

В українській економіці диверсифікованість відносин зайнятості залишається поки що явно недостатньою. На національному ринку праці мало поширені новітні форми атипової зайнятості, які в розвинених країнах переживають зараз справжній бум, – лізинг робочої сили, робота за викликом тощо. Для їх цивілізованого розвитку саме інституційне середовище повинно стати більш адаптованим до інноваційних типів трудових контрактів. Різноманітність – умова існування та джерело сили ринкової економіки. Це повною мірою відноситься також і до відносин зайнятості, що формується на ринку праці.

Література:

1. *Большая О. В.* Проблема неформальної зайнятості в Україні / О. В. Большая // *Держава та регіони.* – 2012. – № 1. – С. 45–49.
2. *Васильченко В. С.* Державне регулювання зайнятості : навч. посіб. / В. С. Васильченко. – К. : КНЕУ, 2007. – 252 с.
3. *Кулик Ю.* Нестандартна зайнятість – загроза для економіки [Електронний ресурс] / Ю. Кулик. – Golos.ua, 2014. – Режим доступу : <http://ua.golos.ua/politika>.
4. *Моторна І.* Дистанційна зайнятість в умовах глобалізації економіки та соціально-економічні вигоди від її використання / І. Моторна // *Україна: аспекти праці.* – 2009. – № 3. – С. 6–12.
5. Ринок праці та зайнятість населення: проблеми теорії та виклики практики : монографія / [ред.-координатор М. В. Туленков]. – К. : ШК ДСЗУ, 2010. – 363 с.

Надійшла до редколегії 08.09.2014 р.

УДК 614.2:362.17:378.14

Р. Ю. ГРИЦКО, І. І. ФУРТАК

**ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ ПІДГОТОВКОЮ
ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ**

Наведено необхідність запровадження комплексного механізму державного управління підготовки лікарів загальної практики – сімейної медицини.

Ключові слова: механізм державного управління, система охорони здоров'я, первинна медико-санітарна допомога, лікар загальної практики – сімейної медицини, безперервний професійний розвиток.

The necessity of introduction of complex mechanism of state administration of preparation of doctors of general praktiki – simeynoy medicine is resulted.

Key words: the complex mechanism of public administration, health system, the primary health care, a general practitioner – family doctor, the continuing professional development.

Комплексний механізм державного управління (МДУ) системою охорони здоров'я (СОЗ) України сформовано за принципами та пріоритетами державної політики щодо охорони здоров'я, які визначаються Конституцією України, Законом України “Основи законодавства України про охорону здоров'я” та іншими прийнятими на їх виконання законодавчими і підзаконними актами, що встановлюють, започатковують і розвивають політичний МДУ СОЗ. Комплексний МДУ охороною здоров'я населення України на державному, регіональному і комунальному рівнях складний. Аналіз досліджень закордонних і вітчизняних учених дозволив визначити комплексний МДУ як систему, яка складається з практичних заходів, методів, інструментів, важелів і стимулів, за допомогою яких органи державної влади впливають на суспільство, виробництво чи будь-яку соціальну систему з метою досягнення поставлених цілей. Оскільки чинники державного управління мають політичну, економічну, соціальну і правову основу, то найчастіше окремі МДУ виступають у виді політичних, економічних, правових, організаційних і мотиваційних складових, що входять до комплексного МДУ. У комплексі МДУ об'єднують засоби названих вище систем цілеспрямованого впливу органів державного управління на об'єкти управління.

Об'єктами управління на рівні обласної державної адміністрації (ОДА) виступають громадяни, підприємства, установи та організації, засоби масової інформації, районні державні адміністрації, органи місцевого самоврядування, громадські організації та інші об'єкти управління. Складовими моделі організаційного МДУ в ОДА є інтереси та потреби територіальних громад і суспільства, суб'єкти управління, їх цілі та завдання, організаційні структури, функції, методи та інструменти управління, а також результат діяльності ОДА. Важливою складовою МДУ є зворотний зв'язок, за допомогою якого об'єкти управління мають змогу впливати на суб'єкт управління, удосконалюючи при цьому сам організаційний МДУ.

Медична допомога – це узагальнююча назва всіх видів медичної допомоги, в тому числі лікувального і профілактичного призначення. Рівень складності допомоги коливається від профілактики й самопомоги до застосування найбільш високоспеціалізованих методів. Розподіл потреб населення у медичній допомозі відповідає моделі піраміди. Протягом місяця з кожної тисячі населення у 750 виникають ті або інші проблеми зі здоров'ям, з них 250 потребують консультації лікаря загальної практики – сімейної медицини (ЛЗП-СМ), 5-и необхідна консультація вузького спеціаліста, 9-и – госпіталізація і тільки одному – допомога у високоспеціалізованому центрі. Нині Україна має близько 10 тис. ЛЗП-СМ, а необхідно не менше 35 тис., що ставить завдання прискореного вишколу цих фахівців та організації на державному рівні механізму їх безперервного професійного розвитку (БПР).

У керованих громадських системах, де охорона здоров'я розглядається як “соціальне благо”, право вибору стає механізмом, за допомогою якого люди можуть впливати на те, що відбувається з ними в СОЗ. У СОЗ, які проголошують

ринкові принципи конкуренції, наявність у пацієнта права вибору звичайно пов'язується з ідеєю суверенітету споживача, і роль системи вимірюється її можливістю відповідає “індивідуальним” потребам користувачів. Незалежно від типологічних особливостей СОЗ, можливість вибору і зміни ЛЗП-СМ на сучасному етапі розвитку – це невід’ємне право пацієнта, реалізація якого розвертає систему надання медичної допомоги в бік споживача медичних послуг і орієнтує її на задоволення медичних потреб населення. Вільний вибір лікаря пацієнтом зачіпає як організаційну ідеологію, продуктивність та стимули, так і сам процес надання медичної допомоги. Запровадження списків сімей або конкретних осіб є обов’язковою передумовою для переходу до поособової системи фінансування і оплати праці персоналу первинної ланки [1].

Особливого значення набувають наукові розробки проблем інформаційної підтримки роботи ЛЗП-СМ, окремих закладів СМ і вирішення регіональних проблем державного управління, які виникають під час запровадження і розвитку сімейної медицини. За визначенням Всесвітньої Федерації Медичної Освіти (ВФМО), безперервний професійний розвиток (БПР) означає період освіти та підготовки лікарів, що починається після завершення базової медичної освіти та післядипломної підготовки в університеті та триває протягом усього професійного життя [2].

Свобода вибору пацієнтом лікаря формує новий характер відносин між надавачем (лікарем) і споживачем медичних послуг пацієнтом з істотною активізацією останнього і є обов’язковою передумовою для переорієнтації системи охорони здоров’я з потреб медичних установ і служб на потреби населення. Слід підкреслити, що цей механізм повною мірою спрацьовує лише в умовах реальної конкуренції між постачальниками медичних послуг, кожний з яких намагається підвищити рівень вишколу для забезпечення належного рівня якості лікування і задоволення запитів пацієнтів [3].

Більшість повідомлень вітчизняних працівників закладів післядипломної медичної освіти України свідчать про те, що БПР об’єднується з післядипломною освітою. МДУ системою безперервного професійного розвитку фахівців СМ в Україні започатковано наказом МОЗ України “Про затвердження змін до положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах” від 07.07.2009 р. № 484 [4].

До МДУ підготовкою ЛЗП-СМ загалом належить система економічних, мотиваційних, організаційних, політичних, правових засобів цілеспрямованого впливу органів державного управління. Він складається з політичного (для дієздатності держави), організаційного (для досягнення відповідних цілей та виконання завдань і функцій державного управління в певній сфері), інституційного механізмів тощо [5].

Вимоги до лікарів загальної практики – сімейної медицини (ЛЗП-СМ) як до фахівця по 21 лікарській спеціальності ставить завдання належного рівня його підготовки, що потребує відповідного комплексного МДУ підготовкою ЛЗП-СМ

та їх БПР у контексті реформування СОЗ та євроінтеграції України. Наповнення змісту цього механізму є предметом і метою цього дослідження.

Потреба в первинній допомозі найбільша, в спеціалізованій – менша, у вузькоспеціалізованій – ще менша, що проявляється у відповідній структурі надання медичних послуг. Основою медичної допомоги, організованою згідно з потребами населення, є первинна медико-санітарна допомога (ПМСД). Вільний вибір ЛЗП-СМ полягає в тому, що населення вибирає лікаря первинної ланки для постійного медичного обслуговування. Періодично, зазвичай один раз на рік, але не частіше одного разу на півроку надається можливість змінити лікаря. Вибір оформляється документально шляхом записування особи або сім'ї до списку того чи іншого лікаря і є своєрідним договором між пацієнтом і лікарем. У СОЗ різних типів мотиви, що спонукають запровадження права громадянина на вибір лікаря, відрізняються.

В Україні вільний вибір лікаря було задекларовано ще в 1989 р. наказом МОЗ колишнього СРСР № 938, але досі не діє механізм масового використання цього права людини в демократичній державі. Учені та практики вважають запровадження вільного вибору лікаря перспективним напрямом організації ПМСД в нашій країні. Для раціоналізації затрат часу медичним персоналом доцільно, щоб свобода вибору мала певні географічні (територіальні) обмеження [5].

Існує дві основні організаційно-правові форми надання ПМСД:

- виділення підрозділів ПМСД у рамках структури існуючих поліклінік;
- створення незалежних загально-лікарських практик;

Організація ланок ПМСД у поліклініках дає можливість лікарям професійно кооперуватися, забезпечити комплексність обслуговування пацієнтів в одній установі, дозволяє спільно користуватися можливостями медичної техніки і адміністративно-господарських служб, отримати адміністративну підтримку при організації первинної допомоги.

Поряд з перевагами така форма організації має низку недоліків, основними з яких є обмеженість свободи підрозділів ПМСД рішеннями адміністрації поліклінік і відсутність достатніх економічних стимулів для інтенсивної і якісної роботи. Незалежні лікарські практики мають значний організаційний потенціал. Вони не зацікавлені в утриманні надлишкових потужностей і можуть маневрувати ресурсами залежно від об'єму лікувально-профілактичної допомоги, мають економічну мотивацію до збільшення об'єму і інтенсифікації діяльності, оскільки прибуток практики залежить від її розміру і сталості. Конкуренція між практиками, ризик втрати пацієнтів зумовлює уважне ставлення до інтересів пацієнтів, формує відповідальність за свою роботу. Водночас діагностичні і лікувальні можливості більшості незалежних лікарських практик обмежені через слабкість їх матеріально-технічної бази, існує висока загроза ризику для фінансової стабільності практики [3].

Незважаючи на те, що обидві організаційно-правові форми мають низку істотних переваг і недоліків, більш ефективною формою, яка сприяє встановленню реальних економічних відносин у галузі, є незалежні лікарські практики. У той же

час бажано при розвитку незалежних лікарських практик в Україні зберегти позитивні характеристики, що властиві поліклінікам.

Конкретні умови на різних територіях визначають різні організаційні форми роботи загальної практики, так звані моделі організації роботи ЛЗП-СМ. Загалом можна говорити про такі моделі: індивідуальна практика, групова практика, багатопрофільні центри здоров'я. При індивідуальній формі практики лікар працює один або разом із середнім медичним персоналом і може мати статус незалежного господарюючого суб'єкта, який самостійно формує свій прибуток і відповідає за свої фінансові зобов'язання. Деякі ЛЗП-СМ вважають за краще працювати індивідуально, що пояснюється такими причинами:

- не завжди можливо працювати в групах, коли населення проживає на дуже великих територіях,
- коли немає колег, тоді менше можливостей виникнення конфліктів;
- лікар, який працює один, краще знає своїх хворих, оскільки відповідає за меншу кількість пацієнтів;
- обслуговування хворих може бути на найвищому рівні, якщо лікар дотримується високих стандартів, але якщо лікар відійде від деяких стандартів компетенції, то немає нікого, хто б звернув на це увагу.

Індивідуальні лікарські практики на сучасному етапі розвитку не можуть бути віднесені до перспективних форм організації ПМСД перш за все через обмеженість можливостей створення досить міцної матеріально-технічної бази, яка б дозволяла використовувати відповідні рівню допомоги сучасні діагностичні і лікувальні технології індивіду [5].

Індивідуальна лікарська практика доцільна лише в місцевостях з низькою щільністю населення, де функціонування групи лікарів економічно нерентабельне. Світовий досвід свідчить про заміну індивідуальних практик груповими.

Групова практика – це об'єднання двох або декількох загально-практикуючих лікарів. Об'єднання лікарів у групові практики має низку переваг порівняно з індивідуальною практикою, а саме:

- ефективне використання обмежених ресурсів (співоренда приміщень і медичного обладнання);
- можливість залучення до праці за сумісництвом допоміжного персоналу: соціального працівника, психолога, менеджера, бухгалтера, юриста;
- більш широкі можливості для діагностики і лікування внаслідок концентрації коштів для придбання обладнання;
- можливість взаємозамінності медичного персоналу протягом доби і на час тривалої відсутності (відпустки, навчання);
- можливості для професійного спілкування, консультацій, навчання;
- можливості для певної спеціалізації в межах загальної медицини;
- спільне здійснення деяких адміністративних функцій.

Групова практика може створюватися на правах угоди з партнерами або на правах єдиної юридичної особи. У першому випадку кожен лікар має своїх клієнтів, самостійно веде фінансові справи. Групова практика, що є юридичною особою, має один розрахунковий рахунок у банку, на якому концентруються всі доходи практики, що розподіляються відповідно до умов, обумовлених у статуті практики або інших документах. Піклування про фінансову стабільність незалежних практик диктує доцільність організації практик зі статусом юридичної особи, що зменшує фінансові ризики і дозволяє залучити професіоналів (менеджерів, зокрема підготовлених і у сфері фінансового менеджменту для управління практикою). Практика може мати будь-яку форму власності: державну, комунальну, приватну, колективну. Враховуючи економічні і культурні особливості України, переважає форма організації практик на базі комунальної (муниципальної) або державної власності [1].

У низці країн ЄС ПМСД надається в багатопрофільних центрах здоров'я. Медичні центри або центри здоров'я є первинними загальнодоступними і найважливішими ланками охорони здоров'я. Вони комплектуються ЛЗП-СМ, медсестрами та іншим персоналом, які отримують зарплату з бюджету, кожен центр обслуговує приблизно 15 тис. населення. Мережа центрів здоров'я формується ближче до місць проживання людей задля збільшення охоплення населення ПМСД. До функцій центрів здоров'я входить надання ПМСД, стаціонарне лікування терапевтичних хворих, надання стоматологічної допомоги, охорона здоров'я матері та дитини, школярів і студентів. У центрах надається як амбулаторна, так і стаціонарна допомога, забезпечується нагляд за станом здоров'я матері та дитини, школярів і студентів, проводиться санітарна просвіта жителів муніципалітету. До складу центру здоров'я, крім лікарських амбулаторій, входять: відділ охорони здоров'я матері та дитини, стаціонар загального профілю, клінічна лабораторія тощо. Для більшої доступності медичної допомоги передбачається забезпечення центрів автотранспортом.

В Україні ЛЗП-СМ можуть працювати в таких ЛПЗ: амбулаторії загальної практики-сімейної медицини, сільські лікарські амбулаторії, міські поліклініки, дільничні лікарні, медико-санітарні частини та ін. При роботі групи ЛЗП-СМ в умовах поліклініки вона, як правило, організаційно уособлена: частіше це відділення або бригада. При них доцільно створювати тренінгові центри для організації коучингу, семінарів, тренінгів на місці [5].

У політиці ВООЗ по досягненню здоров'я для всіх у ХХІ ст. зазначається, що населення може внести значний внесок у зміцнення і збереження свого здоров'я, якщо володітиме точною і своєчасною інформацією з питань само- і взаємодопомоги. При цьому медичні працівники повинні виступати як посередники, наставники і порадики для своїх хворих.

Навчання населення навичкам само- і взаємодопомоги, розповсюдження медичної культури серед контингенту, який обслуговується, розглядається як

надзвичайно важлива функція, яку все більша кількість ЛЗП включає до спектру своєї діяльності. Соціальна і економічна ефективність такої підготовки пацієнтів науково обґрунтована зарубіжними вченими.

Доведено, що на кожний долар, витрачений на навчання пацієнтів, припадає 3-4 долари економії. Серед станів, при яких навчання методам самопомоги приводить до чистої економії коштів, називають астму, діабет, гострі респіраторні захворювання, остеоартрит, ревматоїдний артрит, хронічні болі, незначні функціональні розлади вагітності [1].

Першочерговими завданнями підготовки пацієнтів є навчання такому:

а) грамотному прийняттю рішення стосовно необхідності звернення до лікаря, виходячи з того, що близько 75 % симптомів дозволяють обійтися без лікарського втручання; б) розпізнаванню симптомів серйозних захворювань, що вимагають медичних втручань і негайного звернення до ЛЗП-СМ.

Для підвищення можливостей населення самостійно справлятися з медичними проблемами працівники ПМСД повинні взяти на себе функції інформування людей про способи ефективної підтримки і поліпшення здоров'я; вчителів-наставників з використання особистих можливостей пацієнтів для допомоги собі й близьким; посередників і консультантів для своїх пацієнтів в їх відносинах з установами СОЗ і соціального захисту.

Останнім часом розширюються стаціонарозамінні функції ЛЗП-СМ, частіше використовуються такі форми, як: стаціонарозамінна діяльність, денні стаціонари та стаціонари вдома. ЛЗП-СМ може організувати у своєму офісі (або орендованому приміщенні) денний стаціонар для надання кваліфікованої медичної допомоги хворим шляхом їх госпіталізації на денний стаціонар за відсутності показань до постійного лікарського нагляду.

Реформування ПМСД на засадах СМ вимагає суттєвих змін у підготовці лікарських і сестринських медичних кадрів. Переглянуто раніше розроблені в системі медичної освіти програми підготовки ЛЗП-СМ з урахуванням світового досвіду, умов і традицій вітчизняної медичної школи.

Система підготовки ЛЗП-СМ склалась в Україні ще перед початком медико-соціального експерименту з реформуванням ПМСД на засадах СМ. Уже в 1988 р. на основі першої в Україні “Професіограми лікаря загальної практики”, що отримала медаль ВДНГ СРСР, було опрацьовано перші типові навчальні плани і програми підготовки ЛЗП-СМ на додипломному і післядипломному етапах. З цією метою в 1993 р. у Львівському державному медичному інституті відкрито першу в Україні кафедру поліклінічної справи і сімейної медицини, на якій почали навчатися студенти VI курсу лікувального факультету за опрацьованою педагогами університету програмою “Поліклінічна справа і сімейний лікар”. У 1995 р. у ЛДМІ було організовано першу в Україні кафедру СМ факультету післядипломної освіти, де розпочали систематичну перепідготовку ЛЗП-СМ з дільничних терапевтів і педіатрів. Нині функціонують три факультети і 19 кафедр

СМ у вищих навчальних медичних закладах післядипломної освіти. Підготовка ЛЗП-СМ здійснюється переважно на післядипломному етапі трьома шляхами: через дворічну інтернатуру, піврічну спеціалізацію для лікарів-терапевтів і педіатрів, а також спеціальну підготовку ЛЗП-СМ для села. Про досвід підготовки ЛЗП-СМ на додипломному і післядипломному етапах повідомляють численні друковані роботи. Однак переважна більшість робіт стосується післядипломної підготовки ЛЗП-СМ і їх медичних сестер. Питання ж додипломної підготовки ЛЗП-СМ висвітлюються в обмеженій кількості публікацій, хоч дидактичним питанням фундаментальної підготовки фахівців СМ приділяється достатньо уваги.

Факультети сімейної медицини, що функціонують у вищих медичних навчальних закладах післядипломної освіти України, активно проводять свої науково-методичні дослідження з питань підготовки сімейних лікарів в інтернатурі, перепідготовки їх з інших фахівців, на передатестаційних циклах і циклах тематичного удосконалення сімейних лікарів [1].

Частіше відбувається поглиблення базової підготовки майбутніх сімейних лікарів на окремих факультетах у медичних університетах, починаючи з перших років навчання студентів з попередньою профорієнтацією абітурієнтів на таку складну і відповідальну спеціальність, як сімейна медицина. Створення кафедр сімейної медицини в усіх вищих медичних навчальних закладах України повинно сприяти підготовці сімейних лікарів як на післядипломному, так і на додипломному етапах.

Однак відсутність певних академічних годин із СМ у процесі підготовки ЛЗП-СМ на додипломному етапі та відсутність єдиної програми не сприяють фундаментальній підготовці студентів до майбутньої роботи на посадах ЛЗП-СМ. У різних навчальних закладах викладання СМ починається з різних курсів за нетиповими програмами. І хоч існує нагальна необхідність для України підготовки ЛЗП-СМ, однак на додипломному етапі їх підготовка не передбачена державними нормативними документами.

Підготовку ЛЗП-СМ слід розпочинати ще з першого курсу навчання, враховуючи складність та поліпрофільність такого фаху. Це дозволить не лише провести фундаментальну підготовку такого фахівця, але й правильно професійно виховати його для виконання складних медико-соціальних завдань майбутнього сімейного лікаря. Стурбованість відсутністю єдиної навчальної програми з СМ для вищих медичних навчальних закладів висловили на другому з'їзді ЛЗП-СМ України. Деякі автори стверджують, що за допомогою Болонського процесу можна суттєво поліпшити підготовку ЛЗП-СМ на додипломному етапі, створивши продуману, повноцінну програму для багатoproфільної кафедри СМ, яка має займатись додипломною, післядипломною підготовкою ЛЗП-СМ та їх БПР з поступовим наближенням цієї системи до європейських стандартів. Такі кафедри СМ могли б стати не

лише ефективними центрами підготовки ЛЗП-СМ, але й центрами наукових досліджень у галузі сімейної медицини. При цьому наукові дослідження мають бути присвяченими питанням і проблемам, які постійно турбують ЛЗП-СМ. Вони повинні базуватись на комплексному підході до проблем кожного пацієнта та його родини. Найважливіші теми:

- розробка ефективних планів моніторингу чинників ризиків найпоширеніших захворювань і рекомендації щодо їх профілактики;
- обґрунтування доцільності та ефективності скринінгових програм з метою виявлення найбільш соціально значимих захворювань, розроблення і впровадження нових технологій діагностики захворювань на ранніх стадіях;
- опрацювання прогностичних критеріїв виникнення захворювань та їх прогресування за наявності екзо- та ендегенних чинників ризику;
- визначення ефективності, у тому числі економічної, застосування різних методів діагностики та лікування на засадах доказової медицини;
- обґрунтування стратегії ведення хворих на хронічні захворювання.

Особливого значення набувають наукові розробки проблем інформаційної підтримки роботи ЛЗП-СМ, окремих закладів СМ і вирішення регіональних проблем державного управління, які виникають під час запровадження і розвитку сімейної медицини. За визначенням Всесвітньої федерації медичної освіти (ВФМО), безперервний професійний розвиток (БПР) означає період освіти та підготовки лікарів, що починається після завершення базової медичної освіти та післядипломної підготовки в університеті та триває протягом усього професійного життя [2, с. 104].

За стандартами ВФМО, БПР принципово відрізняється від двох попередніх формальних фаз медичної освіти – базової медичної освіти на додипломному етапі та систематичної післядипломної медичної підготовки. Якщо останні дві проводяться відповідно до певних правил, програм, навчальних планів з визначеною кількістю академічних годин, то БПР переважно реалізується у вигляді самопідготовки та навчання на практиці, а не під час підготовки під чийм-небудь керівництвом. Відповідальність за БПР покладається лише на професійну спільноту і самого лікаря. Максимальну відповідальність за БПР несе професійна медична спільнота із залученням до цієї важливої справи медичних асоціацій та інших професійних організацій. Інформаційні технології та дистанційне навчання все частіше застосовується у БПР. Професійні медичні організації або сертифікаційні органи створюють механізм контролю, за допомогою якого визначається кількість акредитованих курсів або заходів з БПР, за що кожен окремий лікар одержує певну кількість кредитних одиниць з БПР. Для ефективною реалізації безперервного професійного розвитку лікарі повинні мати резерв часу і можливості для осмислення практики і поглибленого навчання з доступом до адекватної професійної літератури та можливість відпрацювання навичок. Більшість повідомлень вітчизняних працівників закладів

післядипломної медичної освіти України свідчать про те, що БПР об'єднується з післядипломною освітою. МДУ системою безперервного професійного розвитку фахівців СМ в Україні започатковано наказом МОЗ України “Про затвердження змін до положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах” від 07.07.2009 р. № 484 [4].

Створюються навчально-методичні центри на базі різних кафедр закладів післядипломної освіти, кожний з яких пропонує удосконалення знань і практичних навичок ЛЗП-СМ з відповідної спеціальності, що не відповідає принципам БПР. Адже форми БПР і відповідальність за рівень своєї професійної компетенції – це професійний обов'язок лікаря і йому потрібно дати право вирішувати, де вчитися, чому і як.

Про важливість і значення ПМСД у структурі медичних послуг говорить те, що світова спільнота відводить їй пріоритетне місце в процесі забезпечення здоров'я населення (Європейська політика по досягненню здоров'я для всіх у ХХІ столітті, 1998 р.) і провідну роль під час реформування систем охорони здоров'я (Люблянська конференція по реформуванню охорони здоров'я, 1996 р.). Ефективність, результативність і справедливість СОЗ (за термінологією ВООЗ) залежить, передусім, від наявності чіткої політики розвитку ПМСД, насамперед тому, що тільки в рамках ПМСД можлива реалізація такого важливого для населення принципу як загальнодоступність медичної допомоги.

До МДУ підготовкою ЛЗП-СМ загалом належить система економічних, мотиваційних, організаційних, політичних, правових засобів цілеспрямованого впливу органів державного управління. Він складається з політичного (для дієздатності держави), організаційного (для досягнення відповідних цілей та виконання завдань і функцій державного управління в певній сфері), інституційного механізмів тощо [5].

Отже, можна говорити про політичну, економічну, правову, організаційну, інституційну, інформаційну складові комплексного МДУ підготовкою ЛЗП-СМ у контексті євроінтеграції України. При цьому новим концептуальним підходом до складових МДУ охороною здоров'я зарубіжні дослідники вважають широке використання принципів регульованого ринку медичних послуг, що забезпечує ефективні реформи в Іспанії, Британії, Італії, Фінляндії, Швеції та нових країнах-членах ЄС. Головними стратегіями є: зосередження уваги на системі забезпечення індивідуальної медичної допомоги; поліпшення здоров'я населення на основі досягнення балансу між інвестиціями в сектор надання індивідуальних медичних послуг і в сектор, діяльність якого пов'язана з формуванням здорового способу життя; раціональне інвестування галузі для поліпшення здоров'я населення, що вимагає співпраці різних рівнів державної влади та партнерства приватного і державного секторів для провадження державної політики, на підтримку здоров'я та формування здорового способу життя. Реалізація кожної з цих стратегій, безперечно, потребує насамперед

належного рівня інформаційно-аналітичного забезпечення для прийняття та відповідної підтримки виконання адекватних управлінських рішень у сфері охорони здоров'я.

Головна мета комплексного МДУ підготовкою ЛЗП-СМ – забезпечення якості медичної допомоги, тобто сукупності характеристик, що підтверджують відповідність наданої медичної допомоги потребам пацієнта сучасному рівню розвитку медичної науки і практики. Визначальними характеристиками якості медичних послуг ЛЗП-СМ при цьому є адекватність, доступність, наступність, безперервність, безпечність, результативність, ефективність, дієвість, своєчасність, задоволення очікувань і потреб, стабільність процесу та результату, постійне вдосконалення, поліпшення вишколу персти:аналу шляхом розвитку коучингу і тренінгів. Відповідно до передумов досягнення високої якості медичного обслуговування, які передбачають належне фінансове забезпечення, економічні аспекти функціонування СОЗ набувають особливого значення.

Аналіз механізмів державного управління у СОЗ держав ЄС дає підстави стверджувати, що вони набувають стрімкого розвитку. Це супроводжується виробленням власних критеріїв і принципів, становлячи контекстуально-детермінуючу основу для творчого застосування в Україні, що надзвичайно актуально в процесі її європейської інтеграції та становить перспективи подальших досліджень.

Література:

1. Енциклопедія. Сімейна медицина: у 5 т. Т. 5. Державне управління сімейною медициною / [Є. Х. Заремба, І. І. Фуртак, А. І. Голунов та ін.]; за ред. В. Г. Передерія, Є. Х. Заремби, 2012. – 704 с.
2. Медична освіта в світі та в Україні: додипломна освіта, післядипломна освіта, безперервний професійний розвиток / [Ю. В. Поляченко, В. Г. Передерій та ін.]. – К. : Книга плюс, 2005. – 385 с.
3. Напрями управління впровадженням, діяльністю та вишколом фахівців сімейної медицини в Україні : монографія / [І. І. Фуртак, Р. Ю. Грицко, Б. Б. Лемішко, Р. С. Морочковський]. – Львів : Сполом, 2013. – 188 с.
4. Про затвердження змін до положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах : наказ МОЗ України від 07.07.2009 р. № 484 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://rada.gov.ua>.
5. *Фуртак І. І.* Напрями управління впровадженням, діяльністю та вишколом фахівців сімейної медицини в Україні : монографія / І. І. Фуртак, Р. Ю. Грицко, Р. С. Морочковський. – Луцьк : ПрАТ “Волинська обласна друкарня”, 2013. – 188 с.

Надійшла до редколегії 12.08.2014 р.