за свої послуги.
4	Критеріями якості медичних послуг є: ефективність і дієвість; орієнтованість на пацієнта. Ефективність і дієвість – відповідність фактично наданої медичної допомоги оптимальному для конкретних умов результату. Ефективна охорона здоров'я повинна забезпечувати оптимальну (за наявних ресурсів), а не максимальну медичну допомогу, тобто відповідати стандартам якості та нормам етики. Згідно з визначенням ВООЗ, оптимальна медична допомога – це належне проведення (згідно зі стандартами) всіх заходів, які є безпечними і прийнятними щодо витрачених коштів, прийнятих у цій системі охорони здоров'я. Орієнтованість на пацієнта, його задоволеність означає участь пацієнта в ухваленні рішень щодо надання медичної послуги та задоволеність її результатами. Цей критерій відображає права пацієнтів не тільки на якісну медичну допомогу, але і на уважне і чуйне ставлення медперсоналу і передбачає необхідність інформованої згоди на медичне втручання та дотримання інших прав пацієнтів.

Примітка. Сформовано на основі [бевз]

Організаційна структура КНП «Міська багатопрофільна клінічна лікарня матері та дитини ім. проф. М.Ф. Руднева» представлена дев'ятнадцятьма структурними підрозділами, які мають різне функціональне навантаження і організаційну роль. Вона представлена у вигляді табл. 2.2.

**Організаційна структура КНП «Міська багатопрофільна клінічна
лікарня матері та дитини ім. проф. М.Ф. Руднева»**

1	Адміністративно-управлінський персонал	17.2	Відділення патології новонароджених з інфекційною патологією з ліжками паліативної допомоги
2	Бухгалтерія	17.3	Відділення для недоношених новонароджених з інфекційною патологією
3	Відділ кадрів	17.4	Педіатричне відділення
4	Господарчо-обслуговуюча частина	17.5	Дитяче реабілітаційне відділення з денним стаціонаром
5	Загально – лікарняний персонал	17.6	Консультативно – діагностичне відділення для дітей з ліжками денного стаціонару
6	Відділення інтенсивної терапії для новонароджених з ліжками паліативної допомоги	18	Служба акушерства та гінекології:
7	Відділення анестезіології та інтенсивної терапії для жінок	18.1	Пологове відділення з ліжками патології вагітних
8	Відділення анестезіології з ліжками інтенсивної терапії та ліжком паліативної допомоги	18.2	Гінекологічне відділення з ліжками денного стаціонару
9	Дитяче ортопедо – травматологічне відділення з травм пунктом у складі відділення	18.3	Приймальне відділення № 2
10	Відділення щелепно – лицьової хірургії	18.4	Відділення для новонароджених при пологовому відділенні
11	Відділення хірургії захворювань голови та шиї	18.5	Консультативно – діагностичне відділення для жінок з денним стаціонаром
12	Відділення реконструктивно – пластичної хірургії новонароджених та дітей	19	Інформаційно – методична та діагностична служба:
13	Відділення хірургії, кардіохірургії та ендovasкулярних методів лікування	19.1	Інформаційно – аналітичний відділ
14	Операційний блок	19.2	Рентгенодіагностичне відділення з кабінетом МРТ:
15	Центральна стерилізаційна № 1	19.2.1	Рентгенодіагностичне відділення
16	Центральна стерилізаційна № 2	19.2.2	Кабінет магнітно – резонансної томографії
17	Служба неонатології та педіатрії:	19.3	Клініко – діагностична лабораторія з цілодобовою ургентною допомогою
17.1	Приймально – діагностичне відділення з ліжками для невідкладної хірургічної допомоги		

Примітка. Наведено за інформацією підприємства

Адміністративний персонал КНП «Міська багатопрофільна клінічна лікарня матері та дитини ім. проф. М.Ф. Руднева» ілюструє табл.2.3.

Таблиця 2.3

Адміністративний персонал КНП «Міська багатопрофільна клінічна лікарня матері та дитини ім. проф. М.Ф. Руднева»

Генеральний директор	Македонський Ігор Олександрович	(0562) 33 – 55 – 08
Медичний директор	Чекан Марина Костянтинівна	(0562) 33 – 83 – 37
Заступник генерального директора з ЕП	Волкова Ірина Василівна	(0562) 33 – 83 – 37
Заступник генерального директора з ТП	Генсієвський Михайло Анатолійович	(0562) 39 – 41 – 50
Заступник медичного директора з медсестринства	Уралбаєва Тетяна Сергіївна	(0562) 34 – 60 – 13
Заступник медичного директора з неонатології та педіатрії	Остромецька Вікторія Михайлівна	(0562) 33 – 83 – 37
Заступник медичного директора з хірургії	Романенко Олександр Анатолійович	(0562) 33 – 83 – 37
Приймальне відділення	Завідувач відділенням Царьова Ірина Володимирівна	(0562) 34 – 13 – 09 (093) 213 – 78 – 51

Наведено за інформацією підприємства

У рамках побудованої на підприємстві організаційної структури сформовані лінійні й функціональні інформаційні зв'язки (рис. 2.1).

Об'єктивна потреба їх вибудовування обумовлена необхідністю прийняття управлінських рішень на різних організаційних рівнях, в організаційних підсистемах і у різних часових горизонтах, значним масштабом функціональної діяльності (управління: кадровою підсистемою, виробничою підсистемою щодо надання медичних послуг, маркетинговою підсистемою, ресурсною підсистемою, підсистемою іміджеформування і організаційної культури та ін.).

Зміст побудови лінійних і функціональних зв'язків в рамках організаційної структури управління підприємством

Лінійні зв'язки формуються з приводу прийняття і реалізації управлінських рішень і руху інформації між лінійними керівниками (наприклад, директором і головним бухгалтером).

Функціональні зв'язки вибудовуються в процесі реалізації функцій управління. Залежно від цього можна виділити повноваження: лінійних керівників, штабного персоналу і функціональні повноваження. Повноваження лінійних керівників дають право вирішувати всі питання розвитку підпорядкованих їм підрозділів, а також видавати розпорядження, обов'язкові для виконання іншими працівниками і її підрозділами (наприклад, повноваження керівника). Повноваження штабного персоналу обмежуються правом планувати, рекомендувати або допомагати (але не наказувати іншим членам колективу виконувати їх розпорядження).

У випадку, коли працівнику управлінського апарату надається право приймати рішення і здійснювати дії, що виконуються лінійними керівниками, він отримує функціональні повноваження

Рис. 2.1. Змістовий супровід лінійних та функціональних внутрішньо-інформаційних організаційних зв'язків лікарні

Примітка. Сформовано автором з використанням джерела [МДУО]

Значимість побудови інформаційно-комунікативних зв'язків і контактів посилюється тим, що на базі досліджуваного підприємства працюють 4 кафедри Дніпровського державного медичного університету, зокрема, кафедри: педіатрії 3 та неонатології; стоматології; акушерства та гінекології; пропедевтики внутрішньої медицини.

Додатково масштаб функціональної діяльності підприємства характеризують такі інформаційні дані (рис. 2.2).

Інформація, яка додатково характеризує масштаб функціональної діяльності підприємства

Стационар лікарні розрахований на 276 ліжок, крім цього додатково має 25 реанімаційних ліжок.

Лікарня веде амбулаторний прийом пацієнтів та відповідно є лікарські відвідування, виконує діагностичні та лабораторні дослідження.

У лікарні функціонують денні стаціонари:

- для жінок на 10 ліжок при клініко-діагностичному відділенні та 10 ліжок при гінекологічному відділенні;

- для дітей на 15 ліжок при дитячому реабілітаційному відділенні та 2 ліжка при консультативно-діагностичному відділенні для дітей з ліжками денного стаціонару.

Рис. 2.2. Додаткова інформація щодо функціональної діяльності підприємства

Для виконання функцій і завдань сформовано штат працівників КНП «Міська багатопрофільна клінічна лікарня матері та дитини ім. проф. М.Ф. Руднева» (рис. 2.3).

Штат працівників підприємства
<p>Кількість штатних посад по КНП «МБКЛМД Руднева» становить 808 штатних одиниць, в тому числі:</p> <ul style="list-style-type: none">- керівники - 11 посад (фізичних осіб 10)- лікарі - 229,75 посад (фізичних осіб 187)- середній медичний персонал - 316 посад (фізичних осіб 269)- молодший медичний персонал - 155,5 посад (фізичних осіб 131)- адміністративно-управлінський персонал - 28,25 посад (фізичних осіб 21)- допоміжний персонал - 67,5 посад (фізичних осіб 51).

Рис. 2.3. Штатна чисельність працівників КНП «Міська багатопрофільна клінічна лікарня матері та дитини ім. проф. М.Ф. Руднева»

Примітка. Сформовано за інформацією підприємства

Отже, здійснений аналіз організації діяльності КНП «Міська багатопрофільна клінічна лікарня матері та дитини ім. проф. М.Ф. Руднева» дозволяє констатувати, що організаційний базис створений. Це відображають:

- регламенти, які покладені в основу діяльності підприємства (організаційне регламентування є частиною організаційної діяльності);
- побудована оргструктура закладу;
- визначені і функціонально й завданнєво навантажені структурні підрозділи закладу охорони здоров'я;
- сформований штат працівників підприємства;
- налагоджені інформаційні зв'язки.

2.2. Оцінка чинної практики управління закладом охорони здоров'я

Чинна практика управління закладом охорони здоров'я здійснюється у відповідності до законодавства України і Статуту КНП «Міська багатопрофільна клінічна лікарня матері та дитини ім. проф. М.Ф. Руднева», де зазначено наступне (рис. 2.5).

Інформація із Статуту підприємства	
<p>Комунальне некомерційне підприємство «Міська багатопрофільна клінічна лікарня матері та дитини ім. проф. М.Ф. Руднева» Дніпровської міської ради є багатопрофільним лікувально-профілактичним закладом, який цілодобово надає послуги вторинної високоспеціалізованої медичної допомоги в умовах цілодобового стаціонару, денного стаціонару або амбулаторних умовах переважно найбільш важкому контингенту дітей (від 0 до 18 років), вагітних, роділь, породіль, а також жінкам з порушенням репродуктивної функції, що потребують високої інтенсивності лікування та догляду, установлених законодавством України та Статутом підприємства.</p>	

Рис. 2.5. Інформація із Статуту підприємства про зміст і мету його діяльності

Суб'єкти управління досліджуваним підприємством систематизовані в табл. 2.4. Ними є: Дніпровська міська рада; генеральний директор підприємства; медичний директор закладу.

Таблиця 2.4

Суб'єкти управління КНП «Міська багатопрофільна клінічна лікарня матері та дитини ім. проф. М.Ф. Руднева»

№ з/п	Суб'єкти управління
1	2
1	Управління Підприємством здійснює Дніпровська міська рада (Засновник).
2	Поточне керівництво (оперативне управління) підприємством здійснює його керівник – генеральний директор (головний лікар), який призначається на посаду і звільняється з посади за рішенням Дніпровської міської ради на конкурсній основі, відповідно до порядку, визначеного законодавством України та відповідним рішенням міськради, та який відповідає кваліфікаційним вимогам, встановленим Міністерством охорони здоров'я України. Строк найму, права, обов'язки і відповідальність генерального директора підприємства, умови його матеріального забезпечення, інші умови найму визначаються контрактом.

1	2
	<p>Генеральний директор підприємства керує згідно з чинним законодавством виробничо-господарською та фінансово-економічною діяльністю підприємства, відповідає за фінансово-господарські результати його діяльності. Організовує розроблення та забезпечує реалізацію довгострокової стратегії розвитку підприємства на основі потреб міста та ринкової ситуації.</p> <p>Генеральний директор:</p> <ul style="list-style-type: none"> - організовує формування та моніторинг виконання операційних планів; - забезпечує виконання усіх зобов'язань перед державним та місцевим бюджетами, державними позабюджетними соціальними фондами, постачальниками, замовниками та кредиторами, а також виконання господарських і трудових договорів; - організовує роботу та ефективну взаємодію всіх структурних підрозділів, спрямовує їх діяльність на розвиток і вдосконалення з урахуванням соціальних та ринкових пріоритетів, підвищення ефективності роботи підприємства, якості та конкурентоспроможності послуг, що надаються, їх відповідність до стандартів надання медичної допомоги і задоволення потреб замовників і споживачів у відповідних видах медичної допомоги; - веде переговори з представниками засновника та замовниками щодо виконання планів та умов надання послуг; - забезпечує залучення коштів на інвестиційні потреби підприємства; - за необхідності створює та забезпечує роботу опікунських і спостережних громадських рад при підприємстві; - вживає заходів щодо забезпечення підприємства кваліфікованими працівниками, а також щодо найкращого використання знань та досвіду працівників; - здійснює зовнішнє представництво підприємства в адміністративних органах, засобах масової інформації тощо
3	<p>Керівництво діяльністю підприємства у порядку делегованих генеральним директором підприємства повноважень з медичних питань відповідно до чинного законодавства України здійснює медичний директор підприємства.</p>

Примітка. Сформовано за інформацією підприємства

Практику роботи КНП «Міська багатопрофільна клінічна лікарня матері та дитини ім. проф. М.Ф. Руднева» як результату управління нею характеризує множина показників. Їх наведено на рис. 2.6.

В основу визначення цієї системної множини показників покладено затверджені форми облікової та звітної документації (медичні карти стаціонарних хворих, звіти закладу і т.ін.).

Якщо порівнювати окремі показники в динаміці, то з табл. 2.6 бачимо, що показник кількості летальних випадків у 2021 році зменшився проти 2020 року

більш як вдвічі.

**Показники роботи комунального некомерційного підприємства
«Міська багатопрофільна клінічна лікарня матері та дитини ім.
проф. М.Ф. Руднева» Дніпровської міської ради за 2021 рік**

- проліковано стаціонарно - 13 043 пацієнта, у т.ч. дітей - 9523;
- проліковано в умовах денного стаціонару - 566 пацієнтів;
- проведено хірургічних втручань - 11 564, у т.ч. дітям - 7 965, кількість прооперованих - 8 017 пацієнтів, у т.ч. дітей - 6 342;
- амбулаторних відвідувань - 43 095.

Кількість пролікованих пацієнтів стаціонарно за 2021 рік становила:

- хірургія - 807;
- невідкладна допомога - 982;
- ЛОР - 2070;
- щелепно - лицьова хірургія - 2547;
- педіатрія - 1666;
- реабілітація - 530;
- ортопедія - 929;
- нейрохірургія - 129;
- кардіохірургія - 85;
- пологове - 1384;
- гінекологія - 1849;
- інтенсивна терапія для дітей - 758.

Кількість **летальних випадків** за 2021 рік склала 0,1 % (19 осіб), а за 2020 рік - 0,3% (39 осіб).

У 2021 році було виконано **множину досліджень**, зокрема:

- рентген діагностичних - 12 188;
- М Р Т -5 136;
- У ЗД - 3 8 579;
- ендоскопічних - 197;
- лабораторних аналізів - 465 243;
- функціональна діагностика- 1 897;
- Е К Г -884

Рис. 2.6. Показники роботи підприємства за 2021 рік

Примітка. Сформовано за інформацією підприємства

У відповідності до договору «Про медичне обслуговування населення», підприємство впродовж 2021 року надавало медичну допомогу за п'ятнадцятьма пакетами медичних послуг. Назви цих пакетів медичних послуг представлені в табл. 2.5.

**Назви п'ятнадцятих пакетів медичних послуг, за якими КНП
«Міська багатопрофільна клінічна лікарня матері та дитини ім. проф.
М.Ф. Руднева» здійснювало медичне обслуговування**

Назви п'ятнадцятих пакетів медичних послуг, за якими підприємство здійснювало медичне обслуговування
1
1. «Медичні послуги, пов'язані з первинною медичною допомогою»
2. «Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах»
3. «Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій»
4. «Гістероскопія»
5. «Медична допомога при пологах»
6. «Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках»
7. «Медична допомога дорослим та дітям в амбулаторних умовах (профілактика, спостереження, діагностика, лікування та медична реабілітація)»
8. «Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим та дітям»
9. «Мобільна паліативна медична допомога дорослим та дітям»
10. Медична реабілітація немовлят, які народились передчасно та/або хворими, упродовж перших трьох років життя»
11. «Медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням опорно-рухового апарату»
12. «Медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням нервової системи»
13. «Стоматологічна медична допомога в амбулаторних умовах»
14. «Ведення вагітності в амбулаторних умовах»
15. «Супровід та лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз, на первинному рівні медичної допомоги»

Примітка. Сформовано за інформацією підприємства

Важливо акцентувати на тому, що чинна практика управління досліджуваним підприємством є не тільки результатом зусиль адміністративно-управлінських працівників, а й наслідком залучення до процесу управління лікарнею депутатів обласної ради та керівництва міста Дніпро. Завдяки їх підтримці у 2021 році здійснено придбання надсучасної шейверно - бороваї системи вартістю 557 470 грн. Цей апарат дозволяє надавати надійну, якісну хірургічну допомогу при гострих та хронічних захворюваннях середнього вуха, соскоподібного відростку та внутрішнього вуха, захворювань пазух носу, а також вроджених вад розвитку, які потребують хірургічних втручань на кістках.

Купівля високовартісного, сучасного рентгенівського діагностичного комплексу з плоско-панельним детектором на суму 2 720 000 грн. стала результатом співпраці з суб'єктом управління підприємством – НСЗУ, за кошти якої було придбано цей комплекс.

Суб'єктом управління підприємством і реальним учасником такого управління є Дніпровська міська територіальна громада. За її кошти у рамках Програми сприяння розвитку територій м. Дніпра на 2021 - 2025 роки проведений поточний ремонт приміщень лікарні, вартість якого становила 412000 грн. Участь територіальної громади дозволила отримати економічний і соціальний ефекти для неонатального корпусу лікарні. Так, було замінено старі дерев'яні вікна та внутрішні двері на нові енергозберігаючі металопластикові. Результатом цього стало створення належного температурного режиму у приміщенні корпусу. Тобто, соціальний ефект отримали і пацієнти, і медичні працівники підприємства.

Учасниками управління досліджуваним підприємством також є благодійні фонди і підприємці міста. Це відображається у тому, що завдяки їх фінансовим ресурсам було оновлено матеріально-технічну підсистему закладу на загальну суму 2 360 980,00 грн. Це стосується купівлі медичного обладнання, зокрема: двох апаратів штучної вентиляції легень, кисневого концентратора, медичного аспіратора, стерилізатора парового, рукоятки для дефібриляції на відкритому серці, комплекту лапороскопічного обладнання, мікроскопу, ультразвукової мийки.

Отже, чинна практика управління закладом охорони здоров'я характеризується участю в управлінні множини суб'єктів (НСЗУ, Дніпровська міська рада, депутати Дніпровської обласної ради, підприємницький сектор, жителі громади, благодійні фонди). Така участь зумовлює покращення результуючих показників діяльності підприємства та управління ним, оскільки дозволяє керівництву закладу приймати управлінські рішення, в результаті яких споживачі медичних послуг, досліджуване підприємство, територіальна громада отримують соціальні й економічні ефекти.

2.3. Системний аналіз механізму медичного самоврядування в організації діяльності досліджуваного закладу охорони здоров'я та його інструментів

При проведенні системного аналізу механізму медичного самоврядування в процесі організації діяльності КНП «МБКЛМД Руднева» та його інструментів ми ідентифікуємо ті заходи, які забезпечують: соціальну, економічну та медичну результативність закладу; гнучкість управління ним; безпеку персоналу і пацієнтів лікарні, оскільки саме ці заходи є результатом медичного самоврядування.

У ході розкриття параграфу 2.2 кваліфікаційної роботи ми констатували зацікавленість адміністративно-управлінського персоналу закладу і його реальні спільні дії з Дніпровською міською радою, депутатами обласної ради, підприємцями, жителями територіальної громади, спрямовані на отримання позитивного економічного і соціального ефекту у діяльності лікарні. Йдеться про оновлення матеріально-технічного забезпечення КНП «МБКЛМД Руднева».

Про спрямованість на забезпечення результативної роботи лікарні, надання нею якісних медичних послуг пацієнтам, впровадження елементів медичного самоврядування свідчить анкета, яку застосовує КНП «МБКЛМД Руднева» для опитування пацієнтів (рис. 2.7).



Рис. 2.7. Анкета, яка розміщена на сайті підприємства і пропонується пацієнтам для вивчення їх думки

Примітка. Сформовано за інформацією підприємства

Структурно анкета включає питання, які стосуються роботи лікуючого лікаря, чергових лікарів, медичних сестер (рис.2.8).

Оцініть задоволеність Вашим лікуючим лікарем			
	Не задоволена(ий)	Не зовсім задоволена(ий)	Задоволена(ий)
Консультація	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Огляд	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Пояснення щодо діагнозу	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Пояснення щодо плану обстеження і лікування	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Спілкування	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Професійність	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Все вищеперелічене	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Оцініть задоволеність черговими лікарями			
	Не задоволена(ий)	Не зовсім задоволена(ий)	Задоволена(ий)
Огляд	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Спілкування	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Професійність	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Все вищеперелічене	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Оцініть задоволеність роботою медичних сестер / братів			
	Не задоволена(ий)	Не зовсім задоволена(ий)	Задоволена(ий)
Виконання лікарських призначень	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Спілкування	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Професійність	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Все вищеперелічене	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Рис. 2.8. Структура анкет для опитування пацієнтів щодо оцінки роботи лікуючого лікаря, чергових лікарів, медичних сестер

Примітка. Сформовано за інформацією підприємства

Також використовувана КНП «МБКЛМД Руднева» анкета містить запитання щодо задоволеності пацієнтів якістю наданих медичних послуг та реагування на їх скарги (рис. 2.9.).

Чи є своєчасним реагування медичного персоналу на побажання та скарги, *
якщо такі мали місце?

Ні
 Не зовсім / Не завжди
 Так

Як Ви оцінюєте якість наданої Вам медичної допомоги в цілому (1-Погано, *
5- Відмінно)?

1 2 3 4 5

Зауваження:

Ваша відповідь

Пропозиції:

Рис. 2.8. Структура анкет для опитування пацієнтів щодо якості наданих медичних послуг та реагування на їх скарги і пропозиції

Примітка. Сформовано за інформацією підприємства

Слід вказати на те, що сьогодні ми спостерігаємо факт усвідомлення керівництвом закладу необхідності колегіального прийняття рішень щодо поліпшення діяльності. Для реалізації принципу колегіального ухвалення рішень створена громадська (опікунська) рада. До її складу входять представники вищого керівництва, а також керівники структурних підрозділів закладу, лікарі та інший персонал.

Основними функціями ради є вивчення можливих напрямів вдосконалення діяльності КНП «МБКЛМД Руднева» та його адаптація до умов роботи закладу. Так, наприклад, ми уже зазначали, до процесу посилення ресурсного супроводу закладу, зокрема, фінансового, залучаються різні

зацікавлені сторони. Це дозволяє керівному складу медичного закладу приймати управлінські рішення, які мають цінність для працівників і пацієнтів (заміна вікон у відділеннях лікарні, оновлення фасаду). Ці рішення також є безпековими, оскільки їх результатом є покращення температурного режиму у відділеннях лікарні (йдеться про безпеку праці персоналу лікарні і надання якісних і безпечних послуг пацієнтам).

Як показує досвід, універсальних конкретних рекомендацій щодо підвищення якості для всіх медичних організацій і навіть підрозділів одного лікувального закладу не існує. Громадська рада з поліпшення роботи є координатором процесу поліпшення діяльності підприємства виходячи із існуючих викликів і трансформацій.

Здійснюючи роботу над вдосконаленням діяльності КНП «МБКЛМД Руднева», керівництво повинно активніше задіювати у цьому процесі лікарів, медичних сестер та інших членів колективу закладу. Це однозначно дозволить отримати не тільки позитивні економічний, соціальний, медико-лікувальний ефекти, а й управлінський.

Це повинно входити до обов'язків керівника кожного окремого структурного підрозділу, який повинен сформулювати "групу з поліпшення роботи" у складі свого підрозділу. Наприклад, завідувач відділення як керівник такої групи повинен нести відповідальність за організацію навчання її членів тим методам поліпшення роботи, які він сам уже вивчив. До основних завдань групи з поліпшення роботи відділення повинні бути віднесені: оцінка результатів діяльності свого підрозділу; робота з безперервного вдосконалення діяльності.

У ході залучення до процесів покращення діяльності КНП «МБКЛМД та управління цим підприємством лікарського і сестринського персоналу, інших працівників повинні бути оновлені регламенти (положення про роботу відділень, посадові інструкції їх завідувачів).

Важливим є заохочення індивідуальної участі. Не зважаючи на важливість колективних дій, увага обов'язково має бути приділена кожному окремо

взятому члену колективу.

У зв'язку з цим, КНП «МБКЛМД Руднева» повинна бути розроблена і впроваджена система заходів, що:

- заохочує особисту участь працівника у процесах вдосконалення діяльності підприємства (щодо надання медичних послуг, підвищення свого професійного рівня, дотримання етичних і деонтологічних принципів тощо);

- дає змогу оцінити і констатувати результати внеску, який робить кожен співробітник у підвищення ефективності та якості роботи медичного закладу. Констатація внеску працівника повинна відобразитись у різних формах морального і матеріального стимулювання його роботи. Тобто, йдеться про вадливість вдосконалення мотиваційного механізму впливу на кадровий склад КНП «МБКЛМД Руднева».

У контексті вдосконалення системи заохочення і визнання заслуг працівників КНП «МБКЛМД Руднева» має відбутися кардинальна зміна ставлення до помилок. Сьогодні проведення необхідних змін можливе двома шляхами:

- застосовувати заходи стягнення до кожного, хто припустився помилок під час виконання своїх обов'язків;

- заохочувати окремих співробітників і (або) колектив у разі виконання ними поставлених завдань або за значний внесок у процес поліпшення діяльності.

Оптимальним є шлях визнання заслуг як рядових співробітників, так і керівників і стимулювання їх до досягнення більш високих результатів роботи КНП «МБКЛМД Руднева».

Залучаючи до процесу вдосконалення діяльності лікарні стейкхолдерів (орган місцевого самоврядування, бізнес-структури, жителів територіальної громади, постачальників), адміністрація КНП «МБКЛМД Руднева» цілеспрямовано працює над підвищенням результативності функціонування своїх систем управління. Також створений на підприємстві підрозділ здійснює вимірювання якості пропонованих медичних послуг, який регулярно складає

звіти про рівень забезпечення якості в процесі надання послуг, ідентифікує динаміку такої якості.

Результатом такого підходу стало формування у закладі системи управління "за відхиленнями", що реагує на вже скоєні помилки, які стосуються нехтування проведення профілактичних заходів і недооцінки особистих результатів роботи в підрозділах, які не пов'язані безпосередньо з процесом надання медичних послуг.

Таким чином, на сучасному етапі підвищується значення ефективного менеджменту і медичного самоврядування. Використовуючи такі інструменти як регламенти, угоди про співпрацю, анкетні опитування споживачів, створення підрозділу, який відповідає за якість (не тільки медичну, а загалом, функціональну), КНП «МБКЛМД Руднева» цілеспрямовано працює над вдосконаленням своєї діяльності, демонструє результативне управління і впровадження елементів медичного самоврядування.

Результатом такого підходу з боку адміністрації КНП «МБКЛМД Руднева» до діяльності є підвищення ефективності роботи закладу, що ілюструють:

- оптимізація середньої кількості наданих медичних послуг у розрахунку на одного пацієнта, що дає можливість страховим компаніям реалізовувати політику передбачуваної ціни;
- зниження вартості медичних послуг;
- зниження кількості ліжко-днів (при наданні медичної допомоги в стаціонарних умовах).

У спрямованості на пацієнта (пацієнтоорієнтоване управління) ефективність роботи КНП «МБКЛМД Руднева» відображається у отриманні таких позитивних ефектів:

- зростання якості обслуговування пацієнтів;
- скорочення кількості скарг;
- зниження терміну очікування госпіталізації;
- можливість пацієнта вільно записатися на спеціалізоване дослідження.

У спрямованості на персонал ефективність роботи КНП «МБКЛМД Руднева» відображається у отриманні таких позитивних ефектів:

- скороченні часу прийому одного пацієнта;
- оптимізації вимог до якості надання медичних послуг;
- оптимізації вимог до обґрунтувань призначень;
- забезпеченні комфортних умов роботи та поступовому розвитку системи мотивації.

Висновки до розділу 2

1. Проведений аналіз процесу організації діяльності закладу дозволив констатувати, що він є результативним, а організаційний базис закладу створений. Досягнення цього уможливили: здійснювані процеси регламентування; сформовані оргструктура лікарні й штат її працівників; побудовані інформаційні зв'язки і контакти.

2. Аналіз практики управління КНП «МБКЛМД Руднева» виявив, що вона є процесом, до якого залучається множина суб'єктів (НСЗУ, органи регіонального управління і орган місцевого самоврядування, підприємці, місцеві жителі, благодійні фонди). Це сприяє покращенню показників діяльності лікарні й управління нею, оскільки дає можливість адміністрації лікарні приймати управлінські рішення, спрямовані на отримання різних видів позитивних ефектів (позитивів, переваг).

3. Системний аналіз механізму медичного самоврядування в організації діяльності досліджуваного закладу охорони здоров'я та його інструментів показав, що КНП «МБКЛМД Руднева» така діяльність є цілеспрямованою, а медичного самоврядування опирається на застосування регламентів, угод про співпрацю, анкетних опитувань споживачів, утворення підрозділу, що займається питаннями якості. Використовуючи ці інструменти заклад отримує позитивні ефекти для лікарні в цілому, своїх працівників і пацієнтів.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМУ МЕДИЧНОЇ АВТОНОМІЇ В ОРГАНІЗАЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Медична автономія як інструмент реалізації кадрової політики у сфері охорони здоров'я

Незважаючи на активний процес реформування, в галузі охорони здоров'я України залишається низка проблем, пов'язаних з неефективним використанням кадрового потенціалу галузі охорони здоров'я, низькою кваліфікацією медичного персоналу, значним старінням медперсоналу, відсутністю мотивації до ефективних дій, та продуктивної праці тощо. Одним із шляхів вирішення цих проблем є децентралізація управління у сфері охорони здоров'я та запровадження професійної медичної автономії, що сприятиме здійсненню демократичних перетворень та розвитку громадянського суспільства.

Медична автономія – це професійна автономія у сфері охорони здоров'я, яка забезпечується гарантованим державою правом лікарів самостійно вирішувати проблеми своєї професійної діяльності та реалізується шляхом створення відповідно до закону органів самоврядування організації лікарів. Вони виконують ряд важливих регуляторних функцій (сертифікація програм навчання, ведення реєстру лікарів, надання та припинення права на професійну діяльність, безперервне підвищення кваліфікації лікарів тощо) [9]. Генеральна асамблея Всесвітньої медичної асоціації наголошує, що без автономії медичних працівників (лікарів, медсестер, фармацевтів) неможливий ефективний захист прав пацієнтів [10]. Надаючи лікарям незалежність та професійну свободу у здійсненні медичної діяльності, суспільство створює необхідні умови для формування якнайкращої системи охорони здоров'я своїх громадян, що, у свою чергу, робить вагомий внесок у розвиток країни та національну безпеку [10].

До основних переваг медичної автономії можна віднести: 1) звільнення уряду та органів державної влади від вирішення проблем, пов'язаних з організацією надання якісних медичних послуг (якість досягається через оволодіння собою та особисту відповідальність); 2) розвиток регіональної мережі автономних організацій, що дає змогу підтримувати професійну діяльність лікарів на місцевому рівні; 3) розширення можливостей для лікарів у сфері обміну досвідом та знаннями з колегами із сусідніх країн у рамках співпраці з міжнародними автономними організаціями.

Сьогодні майже в усіх розвинених країнах світу основне місце в організації медичної практики традиційно посідають національні автономні організації (товариства, асоціації, лікарські палати, комори, колегії лікарів тощо), які несуть повну відповідальність перед державою і суспільством за якість медичної допомоги, професійну підготовку лікарів та дотримання норм медичної етики, безпеки та гарантії прав пацієнтів [8]. У США це *по-американськи Медичний Асоціація* (1847); в Канаді – *The Медичний Порада з Канада* (1912); у Великій Британії – *британський Медичний Асоціація* (1832); у Німеччині – *Bundesarztekkammer* (1947); у Швейцарії – *Федерація груд лікарів швейцарський* (1867); в Норвегії - *Den норвезька Legeforeningen* (1886); в Македонії – *Makedonsko медично товариства* (1945, 1996); в Туреччині - *турецька Табиплери Бирлиги* (1973); у Польщі - *Польська палата лікарів і стоматологів* (1892, 1989); в Нігерії - *нігерійський Медичний асоціації* (1998) [12]. Ці організації беруть участь в управлінні системою охорони здоров'я як рівноправні партнери поряд з уповноваженими державними органами.

Поряд з традиційними організаціями медичної автономії існують також міжнародні медичні асоціації, такі як: Всесвітня медична асоціація (*World Медичний Асоціація*), Всесвітня асоціація сімейних лікарів WONCA (*Світ організація з Національний Коледжі , Академії*) Європейський союз медичних спеціалістів (*Європейський Союз спілка з Медичний Спеціалісти*), Постійний комітет європейських лікарів (*Постійний Комітет з європейський Doctors*) , Європейська академія викладачів загальної медицини-сімейної

медицини (*The європейський Академія з Вчителі в Загальний Практична / Сім медицина*), Асоціація шкіл громадського здоров'я в Європейському регіоні (*Асоціація з школи з Громадський Здоров'я в THE європейський Регіон*), *Європейська мережа оцінки медичних технологій (мережі для здоров'я технології оцінка)* тощо. Існування та діяльність цих організацій свідчить про важливу активність громадського руху лікарів та його роль у покращенні здоров'я та розвитку медичних послуг у світі загалом і в Європі зокрема [12]. Найвпливовішою з цих організацій є Всесвітня медична асоціація (WMA), яка об'єднує 117 національних медичних асоціацій.

На Всесвітніх медичних асамблеях Всесвітньої медичної асоціації (*Світ Медичний Асоціації*) приймаються важливі рішення щодо запровадження та розвитку медичної автономії у світі.

У жовтні 1987 р. на 39-й Всесвітній медичній асамблеї була прийнята «Мадридська декларація», яка наголошувала на необхідності автономного управління медичною професією та встановлення професійної автономії [11]. Сформульовані в документі основні принципи медичної автономії спрямовані на якнайширше реагування на потреби пацієнтів та захист прав медичного персоналу. Тому всі країни-члени Європейського Союзу прийняли закони, згідно з якими медичній автономії передано низку важливих регуляторних функцій системи охорони здоров'я, а також описано основні організаційні принципи професійної діяльності лікарів.

У 2008 році на 59-й Всесвітній медичній асамблеї була прийнята Сеульська декларація «Про професійну медичну автономію та клінічну незалежність», яка ще раз підкреслює «важливість професійної медичної автономії та клінічної незалежності». «незалежність у прийнятті клінічних рішень, яка має бути збережена не лише як суттєвий елемент високоякісної медичної допомоги і, отже, корисний для пацієнта , але також як суттєвий принцип медичного професіоналізму» [14].

Після прийняття Сеульської декларації Всесвітньої медичної асамблеї країни Європейського Союзу, Північної та Південної Америки, Південної та

Східної Азії та значна частина країн Африки прийняли закони, якими державі передано регуляторні функції медичної автономії. в управлінні системою охорони здоров'я, що визначає принципи організації професійної діяльності лікарів [77].

За кордоном накопичено значний досвід у сфері медичної автономії. Практично в кожній державі-члені ЄС створено орган, який регулює основні положення щодо функціонування медичної автономії. Так, у Німеччині медична автономія забезпечується двома окремими структурами: Палатою лікарів і Палатою стоматологів. Федеральна палата лікарів Німеччини є однією з найпотужніших і найавторитетніших медичних спільнот у світі. Він представляє інтереси понад 470 000 лікарів по всій країні і є центральною організацією системи автономного медичного управління країни.

У Німеччині кожен лікар є членом національної асоціації лікарів через обов'язкове членство в одній із державних палат. Останні працюють відповідно до законів земель про медичну діяльність, активно взаємодіють між собою, обмінюються досвідом та координують спільні дії. Обов'язкове членство в одній з лікарських палат передбачає сплату внеску (приблизно 0,6% від доходу лікаря). Регіональні медичні палати захищають професійні та політичні інтереси лікарів, реєструють їхню діяльність і здійснюють нагляд за нею, забезпечуючи при цьому найвищі стандарти медичної етики та науки. До сфери їх відповідальності також входить організація, регулювання та забезпечення післядипломної професійної освіти та безперервного професійного розвитку лікарів.

До основних завдань земельних лікарських палат належать: 1) громадськість; 2) професійно-політичне представництво лікарів в інших сферах (ЗМІ, експертиза, підтримка державної охорони здоров'я, співпраця з міжнародними партнерами та організаціями охорони здоров'я); 3) соціальні (наприклад, пенсія лікарям).

Ключовим принципом діяльності автономних медичних організацій Німеччини є забезпечення якості медичної допомоги, тобто захист інтересів

професійної групи, суспільства та пацієнтів. Це звільняє уряд і владу від багатьох організаційних турбот, а суспільство є компетентним партнером у забезпеченні якості медичних послуг і галузі охорони здоров'я в цілому (за допомогою самоконтролю та власної відповідальності) [13].

Завдяки членству в автономній медичній організації німецькі лікарі мають численні можливості обмінюватися досвідом і знаннями з колегами з сусідніх країн і співпрацювати з автономними міжнародними організаціями.

У Чехії медична автономія забезпечується трьома медичними палатами: палатою лікарів, палатою стоматологів і палатою фармацевтичних працівників. Прийом до Лікарської комори є обов'язковим.

Особливістю Чеської палати є те, що представництво на конференції, яка обирає керівні органи головної палати, складається як від регіональних палат, так і від асоціацій лікарів за фахом.

Основними завданнями палати є: 1) забезпечення професійного виконання функцій та дотримання правил етики та порядку палати всіма її членами; 2) гарантувати іспит своїх членів і контролювати дотримання умов для медичних, стоматологічних і фармацевтичних професій відповідно до певних правил; 3) оцінка та захист професійних прав та інтересів членів; 4) захист професійної доброчесності членів; 5) веде реєстр учасників.

Особливістю медичної автономії у Словаччині є те, що структурне представництво в організаціях медичної автономії формується як за територіальним принципом (Лікарська палата Словаччини та її територіальні підрозділи), так і за принципом створення секцій за напрямками діяльності (Лікарська палата Словаччини та її територіальні підрозділи) та за принципом створення секцій за сферами діяльності (Словацька медична палата та її територіальні підрозділи) та епідеміології, секції клінічної біохімії, секції патології, секції медицини, секції ядерної, секції нейрохірургії, секції новонароджених, секції онкології, клінічної мікробіології розділ тощо) [13].

Іншою особливістю Словацької автономної медичної адміністрації є добровільне членство в Палаті, членом якої може бути будь-який лікар, який

закінчив університет або медичний факультет. Водночас членами палати можуть стати лікарі, які не займаються медициною на території Словаччини. Стати членом палати можливо шляхом реєстрації в реєстрі лікарів за бажанням лікаря.

Основними завданнями комори в Словаччині є: 1) асоціація лікарів, що входять до комори; 2) захист прав та інтересів учасників; 3) надання медичних, юридичних та економічних консультацій членам; 4) посередництво, а в разі потреби представництво в судах, державних органах та органах місцевого самоврядування у справах, пов'язаних із здійсненням медичної діяльності; 5) реєстр лікарів; 6) розгляд звернень громадян щодо надання медичної допомоги в недержавних медичних закладах; 7) медична підготовка; 8) рішення про дисциплінарні стягнення та етичну оцінку діяльності лікарів; 9) здійснює контроль за дотриманням умов, передбачених законодавством; 10) взаємодія з органами державної влади та місцевого самоврядування в рамках окремих нормативно-правових актів.

У Польщі створено єдину централізовану медичну службу, якої мають дотримуватись усі лікарі, що практикують медицину в Польщі. Жоден закон у сфері охорони здоров'я не може бути прийнятий без погодження палати. Також палата має право видавати ліцензії лікарям з інших країн, оцінювати відповідність медичних дипломів. Палата може відкликати дозвіл на медичну практику.

У Сполучених Штатах і Канаді немає централізованої чи добре організованої системи медичної автономії; скоріше існує понад 200 професійних медичних організацій з різними ролями та функціями. Однак лише деякі організації мають необхідний юридичний статус і повноваження. Комітет зв'язку з медичною освітою (*The Підключення Комітет він Медичний Освіта (LCME)*) та Американська остеопатична асоціація (*American Osteопатичний Association (AOA)*) визнані Міністерством освіти США як акредитатори програм медичної освіти для ліцензування доктора медицини (Physician) і доктора остеопатії (Osteopath), відповідно.

Дозвіл на заняття медичною діяльністю видається Федерацією державних лікарських комісій і державними лікарськими комісіями. Управління з контролю за наркотиками дозволяє лікарям виписувати контрольовані ліки. Власне, ці 4 організації, а точніше - 54 (є 50 державних медичних рад) і є єдиними автономними медичними організаціями, підтримуваними і визнаними на федеральному рівні. Усі інші організації надають інформаційну підтримку лікарям, розробляють освітні проекти, надають певну юридичну підтримку та розробляють етичні медичні стандарти [13].

Незважаючи на те, що кожна країна має свою специфіку організації медичної автономії, їх можна поділити на 4 основні групи:

1) до першої групи входять 17 країн Центральної та Східної Європи: Австрія, Люксембург, Німеччина, Словенія, Албанія та інші, де діють медичні служби (ZEVA). Для цих країн характерні моделі, вперше запроваджені в Німеччині та Австрії. Ці моделі характеризуються: обов'язковим членством лікарів у палатах, делегуванням державою автономним органам майже всіх повноважень щодо медичної професійної діяльності, спеціальним законом про самоврядування;

2) до другої групи увійшли 17 країн Західної та Південної Європи, серед яких варто виділити Францію, Італію та Іспанію, в яких діє Європейська Рада Медичних Орденів (SEOM). Слід зазначити, що частина автономних медичних організацій, наприклад у Німеччині, Австрії та Румунії, входять до складу обох асоціацій – ZEVA та SEOM . Тому існує певна конкуренція між автономними національними організаціями в цих країнах. Закономірності процесу медичної автономії також певною мірою відрізняються, хоча ці аспекти принципово не впливають на сутність медичної автономії як такої;

3) третю групу складають Велика Британія, країни Скандинавії та країни Балтії, в яких сформувалися традиційні системи регулювання та саморегуляції медичної діяльності, тобто не мають загальних об'єднань. Наприклад, у Британії законодавчо не передбачено обов'язкове членство в

автономній медичній організації (Королівському коледжі), але якщо лікар не є членом, він не зможе виконувати свої професійні обов'язки. У Прибалтиці існують медичні асоціації з певними повноваженнями медичної автономії. Особливістю автономних медичних організацій скандинавських країн є те, що вони, окрім своїх основних функцій, виконують також функцію профспілок – відповідають за економічний захист своїх членів [1];

4) четверту групу складають США. Американська система самоврядування відрізняється від європейської кількома функціями, наприклад, функцією ліцензування, яка не виконується федеральним урядом, а передається штатам. Так, Американська медична асоціація не видає ліцензії на медичну практику, але вона підтверджує постійний професійний розвиток лікаря, без якого він не може отримати право на практику від державних органів. Американська медична асоціація також не вимагає членства, але фактично вона охоплює більше 90% лікарів.

Аналіз світового досвіду довів, що професійна медична автономія є вкрай необхідною та корисною моделлю управління охороною здоров'я. Його реалізація має стати однією з невід'ємних складових реформування національної системи охорони здоров'я, складовою державної політики у сфері охорони здоров'я. При цьому важливо зберегти кращі традиції вітчизняної корпоративної медичної комунікації та, водночас, запозичити провідний зарубіжний досвід щодо функціонування організацій медичної автономії [18, с. 6] .

Проведений аналіз дав змогу сформулювати основні завдання медичної автономії: 1) видача дозвільної документації та контроль за правильним і сумлінним здійсненням медичної практики; 2) інтеграція лікарів в єдиний медичний простір; 3) реалізація політики партнерства між системою охорони здоров'я, лікарями та пацієнтами; 4) встановлення обов'язкових для всіх лікарів етичних і деонтологічних засад медичної діяльності; 5) вплив на стан здоров'я населення, державну політику охорони здоров'я та стимулювання ефективного використання ресурсів системи охорони здоров'я; 6) організація

співпраці з науковими товариствами, вітчизняними та закордонними вищими навчальними закладами тощо [2].

Зазначені завдання медична автономія виконує шляхом: 1) надання права на здійснення медичної практики; 2) веде реєстр лікарів; 3) обговорення умов праці лікарів та їх оплати праці; 4) контроль за правильним і сумлінним виконанням лікарями своїх професійних обов'язків; 5) визначення чітких критеріїв (показників) якості медичної допомоги; 6) притягувати лікарів до дисциплінарної відповідальності; 7) підтримка професійного розвитку лікарів; 8) проводить атестацію та атестацію лікарів, дозвіл на види медичної практики та участь в акредитації закладів охорони здоров'я; 9) участь у конкурсах на зайняття керівних посад у системі охорони здоров'я; 10) організація розгляду та обговорення нормативних документів органів влади, у тому числі щодо змін у системі надання медичної допомоги та виконання лікарями професійних функцій; 11) здійснення контролю за використанням лікарських засобів та медичною рекламою; 12) утвердження принципів професійної етики та професійної поведінки, обов'язкових для всіх лікарів, а також контроль за їх дотриманням; 13) визначення меж та контроль за дотриманням лікарської таємниці; 14) організація взаємодії з органами влади, політичними організаціями, профспілками, а також іншими державними органами з питань охорони здоров'я населення та умов виконання лікарем своїх професійних обов'язків; 15) своєчасне надання лікарям необхідної медичної інформації; 16) розроблення національної стратегії інформування суспільства про події в системі охорони здоров'я; 17) визначає кваліфікацію лікаря та надає право на медичну практику громадянам інших держав [2].

У країнах колишнього Радянського Союзу, що входять до Східного партнерства Європейського Союзу (за винятком Російської Федерації), зокрема в Україні, медична автономія ще не створена. Але існує велика кількість громадських організацій, які об'єднують медичні кола за спеціалізацією, наприклад: **Всеукраїнське лікарське товариство (ВЛТ), Асоціація медичних сестер України, Асоціація неврологів України,**

Асоціація неонатологів України, Асоціація педіатрів України, Асоціація лікарів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, Асоціація серцево-судинних хірургів України, Асоціація бариатричної хірургії, Асоціація рентгенологів України, Асоціація торакальних хірургів України, Асоціація дитячих отоларингологів України (АДОУ), Association of Preventive and Anti -aging Medicine та ін. Проте ці організації не мають правових інструментів і важелів, характерних для європейських організацій медичного самоврядування. Вони розподілені та вирішують дрібні проблеми в межах своєї спеціалізації, а не загальні проблеми лікаря.

Всеукраїнське лікарське товариство (ВЛТ) є найстарішою та найбільшою організацією нашої держави, що об'єднує представників медичної професії з усіх регіонів України [15]. ВУЛТ вважає себе продовжувачем традицій Українського (Руського) Лікарського Товариства у Львові, заснованого в 1910 році, та Всеукраїнської Спілки Лікарів, заснованої в Києві в 1917 році.

Основною метою діяльності ВУЛТ є: 1) сприяння охороні та зміцненню здоров'я українського народу; 2) розвиток вітчизняної медичної науки; 3) участь у вирішенні медичних проблем; 4) сприяння професійному розвитку медичних працівників, їх правовому та соціальному захисту; 5) задоволення своїх законних соціальних, економічних, творчих та інших спільних інтересів.

Завданнями ВУЛТ є: 1) сприяти моральному, культурно-національному відродженню української медицини і всього українського народу; 2) підвищення державної та суспільної значущості лікарської професії, сприяння відродженню її авторитету та престижу, підвищення рівня та якості медичного обслуговування всіх верств населення; 3) сприяти підвищенню професійного рівня лікарів України шляхом підвищення їх кваліфікації та практичних навичок, удосконалення медичної освіти, розвитку творчого потенціалу та реалізації права кожного на інтелектуальну працю та її результати; 4) сприяння формуванню пріоритетних напрямів медичної науки, організація та участь у проведенні наукових досліджень з актуальних проблем медицини та охорони

здоров'я, впровадження їх досягнень у практику; 5) захист інтересів членів ВУЛТ в органах державної влади та державного управління, забезпечення правового захисту їх цивільних прав, професійних, соціально-економічних інтересів.

Протягом багатьох років ВУЛТ активно працює над впровадженням медичної автономії, розвитком професійної автономії та професійної відповідальності лікарів. Оскільки в нашій державі вже розпочато серйозне реформування системи охорони здоров'я, законодавче запровадження медичної автономії – справа найближчого майбутнього.

Основною причиною гальмування процесу запровадження медичної автономії є відсутність належної нормативно-правової бази. Законопроекти, спрямовані на врегулювання порядку медичної автономії, періодично вносяться на розгляд Верховної Ради, але, на жаль, жоден із них досі не прийнятий. Серед цих законопроектів слід відзначити такі: «Про медичну автономію» від 24 жовтня 2018 р. № 8250 [3], « Про автономію медичних професій в Україні» від 14 листопада 2019 р. № 2445 [4]; Проект Закону України « Про професійну автономію у сфері охорони здоров'я » від 26 листопада 2019 р. № 2445-1 [5], « Про професійну автономію медичних професій в Україні » від 26 листопада 2019 р. № 2445-2 [6], “ Про засади та органи медичної автономії України ” [7]. Кожен із зазначених вище законопроектів має низку недоліків, які потребують серйозного доопрацювання.

Саме тому на сьогодні в Україні відсутній єдиний нормативно-правовий документ, який би визначав правовий статус автономних медичних організацій та визначав їх місце серед інших суб'єктів державної політики у сфері охорони здоров'я. У зв'язку з цим передбачається створення відповідної законодавчої бази для функціонування автономних медичних організацій, яка визначатиме механізми державної політики щодо захисту прав медичного персоналу та створюватиме правове підґрунтя для запровадження цілісної системної системи соціальні гарантії для пацієнтів і лікарів

Запровадження медичної автономії в Україні значно зменшить фантомний обіг коштів у сфері охорони здоров'я, позбавить пацієнтів від послуг псевдомедичних організацій, представників нетрадиційної медицини, забезпечить контроль за медичною рекламою, дозволить створити умови для надання якісної медичної допомоги, дасть практичне обґрунтування доцільності функціонування тих чи інших закладів охорони здоров'я, визначить потребу у лікарях різних спеціальностей, дозволить сформувати ефективну систему страхування професійної відповідальності лікарів та медичне страхування громадян, а також сприятиме успішному вирішенню інших важливих медико-соціальних проблем.

Діяльність громадських та автономних організацій є справжнім показником процесу становлення громадянського суспільства, демократизації політичної та соціальної системи держави. І чим ефективніша буде їхня робота, тим досконалішим і сильнішим стане громадянське суспільство.

3.2. Напрями вдосконалення системи підвищення кваліфікації медичного персоналу

в системі медичної освіти України відкрито обговорюється проблема реформування післядипломної медичної (фармацевтичної) освіти (PDM (F)O) та безперервного професійного розвитку (CPD) з метою приведення їх якості до європейських стандартів. , вирішення кадрових проблем галузі, покращення медичного обслуговування населення, забезпечення конкурентоспроможності випускників вищих медичних навчальних закладів на національному та міжнародному ринках праці. Розроблено проекти Концепції післядипломної медичної освіти та неперервного професійного розвитку, Стратегії розвитку системи післядипломної медичної та фармацевтичної освіти в Україні на період до 2020 року та багато інших документів.

У свою чергу, у проекті Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я в Україні, який нещодавно обговорювався громадськістю, у пункті щодо вдосконалення системи кадрового забезпечення запровадження

інтернатурної форми післядипломної освіти, яка базується на принципі рівноправності випускників контрактної та бюджетної форм навчання із зазначенням отримання спеціалізації. Останній законопроект «Про вищу освіту» серед форм післядипломної підготовки передбачає: інтернатуру, ординатуру та клінічну ординатуру. Тобто найближчим часом очікує вирішення питання щодо впровадження ординатури в систему підготовки лікарів.

З іншого боку, європейська орієнтація розвитку України та вивчення досвіду, спрямованого на забезпечення якості підготовки медичних кадрів розвинених країн світу, зумовлюють велику актуальність створення інституту резидентури в Україні.

Але формальне запровадження або запозичення готової моделі такого виду навчання з будь-якої європейської країни викликає багато запитань, для відповіді на які необхідно знайти місце цьому виду навчання в існуючій системі надання медичної допомоги медичним допомог. персонал. Крім того, система, яка вже діє в Україні, напрацьовувалась десятиліттями, гармонізує з медичною галуззю держави та достатньо ефективно відповідає її потребам.

У світі існує багато визначень поняття «ординатор», що означає «лікар (молодий спеціаліст), який перебуває в університетській лікарні та здійснює лікування хворих під наглядом медичного персоналу лікарні; лікар, який проходить спеціалізовану клінічну підготовку в лікарні, як правило, після - завершення інтернатури. Або «ординатор – це лікар, який закінчив медичний навчальний заклад та інтернатуру та зараз проходить навчання в спеціальній галузі, наприклад хірургії, внутрішньої медицини, патології тощо. Отримання ліцензії на всі медичні та хірургічні спеціальності вимагає успішного проходження програми резидентури.

Незважаючи на деякі відмінності у визначеннях та організаційних рішеннях у різних країнах, загальне розуміння ординатури полягає в тому, що ординатура – це підготовка лікарів за певними основними спеціальностями. Відповідно до Європейської директиви про визнання професійних

кваліфікацій (2005/36 ЄС від 7 вересня 2005 р.), воно повинно бути стаціонарним і здійснюватися у відповідних установах, визнаних уповноваженими органами, і включати теоретичне та практичне навчання протягом повного робочого тижня. . та протягом року участь у всіх медичних маніпуляціях у відділенні чи службі, де проходить навчання, в тому числі служба.

Але якщо Україні поставити завдання побудувати навчання в резиденції за європейським зразком, то виникає проблема: в Європі кожна країна має свої підходи до підготовки фахівців, створені роками, і досі не можна сказати, . яка модель найкраща.

Загальною рисою є те, що в багатьох країнах резиденції передують стажування , але програма навчання інтернів не однакова в кожній країні. У США, наприклад, існує два типи стажування: вступне стажування та перехідне стажування (Prelim I Перехідного періоду стажування). Госпіталізація на терапію або операцію. Стажери навчаються протягом 12 місяців, зосереджуючись на терапії або хірургії. Пройшовши терапевтичне інтернатуру та склавши відповідний іспит, лікар може працювати терапевтом. Традиційні перехідні або ротаційні ротації мають графік, який включає всі основні спеціальності, такі як невідкладна медицина, сімейна медицина, терапія, акушерство/гінекологія, педіатрія та хірургія. Він також триває 12 місяців. Деякі кандидати віддають перевагу програмам перехідного року, оскільки вони не такі напружені, як стажування на вступному році. Однак цей тип стажування може забезпечити кращу підготовку протягом другого року проживання. На багатьох спеціальностях навчання в інтернатурі фактично є першим роком резидентури.

В Австралії та Ізраїлі стажування – це період умовної реєстрації, протягом якого випускники-медики повинні пройти рік навчання в - акредитованій лікарні, перш ніж отримати повну реєстрацію.

У Швеції еквівалентом стажування є загальна медицина, яка є обов'язковою для отримання медичної ліцензії. Його тривалість становить не

менше 18 місяців, але зазвичай триває трохи довше - близько 2 років. Після стажування можна пройти тестування на отримання медичної ліцензії. Потім починається спеціалізована практика, еквівалентна резиденції.

PDM (F)O в різних країнах: в один етап : після отримання докторського ступеня навчання проходить в інтернатурі або в резиденції (Німеччина, Ізраїль, Румунія та ін.); у два етапи : після отримання докторського ступеня, обов'язкове навчання в інтернатурі, потім в ординатурі чи спеціалізації (Україна, Швеція, Велика Британія та ін.); в три етапи : після отримання докторського ступеня - стажування, потім ординатура, потім спеціалізація за вузькими спеціальностями (США, Польща , Франція та ін.).

Як приклад одноетапного навчання можна навести навчання лікаря в Німеччині (рис. 3.3), Ізраїлі (рис. 3.4) та Румунії (рис. 3.5).

У Німеччині, щоб клініка готувала лікарів-спеціалістів за спеціалізацією, вона повинна отримати офіційний дозвіл на це.

В Ізраїлі «лікар-спеціаліст», на відміну від «молодшого лікаря», має право працювати в приватних клініках або відкрити власну приватну практику. Досить цікавим досвідом є навчання сімейного лікаря, яке триває 4 роки, протягом якого фахівець проходить такі компоненти програми: перші 9 місяців у амбулаторії сімейної медицини під безпосереднім і постійним контролем наукового керівника; 6 місяців, у тому числі по 1,5 місяця на кожному з 4 спеціальностей, таких як: хвороби вуха, горла, носа та головно-шийні хвороби, акушерство та гінекологія, приймальний покій, шкірно-венеричні хвороби, загальна хірургія, очні хвороби, ортопедія, онкологія, ревматологія, геріатрія, реабілітація, інфекційні хвороби; 12 місяців у відділенні внутрішньої медицини - обов'язково; 6 місяців у педіатричному відділенні - обов'язково; 3 місяці в психіатрії - обов'язково; Останні 12 місяців в амбулаторії сімейної медицини під керівництвом наукового керівника.

У Румунії підготовкою в стаціонарі керують Міністерство охорони здоров'я та Міністерство освіти, досліджень та молоді. Його організують і контролюють професійні асоціації (Відповідний медичний коледж Румунії) і

визнають державні органи. Прикладами двоступеневої системи PDM (F)O можуть бути Швеція (рис. 3.6) та Велика Британія (рис. 3.7) .

У Швеції під час стажування лікарі дев'ять місяців вивчають терапевтичні та хірургічні спеціальності, наступні три місяці – загальну психіатрію, дитячу та підліткову психіатрію. На завершення протягом шести місяців – загальна медицина.

Після отримання ліцензії спеціаліст отримує дозвіл на практику та роботу в лікарнях та інших медичних закладах, але лише за умови злагодженої роботи.

З 1 липня 2006 року шведські лікарі спеціалізуються за 56 різними медичними спеціальностями, включаючи 31 основну (*bassspecialiteter*) і 25 додаткових (*grenspecialitet*). Маючи статус лікаря-спеціаліста, випускник отримує сертифікат спеціаліста та дозвіл на самостійну практику.

Великі традиції можна побачити у підготовці лікарів у Великобританії.

На 1 курсі EF1 програма навчання базується на знаннях, уміннях і навичках, набутих лікарем на етапі додипломної підготовки . Навчальні цілі на цей рік встановлює генеральний директор Медичний Порада . За перший рік лікар проходить три-чотири посади за різними лікарняними спеціальностями. Наприклад, три місяці загальної хірургії.

Спеціалізація полягає в медицині чи хірургії, або навчання може проходити в інших спеціальностях, таких як загальна медицина, невідкладна медицина, педіатрія, психіатрія, акушерство та патологія. Навчання базується на досвіді, набутому протягом попереднього року.

основа» навчання «Лікар », отримати професійний досвід за різними спеціальностями та в різних медичних установах. Особлива увага приділяється догляду за важкохворими пацієнтами. Навчання також включає загальні професійні навички, застосовні до всіх сфер медицини – робота в команді, тайм-менеджмент, спілкування, знання комп'ютера тощо.

Підготовка лікаря в США (рис. 3.8) та Польщі (рис. 3.9) проходить у три

етапи.

У Сполучених Штатах наприкінці медичних досліджень лікар отримує ступінь «доктора остеопатичної медицини (1)» відповідно до різних моделей підготовки лікарів. Можна відзначити, що в останні роки в системах медичної освіти розвинутих країн світу спостерігається тенденція до збільшення питомої ваги практичної підготовки лікарів, що призводить до процесів інтеграції 2 форм послідовного навчання: інтернатури. і проживання в одній резиденції, як це показано на прикладі Сполучених Штатів.

Тривалість проживання залежить від спеціальності та відрізняється залежно від країни. Наприклад, ординатура сімейної медицини триває 5 років у Данії та Німеччині, 4 роки в Чехії, Греції та Ізраїлі, 3 роки в Боснії, Франції, Литві, Португалії, Сербії, Словаччині, Іспанії та 2 роки в Албанії.

Заклади, які надають постійне навчання, також відрізняються залежно від країни. В одних лікарнях здійснюється відбір, навчання, нагляд і всі обов'язки, в інших – університети.

Оцінюючи досвід ординатури в зарубіжних країнах і порівнюючи вітчизняну систему післядипломної медичної освіти із зарубіжною, виникає багато суперечливих питань щодо ефективного впровадження інституту резидентури в Україні найближчим часом.

При аналізі різних моделей удосконалення системи підготовки фахівців в Україні було проаналізовано чотири варіанти:

1. обов'язкова річна інтернатура за спеціальністю «Лікувальна справа/Сімейна медицина» для всіх випускників медичного факультету та спеціальності «Педіатрія», потім вступ до клінічної ординатури на конкурс від 2 до 4 років.

2. Запровадити ординатуру за багатьма спеціальностями для всіх випускників одразу після закінчення ВМНХ .

3. Запровадити 2-3-річну клінічну ординатуру після закінчення інтернатури за вісьмома основними спеціальностями (внутрішні хвороби – 2 роки, педіатрія – 2 роки, хірургія – 3 роки тощо).

4.Скоротити діючий перелік спеціальностей інтернатури та надати випускникам ВМНХ спеціальностей «Медицина» та «Педіатрія» право після річної інтернатури за п'ятьма базовими спеціальностями (табл. 3.1) вступати за конкурсом на ординатуру за окремими вузькими спеціальностями.

Це четвертий варіант, на нашу думку, найперспективніший для України. Вважаємо, що нинішня клінічна ординатура є основою для майбутнього впровадження ординатури як конкурентоспроможної очної форми післядипломної підготовки медичних спеціалістів. Після закінчення ординатури спеціалісти отримують сертифікат про отриману спеціальність, який можна прирівняти до сертифіката спеціаліста. Ще одна вимога – перелік спеціальностей ординатури має бути обмеженим (перелік сягає 34 спеціальностей) і включати ті, які не вимагають проходження повної інтернатури за основною спеціальністю, але вимагають тривалого профільного навчання в клініці.

Зарахування до клінічної ординатури здійснюється на обмежену кількість місць для кожної спеціальності. За окремими спеціальностями можливий конкурс на вступ до клінічної ординатури – після 1 курсу інтернатури відповідного профілю та Кро -ку-3 (виняток: загальна/сімейна медицина – за погодженням з МОЗ). Слухачі, які не отримали конкурсну клінічну ординатуру, продовжать навчання через інтернатуру за фахом.

Підготовка лікарів за іншими «вузькими» спеціальностями (авіаційна та космічна медицина, алергологія, геріатрія, дієтологія, ендоскопія, комбустіологія тощо) повинна здійснюватися за циклами спеціалізації після закінчення повного нормативного терміну навчання у відповідній інтернатурі. (Рис. 3.10).

При реалізації нової концепції післядипломної освіти (ПДО) надзвичайно важливо враховувати такі положення: навчання в інтернатурі здійснюється із збереженням державної системи розподілу молодих спеціалістів; при зарахуванні слухачів (після першого року навчання) за місцем проживання за конкурсом користуються перевагами ті, хто

направлений на роботу за цією спеціальністю; визначення кількості місць за держзамовленням за кожною спеціальністю та розподіл цих місць між вишами має здійснюватися МОЗ України та відповідними асоціаціями.

Аналізуючи запропоновану модель переходу системи підготовки спеціалістів на резидентуру, ми детально вивчили можливість її фінансового забезпечення.

Ми вважаємо, що перерозподіл існуючого бюджету не потребує додаткових коштів у складній економічній ситуації. Наприклад, усі 3783 випускники (така кількість вступає на бюджетну інтернатуру в середньому на рік) йдуть на бюджетні місця першого курсу інтернатури (але лише за рештою 5 медичних спеціальностей) завдяки коштам, передбаченим у бюджеті на інтернатуру.

На другому курсі з 3783 спеціалістів, які навчаються, 1116 вступають до клінічної ординатури для продовження навчання за 34 «вузькими» спеціальностями, а решта продовжують навчання в інтернатурі. До середньомісячного грошового забезпечення лікаря-ординатора додатково потрібно 1474 грн для стипендіального фонду МОЗ у перший рік впровадження реформи ПДО : $1474 \text{ грн} * 1116 * 12 = 19,7 \text{ млн грн}$. Але за рахунок 766 інтернів, які навчатимуться не за традиційними спеціалізаціями інтернатури (старого зразка), а завершуватимуть навчання за основними спеціалізаціями інтернатури, місцеві бюджети заощадять: $(1678+587) \text{ грн} * 766 \text{ грн} * 12 = 20,8 \text{ млн грн}$, що покриває додаткові витрати.

Отже, з одного боку, плани щодо запровадження ординатури в Україні безперечно мають такі позитивні моменти: підвищення якості підготовки кваліфікованих лікарів; можливість використання модульної системи навчання та розширення мережі університетських клінік у навчанні ординаторів; надати можливість посилити роль медичних асоціацій у плануванні необхідної кількості лікарів за певною спеціальністю та підвищити мотивацію до навчання в ординатурі з гідним рівнем оплати праці після її закінчення, соціальними виплатами.

Але запровадження резидентства неможливе без удосконалення законодавчої та нормативної бази, зокрема таких документів як: Положення про місце проживання; Положення про кафедру, в якій здійснюється післядипломна освіта випускників ВМНХ III-IV рівня акредитації; Положення про клініку, хто має право готувати лікарів-ординаторів тощо. Також необхідно переглянути навчальні плани та зразки програм для всіх спеціальностей клінічної ординатури та сертифікаційних програм з інформатики.