

detail the system of medical rehabilitation in the UK, France, Germany and Switzerland, and identified the main problems in its functioning.

Keywords: *medical rehabilitation, the wounded and sick, system, rehabilitants.*

УДК 355.415.6 (1–622)

**ДОПИТАННЯ УДОСКОНАЛЕННЯ
ЛІКУВАЛЬНО-ЕВАКУАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ
ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ**

Ю.Ф. Клівенко¹, О.О. Ляшенко², А.М. Галушка³

¹ *Центральне військово-медичне управління Збройних Сил України*

² *Військово-медичний департамент Міністерства оборони України*

³ *Науково-дослідний інститут проблем військової медицини УВМА*

Резюме. *У статті викладені загальні принципи лікувально-евакуаційного забезпечення військ (сил), та основні вимоги для їх реалізації. Детально розглянута сучасна система лікувально-евакуаційного забезпечення ЗС України та виділені основні проблеми її функціонування.*

Ключові слова: *антитерористична операція, медичне забезпечення, лікувально-евакуаційне забезпечення, поранені та хворі, аеромедична евакуація.*

Вступ. Шлях військової медицини України від перших кроків в умовах незалежної держави і до сьогодення – це постійний пошук оптимальних варіантів розвитку, фундаментом якого незмінно виступало прагнення до сучасної, якісно нової, більш надійної та ефективної системи медичного забезпечення Збройних Сил (далі – ЗС) України, здатної на найвищому рівні виконувати поставлені завдання у мирний час та особливий період. Водночас, військово-медична служба розвивалась у дуже непростих умовах, завжди під тиском жорстких обмежень, як наслідку складних соціально-економічних реалій. Саме тому, у ЗС України, що реалізують функцію обороноздатності нашої держави, виникла необхідність негайного удосконалення системи медичного забезпечення військовослужбовців в умовах проведення антитерористичної операції (далі – АТО), пошуку нових організаційних форм управління, створення нових методологічних і технологічних підходів до вирішення специфічних медичних проблем тощо [1, 4–6].

Матеріали і методи. Матеріалами досліджень слугували наукові публікації, нормативні документи з питань розвитку (реформування) ЗС України та їх медичної служби, а також інші літературні джерела, що розкривають особливості проведення аеромедичної евакуації.

Методи досліджень: історичний, бібліографічний, системного підходу та системного аналізу.

Об'єкт дослідження – система медичного забезпечення ЗС України. Предмет – система лікувально-евакуаційного забезпечення військ (сил).

Результати та їх обговорення. Однією з таких проблем, що потребує негайного розв'язання, є реформування системи лікувально-евакуаційного забезпечення та впровадження в практику діяльності медичної служби аеромедичної евакуації [10, 14, 17].

Передумов до реалізації зазначеного виду медичної евакуації на сьогодні достатньо. Це і стрімкий розвиток авіаційного транспорту та сучасних комунікацій; і різке зростання темпу життя в умовах постійного дефіциту часу на прийняття рішення; і удосконалення сучасних підходів до надання медичної допомоги пораненим та хворим; і зміна характеру сучасних війн та збройних конфліктів тощо. На кінець, прагнення України до інтеграції в європейські та світові інституції теж вимагає впровадження сучасних стандартів і критеріїв медичного забезпечення ЗС України.

Пошук шляхів вирішення проблеми аеромедичної евакуації значною мірою був стимульований науковими працями з вивчення причин високої летальності від бойових травм [2, 3]. Проведені дослідження показали, що під час війни у В'єтнамі 60% військовослужбовців, віднесених до категорії “вбитих у бою”, помирали протягом перших 5 хв. після поранення, 7% – 5–10 хв. При існуючій системі лікувально-евакуаційного забезпечення військ ця категорія поранених не встигає отримати першу медичну допомогу на полі бою і тому фактично є приреченою, навіть при не смертельних пораненнях.

До категорії “вбиті в бою” було включено також 33% осіб, які померли через 10 хв. – 1 год. після поранення. Американські спеціалісти переконані, що життя цих військовослужбовців могло б бути врятоване при використанні на полі бою сучасних військово-медичних технологій. За даними Рональда Беллами [20, 23], за останні 120 років відбулося суттєве зниження летальності в категоріях “поранений у бою” (wounded in action) і “померлий від ран” (died of wounds), головним чином, завдяки удосконаленню надання медичної допомоги на госпітальному рівні (покращенню якості хірургічної обробки ран і профілактики ранової інфекції; досягненням в галузях анестезіології, реаніматології, інтенсивної терапії і реконструктивної хірургії). В той же час, відсоток поранених, які померли до надання їм медичної допомоги і з цієї причини включених до сумної категорії “вбитий у бою” (killed in action), за минуле сторіччя залишився незмінним і складає від 15 до 17%.

Триваюча кровотеча в ході кожної бойової операції забирає більшість тих життів, які можна було б врятувати при своєчасному наданні допомоги. Аналіз летальності за десятирічний термін воєн в Чеченській Республіці, Іраку,

Афганістані та ін. показав, що 87% всіх військовослужбовців загинули, навіть не потрапивши до первинного лікувального закладу. 91% поранених загинули від кровотечі, 8% – від асфіксії і всього 1% – від напруженого пневмотораксу. За загальною зведеною статистикою 24%, а серед спецпідрозділів – всього 3% поранених можна було б врятувати [2, 7].

У Радянській Армії під час Великої Вітчизняної війни на полі бою від крововтрати померло 37,2% поранених, причому близько 22% – від “умовно смертельних поранень”, при яких своєчасне надання першої медичної допомоги могло б врятувати їм життя. Вивчення причин загибелі поранених у групі “вбиті у бою” в Афганістані показало, що у 15–20% випадків перша допомога пораненим взагалі не надавалася, а у 55% – надавалася не в повному обсязі. Причинами смерті були: гостра крововтрата – 44%, крововтрата і шок – 22%, травматичний шок – 16%, гемопневмоторакс – 18% випадків. Російські військові медики, як і їх американські колеги вважають, що ці дані дозволяють зробити висновок про можливість значного скорочення безповоротних бойових втрат і оцінити обґрунтованість тих чи інших лікувально-евакуаційних заходів. Так, загальні втрати за період Великої Вітчизняної війни склали 30 млн. чоловік. Користуючись класичним співвідношенням кількості вбитих і поранених (1:4) було підраховано, що безповоротні втрати за всю війну склали приблизно 6 млн. осіб. Беручи до уваги той факт, що із усіх поранень безумовно смертельними були тільки 50%, російські військово-медичні експерти роблять висновок, що за умови своєчасного і повноцінного надання медичної допомоги пораненим можна було врятувати життя трьом мільйонам військовослужбовців [3, 8, 9].

Слід також пам’ятати, що важливе значення для організації ефективної системи надання медичної допомоги на полі бою, зменшення втрат особового складу військ має наявність достатньої кількості кваліфікованих медичних працівників, уміння спрогнозувати їх втрати, передбачити необхідний резерв сил, маневр кадровими ресурсами та їх захист.

Відомо, що втрати військово-медичних ресурсів призводили до порушення запланованої організації медичного забезпечення військ. Це негативно позначалося на якості й своєчасності надання медичної допомоги пораненим і хворим та призводило до збільшення питомої ваги безповоротних втрат військ [11–13, 24].

Як видно з табл. 1, з усіх бойових втрат медичної служби ЗС США 66,7% становили санітарні і 33,3% – безповоротні.

Таблиця 1

Бойові втрати особового складу медичної служби ЗС США протягом Другої світової війни, у %

Втрати	Вбиті в бою	Поранені в бою	Зниклі безвісти	Полонені	Всього
Всього	15,4	66,7	2,3	15,6	100,0
Лікарський корпус	14,6	55,7	1,4	28,3	100,0
Стоматологічний корпус	15,4	51,2	0,9	32,5	100,0
Корпус медичного сервісу	17,5	59,4	1,5	21,6	100,0
Корпус медичних сестер	10,4	25,4	11,2	53,0	100,0
Ветеринарний корпус	10,0	10,0	0,0	80,0	100,0
Інші	15,4	67,5	2,3	14,8	100,0

Серед поранених у бою, в середньому, 4,5% помирало від ран, 64,8% – поверталася до строю та 30,7% – було евакуйовано у континентальні госпіталі США.

Статистичні звіти свідчать, що частка бойових втрат медичної служби у структурі втрат за збройні сили складала 2,5–3,8% (табл. 2).

Таблиця 2

Відомості про бойові втрати особового складу медичної служби ЗС США від загальних бойових втрат протягом Другої світової війни, у %

ТВД	Частка від вбитих в бою	Частка від поранених в бою	Частка від зниклих безвісти	Частка від полонених	Частка від загальних бойових втрат
Європейський ТВД	2,4	2,7	2,7	4,2	2,8
Тихоокеанські ТВД	3,4	3,4	5,2	6,0	3,8
Середньоземноморський ТВД	2,0	2,6	1,9	2,9	2,5
Корейська війна	3,0	3,0	2,7	4,3	3,0
Інші ТВД*	2,5	2,8	2,9	4,5	2,9

Примітка – * Середній Схід Африки, Кариби, Південна Атлантика, Бірма-Індія-Китай.

Втрати медичної служби Радянської Армії за роки Великої Вітчизняної війни у більшості операцій становили 6–8% від її чисельності. У деяких наступальних операціях вони були значно більшими (до 20,3%).

Серед загальних втрат медичної служби за весь період війни частка лікарів становила 3,8%, середнього медичного персоналу – 8,0%, санітарних інструкторів – 27,8%, санітарів, санітарів-носіїв – 60,4% (табл. 3).

Таблиця 3

Втрати медичної служби Радянської Армії протягом Великої Вітчизняної війни, у % та абс.

Категорії медичного складу	Втрати					
	безповоротні		санітарні		загальні, осіб	за категоріями мед. складу, %
	к-ть, осіб	% до заг. втрат	к-ть, осіб	% до заг. втрат		
Лікарі	5319	67,3	2584	32,7	7903	3,8
Середній медичний персонал	9198	53,7	7943	46,3	17141	8,0
Санітарні інструктори	22723	38,9	35736	61,1	58459	27,8
Санітари, санітари-носії	47553	37,4	79545	62,6	127098	60,4
Разом	84793	40,3	125808	59,7	210601	100,0

Тобто 88,2% втрат припадало на рядовий і сержантський склад медичної служби – передову ланку, що діяла на полі бою. Це призводило до затримки поранених на полі бою до 10–12 годин, і відповідно до збільшення летальності [15–17].

Зовсім інше співвідношення відмічається у ході проведення АТО на сході України. Так, у період з 08.03. по 20.10.2014 р. зі складу медичної служби ЗС України загинуло 5 військовослужбовців (з них 2 офіцера, 1 прапорщик та 5 сержантів); було поранено 35 військовослужбовців, з них 24 – офіцери медичної служби (від лейтенанта до підполковника медичної служби) та 11 осіб рядового і сержантського складу медичної служби. Тобто, на рядовий і сержантський склад медичної служби припадало близько 31% санітарних втрат. На нашу думку це пов'язано з широким залученням офіцерського складу медичної служби у передовій ланці, що діє на полі бою.

Обмеження часу і простору бойових дій роблять можливим значно скоротити час евакуації поранених безпосередньо з поля бою в лікувальний заклад, що дозволяє зберегти життя бійців з ушкодженнями тяжкого ступеню. Якщо вже з перших секунд пораненому буде наданий необхідний мінімум допомоги, який дозволить йому дожити до надходження у лікувальний заклад, то можна розраховувати на значне зниження втрат при проведенні антитерористичної операції [18–22].

Залежно від умов оперативно-тактичної і медико-географічної обстановки система лікувально-евакуаційного забезпечення в зоні АТО реалізується за декількома варіантами. Для транспортування поранених застосовують транспорті евакуаційні гелікоптери з медичним супроводом, санітарні автомобілі та реанімобілі військово-медичних клінічних центрів (далі – ВМКЦ) регіонів.

Для транспортування поранених до ВМКЦ широко використовується аеромедична евакуація. Авіаційним транспортом доставляється до 70% поранених, автомобільним транспортом – близько 30%. За період з 08.03. по

30.10.2014 р. тільки санітарним літаком АН-26 «Віта» було здійснено 138 рейсів, якими евакуйовані 1820 осіб, вертольотами – 2065 поранених. Серед поранених до 70% мали вогнепальні осколкові поранення верхніх та нижніх кінцівок, 20% – вогнепальні кульові поранення та 10% – травми.

З огляду на вищенаведене ми вважаємо за необхідне навести загальні принципи лікувально-евакуаційного забезпечення військ (сил):

1. Лікувально-евакуаційне забезпечення військ (сил) є складовою загальнодержавної системи медичного забезпечення населення України на випадок надзвичайних ситуацій та правового режиму надзвичайного стану.

2. Етапність лікування поранених і хворих з їх евакуацією за призначенням та реабілітацією.

3. Своєчасність, послідовність і спадкоємність у наданні медичної допомоги, лікуванні й реабілітації.

4. Спеціалізація медичної допомоги, лікування й реабілітації поранених і хворих.

5. Наближення медичної допомоги до поранених і хворих.

6. Ешелонування медичної допомоги.

7. Концентрація основних зусиль, сил та засобів медичної служби в необхідний момент і на необхідному напрямку.

8. Рівноправність усіх поранених і хворих щодо медичної допомоги.

9. Автоматизація управління лікувально-евакуаційним забезпеченням військ (сил).

10. Дотримання чіткого співвідношення медичної, соціальної та економічної ефективності лікувально-евакуаційного забезпечення військ (сил).

Вищенаведені принципи можуть бути реалізованими шляхом дотримання наступних вимог:

здійснення медичної евакуації відповідно до евакуаційної політики, встановленої для даного театру воєнних дій (зони бойових дій);

залежність евакуаційної політики від співвідношення медичних можливостей, наявних на кожному етапі (ешелоні), і засобів медичної евакуації в інтересах забезпечення оптимального лікування поранених і хворих;

відповідальність командування вищої ланки медичної служби за евакуацію поранених і хворих з етапів (ешелонів) медичної евакуації нижчої ланки; вважаємо основним видом медичної евакуації спосіб “на себе”;

поєднання заходів щодо надання медичної допомоги, лікування та реабілітації поранених і хворих з їх евакуацією;

евакуація пораненого та хворого за призначенням – до того лікувального закладу, де йому може бути надана радикальна, а бажано й вичерпна медична допомога з наступним лікуванням до одужання;

прагнення до вчасної, одномоментної, радикальної та вичерпної медичної допомоги з наступним лікуванням тих поранених і хворих, які не потребують подальшої евакуації;

концентрація основних засобів надання кваліфікованої медичної допомоги у бригадній ланці медичної служби, а засобів завершення кваліфікованої і надання спеціалізованої медичної допомоги пораненим і хворим з їх наступним лікуванням – у ланці оперативного командування;

застосування на всіх етапах (ешелонах) медичної евакуації єдиної класифікації травм і хвороб та дотримання єдиних вимог до методики медичного сортування, надання медичної допомоги, лікування та реабілітації;

проведення медичного сортування протягом усього лікувально-евакуаційного процесу (від надання першої медичної допомоги до завершення реабілітації);

комплексність медичного сортування (внутрішньопунктове сортування обов'язково є діагностичним і прогностичним та передбачає прийняття евакуаційно-транспортного рішення);

здійснення медичного сортування найбільш кваліфікованим медичним працівником, наявним на даному етапі (ешелоні) медичної евакуації;

використання аеромедичної евакуації як найбільш швидкого засобу транспортування поранених і хворих у лікувальні заклади з урахуванням характеру медичної допомоги і догляду, які пацієнти потребуватимуть під час польоту, і впливу самого польоту на стан їх здоров'я;

максимальне скорочення термінів виявлення пораненого і надання йому першої допомоги.

підвищення рівня і якості першої медичної допомоги, яка надається санітарами і санітарними інструкторами (з проведенням реанімаційних і протишокових заходів);

наближення кваліфікованої і невідкладної спеціалізованої медичної допомоги до осередків втрат;

надання невідкладної медичної допомоги пораненим і хворим якомога раніше;

інтенсивна терапія тяжкопоранених і тяжкохворих під час евакуації;

повернення до строю максимальної кількості поранених і хворих з якомога нижчого етапу (ешелону) медичної евакуації;

чітке визначення контингентів, які підлягають остаточному лікуванню на тому чи іншому етапі (ешелоні) медичної евакуації залежно від медичних показань, оперативно-бойової та медичної обставки;

ешелонування (розчленування, розподіл) медичної допомоги між медичними пунктами та лікувальними закладами;

розгортання абсолютно необхідної кількості етапів (ешелонів) медичної евакуації в даній конкретній обстановці та умовах;

відповідність просування поранених і хворих етапами (ешелонами) медичної евакуації залежно від їх потреби в медичній допомозі визначеного обсягу й виду;

маневрування видом й обсягом медичної допомоги на етапах (ешелонах) медичної евакуації;

ешелонування сил і засобів медичної служби та широке маневрування ними в ході операції;

максимально можливе наближення сил і засобів медичної служби (медичних підрозділів і частин, евакуаційно-транспортних частин тощо) до районів виникнення масових санітарних втрат з урахуванням характеру й особливостей оперативної побудови військ, а також прогнозу розвитку обстановки;

підтримання стійкості системи і безперервності заходів лікувально-евакуаційного забезпечення військ (сил) через підсилення нижчої ланки медичної служби силами й засобами вищої ланки;

обов'язкова наявність резерву сил і засобів медичної служби при побудові системи лікувально-евакуаційного забезпечення військ (сил);

широке застосування механізованих засобів для збору, вивезення з поля бою та евакуації поранених і хворих, а також залучення сил і засобів командування до участі у проведенні рятувальних робіт в осередках масових санітарних втрат;

широке використання територіальних госпітальних баз для надання медичної допомоги пораненим і хворим, їх лікування та реабілітації;

перевага інтересів більшості постраждалих перед окремим пацієнтом;

першочерговість допомоги пораненим і хворим, які перебувають у критичному стані, та перспективним пацієнтам, які мають більше шансів повернутися до строю;

застосування автоматизованої системи координації та комп'ютерного моніторингу за вчасним і безпечним просуванням поранених етапами (ешелонами) медичної евакуації;

безперервне удосконалення системи лікувально-евакуаційного забезпечення військ (сил) на основі глибокого аналізу характеру підготовки і ведення бойових дій, особливостей виникнення, характеру і перебігу бойових уражень та захворювань, досягнень медичної науки і практики, досвіду роботи медичної служби в бойових умовах.

Висновки. Головною метою розвитку (реформування) системи медичного забезпечення ЗС України є збереження і покращення рівня та якості медичного забезпечення військ (сил) у мирний час і в особливий період.

принциповими завданнями щодо удосконалення лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил України в сучасних умовах є максимальне наближення медичної допомоги до поранених і хворих; забезпечення гарантованих рівня, обсягу та якості медичної допомоги, лікування і реабілітації військовослужбовців.

Література

1. Андронатий В.Б. Система медичного забезпечення Збройних Сил України: сучасний стан та напрями розвитку з огляду на тенденції змін у порядку застосування військ / В.Б. Андронатій, В.О. Жаховський, О.Ю. Булах, В.Г. Лівінський // Наука і оборона. – 2014. – № 3. – С. 23–29.

2. Атлас першої медичної допомоги в умовах проведення антитерористичної операції: навчально-методичний посібник / [Ю.Ф. Клівенко, В.Б. Андронатій, А.М. Галушка та ін.]. За редакцією В.Л. Савицького, О.М. Власенко. – Київ: УВМА, 2014. – 39 с.

3. Організація медичного забезпечення збройних сил країн НАТО: навчальний посібник / [О.О. Сохін, О.В. Ричка, О.Ю. Булах та ін.]. За ред. В.Д. Юрченка, В.В. Вороненка. – К., 2005. – 368 с.

4. Білий В.Я. Військово-медична доктрина / В.Я. Білий, В.В. Пасько, О.О. Сохін // Наука і оборона. – 2000. – № 4. – С. 18–23.

5. Білий В.Я. Інтегрована система охорони здоров'я військовослужбовців у забезпеченні боєготовності Збройних Сил України / В.Я. Білий, М.М. Вовкодав // Наука і оборона. – 1999. – № 1. – С. 49–54.

6. Білий В.Я. Головні напрямки будівництва й розвитку військової медицини в Україні / В.Я. Білий, В.В. Пасько // Актуальні проблеми військової медицини. – К., 1995. – С. 5–7.

7. Брюсов П.Г. Перспективы развития ВПХ с учетом требований современной Военной доктрины / П.Г. Брюсов // Воен. мед. журнал. – 1995. – № 2. – С. 13–18.

8. Карпинський Н. Военно-медицинская доктрина // Энциклопедический словарь военной медицины / Под. ред. Е.И. Смирнова. – М.: Медгиз, 1947. – С. 543–544.

9. Коваленко Ю.Н. Об интеграции медицинских служб военных ведомств с общегосударственной системой здравоохранения / Ю.Н. Коваленко // Медицина Украины. – 1995. – № 3. – С. 8–10.

10. Корбут В.Б. Проблемы и направления совершенствования медицинского обеспечения войск в современных условиях / В.Б. Корбут // Воен. мед. журнал. – 1995. – № 2. – С. 9–12.

11. Корбут В.Б. Стандартизация медицинской помощи и подготовка медицинских кадров / В.Б. Корбут, В.В. Тыц, В.А. Бойшенко // Воен. мед. журнал. – 1997. – № 9. – С. 4–7.

12. Леонов И.Т. К истории создания Военно-медицинской доктрины / И.Т. Леонов, Л.Л. Галин // Проблемы соц. гигиены и истории медицины. – 1995. – Вып. 3. – С. 39-41.
13. Нечаев Э.А. Методологическое обоснование системы медицины экстремальных ситуаций / Э.А. Нечаев, М.И. Резник // Воен. мед. журнал. – 1990. – № 4. – С.5–10.
14. Русаков А.Б. О совершенствовании оказания медицинской помощи раненым на войне / А.Б. Русаков // Воен. мед. журнал. – 1995. – № 11. – С. 23–26.
15. Сохін О.О. Біологічні та соціальні детермінанти в еволюції воєн / О.О. Сохін // Наука і оборона. – 1999. – № 4. – С. 51–57.
16. Чиж И.М. Военно-медицинская доктрина – научная основа медицинского обеспечения Вооруженных Сил / И.М. Чиж // Воен. мед. журнал. – 1995. – № 12. – С. 4–13.
17. Чиж И.М. Актуальные проблемы организации медицинского обеспечения войск / И.М. Чиж // Воен. мед. журнал. – 1998. – № 7. – С. 4–13.
18. Allied Command Europe Medical Support Principles, Policies and Planning Parameters / Supreme HQ Allied Powers Europe. – Brussels, 1993. – 120 p.
19. Allied Joint Medical Support Doctrine. Third Coordinating Draft. – Brussels, 1999. – 112 p.
20. General Considerations of Forward Surgery // Emergency War Surgery NATO Handbook. – US DOD Publications, 1999. – P. 1–5.
21. NATO Medical Support Principles and Policies / NATO // EAPC Unclassified. – Brussels, 1998. – 26 p.
22. Standardization Agreements // NATO's Military Agency for Standardization. – Brussels, 1994-1996. – 33 p.
23. The Committee of Chiefs of Military Medical Services in NATO // NATO Handbook. – Brussels, 1998. – P. 1–8
24. The Military Health System Strategic Plan // USA Department of Defense Publication. – Washington, 1998. – 11 p.

Резюме. *В статье изложены общие принципы лечебно-эвакуационного обеспечения войск (сил), и основные требования для их реализации. Подробно рассмотрена современная система лечебно-эвакуационного обеспечения ВС Украины и выделены основные проблемы ее функционирования.*

Ключевые слова: *антитеррористическая операция, медицинское обеспечение, лечебно-эвакуационное обеспечение, раненые и больные, аэромедицинская эвакуация.*

Summary. *The article presents the general principles of treatment and evacuation support troops (forces), and the basic requirements for their implementation. Detail the modern system of medical-evacuation support the Ukrainian Armed Forces and highlights the major problems of its functioning.*

Keywords: *anti-terrorist operation, medical care, medical evacuation support, the wounded and sick, aeromedical evacuation.*

УДК628.4.046

ЗБАЛАНСОВАНА СИСТЕМА ПОКАЗНИКІВ ЯК МЕХАНІЗМ УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

I. В. Гуріна

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Резюме. *Проаналізовано підходи до оцінки ефективності діяльності закладів охорони здоров'я. Досліджено високу залежність між рівнем якості медичних послуг і вимог міжнародних стандартів. Проаналізовано методи управління системою охорони здоров'я, які сьогодні використовуються для оцінки ефективності діяльності закладів охорони здоров'я. Обґрунтовано доцільність застосування для оцінки ефективності діяльності закладів охорони здоров'я системи збалансованих показників. Запропоновано базові складові системи збалансованих показників: розвиток, персонал, фінанси, клієнти, внутрішні процеси. Побудовано стратегічну карту системи збалансованих показників. Розроблено ключові фактори та показники збалансованої системи показників для закладів охорони здоров'я.*

Вступ. Сьогодні ринок вимагає від вітчизняних організацій, в тому числі і медичних установ, упровадження сучасних моделей управління, які враховують крім вимог ринку і вимоги міжнародних стандартів якості. Філософія міжнародних стандартів якості передбачає орієнтацію установ на потреби споживачів, визначеність стратегії їх діяльності та залучення всіх працівників для ефективної її реалізації, постійне покращення показників діяльності установ, а також впровадження процесного підходу та формування тривалих взаємовигідних відносин з іншими установами та організаціями тощо.

Світовий досвід свідчить, що впровадження міжнародних стандартів дозволяє збільшити рівень задоволеності потреб і очікувань споживачів, зміцнити імідж закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) та підвищити їх конкурентоспроможність, знизити непродуктивні витрати, удосконалити процеси надання медичних послуг, збільшити задоволеність працівників ЗОЗ та ом.

Метою дослідження було вивчення підходів до оцінки ефективності діяльності ЗОЗ та розробка збалансованої системи показників для умов ЗОЗ.