

рацій), організація обласного центра телемедичних консультацій (не менше 10 консультацій в день), запроваджений облік лікарських помилок, ускладнень пацієнтів в результаті використання лікарських засобів та використання обладнання (ведення журналів у всіх підрозділах, протоколів розгляду та семінарів навчання медичних працівників за результатами), впроваджена системи безпеки пацієнтів (наявність відповідної комісії, розроблених заходів відповідно до методрекомедацій МОЗ, позитивна оцінка за результати акредитації), діагностична служба включаючи рентген, функціональну та лабораторну діагностику працює цілодобово (показники обстеження ургентних пацієнтів в нічний час та святкові дні).

До індикаторів процесу в оцінці діяльності обласних лікарень віднесено наступні: госпіталізація пацієнтів тільки за показами для третього рівня медичної допомоги (рівень відповідної госпіталізації не нижче 95%), госпіталізація пацієнтів тільки у профільні відділення (100%),

застосування медичних стандартів/клінічних протоколів (не нижче 90%), робота ліжка 340 днів на рік (100%), середнє перебування на ліжку обґрунтоване експертними заключеннями (за показаннями), надання медичної допомоги пацієнтам на ранньому госпітальному етапі (приймальні відділення) (100% від потреби згідно з станом пацієнтів), задоволеність пацієнтів за даними соціологічних досліджень (80% за даними соціологічного опитування).

Індикаторами результату встановлено щорічне зниження всіх видів летальності не менше ніж на 10%, а також відповідне зниження рівня ускладнень пов'язаних з медичними втручаннями, невиконанням медичних стандартів, з відсутністю обладнання, та несправним обладнанням. Рівень внутрішньо лікарняних інфекцій має бути повністю скороченим, а рівень розходження клінічного та патологоанатомічних діагнозів має складати не більше 5%.

Г. О. Слабкий, С. В. Дудник

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького
Луганський державний медичний університет*

СИСТЕМА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ПЕРЕДЧАСНОЇ СМЕРТНОСТІ ЧОЛОВІКІВ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ У ВЕЛИКОМУ ПРОМИСЛОВОМУ РЕГІОНІ

Проблеми в стані здоров'я та якості життя чоловіків працездатного віку Луганської області, висока передчасна смертність чоловіків, проблеми в якості надання медичної допомоги, відсутність скоординованих та недосконалість існуючих заходів профілактики захворюваності та смертності, отримані негативні прогностичні тенденції смертності ЧПВ до 2030 р., вивчені медико-соціальні особливості смертності, дані медико-соціального дослідження (опитування) способу життя, рівня здоров'я, якості надання медичної допомоги стали підставою для наукового обґрунтування та розробки системи медико-соціальної профілактики смертності ЧПВ на рівні регіону з новими функціонально-організаційними підходами до надання медичної допомоги з використанням міжсекторального підходу у відповідності з сучасною стратегією державної політики у сфері охорони здоров'я щодо попередження передчасної смертності працездатного населення.

Система медико-соціальної профілактики смертності ЧПВ покликана покращити та зміцнити здоров'я ЧПВ, сформувавши здоровий спосіб життя, збільшити здорове, соціально-активне довголіття та очікувану тривалість життя чоловіків шляхом підвищення якості медичної до-

помоги та усунення причин і умов, що потенціують травматизм, інвалідність, захворюваність та смертність. Основними принципами розробленої системи стали: єдність дій на всіх рівнях з метою формування здорового способу життя та покращення здоров'я чоловіків, багаторівневий та міжсекторальний підхід до організації профілактики захворюваності та смертності, пріоритет превентивних заходів профілактики, безперервність та спадкоємність заходів профілактики на всіх її етапах та рівнях здійснення, комплексність та системність.

Організаційна модель системи медико-соціальної профілактики смертності чоловіків працездатного віку базується на діяльності обласної міжсекторальної ради з питань збереження та зміцнення здоров'я ЧПВ, запобігання захворюваності, смертності, що покликана забезпечувати міжсекторальну координацію дій всіх служб та ланок в рішенні виникаючих проблем із здійснення профілактики та вирішення питань щодо першочерговості фінансування заходів з профілактики та розподілу коштів між структурними складовими системи. До складу ради увійшли представники: Головного управління охорони здоров'я, управління у справах сім'ї, молоді та спорту,

управління у справах преси та інформації, управління освіти та науки, інспекція державного технічного нагляду, Головного фінансового управління, Головного управління промисловості та розвитку інфраструктури, Головного управління агропромислового розвитку, інспекція якості та формування ресурсів сільськогосподарської продукції, Головного управління економіки. Влада повинна впроваджувати послідовну та довгострокову політику, орієнтовану на підтримку та формування здорового способу життя, що має бути відображено у відповідних нормативних актах з визначенням механізмів їх реалізації, контролю, адміністративними та нормативно-правовими санкціями за їх невиконання, з призначенням відповідальних осіб за їх реалізацію в усіх складових ланках запропонованої системи, а також запровадити відповідальність самих чоловіків за стан власного здоров'я.

Розробка системи проводилась з виділенням відповідної групи завдань, науковою базою якої є прогностичні показники смертності ЧПВ різних вікових груп та встановлені чинники, що її формують:

1) забезпечення міжсекторального підходу в організації профілактичної діяльності з попередження смертності ЧПВ;

2) формування розвинутої ефективної інфраструктури з популяризації здорового способу життя, мотивації до нього ЧПВ та охорони їх здоров'я;

3) забезпечення високого рівня медико-гігієнічної освіти ЧПВ, розпочинаючи з дитячого віку;

4) забезпечити безперервне підвищення кваліфікації медичних працівників в сфері профі-

лактики захворюваності, формуванню здорового способу життя населення та боротьбі з факторами ризику;

5) підвищити якість та доступність медичної допомоги на всіх рівнях її надання та здійснювати безперервний моніторинг з контролю показників здоров'я та якості медичної допомоги, переорієнтувати діяльність ЛПЗ області в профілактичному напрямі.

Розробка організаційної моделі системи медико-соціальної профілактики смертності ЧПВ дозволила обґрунтувати модель системи медико-соціальної профілактики смертності ЧПВ, яка проводилась з позиції системного підходу і включає наступні складові: 1 – ресурси: кадри, матеріально-технічну базу, інформаційне забезпечення, технології, джерела фінансування; 2 – процес; 3 – результати. Пріоритетна увага в розробленій системі медико-соціальної профілактики приділяється первинній профілактиці, а саме попередженню виникнення та впливу факторів ризику, розвитку захворюваності та смертності, до якої зокрема закладів охорони здоров'я долучаються заклади всіх рівнів освіти, підприємств, служби праці та соціального захисту, громадські організації та молодіжні рухи, засоби масової інформації, оскільки смертність ЧПВ переважно зумовлена засобом життя і в більшості випадках може бути попереджена шляхом підвищення та формування медико-соціальної активності чоловіків. Поєднання популяційної профілактики зі стратегією профілактики факторів ризику та вторинної профілактики на індивідуальному рівнях (індивідуальна профілактика) призведе до покращення здоров'я чоловіків.

О. С. Третьякова, И. А. Сухарева, Р. А. Пузиков

ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского»

СОВРЕМЕННЫЙ ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ – ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

В условиях нарастающего кадрового дефицита в сфере здравоохранения особенно актуальной становится задача качественной подготовки кадров для отрасли. Актуальность внедрения новых подходов к управлению системой подготовки, переподготовки и непрерывного профессионального развития кадров особенно велика для отечественного здравоохранения. Качество подготовки кадров для отрасли здравоохранения во многом зависит от эффективности менеджмента в системе медицинского образования, ориентированности его на удовлетворение запросов отрасли в кадро-

вых ресурсах, постоянное повышение эффективности подготовки специалистов.

Анализ мировых тенденций развития медицинского образования в последние годы указывает на то, что подобно доказательной медицине, ставшей основным инструментом обеспечения качества клинического процесса, именно внедрение идеологии Best Evidence Medical Education (BEME) выступает основным условием достижения качества медицинского образования. Цель BEME заключается в использовании результатов научно-обоснованных педагогических иссле-