

КОНСИЛІУМ – ЯК ОРГАНІЗАЦІЙНО-УПРАВЛІНСЬКА ТЕХНОЛОГІЯ МЕДИЧНОГО ТА ЕКОНОМІЧНО-ФІНАНСОВОГО ГЕНЕЗУ В УМОВАХ ВДОСКОНАЛЕННЯ ЯКОСТІ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Рудень В. В., Москв'як Є. Й., Гутор Т. Г.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

У статті по новому обґрунтовують підходи до застосування в практичній діяльності лікуючого лікаря організаційно-управлінської технології «колективного інтелекту» медичного та економічно-фінансового генезу – консиліуму, у світлі виконання Програми Економічних реформ Президента України (2010).

Ключові слова: пацієнт, лікуючий лікар, медична допомога, консиліум, якість медичних послуг.

Сьогодні, на початку ХХІ сторіччя, у, поки що, не реформованій охороні здоров'я України новітнього формату, значимим є питання як вмотивованості діагностики та лікування у стані клінічного перебігу низки доволі складних захворювань та їх ускладнень супутньою патологією, так само і доцільності у застосуванні лікуючим лікарем у діагностично-лікувальному процесі пацієнтів тих чи інших дороговартісних високоінформативних науково обґрунтованих медичних технологій. Це викликано, на наше переконання:

– по-перше: як наявним «демографічним зсувом» [20] у віковій структурі населення з його регресивним типом, що характеризується процесами хронізації захворюваності у осіб старшого/похилого віку та «епідеміологічним переходом» у стані захворюваності населення України від інфекційної до неепідемічної [18], так і недостатнім бюджетним фінансуванням «семашківської»/державної системи медичного забезпечення населення країни;

– по-друге: процесом реалізації підвалин Програми Економічних реформ Президента України на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [7] в питанні вдосконалення функціонування діючої системи медичного забезпечення через механізм підвищення її якості до європейського рівня та раціоналізації в застосуванні високоінформативних високовартісних інструментальних науково обґрунтованих медичних технологій в практичній охороні здоров'я.

І це не вигадки науковців від охорони здоров'я, а це – для системи медичного забезпечення населення України на 21-ому році її незалежності,

є прямим викликом часу, оскільки в ринкових умовах низки європейських та світових країн світу будь-яке застосування практикуючими лікарями у питаннях корекції стану здоров'я людини тих або інших науково обґрунтованих профілактичних, лікувально-діагностичних та реабілітаційних медичних технологій обґрунтовується методом співставлення результату з його фінансовими затратами. Прикладом цьому є Канада (70% фінансування медичної галузі є бюджетним, 30% – приватного сектора економіки), де на державному рівні продемонстровано прагнення системи охорони здоров'я до удосконалення якості надання медичної допомоги та оптимізації фінансових затрат через механізм вивчення відповідності лікарських призначень та їх ефективності, що викликало серед населення країни велику повагу та оптимістичний настрій [14].

Власне, таким механізмом реалізації говореного вище, як на нас, без чого не можуть аж ніяк обійтися лікарі практичної охорони здоров'я, є проста та економічно оправдана в усі історичні періоди розвитку медицини організаційно-медична технологія управлінського, а на сьогодні вже економічно-фінансового генезу, що отримала назву «консиліум».

Мета наукової роботи полягає у ретроспективному аналізі медичної технології «консиліум» та науковому обґрунтуванні її значимості згідно засад Програми Економічних реформ (2010 рік) Президента України в контексті підвищення якості медичних послуг та раціоналізації у використанні дороговартісних інструментальних високоінформативних медичних технологій.

У ході виконання наукової роботи викорис-

тані матеріали та методи, що напряду стосуються історико-літературного синтезу, ретроспективного, кваліметричного, семантичного та структурно-логічного аналізу, абстрактного мислення та дедуктивного освідомлення, з врахуванням принципів системного аналізу та системного підходу.

Результати та обговорення

Результати структурно-логічного аналізу, абстрактного мислення та дедуктивного освідомлення щодо теперішнього судження на застосування лікарської технології «консиліум» пояснюються тим, що сам процес управління лікуючим лікарем (об'єкт управління), при постійному зростанні його розумово-інтелектуальної особистості та індивідуального професійного рівня, у питанні прийняття якісних, своєчасних, обґрунтованих і економічно виправданих рішень у застосуванні конкретних медичних технологій діагностичного, лікувального, профілактичного та реабілітаційного генезів у більшості випадків корекції здоров'я людини (суб'єкт управління) з причини її хвороби, травми, нещасного випадку тощо, у ХХІ сторіччі – віці наявного необмеженого інформаційного наукового медичного простору та найвищого розвитку інформаційних медичних технологій (блок науково-інформаційного забезпечення), аж ніяк не виключає ймовірності виникнення помилок у діях (перешкод) як зі сторони об'єкту, так і суб'єкту управління [6], що є характерно для його діяльності з часів індивідуального підходу Гіппократа. Якраз, ймовірні, а не передбачувані помилки/перешкоди, в кінцевому результаті теоретично та практично негативно впливають як на якість надання конкретних медичних послуг, так і економічно-фінансову доцільність застосування реальних медичних технологій, не говорячи вже про медичну, соціальну, економічну та психологічну складову наданої/отриманої медичної допомоги.

І тільки, надавши медичній технології «консиліум» нового змісту згідно вимог часу та суспільно-політичної і фінансової ситуації в Україні, ми зможе значно зменшити або повністю усунути можливі помилки/перешкоди в процесі управління лікувально-діагностичним процесом у конкретного пацієнта, що в кінцевому результаті позитивно вплине на стані його здоров'я.

Слово «консиліум» (лат. *consilium* – нарада, обговорення) в низці доступних Словників тлумачиться [8] як нарада декількох лікарів однієї або різних спеціальностей з метою обговорення/винесення заключення про стан здоров'я пацієнта, уточнення/встановлення діагнозу хвороби, визначення тактики обстеження чи способів/методів лікування недужого, окреслення прогнозу у клінічному перебігу патології нездорової людини, доцільності її скерування до спеціалізованих

(вторинний рівень) чи високо спеціалізованих (третинний рівень) діагностичних/лікувальних, реабілітаційних структурних підрозділів медичних закладів, а також застосування тих чи інших дороговартісних інструментальних високоінформативних медичних технологій.

Тобто, «консиліум» – це медичний огляд пацієнта двома чи більше фахівцями одного або різних профілів вищої кваліфікації, ніж у лікуючого лікаря, в його присутності для встановлення істини у важких чи незрозумілих в лікувально-діагностичному плані хворих.

За сутністю «консиліуму», як на нас, – це організаційно-управлінська технологія медичного та економічно-фінансового генезу і її застосування є можливим лише у тому випадку, коли лікуючий лікар [19] має відповідні затруднення щодо прийняття управлінського рішення в лікувально-діагностичному процесі конкретного хворого, що призводить до зростання ймовірності виникнення у процесі управління здоров'я пацієнта перешкод у вигляді професійних помилок.

Саме у такій ситуації, лікуючому лікареві надається право відмовитися від індивідуального підходу у лікуванні пацієнта і скористатися результатами колективного рішення, зневілювавши в такий спосіб можливі проблеми в процесі управління діагностикою та лікуванням, тобто долучити до процесу корекції стану здоров'я пацієнта знання більш досвідчених лікарів та науково-педагогічних кадрів.

Іншими словами, як зазначають Кустов В. М. та Тихилов Р. М. (Росія, 2010), консиліум – це достовірно етична традиція клінічної медицини [11], завдяки якій не тільки попереджаються можливі помилки при ухваленні відповідальних рішень окремим лікарем, але і використовуються потенційні можливості, наявні в науці як «колективному інтелекті».

Тому, сьогодні, знову всім нам потрібно розуміти, що консиліум лікарів – це вища соціально-економічна доцільність у корекції здоров'я людини, коли на одній чаші терезів розміщене життя і здоров'я людини, на іншій – у всій необхідній повноті можливості медичної науки та їх потреба в застосуванні в кожному конкретному випадку.

Ретроспективний аналіз питання «консиліуму», у власному змісті, сягає часів Гіппократа (460–377 р. до н. е.), коли звернення за допомогою і порадою до колег на користь хворого було одним з ключових принципів лікування у ті часи, оскільки «...приступаючи до лікування, лікар покладається не на судження, а на досвід, підкріплений розумом» [2].

Колосальну сутність «консиліуму» надавав єврейський мислитель ХІІ сторіччя Маймонід/Рамбама (1135–1204), закликаючи лікарів радитися один з одним і слухати один одного з метою

як правильної діагностики хвороби, так і призначення лікування [12]. «А якби всі лікарі, що лікують, зібралися разом, як це роблять у важких ситуаціях королі і радники, і серйозно обмінялися думками про стан хворого і про те, які саме із запропонованих способів лікування, слід вибрати, то це було б розумно. Адже жоден лікар не в змозі запам'ятати все, що він вивчав... але якщо зберуться декілька фахівців і кожен пригадає що-небудь корисне, то це допоможе прийти до загальної думки, і так буде досягнуто всіма бажані та рятівні для хворого згода» [23].

Важливим історичним фактом в контексті окресленої теми є те, що у другій половині XVI сторіччя була започаткована практика, коли до московського двору стали запрошувати іноземних лікарів [9]. Так, уже при правлінні Івана IV Грозного (1530–1584) їх служило не менше десяти, тоді як при дворі Бориса Годунова (1551–1605) чисельність іноземних лікарів була доволі великою, що для лікування раптово захворілого в білокам'яній столиці нареченого царівни Ксенії був створив консилиум. Важливим і цікавим на сьогодні є і те, що наприкінці XVI сторіччя – першій половині XVII сторіччя царський уряд зобов'язав іноземних лікарів навчати російських учнів лікарській справі «...з усяким усердям/старанням та нічого не затаївши» [16].

У медичній літературі слово консилиум з'явилося у петрівські часи (середина XVIII сторіччя), коли літературна мова, що активно формувалася, збагачувалася безліччю наукових латинських термінів (абсцес, ампула, ампутація, ангіна, вена, консилиум тощо) [5].

Історична хронологія медичного консилиуму досить об'ємна і повчальна для сьогодення [22]. Тому ми пропонуємо, на окремих прикладах проведення консилиуму, освідомити та розважити кожному лікареві над вагомістю результатів спільного/колегіального прийняття управлінського рішення лікарями щодо стану здоров'я пацієнта у різні історичні епохи розвитку суспільства, а саме:

1. У 1581 році майбутній третій герцог Мантуї Вінченцо I Гонзага (1562–1612) одружився на чотирнадцятирічній Маргариті Фарнезе (1567–1643) з Парми. Проте, через декілька днів після пишного весілля відбулася несподівана подія: лікарський консилиум виніс ухвалу, що наречена не може стати дружиною без спеціальної хірургічної операції, яку самі члени консилиуму провести не в змозі [15].

2. За чотири дні до смерті, 23 березня 1827 року, у ліжка важко хворого Людвіга ван Бетховена відбувся лікарський консилиум, після чого Бетховен, посміхаючись, звернувся на латині до оточуючих: «Аплодуйте, друзі, комедія закінчена» [13].

3. У результаті успішної змови, на чолі якої стояв прем'єр-міністр Лутц, король Баварії

Вільгельм Людвіг (1864–1886) був оголошений недієздатним. Професор Бернхард фон Гудден – визначний німецький психіатр того часу та консилиум з трьох лікарів прийшли до висновку, де письмово зафіксували 8 червня 1886 року, що «...Його Величність є хворим на параною у важкій формі». Хвороба сильно запущена і навряд чи виліковна. Прогноз не майбутнє – невтішний: за словами лікарів, положення тільки посилюватиметься. 9 червня 1886 року над королем була встановлена опіка, а правління країною перебрав на себе баварський принц Леопольд – дядько короля Людвіга II [10].

4. За повідомленнями газет Фрунзе М. В. (1885–1925) турбували хворобливі відчуття в животі на протязі майже останніх десяти років. Після хірургічного втручання з приводу гострого апендициту в 1916 році у нього появлялися часом ознаки кишкової кровотечі, що виникала тричі, а останній раз – на початку вересня 1925 р. після автомобільної аварії. Постільний режим і щадяще лікування сприяли поліпшенню самопочуття Михайла Васильовича. Але напади, що повторювалися, болі, які приковували Фрунзе до госпітального ліжка іноді на багато тижнів, обговорювалися на лікарських консилиумах. Учасники першого з них під головуванням наркома охорони здоров'я РСФСР М. О. Семашко 8 жовтня 1925 року рекомендували хірургічне втручання. Другий консилиум 24 жовтня попередив, що операція не позбавляє хворого від необхідності продовжувати лікування. 27 жовтня третій консилиум ухвалив перевести М. В. Фрунзе з Кремлівської лікарні в Боткинську, де 29 жовтня доктор В. М. Розанов приступив до операції. Йому асистували лікарі І. І. Греков та О. С. Мартинов, наркоз проводив А. Д. Очкин. Перед консилиумом В. М. Розанова викликали до себе Й. В. Сталін та Г. Є. Зінов'єв [21].

Нарком охорони здоров'я РСФСР М. О. Семашко на засіданні правління Товариства старих більшовиків в середині листопада 1925 року, відповідаючи на питання з приводу смерті М. В. Фрунзе, повідомив, що склад консилиуму визначала лікувальна комісія ЦК РКП(б).

5. У вересні 1939 року у Михайла Афанасевича Булгакова різко погіршується зір. Консилиум лікарів підтверджує поставлений в Ленінграді діагноз: гіпертонічний нефросклероз. Останні розділи найвідомішого роману «Майстер і Маргарита» смертельно хворий М. А. Булгаков диктував своїй дружині. Закінчив його він за місяць до смерті [3].

6. 5 грудня 2006 року. Історія з випискою Єгора Гайдара з лікарні вийшла не менш детективною, чим історія з його попаданням туди. ...За словами Валерія Натарова, про результати лікарського консилиуму, можливо, стане відомо у вівторок. Колеги і близькі Єгора Гайдара чекають, що лікарі нарешті назвуть точний діагноз, а

також речовину, якою був нібито отруєний експрем'єр, адже, за твердженнями, що просочилися в пресу, хвороба Є. Гайдара була пов'язана якраз з отруєнням невідомою речовиною. У лікарні Є. Гайдар пролежав рівно тиждень. У результаті версія отруєння була підтверджена в четвер увечері, коли в оточенні Гайдара сповістили перші висновки лікарів: «отруєння невідомою речовиною» [4].

У системі державної охорони здоров'я колишнього союзу консилиуми були повсякденним та систематичним методом роботи у практичній діяльності лікаря, де існувала практика запрошення на них видних фахівців / вчених, а окрім цього для цих цілей були передбачені в бюджеті ще спеціальні фінансові асигнування [24]. У підтвердження цього ми пошлемося на один із останніх нормативних документів радянської країни, яким є Методичні вказівки «Про порядок організації консультацій та консилиумів в лікувальних установах», затверджені МОЗ СРСР від 14.11.1982 року за № 06-14/14.

В українській медицині проведення консилиуму пропонується в 164 нормативно-правових документах [17], що регламентують різного ґенезу практичну діяльність лікарів багатьох фахів. Проте, відшукати акт, який визначав нормативно-правове забезпечення в частині організаційно-управлінських аспектів порядку проведення консилиумів у медичних закладах незалежної України, нам так і не вдалося.

Власне, це і дозволяє нам акцентувати увагу на основних положеннях порядку організації проведення консилиуму, а саме:

1. Консилиум скликається для колективного вирішення питань у стані здоров'я хворого в профільному відділенні стаціонару, амбулаторно-поліклінічному закладі, санаторії, вдома тощо.

2. В залежності від стану здоров'я пацієнта консилиум проводиться в плановому або екстремному порядку з дотриманням наступних термінів:

– у плановому порядку – протягом доби з моменту надходження заявки на проведення консилиуму (до моменту його проведення пацієнт повинен бути обстежений);

– в екстремному порядку – негайно або не пізніше однієї години з моменту надходження заявки на проведення консилиуму в межах даного медичного закладу.

3. Для проведення консилиуму залучаються фахівці вищої кваліфікації, ніж лікуючий лікар та лікарі-спеціалісти даного медичного закладу, або фахівці іншого профілю, науковці відповідних кафедр, що працюють на базі лікувально-профілактичного закладу чи закріплених за відповідними профільними стаціонарними відділеннями, інших кафедр вищих медичних навчальних закладів, науково-дослідних установ медичного профілю або фахівці інших органі-

зацій охорони здоров'я незалежно від відомчої приналежності.

Для вирішення спеціальних юридичних, науково-технічних і інших особливих питань, що обговорюються для того, щоб правильно зрозуміти характер хвороби/травми або вибрати оптимальні методи лікування, до участі в консилиумі, окрім лікарів, можуть бути запрошені компетентні представники відповідних спеціальностей.

4. Підставою для скликання консилиуму є ініціатива лікуючого лікаря, консультанта, адміністрації медичного закладу або прохання пацієнта чи його родичів у ситуації, коли є наявні труднощі в лікувально-діагностичному аспекті у конкретного хворого, а проведена консультація одним фахівцем не дала позитивного ефекту.

Консилиум може скликатися на підставі ухвали судово-слідчих органів для з'ясування питань, пов'язаних із злочинами проти особи або здоров'я людини, тобто при необхідності в судово-медичній експертизі.

При умові, коли скликання консилиуму ініціює пацієнт або його родичі, думка лікуючого лікаря про доцільність його проведення може бути іншою. Проте, виходячи з принципів деонтології, лікуючий лікар повинен сприяти, а не перешкоджати проведенню консилиуму, відсторонивши при цьому помилковій побоювань втратити свій професійний авторитет.

Практика засвідчує, що особиста участь лікаря в організації і проведенні консилиуму в такій ситуації зазвичай підвищує як його ефективність, так і довіру хворого до лікуючого лікаря. Важлива роль у процесі проведення консилиуму відводиться як підвищенню якості діагностики хвороби та лікування хворого, так і вдосконаленню професійних знань його учасників.

5. Завідувач профільним відділенням (за наявності кафедри, спільним рішенням із завідувачем кафедрою) згідно даних п. 1 ухвалює рішення про скликання консилиуму, про що робить у Медичній картці стаціонарного хворого (ф. № 003/о)/Медичній картці амбулаторного хворого (ф. № 025/о) запис про мету та обґрунтування необхідності консилиуму та повідомляє про це в письмовій формі головного лікаря/заступника з медичної частини з конкретними пропозиціями щодо мети, потреби, його складу і часу проведення.

6. Рішенням для проведення одноразового консилиуму в медичному закладі є наказ головного лікаря, де оговорюються:

- мета проведення консилиуму;
- склад учасників консилиуму і його керівник;
- час і місце проведення;
- порядок оформлення результатів консилиуму тощо, а відповідальність за своєчасне скли-

кання консилиуму покладається на головного лікаря або його заступника по медичній частині.

7. Лікуючий лікар, при підготовці до проведення консилиуму, здійснює підготовку хворого згідно плану обстеження та лікування даного захворювання.

8. Консилиум проводиться у присутності лікуючого лікаря /чергового лікаря, а при необхідності – завідувача відділенням/ заступника головного лікаря з медичної частини.

9. Запис висновку і рекомендацій консилиуму робиться лікуючим лікарем після огляду пацієнта у Медичній картці стаціонарного хворого (ф. № 003/о)/ Медичній картці амбулаторного хворого (ф. № 025/о), де відображаються:

- дата і час проведення консилиуму;
- відомості про членів консилиуму з вказівкою прізвища, імені, по батькові, спеціальності, посади, за наявності – кваліфікаційної категорії, вченого звання, вченого ступеня;
- дані про початок і перебіг захворювання;
- стан хворого на момент проведення консилиуму за даними обстеження;
- ефективність раніше проведеного лікування;
- причини, що викликали, на думку членів консилиуму, погіршення стану хворого або неясність діагнозу і стану хворого;
- встановлений або передбачуваний діагноз та його обґрунтування;
- детальні рекомендації щодо подальшого лікування, у тому числі і необхідні діагностичні заходи, де обґрунтовується доцільність застосування дороговартісних лікувально-діагностичних технологій;
- необхідності проведення повторного консилиуму його членами вказується призначена дата та час його проведення тощо.

Висновок консилиуму підписують всі його учасники з вказівкою посади, спеціальності, прізвища, ініціалів, дати і часу проведення консилиуму.

Відповідальність за винесений висновок і адекватність призначеного лікування чи необхідного обстеження покладається на членів консилиуму.

У випадках, коли хто-небудь з учасників консилиуму не згоден з висновком, прийнятим більшістю членів консилиуму, він самостійно вносить мотивований запис до Медичної картки стаціонарного хворого (ф. № 003/о)/Медичної карти амбулаторного хворого (ф. № 025/о).

10. Рекомендації консилиуму є обов'язкові до виконання лікуючим лікарем. Відповідальність за їх виконання несе завідувач відділенням, а в умовах клінічної лікарні і завідувач відповідної кафедри.

У разі незгоди лікуючого лікаря з висновком та рекомендаціями консилиуму остаточне рішення щодо подальшого лікувально-діагностичного

процесів ухвалюється головним лікарем медичного закладу або його заступником з медичної частини.

11. При нагоді, коли рекомендації консилиуму не можуть бути виконані з яких-небудь причин (відсутність відповідних лікарських препаратів, інструментальних засобів тощо), завідуючим відділенням/відповідальним черговим лікарем медичного закладу в обов'язковому порядку ставиться до відома керівник консилиуму та узгоджуються з ним можливі зміни в призначені лікування/ додаткового обстеження з внесенням відповідного запису до Медичної картки стаціонарного хворого (ф. №003/о)/Медичної карти амбулаторного хворого (ф. № 025/о).

12. У випадках, коли при загрозі життю пацієнта консилиум виносить висновок про необхідність переведу пацієнта до спеціалізованого медичного закладу в межах міста/області/країни, відповідальність за організацію переведу такого пацієнта покладається на заступника головного лікаря з медичної частини лікувально-профілактичного закладу. У такій ситуації спеціалізований медичний заклад не має права на відмову в прийомі пацієнта.

13. В особливо складних випадках для діагностики або при неможливості забезпечення необхідної медичної допомоги пацієнтові в умовах даного медичного закладу за результатами консилиуму залучаються засоби і сили центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

Про необхідність залучення засобів і сил центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф головним лікарем медичного закладу/заступником з медичної частини скеровується відповідна інформація до управління охорони здоров'я місцевої адміністрації.

14. Якщо після виконаних рекомендацій консилиуму стан хворого не поліпшується і виникає знов необхідність у скликанні консилиуму, головним лікарем призначається повторний консилиум.

15. У разі недотримання пацієнтом без важливої причини рекомендацій консилиуму (лікарських призначень або правил внутрішнього розпорядку медичного закладу для пацієнтів) лікуючий лікар з дозволу головного лікаря медичного закладу або його заступника з медичної частини може відмовитися від спостереження і лікування пацієнта, якщо це не загрожує життю пацієнта або здоров'ю тих, що його оточують.

16. Оплата праці членів консилиуму проводиться на договірних засадах з позабюджетних коштів медичного закладу.

17. Головний лікар кожного тижня на оперативних нарадах заслуховує заступника з медичної роботи про своєчасність і якість про-

ведених консиліумів.

18. Контроль за організацією і проведенням консиліумів в медичних закладах покладається на штатних і позаштатних головних фахівців обласних, міських та районних органів управління охороною здоров'я.

Висновки

Все вище наведене аргументовано підтверджує, що така організаційно-управлінська технологія «колективного інтелекту» у медичному забезпеченні для пацієнта у сутужних становищах його стану здоров'я як консиліум:

– по-перше: має право на її реалізацію та широке медичне застосування в практичній медицині в контексті реалізації засад Програми Економічних реформ Президента України на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна дер-

жава» в питанні вдосконалення функціонування діючої системи медичного забезпечення через механізм підвищення її якості до європейського рівня;

– по-друге: в умовах «...країни з ринковими перетвореннями» отримує нове наповнення в питанні раціоналізації та доцільності застосування пацієнту діагностично-лікувальних високоінформативних дороговартісних інструментальних медичних технологій;

– по-третє: членам консиліуму варто звернути увагу на істину Рамбама – одного з найвизначних лікарів середньовіччя, котрий «...різко засуджував галасливі консиліуми біля ліжка хворого, коли деякі з їх учасників прагнули, що б то не стало довести хворому і його близьким свою правоту і помилковість думок колег, похвастати своїми знаннями та досвідом. Він навіть радив покидати консиліуми, якщо виникне подібна неприпустима ситуація» [1].

Література

1. Арцишевський Адольф. Перелистывая страницы истории. – Режим доступу: http://www.pharmnews.kz/kfv_db/Nomera132/ct2.html
2. Афоризмы великих врачей. Как сохранить здоровье/ Под ред. В. П. Бутромеева, В. В. Бутромеева – М.: ОЛМА Медиа Групп, 2010, – С. 61.
3. Булгаков Михаил. – Режим доступу: <http://www.tour2kiev.com.ua/Bulgak.html>
4. Важно.Ru – Гайдар выписался тайно. – Режим доступу: <http://www.vazhno.ru/important/article/3966/>
5. Грушкин А. И., Гудзий Н. К., Еремин И. П., Кузьмина В. Д., Розанов И. Н., Пумпянский Л. В. Литература Петровского времени // История русской литературы: В 10 т. / АН СССР. – М.; Л.: Изд-во АН СССР, 1941–1956. Т. III: Литература XVIII века. Ч. 1. – 1941. – С. 73–212. – Режим доступу: <http://feb-web.ru/feb/irl/il0/il3/il32073-.html?cmd=1&dscr=1>
6. Журавель В. И. Основы менеджмента в системе здравоохранения. – К., 1994. – 335 с.
7. Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава Програми Економічних реформ / Комітет з економічних реформ при Президентові України. – Режим доступу: http://www.president.gov.ua/docs/Programa_reform_FINAL_2.pdf
8. Значение слова консилиум. – Режим доступу: poiskslov.com/word/консилиум/
9. История консилиума. – Режим доступу: http://www.nedug.ru/library/история_медицины_Медицина_1/38
10. Крест в Штарнбергском озере, около замка Берг-место гибели Людвига II. – Режим доступу: <http://otvet.mail.ru/question/21161446/>
11. Кустов В. М. Тихилов Р. М. Медицинский (врачебный) консиліум – история и практика/Уральский медицинский журнал, 2010. – N 7. – С. 5–8.
12. Медицинский (врачебный) консиліум – история и практика. – Режим доступу: <http://www.fesmu.ru/elib/Article.aspx?id=228660>
13. Москаленко Юрий. Как Людвиг Ван Бетховен сумел одолеть отвращение к музыке? – Режим доступу: <http://shkolazhizni.ru/archive/0/n-4569/>
14. Неефективні операції: канадці відмовляються їх фінансувати. Чи не варто їхній досвід взяти на озброєння України? – Ваше здоров'я. 27 травня 2011 року. – № 19. – С.7.
15. Необычная женитьба Винченцо II / Ворчалка № 496 от 30.11.2008 г. – Режим доступу: http://www.abhoc.com/arc_vr/2008_11/496/
16. Придворная медицина в России в X–XVIII в. в. – Режим доступу: http://www.world-history.ru/countries_about/2194.html
17. Професійна юридична система МЕГА-НАУ. – Режим доступу: <http://zakon.nau.ua/search/?word=%EA>
18. Рудень В. В., Гутор Т. Г., Сидорчук О. М. Про кризовий стан у здоров'ї населення «країни з ринковими перетвореннями»/Охорона здоров'я України. – 3–4 (22–23). – 2006. – С. 52–59
19. Стаття 34. Лікуючий лікар. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.92 р. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?>
20. Стратегія демографічного розвитку в період до 2015 року/Затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 24 червня 2006 р. N 879. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=879-2006-%EF>
21. Тополянський В. Д. Историческая публицистика. Гибель Фрунзе. – Режим доступу: <http://dlib.eastview.com/browse/doc/7164754>
22. Хронологические результаты по запросу История консилиума. – Режим доступу: <http://www.google.com.ua/#q=История+консилиума&hl=ru&prmd=ivns&tbs=tl:1&tbo>
23. <http://nedorazvmenie.livejournal.com/909421.html?thread=9471853>
24. <http://www.fesmu.ru/elib/Article.aspx?id=228660>

КОНСИЛИУМ – КАК ОРГАНИЗАЦИОННО-УПРАВЛЕНЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ МЕДИЦИНСКОГО И ЭКОНОМИЧЕСКИ-ФИНАНСОВОГО ГЕНЕЗА В УСЛОВИЯХ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КАЧЕСТВА СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ

Рудень В. В., Москвяк Е. И., Гутор Т. Г.

Львовский национальный медицинский университет имени Даниила Галицкого

В статье по новому обосновываются подходы к применению в практической деятельности лечащего врача организационно – управленческой технологии «коллективного интеллекта» медицинского и экономически-финансового генеза – консилиума в аспекте выполнения Программы Экономических реформ Президента Украины (2010).

Ключевые слова: пациент, лечащий врач, медицинская помощь, консилиум, качество медицинских услуг.

CONCILIUUM AS ORGANIZATIONAL AND ADMINISTRATIVE TECHNOLOGY OF MEDICAL, ECONOMIC AND FINANCIAL GENESIS UNDER CONDITIONS OF IMPROVEMENT MEDICAL SECURINGSYSTEM QUALITY OF POPULATION IN UKRAINE

Ruden V. V., Moskvayak J. J., Gutor T. G.

Danylo Halytsky Lviv National Medical University

In the article newly grounded approaches of applying in the practice activity of doctor in attendance organizational and administrative technologies of «collective intellect» of medical, economic and financial genesis – concilium – according to the realization of Economic reform program of the President of Ukraine (2010).

Keywords: patient, doctor in attendance, medical care, concilium, quality of medical service.