

високою щільністю, сприяючи таким чином ефективному розподілу лікарів не даючи стимулів до SID. Як і в Норвегії, французькі лікарі отримують фіксовану оплату за надання медичних послуг, не зважаючи на це, ми відмічаємо абсолютно протилежні результати, які показують нам SID поведінку GPs у Франції. Вище представлені відмінності, можна пояснити з двох позицій: по-перше, використання панельного дизайну дослідження (Франція) дає можливість врахування невидимої гетерогенності, та інших детальних характеристик тісно пов'язаних з лікарями та попитом. По-друге, рівень щільності лікарів є дуже високим у Франції (аналогічний, або навіть більший ніж у США), в будь-якому разі значно вищий ніж у Норвегії.

Нідерландські науковці Christel E. Van Dijk, Bernard Van Den Berg показали, що скасування поділу витрат призводить до підвищеного використання послуг приватно застрахованими споживачами від 65 років і старше. Введення плати за послуги із соціального страхування призвело до збільшення кількості ініційованих лікарями послуг, що було найбільш очевидно поміж осіб у віці 25-54 роки. Дані відмінності в тенденції лікар-ініційованих призначень можуть бути визначені як SID-ефект.

Існування залежності доходу GPs від кількості наданих послуг, може призвести до непередбачуваних і небажаних наслідків, в тому разі, якщо вони поставлять свої фінансові пріоритети вище народного господарства та добробуту пацієнта, адже очевидно, що GPs може забезпечити надання дуже великої кількості послуг на одного пацієнта, особливо якщо він не має великої кількості пацієнтів включених в його загальний список.

Аналізуючи вище приведенний матеріал, розумію та підкреслюю, що пошук емпіричних доказів SID на первинному рівні медичної допомоги серед GPs в різних системах ОЗ, в тому числі на Україні, є досить складним та трудомістким, але це має вирішальне значення для розвитку політики ОЗ кожної держави.

Сучасні підходи до післядипломного навчання керівників охорони здоров'я

к.м.н., доц. Комарницька Н.Т., Ігнащук О.В., Малачкова Н.В., Адамчук О.Ф.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Глибокі зміни в діяльності системи охорони здоров'я актуалізують необхідність безперервного підвищення рівня професіоналізму медичних кадрів, що вимагає радикального перегляду форм і методів навчання в сфері післядипломної освіти, оволодіння слухачами вміннями самостійно здобувати, критично аналізувати і використовувати нові знання на практиці. В роботу курсів післядипломної підготовки організаторів охорони здоров'я при ВНМУ ім. М.І. Пирогова для досягнення цієї мети активно запроваджуються методичні інновації - нові інтерактивні методи навчання, зокрема, проблемно-орієнтоване і дистанційне навчання. Інтерактивні форми навчання передбачають таку організацію педагогічного процесу, при якій роль викладача повністю змінюється - з ролі лектора (домінуючої) на роль спостерігача - консультанта (підтримуючу), коли він, за необхідністю, лише спрямовує осіб, що навчаються, у доцільному напрямку, не втручаючись у процес здобуття знань безпосередньо. Таким чином до інтенсивної інтелектуальної роботи залучаються всі слухачі курсів, що дозволяє кожному не тільки отримати нові знання, поділитися своїми ідеями, практичним досвідом, а і розвивати комунікативні навички (вміння подати і аргументувати свої ідеї, вислуховувати думку іншого, зважувати і оцінювати різні позиції опонентів, брати участь в дискусії, розробляти спільні рішення). Використання інтерактивних методів навчання ми почали з методики «номінальних груп», яка запропонована була нашої кафедрі в процесі співробітництва із школою Public Health університету штату Алабама у Бірмінгемі (США). Ця методика складається з наступних кроків:

- Викладач пропонує присутнім обговорити певну тему і обирає ведучого тренінгу;

- Кожен із учасників тренінгу на протязі визначеного ведучим часу (20 хв.) самостійно продумує і записує в свій блокнот (або іншій носій інформації) свої думки;

- Звертаючись до кожного особисто, ведучий тренінгу пропонує йому висловити свою думку. Всі інші, не коментують, не втручаються, а якщо у них є в записах аналогічна думка, викреслюють її, щоб не повторюватися. Так поступово висловлюються всі по колу до повного вичерпання ідей у учасників. Кожна думка нумерується і фіксується ведучим на великому аркуші паперу для загального ознайомлення;

- Після цього відбувається спільне обговорення, яке має за мету пересвідчитися в тому, що всі присутні однаково розуміють озвучені думки;

- Далі ведучий роздає всім по 3 (5) чистих карток і пропонує кожному учаснику вибрати з усіх, винесених на загальний аркуш, думок 3 (5) за якимось одним визначеним критерієм (наприклад, найбільш важливі, актуальні, або найменш витратні) і винести їх окремо на кожну картку. Картки не підписуються, а лише вміщують номер і текст думки - по одній на кожній картці;

- Після цього ведучий пояснює, як оцінити в балах кожну з вибраних думок. Всі картки здають ведучому, який на окремому аркуші при всіх реєструє скільки балів отримала кожна із обраних присутніми думок. Таким чином визначаються найбільш важливі, актуальні, або найменш витратні пропозиції, за які проголосувала більшість присутніх. На протязі останніх чотирьох передатестаційних циклів (грудень 2016 р. – червень 2017 р.) ми використовували цю методику для отримання і узагальнення інформації по темі : «Що, на думку організаторів охорони здоров'я, необхідно зробити для підвищення ефективності діяльності їх закладу?». Загалом в опитуванні прийняло участь 69 керівників медичних закладів Вінницької, Хмельницької та Житомирської областей. В кожній із чотирьох груп було висловлено від 21 до 72 думок. Серед яких лідерами за критерієм «найбільшої важливості» (тобто такими, що набрали максимальну кількість балів) в усіх групах стали:

- зміна механізму оплати (оплачувати медичну послугу, а не наявні ліжко-місця чи медичні штати); запровадження загально - державного медичного страхування, яке б забезпечило кращий фінансовий доступ до всіх рівнів медичної допомоги; посилення відповідальності влади за фінансування і реалізацію загальнодержавних медичних програм;

- вдосконалення нормативно-правової бази (прийняття базових законів, що регламентують діяльність галузі в нових умовах, та затвердження уніфікованих протоколів діагностики та лікування по кожній патології);

- увага до питань престижності медичної професії, особливо по окремим спеціальностям (сімейний лікар), підвищення захищеності медпрацівників (соціальної, правової, пенсійної), забезпечення ергономічних умов праці;

- аналіз і прогнозування ризиків при наступних кроках реформування галузі;

- автономізація медичних закладів; зростання професіоналізму і самостійності в управлінні на всіх рівнях;

- створення загальноукраїнської асоціації лікарів як дієвої незалежної громадської організації з широкими повноваженнями, оптимізація штатів, перехід на контрактну форму працевлаштування.

Матеріали таких тренінгів регулярно доводяться до відома представників обласного і міського департаментів охорони здоров'я викладачами циклів, обговорювались на заняттях в групах в Літній і Зимовій школах для організаторів охорони здоров'я, що проводились під егідою Школи охорони здоров'я Національного університету «Києво-Могилянська академія», Дитячого фонду ООН (Юнісеф) в Україні та Світового Банку в 2016 і 2017 рр. Оцінивши можливості інтерактивного навчання, ми долучилися до проекту «BIHSENA» - «Поєднання Інновацій, Здоров'я і Суспільств: освітній розвиток потенціалу в сусідніх районах Східної Європи», очолюваного Маастрихтським університетом (Нідерланди). В проекті приймають участь фахівці з Нідерландів, України, Польщі, Болгарії, Росії. На базі наших курсів вже в 2017 році буде проведення два курси тематичного удосконалення з використанням методу проблемно-орієнтованого навчання та методу case-study: «Управління якістю медичних послуг» і «Фінансовий менеджмент в охороні здоров'я». Проект спів фінансується програмою «Ерасмус +» Європейського союзу (ця публікація відображує лише погляди авторів на дану проблему, Європейська комісія не несе відповідальності за її зміст). В перспективі ми розглядаємо можливості переходу на форму дистанційного навчання за цією тематикою.

Управління якістю освітньої діяльності при підготовці фахівців для потреб галузі охорони здоров'я

к.б.н. Гордійчук Світлана

Для забезпечення внутрішньої системи якості освітнього процесу у КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства» було створено Центр експертизи та моніторингу якості освітньої діяльності, до складу якого увійшли представники навчально-методичної, наукової, практичної та виховної структур інституту. Для

кожного структурного підрозділу Центру визначено функції: підрозділ ліцензування, акредитації, атестації – організація й здійснення процедур ліцензування освітньої діяльності, державної акредитації спеціальностей, атестації науково-педагогічних та педагогічних працівників, що реалізується у