

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
АКАДЕМІЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ СЛУЖБИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КУЯВСЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ У ВЛОЦЛАВЕКУ
ВИЩА ШКОЛА МЕНЕДЖМЕНТУ
ІНФОРМАЦІЙНИХ СИСТЕМ (ISMA)
БАЛТІЙСЬКА МІЖНАРОДНА АКАДЕМІЯ
ЦЕНТР УКРАЇНСЬКО-ЄВРОПЕЙСЬКОГО НАУКОВОГО
СПІВРОБІТНИЦТВА
*за сприяння міжнародних організацій, медичних асоціацій
та об'єднань*

МІЖНАРОДНА НАУКОВА КОНФЕРЕНЦІЯ

**«СУЧАСНІ НАПРЯМИ ЗМІН
В УПРАВЛІННІ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я:
МОДЕРНІЗАЦІЯ, ЯКІСТЬ, КОМУНІКАЦІЯ»**

*31 травня 2024 року
м. Одеса, Україна*

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ КОНФЕРЕНЦІЇ:

Запорожан Валерій Миколайович – ректор Одеського національного медичного університету, доктор медичних наук, професор, академік НАМН України (головний редактор);
Орабіна Тетяна Миколаївна – директор Департаменту медичних послуг Міністерства охорони здоров'я України, асистент кафедри менеджменту охорони здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця;
Марічерда Валерія Геннадіївна – перший проректор Одеського національного медичного університету, доктор медичних наук, професор (науковий редактор);
Дьякон Роман – президент правління Вищої школи менеджменту інформаційних систем (ISMA), доктор технічних наук, професор, академік;
Бука Станіслав – ректор Балтійської міжнародної академії, доктор економічних наук, професор;
Борц Вікторія Ігорівна – гарант освітньо-професійної програми «Управління охороною здоров'я та фармацевтичним бізнесом», професор кафедри менеджменту охорони здоров'я Одеського національного медичного університету, доктор економічних наук;
Опря Євген Васильович – завідувач кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та психотерапії Одеського національного медичного університету, доктор медичних наук, професор;
Мельник Євгенія Олександрівна – керівник Академії Національної служби здоров'я України;
Сєбов Денис Михайлович – директор Комунального некомерційного підприємства «Міська клінічна лікарня № 10» Одеської міської ради, доктор медичних наук, професор;
Гавриченко Дмитро Георгійович – медичний директор Товариства з обмеженою відповідальністю «Дім медицини», доктор медичних наук, професор;
Вартанова Олена Вікторівна – професор кафедри управління та смарт-інновацій Київського національного університету технологій та дизайну, старший науковий співробітник Державної установи «Інститут економіко-правових досліджень імені К.В. Мамутова» Національної академії наук України, практичний психолог, доктор економічних наук, професор;
Рудінська Олена Володимирівна – завідувач кафедри менеджменту охорони здоров'я Одеського національного медичного університету, кандидат економічних наук, доцент;
Кусик Наталія Львівна – начальник навчально-методичного відділу Одеського національного медичного університету, кандидат економічних наук, доцент.

С 91 **Сучасні напрями змін в управлінні охороною здоров'я: модернізація, якість, комунікація:** Міжнародна наукова конференція, 31 травня 2024 року, м. Одеса. Львів – Торунь : Liha-Pres, 2024. 192 с.

ISBN 978-966-397-406-4

До збірника матеріалів конференції увійшли тези доповідей, які стали предметом обговорення учасників Міжнародної наукової конференції «Сучасні напрями змін в управлінні охороною здоров'я: модернізація, якість, комунікація» у м. Одесі 31 травня 2024 року у Одеському національному медичному університеті.

Збірник зібраний науковими фахівцями Одеського національного медичного університету і розрахований на наукових та науково-педагогічних працівників, аспірантів, студентів вищих навчальних закладів.

УДК[005.5:614]-043.7"313"(062.552)

ISBN 978-966-397-406-4

© Одеський національний медичний університет, 2024
© Українсько-польське наукове видавництво
«Liha-Pres», 2024

ЗМІСТ

СЕКЦІЯ 1. ВІДНОВЛЕННЯ І РОЗВИТОК СТІЙКОЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ МОДЕЛІ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ УКРАЇНИ

Аналіз механізмів забезпечення якості в системі охорони здоров'я України Борщ Вікторія Ігорівна, Лазор Олена Борисівна.....	8
Модернізація української медичної освіти в умовах глобалізації, реформ та воєного стану Борщ Вікторія Ігорівна, Пастухов Олександр Олександрович	12
Comparative Analysis of Risk Management in the Health Systems in Ukraine and the Republic of Kazakhstan Valakh Viktoria Volodymyrivna, Alimov Olzhas.....	15
Правове регулювання надання акушерсько-гінекологічної допомоги дітям в умовах війни в Україні Валах Вікторія Володимирівна, Гладчук Зіновій Ігорович	19
Система охорони здоров'я України в умовах воєнного стану: сучасні виклики та механізми їх подолання Гордійчук Катерина Ігорівна.....	23
Переваги інвестування в людський капітал в охороні здоров'я Данилко Михайло Валерійович.....	27
Медичні інновації та право інтелектуальної власності українських ЗВО Дружкова Ірина Сергіївна	30
Автономізації медичних закладів в умовах реформування системи охорони здоров'я Клочкова Марина Володимирівна.....	34
Просування нових медичних послуг як складова маркетингової стратегії медичного закладу Князькова Валентина Яківна, Бондаренко Віта Геннадіївна.....	36
Marketing in the field of healthcare in Ukraine: key aspects and challenges Nemchenko Hanna Valeriivna, Dymar Sergii Eduardovych.....	40
Організаційно-управлінські механізми управління ризиками в системі охорони здоров'я Орабіна Тетяна Миколаївна, Марічерда Валерія Геннадіївна.....	44
Формування адаптивного механізму управління медичним закладом у кризових умовах Рудінська Олена Володимирівна, Щербакова Валерія Володимирівна	47

Створення кластерного закладу охорони здоров'я спроможної мережі госпітального округу: від отримання статусу до затвердження статуту
Себов Денис Михайлович, Якименко Олена Олександрівна, Коротасва Вікторія Анатоліївна, Маркіна Катерина Володимирівна.....51

Пріоритетність доступності медичних послуг в умовах сучасної реформи та воєнного стану
Хлібородова Ірина В'ячеславівна, Шахов Віталій Володимирович, Лінькова Тетяна Василівна.....55

Впровадження кліматичних сервісів як інноваційна стратегія сталого розвитку системи охорони здоров'я України
Шаблій Тетяна Петрівна59

СЕКЦІЯ 2. ЦИФРОВІ ТЕХНОЛОГІЇ В УПРАВЛІННІ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я

Інформаційний менеджмент у закладах вищої медичної освіти
Бурячківський Едуард Станіславович, Анненкова Ірина Петрівна, Шпильова Катерина Олександрівна.....63

Досвід застосування цифрових технологій в стоматологічній практиці
Гороховський Владислав Васильович, Тарасенко Ірина Йосипівна, Швиденко Юлія Юрївна67

Впровадження маркетингових цифрових технологій в закладах охорони здоров'я
Кордзая Натела Ревазівна, Марічерда Валерія Геннадіївна.....69

Інформатизація управління медичними закладами
Слободяник Наталія Володимирівна72

СЕКЦІЯ 3. ОРГАНІЗАЦІЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Сучасні питання організації системи фармацевтичного забезпечення лікарськими засобами
Волощук Христина Юрївна, Хлібородова Ірина В'ячеславівна, Беляєва Оксана Іванівна76

Важливість впровадження бізнес-орієнтованої системи управління на фармацевтичному підприємстві
Ящук Ірина Сергіївна, Унгурян Ліана Михайлівна, Беляєва Оксана Іванівна79

СЕКЦІЯ 4. СОЦІАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ БІЗНЕСІ

Стан здоров'я працівників медичної галузі в сучасних реаліях України

**Благовещенська Альона Вікторівна,
Пустовойт Тетяна Борисівна, Рогова Олена Геннадіївна 82**

Актуальність створення приватного медичного центру
в галузі кардіології

Кусик Наталія Львівна, Закритов Денис Олексійович..... 87

Проблеми фінансування державними (комунальними) підприємствами
у галузі охорони здоров'я

Кусик Наталія Львівна, Кострицький Євген Євгенович 91

Актуальність створення багатопрофільних клінік
в сегменті реабілітаційних послуг

Кусик Наталія Львівна, Птяшко Дмитро Валерійович..... 94

Деякі тенденції розвитку ринку приватних медичних послуг
в Україні

Кусик Наталія Львівна, Яблончук Вікторія Георгіївна 97

Ефективність медичного персоналу в університетських клініках
як запорука впровадження сучасних технологій
в сфері громадського здоров'я

**Приболовець Ксенія Олексіївна,
Рудінська Олена Володимирівна..... 101**

СЕКЦІЯ 5. РОЛЬ УНІВЕРСИТЕТСЬКИХ КЛІНІК У РОЗВИТКУ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

Університетські клініки як лідери у впровадженні передових
медичних технологій та практик

**Бусел Світлана Валентинівна, Хлібородова Ірина В'ячеславівна,
Берегова Катерина Василівна..... 104**

Вибрані питання комплексного лікування ускладнених
декубітальних виразок м'яких тканин

**Вергун Андрій Романович, Мацях Юрій Михайлович,
Литвинчук Михайло Михайлович..... 107**

University clinic – as a necessary condition for the formation
of professional competences of future dentists

Gorb-Gavrylchenko Inna Viktorivna 111

Інноваційні підходи до формування та розвитку академічного
реабілітаційного центру у закладі вищої освіти

Горошко Вікторія Іванівна..... 114

Роль наукових парків у комерціалізації університетських інновацій та підтримці сталого розвитку національної медичної індустрії
Гребенник Наталя Григорівна 118

СЕКЦІЯ 6. ПСИХОЛОГІЯ КОМУНІКАЦІЙ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

Порядок взаємодії органів охорони здоров'я при документуванні домашнього насильства
Бабкіна Олена Петрівна, Данильченко Світлана Іванівна 122

Навички комунікації та фасилітації при консультуванні пацієнтів без фізичного контакту
Белозерцева-Баранова Юлія Євгенівна, Скороходова Юлія Вікторівна 129

Аналіз факторів професійного вигорання і задоволеності життям співробітників і студентів закладів освіти в контексті управління корпоративним благополуччям
Варганова Олена Вікторівна, Рудінська Олена Володимирівна ... 131

Аспекти стрес-менеджменту та шляхи подолання професійного вигорання медичних працівників
Красіленко Тетяна Миколаївна, Рудінська Олена Володимирівна 136

Комунікація як шлях до психологічного комфорту в процесі професійної діяльності медичних працівників
Мовлянова Наталя Вікторівна, Федоренко Оксана Віталіївна, Хлібородова Ірина В'ячеславівна 141

The psychology of marketing under martial law
Nemchenko Hanna Valeriivna, Bondarenko Kateryna 145

Система комунікацій в комплексній медико-соціальної і психологічної допомоги хворим на деменцію
Прокопенко Наталя Олексіївна, Вялих Тетяна Ігорівна, Величко Наталя Миколаївна 148

Професійні та комунікативні компетентності здобувачів вищої медичної освіти
Рожковська Наталя Миколаївна, Попова Лідія Михайлівна, Шевченко Ольга Іванівна 151

СЕКЦІЯ 7. ВПРОВАДЖЕННЯ ТЕХНОЛОГІЙ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Machine learning-driven identification of multi-targeted lead compounds among 5,6-dihydro-1,2,4-triazolo[1,5-c]quinazolines for neurodegenerative and neglected tropical diseases
Antypenko Lyudmyla Mykolaivna, Antypenko Oleksii Mykolaiovych 155

Специфіка застосування штучного інтелекту в медицині в контексті інновацій та загроз	
Князькова Валентина Яківна, Криленко Володимир Ігорович....	159
The implementation of artificial intelligence technologies in healthcare during martial law and war	
Kolesnikov Yevhennii Borysovych, Kolomiets Nataliia Mykolaiivna ...	162
Впровадження технологій штучного інтелекту в галузі охорони здоров'я	
Кузмичова Анастасія Сергіївна	166
Інноваційні рішення штучного інтелекту для вдосконалення діагностики та терапії	
Черленюк Юрій Юрійович.....	170

СЕКЦІЯ 8. НАГАЛЬНІ ПИТАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Особливості формування стратегії управління бізнесом в приватних фармацевтичних підприємствах	
Мартинюк Олена Анатоліївна, Добровольська Інна Володимирівна	175
Формування концепції системного розвитку ЗВО в галузі охорони здоров'я	
Мартинюк Олена Анатоліївна, Матюшенко Пилип Миколайович.....	179
Формування системи менеджменту якості в управлінні фармацевтичним підприємством	
Мартинюк Олена Анатоліївна, Попова Марина Олександрівна..	183
Вплив тайм-менеджменту на ефективність організації роботи менеджера сфери охорони здоров'я	
Мартинюк Олена Анатоліївна, Чернова Тетяна Михайлівна.....	187

СЕКЦІЯ 1. ВІДНОВЛЕННЯ І РОЗВИТОК СТІЙКОЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ МОДЕЛІ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ УКРАЇНИ

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-406-4-1>

АНАЛІЗ МЕХАНІЗМІВ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Борщ Вікторія Ігорівна

*доктор економічних наук, доцент,
професор кафедри менеджменту охорони здоров'я
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Лазор Олена Борисівна

*магістрант першого року навчання ОПП «Управління охороною
здоров'я та фармацевтичним бізнесом»
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

У системі охорони здоров'я не існує золотого стандарту оцінки рівня розвитку та порівняння якості надання медичних послуг. Сучасні визначення та поняття якості у системі охорони здоров'я, а також приклади засновані на світовому досвіді, демонструють нам, що найкращого результату можна досягти завдяки використанню одного з найдієвіших методів управління якістю – концепція загального управління якістю – total quality management (TQM) [3].

Але перед тим, як перейти до самої системи управління якістю, слід розібратися, а що таке якість медичної послуги. У своїх дослідженнях ми дотримуємося позиції ВООЗ, яка визначає якість медичної послуги як «ступінь, в якій медичні послуги, що надаються окремим особам і групам, збільшують ймовірність досягнення бажаних результатів для здоров'я і узгоджуються з доказовими професійними знаннями» [1]. При цьому слід зауважити, що якість медичної допомоги передбачає наявність у медичних кадрів навичок, ресурсів і умов, необхідних для покращення здоров'я пацієнтів, знань та вмінь виконувати професійні обов'язки. Відтак, якісні медичні послуги є результатом як більш широкого контексту систем охорони здоров'я, так і дій постачальників медичних послуг (тобто медичний установ) та осіб, які працюють у системі [1]. Це актуалізує більш

широке використання концепції загального управління якістю у національній системі охорони здоров'я.

Ця концепція засновується на циклі Демінга, який представляє собою послідовне використання та дослідження таких понять, як планування, виконання, перевірка та реалізація. Основна суть філософії TQM полягає у роботі над покращенням якості не тільки медичної послуги, а й покращенні організації роботи медичного закладу включно з показниками роботи усього персоналу.

Управління якістю надання медичних послуг у сфері охорони здоров'я складається з 3х основних видів діяльності. Серед яких можна виділити: створення якості, поліпшення якості та контроль рівня якості. Сюди входять усі підходи та механізми покращення якості, такі як: розробка стандартів, аудит, моніторинг, самооцінка, зворотний зв'язок, оцінювання якості, процес змін та дії менеджменту.

Аналіз нормативно-правового регулювання та забезпечення питань якості та положень ДСТУ 15224:2019 Системи управління якістю ISO 9001:2015 [2] у сфері охорони здоров'я повною мірою демонструють нам, що вимоги до характеристик якості можуть висуватися і висуваються різними зацікавленими сторонами.

Законодавче регулювання є основою впровадження будь-яких змін. В Україні створено необхідний фундамент для формування нормативних документів з управління якістю у медичних установах, враховуючи сучасні клінічні настанови та європейські підходи. На жаль, частина існуючих нормативних документів має формальний характер та не виконується у повному обсязі. Відтак, на сучасному етапі реформування галузі охорони здоров'я ми вбачаємо доцільним запровадження наступних заходів щодо удосконалення системи якості медичної допомоги на національному рівні, зокрема:

1. Національна стратегічна спрямованість на якість, яка передбачає формування та прийняття Національної політики якості та стратегії, які мають базуватися на прагматичному пакеті заходів, які відображають дії, що необхідно вжити у всій системі охорони здоров'я для створення системного середовища, зменшення шкоди, поліпшення клінічної допомоги та взаємодії з пацієнтами, сім'ями та громадами.

2. Якість у всій системі охорони здоров'я. На додаток до сприятливого політичного середовища, надання якісних медичних послуг вимагає належного управління; кваліфікований і компетентний медичний персонал, яким надається підтримка від відповідних органів державної влади і які вірні своїй справі; механізми фінансування, які забезпечують можливості і підтримують якість медичної допомоги; інформаційні системи, які забезпечують постійний моніторинг та навчання для удосконалення існуючої системи; лікарські засоби, пристрої та технології,

які є безпечними та належним чином регулюються на державному рівні; і найважливіше – доступні і добре обладнані медичні установи.

3. Високоякісна первинна медична допомога. Первинна медична допомога відіграє вирішальну роль у забезпеченні загального охоплення високоякісними медичними послугами. Задля реалізації трьох взаємопов'язаних складових первинної медико-санітарної допомоги – розширення можливостей людей та участь громади; здійснення мультисекторальних заходів задля здоров'я; і медичні послуги, де пріоритет приділяється наданню якісної первинної медичної допомоги та виконанню основних функцій охорони здоров'я, важливим є дотримання концепції якості.

4. Моніторинг та оцінка. Якість необхідно постійно оцінювати і контролювати, щоб стимулювати її поліпшення. Це залежить від точних, своєчасних даних, які мають практичну цінність. Інтеграція глобальних та національних зусиль у цій сфері має вирішальне значення для забезпечення того, щоб країни збирали значущі дані та використовували їх для трансформації та вдосконалення своїх систем охорони здоров'я.

5. Обмін досвідом та навчання. На додаток до оцінки ключових показників ефективності, існує чітка необхідність збирати та поширювати інформацію про отримані «уроки» та досвід забезпечення якості. Такі знання, що надходять з країн з різними ступенями розвитку систем охорони здоров'я, повинні поширюватися по всьому світу.

Відтак, при формуванні системи якості у медичних установах управління мають дотримуватися наступних основних характеристик якості. (1) Професійна компетентність: відноситься до рівня умінь і навичок, які реалізуються у процесі діяльності людей, що надають медичну допомогу, менеджмент і обслуговуючий персонал. (2) Доступ до медичної допомоги: під цим ми маємо на увазі ступінь вільного надання медичної допомоги, незалежно від географічних, економічних, соціальних, культурних, організаційних або мовних факторів. (3) Результативність: ступінь, до якої лікування пацієнта призводить до поліпшення його стану або до бажаного результату. (4) Міжособистісна характеристика: це стосується якості взаємодії між постачальниками послуг та споживачами, а саме між керівництвом та персоналом, медичними працівниками та пацієнтами. (5) Ефективність: це надання оптимальної медичної допомоги населенню, тобто оптимального обсягу при економічно обмежених ресурсах. (6) Безперервність: ступінь, до якого пацієнт отримує медичну допомогу, необхідну їм без перерви, зупинок або непотрібного повторення діагнозу або лікування. (7) Безпека: відноситься до ступеня, в якому система охорони здоров'я знижує ризик травми, інфекції, шкідливих побічних ефектів або інших пошкоджень при наданні медичної допомоги. (8) Комфорт: відноситься до тих характеристик медичної допомоги, які

безпосередньо не відносяться до клінічної ефективності, але можуть позитивно вплинути на задоволення пацієнта якістю надання допомоги. Комфорт визначається як зовнішній вигляд і чистота всіх використовуваних приміщень, обладнання та персоналу, а також заходи, що вживаються для забезпечення комфорту і зручності пацієнта. Забезпечення якості медичного закладу повинно стосуватися як клінічних, так і організаційних аспектів надання медичних послуг.

На сучасному етапі аналіз роботи медичних установ спирається на визначенні вже давно існуючих та затверджених облікових і статистичних показників, які є основою для оцінки показників якості. Позитивний вплив на якість медичною допомогою можливий тільки шляхом розробки та впровадження нових індикаторів, на основі вище зазначених характеристик якості. Ці показники повинні відображати своєчасність надання медичних послуг, правильний підхід до вибору методів діагностики, профілактики, лікування, реабілітації у відповідності до клінічних протоколів, очікуваний результат від надання медичної послуги. Відтак, менеджмент якості медичних послуг є послідовною реалізацією управлінських функцій: планування якості, забезпечення організації, контроль, удосконалення якості з орієнтацією на пацієнта на всіх етапах надання медичної послуг.

Література:

1. Quality health services. URL: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/quality-health-services>
2. ДСТУ ISO 9001:2015. Системи управління якістю. Вимоги (61390) (dnaop.com)
3. Бичківський Р. В. Управління якістю. Сертифікація : навч. посіб. К. : Вища школа. 2005. 432 с
4. Борщ В. І. Управління закладами охорони здоров'я. Херсон : Олди-плюс. 2020. 392 с.

МОДЕРНІЗАЦІЯ УКРАЇНСЬКОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ГЛОБАЛІЗАЦІЇ, РЕФОРМ ТА ВОЄНОГО СТАНУ

Борщ Вікторія Ігорівна

*доктор економічних наук, доцент,
професор кафедри менеджменту охорони здоров'я
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Пастухов Олександр Олександрович

*здобувач 3 курсу медичного факультету № 1
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Питання покращення ефективності праці у системи охорони здоров'я України стало ще більш гострим під час довго тривалих воєнних дій на території України та за її межами. Воєнний стан, ургентність надання медичних послуг да дефіцит медичних фахівців, як практикуючих, так і потенційних, ставить увагу до кореневих змін у медичній практиці лікаря, а саме – до його освіти. Станом на 2024 рік ні один заклад вищої медичної освіти України не займає позицію у світових рейтингах вище, ніж 1396 місце, незважаючи на наявний кадровий потенціал і безцінний досвід українських медичних фахівців, який засвідчується не теорією, а практикою.

З 24 лютого 2022 року по 11 травня 2024 року з України де-юре виїхало понад 20 мільйонів людей, з яких приблизно 8–10 мільйонів залишаться за кордоном після завершення війни (це приблизно 20 % від довоєнної чисельності населення України). Станом на 2024 рік, з 29 мільйонів людей в Україні, 17 мільйонів – це економічне неактивне населення, яке залишається в країні [1]. Після закінчення воєнного стану та відкриття кордону для чоловіків, очікується ще одна хвиля міграції населення за межі України, що попереджає ще більше загострення гендерного дисбалансу та дефіциту кадрів, в тому числі і в медичній галузі. Згідно з дослідженнями Бостонського університету, кожні 100 000 іммігрантів підвищують ефективність економіки приблизно на 25 % і відповідно знижують ефективність національної економіки [4]. Отож, відтік мізків із країни і освітні втрати сьогодні є незворотними. Станом на 2024 рік, Україна за рівнем відтоку мізків знаходиться на 3–4 місці серед 177 країн світу [3].

Раніше основою національної системи охорони здоров'я України була система Семашко, що діяла за планово-адміністративним принципом із державним фінансуванням. Проте за часи незалежності через зменшення відсотку фінансування охорони здоров'я, ця система стала неспроможною забезпечити принципи рівності надання медичних послуг. Задля підвищення ефективності системи охорони здоров'я, були впроваджені реформи, які є адаптованими системами охорони здоров'я європейських країн, та інтегровані в нашу [2]. Незважаючи на іноваційність упроваджених заходів та зниження присутності людського фактору, освітній фундамент попередньої системи все ще залишається в освітній системі, що нівелює всі спроби прагнення до прогресивної системи, яка відповідає вимогам та сучасним умовам праці медичних фахівців та здобувачів вищої медичної освіти на міжнародному рівні.

Сучасна медична освіта має ґрунтуватися на результатах науково-дослідної діяльності з акцентуацією на компетентнісному підході підготовки фахівців за міжнародними освітніми стандартами. Це вимагає індивідуального підходу до освіти із високим рівнем мотивації здобувачів до отримання знань та самоосвіти. Відтак, сучасна професійна підготовка медичних фахівців має представляти собою багатоступеневу освіту, яка має формувати у майбутнього фахівця систему медичних ціннісних орієнтацій, мотивів до удосконалення професійної діяльності і реалізації знань, вмінь, практичних навичок на рівні із soft skills, тобто «м'яких» навичок.

Одним з шляхів підвищення якості освіти є забезпечення академічної мобільності між закордонними та українськими освітніми закладами. Долучення здобувачів до єдиного світового освітнього простору збільшує шанси майбутнього фахівця на якісну професійну самореалізацію, підвищує рівень самомотивації, і загалом – підвищує якість трудових ресурсів галузі за рахунок долучення до найновітніших освітніх, дослідницьких та клінічних технологій. Академічна мобільність у сучасному освітньому просторі – це гарантія надання однаково високого рівня знань та кваліфікації здобувачам у різних освітніх закладах та країнах світу, що надає право на визнання української освіти у європейських країнах.

Іншим шляхом є актуалізація наукових досліджень у медичній галузі у відповідності до найновітніших світових тенденцій. Незважаючи на різницю умов праці між Україною та розвиненими країнами (наприклад, як США), Україна має значне число наукових центрів і індустріальних секторів, наприклад, у фармації [1]. Розвиток інноваційної та дослідницької інфраструктури, де центрами є заклади вищої медичної освіти має стати пріоритетним завданням держави. Залучення приватних та іноземних інвестицій у медичну дослідницьку галузь за рахунок

податкових і регулятивних преференцій іноземним компаніям в Україні, дасть перевагу українській дослідній галузі над розвиненими країнами, що не тільки збільшить кількість робочих місць, а й привабить сучасних фахівців та покращить економіку через комерціалізацію наукової діяльності. А це в свою чергу, дозволить покращити якість освіти за рахунок її побудови на результатах актуальних наукових досліджень.

Сьогодні медична наукова діяльність в Україні контролюється лише державою та обмежується здебільшого академічно. Але при збільшенні інвестицій іноземними і приватними компаніями заради вироблення масового продукту медичної і фармацевтичної галузі, через конкуренцію та прагнення до фактичного результату, академічна успішність закладів вищої медичної освіти і дослідницька результативність медичних наукових центрів вийде на конкурентноздатний рівень на світовій арені.

На нашу думку, комерціалізація та індустріалізація медичної галузі та науки, транскордонна академічна мобільність є основними етапами відходу від застарілої освітньої системи і ключовими чинниками підвищення вищої медичної освіти, що призведе до формування медичних фахівців нового зразка, які є високо мотивованими до більш якісного надання медичних послуг та розвитку медичної галузі України загалом.

Література:

1. Декілька алгоритмів боротьби з демографічною проблемою. Український інститут майбутнього. URL: <https://uifuture.org/publications/dekilka-algorytmiv-borotby-z-demografichnoyu-problemoyu/>

2. Лехан В., Гінзбург В., Борвінко Е. Порівняльна характеристика моделі Семашка та моделі, започаткованої в рамках реформи системи охорони здоров'я в Україні. *Медицина сьогодні і завтра*. 2013. 61(4). С. 99–105. URL: <https://msz.knmu.edu.ua/article/view/99>

3. Тарасов В. Україна наразі за рівнем відтоку мізків з держави знаходиться на 3–4 місці серед 177 країн світу. Укрінформ. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3850351-ukraina-e-odnim-iz-lideriv-vidtoku-mizkiv-iz-kraini-eksportka.html>

4. Tarek Hassan Do Immigrants and Immigration Help the Economy? URL: <https://www.bu.edu/articles/2024/do-immigrants-and-immigration-help-the-economy/>

**COMPARATIVE ANALYSIS OF RISK MANAGEMENT
IN THE HEALTH SYSTEMS IN UKRAINE
AND THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN**

Valakh Viktoria Volodymyrivna

*Candidate of Juridical Sciences, Medical Lawyer,
Associate Professor
Odesa National Medical University
Odesa, Ukraine*

Alimov Olzhas

*Master of Law, Lawyer,
Senior Lecturer
Caspian University
Almaty, Kazakhstan*

Improving the safety of medical care in the health system of each country should pay special attention to reducing the likelihood of incidents (defects) and mitigating their consequences (objective causes), while reducing the concentration on human actions (subjective reasons). In health care, the main indicator of quality should be the safety of medical care that guarantees the health of patients.

Risk Management identifies weak links in health care facilities, and it is very important to collect, analyze and use risk management information, regarding incidents such as unexpected results, medical errors, hidden risks, defects.

Comparative analysis of Risk Management in the provision of medical care in Ukraine and the Republic of Kazakhstan will allow us to identify its weaknesses and strengths with further improvement of the risk management system in each country.

Standards in the field of health have a number of specific features, including: validity from a scientific, practical and technical point of view; reality, that is, the certainty of the volume of medical care, the specificity of the requirements for the quality of medical care, taking into account the real state of the industry, namely financial and personnel support, material and technical resources, the educational level of specialists, etc.; reliability, that is, compliance with the principles of scientifically sound medical practice and consistency with the opinion of most highly qualified doctors; clarity, concreteness and clarity of definitions; relevance, which can be achieved through periodic analysis

and revision of previously established standards, development of a mechanism for ensuring or stimulating the implementation of existing standards.

Ukraine has identified the development of standardization as one of the priority areas for reforming the health care sector of Ukraine and annually provides additions and updates to the regulatory framework for standardization management. Standards in health care are based on the principles of evidence-based medicine and take into account world experience. The Methodology for the development and implementation of medical standards of medical care on the basis of evidence-based medicine, approved by the Order of the Ministry of Health No. 751, contains the following wording: "This Methodology determines the mechanism for the development and implementation of scientifically based medical standards and unified clinical protocols for the provision of medical care on the basis of evidence-based medicine." Standards in the field of health care are approved in accordance with the established procedure by the central executive body implementing state policy in the field of health care (subpara. 8 paragraph 4 of the Regulation on the Ministry of Health of Ukraine, approved by the Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine of 25.03.2015 № 267).

29.11.2018 State Enterprise "Ukrainian Research and Training Center for Standardization, Certification and Quality" adopted order No. 446, which approved DSTU (Ukr. – State Standard of Ukraine) ISO 31000:2018 Risk Management. Principles and Guidelines (ISO 31000:2018, IDT). The main objective of this Standard is to assist organizations in achieving success in the long term, taking into account all stakeholders (patients, health professionals, health facilities and their management, suppliers, pharmacists, etc.), while ensuring good risk management practices. Figure 1 illustrates Risk Management Principles.

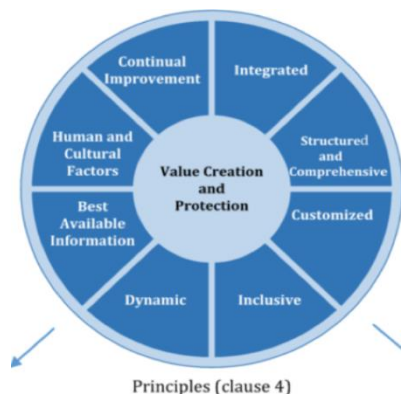


Fig. 1. Risk Management Principles



Fig. 2. Steps of Risk Management in healthcare

At the state level in Ukraine, the methods of risk management in the health care system include compliance with licensing conditions, compliance with accreditation standards, compliance with the regulations of the medical care process, and the introduction of a quality management system for medical care that meets the requirements of international and harmonized national standards.

Among the negative phenomena, we note the lack of mandatory accreditation of medical institutions in Ukraine, the low level of awareness of medical personnel regarding existing ISO standards, the presence of gaps in the chain of management activities of the medical institution.

According to the results of the questionnaire in 2023 in Kazakhstan, the level of integration of risk management into the planning and budgeting processes of the medical organization is not more than 70%. Medical organizations do not change strategic objectives or revise the budget in response to risk, indicating that the risk analysis has an indirect impact on changes in objectives and budget revisions. Also, the level of integration of risk management into operational processes remains at 74%, with medical organization risk-taking readiness remaining low at 64%. It is therefore necessary to revise the strategic objectives and plan of activities, as well as the budget, according to the real risks involved.

The legislative and regulatory framework in the Republic of Kazakhstan concerning risk management has been fully developed in terms of technical regulation, the sphere of circulation of medical products for both foreign and domestic producers. But in order to improve the quality of assessments on compliance of management systems with the ISO 31000 standard, the accreditation body of the Republic of Kazakhstan must obtain the status of a signatory in a foreign body (APAC, ILAC) which will help to expand the field of accreditation of actors, as well as the possibility of creating new actors.

The basic standard requirements are regulated by the Law on Technical Regulation, and the authorities are confirming compliance with the management system at this time.

The level of corporate governance in the industry is not high enough and most medical organizations do not have independent directors and audit and risk committees, nor risk management specialists. In addition, there is no established international "bestpractice" in the risk management system, the right "tone from the top" as a corporate culture. It should be concluded that there is a need to strengthen the interaction of all corporate governance structures (Supervisory Board, executive body, medical personnel).

In the Kazakh national standard of accreditation in health care, the quality and safety of medical care are delegated to various units with insufficient identification and risk assessment, determining the suitability and effectiveness of control measures to reduce the identified risks and does not meet the requirements of international standards of the quality management system, for example, ST RK IEC 31010:2020 on methods of identifying and identifying risks.

The non-profit joint stock company "Social Health Insurance Fund" (hereinafter – Fund), being a strategic purchaser, identifies defects, i.e. medical incidents that have already occurred (happened), without regard to the presence (absence) risk management systems. The Fund's activities in carrying out various types of monitoring of health facilities are not preventive in nature and the result is only a financial penalty in the form of a fine. We believe that the Fund's activities to identify defects and deal with complaints would have a higher level of efficiency if the requirements in the procedures governing the risk management system were synchronized, at each level in the health system, starting with the maturity of each individual health facility's risk management system.

To sum up, management risk, as a set of methods, should be aimed at ensuring the safety not only of patients and staff of a medical institution of any country, but also other material objects: equipment, premises, territory, infrastructure. Therefore, the objectives of risk management in a medical institution should be to prevent an undesirable incident event (if it has not already occurred); to minimize the consequences of an undesirable event (if it has already occurred). Health-care managers should view patient safety issues as problems of their management system, not their employees. Risk management should use two approaches: reactive and proactive. The reactive approach is aimed at punishing the perpetrator and does not contribute to the development of preventive risk management in a health facility. To be proactive, work should be done on incidents that have occurred and are likely to occur, This is therefore the approach that is more appropriate.

**ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ НАДАННЯ
АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ
В УМОВАХ ВІЙНИ В УКРАЇНІ**

Валах Вікторія Володимирівна

*кандидат юридичних наук, доцент,
медичний адвокат,*

*доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Гладчук Зіновій Ігорович

*аспірант кафедри акушерства та гінекології
лікар акушер гінеколог
Медичний центр Innova Medical
м. Одеса, Україна*

Обрана для дослідження тема є складною, урахувуючи наступні аспекти. По-перше, правове регулювання надання акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні за останні десятиліття зазнало багато істотних змін. Так, було скасовано накази МОЗУ від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні» наказом МОЗУ від 08.05.2014 № 310), від 28.12.2002 № 507 "Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги" (наказом МОЗУ від 08.05.2014 № 310), від 15.12.2003 № 582 "Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги" (наказом МОЗУ від 08.05.2014 № 310) та інші. Великий пласт акушерсько-гінекологічної допомоги нібито залишився без правового регулювання, що й сьогодні додає безлічі проблем, адже практикуючи лікарі й досі посилаються та керуються у своїй роботі наказами, що втратили чинність.

З іншого боку, запроваджена медична реформа відкрила шлях для нормативного регулювання основного людського права – права на репродуктивне здоров'я, складовою якого і є право на акушерсько-гінекологічну допомогу.

Зауважимо, що чинним є наказ МОЗУ від 31.10.2011 № 726 «Про вдосконалення організації надання медичної допомоги матерям та новонародженим у перинатальних центрах» (із зм. 2018 р.), який запровадив нові підходи до організації надання різного виду надання

медичної допомоги. Зокрема, вказаним наказом затверджено Порядок регіоналізації перинатальної допомоги; Перелік медичних показань до направлення пацієнток та надання медичної допомоги в перинатальних центрах II рівня; Перелік медичних показань до направлення пацієнток та надання медичної допомоги в перинатальних центрах III рівня; Розрахунки ліжкового фонду перинатальних установ III рівня надання акушерської та неонатальної допомоги та Методику з аудиту стану надання регіональної перинатальної допомоги та кадрового забезпечення перинатальних центрів III рівня.

Надалі наказ МОЗУ від 29.11.2013 № 1030/102 «Про удосконалення системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні» закріплює, що «система планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я сприяє окремим особам та подружнім парам в досягненні певних репродуктивних результатів: народити бажаних дітей, регулювати перерви між вагітностями, контролювати вибір часу народження дитини залежно від віку батьків та інших чинників, визначити кількість дітей в сім'ї, запобігати непланованій вагітності» (п.1. наказу).

19.10.2018 МОЗУ видало наказ № 1881 «Про затвердження Об'єму надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, що повинен забезпечуватися багатопрофільними лікарнями інтенсивного лікування першого та другого рівня, та Змін до Порядку регіоналізації перинатальної допомоги», який по суті врегулював усі нагальні питання щодо надання акушерсько-гінекологічної допомоги населенню України.

З 2018 року на основах доказової медицини впроваджуються нові клінічні стандарти/настанови у сфері «Акушерство та гінекологія», які можна знайти на посиланням на офіційному ресурсі МОЗУ: https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/akusherstvo-i-ginekologiya/

Як бачимо, нормативно-правове регулювання надання акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні не стоїть на місці та наближується до найкращих світових практик та стандартів.

По-друге, надання акушерсько-гінекологічної допомоги дітям обумовлюється особливостями не тільки вікового періоду, але й фізіологією та психічною зрілістю дівчини. Відповідно до чинного сімейного законодавства та закону України «Про охорону дитинства», дитиною в Україні вважається людина від народження та до досягнення нею 18 років. Стаття 6 закону України «Про охорону дитинства» закріплює право будь-якої дитини на охорону здоров'я, безоплатну кваліфіковану медичну допомогу в державних і комунальних закладах охорони здоров'я. У свою чергу, стаття 60 закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (далі – Основи) встановлює, що «Медична допомога дітям надається закладами охорони здоров'я та лікарями, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи –

підприємці. До державних дитячих санаторіїв путівки дітям надаються безплатно. Діти і підлітки перебувають під диспансерним наглядом».

Стосовно акушерсько-гінекологічної допомоги, то її надання дітям до 14 років потребує обов'язкової згоди законного представника (батьків, оіпкунів, усиновлювачів тощо) (ст. 43 Основ). Від дітей віком з 14 до 18 років для надання медичної допомоги вимагається їх особиста добровільна інформована згода (ч. 3 ст. 284 Цивільного кодексу України, ст. 43 Основ).

Аналогічне правило закріплено у наказі МОЗУ «Про затвердження Порядку надання комплексної медичної допомоги вагітній жінці під час небажаної вагітності, форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення» від 24.05.2013 р. № 423. Так, відповідно до п. 1.8. вказаного наказу, «Проведення операції (процедури) штучного переривання небажаної вагітності у вагітної жінки віком до 14 років або у недієздатної особи здійснюється за заявою її законних представників. Штучне переривання вагітності у вагітної жінки, яка досягла 14 років, здійснюється за її згодою відповідно до статті 284 Цивільного кодексу України». Вказана норма викликає чимало зауважень як з боку медичних працівників, так і юристів, зважаючи на знижений вік жінки, яка бажає здійснити операцію (процедури) штучного переривання небажаної вагітності, без згоди її батьків. Хоча з точки зору права, права такої жінки на надання вільної згоди на медичне втручання жодним чином не порушуються.

По-третє, повномасштабна війна в Україні змусила по-новому поглянути на нормативи надання будь-якої медичної допомоги дітям, особливо тим, які отримали статус ВПО. Зокрема, отримання статусу ВПО сьогодні здійснюється виключено через ЦНАП. Після цього у разі відсутності близьких родичів дитина отримує соціальний статус «дитина, позбавлена батьківського піклування» та береться на облік у службі по правам дітей, де вона фактично перебуває. Якщо дитина була переміщена із близькими родичами (які не є законними представниками дитини), то вони мають звернутись до органу опіки та піклування з метою отримання рішення про встановлення опіки над такою дитиною. І вже тільки після цього такі родичи стають законними представниками дітей та можуть надавати згоду на медичну допомогу щодо таких дітей.

Особливої уваги з боку акушерів-гінекологів заслуговують випадки статевого злочину, вчинених щодо дітей під час війни (знаходження на тимчасово окупованих територіях тощо). Відповідно до чинного законодавства, заклад охорони здоров'я та медичний працівник зобов'язані повідомляти визначені правоохоронні та/або інші державні органи не про всі випадки ушкодження та/або погіршення стану здоров'я дитини, а лише про ті, які прямо визначені нормативними актами. Наприклад, у випадку

відмови батьків від лікування, якщо така відмова може спричинити важкі наслідки, а також за наявності ознак психологічного чи фізичного насильства. У таких випадках слід орієнтуватись на норми ст. 43 Основ (щодо можливих негативних наслідків відмови від медичної допомоги), постанови КМУ від 3.10.2018 № 800 «Деякі питання соціального захисту дітей, які перебувають у складних життєвих обставинах, у тому числі таких, що можуть загрожувати їх життю та здоров'ю», постанови КМУ від 22.09.2018 № 658 «Про затвердження Порядку взаємодії суб'єктів, що здійснюють заходи у сфері запобігання та протидії домашньому насильству і насильству за ознакою статі», наказу МОЗУ від 01.02.2019 № 278 «Про затвердження Порядку проведення та документування результатів медичного обстеження постраждалих осіб від домашнього насильства або осіб, які ймовірно постраждали від домашнього насильства, та надання їм медичної допомоги», спільного наказу МВСУ та МОЗУ від 06.07.2016 № 612/679 «Про порядок обліку фактів звернення та доставлення до закладів охорони здоров'я осіб у зв'язку із заподіянням їм тілесних ушкоджень кримінального характеру та інформування про такі випадки органів і підрозділів поліції».

Тобто медичні працівники під час звернення за медичною допомогою постраждалих дітей або їх законних представників повинні зафіксувати їх скарги (звернення), зібрати анамнез, провести медичний огляд з оцінкою стану постраждалої особи та в разі потреби – додаткове інструментально-лабораторне обстеження й заходи щодо попередження наслідків сексуального насильства. Заклад охорони здоров'я не пізніше однієї доби зобов'язаний інформувати про виявлені випадки сексуального насильства правоохоронні органи з дотриманням правового режиму інформації з обмеженим доступом за допомогою телефонного зв'язку, електронної пошти з подальшим письмовим підтвердженням.

Враховуючи усе вищенаведене, мусимо констатувати, що нормативне регулювання надання акушерсько-гінекологічної допомоги дітям в умовах одночасно медичної реформи війни в Україні сьогодні проходить складний шлях свого удосконалення та, в цілому, відповідає сучасним реаліям.

СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ: СУЧАСНІ ВИКЛИКИ ТА МЕХАНІЗМИ ЇХ ПОДОЛАННЯ

Гордійчук Катерина Ігорівна

магістрантка першого року навчання

ОПП «Управління охороною здоров'я та фармацевтичним бізнесом»

Одеський національний медичний університет

м. Одеса, Україна

Аналіз літературних джерел, а також власний досвід авторів з питань організації медичного забезпечення у зоні ведення бойових дій свідчать про те, що з початком бойових дій на Сході України перед цивільною і військовою медициною постали масштабні проблеми, пов'язані з організацією медичного забезпечення як військовослужбовців так і цивільного населення держави [3–4]. Розв'язана росією повномасштабна війна за рік справила неабиякий негативний вплив на життя та здоров'я людей в Україні, значної шкоди завдала вона й системі охорони здоров'я. Обстріл та руйнування медичних закладів та госпіталів був частиною плану і тактики російських загарбників. Руйнування медичної інфраструктури, брак кадрів та порушення логістичних зв'язків – усе це стало перешкодою до вчасного й повноцінного забезпечення населення медичними ресурсами в умовах воєнного стану. Але попри численні виклики системі охорони здоров'я вдалося вистояти та надати допомогу тоді, коли вона була найбільш потрібна. Українська система охорони здоров'я навіть у мирний час не була зразковою. Війна мала всі шанси повністю знищити медичну систему, але натомість підштовхнула до пошуку ефективних рішень, завдяки яким медицина в країні не лише вижила, а й продовжила розвиватися. Так, за словами Міністра охорони здоров'я Віктора Ляшка, станом на лютий 2023 року, від початку вторгнення росіяни повністю зруйнували в Україні майже 200 медичних закладів, 1218 закладів зазнали пошкоджень. Зокрема, 540 лікарень зруйновані частково, 173 – повністю, також пошкоджено 593 аптеки. Загинуло щонайменше 98 осіб медичного персоналу і 134 – зазнали поранень, з них приблизно 18 загиблих медичних працівників і 56 серйозно поранених. Згідно з останніми підрахунками [1] Міністерства економіки та KSE Institute, станом на грудень 2022 року сума прямих задокументованих збитків, завданих інфраструктурі України через повномасштабне вторгнення, сягнула \$137,8 млрд (за вартістю заміщення),

прямі збитки від руйнування чи пошкодження об'єктів охорони здоров'я становлять \$1,7 млрд. За оцінками МОЗ, Україні для відбудови системи охорони здоров'я знадобиться від 14,6 до 20 млрд євро [2].

При цьому спостерігаються масштабні міграційні процеси. За даними Міжнародної організації з міграції від серпня 2022 року, вимушеними переселенцями стало понад 10 млн осіб: близько 6,5 млн – внутрішньо переміщених осіб (ВПО), ще близько 4 млн покинули територію України. Це означає, що люди, які переселилися в інші регіони України, шукали у нових регіонах можливості отримати медичні послуги, що вплинуло на роботу системи охорони здоров'я. Деякі й зовсім відмовилися від лікування або відклали його на потім.

Від початку війни, через великі масштаби знищення української медичної інфраструктури та порушення логістичних зв'язків, медичні установи стикнулися з нестачею великої кількості лікарських засобів та обладнання. За даними опитування ВООЗ, кожен п'ятий хворий (22 %) не зміг придбати необхідні ліки, а на тимчасово окупованих територіях і територіях з активними бойовими – кожен третій.

Іншим випробуванням стала відсутність повноцінних бомбосховищ у медичних закладах. Лікарям доводилося працювати в польових умовах, замінюючи стерильні операційні на підвали й бомбосховища. Відсутність автономної системи вентиляції, водопостачання та суцільні стелі роблять їх непридатними навіть як укриття для здорових людей. Зараз у багатьох лікарнях, розташованих у містах, де не ведуться бойові дії, уже присутні обладнані укриття. У екстрених випадках лікарі зможуть навіть робити там операції, але це не той рівень, який необхідний для повноцінної роботи.

Ще одним питанням є нерівномірний географічний розподіл медичних працівників (між різними регіонами, насамперед, у сільській місцевості), що посилюється дисбалансом працівників за спеціальностями та значним дефіцитом підготовлених фахівців за певними напрямками. Разом з тим, спостерігається недостатня кількість фахівців для розвитку таких напрямків як інтервенційна кардіологія, нейрохірургія, травма-центри, реабілітація, воєнна медицина. Особливо звертає на себе увагу нерівномірний розподіл медичних працівників у Донецькій та Луганській областях порівняно із середніми показниками по Україні. Забезпеченість лікарнями та медичними сестрами/медичними братами на 1 000 населення значно менша, ніж у середньому по країні та в європейських країнах. Забезпеченість лікарнями за деякими пріоритетними спеціальностями на 1 000 населення у цих областях на 30–90 % менша, ніж в середньому по Україні (анестезіологи, торакальні хірурги, серцево-судинні хірурги, нейрохірурги, хірурги, онкологи, неонатологи, кардіологи, невропатологи, радіологи). Спостерігається дуже низький рівень залучення працівників сфери охорони здоров'я для організації медичного обслуговування на рівні

громад. Кадровий потенціал громадського здоров'я, менеджменту та інших напрямків системи охорони здоров'я є вкрай недостатнім для відповіді на сучасні виклики.

Над цим обов'язково потрібно буде працювати як і після закінчення війни, так і на теперішній час. Необхідним на даному етапі (в умовах воєнного стану) є обґрунтування та розробка щонайменше трьох сценаріїв для всіх видів діяльності («базового», «песимістичного» та «оптимістичного») з урахуванням підходів до управління ризиками, що може стати запорукою вдосконалення процесу управління в охороні здоров'я на стратегічних засадах. Ураховуючи всі наявні проблеми та ризики на даному етапі розуміємо, що для розвитку закладів охорони здоров'я управлінці повинні скласти план стратегії на довгострокову перспективу особливо у випадку песимістичного сценарію. Які завдання ми маємо поставити для побудови такої стратегії? Перше – фокус на ментальному здоров'ї. Війна, безперечно, вплинула на психіку кожного українця, що підштовхнуло пацієнтів шукати психологічної допомоги, а лікарів – надавати її у різні доступні способи. На Doc.ua у перші місяці війни помітно зріс попит на послуги лікарів таких спеціальностей, як психолог, психотерапевт, психіатр, невролог. Друге – безоплатні медичні послуги та програми. Програма медичних гарантій не лише продовжує діяти під час війни, а й упроваджує нові пакети послуг. Кожного року комплекс медичних послуг за програма Запланований бюджет на ПМГ-2024 – понад 159 млрд грн. У тому числі 5,2 млн грн – на реімбурсацію лікарських засобів. Третє – міжнародна підтримка системи охорони здоров'я України. Згідно з інформацією Єврокомісії, ЄС успішно скоординував понад 1 000 медичних евакуацій українських пацієнтів через свій механізм цивільного захисту, щоб надати їм спеціалізовану медичну допомогу у лікарнях по всій Європі. Також низка європейських країн оголосила про партнерство у сфері зміцнення системи громадського здоров'я України, на що вже виділено \$ 45 млн. Четверте – цивільно-військове співробітництво. Об'єднання зусиль військової та цивільної охорони здоров'я в єдиний медичний простір дає хороші результати. За офіційними даними, майже 80 % поранених отримують належну медичну допомогу впродовж так званої золоті години, що дає змогу не лише врятувати життя, а й зберегти здоров'я та працездатність. Понад 75 % поранених і хворих військових після лікування повертаються до лав ЗСУ.

Щоб упоратися з викликами воєнного часу, заклади створили центри і відділення різного профілю. Так наприклад, у Національному інституті серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова успішно працює відділення воєнної хірургії серця та магістральних судин. Хороших результатів досягають у відділенні шоку, травми і військово-польової хірургії Інституту загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева. У Києві

Інститут травматології та ортопедії створив відділення важкої полі-структурної травми, а харківський Інститут патології хребта та суглобів ім. М.І. Ситенка лікує поранених у відділенні бойової травми. Перелік можна продовжувати, бо кожен інститут долучився до цієї важливої справи. Цивільні клініки приймають і поранених бійців, яким потрібна високо-спеціалізована допомога, і цивільних. Особлива увага й підтримка тим, хто переніс жахіття окупації, постраждав від обстрілів. Інститут Амосова організує майстер-класи для колег з обласних лікарень, консультує, допомагає відкривати кардіохірургічні центри у великих та малих містах, щоб медична допомога була доступною. Високоспеціалізовану кардіохірургічну допомогу надають на базах лікарень у багатьох містах, зокрема Івано-Франківську, Рівному, Полтаві, Вінниці, Одесі, Тернополі, Дрогобичі, Павлограді та інших. За останніми даними, вже прооперовано понад 620 хворих – місцевих жителів і внутрішньо переміщених переселенців з інших областей.

Підсумовуючи, ми можемо констатувати, що задля забезпечення стратегічного планування в системі охорони здоров'я на сучасному етапі в умовах воєнного часу, слід ставити за мету інтеграцію до міжнародного середовища національної системи охорони здоров'я, яка буде передбачати комплексний підхід до проблеми пацієнта, де в центрі буде розміщена не медична послуга як продукт, а саме людина з її проблемами. Планування стратегії та реалізація її моделі означатиме, що громада інвестуватиме в найцінніше – людський капітал[5]. Також важливим у побудові стратегії є цивільно-воєнна взаємодія, реалізація розвитку захисту пацієнтів та медичного персоналу особливо на стаціонарному лікуванні, враховуючи нестабільну ситуацію у деяких районах і областях, що великою мірою залежить від планування і виконання стратегії керівниками закладів охорони здоров'я за песимістичним сценарієм.

Література:

1. Загальна сума прямих збитків, завдана інфраструктурі України через війну, зросла до майже \$138 млрд. URL: <https://kse.ua/ua/about-the-school/news/zagalna-suma-pryamih-zbitkiv-zavdana-infrastrukturi-ukrayini-cherez-viynu-zroslo-do-mayzhe-138-mlrd/>
2. Звіт про внутрішнє переміщення в Україні. Опитування загального населення раунд 8, 17–23 серпня 2022 року. URL: <https://dtm.iom.int/reports/zvit-pro-vnutrishne-peremischennya-v-ukraini-opituvannya-zagalnogo-naselennya-raund-8-17-23?close=true>
3. Про затвердження адміністративно-територіальних зон відповідальності закладів охорони здоров'я Збройних Сил України за організацію медичного забезпечення: Наказ Міністерства оборони України

від 16.11.2016 року № 608. URL: https://www.mil.gov.ua/content/mou_orders/mou_389.pdf

4. Про внесення змін до наказу Міністерства оборони України від 16.11.2016 року № 608 «Про затвердження адміністративно-територіальних зон відповідальності закладів охорони здоров'я Збройних Сил України за організацію медичного забезпечення : Наказ Міністерства оборони України від 18.07.2019 року № 389. URL:

5. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%B3%D1%96%D1%8F/UKR%20Health%20Strategy%20Feb%2024.2022.pdf>

6. Сафонов Ю. М., Борщ В. І. Стратегічний менеджмент закладів охорони здоров'я: загальні принципи та особливості застосування в галузі охорони здоров'я України. *Актуальні проблеми економіки*. 2019. № 8(218). С. 62–69.

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-406-4-6>

ПЕРЕВАГИ ІНВЕСТУВАННЯ В ЛЮДСЬКИЙ КАПІТАЛ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

Данилко Михайло Валерійович

*здобувач третього (освітньо-наукового) рівня вищої освіти
Заклад вищої освіти "Міжнародний науково-технічний університет
імені академіка Юрія Бугая"
м. Київ, Україна*

Людський капітал в охороні здоров'я є ключовим елементом надання медичної допомоги, а отже інвестиції є основним інструментом його нарощування. Інвестиції в людський капітал вирізняються тим, що це витрати на навчання та освіти, підготовку і розвиток, зміцнення здоров'я, що мають на меті отримання доходу, що перевищує витрати, що виражені у грошовій та/або речовій формі та у формі часу. Окрім доходу носій людського капіталу після інвестування в нього отримує і інші нематеріальні вигоди, такі як підвищення соціального статусу, кар'єрне зростання, професійне визнання тощо. Стратегічні інвестиції в людський капітал можуть принести незрівнянну віддачу в галузі. Ключовими напрямками інвестування є: навчання та освіта; стратегічний найм; програмне забезпечення; аналітичні програмні інструменти; система

мотивації та стимулювання. Ці напрямки інвестування мають стати інвестиційним ядром стратегії розвитку людського капіталу в охороні здоров'я на довготривалій основі.

Інвестування у людський капітал має величезні переваги для медичних установ. Першою перевагою є поліпшення показників утримання працівників. Згідно зі статистичними даними, плинність медичних кадрів в Україні станом на грудень 2023 року становить 23 %. Крім того, витрати на оборот часто досягають 20 % від базової зарплати особи, яка звільняється. Не дивно, що покращення показників утримання працівників має стати головним пріоритетом для фахівців з управління охороною здоров'я. Інвестиції в людський капітал можуть допомогти досягти цього. Зрештою, згідно з дослідженням Товариства управління людськими ресурсами (Society for Human Resource Management), понад 40 % працівників вважають, що прагнення їхньої організації до розвитку співробітників є важливим для отримання задоволення від роботи [3].

Іншою важливою перевагою, що отримує галузь від інвестування у людський капітал – це підвищена віддача від усіх витрат, пов'язаних із працівниками. Важливою перевагою збільшення людського капіталу є те, що ці витрати згодом принесуть ще більші винагороди.

По-третє, це дозволяє у перспективі зробити точну систему відстеження даних про робочу силу. Інвестиції у людський капітал змушують медичні установи стати кращим розпорядником даних щодо управління людським капіталом. Зрештою, ці дані допоможуть медичній установі визначити ідеальні сфери для інвестування.

Іншою перевагою є те, що медична установа покращує свою систему найму персоналу. Набагато легше знайти нових співробітників, якщо організація визнана у галузі та на ринку як така, що серйозно ставиться до розвитку співробітників.

По-п'яте, інвестування у людський капітал дозволяє сформувати потужний резерв кадрів. Інвестиції в людський капітал важливі, оскільки вони допомагають медичній установі виявляти працівників, здатних забезпечувати ще більшу цінність на інших посадах. Складно зрозуміти потенціал співробітників, коли вони зосереджені виключно на виконанні своїх посадових обов'язків. Проте припустимо, в медичній установі відбувається навчання з ефективною комунікацією між лікарем та пацієнтами. Якщо один із співробітників демонструє природну здатність до комунікації, залучення його/її до соціальних проєктів, які значною мірою залежать від нього, може бути доцільним. Можливо, керівники не мали можливості визначити навички цього працівника без інвестицій у навчання.

Перевагою має стати поліпшення системи комунікацій в медичній установі. Інвестиції в людський капітал заохочують співробітників

працювати разом і визначати вдосконалення, які принесуть їм безпосередню користь. Ці інвестиції часто спонукають до формування нових комунікацій між підлеглими та керівництвом, дозволяючи людському капіталу вільніше рухатися всередині організації. Це особливо важливо у медичній установі, враховуючи, що робота кожного лікаря зазвичай або спирається на роботу іншого, або служить основою для неї. Це дозволяє сформувати сприятливий психологічний клімат і більш позитивне робоче середовище. Коли працівники матимуть шляхи розвитку, вони почуватимуться набагато краще, приходячи на роботу. Досвідчені фахівці з управління визнають це ключовою перевагою інвестицій у людський капітал. Це сприяє розвитку інших переваг [1; 2].

Підсумовуючи переваги від інвестування у людський капітал, слід акцентувати увагу на те, що стратегічні інвестиції в людський капітал дозволяють медичній установі сформувати конкретні знання та навички, формуючи із робочої сили команду, яка потрібна для забезпечення медичної, соціальної та економічної ефективності.

Література:

1. Борщ В. І. Управління закладами охорони здоров'я. Херсон : Олді-Плюс, 2020. 391 с.

2. Human capital investment. An International Comparison. Centre for educational research and innovation. URL: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264162891-en.pdf?expires=1708065741&id=id&accname=guest&checksum=4A437D95B6D2BF2BCDBEC285D1430CAF>

3. Kes Thygesen (2016). 4 Easy Steps to Create a Talent Mobility Program for Your Team. Entrepreneur. URL: <https://www.entrepreneur.com/leadership/4-easy-steps-to-create-a-talent-mobility-program-for-your/278644>

МЕДИЧНІ ІННОВАЦІЇ ТА ПРАВО ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ УКРАЇНСЬКИХ ЗВО

Дружкова Ірина Сергіївна

кандидат історичних наук, доцент,

доцент кафедри теорії держави і права

Одеський державний університет внутрішніх справ

м. Одеса, Україна

Стан медичних інновацій в Україні демонструє значні досягнення та позитивні тенденції, попри складні умови, зокрема війну та економічні виклики.

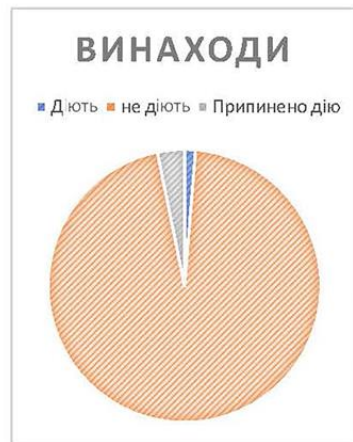
Українські університети та науково-дослідні інститути відіграють ключову роль у розвитку медичних інновацій. Багато медичних закладів вищої освіти активно залучаються до дослідницьких проєктів, які сприяють розвитку нових медичних технологій. Це включає як фундаментальні дослідження, так і прикладні проєкти в галузі біомедичних технологій та фармацевтики [3].

В базі Спеціальної інформаційної системи УКРНОІВІ можна дізнатися про значну частину об'єктів інтелектуальної власності. Об'єкти досліджувались за власником – медичними закладами вищої освіти. Зважаючи на надані СІС УКРНОІВІ дані, можна детально дослідити стан медичних інновацій та правами інтелектуальної власності в українських закладах вищої освіти (ЗВО) на 23 травня 2024 року.

Загалом було зареєстровано 14837 винаходів [4], власниками яких є медичні університети, заклади вищої освіти, де надаються освітні послуги не тільки і не стільки в галузі освіти «охорона здоров'я» (222, 223, 224, 225 спеціальності). Інформацію можна запропонувати круговими діаграмами.

Загалом було зареєстровано 3648 винаходів. З них 49 (1,5%) вважаються діючими. Це означає, що вони мають чинні патенти та можуть бути використані.

3484 (95,5%) винаходи не мають чинного статусу (не діють), що може



бути пов'язано з відмовою в наданні патенту або закінченням строку патенту.

Щодо 115 (3,2) винаходів припинено дію, що може бути пов'язано зі скасуванням патенту чи іншими юридичними причинами.



Діаграма кругова для корисних моделей

У базі зареєстровано 11175 корисних моделей.

З них лише 51(0,5%) вважаються діючими, тобто мають чинні патенти.

10254 (91,8%) корисних моделей наразі не діють.

Припинено дію 870 (7,8%) корисних моделей.

В базах УКРНОІВІ зареєстровано 13 торговельних марок, які належать медичним університетам.

Із них 10 (76,9%) вважаються зберігають чинність та можуть бути використані для захисту товарних знаків.

3 (23,1%) торговельні марки не діють. Єдиний промисловий зразок, зареєстрований у базі, не чинний (не діє) [4].



Діаграма кругова для торговельних марок

У базі СІС УКРНОІВІ поки немає даних з реєстрації об'єктів авторського права, яких стає все більше, однак кількість все одно обмежена.

Ці дані свідчать про активність українських ЗВО у сфері медичних інновацій та захисту прав інтелектуальної власності через реєстрацію винаходів, корисних моделей, торговельних марок та промислових зразків. Однак значна кількість зареєстрованих об'єктів не має чинності, що може свідчити про потребу удосконалення стратегій управління інтелектуальною власністю в українських ЗВО.

На основі наданих даних можна зробити кілька висновків. А саме значна кількість зареєстрованих винаходів, корисних моделей та торговельних марок свідчить про активність українських закладів вищої освіти в розробці медичних технологій та продуктів. Велика кількість об'єктів інтелектуальної власності, які не мають чинності або їх дію припинено, вказує на можливі проблеми з отриманням патентів або з їхнім подальшим управлінням та захистом.

Існує потреба удосконалення стратегій управління інтелектуальною власністю. Щоб забезпечити більш ефективний захист і комерціалізацію медичних інновацій, українським ЗВО може знадобитися вдосконалення стратегій управління інтелектуальною власністю, включаючи процес отримання патентів, ведення портфеля інтелектуальної власності та захист від порушень.

Незважаючи на можливі проблеми, наявність активної діяльності у сфері медичних інновацій та захисту інтелектуальної власності свідчить про потенціал для подальшого розвитку та зростання в цій області. Запровадження кращих практик та підтримка з боку уряду та бізнесу можуть сприяти цьому розвитку.

Щоб вийти з цієї ситуації та підвищити ефективність управління інтелектуальною власністю в українських закладах вищої освіти, можна запропонувати покращення освіти та навчання у сфері інтелектуальної власності. Заклади вищої освіти можуть розробити та впровадити програми з навчання студентів та дослідників процесам отримання, управління та захисту інтелектуальної власності.

ЗВО можуть створити спеціалізовані відділи або комітети з управління інтелектуальною власністю, які будуть відповідати за процеси патентування, управління портфелем і захист прав. Заклади можуть укладати партнерські угоди з агентствами, які спеціалізуються на інтелектуальній власності, для отримання консультацій та підтримки у процесах патентування та захисту прав.

Бажано було б провести аудит своєї інтелектуальної власності, щоб виявити слабкі місця та можливості для оптимізації управління [1].

Заклади мають більш активно просувати у своїх співробітників та студентів культуру захисту інтелектуальної власності, включаючи свідоме ставлення до авторських прав, патентів та торговельних марок [2].

Крім того, під час війни та подальшого відновлення України, важливим моментом має стати позиція уряду. Уряд має надавати підтримку закладам вищої освіти для розвитку інноваційних проєктів та технологій, що сприяє збільшенню кількості та якості зареєстрованих об'єктів інтелектуальної власності. Притому медичні ЗВО мають стати серед перших на таку допомогу уряду, тому що галузь охорони здоров'я стає вагомим під час і після війни.

Застосування цих шляхів може допомогти українським закладам вищої освіти вдосконалити управління інтелектуальною власністю, збільшити кількість діючих патентів та зміцнити їхню позицію в галузі медичних інновацій.

Література:

1. Leo C. G., Tumolo M. R., Sabina S., Colella R., Recchia V., Ponzini G., Mincaroni P. Health Technology Assessment for In Silico Medicine: Social, Ethical and Legal Aspects. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022, Feb. URL:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8835251/>

2. Omelchenko O. Intellectual property rights in the context of biology, medicine and pharmacy: a look into the future. *Theory and Practice of Intellectual Property*, 2023, 3, pp. 109-117.

3. Straus J. Intellectual Property Rights: Ethical Aspects. In *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences: Second Edition*. Elsevier Inc. 2015 pp. 262-265).

4. Спеціальна інформаційна система УКРНОІВІ. Простий пошук. URL: <http://surl.li/txipz> (Дата звернення 23.05.2024)

АВТОНОМІЗАЦІЇ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Клочкова Марина Володимирівна

магістрантка першого року навчання

ОПП «Управління охороною здоров'я та фармацевтичним бізнесом»

Одеський національний медичний університет

м. Одеса, Україна

В Україні комплексне реформування національної системи охорони здоров'я розпочалося у 2015 році, після запровадження «цільового фінансування з державного бюджету у вигляді медичної субвенції» [1]. Саме бачення концепції реформування галузі було описано у Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я [2], а Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [3] був прийнятий 19.10.2017 року, і того ж року засновано Національну Службу Здоров'я України (НСЗУ) як єдиного державного закупівельника медичних послуг.

За роки існування НСЗУ сфера охорони здоров'я України зазнала неймовірних трансформацій. У центрі кардинально нової системи став пацієнт, а НСЗУ втілила головний принцип реформи – «гроші ходять за пацієнтом».

У межах реформи відбулося перетворення закладів охорони здоров'я із бюджетних установ на комунальні некомерційні підприємства, а керівники таких закладів отримали широкі повноваження розпоряджатися як фінансовими активами, так і кадровим потенціалом, визначати внутрішню структуру закладу, його внутрішню та зовнішню політику (автономізація).

Разом із автономізацією заклади у своє розпорядження отримали значні фінансові кошти для надання медичної допомоги населенню на усіх рівнях, в межах заключених контрактів між цими закладами та НСЗУ. При цьому нагляд за дотриманням умов контракту, за якими реалізується політика у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення, залишила за собою НСЗУ.

Перевірка закладів-надавачів медичних послуг здійснюється у відповідності до наступних юридичних документів:

1. Постанова КМУ «Про затвердження Порядку проведення перевірки достовірності інформації та документів, що внесені до електронної системи охорони здоров'я (крім інформації про стан здоров'я людини), на

підставі яких здійснюється оплата надання медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій, та інформаційної взаємодії під час такої перевірки» від 19.07.2022 № 807 (із змінами, внесеними згідно з Постановами КМУ № 641 від 24.06.2023, № 1044 від 03.10.2023) [4].

2. Договір між закладами охорони здоров'я та НСЗУ, за яким цей заклад працює і отримує фінансування (представники НСЗУ можуть здійснити перевірку до будь-якого законтракованого медичного закладу у будь-який момент).

Можливими шляхами удосконалення державного управління процесом автономізації медичних закладів можуть стати:

- удосконалення комунікацій між макро- та мікро- рівнями (забезпечення на стратегічному рівні більш швидкого розуміння цілей та перспектив розвитку медичних закладів, дуже важливий зворотний зв'язок від медичних закладів до НСЗУ);

- чітке визначення усіх стейкхолдерів та окреслення їх функції на кожному з етапів автономізації;

- удосконалення та поглиблення роботи із приватним сектором (більше ресурсне забезпечення медичних закладів);

- пошук додаткових джерел фінансування (особливо актуально в умовах затяжної війни);

- удосконалення та урегулювання нормативних документів щодо створення і впровадження медико-технологічних стандартів медичної допомоги [5].

Відтак, НСЗУ, створивши умови для рівної конкуренції, спонукає медичні заклади розвиватися, ставати кращими як у якості надаваної допомоги, так і покращувати умови, в яких надається ця допомога, оскільки тепер пацієнт має можливість обрати, в якому медичному закладі отримувати ту чи іншу послугу. А пошук оптимальних шляхів і механізмів удосконалення системи управління медичними закладами надасть можливість забезпечити їх сталий розвиток.

Література:

1. Лехан В. М., Крячкова Л. В., Заярський М. І. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. Україна. Здоров'я нації. 2018. № 4(52). С. 5–11. URL: <https://repo.dma.dp.ua/4969/1/%D0%9B%D0%B5%D1%85%D0%B0%D0%BD.pdf>

2. Звіти НСЗУ. *Національна служба здоров'я України* : офіційний веб-сайт. URL: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/zviti>

3. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>

4. Про затвердження Порядку проведення перевірки достовірності інформації та документів, що внесені до електронної системи охорони здоров'я (крім інформації про стан здоров'я людини), на підставі яких здійснюється оплата надання медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій, та інформаційної взаємодії під час такої перевірки : Постанова КМУ від 19.06.2022 р. № 807. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/807-2022-%D0%BF#Text>

5. Борщ В. І. Сучасні тенденції розвитку системи охорони здоров'я в Україні: порівняльний аналіз. Економічний вісник Запорізької державної інженерної академії. 2018. Вип. 6. С. 215–221. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/evzdia_2018_6_43

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-406-4-9>

ПРОСУВАННЯ НОВИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ЯК СКЛАДОВА МАРКЕТИНГОВОЇ СТРАТЕГІЇ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ

Князькова Валентина Яківна

*кандидат економічних наук, доцент,
доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Бондаренко Віта Геннадіївна

*магістрантка за спеціальністю 073 – Менеджмент
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Останні законодавчі зміни в Україні торкнулися практично всіх сфер економіки, включаючи й медичну галузь. Медична реформа породила нову індустрію, яка лише зароджується та стрімко розвивається. Медичні клініки, приватні медичні кабінети, салони краси та СПА-салони, які також надають медичні послуги, з'являються все частіше, реагуючи на зміну попиту та покращення підходів до надання медичних послуг у нових умовах реформування системи охорони здоров'я.

Медицина давно вже перетворилась в бізнесову структуру, яка функціонує за законами ринкової економіки [1] та має їм підпорядковуватися. Будь-яка бізнес-структура має на меті отримання прибутку, який надає їй можливість подальшого розвитку. Але ж отримання

високоєфективних результатів у медичному закладі неможливе без ефективного управління, стратегічного планування розвитку, оперативного та якісного прийняття рішень у фінансовій та операційній сферах [2]. Крім того, вдала маркетингова стратегія та використання ефективних інструментів для просування бренду клініки і медичних послуг є також важливими факторами успіху. Такий комплексний підхід дозволяє досягти успішних результатів у сучасному конкурентному середовищі медичної індустрії.

Медичний маркетинг – це окрема галузь маркетингу, що спеціалізується на просуванні медичних послуг і клінік. Він відрізняється від загального маркетингу та потребує спеціальних знань та навичок.

Маркетингова стратегія медичного закладу передбачає планування з точки зору стратегічних аспектів, створення концепції і ключових меседжів, вибір оптимальних маркетингових каналів та розробку інформаційних матеріалів з метою максимального залучення уваги клієнтів, збільшення обізнаності про продукт або послугу, зміцнення репутації та досягнення конкретних цілей у сфері медичного бізнесу.

Від правильного визначення методів просування медичного закладу залежить його рейтинг та місце на ринку медичних послуг. Важливим елементом просування, який дозволяє представити клініку онлайн і забезпечити доступ до інформації про послуги, лікарів і контактну інформацію, є створення веб-сайту клініки. Не менш ефективним способом забезпечення доступності клініки для потенційних пацієнтів через онлайн-карти та навігатори є додавання медичного закладу до карт. Реєстрація акаунтів клініки в соціальних мережах дозволить клініці збудувати спільноту, спілкуватися з клієнтами та показувати експертність у медичній сфері. Засобом залучення уваги нових клієнтів через публікації про лікарів та послуги клініки є розміщення реклами та нативних статей у журналах. Реклама на вивісках, консолях та банерах може привернути увагу місцевих мешканців та потенційних клієнтів, особливо якщо клініка розташована у видимому місці. Комбінування цих методів дозволить медичній клініці ефективно просуватися та залучати нових клієнтів [3].

Просування медичного закладу – дуже складний процес, який обумовлений не лише високою конкуренцією, а також об'єктивною складністю процесу його розкрутки. Специфіка полягає в самій медичній спрямованості, оскільки не завжди можна застосовувати такі ж методи та інструменти, що використовуються для реклами звичайних комерційних сайтів. Проте, перш ніж розглядати деталі маркетингових стратегій, важливо враховувати тонкощі законодавчого регулювання в цій галузі [4], які представляють собою низку обмежень реклами медичних послуг в Україні.

Перше, найсуттєвіше обмеження, полягає у недопуску реклами лікарських засобів, що входять до переліку заборонених до використання в Україні; ліків-стимуляторів; рецептурних препаратів; ліків, що не пройшли сертифікацію тощо. Такі лікарські засоби представляють собою достатньо велику групу.

Друге обмеження полягає в забороні використання рекламних матеріалів з обіцанням гарантованого ефекту від застосування певних препаратів чи методів лікування. Заборонено також оприлюднення суджень людей, що не є експертами, про доцільність застосування нового медичного продукту.

Третє, не менш важливе обмеження полягає в необхідності дотримання вимог Google, які ґрунтуються на високих стандартах безпеки та довіри користувачів. У сфері медичної реклами існують обмеження певних тематик, такі як проблеми зі здоров'ям, клінічні дослідження, рецептурні лікарські засоби, а також інші делікатні медичні питання. Це робить просування медичних послуг на Google складнішим, оскільки потрібно дотримуватися строгих правил та уникати порушень політики. В таких випадках може бути корисним використання інших каналів маркетингу та реклами, а також розвиток креативних стратегій просування, які відповідають вимогам платформи та відповідають потребам певної аудиторії.

Не менш важливим аспектом є відповідність реклами медичних послуг всім вимогам щодо рекламних повідомлень. Наприклад, якщо обіцяється певний результат або ефект від медичної процедури або продукту, але немає об'єктивних доказів, то обов'язково треба додати дисклеймер, або письмову відмову від відповідальності за можливі наслідки. Це не лише дотримання правил, але й забезпечення чесною та відповідальною інформації для споживачів медичних послуг.

Враховуючи всі тонкощі законодавства в сфері медичної реклами, заклад охорони здоров'я застосовує будь-які інструменти просування медичних послуг, спрямовані на залучення нових пацієнтів та підтримку тих, що вже є. При цьому звертається увага на різноманітні стратегії реклами медичних послуг, важливість цифрового маркетингу та необхідність міцної онлайн-присутності через SEO, соціальні мережі та контент-маркетинг. Великого значення набуває брендування та управління репутацією для успішної промоції медичного бізнесу. Також дуже актуальним сьогодні є використання штучного інтелекту у просуванні нових медичних послуг, включаючи використання чат-ботів, таких як Chat GPT, для залучення пацієнтів та покращення їх обізнаності у перевагах нового медичного продукту [5].

Цифрова реклама надає безліч вигід та переваг над іншими методами просування медичних послуг. Вона може допомогти медичним закладам

привернути увагу більшої аудиторії, яка активно шукає інформацію про способи покращення здоров'я в Інтернеті, та виділитися на тлі конкурентів у насиченому ринковому середовищі. Завдяки привабливому та переконливому контенту, а також цінним пропозиціям, можна стимулювати пацієнтів до різних дій, таких як заповнення попередніх форм, запис на прийом, запит на консультацію та інше. Це допомагає збільшити кількість конверсій та прибутку для медичної практики.

Крім того, цифрова реклама сприяє підвищенню лояльності та утриманню клієнтів [6]. Використання маркетингу по електронній пошті, маркетингу в соціальних мережах або ремаркетингу дозволяє підтримувати та зміцнювати взаємовідносини з пацієнтами. Не можна переоцінити також значення медичного контент-маркетингу, застосування ChatGPT та інших сервісів копірайтингу, контекстної реклами у пошуковій системі, дія яких спрямована на просування клініки, медичних послуг та залучення нових пацієнтів.

Отже, найбільш ефективними стратегіями для просування медичних послуг та приваблення нових пацієнтів є цифрова реклама, контент-маркетинг у сфері охорони здоров'я, маркетинг у соціальних мережах та PPC. Комбінуючи ці методи, медичні клініки можуть побудувати сильний онлайн-профіль та збільшити обсяги медичних послуг, що забезпечить стійке зростання та збільшити кількість обслуговуваних пацієнтів.

Ефективність медичного бізнесу залежить від надання високоякісної допомоги та встановлення довіри пацієнтів. Застосовуючи ці маркетингові стратегії, медичні заклади можуть залучати нових пацієнтів та формувати довіру до себе, що сприяє довгостроковому успіху.

Література:

1. Князькова В. Я., Криленко В. І., Рудінська О. В. Особливості оподаткування бізнесу в Україні в умовах воєнного часу. *XI Міжнародна науково-практична конференція «Modern research in world science»*. м. Львів, Україна. 29–31.01.2023. С. 1273–1278. URL: <https://sci-conf.com.ua/wp-content/uploads/2023/02/MODERN-RESEARCH-IN-WORLD-SCIENCE-29-31.01.23.pdf> (дата звернення: 22.04.2024)

2. Kniazkova V., Huz D., Rudinska O. Організація процесу податкового менеджменту в закладах охорони здоров'я в Україні. *Mechanism of an Economic Regulation/* 2023. 2(100), 29–35. DOI: <https://doi.org/10.32782/mer.2023.100.05> URL: <http://mer-journal.sumy.ua/index.php/journal/article/view/149/136> (дата звернення: 23.04.2024)

3. Рудінська О. В., Барон Р. Д., Сахарова С. О., Яков С. М. Стратегічний аналіз бізнес-моделей інноваційного розвитку. *Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління*. 2021. № 2(48).

С. 145–156. URL: <http://rinek.onu.edu.ua/article/view/243686/242543> (дата звернення: 03.05.2024).

4. Закон України «Про лікарські засоби» від 28 липня 2022 р. № 2469. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2469-20#top> (дата звернення: 07.05.2024).

5. Реклама медичних послуг: стратегії залучення пацієнтів. СХ. INOVA. URL: <https://www.inova.cx/advertising-of-medical-services-strategies-for-attracting-patients/> (дата звернення: 06.05.2024).

6. Селезньова О. О., Рудінська О. В., Кусик Н. Л. Вплив візуального мерчандайзингу на формування лояльності клієнтів. *Маркетинг і цифрові технології*. 2020. № 3. Том 4. С. 44–54. URL: <https://mdt-opu.com.ua/index.php/mdt/article/view/109> (дата звернення: 07.05.2024)

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-406-4-10>

MARKETING IN THE FIELD OF HEALTHCARE IN UKRAINE: KEY ASPECTS AND CHALLENGES

Nemchenko Hanna Valeriivna

Candidate of Economic Sciences,

Associate Professor at the Management of Healthcare Chair;

Digital Expert

Odesa National Medical University

Odesa, Ukraine

Dymar Sergii Eduardovych

Doctor

Limited liability company “Medical Center “MEDICAP”;

Master’s Degree

Odesa National Medical University

Odesa, Ukraine

In the modern world, marketing plays an important role in the development of medical services and products. In Ukraine, where the health care sector is going through a period of reforms, marketing is becoming especially relevant. This process includes not only the promotion of services, but also the in-depth analysis of patient needs, the development of strategies to meet these needs, as well as the management of the quality of services.

The main components of marketing in health care:

- Market research: collection and analysis of data on consumer needs.
- Strategic planning: defining goals and developing action plans.
- Pricing: development of a flexible pricing policy that takes into account the capabilities of patients.
- Communication and promotion: informing patients about services and their benefits.
- Customer relationship management: maintaining constant communication with patients.

Challenges of marketing in the field of health care in Ukraine:

- Reforming the health care system: the need to adapt marketing strategies to new conditions.
- Competition: growing number of private clinics and medical centers.
- Social responsibility: ensuring the availability of medical services for all segments of the population.
- Technological progress: implementation of the latest technologies in medical practice and marketing.

Marketing in the field of health care in Ukraine should be aimed at improving the quality of medical care, ensuring the availability of services for all categories of the population, and introducing innovative approaches to treatment and patient care. This requires a comprehensive approach and a deep understanding of the specifics of the medical market of Ukraine [1, 2].

A company's marketing strategy can be significantly different in times of war or martial law compared to peacetime. In the difficult conditions of martial law, companies may have to partially or completely change their marketing strategy in order to adapt to new realities and ensure survival. Here are some factors to consider when developing a wartime marketing strategy:

Benefit and contribution to victory. In the conditions of war, it is better for enterprises to prove the benefits of their own activities for society, even when there is no direct connection between the activities and the benefits. Supporting military units or war victims, participating in socially significant initiatives and projects, etc. can help create the necessary consumer perception of a business and product during wartime.

Emotional context. Martial law causes stress and anxiety among the population. It's important to consider this context in your marketing strategy and create messages that inspire calm, hope and support. Communications should be aimed at supporting and uniting the community.

Cooperation and social responsibility. Martial law may require more cooperation with other businesses, authorities, and public organizations. A business can use its resources and expertise to help solve problems and promote recovery.

Security and protection. Marketing strategy and marketing activities should not put employees and customers at risk. Promotional messages and communications should emphasize the security measures the business is taking, as well as opportunities for safe interactions with the brand.

Changing the target audience. Martial law conditions can significantly change customer needs and behavior. The enterprise must adapt to new conditions, review its target audience and respond to their needs and priorities.

Marketing communications. Martial law conditions can significantly change the media landscape and communication channels. The company should review its marketing communications, involve new communication channels and adapt messages to the current situation.

Flexibility and innovation. Martial law conditions may require rapid changes and response to new circumstances. A business must be flexible, adapt quickly and seek new opportunities and innovations to survive and move forward.

It is important to consider that the impact of martial law on business can be very complex and different for different companies. The development of a marketing strategy should be based on a careful analysis of the specific conditions and context in which the enterprise operates. Special attention must be paid to wartime marketing communications to avoid public outrage when a company knowingly or unknowingly uses war and its symbols for its purely commercial interests.

Therefore, wartime marketing communications must be careful, sensitive, and contextual. Here are some principles to consider when developing marketing communications in such conditions:

Avoidance of exploitation. Marketing communications should not use war or war symbols for their own advertising or propaganda. They must be ethical, avoid exploiting human suffering for commercial purposes.

Safety and reliability. Messages and communications should emphasize the reliability of the products or services provided and emphasize the measures taken to protect customers. Consumer trust will help maintain customer relationships.

Sympathy and support. In marketing communications, it is important to express sympathy and support for people affected by war. It is necessary to consider the possibility of cooperation with humanitarian organizations or to get involved in charitable projects that provide assistance.

Information transparency. In times of war, people are looking for reliable and up-to-date information. The business can act as a reliable source of information that provides clear and useful advice, updates and recommendations related to the situation.

Helping the community. Marketing communications can be aimed at strengthening community and solidarity. Creating a positive mood, spreading optimism and a sense of unity can be important factors in a marketing strategy.

Adaptation to change. The conditions of war can change rapidly, so marketing communications must be flexible and ready for change. The business must be ready to adapt its messages and strategies to meet the new realities.

By emphasizing security, compassion, transparency, and shared interests, a company can maintain a positive image and show its responsibility in the face of war [3].

So to sum up – we should adapt our marketing strategy in conditions of nowadays to make our performance good.

Bibliography:

1. Kniazkova, V., Huz, D., & Rudinska, O. Organization of the tax management process in health care institutions in Ukraine. *Mechanism of an Economic Regulation*. 2023. (2(100), 29–35. <https://doi.org/10.32782/mer.2023.100.05>

2. Demianchuk, Maryna; Rudinska, Olena; Kniazkova, Valentyna. Motivation of insurers' staff in the health insurance sector in the turbulent times. *Ekonomichnyy analiz*, [S. 1.], v. 33, n. 4, p. 129–142. dec. 2023. ISSN 2219-4649. URL: <https://www.econa.org.ua/index.php/econa/article/view/5879> Date accessed: 16 may 2024.

3. Маркетингова стратегія під час війни та воєнного стану. URL: <https://dinanta.com/blog/marketing-during-war>

ОРГАНІЗАЦІЙНО-УПРАВЛІНСЬКІ МЕХАНІЗМИ УПРАВЛІННЯ РИЗИКАМИ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Орабіна Тетяна Миколаївна

директор

*Департамент медичних послуг Міністерства охорони здоров'я
України;*

*асистент кафедри менеджменту охорони здоров'я
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна*

Марічерда Валерія Геннадіївна

доктор медичних наук, професор,

перший проректор

*Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Основними завданнями медико-профілактичної допомоги є порятунок і продовження життя людини, зменшення або усунення об'єктивних проявів захворювань, скорочення періоду загострення, продовження ремісії, зменшення страждань, що пов'язані із хворобою, підвищення якості життя пацієнтів тощо. Задля реалізації вище зазначених завдань у системі охорони здоров'я реалізується комплекс профілактичних, діагностичних, лікувальних та медико-реабілітаційних заходів, кінцевою метою яких є досягнення певного клінічного ефекту. Ця сторона лікувально-діагностичного процесу на амбулаторно-поліклінічному та стаціонарному етапах його організації може бути оцінена зокрема часткою хворих з позитивним результатом і часткою пацієнтів, задоволених наданою медичною допомогою. Проте в охороні здоров'я існують численні медичні, організаційні, управлінські, психоемоційні (психогенні), економічні та інші ризики, які можуть призвести до негативних наслідків операційних, анестезіологічних, лікувально-діагностичних, рододопоміжних утручань у вигляді ускладнень різного ступеня тяжкості і зрештою – до невідповідності лікувально-діагностичного процесу очікуванням пацієнта і його потребам. Відтак, на сучасному етапі розвитку національної системи охорони здоров'я актуалізується удосконалення саме системи управління ризиками медико-профілактичної допомоги, що має включати клінічні та адміністративні системи, процеси та звітність, які використовуються для виявлення,

моніторингу, оцінки, пом'якшення та запобіганням вище зазначеним ризикам. Запровадження системи управління ризиками в медичних установах дозволяє здійснити проактивний систематичний захист безпеки пацієнтів і медичного персоналу, а також забезпечити якість медичних послуг, а отже і імідж цих установ.

Ми розглядаємо управління ризиками в системі охорони здоров'я як багатоступеневий процес, який має на меті підвищення безпеки медичної допомоги через зменшення і компенсацію збитків для фізичного та психічного здоров'я пацієнтів при настанні несприятливих подій, таких як медичні помилки, ускладнення медико-профілактичної допомоги тощо. Важливо зауважити, що мінімізація збитків і зниження ризику настання події розглядаються нами як різні механізми, оскільки, наприклад, страхування життя та здоров'я, як інструмент управління ризиками, забезпечує компенсацію збитків при настанні події, але не знижує ймовірність настання ризику.

У світовій практиці серед основних інструментів управління ризиками в системі охорони здоров'я, що спрямовані саме на зниження ризику настання події, найбільш часто використовуються стандарти якості медичної допомоги, клінічні протоколи, моделі кінцевих результатів надання медичної допомоги, організація діяльності медичних установ у відповідності до стандартів ISO і у відповідності до стандартів Total Quality Management (TQM), що загалом має на меті підвищення рівня якості медичних послуг і медичної допомоги.

Проте це лише методи впливу на ризики. У системі ризик-менеджменту важливим кроком є саме формування стратегії управління ризиками, яка вливає на ризик та прийняття адекватного рішення задля мінімізації ймовірної шкоди у майбутньому. Першим етапом побудови стратегії є аналіз ризиків та оцінка альтернатив ймовірності їх виникнення, а також визначення їх медичного, соціального, економічного та етичного допустимого рівня. Стратегія управління ризиками в системі охорони здоров'я допускає використання декількох інструментів (методів) для кожного із визначених ризиків у межах трьох основних груп: зниження ризику, збереження ризику та передача ризику. Відтак, у межах системи ризик-менеджменту медичної установи у організаторів виникає необхідність оцінки порівняльної ефективності методів впливу на ризики для вибору найоптимальнішого. Для цього ми пропонуємо будувати карту ризиків з визначенням ймовірності кожного із ризиків та оцінюванням результатів використання кожного обраного методу управління цими ризиками.

Після аналізу та оцінки ризиків і методів управління ними, стратегія управління ризиками в системі охорони здоров'я має визначати необхідні ресурси (фінансові, організаційні, людські, матеріальні) із визначенням

чітких процесів реалізації конкретних рекомендацій з реалізації механізмів управління ризиками і відповідальних осіб. Цей етап вимагає створення локальних і національних нормативних документів і протоколів, які визначають оптимальні дії у різних клінічних ситуаціях, різного рівня складності (у тому числі критичних ситуаціях).

Відтак, для підвищення безпеки медичної допомоги необхідні комплексні системні підходи, які включають широкий спектр медичних, організаційних, нормативно-правових, фінансових заходів щодо удосконалення лікувально-діагностичного процесу, забезпечення оптимальних умов управління ризиками, санітарно-епідеміологічний контроль, безпеку клінічної практики, фізичну безпеку в медичній установі.

У межах НДР ОНМедУ № держ. реєстрації 0123U102762 «Регіоналізація перинатальної допомоги в Україні: теоретико-методологічні засади оцінки матеріально-технічної, організаційної, аналітичної, методичної та навчальної спроможності та управління ризиками організації надання медичної допомоги перинатальних центрів» запланований подальше формування системи управління ризиками організації надання медичної допомоги перинатальних центрів.

ФОРМУВАННЯ АДАПТИВНОГО МЕХАНІЗМУ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМ ЗАКЛАДОМ У КРИЗОВИХ УМОВАХ

Рудінська Олена Володимирівна

*кандидат економічних наук,
завідувачка кафедри менеджменту охорони здоров'я
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Щербакова Валерія Володимирівна

*лікар-інтерн, офтальмолог відділення лазерної мікрохірургії
захворювань ока
ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії імені В. П. Філатова
Національної академії медичних наук України»
м. Одеса, Україна*

Медична реформа, як каталізатор змін, та руйнівні наслідки війни для медичної системи України – виклики, що вимагають від сучасного керівника медичного закладу та навіть кожного лікаря нових знань, вмінь, та адаптивного реагування.

Послуги, пов'язані з екстреною медичною (+12%), травматологічною (+16%), психологічною допомогою (+30%), фізичною реабілітацією (+15), програми телемедицини (+15) зросли, та навпаки відбулося скорочення обсягу медичних послуг, які пропонують лабораторні тести (-13%), скринінг раку (-24%), гінекологічні послуги (-26%), аптечні послуги (-25%) [1, 2].

Ці події можуть мати значний вплив на роботу медичних закладів, що призводить до перевантаження персоналу, нестачі ресурсів та погіршення якості медичної допомоги і, як наслідок, погіршення здоров'я нації.

Для того, щоб ефективно реагувати на кризи та мінімізувати їх негативний вплив на медичні заклади, важливо мати адаптивний механізм управління та професійного менеджменту. Механізм повинен бути гнучким та динамічним, щоб він міг швидко адаптуватися до мінливих умов. В межах дослідження ми пропонуємо адаптивний механізм антикризового управління медичним закладом за алгоритмом: принципи – інструменти та методи – практичні аспекти відповідно сучасної медичної реформи [3].

Основні принципи формування адаптивного механізму управління медичним закладом у кризових умовах ми пропонуємо структурувати в алгоритм управлінських заходів щодо антикризового управління (рис. 1)



Рис. 1. Основні принципи формування адаптивного механізму управління медичним закладом у кризових умовах

Міжнародною спільнотою напрацьовано досить ефективну систему управління та антикризових заходів світовою системою охорони здоров'я. Керівні принципи з управління кризовими ситуаціями в системі охорони здоров'я сформовано Світовою організацією охорони здоров'я. Планування та реагування на надзвичайні ситуації в системі охорони здоров'я координується Центрами з контролю та профілактики захворювань. Планування та реагування на надзвичайні ситуації в системі охорони здоров'я здійснюється Федеральними агентствами з управління надзвичайними ситуаціями. Ми вважаємо за доцільне згрупувати досліджені та напрацьовані інструменти та методи адаптивного реагування

в сфері охорони здоров'я, зокрема для кожного окремого медичного закладу до трьох основних складових, представлених у дослідженні як трикутник управлінських заходів формування адаптивного механізму управління медичним закладом у кризових умовах: Аналіз ризиків – Симуляційні навчання – Система моніторингу та оцінки (рейтингування)

Аналіз ризиків: дозволяє виявити потенційні ризики та загрози, з якими може зіткнутися медичний заклад.

Симуляційні навчання: дозволяють персоналу медичного закладу практикувати свої дії в кризових умовах.

Система моніторингу та оцінки (рейтингування): дозволяє відстежувати ефективність механізму управління медичним закладом у кризових умовах.



Рис. 2. Трикутник управлінських заходів: інструменти та методи формування адаптивного механізму управління медичним закладом у кризових умовах

Також необхідно удосконалити алгоритм формування адаптивного антикризового механізму медичного закладу, в якому перший пріоритет надано реформуванню та трансформації системи фінансування охорони здоров'я України відповідно програми медичних гарантій та ключовою функцією НСЗУ (рис. 3). Ключовими цілями та завданнями трансформації системи фінансування охорони здоров'я України є [4]:

- Збільшення обсягів фінансування: передбачається збільшення частки ВВП, що виділяється на охорону здоров'я, до європейських стандартів.

- Покращення ефективності використання коштів: Впроваджуються механізми, спрямовані на більш раціональне та прозоре використання коштів (програма медичних гарантій, роль НСЗУ).

- Забезпечення рівного доступу до якісних послуг: запроваджується система страхового медичного фінансування, яка має гарантувати всім громадянам доступ до якісних медичних послуг.

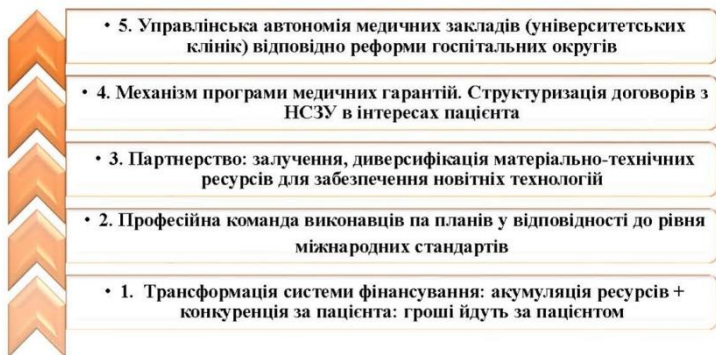


Рис. 3. Піраміда пріоритетів щодо формування адаптивного антикризового механізму трансформації системи фінансування

Система менеджменту сучасного медичного закладу, розбудована відповідно запропонованих принципів, інструментів та методів, а також пріоритетів щодо формування адаптивного антикризового механізму трансформації системи фінансування забезпечить стійкій антикризовий підхід в сучасних умовах воєнного стану та перманентних реформ.

Формування адаптивного механізму управління медичним закладом у кризових умовах є важливим завданням, яке дозволяє ефективно реагувати на непередбачувані події та мінімізувати їх негативний вплив на роботу медичного закладу. Цей механізм повинен бути гнучким та динамічним, щоб він міг швидко адаптуватися до мінливих умов.

Література:

1. МОЗ: Екстрена медична допомога стане ще доступнішою для жителів деокупованих територій завдяки засобам телемедицини. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/moz-ekstrena-medychna-dopomoha-stane-shchedostupnishoiu-dlia-zhyteliv-deokupovanykh-terytorii-zavdiaky-zasobam-telemedytyny>

2. Український центр охорони здоров'я. URL: <https://uhc.org.ua/>

3. Рудінська О. В., Попова М. Л. Впровадження інструментів антикризового менеджменту у сфері медичної діяльності. *Світ наукових досліджень* : матеріали Міжнародної мультидисциплінарної наукової інтернет-конференції. Випуск 25/ № 25. 2023. С. 286–289/

4. Demianchuk Maryna; Rudinska Olena; Kniazkova Valentyna. Motivation of insurers' staff in the health insurance sector in the turbulent times. *Ekonomichnyy analiz*, [S.l.], v. 33, n. 4, p. 129-142, dec. 2023. ISSN 2219-4649. URL: <https://www.econa.org.ua/index.php/econa/article/view/5879> (Date accessed: 22 may 2024).

**СТВОРЕННЯ КЛАСТЕРНОГО ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
СПРОМОЖНОЇ МЕРЕЖІ ГОСПІТАЛЬНОГО ОКРУГУ:
ВІД ОТРИМАННЯ СТАТУСУ ДО ЗАТВЕРДЖЕННЯ СТАТУТУ**

Себов Денис Михайлович

*директор КНП «Міська клінічна лікарня № 10» Одеської міської ради;
доктор медичних наук,
професор кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб та терапії
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Якименко Олена Олександрівна

*доктор медичних наук, професор,
Заслужений діяч науки і техніки України,
завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб та терапії
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Коротаєва Вікторія Анатоліївна

*кандидат медичних наук,
асистент кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб та терапії
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Маркіна Катерина Володимирівна

*кандидат медичних наук,
асистент кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб та терапії
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Кластер – це об'єднання суб'єктів господарської діяльності, які інтеграційно взаємодіють між собою щодо спільного використання медичних, інформаційних, інвестиційних, інноваційних, технологічних, освітніх, наукових, інтелектуальних, маркетингових та інших можливостей для забезпечення підвищення ефективності їх роботи та сприяння розвитку відповідної галузі або регіону [1, 2].

Кластерний заклад охорони здоров'я – багатопрофільний лікарняний заклад, спроможний забезпечити на території госпітального кластера

потребу населення в медичній та реабілітаційній допомозі при найбільш поширених захворюваннях і станах за напрямками стаціонарної медичної допомоги відповідно до переліку, визначеного Кабінетом Міністрів України [3].

Мета дослідження – створення передумов щодо відтворення кластерного закладу охорони здоров'я на базі багатопрофільної лікарні – комунального некомерційного підприємства «Міська клінічна лікарня №10» Одеської міської ради (далі – КНП «МКЛ №10» ОМР), враховуючи наявний потенціал закладу та існуючі вимоги щодо кластерних закладів охорони здоров'я спроможної мережі госпітального округу.

Завдання:

1. Знайти оптимальні можливості щодо забезпечення закладом мінімального (базового) переліку медичних напрямів надання медичної допомоги населення, властивого для кластерного закладу охорони здоров'я.

2. Зберегти існуючий потенціал закладу та забезпечити подальший розвиток спеціальностей, що не регламентовані базовим переліком напрямів надання медичної допомоги у кластерній лікарні, проте вже здобули розвитку у КНП «МКЛ №10» ОМР.

3. Визначити механізми та пріоритети подальшого розвитку КНП «МКЛ №10» ОМР як кластерної лікарні в рамках існуючої інфраструктурної реформи системи охорони здоров'я України.

У відповідності до Постанови КМУ від 28 лютого 2023 р. №174, в обласних центрах кількість кластерних закладів охорони здоров'я визначається з розрахунку один такий заклад на 150 тис. осіб з урахуванням територіальної доступності населення до медичного обслуговування та спроможності таких закладів забезпечити медичне обслуговування населення відповідно до мінімального (базового) переліку напрямів медичного обслуговування [4].

Відтак, за Розпорядженням голови Одеської обласної військової адміністрації від 08.09.2023 №707/А-2023 КНП «МКЛ №10» ОМР отримано статус кластерної лікарні спроможної мережі закладів охорони здоров'я Одеського госпітального округу [5, 6].

Варто зазначити, що за переліком мінімальних базових напрямів медичного обслуговування, визначеного Порядком функціонування госпітальних округів і госпітальних кластерів та встановлення їх меж [4], КНП «МКЛ №10» ОМР відповідає майже за всіма медичними спеціальностями, за винятком акушерства і гінекології (II рівень перинатальної допомоги). В цьому разі найбільш перспективним та доцільним розвитком підприємства є з'єднання закладу з одним із пологових будинків міста Одеси, що взагалі не увійшли у спроможну мережу закладів госпітального округу. Також варто зазначити, що найбільш оптимальним та доцільним

є об'єднання з КНП «Пологовий будинок №7» Одеської міської ради (далі – КНП «ГБ №7» ОМР), що знаходиться у безпосередній близькості і є оптимальним задля спроможного забезпечення потреби населення в медичній та реабілітаційній допомозі на певній території міста.

Проте, КНП «МКЛ №10» ОМР набувало розвиток як багатоспеціалізована лікарня за багатьма іншими небазовими за вимогами спеціальностями, зокрема створено потужну службу ренальної медицини (урологія, нефрологія) та єдину у одеській територіальній громаді службу амбулаторного гемодіалізу, єдиного у госпітальному окрузі опікового центру (дитяча та доросла комбустіологія), в закладі працює відокремлена проктологічна служба, відділення політравми та ін. Тому, у відповідності до чинного законодавства, мінімальний (базовий) перелік напрямів медичного обслуговування має бути розширений рішенням власника відповідно до потреб населення, що потрібно передбачити при оновленні статуту підприємства як кластерного закладу охорони здоров'я [4, 7, 8].

КНП «МКЛ №10» ОМР – заклад з традиційним духом розвитку новаторства та впровадження у медичну практику новітніх технологій. Відтак, у закладі в 70х роках ХХ сторіччя вперше в одеському регіоні впроваджено фіброгастроскопію. Заклад оснащений сучасним обладнанням (ангіограф, С-арки, ендоскопічні, артроскопічні та лапароскопічні стойки та ін.), що дозволяє впровадити високотехнологічні оперативні втручання. Сумісно з працівниками ДУ «Інститут серця МОЗ України» у 2023 році вперше у південному регіоні України у КНП «МКЛ №10» ОМР проведено дві операції з пересадки серця та створені передумови подальшого розвитку трансплантології, що за чинним законодавством потребує додаткового затвердження МОЗ [4, 9, 10].

Таким чином, інфраструктурна реформа системи охорони здоров'я України надає можливості розвитку, зокрема створення системи кластерних закладів охорони здоров'я, із забезпечення мінімальних (базових) напрямів медичного обслуговування населення на певній території, при цьому забезпечує можливість сталого функціонування вже існуючих небазових медичних служб закладів та подальшого перспективного розвитку, що має певне регулювання нормативно-правовими актами чинного законодавства.

Висновки:

1. Кластерні форми співробітництва визнані в світі найбільш ефективними засобами для розвитку і сприяють кращому використанню матеріально-технічного і кадрового потенціалу, є важливими для формування конкурентних переваг споріднених та підтримуючих галузей.

2. КНП «МКЛ №10» ОМР – багатопрофільна лікарня, яка щойно отримала статус кластерного закладу охорони здоров'я спроможної мережі

Одеського госпітального округу, набуває можливості певного розвитку за інфраструктурною реформою системи охорони здоров'я України.

3. Оптимальною моделлю створення госпітального кластеру на базі КНП «МКЛ №10» ОМР є шлях об'єднання закладу з КНП «ПБ №7» ОМР, тим самим забезпечення мінімального (базового) переліку напрямів медичного обслуговування населення, водночас з розвитком вже існуючих небазових напрямів, що потрібно передбачити при оновленні статуту підприємства як кластерного закладу охорони здоров'я за рішенням власника закладу.

4. Найближчими перспективами розвитку підприємства є впровадження високотехнологічних напрямів медичного обслуговування (трансплантологія тощо), що також потребує додаткового затвердження МОЗ України.

Література:

1. Карпенко О. О. Теоретичні аспекти кластерної політики підприємств. *Проблеми підвищення ефективності інфраструктури*. 2011. № 32. URL: <http://jml.nau.edu.ua/index.php/PPEI/article/view/382>

2. Федоренко В. Г. Кластери – системний інструмент підвищення конкурентоспроможності економіки / В. Г. Федоренко, А. Ф. Гойко, В. Б. Джабейло. *Економіка та держава*. 2007. № 9. С. 6–9.

3. Закон України. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги. м. Київ, 1 липня 2022 року № 2347-IX. *Офіційний вісник України* від 29.07.2022 – 2022 р., № 58, стор. 41, ст. 3433, код акта 112630/2022

4. Постанова Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 р. №174 «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я». *Офіційний вісник України* від 14.03.2023 – 2023 р., № 27, стор. 32, ст. 1515, код акта 117079/2023

5. Розпорядження голови Одеської обласної військової адміністрації від 08.09.2023 №707/А-2023 «Про затвердження спроможної мережі Одеського госпітального округу». https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/Спроможна%20мережа/РОЗПОРЯДЖЕННЯ/Одеська%20область_мережа%20розпорядження_ГО.pdf

6. Спроможна мережа медзакладів. URL: <https://moz.gov.ua/spromozhna-merzha>

7. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики : постанова Кабінету Міністрів України від 2 березня 2016 р. № 285. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/285-2016-%D0%BF#top>

8. Кройтор В. А. Заклади охорони здоров'я як спеціальні суб'єкти медичних правовідносин в умовах подальшого реформування системи

охорони здоров'я в Україні. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Сер. : Юриспруденція*. 2023. № 65. С. 38–42. <https://doi.org/10.32782/2307-1745.2023.65.8>

9. Коваль А. М., Кузнецова М. Ю., Піддубний О. Ю., Пушкар М. В. Заклад охорони здоров'я як суб'єкт медичних правовідносин. *Наукові записки Львівського університету бізнесу та права. Серія економічна. Серія юридична*. 2023. Вип. 37. С. 437–442.

10. Піддубна В. Ф. Правове положення закладів охорони здоров'я в Україні. *Збірник наукових праць, присвячений 20-річному ювілею кафедри цивільного права № 2*. Харків : Право, 2019. 206 с.

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-406-4-14>

ПРІОРИТЕТНІСТЬ ДОСТУПНОСТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УМОВАХ СУЧАСНОЇ РЕФОРМИ ТА ВОЄННОГО СТАНУ

Хлібородова Ірина В'ячеславівна

бухгалтер,

*магістрантка за спеціальністю 073 – Менеджмент
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Шахов Віталій Володимирович

*провідний фахівець навчально-виробничого комплексу інноваційних
технологій навчання,*

*магістрант за спеціальністю 073 – Менеджмент
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Лінькова Тетяна Василівна

бухгалтер,

*магістрантка за спеціальністю 073 – Менеджмент
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Ідеї та напрямки сучасної медицини. За сучасних умов зростає роль соціальної сфери у розвитку суспільства; при цьому охорона здоров'я та освіта є найбільш важливими галузями, що забезпечують формування трудового потенціалу держави.

Сучасна медицина розвивається дуже швидко, нові технології, комп'ютерна діагностика, використання штучного інтелекту, грамотні фахівці. Величезна перевага порівняно з 10-тма роками раніше. Пошук рішень, щоб як найшвидше надати медичну допомогу у потрібний час, та спостерігати хворого до повного його одужання, а також виховувати здорове покоління.

Загальна медична теорія в наш час формується із таких основних підходів: вчення про стрес, теорія хвороб цивілізації, екологічний підхід, психосоматика, етологічний (поведінковий) підхід, біотетика.

Проблема самолікування – загроза нації! Незважаючи на такий прогноз та його реалізацію. Наші люди все ще знаходяться в дуже вразливому стані, сумніви, не довіра і занепокоєння, що фахівці знаходяться в недосяжній відстані. Це категорія населення, які залежить від держави і не можуть дозволити собі приватні клініки, де послуги надають швидше і вартість цих послуг велика.

У соціальній філософії утвердилася точка зору, що показник «охорони здоров'я» відповідає нормі лише в рівноправному та економічно розвиненому суспільстві, де відсутні значні розриви між вищими та нижчими верствами. Аналіз показує, що здоров'я залежить від соціально-економічного статусу людей. Важливим фактором є не лише рівень доходу на одного члена сім'ї, а й психологічний стан бідності. Саме цей стан впливає на здоров'я: чим бідніша людина, тим частіше вона відчуває стреси і хворіє, тому що у неї немає коштів на дорогі та ефективні ліки та якісні медичні послуги. Смертність від серцево-судинних захворювань у бідних верствах суспільства значно вища, ніж у вищих. Також висока смертність від інших невиліковних хвороб саме серед бідних та знедолених [5].

Проблема хворого, який не може отримати необхідну медичну допомогу, через попередній запис, відпустку сімейного лікаря, що вимагає відкласти візит до лікаря на якийсь час, змушує вдаватися до – «Швидкої медичної допомоги», де вже в лікарні, він екстрено проходить діагностику, з виявленим діагнозом, приймає інтенсивну терапію. Якщо його випадок цього вимагає, але можуть бути й важчі ситуації. Використання аптек, як вирішення питання лікування себе, не звертаючись до фахівця. За допомогою телебачення, або іншого джерела, де схожі симптоми лікуються доступними препаратами, їх рекламують, показують здорових людей, після застосування, зручно і ефективно.

Це не проблема лікарів-фахівців, це проблема організації та поінформування. З'являється потреба у закладах, які можуть координувати, спостерігати та допомагати сімейним лікарям працювати з населенням, на доступному фінансовому рівні. Люди мають бути соціально підготовлені до того, що їхнє головне завдання – це бути здоровою

людиною. Це рішення – державного характеру, воно дуже просте на перший погляд, але водночас є прірва між пацієнтом та лікарем.

Майже 70% українських пацієнтів займаються самолікуванням, не звертаючись до лікарів, згідно з дослідженням проекту USAID і фонду «Пацієнти України». Лікарі висловлюють занепокоєння, оскільки більшість українців помилково вважають, що грип і застуду можна лікувати антибіотиками, і купують сильнодіючі препарати в аптеках без консультації. Насправді, антибіотики не тільки неефективні проти вірусних інфекцій, а й можуть викликати ускладнення. Щоб запобігти неправильному лікуванню, Міністерство охорони здоров'я розробило план з посилення контролю за продажем ліків [1].

Гнучкість прийняття рішень – передбачає експеримент нових моделей формування закладів під вимоги населення. Спостерігати і контролювати, здоровий стан людей необхідно, можливо, ми переходимо до іншого розвитку медицини, яка відкрита для відвідування – «нульова медицина», з первинними ознаками надання допомоги, надати психологічну підтримку, людині у якій тільки є припущення про нездужання, хвилювання і занепокоєння різного характеру.

У нашій країні війна, вона закінчиться, здорове населення необхідне для відновлення нації. Удосконалюються, створюються та будуть створюватимуться центри медичних послуг.

Уже зараз ми розуміємо цю потребу. Якими вони будуть, як вони трансформуватимуться під потреби населення? Ми можемо передбачати, прагнути до їх створення, та різноманітності. Комерційні, бюджетні, з допомогою меценатів, благодійні – здатні залучати населення до співробітництва, які навчають першої медичної допомоги – дітей, підлітків, дорослого населення. Матимуть суспільні основи (філософію, етику, естетику, антропологію), високі моральні цінності, баланс рівноваги професіоналізму та співпереживання, безкорисність та орієнтир на результат піднімуть високий рівень культури діалогів, відповідальності за здоров'я людей.

«Без простоти, доброти та розуму немає величі». Ми відповідальні за свою працю, хоч би яка вона не була. Соціум може змінювати людей, спрямовувати їх залежність від середовища перебування, може зробити нас слабкими, недовірливими, страх за своє життя, руйнує нас ізнутри. Сміливі рішення зобов'язують бути потрібними, йти назустріч невідомому та створювати нове, доступне, близьке кожній людині. Нові технології розвиваються, прагнуть бути необхідними для життя, складні для сприйняття та дорогі. Але є і те, що не вимагає великих технологічних вкладень, використовуючи досвід минулих поколінь, трансформуючи під сьогоденню ситуацію і сконцентруючись на необхідності початкового рівня діагностики, ми можемо створити комплекс нових амбулаторій, що

динамічно підлаштовуються під пацієнта, зі своїм завданням, знімає напругу і направляє в підготовленому стані пацієнта до відвідування сімейного лікаря. Неконкуруюча організація, що бере участь, призначена для співпраці, що розділяє напругу сімейного лікаря. Даючи можливість дотримання прав громадян, які страждають на рідкісні (орфанні) захворювання. Находяться на контролі Уповноваженого, постійно перебуває питання, на безоплатну медичну допомогу.

Все це має зміцнити довіру пацієнта до лікаря, дати можливість правильно ставити питання про своє здоров'я, та отримати відповідний орієнтир збереження життя. Чим ближче перебуватиме хворий до вирішення проблеми, тим стане здоровіше населення, і тоді старше покоління, яке особливо потребує підтримки свого здоров'я, зможе довше залишатися з нами. Контроль здоров'я для майбутніх мам, дасть можливість появи на світ здорових дітей, інваліди та інші категорія людей, які страждають від низки рідкісних захворювань, будуть перебувати в контролі, більш спостерігається фахівцями. Починаючи з простих доступних речей, ми отримуємо правильний напрямок для вирішення низки питань, і скорочення навантаження тим, хто перевантажений, і сам перебуває в зоні ризику.

Література:

1. Центр громадського моніторингу та контролю. URL: <https://naglyad.info@gmail.com> (дата звернення 14.05.2024 р).
2. Рудінська О., Кусик Н., Жмай О. Імплементация синергии функций менеджера та лікаря в управлінській діяльності на прикладі клінік одеського національного медичного університету. *Економіка та суспільство*. 2023. № 55.
3. Рудінська О. В., Беякова В. В. Критерії й оцінка ефективної діяльності управлінської команди в сучасному багатопрофільному підприємстві. *Ринкова економіка управління*. 2016. № 15, вип. 3 С. 65–79.
4. «Державне управління: удосконалення та розвиток» включено до переліку наукових фахових видань України з питань, державного управління (Наказ Міністерства освіти і науки України від 22.12.2016 № 1604). URL: <https://nauka.com.ua> (№7 30.07.2019 р.)
5. Рингач Н. О. Громадське здоров'я як чинник національної безпеки : монографія. К. : НАДУ, 2009. 296 с.

ВПРОВАДЖЕННЯ КЛІМАТИЧНИХ СЕРВІСІВ ЯК ІННОВАЦІЙНА СТРАТЕГІЯ СТАЛОГО РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Шаблій Тетяна Петрівна

кандидат медичних наук, доцент,

доцент кафедри акушерства та гінекології

Одеський національний медичний університет

м. Одеса, Україна

Повоєнний розвиток медичної галузі економіки України повинен бути спрямований також на виклики для сталої національної системи охорони здоров'я, які несе сучасна кліматична криза і екологічні токсини та забруднювачі в умовах війни. Екологічні ризики війни суттєво погіршують існуючі виклики для здоров'я населення внаслідок зміни клімату, сприяючи подальшій депопуляції країни. Задля забезпечення довгострокового відтворення населення України у рамках Стратегічної цілі 2 – зниження рівня передчасної смертності (до 65 років) в Національному Проєкті Стратегії демографічного розвитку України на період до 2040 року, потрібна профілактика захворювань системи кровообігу, питома вага яких в 2020 році складала 39,1 % [7]. Також необхідно враховувати потенціал прийняття і впровадження програм репродуктивного та сексуального здоров'я у рамках Стратегічної цілі 1 – Створення умов для підвищення народжуваності, підтримки сім'ї, яке значно зменшує існуюча кліматична криза. Ці задачі можливо вирішати за допомогою між- і трансдисциплінарної післядипломної підготовки лікарів і осіб, які приймають рішення, задля отримання лікарів, які є компетентними, мотивованими та у змозі працювати в умовах сучасних викликів, таких як глобалізація, зміна клімату, екологічні токсини та забруднювачі і мають необхідні компетентності у вирішенні широкого кола питань пом'якшення наслідків впливу факторів зміни клімату, актуальних безпосередньо для України. При цьому важливим є зрушення до профілактики та зміцнення здоров'я, а не просто лікувальних послуг. ОНМедУ бере участь у реалізації Проєкта ERASMUS+ «ClimEd: Multilevel Local, Nation- and Regionwide Education and Training in Climate Services, Climate Change Adaptation and Mitigation / Багаторівнева освіта та професійне навчання з питань кліматичних послуг, адаптації до змін клімату та їх пом'якшення в локальному, національному та регіональному масштабах», Грантова угода № 619285-EPP-1-2020-1-FI-EPPKA2-CBHE-

JP, який спрямований на розробку компетентнісних навчальних програм для безперервної комплексної підготовки фахівців у сфері кліматичних послуг в Україні, започаткування та розвиток додаткової освіти зі зміни клімату для осіб, які приймають рішення, експертів у клімато-залежних сферах, галузях економіки та широкої громадськості, які сприяють стабілізації національної економіки в умовах зміни клімату та її адаптації.

Також стратегічно необхідна глобальна стандартизація навчальних програм підготовки студентів-медиків, щоб забезпечити наступність в умовах збільшення міжнародної міграції лікарів і пацієнтів і зростання кількості медичних шкіл у всьому світі [1]. Для того, щоб навчальні програми максимально відповідали запитам стейкхолдерів, вони повинні бути живими, гнучкими, тобто відповідати потребам і викликам національних систем охорони здоров'я.

В умовах України актуальними з факторів зміни клімату є теплові хвилі / екстремально високі температури повітря (спека) та забруднення повітря дрібними твердими частинки PM_{2,5}; PM₁₀, екологічні токсини та забруднювачі в умовах війни [6]. Вплив дрібних твердих часток навколишнього середовища (PM_{2,5}) є головним фактором екологічного ризику для глобального тягаря хвороб та четвертим за величиною фактором ризику глобальної смертності [4]. Поруч дослідників описано значну позитивну кореляцію між забрудненням та екстремальними температурами повітря, їх синергічні ефекти на вагітних, плід у вигляді невиношування вагітності, передчасних пологів, гіпертензивних станів при вагітності, преєклампсії, затримки росту плода, гестаційного діабету, вроджених аномалій плода, включаючи конотрункальні та септальні вади серця, мертвонародження, передчасного відшарування плаценти та ін. [2, 3, 6]. Більшість з них відноситься до плацент-асоційованих ускладнень вагітності або великих акушерських синдромів, враховуючи розвиток ендотеліальної дисфункції і плацентарної недостатності як умови їх розвитку у відповідь на вплив ушкоджуючих факторів. В умовах зміни клімату виникнення цієї патології вагітності слід вважати умовно-запобіжним.

Саме клімат-орієнтована медицина – потужній інструмент профілактики передчасної смертності, особливо з боку лідируючих серцево-судинних захворювань, патології респіраторної системи, трансмісивних захворювань, а також збереження репродуктивного і психічного здоров'я, зниження ускладнень вагітності і профілактики несприятливих неонатальних наслідків. Клімато-орієнтована медицина – це підхід до медичної практики і захисту здоров'я, який враховує ушкоджуючий вплив кліматичних умов на організм людини. Цей підхід включає в себе адаптацію методів профілактики, діагностики та лікування до регіональних кліматичних особливостей. Ключові аспекти клімато-орієнтованої

медицини включають: точний прогноз погоди, кліматичні сервіси у вигляді передових технологій для збору, аналізу інформації та інтерпретації і прогнозу впливу кліматичних факторів на здоров'я, а також персоніфіковані рекомендації з метою профілактики ускладнень в уразливих верствах населення.

Створення комунікаційної стратегії для кліматичних послуг у клімат-асоційованих медичних спеціальностях передбачає вирішення питань про комфортний або некомфортний вплив кліматичних факторів на здоров'я людини або окремих систем організму та передачу цієї інформації постачальникам медичних послуг з метою розробки найкращого пакету рішень по пом'якшенню їх впливу, зменшенню чи уникненню негативних наслідків або ризиків (адаптацію, мітігацію).

Розрізняють: короткострокові (1 день – 1 тиждень, але менше, ніж сезон), середньострокові (сезон) та довгострокові (10–30 років) заходи адаптації /мітігації окремо для комфортних та некомфортних умов – для адміністрації, приватних компаній, інших (лікарів).

В кожній вузькій спеціальності можлива комбінація комунікаційних стратегій: ініціативи громадського здоров'я, моніторинг і спостереження, механізм зворотного зв'язку, цифрові інструменти та програми, телемедицина та диджиталізація медичної галузі, програми залучення громади, міжсекторальна співпраця, дослідницькі партнерства, практики сталого розвитку в охороні здоров'я, стійка до клімату інфраструктура, навчальні майстер-класи та семінари, інтерактивні платформи для громадської освіти, підтримка розробки політики, адвокація політики та ін.

Використовуючи передові технології, аналіз даних і прогнозне моделювання, інтегруючи кліматичні дані у клімат-асоційовані медичні спеціальності, експерти та медичні працівники можуть розробляти системи раннього попередження про спалахи інфекційних захворювань, надзвичайні ситуації, створювати цільові втручання для захисту вразливих верств населення та інформувати чиновників про необхідні політичні рішення, спрямовані на сприяння стійкості громадського здоров'я до викликів, які породжує зміна клімату. Потрібна міжсекторальна взаємодія кваліфікованих в питаннях клімато-орієнтованої медицини кадрів і осіб, які приймають рішення, з представниками інших клімато-залежних галузей економіки – з метою розробки науково обґрунтованих стратегій захисту громадського здоров'я.

Впровадження кліматичних сервісів у систему охорони здоров'я України дозволить значно знизити передчасну смертність, підвищити сталість національної системи охорони здоров'я, а, інвестиції у здоров'я дітей і жінок – у довгостроковій перспективі будуть сприяти підвищенню демографічного потенціалу України.

The European Commission's support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents, which reflect the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

Література:

1. Atiomo W. U., Casper G., Symonds I. et al. A common curriculum in obstetrics and gynecology for medical students globally. *Int J. Gynecol Obstet.* 2024;00:1-6. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15544>

2. Cao L, Diao R, Shi X, Cao L, Gong Z, Zhang X, Yan X, Wang T, Mao H. Effects of Air Pollution Exposure during Preconception and Pregnancy on Gestational Diabetes Mellitus. *Toxics.* 2023 Aug 24;11(9):728. doi: 10.3390/toxics11090728. PMID: 37755739; PMCID: PMC10534707.

3. FIGO Opinion Paper. Climate Crisis and Health Statement, 15th April 2020 <https://www.figo.org/news/statement-climate-crisis-and-health>

4. Gakidou E.; Afshin A.; Abajobir A. A.; Abate K. H. et al. Regional, and National Comparative Risk Assessment of 84 Behavioural, Environmental and Occupational, and Metabolic Risks or Clusters of Risks, 1990–2016: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2017, 390 (10100), 1345–1422, doi: 10.1016/S0140-6736(17)32366-8

5. Koman P. D., Hogan K. A., Sampson N., Mandell R. et al. Examining Joint Effects of Air Pollution Exposure and Social Determinants of Health in Defining "At-Risk" Populations Under the Clean Air Act: Susceptibility of Pregnant Women to Hypertensive Disorders of Pregnancy. *World Med Health Policy.* 2018 Mar;10(1):7–54. doi: 10.1002/wmh3.257.

6. Wilson, L., New, S., Daron, J., Golding, N. Climate Change Impacts for Ukraine. Met Office, 2021.

7. Проект Стратегії демографічного розвитку України на період до 2040 року. Київ, 2024. <https://www.msp.gov.ua/projects/870/>.

СЕКЦІЯ 2. ЦИФРОВІ ТЕХНОЛОГІЇ В УПРАВЛІННІ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-406-4-16>

ІНФОРМАЦІЙНИЙ МЕНЕДЖМЕНТ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

Бурячківський Едуард Станіславович
*кандидат медичних наук, доцент,
проректор з науково-педагогічної роботи
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Анненкова Ірина Петрівна
*доктор педагогічних наук, доцент,
професор кафедри менеджменту охорони здоров'я
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Шпильова Катерина Олександрівна
*магістрантка за спеціальністю 073 – Менеджмент
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

У контексті сучасної світової тенденції переходу від екстенсивного використання людських ресурсів з низьким рівнем базової професійної підготовки до інтенсивного використання висококваліфікованої робочої сили гостро стоять проблеми управління закладами вищої освіти, зокрема вищої медичної освіти. Сьогодні актуальною є проблема створення в системі управління закладами вищої медичної освіти інформаційної бази, яка б систематично оновлювалася й давала можливість вірогідно характеризувати якість освітньої, наукової та лікувальної діяльності та приймати обґрунтовані рішення щодо управління освітнім закладом. Існуюча інформація є неповною, різномірною та несистематизованою. Це спричиняє труднощі виявлення й аналізу проблем, пов'язаних з функціонуванням закладів вищої освіти, а головне – причин, що їх обумовлюють.

Якість інформаційного забезпечення управління закладом вищої медичної освіти належить до ключових факторів, що визначають дієвість прийнятих управлінських рішень. Донині досить часто ЗВО стикаються з проблемою відсутності злагодженої системи інформаційного забезпечення управління. Це призводить до імовірнісного характеру прийнятих управлінських рішень, дублювання даних під час їх збору та опрацювання, втрат важливих даних і, як наслідок до невисокої ефективності управління [1, с. 52].

Чинний Закон України «Про інформацію» не містить визначення поняття інформаційної діяльності, проте статтею 9 встановлено, що основними видами інформаційної діяльності є створення, збирання, одержання, зберігання, використання, поширення, охорона та захист інформації [6]. В Українській бібліотечній енциклопедії інформаційну діяльність визначено як «сукупність процесів постійного і систематичного збирання та аналітико-синтетичного опрацювання записаної (первинної) інформації, що виконуються певною особою, групою осіб чи організацією» [2].

Сучасні методи управління інформаційною діяльністю в галузі освіти базуються на засадах інформаційного менеджменту. Як зазначає М. Козир, процес виникнення останнього як самостійного виду діяльності зумовлений збільшенням обсягів навчальної інформації, зростанням впливу інформаційних технологій на ефективність основної діяльності суб'єктів освітнього процесу, а також необхідністю оптимізації процесу прийняття управлінських рішень в умовах розвитку інформаційного суспільства [3, с. 66].

Д. Дачену, який надав одне з найперших визначень інформаційного менеджменту, вважав, що «інформаційний менеджмент ідентифікує та визначає види інформації, способи її добування із певних баз даних, час її подання та коло осіб, що обслуговуються» [3, с. 66]. На наш погляд, це визначення занадто вузьким, оскільки зводить сутність інформаційного менеджменту до інформаційної діяльності.

Низка дослідників розглядають інформаційний менеджмент як процес управління, відмінності між визначеннями полягають у визначенні об'єкта управління. Так, В. Гриценко розглядає інформаційний менеджмент як «діяльність, що стосується управління інформаційними ресурсами» [1, с. 53]. М. Козир пропонує розуміти інформаційний менеджмент, з одного боку, як процес управління інформацією, інформаційними потоками, ресурсами, з іншого боку, як управлінська технологія, одним із засобів якої є інформація [3, с. 66]. Найбільш узагальнюючим, на наш погляд, є визначення, надане О. Васюхиним, який розуміє під інформаційним менеджментом повний комплекс питань, пов'язаних із управлінням інформаційними системами різних сфер та рівнів [3, с. 66].

О. Матвієнко та М. Цивін акцентують увагу на інноваційному аспекті інформаційного менеджменту і, відповідно, розглядають його як «інноваційну діяльність, орієнтовану на постійний пошук нових способів організації ІД, на створення матеріальних і соціальних передумов для ефективного доступу до інформації і забезпечення інформаційно-комунікативних процесів, на активізацію та розвиток наявних інформаційних ресурсів і форм їхнього раціонального використання» [5, с. 15]. В кожній окремій сфері застосування чи галузі знань дане визначення матиме інші особливості застосування.

Інформаційний менеджмент охоплює весь життєвий цикл інформаційної системи – від планування до використання, з метою цілеспрямованого використання даних як ресурсу [1, с. 53].

Інформаційний менеджмент в організації виконує стратегічні, оперативні та адміністративні завдання. Серед стратегічних цілей – створення інформаційної інфраструктури організації та управління інформацією та технологіями. Оперативні та адміністративні завдання є більш обмеженими та підпорядкованими. Основним завданням інформаційного менеджменту є інформаційне забезпечення основних видів діяльності організації [4, с. 26].

В управлінні закладами вищої освіти інформаційний менеджмент виконує такі завдання:

- управління процесами збирання, зберігання і опрацювання відомостей про стан навчально-наукових підрозділів університету, пошуку та аналізу даних, необхідних для прийняття рішень;

- забезпечення автоматизованого контролю виконання прийнятих рішень;

- вдосконалення планування управління університетом;

- підвищення якості обліку та ефективності використання фінансових, кадрових і матеріально-технічних ресурсів [1, с. 80].

З метою підвищення якості освітнього процесу задачами інформаційного менеджменту є такі:

- інформаційна підтримка освітньої діяльності закладу вищої медичної освіти, зокрема, створення сучасного розподіленого освітньо-наукового інформаційного середовища, університету [3, с. 68, 1, с. 81];

- переробка різноманітного «масового продукту», що пропонується на інформаційному ринку в галузі освіти, в інформацію, опанування якою забезпечує формування загальних та фахових компетентностей [3, с. 68];

- вибір раціональних форм комунікацій, техніки та інформаційних технологій, інформаційних ресурсів, необхідних для досягнення освітніх цілей закладів вищої медичної освіти [3, с. 68];

- експорт та імпорт освітніх послуг у міжнародному освітньому просторі [1, с. 81].

Структура інформаційного менеджменту у закладі вищої медичної освіти містить такі складники: 1) управління інформаційними ресурсами – оперативне використання інформації як стратегічного ресурсу з метою забезпечення конкурентноспроможності ЗВО; 2) управління комунікаціями; 3) управління інформаційними системами [5, с. 14].

Отже, інформаційний менеджмент відіграє вагомую роль у діяльності та розвитку закладів вищої медичної освіти як ефективна інформаційна підтримка їхнього функціонування за невизначеності умов та вимог, що вимагає досить швидкого планування та прийняття рішень.

Література:

1. Гриценко В. Г. Теоретико-методичні основи проектування та впровадження інформаційно-аналітичної системи управління університетом : дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.10. Київ, 2019. 664 с.
2. Інформаційна діяльність. Українська бібліотечна енциклопедія. URL: <http://surl.li/tvzeo> (дата звернення 01.05.2024 р.)
3. Козир М. В. Інформаційний менеджмент – підгрунття якості освітнього процесу ВНЗ. *Педагогічна освіта: теорія і практика. Психологія. Педагогіка*. 2016. № 25. С. 65–69. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Rotip_2016_25_13
4. Колесніков А. П., Біловус Л. І., Олійничук О. І., Інформаційний менеджмент: окремі практичні аспекти в освіті. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 15. С.25-30. DOI: 10.32702/2306-6814.2021.15.25
5. Матвієнко О. В., Цивін М. Н. Інформаційний менеджмент: опорний конспект лекцій у схемах і таблицях. К. : Видавничий Дім «Слово», 2007. 200 с.
6. Про інформацію : Закон України від 02.10.92 р. № 2657-ХІІ : станом на 27 липня 2023 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2657-12#Text> (дата звернення 01.05.2024 р.)

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ЦИФРОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ В СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Гороховський Владислав Васильович

*кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри стоматології дитячого віку
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Тарасенко Ірина Йосипівна

*кандидат медичних наук,
доцент кафедри стоматології дитячого віку
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Швиденко Юлія Юрійвна

*лікар-стоматолог
приватна стоматологічна практика
м. Одеса, Україна*

Впровадження цифрових технологій у стоматологічну практику – складна задача сучасної системи охорони здоров'я України [1, 2]. Застосування цифрових додатків в стоматологічній практиці в останні роки поширилось, але все ще не охопило всі рівні стоматологічної допомоги [3, 4]. Особливо проблематично запровадження цифровізації медичного процесу відбувається в сільській місцевості, а і подекуди і в районних центрах. Також проблематично цифровізація прийому відбувається в приватних стоматологічних закладах. Це можна пояснити тим, що використання цифрових технологій залежить не лише від наявності достатнього технічного забезпечення, а і від рівня технологічної грамотності вищого та середнього медичного персоналу, що працює в стоматології.

В більшості випадків причиною недостатнього рівня цифровізації стоматологічного прийому є неготовність освоювати інформаційні системи через вік лікаря та небажання витратити час для вивчення медичних програм. Також до проблем які заважають цифровізації стоматологічної галузі слід віднести недостатньо розвинену цифрову інфраструктуру, використання наявних застарілих комп'ютерів; низьку довіру до цифрових застосунків через можливість взлому та недосконалі та

високу вартість антивірусних програм. Крім того, серед лікарів-стоматологів, які займаються приватною практикою поширена думка про дорожнечу переходу на цифрові технології.

Значно погіршує перехід на цифрові технології воєнний стан в країні. Хоча в умовах військової агресії Україна не тільки продемонструвала сталість надання медичної допомоги, а й упевнено розвиває цифрові технології у сфері охорони здоров'я, в тому числі в стоматології.

Незважаючи на перевагу запровадження цифрових технологій для пацієнтів у вигляді зручних веб-сервісів та мобільних додатків, можливість дистанційного запису до лікаря, доступу до власної медичної інформації та онлайн консультацій, залишається не вирішеною низка проблеми цифровізації стоматологічної допомоги. До них слід віднести використання цифрових застосунків літніми людьми, соціально незахищеними верствами населення та людьми які у силу релігійних переконань не використовують цифрові технології. Деякі пацієнти бояться недостатньої захищеності персональної інформації.

Переважає більшість лікарів-стоматологів, позитивно оцінює цифровізацію медичного процесу, що пов'язано з можливістю швидкого отримання інформації про загальний стан здоров'я пацієнта та наявні проти-покази до проведення втручань та можливістю проведення консилиумів для встановлення точного діагнозу чи визначення протоколу лікування.

Література:

1. Желюк Т. Стратегічні імперативи розвитку системи охорони здоров'я України:нові виклики та можливості. *Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів* : матеріали ІVВсеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (м.Тернопіль, 4 травня 2023 р.). Тернопіль, 2023. С. 42–46.

2. Криничко Л. Р., Мотайло О. В. Ефективність застосування цифрових технологій в інформаційно-комунікаційній системі державного управління в сфері охорони здоров'я. *Економічний простір*. 2021. № 169. С. 78–83. URL: <http://www.prostir.pdaba.dp.ua/index.php/journal/article/view/889/862>

3. Ажажа М. Регіональний місцевий розвиток інноваційних систем (PIC) в умовах цифрової економіки. *Цифрова трансформація соціоекономічних, управлінських та освітянських систем сучасного суспільства* : матер. Міжнародної науково-практичної конференції (м. Запоріжжя, 23–24 листопада 2022 р.). Запоріжжя : Видавничий дім «Гельветика», 2022. С. 19–26.

4. Банадига А. Роль новітніх технологій в практичній роботі закладів охорониздоров'я. *Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів* : матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Тернопіль, 4 травня 2023 р.). Тернопіль, 2023. С. 207–209.

ВПРОВАДЖЕННЯ МАРКЕТИНГОВИХ ЦИФРОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Кордзя Натела Ревазівна

доктор економічних наук,

професор кафедри маркетингу, підприємництва та торгівлі

Одеський національний медичний університет

м. Одеса, Україна

Марічерда Валерія Геннадіївна

доктор медичних наук, професор,

перший проректор

Одеський національний медичний університет

м. Одеса, Україна

В умовах сучасності, коли ми живемо у часи ринкових відносин, сфера медицини не є виключенням. Сьогодні, медичні послуги стали одними з найбільш затребуваних й, як наслідок, конкурентних. Саме тому, просування даного виду товару має бути комплексним, сегментованим й охоплювати всі доступні інструменти маркетингу.

Найбільш розповсюдженим методом просування товарів та послуг зі всього комплексу маркетингу, в умовах сьогодення є цифровий маркетинг або інтернет-маркетинг. В основі цього методу знаходиться низка досягнень сучасних цифрових технологій методично-інструментального характеру. Саме тому інтернет-маркетинг, позиціонується як система, що включає в себе численні інноваційні напрями та прийоми маркетингової діяльності відповідно до сучасних трендів стало-динамічної цифровізації суспільства [1]

Сьогодні майже не залишилось товарів або послуг, які б не рекламувати себе у мережі Інтернет.

Основними перевагами цифрових технологій в маркетингу дотично до просування медичних послуг вважаються наступні [2]:

– інтерактивність. При інформуванні клієнта про товар (медичні послуги) можна надати набагато більше інформації у більш цікавих форматах (фото, відео, інфографіка тощо), а також вести діалог питань/відповідей, супровід після надання послуг;

– можливість максимально точного таргетингу та доступність цільових груп. Тобто відбувається максимальне фокусування на цільових для даної послуги групах;

– можливість постклік-аналізу, а також легкість моніторингу та дослідження ефективності комунікації. До даних факторів відноситься можливість проведення повного аналізу того звідки зайшов клієнт, скільки часу провів на сайті, на які сторінки заходив тощо. Ця опція веде до максимального підвищення таких показників як конверсія сайту і ROI (коефіцієнт окупності інвестицій) інтернет-реклами.

– швидкість отримання відгуку. Швидкість комунікації через Інтернет є досить високою. Тут можна отримати відповідь на електронний лист, повідомлення у соціальних мережах або месенджерах вже через кілька хвилин після того, як написали своє.

Сьогодні існує безліч, видів та методів інтернет-маркетингу. Найбільш популярні й ефективні з них наведені на рисунку 1.

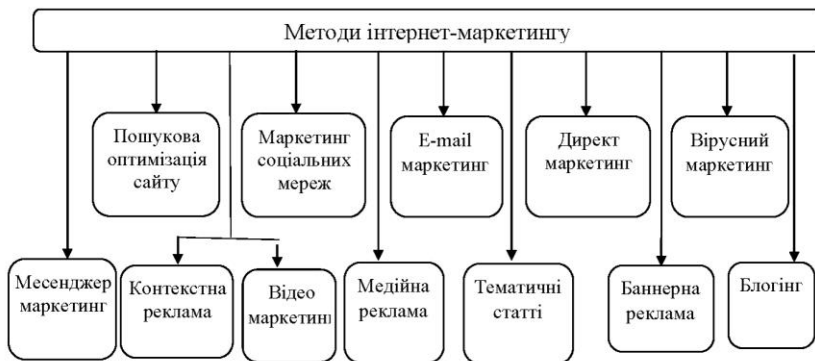


Рис. 1. Методи інтернет-маркетингу [3]

Розглянемо кожен з цих методів докладніше [3]:

1. Пошукова оптимізація сайту – сукупність дій, що дозволяють у результаті вивести необхідний сайт у першу десятку видачі пошукових систем. Це є доволі важливим, отже, як правило, задаючи якийсь запит у пошуковій системі, людина далі першої сторінки не йде.

2. Маркетинг соціальних мереж – просування за допомогою соціальних мереж (наприклад Instagram, Facebook, Linked in тощо).

3. Месенджер маркетинг – просування за допомогою месенджерів (наприклад Telegram, Viber, What app тощо)

4. E-mail маркетинг – створення поштової розсилки по темі послуги. Сьогодні існує дуже багато сервісів автоматизованих поштових розсилок як платних, так й безкоштовних.

5. Директ маркетинг – це розсилка персоналізованих листів. У листі необхідно звернутися до одержувача за іменем або найменуванням фірми.

6. Вірусний маркетинг – інформація, яка поширюється по мережі, як епідемія чи вірус, дуже швидко та самостійно. Для цього необхідно створити привабливий та цікавий контент, який користувачам захочеться переслати, щоб порадувати друзів та знайомих. Цей контент треба запакувати у зручну, привабливу, просту і доступну для передачі між користувачами упаковку.

7. Блоггінг. Для блоггінгу характерне ведення невеликих веб-сайтів по темі послуги, з недовгими записами тимчасової значущості, впорядкованими у зворотному хронологічного порядку (останній запис зверху). У блозі можна висловлювати свої думки, використовувати якісь індивідуальні підходи, щоб зачепити читачів та змусити їх ще не раз повернутися на блог.

8. Відео маркетинг – виготовлення цікавого відеоролика, що рекламує послугу з посиланням на сайт, та викладання цього ролик на відео портали (наприклад, Youtube.com). Головне, щоб відео було цікавим, тоді люди будуть розміщувати його на своїх сайтах і блогах, соціальних мережах та пересилати друзям.

9. Тематичні статті – написання статті, яка розкриває суть послуги з розстановкою посилання на сайт та подальшим розміщенням її на тематичних ресурсах, де передбачено додавання статей.

10. Контекстна реклама – динамічні рекламні текстові оголошення по змісту близькі до контексту веб-сайту, де вони розміщується.

11. Банерна реклама – показ банера, який рекламує послугу, на різних тематичних майданчиках.

12. Медійна реклама – це теж банерна реклама, але більш ефективна, так як розміщується на майданчиках за принципом контекстної реклами, тобто вона розрахована на охоплення аудиторії, що включає цільові групи. Її завдання – привертання уваги максимальної кількості цільової аудиторії. Тоді як звичайні банери приводять більш змішаний трафік.

Таким чином, можна говорити про те, що просування медичних послуг за допомогою існуючих цифрових технологій, а саме інтернет-маркетингу є актуальним й ефективним. Існує багато методів діджитал-маркетингу медичних послуг, серед яких можна обрати саме ті методи або їх комплекс, які будуть приносити максимальний результат.

Література:

1. Згурська, О. М., Дима, О. О., Діченко, А. Л. Цифрове маркетингове забезпечення на ринку медичних послуг. *Проблеми сучасних трансформацій. Серія : Економіка та управління*. 2023. (9). <https://doi.org/10.54929/2786-5738-2023-9-04-10>

2. Кордзая Н.Р. Основи інтернет-маркетингу. Частина 2 : навчальний посібник. Херсон : Олді-плюс, 2018. 164 с. ISBN 978-966-289-209-3.

3. Основи інтернет-маркетингу. Частина 1 : навчальний посібник / Н. Р. Кордая. Херсон : Олді-плюс, 2018. 184 с.

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-406-4-19>

ІНФОРМАТИЗАЦІЯ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМИ ЗАКЛАДАМИ

Слободяник Наталія Володимирівна

*магістрант першого року навчання ОПП «Управління охороною
здоров'я та фармацевтичним бізнесом»
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Підґрунтям підвищення медичної, соціальної та економічної ефективності функціонування системи охорони здоров'я є раціональне впровадження інноваційних технологій лікування, діагностики, профілактики та реабілітації захворювань, вдосконалення менеджменту та професійної підготовки медичних кадрів.

Важливим підґрунтям реалізації інноваційних процесів є розробка комплексного підходу до трансферу технологій у діяльність медичних закладів та оцінка ефективності практичних результатів інноваційних моделей, особливо в такому пріоритетному секторі охорони здоров'я, як первинна медико-санітарна допомога (ПМСД). Це обумовлено тим, що досягнення найбільш високих рівнів результативності, якості та доступності медичного забезпечення для населення значною мірою визначається саме функціонуванням ПМСД, пріоритетний розвиток якої визначено одним із основних стратегій державної політики України у сфері охорони здоров'я та основою сучасної системи медичної допомоги.

Згідно з Концепцією побудови сучасної національної системи охорони здоров'я України щодо збереження і зміцнення здоров'я населення та задоволення об'єктивних потреб населення в якісній медичній допомозі, необхідно впровадити комплекс правових, управлінських, фінансово-економічних, структурних, інформаційних, міжсекторальних, комунікаційних та інших компонентів системи охорони здоров'я.

Для досягнення поставлених цілей першочерговим завданням є вдосконалення інформаційного забезпечення управлінської діяльності, оскільки ефективне управління охороною здоров'я неможливе без побудови сучасної гнучкої та прозорої статистичної системи, здатної

оперативно та об'єктивно відображати тенденції в ресурсному забезпеченні системи охорони здоров'я та у стані здоров'я населення України.

Сучасний етап розвитку охорони здоров'я характеризується саме підвищенням інформативності та технологічності надання медичної допомоги. За останнє десятиріччя було розроблено та впроваджено в організаційно-управлінські структури українських медичних закладів низку різноманітних інформаційних систем і технологій для забезпечення скорочення часу реєстрації, обліку пацієнтів, формування виписок, звітних документів та автоматизації інших операцій, що загалом дозволяє покращити якість надання медичних послуг.

Важливим аспектом для розробки та впровадження інформаційних систем в медичній галузі є підтримка держави. Так, у ст. 26 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [2] зазначено, що «держава має сприяти розвитку наукових досліджень у галузі охорони здоров'я і впровадженню їх результатів у діяльність медичних закладів».

Інформаційне забезпечення охорони здоров'я – надзвичайно комплексна система, складність якої в останні роки істотно зростає завдяки впровадженню сучасних технологій збору та обробки інформації. Система інформаційного забезпечення охорони здоров'я – це комплекс елементів, що постійно змінюється [1]. Вирішення проблеми інформаційного забезпечення охорони здоров'я в жодному разі не може обмежуватися питанням інформатизації, в основу модернізації слід покласти організаційні заходи, засновані на детальному аналізі інформаційного середовища. Наразі потреба в структурно-функціональному вдосконаленні системи інформаційного забезпечення обумовлена, з одного боку, підвищенням вимог до управлінської інформації, а з іншого – збільшенням кількості суб'єктів її обміну та опрацювання.

Пряма вигода від швидкого інформаційного потоку полягає в тому, що вона дає змогу налагодити рівномірний процес управління, а головне – підтримувати рівновагу між елементами логістичної системи.

Концепція організації інформаційного забезпечення охорони здоров'я з точки зору логістики будується на основних положеннях: (1) інформаційне забезпечення; (2) система управління ланцюгами інформації, що надходить; (3) оптимізація процесу передачі, опрацювання та зберігання інформаційних ресурсів, усунення нераціонального, повторного інформаційного обміну; (4) стандартизація форм обліку, контроль якості інформації на всіх рівнях; (5) децентралізація та автоматизація вводу та виводу даних; (6) мінімізація надлишкової інформації; (7) система «збір – надання інформації»; (8) постійна ревізія інформаційних потоків і відмова від інформації, що не вимагається;

(9) забезпечення доступності джерел опрацьованої інформації шляхом взаємодії з базою даних [1, 3].

Під час планування інформаційних потоків необхідно максимально передбачити можливе повторне використання отриманих даних, що припускає застосування системи уніфікованих первинних даних і показників. Особливо важливо поєднувати у низці форм звітності даних економічної та лікувально-профілактичної діяльності медичних закладів, а також даних державної та приватної системи охорони здоров'я [3, 4].

Одним із основних титанів впровадження інноваційних технологій у сфері охорони здоров'я є комунікації. Адже комунікативний менеджмент – це сукупність нагромаджених у світовій практиці принципів, методів, засобів і форм впливу комунікаторів, утримання потоків інформаційної взаємодії людей, їх груп, суспільних, соціальних і політичних формувань у процесі спілкування з вирішення тактичних і стратегічних завдань із управління громадськими відносинами [6].

Живучи в еру прогресивних технологій ми зобов'язані проводити аналітичний огляд сучасних медичних інформаційних систем та їхнього інформаційного забезпечення. Дослідження проблем впровадження таких систем у медичних закладах та розробка рекомендацій щодо підвищення ефективності управління цими закладами та покращення якості надання медичних послуг населенню на основі автоматизованих систем є вимогою сучасності. При цьому, слід пам'ятати, що для системи охорони здоров'я інформатизація, інновації та інноваційна діяльність мають свої специфічні особливості на різних рівнях, а ключовою виконавчою ланкою є саме лікувально-профілактичний заклад, на результативність діяльності якого і спрямовані ці інноваційні процеси.

Література:

1. Яремко С. А. Впровадження інформаційних систем в організаційно-управлінські структури медичних закладів. *Вісник Хмельницького національного університету*. 2015. № 1. С. 237–241. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vchnu_ekon_2015_1_45

2. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.10.1992 р. № 2801-ХІІ URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>

3. Синкевич Л. Р., Лозин Л. В. Проблеми і перспективи інноваційного розвитку закладів охорони здоров'я. *Сучасні тренди глобальної та національної економіки*. 2019. С. 111–113. URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/34626/1/111.pdf>

4. Гладких А., Шипелик Т. Впровадження інноваційних проєктів в закладі охорони здоров'я. *Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах війни та післявоєнної відбудови України* :

Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю. 2022. С. 263–265. URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/46029/1/%D0%90%D0%BD%D0%B4%D1%80%D1%96%D0%B9%20%D0%93%D0%9B%D0%90%D0%94%D0%9A%D0%98%D0%99.pdf>

5. Белікова І. В. Концептуальні підходи до оптимізації інформаційно-аналітичного забезпечення системи охорони здоров'я з точки зору інформаційної логістики. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2015. № 1(1). URL: <http://repository.pdmu.edu.ua/bitstream/123456789/3973/1/кpo.pdf>

6. Свінціцький А. С., Висоцька О. І. Актуальні питання щодо впровадження медичних інноваційних технологій у закладах охорони здоров'я. *Практикуючий лікар*. 2015. № 1. С. 7–13. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/PraktLik_2015_1_4

7. Борщ В. І. Управління закладами охорони здоров'я. Херсон : Олди-плюс. 2020. 392 с.

СЕКЦІЯ 3. ОРГАНІЗАЦІЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-406-4-20>

СУЧАСНІ ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ

Волощук Христина Юрійвна

*старший викладач кафедри організації та економіки фармації
з післядипломною підготовкою
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Хлібородова Ірина В'ячеславівна

*магістрантка за спеціальністю 073 – Менеджмент
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Беляєва Оксана Іванівна

*кандидат фармацевтичних наук, доцент,
завідувач кафедри організації та економіки фармації
з післядипломною підготовкою
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Система фармацевтичного забезпечення населення в сучасних умовах включає широкий спектр видів діяльності, спрямований на забезпечення населення доступними, безпечними та ефективними лікарськими засобами (ЛЗ). Підвищення економічності та соціальної віддачі реалізується завдяки спільній комбінованій діяльності установ та організацій фармацевтичної галузі. Організаційні відносини між окремими суб'єктами фармацевтичного ринку мають постійно удосконалюватися та забезпечувати належну якість ЛЗ на кожному етапі їх обігу:

1. Фармацевтична розробка ЛЗ. Ціль фармацевтичної розробки – розробити якісний лікарський препарат і процес його виробництва. Фармацевтичні компанії і наукові установи постійно здійснюють

дослідження для створення нових лікарських препаратів або вдосконалення існуючих. Цей процес залучає здобутки молекулярної біології, фармацевтичної хімії, фармакогенетики, фармакології тощо. Інформація, одержана при дослідженнях в ході фармацевтичної розробки, може служити основою для управління ризиками для якості. На сьогодні важливим постає розуміння, що якість не може бути перевірена в препаратах, тобто, якість має бути закладена при розробці [1, с. 16].

2. Виробництво ЛЗ. Після успішних доклінічних та клінічних випробувань ЛЗ виробляються фармацевтичними виробниками у промислових масштабах.

3. Реєстрація ЛЗ. Всі ЛЗ обов'язково підлягають процедурі державної реєстрації, яка надає висновок про їх якість, ефективність та безпеку, а також є офіційним дозволом до обігу на вітчизняному фармацевтичному ринку.

4. Доступність та цінова політика. Управління цінами на медикаменти має вирішальне значення для оптимального використання обмежених ресурсів, щоб максимізувати охорону здоров'я для якомога більшої кількості людей. Фармацевтичні компанії повинні розробляти цінові стратегії, щоб зробити свої продукти доступними для різних соціальних груп населення в умовах фінансових обмежень.

5. Дистрибуція та логістика. ЛЗ повинні ефективно розподілятися до аптечних та медичних закладів, що в свою чергу, вимагає організацію відповідної інфраструктури та логістичних систем. Актуальність провадження логістичного підходу до управління ресурсами на фармацевтичних підприємствах обумовлена високою залежністю кінцевих результатів діяльності фармацевтичних підприємств від ефективності управління ресурсів і оптимізації їх потоків; вибору постачальників субстанцій і матеріалів; управління та контролю за їх запасами; оптимізації виробничої програми; формування оптимальних інформаційних потоків з урахуванням специфіки фармацевтичного виробництва [2, с. 35].

6. Моніторинг та контроль якості. Важливо забезпечити належну якість ЛЗ, відповідно до встановлених стандартів якості та безпеки. Неякісні, фальсифіковані / контрафактні ліки є серйозною проблемою, яка негативно впливає на здоров'я, тому існує необхідність створення системи забезпечення цілісності ланцюга поставок ліків. Також фармацевтичним компаніям слід планувати та мати в дії систему моніторингу функціональних характеристик процесів та якості продукції. Ефективна система моніторингу надає гарантію постійної спроможності процесів та контрольних заходів для виробництва фармацевтичної продукції бажаної якості і визначення сфер для постійного її поліпшення.

7. Освіта та підтримка. Відповідно до вимог міжнародних стандартів Належної аптечної практики фармацевтичні фахівці повинні бути

поінформованими і оновлювати свої знання щодо змін в інформації про ЛЗ, Інформація для пацієнтів, інших медичних фахівців і громадськості повинна ґрунтуватися на засадах доказової медицини та бути об'єктивною, зрозумілою, не рекламною, точною і адекватною [3, с. 42].

Таким чином, вищевикладені аспекти поєднуються у складну систему фармацевтичного забезпечення, яка ставить перед собою завдання забезпечення максимальної користі для суспільства при збереженні високих стандартів безпеки та якості ЛЗ.

Література:

1. СТ-Н МОЗУ 42-4.3:2011. Лікарські засоби фармацевтична система якості (ICH Q10) URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/897_009#Text
2. Громовик Б. П., Унгурян Л. М. (2013). Фармацевтична логістика: фокус на допомозі пацієнту. Львів : Растр-7, 212 с.
3. Unhurian, L., Bielyaieva, O., Vyshnytska, I., Suschuk, N., Petkova, I. Implementation of standards of good pharmacy practice in the world: A review. *Asian Journal of Pharmaceutics*. 2018. 12(1). Pp. S42–S46.

**ВАЖЛИВІСТЬ ВПРОВАДЖЕННЯ БІЗНЕС-ОРІЄНТОВАНОЇ
СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ
НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ ПІДПРИЄМСТВІ**

Яцук Ірина Сергіївна

*старша викладачка кафедри організації та економіки фармації
з післядипломною підготовкою
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Унгурян Ліана Михайлівна

*доктор фармацевтичних наук,
професор кафедри організації та економіки фармації з післядипломною
підготовкою
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Беляєва Оксана Іванівна

*кандидат фармацевтичних наук,
доцент кафедри організації та економіки фармації з післядипломною
підготовкою
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Швидкий прогрес сучасної економіки спонукає національні підприємства, включаючи фармацевтичні, радикально перебудувати свої управлінські підходи. Такі економічні коливання стали викликом для керівників, з якими вони раніше не зустрічалися, і, отже, вони не мають відповідних інструментів для їх подолання або ж не можуть підібрати потрібний. На сьогоднішній день одним з методів підвищення конкурентоспроможності фармацевтичного підприємства є використання стратегії випередження. Ця стратегія включає у себе формування нових знань та застосування методології проектно-орієнтованого управління, що представляє собою комплексний підхід до управління інноваційним розвитком підприємства, враховуючи вплив конкурентного середовища, яке інтенсивно розвивається. Відтепер існує безліч тренінгових організацій, які на навчальних тренінгах дають управлінські кейси, існує достатньо літератури, в якій описуються вже існуючі інструменти, проте

сам процес впровадження вказаних інструментів залишається, скажемо так, поза увагою [1, с. 89–90].

На першому етапі нашого дослідження провели аналіз сучасного стану запровадження управлінського інструментарію на фармацевтичних підприємствах Одеської та Миколаївської областей і виявили, що вагомою проблемою є процес впровадження нових або ж удосконалення вже впроваджених інструментів управління. Це зумовлено тим, що, завершення навчання та отримання сертифікату, який підтверджує успішне проходження курсу, не гарантують, що керівник компанії зможе ефективно удосконалити існуючі або впровадити нові інструменти. Для власника або директора це є найважливішою складовою успішного управління, оскільки від цього буде залежати стратегічне планування діяльності і, що найважливіше, існування даного суб'єкта господарювання на фармацевтичному ринку, який динамічно розвивається. Кошти, які були витрачені на навчання і мали б стати “інвестиціями в майбутнє та прибуток”, стануть необґрунтованими витратами і не вплинуть на розвиток.

Беручи до уваги той факт, що на підприємстві існують процеси, які адаптовані саме під цінний кінцевий продукт компанії, то питання впровадження управлінського інструментарію без орієнтацію на бізнес – не призведе до отримання кінцевої цілі підприємства. Тому що, як правило, в таких випадках інструментарій працює окремо від процесів, що в свою чергу негативно відображається на результатах діяльності компанії віділому, особливо, якщо йдеться мова про реалізацію принципів належної фармацевтичної практики [3, с. 43–44].

При ефективному впровадженні інструментів управління, рутинні справи, нескінченні звіти, постійні проблеми, які з'являються при виникненні змін на підприємстві або ж на фармацевтичному ринку, відходять на другий план. Основна частина часу приділяється керівником для розробки стратегій розвитку, самовдосконалення, вдосконалення підлеглих, розвитку свого відділу та компанії в цілому. Зазначені фактори призводять до конкурентної стабільності бізнесу та компанії, а також до наявності висококваліфікованих професіоналів – цінного ресурсу компанії, який буде сприяти її прогресу, незалежно від обставин та змін на місцевому ринку. Існуюча функціональна система управління, яка використовується підприємствами, все більш не спроможна відповідати новим вимогам та темпам зростання, які відбуваються на фармацевтичному ринку [2, с. 30].

Отже, можемо зробити висновок, що актуальність питання впливу бізнес-орієнтованих інструментів управління на підприємство тільки посилюється. Сьогодні потрібне ідеальне рішення, яке дозволить об'єднати людей – ключовий ресурс компанії, інформацію та бізнес-

процеси для ефективного керування всіма аспектами діяльності фармацевтичного підприємства. Тому питання якісного впровадження бізнес-орієнтованої системи управління на фармацевтичному підприємстві залишається актуальним на сьогоднішній день.

Література:

1. Ящук І. С., Унгурян Л. М., Беляєва О. І., Образенко М. С., Волощук Х. Ю. Навчання персоналу як один зі стратегічних напрямів підвищення конкурентоспроможності фахівців фармацевтичних підприємств. *Одеський медичний журнал*. 2023. № 1. С. 89–92. DOI: 10.32782/2226-2008-2023-1-19

2. Posylkina O. V., Mala Zh. V. Actual questions of development management and competitiveness of pharmacy networks: identifying the main issues and key tendencies. *Управління, економіка та забезпечення якості в фармації*. 2015. № 4 (43). С. 28–33. URL: <https://dspace.nuph.edu.ua/bitstream/123456789/8755/1/28-34.pdf>

3. Unhurian, L., Bielyaieva, O., Vyshnytska, I., Suschuk, N., Petkova, I. Implementation of standards of good pharmacy practice in the world: A review. *Asian Journal of Pharmaceutics*. 2018. 12(1). Pp. S42–S46 (Scopus). URL: <http://www.asiapharmaceutics.info/index.php/ajp/issue/view/82>

**СЕКЦІЯ 4. СОЦІАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ
В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я
ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ БІЗНЕСІ**

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-406-4-22>

**СТАН ЗДОРОВ'Я ПРАЦІВНИКІВ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ
В СУЧАСНИХ РЕАЛІЯХ УКРАЇНИ**

Благовещенська Альона Вікторівна

*кандидат медичних наук, доцент,
голова*

*Харківська обласна організація профспілки працівників
охорони здоров'я України
м. Харків, Україна*

Пустовойт Тетяна Борисівна

Заступник голови

*Харківська обласна організація профспілки працівників
охорони здоров'я України
м. Харків, Україна*

Рогова Олена Геннадіївна

кандидат юридичних наук,

*доцент кафедри соціальної медицини, організації та управління
в охороні здоров'я*

Навчально-наукового інституту післядипломної освіти

Харківський національний медичний університет;

юрист

*Харківська обласна організація профспілки працівників
охорони здоров'я України
м. Харків, Україна*

Постановка проблеми. В сучасних реаліях значних масштабів набувають питання ризику для здоров'я та життя працівників під час виконання професійних обов'язків, їх захворюваності на соціально-значущі хвороби, емоційного вигорання, інвалідизації, екологічні та пост-

пандемічні наслідки, що є викликами для населення в цілому та особливо – для працівників медичної галузі.

Мета та завдання дослідження: проаналізувати погляди науковців на сучасний стан здоров'я працівників медичної галузі. Матеріал і методи дослідження. Аналіз наукової та науково-методичної літератури. Результати дослідження та їх обговорення. Сьогодні характеризується низкою проблем у сфері охорони здоров'я: багаточисельні гуманітарні катастрофи, що пов'язані з військовими діями, демографічна криза, спалахи інфекційних хвороб (COVID), стрімке поширення ожиріння і низької фізичної активності, наслідки забруднення довкілля і змін клімату.

Сучасна система охорони здоров'я перебуває в стані, спровокованому воєнними діями на території України [9, с. 2]. Відбувається руйнування інфраструктури системи життєзабезпечення територій, у тому числі медичної сфери. Широкомасштабна збройна агресія РФ проти нашої держави призвела до серйозного зростання ризиків тяжких епідемічних ускладнень та тягаря для системи громадського здоров'я (особливо в окупованій та прифронтовій зонах). Виник дефіцит медичних кадрів (мобілізація, міграція в інші регіони або закордон). Слід зазначити, що процеси переміщення населення призвели також до переущільнення населення, відсутності умов для дотримання правил особистої гігієни, неповноцінного харчування, неналежного водозабезпечення тощо. Мало місце припинення або перебої в наданні спеціалізованих послуг, порушення логістики доставки імунобіологічних препаратів та доступу до них.

У результаті воєнних дій на території України в атмосферу викидаються численні продукти детонації ракет й артилерійських снарядів. Через пожежі в повітря потрапляють небезпечні продукти горіння – переважно оксид азоту, важкі метали і газові сполуки. Парникові гази також утворюються через згоряння палива в результаті роботи літаків, важкої військової техніки, запуску ракет. Все це призводить до того, що в атмосферу потрапляють шкідливі сполуки і руйнуються корисні компоненти.

Праця в галузі охорони здоров'я – складний і відповідальний вид діяльності. Медичні та фармацевтичні працівники щодня демонструють приклади стійкості, відповідальності та справжнього героїзму на робочому місці, працюють в напружених умовах воєнного стану. Вони постійно підпадають під вплив комплексу чинників фізичної, хімічної та біологічної природи, зазнають високого нервово-емоційного напруження. Має місце робота, пов'язана з великою кількістю небезпечних ризиків, в тому числі і смертельно-небезпечних; недостатність, а деколи й відсутність медикаментів і медичних матеріалів; робота (в тому числі операції,

реанімаційні дії, пологи) у непристосованих приміщеннях, бомбосховищах і підвалах; ненормовані робочі дні з перенавантаженням. Поряд з професійними небезпеками, з якими зіштовхуються працівники в зоні активних (можливих) бойових дій, додається стрес та глибокі переживання, страх, тривога, як за себе, так і за близьких та рідних.

Саме тому, організація системи охорони праці в умовах воєнного стану – відповідальне та важливе завдання для роботодавця та профспілкового комітету. Роботодавцям слід застосовувати профілактичні заходи захисту працівників і запобігання нещасним випадкам на виробництві. Це, в першу чергу: суворе дотримання вимог законодавства з охорони праці в умовах воєнного часу, в тому числі навчання працівників порядку дій персоналу під час бойових дій із мінімізацією загрози життю та здоров'ю співробітників і відвідувачів; правил поведінки в разі аварії та/або оголошення повітряної тривоги; розроблення планів евакуації для працівників і відвідувачів до укриття у разі повітряної тривоги, бомбардування та артилерійських обстрілів; забезпечення електробезпеки та пожежної безпеки під час експлуатації медичного обладнання, електричних приладів (бензинових та дизельних генераторів), тощо.

Перебудова життєвих та професійних ритмів значною мірою вплинули на розвиток різного роду порушень у стані здоров'я працівників сфери охорони здоров'я. Такі зміни, звичайно, характерні не тільки для медичної галузі, проте, специфіка діяльності сприяє більш гострому розвитку вище зазначених змін [4, с. 3–5]. Типові професійні ризики медичної діяльності, що здійснюють негативний вплив на здоров'я медичних працівників, створюють підґрунтя для зростання показників захворюваності та інвалідності серед цієї категорії населення, особливо в умовах воєнного часу.

Так, в Харківській області у 2023 році відмічається зростання рівня захворюваності медичних працівників на злоякісні новоутворення, серцево-судинні хвороби, показника первинного виходу на інвалідність [3, с. 17].

Негативним фактором щодо стану здоров'я працівників медичної галузі є значна розповсюдженість синдрому професійного вигорання, що є притаманним медичним (фармацевтичним) спеціальностям. Він виникає на тлі тривалого стресу та психічного напруження, що можуть приводити до повної дезінтеграції різних психічних сфер і перш за все емоційної [5, с. 21]. Характерними для працівників стають відповідні зміни [6, с. 15–16]:

- поведінки (втрачається творчий підхід до вирішення проблеми, посилюється небажання виходити на роботу, людина усамітнюється та уникає колег);

- відчуттів (драгівливість, агресія, відчуття байдужості та безсилля, втрата почуття гумору та оптимізму);

– мислення (менталітет жертви; турбота лише про власні потреби,зневажливе та негуманне відношення до оточуючих);

– стану здоров'я (загострення хронічних хвороб, втома і виснаження впродовж всього дня; порушення сну);

Симптоми, що характерні для синдрому професійного вигорання, поділяються на групи [2, с. 13–15]:

1. Фізичні: маніфестація хвороб серця та судин, виснаження; артеріальна гіпертензія, нудота, запаморочення, надмірна пітливість;

2. Емоційні: нездатність зосередитися, відчуття самотності, знецінення емоцій; песимізм, цинізм і байдужість;

3. Інтелектуальні: зниження інтересу до нових теорій та ідей у роботі, шаблонні та рутинні підходи у вирішенні проблем; формалізм у виконанні роботи, втрата смаку та інтересу до життя;

4. Поведінкові: недостатнє фізичне навантаження; виправдання вживання тютюну, імпульсивна емоційна поведінка, байдужість до їжі;

5. Соціальні: відчуття нестачі підтримки з боку сім'ї, родичів, друзів і колег, непорозуміння з іншими; низька соціальна активність.

Серед заходів щодо подолання синдрому професійного вигорання, проявів гіподинамії, зниження імунітету, а також покращення емоційного стану особливої уваги заслуговує фізична рекреація [8]. Це термін, що означає відновлення сил, приємне проведення часу, оздоровчу рухову активність. Важливо зазначити, що фізична рекреація розглядається не лише як спосіб розвитку фізичних якостей, а й як джерело відновлення психоемоційних сил, що так потребує персонал лікувальних закладів [7, с. 69–73]. Завдання, які здатна виконувати фізична рекреація, мають різноманітний характер. Це може бути профілактика негативного впливу навколишнього середовища, задоволення потреб у руховій активності, зміна виду діяльності, відпочинок. Тобто в цілому фізична рекреація спрямована на створення комфортних умов, за яких відбувається відновлення стабільного функціонування організму й зниження стресу під впливом тих чи інших життєвих обставин. Виконуючи оздоровчу функцію, фізична рекреація здатна запобігти гіподинамії, підвищити стресостійкість, знизити нервово-психічну втому [1, с. 60–61].

Харківська обласна організація профспілки працівників охорони здоров'я України в межах своїх статутних повноважень постійно приділяє увага стану здоров'я працівників та студентів медичної та фармацевтичної галузі Харківського регіону. Громадський контроль за дотриманням чинного законодавства України про охорону праці; за організацією медичних оглядів; моніторинг захворюваності; підтримка у проведенні імупрофілактики найбільш уразливих контингентів працівників; солідарна матеріальна підтримка спілчан, які постраждали внаслідок бойових дій та агресії РФ, які захворіли та потребують високовартісного лікування, у тому

числі, оперативного; оздоровлення ветеранів праці; надання допомоги щодо дитячого оздоровлення – це не повний перелік заходів щодо збереження здоров'я спільчан [3].

Перспективи подальших досліджень. Проблема збереження здоров'я працівників медичної галузі залишається важливою проблемою, що потребує додаткового вивчення та системних заходів впливу.

З метою профілактики і зниження захворюваності, первинної інвалідності серед працівників галузі охорони здоров'я доцільно здійснення подальшого громадського контролю за дотриманням чинного законодавства України про охорону праці, своєчасністю та повнотою проведення профілактичних оглядів, забезпеченням захворілих необхідними видами лікування, проведення заходів імунопрофілактики та оздоровлення, впровадження сучасної фізичної рекреації.

Література:

1. Андреева О, Дутчак М, Благий О. Теоретичні засади оздоровчерекреаційної рухової активності різних груп населення. *Теорія і методика фізичного виховання і спорту*. 2020;2:59–66. DOI: 10.32652/tmfvs.2020.2

2. Булах В. П. Синдром професійного вигорання як складний психофізіологічний феномен. *Медсестринство*. 2015. № 4. С. 11–15. DOI: 10.11603/2411-1597.2020.4.11865.

3. Інформація про роботу обласного комітету Харківської обласної організації профспілки працівників охорони здоров'я України за 2023 рік. Харків. С. 17.

4. Касевич Н. К., Шаповал К. І. Охорона праці та безпека життєдіяльності медичних працівників : підручник . Київ. : ВСВ «Медицина», 2007. 224 с.

5. Матвієнко О., Пересадін М., Андросов Є. Культура здоров'я персоналу та синдром психоемоційного «вигорання»: стратегія і тактика подолання. *Головна медична сестра*. 2007. № 6. С. 20–23.

6. Островський М. М., Франко М. В., Остальська З. Й. Синдром професійного вигорання в сімейній медицині: шляхи діагностики та профілактики. *Практична медицина*. 2008. № 4. С. 13–18.

7. Пастухова В. А., Льїн В. М., Філіппов М. М., Краснова С. П. Фізична рекреація і рухова реабілітація – складові фізичної культури: медико-біологічні аспекти (огляд спеціальної літератури). *Спортивна медицина і фізична реабілітація*. 2017. № 2. С. 69–73.

8. Національна стратегія з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року "Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація". Указ Президента України від 9 лютого 2016 року № 42/2016.

9. Хуторна К. Медицина в умовах війни: як змінилася система охорони здоров'я. 2022. mind.ua. mind.ua/publications/20245779-medicina-v-umovah-vijni-yak-zminilasya-sistema-ohoroni-zdorov-ya

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-406-4-23>

АКТУАЛЬНІСТЬ СТВОРЕННЯ ПРИВАТНОГО МЕДИЧНОГО ЦЕНТРУ В ГАЛУЗІ КАРДІОЛОГІЇ

Кусик Наталія Львівна

*кандидат економічних наук, доцент,
доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Закритов Денис Олексійович

*магістр за спеціальністю 073 – Менеджмент
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Створення приватних медичних клінік в Україні є сьогодні одним з перспективних напрямків інвестицій. Пов'язано це з процесом реформування галузі охорони здоров'я нашої країни, що, на думку багатьох фахівців, може призвести до зниження рівня доступності лікарів для пацієнтів у результаті скорочення кількості медичних закладів і, відповідно, до зростання черг у тих, що залишаться. Ще одним чинником для розвитку медицини на комерційній основі є зниження якості обслуговування у «безкоштовних» клініках через труднощі залучення кваліфікованого персоналу на мінімальну оплату праці. Тенденція зменшення кількості медпрацівників в Україні спостерігається з 2000 року [1; 2].

Оціночні дані показують, що обсяг ринку медичних послуг в Україні в 2019 р. склав 56,05 млрд. грн., з якого 26,7 млрд. грн. – це приватний сектор медичних послуг. У відсотковому співвідношенні ринок приватних клінік становить 47,6% всього ринку медичних послуг. За 2019 рік приватна медицина збільшилася на 28% [1; 2]. Це характеризує її як галузь, що набирає популярність.

В умовах постійної інфляції і коливання платоспроможності населення відбувається обмеження зростання ринку приватних медичних послуг,

процес виходу на ринок нових гравців ускладнюється. В цей же час, невеликим клінікам все важче витримати конкуренцію великих мереж в сукупності з державними медичними установами.

У 2022 році вітчизняна система охорони здоров'я вистояла, в основному, завдяки вдалим діям Уряду на початку вторгнення – зокрема щодо фінансування медичних послуг під час війни, а також фінансової підтримки міжнародних партнерів. Останнє дало змогу витримати систему на тлі кризового падіння ВВП на майже 30%. Війна спричинила безпрецедентну міграційну кризу та масштабні переміщення населення всередині країни. За оцінками Українського центру охорони здоров'я, станом на кінець 2022 року населення України становило близько 31,4 мільйона людей. З них 1,15 мільйона людей живуть на тимчасово окупованих Росією територіях, захоплених після початку вторгнення [3]. Споживання медичних послуг на різних рівнях очікувано впало у перші місяці після вторгнення. Однак амбулаторна та спеціалізована медична допомога поступово відновилися до довоєнних показників протягом 2022 року. Натомість первинна медична допомога досі не відновилася та потребує підтримки.

За даними однієї з популярних медичних цифрових платформ Doc.ua, в Одесі знаходиться 109 приватних медичних закладів. Деякі з них мають декілька філіалів, тож реальна кількість медичних закладів є більшою – 126 [4]. Кількість клінік та практикуючих лікарів не набагато менша від кількості медичних центрів. Тож, за кількістю закладів приватні медичні установи розподілені майже однаково. Проте, що медичні центри мають значно більшу кількість пацієнтів і значно більші фінансові показники.

Серцево-судинні захворювання (далі – ССЗ) – це перша причина смерті в світі. Щорічно більше людей помирає від ССЗ, ніж від будь-якої іншої причини. За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я, 17,9 мільйона людей загинули від ССЗ, що становить 31% від усіх смертей у світі. З них, 85% смертей – через серцевий напад та інсульт. Виявлення випадків серцево-судинних захворювань майже подвоїлося з 271 мільйона в 1990 році до 523 мільйонів у 2022 році, а рівень смертності людей від серцево-судинних захворювань неухильно збільшувався з 12,1 мільйона в 1990 році до 18,6 мільйона у 2022 році [5].

Слід зазначити, що смертність від серцево-судинних захворювань в Україні зросла за останні 30 років майже на 8% (від 56,5% у 1990 році до 64,3% у 2022 році). У структурі поширеності хвороб системи кровообігу на першому місці – гіпертонічна хвороба серця (47,2%), на другому – ішемічна хвороба серця (34,5%), на третьому – цереброваскулярна патологія (11,7%) [2]. Ці дані свідчать про необхідність своєчасного виявлення, діагностування та лікування серцево-судинних

захворювань, тобто про постійне підвищення затребуваності медичних послуг у галузі кардіології.

На сьогоднішній день інструментальна діагностика у кардіології отримує все більшого поширення. Ці методи при відносно невисокій вартості і доступності дозволяють діагностувати велику кількість захворювань. При цьому для пацієнта це абсолютно безпечний і безболісний метод досліджень.

На сьогодні, в цьому сегменті медичного ринку найбільш затребуваними є такі медичні послуги: ЕХОКС, ЧПЕКС, КВГ, КТ ангиографія коронарних артерій, МРТ серця, добове моніторування артеріального тиску та ЕКГ, електрофізіологічне дослідження. До нових медичних послуг, які вийшли на ринок за останні роки, можна віднести: МРТ серця та КТ ангиографія коронарних судин.

В Одесі більшість медичних центрів пропонує схожі пропозиції щодо проведення діагностики у сфері кардіології. Основних надавачів таких медичних послуг не так вже й багато, це: Клініка «Святої Катерини», Медичний дім «Одрех», Університетська клініка ОНМедУ “Багато-профільний медичний центр”, Міська клінічна лікарня № 10 [7]. Отже, 50% ринку – це приватний сегмент з дуже високими цінами, решта 50% – це державний сектор з великими чергами. Тому, якщо брати до уваги якість надання послуг (стан апаратури, кваліфікація медичного персоналу), сервіс та цінову політику, то ці параметри є дуже несхожими [6].

Отже, створення приватного спеціалізованого медичного центру, який проводить інструментальні дослідження у галузі кардіології для ранньої та поточної діагностики серцево-судинних захворювань з можливістю надання висококваліфікованої консультації кардіолога з інтерпретацією отриманих даних при обстеженні та призначенням лікування, залишається актуальним. Найбільш оптимальним набором медичних послуг такого центру може бути: ЕХОКС, спекл – трекінг ЕХОКС, стрес – тест, ЕКГ, черезстравохідне ЕХОКС, проведення добового моніторування ЕКГ та артеріального тиску, безпровідне холтеровське моніторування ЕКГ (МАWI), експрес – тест на тропонін.

Створення власної справи – це завжди великий ризик, що неминуче виникає при народженні нового. Створюючи власну справу, потрібно знати, що це не тільки можливість (за сприятливих умов) користуватися благами, які забезпечують це починання, а й відповідальність за її функціонування, розвиток і виживання [6].

Бізнес-планування, як один з головних інструментів розвитку підприємницької діяльності в медичному бізнесі, може допомогти у створенні спеціалізованого медичного центру, який пропонує сучасні методи діагностики в кардіології, тому що являє собою розробку прийняття інвестиційних рішень з урахуванням потреб ринку.

Література:

1. ProConsulting. Аналітика ринків. Фінансовий консалтинг. URL: <https://pro-consulting.ua/ua/about>
2. Державний заклад «Центр громадського здоров'я України» : офіційний веб-сайт. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/main.html>
3. Український центр охорони здоров'я. URL: <https://uhc.org.ua/>
4. Медична цифрова платформа Doc.ua. URL: <https://doc.ua/ua/kliniki/odessa/all>
5. Європейське регіональне бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я. URL: <https://www.who.int/europe/home?v=welcome>
6. Менеджмент та маркетинг в охороні здоров'я : навчальний посібник / В. І. Борщ, О. В. Рудінська, Н. Л. Кусик. Херсон : Олді+, 2022. 264 с.
7. Рудінська О., Кусик Н., Жмай О. Імплементція синергії функцій менеджера та лікаря в управлінській діяльності на прикладі клінік Одеського національного медичного університету. *Економіка та суспільство*. 2023. № 55. URL: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2023-55-104>.

**ПРОБЛЕМИ ФІНАНСУВАННЯ ДЕРЖАВНИМИ
(КОМУНАЛЬНИМИ) ПІДПРИЄМСТВАМИ
У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Кусик Наталія Львівна

*кандидат економічних наук, доцент,
доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Кострицький Євген Євгенович

*магістр за спеціальністю 073 – Менеджмент
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Цивільним та Господарським кодексами України передбачено різноманітні форми здійснення господарської діяльності в Україні [1; 2]. На сьогодні в Україні діють господарські організації, державні, комунальні та інші підприємства, створені відповідно до цих Кодексів.

При цьому, законодавство окремо виділяє такий вид суб'єктів господарювання державного сектору економіки, як державні підприємства. Державне (комунальне) унітарне підприємство – це самостійний суб'єкт господарювання, який утворюється компетентним органом державної влади (місцевого самоврядування) в розпорядчому порядку на базі відокремленої і неподільної на частки державної (комунальної) власності, і входить до сфери управління такого органу [1; 2].

Державні (комунальні) унітарні підприємства підрозділяються на 2 групи: державне або комунальне комерційне підприємство; казенне підприємство або комунальне некомерційне підприємство [1; 2; 3].

Законодавство України надає можливість перетворювати заклади охорони здоров'я, що мають статус бюджетних установ, у комунальні унітарні підприємства які є некомерційними підприємствами [3]. Це дозволяє захистити такі заклади охорони здоров'я від приватизації.

До переваг перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетної установи у комунальне некомерційне підприємство, можна віднести те, що керівник такого медичного закладу отримує значно більшу свободу у розпорядженні його ресурсами: матеріальними, фінансовими, людськими тощо. Так, наприклад, медичний заклад має можливість самостійно встановлювати будь-які форми оплати праці в межах діючого

законодавства. Крім того, медичний заклад отримує право найму за договорами підряду лікарів фізичних осіб – підприємців за умов їх реєстрації, отримання ліцензії на здійснення господарської діяльності з медичної практики. Щодо фінансування медичного закладу, то постійний кошторис витрат замінюється на власний фінансовий план. Це дає можливість медичному закладу мати більшу свободу та самостійність у прийнятті фінансових рішень. Щодо визначення організаційної структури, то такий медичний заклад має право утворювати об'єднання підприємств з іншими закладами охорони здоров'я зі статусом підприємства, з метою оптимізації використання спільних ресурсів та перерозподілу функцій між членами об'єднання [4; 8].

Сучасна система охорони здоров'я повинна забезпечувати доступність медичних послуг для тих, хто їх найбільш потребує, характеризуватися високою якістю та безпечністю медичних послуг і забезпечувати максимально можливі результати для здоров'я на популяційному рівні та при цьому враховувати раціональне використання ресурсів системи охорони здоров'я.

Структурно заклади охорони здоров'я поділяються на 4 рівні закладів:

1. Заклади первинної медичної допомоги (ПМД) – Сімейні лікарі.

2. Загальні (6 – 11 сервісів): Акушерство і гінекологія, Неврологія, Загальна хірургія, Травматологія та ортопедія, Педіатрія, Інфекція, Паліативна допомога. Терапія – Інтенсивна терапія (I, II). Сестринський догляд.

3. Кластерні (13 + сервісів): Кардіологія, Отоларингологія, Дитяча хірургія, Неонатологія, Реабілітація, Психіатрія, Акушерство і гінекологія, Неврологія, Загальна хірургія, Травматологія та ортопедія, Педіатрія, Інфекція, Паліативна допомога. Інсультний блок. Перинатальний центр (II). Терапія – інтенсивна терапія (II). Інтенсивна терапія для новонароджених. Сестринський догляд.

4. Надкластерні (21+ сервісів): Нейрохірургія, Кардіохірургія, Торакальна хірургія, Судинна хірургія, Комбустіологія, Щелепно-лицьова хірургія, Гематологія, Пульмонологія, Ендокринологія, Гастроентерологія, Дерматологія, Онкологія, Кардіологія, Отоларингологія, Дитяча хірургія, Неонатологія, Реабілітація, Психіатрія, Акушерство і гінекологія, Неврологія, Загальна хірургія, Травматологія та ортопедія, Педіатрія, Інфекція, Паліативна допомога. Інсультний центр. Реперфузійний центр. Перинатальний центр (III). Терапія: терапія, нефрологія, ревматологія, алергологія, імунологія. Інтенсивна терапія (II, III). Інтенсивна терапія для новонароджених.

Фінансування реорганізованого медичного закладу може здійснюватися за механізмом, який поєднує фінансування за бюджетною

програмою та фінансову підтримку та/або укладення договору про медичне обслуговування населення [5; 8].

У 2017 році було впроваджено Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [6]. Він надав поштовх змінам, які відбуваються зараз у національній системі охорони здоров'я. Основними елементами закону стали реєстрація осіб у єдиного сімейного лікаря (зокрема запровадження електронних систем реєстрації), посилення ролі сімейних лікарів у наданні медичної допомоги на рівні громад та як "точок входу" для надання медичної допомоги в стаціонарі, визначення гарантованого пакету медичних послуг (специфікація медичних послуг, за фінансування яких відповідає держава), посилення конкуренції в наданні послуг та збільшення автономії керівників лікарень, а також оплата наданої допомоги відповідно до рівня виконуваної роботи, а не через розподіл видатків бюджету на основі минулорічних витрат [7]. Головним розпорядником бюджетних коштів, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій, стала Національна служба здоров'я України.

Однак, обмеженість фінансових ресурсів, недостатнє забезпечення сучасним медичним обладнанням та війна, поставили нові виклики щодо подальшого фінансування закладів охорони здоров'я. Тому, в умовах обмеженості бюджетних ресурсів та війни, потреба подальшої модернізації закладів охорони здоров'я зумовлює необхідність пошуку додаткових джерел фінансування. Доцільним є застосування механізму державно-приватного партнерства для подальшого інноваційного розвитку медичних закладів в Україні.

Література:

1. Господарський кодекс України : Закон України від 16.01.2003 р. № 436-IV. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/436-15>
2. Цивільний кодекс України : Закон України від 16.01.2003 р. № 435-IV. URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/435-15>
3. Поняття і статус підприємства державної форми власності у контексті чинного законодавства України. URL: https://minjust.gov.ua/m/str_4742.
4. Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/n0001282-17#Text>
5. Джерела фінансування закладів охорони здоров'я в умовах війни. URL: <https://medconstructor.org/analytics/dzherela-finansuvannya-zakladiv-oxoroni-zdorovya-v-umovax-vijni>

6. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19 жовтня 2017 р. № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>

7. Відновлення сектору охорони здоров'я України: пропозиції на наступні 10 років. URL: <https://www.epravda.com.ua/columns/2023/05/3/699728/>.

8. Менеджмент та маркетинг в охороні здоров'я : навчальний посібник / В. І. Борщ, О. В. Рудінська, Н. Л. Кусик. Херсон : Олді+, 2022. 264 с.

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-406-4-25>

АКТУАЛЬНІСТЬ СТВОРЕННЯ БАГАТОПРОФІЛЬНИХ КЛІНІК В СЕГМЕНТІ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПОСЛУГ

Кусик Наталія Львівна

*кандидат економічних наук, доцент,
доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Птяшко Дмитро Валерійович

*магістр за спеціальністю 073 – Менеджмент
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Реабілітація, як наукова і практична дисципліна, почала розвиватися в Україні у 60-х роках ХХ століття, але була обмежена санаторно-курортною системою, яка не задовольняла потреби пацієнтів з інвалідністю та хронічними захворюваннями. З 1991 року Україна почала реформувати національну систему охорони здоров'я, зокрема сферу реабілітації. Так, було прийнято Закон України “Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні”, який закріпив право інвалідів на реабілітацію та асистивні технології [1].

У 2005 році було прийнято Закон України “Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні” та розроблено національну програму реабілітації інвалідів на 2006 – 2010 роки, яка передбачала створення єдиної системи реабілітації, забезпечення доступності та якості послуг, покращення матеріально-технічної бази, підготовку кадрів та наукове забезпечення [2].

У 2014 році Україна підписала Конвенцію ООН про права людей з інвалідністю, яка зобов'язує державу гарантувати повне та ефективне залучення людей з інвалідністю до суспільного життя на рівних умовах з іншими [3].

У 2018 році було введені зміни до професійних стандартів, які визначили перелік професій, пов'язаних з активною реабілітацією, таких як: фізіотерапевт, ерготерапевт, логопед, психолог тощо [4].

У 2020 році був прийнятий за основу проект Закону України “Про реабілітацію осіб з обмеженнями життєдіяльності”, який передбачає створення єдиної системи реабілітації з урахуванням потреб кожної людини та забезпечення доступності та якості послуг [5].

Динаміка споживання послуг медичної реабілітації за 2015 – 2023 роки була такою: 2015 р. – 1,8 млн. послуг, 2016 р. – 1,9 млн., 2017 р. – 2,0 млн., 2018 р. – 2,1 млн., 2019 р. – 2,2 млн., 2020 р. – 1,5 млн., 2021 р. – 1,3 млн., 2022 р. – 1,2 млн. У 2020 – 2022 рр. у зв'язку з пандемією COVID-19 та війною спостерігався спад у наданні та споживанні реабілітаційних послуг. Але, у першому півріччі 2023 року в Україні вже було надано 0,9 млн. послуг з медичної реабілітації, що на 30,8% більше, ніж у першому півріччі 2022 року [6]. На ринок реабілітаційних послуг вийшла така нова медична послуга, як VR – реабілітація (реабілітація з використанням віртуальної реальності).

Сьогодні в Україні на різних стадіях будівництва перебувають десятки реабілітаційних центрів, переважно орієнтованих на реабілітацію військових після поранень та травм. Наразі пацієнти з такими захворюваннями, як інсульти, розсіяний склероз, церебральний параліч, хвороба Альцгеймера або Паркінсона, станами після великих операцій або дорожньо-транспортних пригод, та іншими станами, які значно обмежують рухливість та соціальну взаємодію, майже позбавлені належного доступу до фізичної терапії та реабілітаційних послуг.

Створення принципово нових реабілітаційних клінік, які здатні ефективно надавати комплексну реабілітацію в декількох напрямках одночасно, є актуальним питанням сьогодення. Функціонування таких клінік має бути спрямоване на вирішення гострої проблеми відсутності реабілітаційного етапу в медичному обслуговуванні, що поширена по всій Україні (табл. 1). Представлена таблиця складена авторами за даними МОЗ України, Державного закладу «Центр громадського здоров'я України», Державної служби статистики України. На сьогодні більшість пацієнтів, на жаль, не мають доступу до якісної медичної реабілітації як в амбулаторному варіанті, так і, особливо, в стаціонарному.

Кількість пацієнтів з деякими захворюваннями та станами в Україні

За захворювання або стан	Кількість пацієнтів в Україні (осіб)
Аутизм	167 827
Дисплазія кульшового суглоба	41 984
Дитячий церебральний параліч (ДЦП)	41 984
Ендопротезування тазостегнового суглоба	20 992
Інсульт	1 259 507
Коксартроз тазостегнових суглобів, ожиріння	2 099 178
Множинний склероз	20 992
Перелом шийки стегна	41 984
Політравма (ДТП)	209 918
Сколіоз	419 836
Ревматоїдний артрит	125 951

Можливість отримання якісної медичної реабілітації в амбулаторному та стаціонарному варіантах є абсолютно нагальною проблемою для України. Окрім того, важливо запропонувати не просто комплексну реабілітацію, дуже важливо запропонувати принципово новий рівень навчання самостійної реабілітації за межами закладу та якісно новому способу життя на зміну стереотипу “короткого життя” для підтримки здоров'я та довголіття.

Реалізація проєктів зі створення принципово нових реабілітаційних клінік, за наявного на сьогодні рівня ризиків, є дуже вартісним напрямком діяльності [7]. Такі великі бізнес – проєкти потребують об'єднання зусиль та ресурсів як держави, так й приватного бізнес – сектору: національних та міжнародних інвесторів, а також й громадського (суспільного) сектору: професійних спілок, благодійних фондів, громадських організацій і т.п.

Література:

1. Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні: Закон України № 875-ХІІ від 21.03.1991 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/875-12#Text>.
2. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні: Закон України № 2961-IV від 06.10.2005 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text>

3. Конвенція ООН про права людей з інвалідністю. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71#Text

4. Відомості про професійні стандарти: Національне агентство кваліфікацій. URL: <https://register.nqa.gov.ua/profstandarts>

5. Про реабілітацію осіб з обмеженнями життєдіяльності: проєкт Закону України № 3668. URL: <https://www.kmu.gov.ua/bills/proekt-zakonu-pro-reabilitatsiyu-osib-z-obmezhennyami-zhittediyalnosti>

6. Державний заклад «Центр громадського здоров'я України» : офіційний веб-сайт. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/main.html>

7. Менеджмент та маркетинг в охороні здоров'я : навчальний посібник / В.І. Борщ, О.В. Рудінська, Н.Л. Кусик. Херсон: Олді+, 2022. 264 с.

8. Рудінська О., Кусик Н., Жмай О. Імплементція синергії функцій менеджера та лікаря в управлінській діяльності на прикладі клінік Одеського національного медичного університету. *Економіка та суспільство*. 2023. № 55. URL: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2023-55-104>.

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-406-4-26>

ДЕЯКІ ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ РИНКУ ПРИВАТНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ

Кусик Наталія Львівна

*кандидат економічних наук, доцент,
доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Яблончук Вікторія Георгіївна

*магістр за спеціальністю 073 – Менеджмент
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Незважаючи на перешкоди та складності, приватний медичний сектор, орієнтований на ринковий розвиток, є однією із самих динамічних галузей національної економіки.

Приватний медичний сектор діє в умовах конкурентного середовища й міцно займає свої позиції на ринку медичних послуг. У приватному медичному секторі усі інвестиційні ресурси спрямовані на те, щоб

підтримати успішну взаємодію лікаря та пацієнта, щоб підтримати лікаря в забезпеченні якісної медичної допомоги пацієнтам. Приватний медичний сектор ефективно застосовує маркетингове управління медичними закладами. Конкуренція між приватними медичними закладами призводить до постійного підвищення внутрішньої ефективності та впровадження інновацій.

Чільними принципами успішного функціонування приватного медичного сектору є: відповідальність; високі стандарти якості; ефективні системи страхування. Таким чином, приватна медицина є системою, максимально адаптованою до ринкових умов [4].

Сучасне положення приватних медичних закладів в національній системі охорони здоров'я країни характеризується недостатньою увагою держави до розвитку приватної медицини та відсутністю з її боку активності в організації державно-приватного партнерства. Ще однією проблемою, що стримує розвиток приватної медицини, є відсутність необхідних приміщень. Багато приватних медичних закладів розташовані в житлових будинках, де існує багато обмежень. Міжнародний досвід надає один із шляхів вирішення цієї проблеми за допомогою впровадження програм з будівництва спеціальних приміщень для розміщення приватних медичних закладів. Наприклад, у Німеччині в багатьох великих і малих містах будують "будинки лікарів", де розташовуються різні вузько-профільні незалежні приватні практики. Будуються вони на державні кошти та здаються в оренду під приватну медичну практику.

Ринок приватних медичних послуг в Україні розвивається за різними тенденціями. Але, навіть у несприятливих соціально-економічних умовах кризи, прибутковість приватних медичних закладів залишається досить високою.

Перші приватні медичні заклади в Україні з'явилися в тих сегментах, де була найслабше розвинена державна медицина і одночасно зберігався стійкий попит (приватні кабінети стоматології, урології, гінекології, венерології). Потім, сформувалися вузькопрофільні медичні центри та невеликі клініки. Далі, разом із кабінетами невеликими центрами та клініками, почали розвиватися й великі медичні багатопрофільні центри. Багато таких центрів розпочинали діяльність з надання послуг швидкої медичної допомоги, а згодом перейшли на весь комплекс поліклінічних медичних послуг. Також почав формуватися преміальний сегмент ринку медичних послуг (дорогі товари і послуги для людей з високими доходами) [1].

Попит на доступні якісні медичні послуги призвів до швидкого розвитку середнього цінового сегмента і появи значної кількості невеликих приватних медичних центрів різної спрямованості. Багато таких приватних медичних заклади створювалися здебільшого навколо

окремого, часто відомого, лікаря чи групи лікарів певної медичної спеціалізації [1; 2].

Останнім часом в Україні активно розвиваються вузькопрофільні приватні медичні центри різних напрямів діяльності, аптеки, кабінети приватних лікарів, які отримують фінансування здебільшого за рахунок прямих платежів від пацієнтів. Найбільшу частку суб'єктів на ринку приватних медичних послуг складають саме вузькопрофільні клініки локального масштабу. Повний спектр медичних послуг надають не більше 15 – 20 приватних медичних компаній, що пропонують консультації фахівців, стаціонар, хірургію, діагностику, медичне обслуговування дітей, послуги швидкої допомоги тощо. При цьому, варто зазначити, що такі приватні медичні компанії конкурують переважно не один з одним, а з державними закладами охорони здоров'я [2].

Вітчизняний ринок приватних медичних послуг достатньо сегментований. Найменш заповненою є ніша приватних багатofункціональних центрів з повним спектром медичних послуг.

Найбільшим попитом користуються традиційні сфери приватної медицини – урологія, гінекологія (у т.ч. репродуктивна медицина), стоматологія, первинна діагностика (магнітно-резонансна томографія, ультразвукова діагностика, лабораторії), а також дермато – венерологія, естетична медицина (в т.ч. пластична хірургія) та косметологія [3].

На ринку приватних медичних послуг динаміку росту демонструє естетична медицина. Характерна риса вітчизняної естетичної медицини – «напівтіньовий ринок», що лежить поза межами контролю держави: 80% послуг надаються не в медичних закладах, а в салонах краси, перукарнях (які досить часто не мають відповідної ліцензії) і навіть у «кухонних» умовах (вдома у фахівця або клієнта). Але, не зважаючи на це, фахівці вважають, що на сьогодні вітчизняна галузь естетичної медицини спроможна ефективно і на належному рівні обслуговувати пацієнтів. Ринок естетичної медицини в Україні має значний потенціал та попит на реалізацію програм медичної реабілітації, лікування та оздоровлення.

Ринок приватних медичних послуг не може розвиватися відокремлено від загального стану національної економіки в країні. Неможливо уявити бідну кризову країну з потужними медичними закладами. Лише разом із зростанням національної економіки буде зростати й ринок медичних послуг, у тому числі його приватний сегмент.

Для подальшого розвитку ринку приватних медичних послуг необхідно обирати пріоритетні напрями медицини, готувати інфраструктуру медичних закладів та на маркетингових засадах створювати пакети послуг для пацієнтів. Розвиток приватного медичного сектору може стати важливим фактором підвищення ефективності всієї національної системи охорони здоров'я й доступності якісної медичної допомоги населенню.

Медичним закладам необхідно перебудовуватися і переходити від концентрації на хворобах на концентрацію на пацієнтів, активно впроваджувати нові сервіси та послуги, зручні для людей, оскільки пацієнт звертається в той медичний заклад, де ставка робиться на якість, сервіс, клієнто – орієнтованість.

В сучасних соціально-економічних умовах актуалізується застосування бізнес – планування в діяльності медичних закладів. Воно відіграє велику роль у їх розвитку, так як допомагає керівництву виявляти сильні і слабкі сторони, вирішувати основні організаційні питання, створювати конкурентні переваги, розробляти інструменти досягнення поставлених цілей, використовуючи наявний набір ресурсів медичного закладу.

Література:

1. Аналіз ринку медичних послуг в Україні: чим дорожче лікування, тим цінніше здоров'я. ProConsulting. Аналітика ринків. Фінансовий консалтинг. URL: <https://pro-consulting.ua/ua/pressroom/analiz-rynka-medicinskih-uslug-v-ukraine-chem-dorozhe-lechenie-tem-cennee-zdorove> .

2. Менеджмент та маркетинг в охороні здоров'я : навчальний посібник / В. І. Борщ, О. В. Рудінська, Н. Л. Кусик. Херсон : Олді+, 2022. 264 с.

3. Кусик Н. Л., Гузь Д. О., Буслаєва Г. В. Розділ 26. Індустрія охорони здоров'я: міжнародний досвід створення медичних туристичних кластерів. *Інноваційна економіка: теоретичні та практичні аспекти* : монографія. Випуск 4 / за ред. Л. О. Волощук, Є. І. Масленнікова. Херсон : ОЛДІ-ПЛЮС, 2019. 524 с.

4. Рудінська О., Кусик Н., Жмай О. Імплементация синергії функцій менеджера та лікаря в управлінській діяльності на прикладі клінік Одеського національного медичного університету. *Економіка та суспільство*. 2023. № 55. URL: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2023-55-104>

**ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ
В УНІВЕРСИТЕТСЬКИХ КЛІНІКАХ ЯК ЗАПОРУКА
ВПРОВАДЖЕННЯ СУЧАСНИХ ТЕХНОЛОГІЙ
В СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я**

Приболовець Ксенія Олексіївна

магістр

Одеський національний медичний університет

м. Одеса, Україна

Рудінська Олена Володимирівна

кандидат економічних наук,

завідувачка кафедри менеджменту охорони здоров'я

Одеський національний медичний університет

м. Одеса, Україна

Актуальність. Університетські клініки є ключовими центрами, де поєднуються медична практика, наука та навчання. Вони відіграють важливу роль у впровадженні сучасних технологій в галузі громадського здоров'я. Ефективність медичного персоналу в університетських клініках стає вирішальним фактором для успішної імплементації технологічних новацій.

Мета цього дослідження спрямована на виявлення ключових аспектів ефективності медичного персоналу в університетських клініках та на визначення шляхів підвищення якості надання медичних послуг, а також на підвищення конкурентоспроможності медичних університетів на міжнародному ринку праці.

Існуючі університетські клініки нездатні вирішувати проблеми галузі та не можуть повністю забезпечити навчальний процес. В Україні через військовий стан, брак інвестицій та інші проблеми лише декілька закладів охорони здоров'я здатні надати медичну допомогу найвищого рівня [1, 6].

Аналіз досвіду зарубіжних країн показав, що створення клінік на базі медичних університетів передбачає підвищення якості практичної підготовки медичних спеціалістів та їх конкурентоспроможності на світовому ринку праці, удосконалення управління охороною здоров'я, підвищення якості медичної допомоги населенню, створення нових робочих місць. Документально підтверджено, що наявність університетських клінік – вимога стандартів Всесвітньої федерації медичної освіти щодо підготовки лікарів, що призведе до значного підвищення якості практичної підготовки

спеціалістів та їх конкурентоспроможності на світовому ринку праці, а також об'єднання науки, освіти та практичної медицини в одне ціле [3].

Університетські клініки є лабораторіями для нових ідей та методів у медицині. Однак, для ефективного впровадження сучасних технологій, необхідний висококваліфікований медичний персонал, який здатний адаптуватися до новацій та впроваджувати їх у практику.

Запровадження новітніх технологій вимагає не лише наявності відповідного обладнання, але й глибокого розуміння та умінь медичного персоналу працювати з ним. Медичний персонал повинен мати можливість не лише оволодіти новими інструментами, але й інтегрувати їх у свою робочу практику таким чином, щоб забезпечити максимальну користь для пацієнтів.

Здатність до швидкого відгуку та адаптації є ще одним важливим аспектом ефективності медичного персоналу. Швидке прийняття рішень у випадку непередбачуваних обставин може зберегти життя пацієнта та запобігти ускладненням.

Безперечно, навички комунікації та співпраці також є критичними для успішного впровадження технологій в медичну практику. Медичний персонал повинен бути здатний до ефективного спілкування як з пацієнтами, так і з іншими членами медичної команди, щоб забезпечити координацію дій та оптимальний результат лікування.

Варто зазначити, що медичному персоналу охорони здоров'я наразі бракує маркетингового мислення, без якого неможливо було б конкурентоспроможно використовувати ресурси медичної організації та самої медичної послуги. Перед існуючою системою охорони здоров'я в умовах мінливого ринку постає складне завдання: вона має реструктуризувати та вдосконалити стан його регулювання, насамперед, через реалізацію концепції інтегрованого управління персоналом, на якій базується функціонування системи [2].

Можна підкреслити, що підвищення ефективності медичного персоналу в університетських клініках є ключовим елементом для успішного впровадження сучасних технологій в галузі громадського здоров'я. Необхідно враховувати складність завдання та вплив зовнішніх факторів, таких як певні недоліки у системі охорони здоров'я. Проте, шлях до успішного впровадження сучасних технологій можливий через систематичні заходи, спрямовані на підвищення кваліфікації персоналу, оптимізацію робочих процесів, використання інформаційних технологій та створення сприятливого робочого середовища. Реалізація цих заходів сприятиме не лише покращенню якості надання медичної допомоги, а й забезпечить підвищення конкурентоспроможності української системи охорони здоров'я на міжнародному рівні [4, 5].

Висновок. Підвищення ефективності медичного персоналу в університетських клініках в Україні є критичним завданням для забезпечення якісної медичної допомоги та успішного впровадження сучасних технологій в галузі громадського здоров'я. Аналіз інноваційних підходів у країнах з розвинутою системою охорони здоров'я підтверджує, що створення університетських медичних центрів сприяє підвищенню якості навчання медичного персоналу, розвитку сучасних методик та технологій, а також забезпечує високий рівень медичної допомоги для населення.

Література:

1. План відновлення системи охорони здоров'я України від наслідків війни на 2022 – 2032 роки. Міністерство охорони здоров'я. URL: https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/Новини/21-07-2022-Draft-Ukraine%20НС%20System%20Recovery%20Plan-2022-2032_UKR.pdf (дата звернення: 08.05.2024).
2. Приболовець К.О. Рудінська О.В. Залучення та утримання клієнтів в епоху цифрової трансформації в сфері охорони здоров'я України. *Global Society in Formation of New Security System and World Order: Proceedings of the 2nd International Scientific and Practical Internet. FOP Marenichenko V.V., Dnipro, Ukraine, 474 p.* 2023. С. 321–323. https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/45758/1/K_Komisarov_GSFNSSWO_2023_FSM.pdf
3. Отанезова Анна Вікторівна. Університетська клініка як інноваційна форма розвитку охорони здоров'я. *Бізнес Інформ.* 2017. 11 (478). 146–152.
4. Рудінська О., Кусік Н., Жмай О. Імплементція синергії функцій менеджера та лікаря в управлінській діяльності на прикладі клінік Одеського національного медичного університету. *Економіка та суспільство.* 2023. № 55. URL: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2023-55-104> (дата звернення: 15.05.2024).
5. Рудінська О. В., Приболовець К. О., Бусел С. В. Вплив кадрової міграції на процес формування госпітальних округів та кластерної мережі медичних закладів. *Світ наукових досліджень* : матеріали Міжнародної мультидисциплінарної наукової інтернет-конференції. 2023. Випуск 25. Т. 1, № 25. С. 280–283.
6. Rovenska V., Sarzhevska E. Personnel management of healthcare mortgages in the new economic conditions and development prospects in Ukraine. *Economic Herald of the Donbas.* 2019. № 3(57). С. 162–168. URL: [https://doi.org/10.12958/1817-3772-2019-3\(57\)-162-168](https://doi.org/10.12958/1817-3772-2019-3(57)-162-168) (дата звернення: 14.05.2024).

СЕКЦІЯ 5. РОЛЬ УНІВЕРСИТЕТСЬКИХ КЛІНІК У РОЗВИТКУ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-406-4-28>

УНІВЕРСИТЕТСЬКІ КЛІНІКИ ЯК ЛІДЕРИ У ВПРОВАДЖЕННІ ПЕРЕДОВИХ МЕДИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ТА ПРАКТИК

Бусел Світлана Валентинівна

*Директорка Центру реконструктивної та відновної медицини
(Університетська клініка)
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Хлібородова Ірина В'ячеславівна

*бухгалтер,
магістрантка за спеціальністю 073 – Менеджмент
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Берегова Катерина Василівна

*завідувачка приймального відділення
Центру реконструктивної та відновної медицини
(Університетська клініка)
магістрантка за спеціальністю 073 – Менеджмент
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Створення університетської клініки – це важливий крок для розвитку будь-якого медичного закладу. Це сприяє зближенню науки та практики, що може поліпшити якість надання медичних послуг, сприяти науковим дослідженням та навчанню нового покоління лікарів.

Одне з надбань нашого університету – його Університетські клініки. Ми пишаємося тим, що перша Університетська клініка в незалежній Україні була відроджена в Одесі. Всім відомо, що ініціатором відновлення Університетської клініки Одеського національного медичного університету був академік В.М. Запорожан. Він втілював у життя свою мрію

та створив в нашому університеті ефективну модель клініки, що об'єднує кращий педагогічний, науковий і лікарський потенціал. Роль університетських клінік у підготовці студентів і лікарів важко переоцінити. Студенти та курсанти мають можливість навчатися використанню в лікуванні хворих найсучаснішого обладнання. За деякими напрямками хірургії й онкології наш університет став першим в Україні. Досвід використання гіпертермічної хіміоперфузії при онкологічних захворюваннях, включно з ізольованою хіміоперфузією кінцівок. Проєкт створення університетської клініки ОНМедУ став пілотним для всієї України, і ми цим пишаємося, а також з'явиться можливість залучати додаткове фінансування шляхом підписання договору з НСЗУ [1].

Об'єднання науки і практики у великих медичних закладах таких міст, як Київ, Одеса та Харків, може створити сприятливі умови для співпраці між науковцями, лікарями та студентами медичних університетів, що сприятиме інноваціям та підвищенню якості медичної допомоги.

Перехід української медицини до стандартів Всесвітньої федерації медичної освіти може бути критичним для подальшого розвитку медичної галузі в країні.

Так, університетські клініки дійсно є важливими лікувально-навчально-науковими закладами, що забезпечують інтеграцію медичної освіти, науки та практики. Однією з основних переваг університетських клінік є їх здатність до широкої співпраці з міжнародними партнерами та інституціями. Це створює можливість для обміну знаннями, досліджень та найкращих практик у медичній сфері.

Віденський та Берлінський медичні університети відомі своїми високими стандартами навчання, досліджень та лікування. Їх університетські клініки є центрами високотехнологічної медицини, де поєднуються передові методи лікування з навчанням студентів та проведенням наукових досліджень. [5]

Співпраця з такими університетськими клініками може значно збагатити медичну практику та допомогти у впровадженні новітніх медичних технологій та методик лікування.

Університетська клініка – це потужний навчально-науковий-лікувальний заклад, який оснащений найсучаснішим діагностичним обладнанням, має досвідчені кадри вищої кваліфікації, впроваджує в практику роботи найновіші методи і технології лікувальної роботи. Формування ціннісного ставлення до здоров'я в суспільстві – це складний соціальний процес, результат взаємодії соціально-економічного розвитку держави, рівня освіти і культури здоров'я населення, а також його матеріального і духовного добробуту і інших чинників життєдіяльності. Спосіб життя, якість життя – це найважливіші фактори ризику, що впливають на суспільне та індивідуальне здоров'я. Необхідно створити цілісну єдину

систему, об'єднавши в неї системи освіти, охорони здоров'я, фізичної культури і спорту. Вона повинна бути заснована на принципах конвергенції культур Заходу та Сходу, холізму (цілісності), синергійності, усвідомлення власних дій в будь-який момент часу кожною людиною. Сприяння інноваційно-технологічного розвитку галузі на основі зв'язку «державне управління – медична освіта й наука – медичний заклад». Проведення інформаційної кампанії з метою підвищення обізнаності населення щодо цілей та етапів трансформації медичної системи, популяризації змін тощо.

Література:

1. Рудінська О., Кусик Н., Жмай О. Імплементация синергії функцій менеджера та лікаря в управлінській діяльності на прикладі клінік одеського національного медичного університету. *Економіка та суспільство*. 2023. № 55.
2. Рудінська О. В., Белякова В. В. Критерії й оцінка ефективної діяльності управлінської команди в сучасному багатопрофільному підприємстві. *Ринкова економіка управління*. 2016. № 15, вип. 3. С. 65–79.
3. «Державне управління: удосконалення та розвитку» включено до переліку наукових фахових видань України з питань, державного управління (Наказ Міністерства освіти і науки України від 22.12.2016 № 1604). <https://nauka.com.ua> (№7 30.07.2019 р.)
4. Рингач Н. О. Громадське здоров'я як чинник національної безпеки : монографія. К. : НАДУ, 200. 296 с.

**ВИБРАНІ ПИТАННЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ
УСКЛАДНЕНИХ ДЕКУБІТАЛЬНИХ ВИРАЗОК
М'ЯКИХ ТКАНИН**

Вергун Андрій Романович

*доктор медичних наук,
доцент кафедри сімейної медицини,
старший інспектор наукового відділу,
лікар-хірург вищої категорії,
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького
м. Львів, Україна*

Мацях Юрій Михайлович

*студент 5 курсу медичного факультету № 2
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького
м. Львів, Україна*

Литвинчук Михайло Михайлович

*ординатор відділення паліативної допомоги
Комунальне некомерційне підприємство
“Львівське територіальне медичне об'єднання
“Клінічна лікарня планового лікування, реабілітації
та паліативної допомоги”, ВП “4-а лікарня”
м. Львів, Україна*

Постановка проблеми. У ослаблених, нерухомих лежачих хворих, які займають пасивне положення в ліжку нерідко виникаєть локальні зміни дистрофічного і виразково-некротичного характеру, що детерміновані порушеннями трофіки шкірних покривів та глибшележачих тканин. Як відомо, для четвертої стадії пролежнів – декубітальних виразок (ДВ) характерне некротизування та абсцедування, можуть виникати гнійні запливи та/або конгломерати некрозів, які нерідко не дають можливості візуалізувати і повноцінно верифікувати реальну глибину ушкодження. У той же час, при зменшенні тривалості компресії або зовнішнього тиску на тканини в останніх виникають мінімальні парабіотичні зміни без будь-яких наслідків. Найбільш важливими факторами, що сприяють утворенню

ДВ є безперервний тиск, тertia, сили зсуву, патологічна вологість м'яких тканин, попадання на шкірні покриви фізіологічних виділень з подальшою мацерацією на фоні тривало існуючого вимушеного положення хворого та гіподинамії. Сучасні наукові дослідження спрямовані, на жаль, в основному на розробку нових методів лікування пролежневих виразок, які вже утворилися. Відсутня однозначна думка про критерії підготовленості пролежня (які впливають на результати операції) до хірургічного лікування, що остаточно детермінує тривалість перебування пацієнта в стаціонарі.

Найбільш важливим у профілактиці пролежнів та прогресування ДВ є виявлення ризику розвитку ускладнень. Можливе поширення процесу на прилеглі сполучнотканинні структури, виникнення контактного перихондриту, хондриту або (та) періоститу, остеомієліту. Необхідно враховувати фактори, які можуть суттєво впливати на ризик виникнення та прогресування ДВ, зокрема нутритивний стан (рівень гемоглобіну та альбуміну, харчування, масу тіла), кровообіг в тканинах (цукровий діабет, нестабільність гемодинаміки, низький артеріальний тиск погіршують мікроциркуляцію та оксигенацію), зволоження шкіри (сухість та надмірна вологість збільшують ризик пролежнів), загальний стан здоров'я та похилий вік, а також порушення чутливості та температуру тіла. Профілактика та лікування неускладнених та ускладнених ДВ є важливими питаннями паліативної допомоги, потребують ретельного вивчення, подальшого розпрацювання в контексті створення алгоритмів надання медичної допомоги. Пацієнти з неускладненими поверхневими ДВ не потребують хірургічного лікування, але наявність змін на шкірі має мобілізувати медичний персонал на профілактику прогресування процесу та виникнення гнійних ускладнень. Крім спеціальних заходів профілактики необхідне обов'язкове лікування супутніх синдромів, які сприяють формуванню ДВ різної локалізації (цукрового діабету, оклюзійних захворювання артерій), адекватне знеболювання і корекція водно-електролітного балансу.

Мета роботи. Дослідити можливості і оптимізувати комплексне лікування ускладнених декубітальних виразок (пролежнів) III–IV стадій з формуванням вторинних гнійних вогнищ.

Матеріал та методи. Загальну вибірку ретро- та проспективного аналізу становили результати комплексного лікування 412 пацієнтів, віком 40–93 років: 174 чоловіків та 238 жінок, які лікувалися стаціонарно за 10-річний період у відділенні паліативної допомоги комунальної 4 міської клінічної лікарні м. Львова; перебіг захворювання у яких характеризувався формуванням ДВ м'яких тканин. При ускладнених ДВ м'яких тканин III–IV стадії була проведена комплексна хірургічна санація і комплексне лікування згідно з протоколами. Оцінка безпечності

препаратів включала реєстрацію та аналіз побічних ефектів. Від усіх учасників одержано інформаційну згоду та вжиті всі заходи для забезпечення анонімності отриманих клінічних результатів, які були опрацьовані методами описової та варіаційної статистики з визначенням ступеня впливу досліджуваних засобів на швидкість кіркування та декубітальних виразок, математичного прогнозування за допомогою офісного стандартного пакету програмного забезпечення. У статистичних сукупностях визначалися прогнозовану частоту виявлення ускладнень і рецидивів у подібних вибірках (довірювальний інтервал 95 %) по методу інтерполяції з ціллю вивчення ефективності хірургічної тактики та прогнозування якості життя. Для вивчення ефективності кожної методики комплексного лікування використано ліцензійне забезпечення.

Результати дослідження. Адекватний догляд та лікування хворих з хронічними ранами та, зокрема, належками (пролежнями) є можливим лише при застосування комплексних стратегій та алгоритмів. Активно застосовується стратегія TIME (Tissue management), – некректомія, боротьба з проявами інфекції. Новим кроком у лікуванні хронічних гнійних ран є стратегія DOMINATE, яку можна вважати клінічним протоколом, застосування протипролежневих ортопедичних матраців та інших декомпресійних заходів. Правильний вибір адсорбуючої пов'язки дозволяє контролювати процес ексудації, запобігати розпаду нових колагенових структур, оптимізувати процес формування грануляцій і впливати на неоваскуляризацію у проліферативній фазі. Велике значення у курації пацієнтів з хронічними ранами має адекватне харчування. Для успішного загоєння необхідно покращити кровопостачання та забезпечити оксигенацію тканин, застосовуються дезагреганти, судинно розширюючі препарати. Проте дані стратегії не відповідають патогенезу пролежнів та необхідній послідовності застосування основних етапів комплексного лікування, щодо неускладнених та ускладнених належків м'яких тканин. На основі стратегії DOMINATE нами створено стратегію NODITE, патогенетично обґрунтовану та адаптовану для лікування пролежнів з адекватною реалізацією принципів догляду та терапії. Необхідно враховувати склад мікрофлори. Видалення нежитездатних тканин із рани при наявності колікваційного (вологого) некрозу чи обмежених (демаркованих) сухого некрозу у рані зменшує кількість бактерій та інтенсивність їх росту, відповідно зменшує перифокальний запальний процес. Також включає розкриття та дренивання гнійних затьоків з прецизійною поетапною некр-, а при необхідності – секвестрнекректомією, заходи механічного впливу, етапне видалення бактерійно-фібринозних нашарувань, що містять патогенні мікроорганізми, та дрібних ділянок некрозу; застосування вологих і сухих пов'язок, сеансів лікувального ультразвукового впливу на рани, лазеротерапії, також

аутолітичної терапії, гелевих та абсорбційних пов'язок, яким притаманний осмотичний ефект. Широко використовується місцева ензимотерапія у вигляді присипки трипсину, хімотрипсину, колагенази; гіпербарична оксигенація, ранова терапія негативним тиском, аспіраційне дренивання, клітинна терапія тощо. Даній категорії пацієнтів призначаються також курси фізіотерапії. Показане застосування нестероїдної протизапальної терапії, системної ферментної терапії сераціопептидазою, лімфовенотоніків, судиннорозширювальних препаратів.

У 16% осіб з ускладненими ДВ констатовано локальну гіперемію, десквамацію епідермісу та мацерацію з формуванням гнійної рани, коагуляційні некрози – у 79%, коліквацийні з гнійними виділеннями – у 51% субвибірки та гнійними запливами у 15% пацієнтів. Відсутність грануляцій, ексудація з рани, почервоніння шкіри у ділянці ДВ були ознаками гнійного процесу – у всіх випадках коліквацийного некрозу та нагноєння було проведено хірургічну санацію, 42% хворих потребували проведення повторних ревізій та санацій, ренекректомії. При необхідності накладали контрапертури. Гнійні запливи дренивали гумовими випускниками, виповнювали гідрофільним лініментом та тампонами змоченими поліводоніодом. Основну рану виповнювали стерильними марлевими тампонами з гідрофільним лініментом. У післяопераційному періоді на фоні продовження комплексної системної терапії та корекції коморбідної патології порожнину щоденно промивали через контрапертури розчином антисептиків та здійснювали заміну тампонів з поєднанням антисептичних препаратів. Здійснювали адекватне дренивання основної рани та заплівів, місцеве застосування йодовмісних антисептиків та мазових пов'язок. Застосування не лише антибіотикотерапії, але також видалення некротів, адекватного дренивання і місцевого лікування призводило до суттєвого зменшення ознак гнійно-некротичного запалення та покращення швидкості загоєння ран від $3,4 \pm 0,39\%$ до $4,2 \pm 0,23\%$. Зміни, що виникають при цьому, є характерні для фази проліферації ранового процесу – загоєння зруйнованої матриці, регенерація клітин. При застосуванні мазових пов'язок гранулювання спостерігалось відповідно на $5,1 \pm 0,2$ при ДВ III та $6,4 \pm 0,1$ день при ДВ IV стадій. Спостерігали значне зменшення перифокального набряку та інфільтрації, прискорення очищення дна рани від некротичного детриту, адекватне гранулювання на 10–12 день від початку лікування запропонованим поєднанням антисептиків, появу ознак крайової епітелізації. При застосуванні стратегії NODITE нами встановлено повне загоєння ускладнених пролежнів у терміні 45–60 днів у половини хворих основної групи, тоді як у групах контролю цей показник становив лише 35,7%. Переміщення шкірних клаптів та автодермопластика є методами вибору при великому шкірному

дефекті, значних змінах навколишніх тканин і ураженні кісткових утворень.

Таким чином, успішна профілактика та лікування декубітальних виразок в умовах відділення паліативної допомоги є клінічно доцільними. Модифіковано послідовність DOMINATE з урахуванням клінічних особливостей пролежнів, створено патогенетично обґрунтовану та адаптовану для лікування оригінальну схему (стратегію NODITE) з адекватною послідовністю догляду та комплексної терапії. При неможливості одномоментного видалення некротичних мас з позицій Damage-контролю за загальним станом пацієнта, поширеності та вираженості запально-деструктивних змін або додаткового/повторного формування некрозів застосовували тактику повторних, програмованих ресанцій / ренекректомій.

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-406-4-30>

UNIVERSITY CLINIC – AS A NECESSARY CONDITION FOR THE FORMATION OF PROFESSIONAL COMPETENCES OF FUTURE DENTISTS

Gorb-Gavrylchenko Inna Viktorivna

*Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,
Associate Professor at the Department of Therapeutic Dentistry
Dnipro State Medical University
Dnipro, Ukraine*

Studying at the Faculty of Dentistry requires the student to gain not only theoretical knowledge, but also the ability to work with his hands, communicate with the patient, and think clinically [1]. During classes, students receive an algorithm for the actions to be performed, the teacher monitors and, if necessary, corrects errors in the work. Practicing and monitoring practical skills during practical classes often takes place on phantoms. However, the use of phantoms in training, although effective, cannot completely replace the entire variety of situations encountered in the clinic. Many authors note that even propaedeutic skills among students are underdeveloped, and there is no need to even talk about such complex manipulations as working with periodontium [2].

Conducting practical classes on the basis of a university clinic with the development of practical skills at the patient's chair ensures the acquisition and consolidation of the necessary skills, the formation of professional competencies, readiness for independent and individual work, and making responsible decisions. Working with patients develops in students the ability to scientifically analyze medical and socially significant problems, readiness for logical analysis of various types of reasoning, mastery of communication skills, argumentation, polemics and discussion [3].

In connection with the intensive development of dentistry, the constant emergence of new filling materials, modernization of equipment, and the introduction of modern drugs, there is a need to use theoretical knowledge in practice. Students have this opportunity in a clinic where the equipment meets the modern requirements of the dental market. Under the guidance of a teacher, students examine the patient using basic and additional examination methods, formulate a clinical diagnosis, draw up a treatment plan, and fill out a clinical chart for a dental patient. While practicing practical skills during a clinical appointment with a patient, they master and consolidate the stages of treatment of complicated and uncomplicated caries and non-carious lesions. Students at the clinic also focus on the sanitary and epidemiological regime for the prevention of AIDS, viral hepatitis, tuberculosis, and apply the basic principles of asepsis and antiseptics.

Particular attention is paid to the treatment of periodontal diseases. During the VII-VIII semesters, students study the section "Periodontology" and consolidate their acquired knowledge in the practical part. If we talk about the complex treatment of periodontal diseases and, first of all, periodontitis, then, as is known, it should include a certain sequence of preventive and therapeutic measures. Providing full assistance is possible in two ways. The first way is to involve the maximum number of specialists in the provision of dental care: hygienist, dental therapist, dental surgeon, orthopedic dentist. If we use the first principle, then the responsibility of a particular doctor for the final result of treatment is completely "blurred". The second way is to carry out the main stages of complex treatment by a doctor who is directly involved in providing care for this pathology – a periodontist.

Particularly important is the organization of periodontal offices for these purposes, where students have the opportunity to familiarize themselves with the equipment of the periodontal office, master and consolidate basic practical skills. In such an office, students can examine patients with periodontal diseases using basic clinical examinations (questioning, clarification of complaints, life history, medical history, external examination, examination of the vestibule of the oral cavity, the oral cavity itself, dentition, gums, dental-gingival attachment, determining the presence, depth and contents of periodontal pockets, tooth mobility, furcation, recession, etc.) and special examination methods (assess the

hygienic state of the oral cavity using the Fedorov-Volodkina and Green-Vermillion indices, conduct the Schiller-Pisarev test, determine the PMA index, Russell periodontal index, SPITN index). Among the additional examination methods: the condition of the bone tissue of the alveolar process was assessed using orthopantomograms. Based on the examination results, students make a final diagnosis and draw up a treatment plan.

Thus, conducting classes in therapeutic dentistry at a university clinic is an important stage in the training of dentists and is of great importance in acquiring practical skills. Our observations at the Department of Therapeutic Dentistry show that students, after practicing practical skills during a clinical appointment with a patient, take the study of theoretical material more seriously.

Bibliography:

1. Балусєва О. В. Формування стратегічних напрямів діяльності вищих медичних навчальних закладів, спрямованих на удосконалення підготовки медичних кадрів. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2013. № 12. (Електронне наукове фахове видання.)

2. Ляшук П. М., Пішак В. П. Клініка – вища школа лікарської майстерності. *Буковинський медичний вісник*. 2007. Т. 11. № 1. С. 151–153.

3. Лісовий В. М., Капустник В. А., Резуненко Ю. К., Коростій В. І. Університетські клініки в розвитку вищої медичної освіти. *Сучасні підходи до вищої медичної освіти в Україні (з дистанційним під'єднанням ВМ(Ф)НЗ України за допомогою відеоконференц-зв'язку)* : матеріали XIV Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, присвяченої 60-річчю ТДМУ (Тернопіль, 18–19 травня 2017 р.) : у 2 т. Терноп. держ. мед. ун-т імені І. Я. Горбачевського. Тернопіль : ТДМУ. 2017. Т. 1. 211 с.

ІННОВАЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО ФОРМУВАННЯ ТА РОЗВИТКУ АКАДЕМІЧНОГО РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЦЕНТРУ У ЗАКЛАДІ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Горошко Вікторія Іванівна

*кандидат медичних наук, доцент,
завідувачка кафедри фізичної терапії та ергоterapiї
Національний університет «Полтавська політехніка
імені Юрія Кондратюка»
м. Полтава, Україна*

Охорона здоров'я – це сфера діяльності, яка забезпечує право громадян на збереження здоров'я, яке є національним надбанням і тому залишається пріоритетним у політичному, економічному та соціальному житті країни. У сучасній ситуації, коли ринок реабілітаційних послуг формується через військові дії, змінюються вимоги до системи управління в медичних установах. Реформа системи охорони здоров'я орієнтована на впровадження ринкових механізмів управління та контролю і передбачає раціональне використання ресурсів (фінансових, фізичних та технологічних, людських та інформаційних). Удосконалення управління кадрами в медичній галузі, розвиток і модернізація медичної освіти і науки є одними з пріоритетних напрямків розвитку системи охорони здоров'я [1].

У зв'язку з розвитком реабілітаційної допомоги, а також необхідністю розвитку наукової складової нами були розроблені модель та принципи роботи університетського реабілітаційного центру. Були зроблені спроби впровадження міждисциплінарного командного підходу у сфері реабілітації. Зазначимо, що модель академічного реабілітаційного центру розроблено на основі вивчення літературних джерел, методів соціологічного дослідження та аналізу даних результатів науково-дослідних тем. Принципи роботи включають: корпоративне управління, формування корпоративної культури, пацієнто-центрований підхід, командну роботу, високу якість реабілітаційної допомоги, впровадження новітніх медичних технологій та інновацій. Триєдність науки, освіти та клінічної практики у впровадженні інтегрованої моделі догляду дозволить збільшити результативність надання реабілітаційних послуг [2].

Для досягнення цієї мети були визначені стратегічні завдання та цілі. Управління академічним реабілітаційним центром передбачає розробку та впровадження елементів управління, таких як корпоративне управління та відповідальність, нові структури та функції управління, і зосереджено

на кінцевому результаті. Відповідно корпоративне управління передбачає прийняття бізнес-рішень шляхом колективного обговорення та схвалення як на рівні окремого відділення, так і на рівні усього університету. Нова структура управління розроблена для кількох рівнів систем. Перший рівень управління – координаційна рада, до складу якої входять керівники університету (ректор, проректори, директор відповідного факультету, керівник реабілітаційного центру). Координаційну раду очолює ректор або проректор університету. Другий рівень – Рада директорів, до складу якої входять директор Центру, заступники директора та керівники служб за окремими напрямками. Діяльність виконавчого комітету очолює директор реабілітаційного центру. Третій рівень – за вказаними принципами створюється робоча група, до складу якої входять керівники структурних підрозділів та окремі експерти [3].

Ідея реабілітаційного центру, заснованого на принципах пацієнто-центричного підходу, являє собою відхід від традиційних методів надання допомоги. Застосування принципів командної роботи має підвищити якість роботи, задоволеність пацієнтів, сприяти ефективності та покращити загальний процес реабілітації. Міждисциплінарна співпраця – це обмін інформацією та навичками між різними науковцями. В університетському середовищі такі обміни є скоординованими та інтегрованими, а не фрагментованими, як у звичайних клініках. Для цього запроваджено не лише навчання персоналу, а й елемент планової участі. Міждисциплінарні команди характеризуються певною послідовністю взаємодії та наголосом на досягненні консенсусу. Регулярні зустрічі – це в основному обговорення конкретних клінічних випадків. Пацієнт або родина зустрічаються з усією командою чи окремими членами команди. Консультація експертів базується на принципі співпраці, що підвищує ефективність і швидкість процесу досягнення консенсусу та робить дії більш скоординованими. Наявність різних фахівців дозволяє максимально точно та професійно оцінити стан пацієнта, надати широкий спектр послуг і успішно вирішувати виникаючі проблеми. Принципи організації мультидисциплінарних команд (МДК) складаються з кількох кроків, а саме формування та визначення складу МДК, визначення функцій і завдань, цілей МДК, формування командної комунікації та її поетапна реалізація [4].

Оптимізація діяльності реабілітаційного центру та моделей догляду стала максимально можливою після включення у міждисциплінарні групи менеджерів, які скеровують діяльність групи та відповідають за наступні завдання: планування групової роботи, тестування експертів і призначаєте їх на посади та розподіл обов'язків (створення клінічних блок-схем і детальних планів дій для реабілітаційної бригади, а також створення маршрутів пацієнтів), аналіз виконаної роботи, надання звітів про

діяльність групи, забезпечення професійного росту членів команди для підвищення якості роботи.

Розвиток триєдності науки, освіти та клінічної практики забезпечує якісну медичну освіту на основі здобуття сучасних теоретичних знань і практичних навичок, а також покращує якість надання медичної допомоги на основі доступу до передових технологій та покращення наукових розробок. Існує тісний зв'язок між освітою, науковими дослідженнями та реабілітацією. Система охорони здоров'я не може належним чином виконувати свою діяльність без постійного постачання кваліфікованого персоналу та нових наукових знань. Університетські реабілітаційні центри мають стати головними акторами у формуванні нових філософій реабілітаційної підтримки. Триєдина модель реалізована в аспектах клініка + освіта + дослідження. Клінічні аспекти включають клінічне спостереження, обговорення клінічних випадків, залучення викладачів до практичної діяльності та пацієнт-орієнтоване залучення персоналу в підході. Освітній аспект складається з викладання (супервізії), навчання через дослідження, впровадження інноваційних методів навчання та залучення клініцистів до навчального процесу. Дослідницький аспект складається з наукового керівництва, участі у дослідницьких проєктах, публікаційної діяльності, розвитку дослідницьких навичок та залучення викладачів наукового відділу та клініцистів до дослідження. Тому триєдиний розвиток гарантує якісну освіту на основі формування академічного середовища, набуття сучасних теоретичних знань і практичних навичок, а також покращує якість медичної допомоги на основі доступу до передових технологій і вдосконалення наукових розробок [5].

Основною місією Університетського реабілітаційного центру є досягнення високого рівня надання реабілітаційних послуг, освіти та проведення якісних наукових досліджень. Характеристика роботи реабілітологів в університетських клініках характеризується проведенням клінічної діяльності, а також навчанням студентів, ординаторів та інших спеціалістів на роботі, що займаються збором даних за результатами клінічної практики та проведенням досліджень.

Отже, запровадження моделі Університетського реабілітаційного центру дозволить задовольнити такі потреби як запровадження нової системи управління, заснованої на корпоративній відповідальності, задоволення потреб пацієнтів шляхом надання допоміжних основі командного підходу, формування академічної культури, впровадження інноваційних технологій на основі доказової медицини. Університетський реабілітаційний центр одночасно виконує потрійну місію дослідження, освіти та клінічної практики.

Така модель університетського реабілітаційного центру відповідає стратегічному документу розвитку реабілітації та може стати «містком» до побудови академічної системи медицини та науки.

Література:

1. Stoliaryk O., Zubchuk O., Semigina T. Family social work: the realities of Ukraine. *Scientific bulletin of South Ukrainian National Pedagogical University named after K. D. Ushynsky*. 2020. Т. 2020, № 4(133). С. 38–46. URL: <https://doi.org/10.24195/2617-6688-2020-4-5> (дата звернення: 14.04.2024).

2. Глушко Н., Супрун Д., Супрун М. Соціально-педагогічна робота із дезадаптованими старшими підлітками (зарубіжний досвід). *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*. 2021. Т. 1, № 16. С. 76–92. URL: <https://doi.org/10.33189/epsn.v1i16.142> (дата звернення: 14.04.2024).

3. Stoliaryk O., Zubchuk O., Semigina T. Family social work: the realities of Ukraine. *Scientific bulletin of South Ukrainian National Pedagogical University named after K. D. Ushynsky*. 2020. Т. 2020, № 4(133). С. 38–46. URL: <https://doi.org/10.24195/2617-6688-2020-4-5> (дата звернення: 14.04.2024).

4. Тімченко О., Христенко В., Кердивар В. Створення єдиної системної організації психологічної реабілітації учасників бойових дій в незалежній Україні. *Вісник Національного університету оборони України*. 2022. С. 164–173. URL: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2022-70-6-164-173> (дата звернення: 14.04.2024).

5. Vozniuk V., Krasiuk S. Organization and activity of university clinics: past and present. *Ukrainian Scientific Medical Youth Journal*. 2022. Vol. 134, no. 4. P. 44–52. URL: [https://doi.org/10.32345/usmyj.4\(134\).2022.44-52](https://doi.org/10.32345/usmyj.4(134).2022.44-52) (date of access: 14.04.2024).

РОЛЬ НАУКОВИХ ПАРКІВ У КОМЕРЦІАЛІЗАЦІЇ УНІВЕРСИТЕТСЬКИХ ІННОВАЦІЙ ТА ПІДТРИМЦІ СТАЛОГО РОЗВИТКУ НАЦІОНАЛЬНОЇ МЕДИЧНОЇ ІНДУСТРІЇ

Гребенник Наталя Григорівна

кандидат економічних наук, доцент,

*доцент кафедри «Економіка підприємства та організація
підприємницької діяльності*

Одеський національний медичний університет;

керівник

Одеський центр трансферу знань та технологій

м. Одеса, Україна

Наукові парки відіграють важливу роль у комерціалізації знань та трансфері технологій, сприяючи розвитку нових медичних технологій, продуктів і послуг. Це дозволить зменшити залежність від імпорту технологій, покращити якість медичних послуг, зберегти та збільшити науковий потенціал, створити нові робочі місця та залучити інвестиції. Такий підхід сприятиме економічній стабільності та підвищенню конкурентоспроможності національної медичної індустрії.

Історія наукових парків почалася у середині 20-го століття в США і охоплює кілька етапів розвитку, від простих інкубаторів до складних інноваційних екосистем. У дослідженні [1], представленому в Стамбулі у 2014 році, запропонована еволюція та значення технологічних парків. Автор визначає три покоління науково-технічних парків, які еволюціонували від простих місць для розміщення інноваторів до мережевих центрів з глобальними зв'язками. Кожне покоління відзначалося зростанням складності функцій та розширенням місії парків. Ми пропонуємо четверте покоління наукових парків, яке може бути представлене як глобальні цифрові інноваційні мережі, що ще інтенсивніше інтегруються з академічними та освітніми установами, залучаючи бізнес-сектор на новому рівні.

В Україні розвиток наукових парків розпочався з початку 1990-х років. Закон України «Про наукові парки» [2] регулює правові, економічні та організаційні аспекти їх діяльності. Наукові парки створюються у формі господарського товариства за участю закладів вищої освіти та/або наукових установ. Вони отримують державну підтримку у вигляді фінансування, податкових пільг та інших заходів. На відміну від міжнародних моделей, де переважають приватні інвестиції, українські

наукові парки фінансуються державою, що забезпечує важливу підтримку, але може створювати бюрократичні бар'єри та ускладнювати управління.

У відкритих джерелах доступна інформація щодо розвитку наукових парків в Україні лише до 2021 року. За період з 2019 року по 2021 рік кількість наукових парків зросла з 28 до 36, що підверджує зростання інтересу до цієї форми підтримки інновацій. Також спостерігалось зростання кількості резидентів з 180 до 247, що свідчило про більшу привабливість наукових парків для стартапів та малих інноваційних компаній. Обсяг інвестицій, залучених науковими парками, значно зріс – з 8,5 мільярдів гривень у 2019 році до 14,5 мільярдів гривень у 2021 році, що демонструвало зростання довіри з боку інвесторів. Крім того, кількість робочих місць, створених резидентами наукових парків, збільшилася з 4500 до 6700, що відзначало внесок цих структур у розвиток економіки країни. Зросла і кількість нових продуктів та послуг, розроблених та виведених на ринок резидентами, з 150 у 2019 році до 230 у 2021 році, а також кількість патентів та авторських свідоцтв зросла з 420 до 580. Це підкреслює ефективність наукових парків у підтримці інновацій та захисту інтелектуальної власності [3].

У звіті [4] наведено кількість заявок на винаходи та корисні моделі у різних технічних напрямках, включаючи сферу охорони здоров'я, медичної техніки, біотехнологій та фармацевтики, а також активність науково-дослідних установ (рис. 1). Зменшення кількості заявок у ключових технічних напрямках, таких як охорона здоров'я, медична техніка, біотехнології та фармацевтика, свідчить про потребу у залученні додаткових інвестицій, підтримці державних та приватних ініціатив, а також розвитку партнерств між університетами, бізнесом та медичними установами. Це дозволить підвищити ефективність комерціалізації новітніх розробок та зміцнити науковий і економічний потенціал країни.

На сайті МОН на квітень 2024 року наведено 40 [5] зареєстрованих наукових парків. Але аналіз відкритої інформації про результати їх діяльності свідчить, що реально функціонує до 20 % заявлених наукових парків. В медичній сфері є результати тільки наукового парку «Львівська політехніка». У 2023 році в Україні створено Науковий кластер «Наукові парки України» [6] для взаємодії бізнесу, інвесторів та інноваторів. Ключові цілі включають впровадження економічно ефективних моделей розвитку наукових парків, комерціалізацію наукових досліджень та перетворення університетів на світові центри інновацій.

При цьому, наукові парки в Україні, хоч і мають потенціал стати важливими центрами інновацій та технологічного розвитку, зіштовхуються з низкою проблем і викликів, які уповільнюють їхній прогрес та обмежують вплив на економіку та науку.

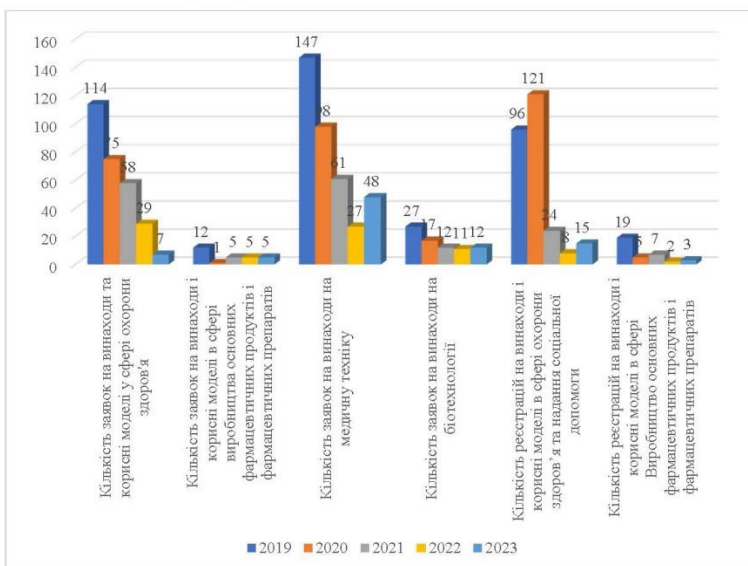


Рис. 1. Кількість заявок та реєстрацій на винаходи та корисні моделі в сфері медицини



Рис. 2. Бар'єри у розвитку наукових парків України та напрямики їх подолання

Наукові парки в Україні стикаються з фінансовими, регуляторними та інфраструктурними бар'єрами, які уповільнюють їх розвиток. Більшість університетів покладаються на нестабільне державне фінансування, що обмежує їх мотивацію розвивати наукові парки. Регуляторні перешкоди, такі як бюрократія і складність правового регулювання, ускладнюють комерціалізацію інновацій. Існує гостра потреба у фахівцях для ефективного управління науковими парками, а застаріла інфраструктура обмежує проведення сучасних досліджень. Стратегії подолання цих бар'єрів включають залучення приватного капіталу, розвиток підприємницької культури та модернізацію інфраструктури.

Наукові парки можуть відіграти важливу роль у комерціалізації університетських інновацій та підтримці сталого розвитку медичної індустрії України. Розвиток цих парків буде супроводжуватися зростанням кількості інноваційних резидентів, інвестицій та створенням нових робочих місць, що підтверджується світовим досвідом. Аналіз показників патентної активності та інвестицій свідчить про важливість державної підтримки, включаючи фінансування та податкові пільги, для стимулювання інноваційної діяльності. Проте фінансові, регуляторні та інфраструктурні бар'єри залишаються значними викликами, що уповільнюють комерціалізацію знань та знижують конкурентоспроможність національної економіки.

В подальшому планується розробка моделі успішного партнерства між університетами та бізнесом в різних галузях економіки для підвищення ефективності комерціалізації інновацій.

Література:

1. Hodgson B. Models and contributions of Technology Parks // Presented at the International Conference on Innovation and Technology, Istanbul, Turkey May 26–28 2014. URL: <https://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/MNA/presentations/Istanbul2014BobHodgson.pdf>.

2. Закону України «Про наукові парки» у редакції від 12.04.2022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1563-17#Text> (Дата звернення 5.05.2024 р.).

3. Показники ефективності наукових парків. URL: <https://mon.gov.ua/ua/nauka/innovacijna-diyalnist-ta-transfer-tehnologij/naukovi-parki/pokazniki-diyalnosti-naukovih-parkiv> (Дата звернення 5.05.2024 р.).

4. Показники діяльності у сфері інтелектуальної власності: 2023 рік. Київ: Укрпатент. URL: <https://cuesc.org.ua/wp-content/uploads/2023/03/IP-in-Figures-2023-web-.pdf>

5. Наукові парки. URL: <https://mon.gov.ua/ua/nauka/innovacijna-diyalnist-ta-transfer-tehnologij/naukovi-parki>(Дата звернення 5.05.2024 р.).

6. Науковий кластер «Наукові парки України». URL: <https://g-aggregator.com/sciencecluster>

СЕКЦІЯ 6. ПСИХОЛОГІЯ КОМУНІКАЦІЙ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-406-4-33>

ПОРЯДОК ВЗАЄМОДІЇ ОРГАНІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ПРИ ДОКУМЕНТУВАННІ ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА

Бабкіна Олена Петрівна

доктор медичних наук,

професор кафедри патофізіології

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця;

завідувач організаційно-методичного відділу

Київського міського клінічного бюро судово-медичної експертизи

м. Київ, Україна

Данильченко Світлана Іванівна

кандидат медичних наук,

доцент кафедри фізичної терапії та ерготерапії

Херсонський державний університет

м. Херсон, Україна

В Україні, через постійні обстріли, повітряні тривоги, загрозу для життя, невизначеність ситуації, зростання психоемоційного навантаження на населення, збільшується кількість випадків фізичного, психологічного та сексуального насильства, зокрема випадків домашнього насильства. Система заходів щодо запобігання, протидії та профілактики домашнього насильства закріплена на законодавчому рівні, вдосконалюється з залученням міжнародних та національних інституцій, взаємодії/комунікації між правоохоронними органами, соціальними службами, закладами охорони здоров'я, судовими експертами та іншими службами для надання правової та медичної допомоги, соціально-психологічної підтримки постраждалим особам [1–6].

Метою роботи було узагальнення рекомендацій щодо порядку взаємодії/комунікації закладів охорони здоров'я з іншими інституціями при документуванні випадків домашнього насильства, наданні медичної/психологічної допомоги з дотриманням прав пацієнтів та забезпеченням безпеки.

Результати дослідження та їх обговорення. В Україні питання протидії домашньому насильству постійно вдосконалюється, про що свідчить прийняття низки законодавчих документів і внесення змін у вже існуючі. Так, Законом України № 2229-VIII «Про запобігання та протидію домашньому насильству» (07.12.2017 року прийнятий, набрав чинності 07.01.2018) визначені «організаційно-правові засади запобігання та протидії домашньому насильству, основні напрями реалізації державної політики у сфері запобігання та протидії домашньому насильству, спрямовані на захист прав та інтересів осіб, які постраждали від такого насильства» [1]. 06.12.2017 Законом України № 2227-VIII «Про внесення змін до Кримінального (КК) та Кримінального процесуального кодексів (КПК) України з метою реалізації положень Конвенції Ради Європи про запобігання насильству стосовно жінок і домашньому насильству та боротьбу з цими явищами» (набрав чинності 11.01.2019) були внесені зміни до КПК України, а саме визначення домашнього насильства статтею 1261. «Домашнє насильство, тобто умисне систематичне вчинення фізичного, психологічного або економічного насильства щодо подружжя чи колишнього подружжя або іншої особи, з якою винний перебуває (перебував) у сімейних або близьких відносинах, що призводить до фізичних або психологічних страждань, розладів здоров'я, втрати працездатності, емоційної залежності або погіршення якості життя потерпілої особи». В той саме час залишилася чинною стаття 173-2 Кодексу України про адміністративні правопорушення «Вчинення домашнього насильства, насильства за ознакою статі, невиконання термінового заборонного припису або неповідомлення про місце свого тимчасового перебування». 20.06.2022 Законом № 2319-IX ратифіковано Конвенцію Ради Європи, згідно з якою забороняються всі види дискримінації жінок, захищаються їх права на вільне від насильства життя і підкреслюється необхідність дотримання рівноправності між жінками та чоловіками як однієї з умов для запобігання та припинення насильства [1–5].

За формою домашнє насильство можна розподілити на економічне, психологічне, фізичне, сексуальне. Важливу роль для проведення своєчасного фіксування та документування випадків домашнього насильства з дотриманням прав та забезпеченням безпеки постраждалих відіграє залучення медичних працівників.

Відповідно до статті 12 Закону [1] «Повноваження органів, установ і закладів охорони здоров'я у сфері запобігання та протидії домашньому насильству:

1. До повноважень органів охорони здоров'я у сфері запобігання та протидії домашньому насильству належать: розроблення та затвердження стандарту надання медичної допомоги постраждалим особам або особам,

які ймовірно постраждали від домашнього насильства; затвердження порядку проведення та документування результатів медичного обстеження постраждалих осіб; методичне забезпечення установ і закладів охорони здоров'я з питань запобігання та протидії домашньому насильству; звітування центральному органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері запобігання та протидії домашньому насильству, про результати здійснення повноважень у цій сфері у порядку, визначеному центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері запобігання та протидії домашньому насильству.

2. Установи і заклади охорони здоров'я під час здійснення заходів у сфері запобігання та протидії домашньому насильству: повідомляють уповноваженим підрозділам органів Національної поліції України про виявлення ушкоджень, що могли виникнути внаслідок вчинення домашнього насильства, а в разі виявлення ушкоджень у дитини – також службу у справах дітей; у разі виявлення тілесних ушкоджень забезпечують в установленому порядку проведення медичного обстеження постраждалих осіб; у разі виявлення ушкоджень сексуального характеру направляють постраждалих осіб на тестування на ВІЛ-інфекцію; надають медичну допомогу постраждалим особам з урахуванням індивідуальних потреб; інформують постраждалих осіб про заходи та соціальні послуги, якими вони можуть скористатися; взаємодіють з іншими суб'єктами, що здійснюють заходи у сфері запобігання та протидії домашньому насильству, відповідно до статті 15 цього Закону; звітують центральному органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері запобігання та протидії домашньому насильству, про результати здійснення повноважень у цій сфері у порядку, визначеному центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері запобігання та протидії домашньому насильству» [5].

Відповідно до «ПОРЯДКУ проведення та документування результатів медичного обстеження постраждалих осіб від домашнього насильства або осіб, які ймовірно постраждали від домашнього насильства, та надання їм медичної допомоги (затверджено Наказом Міністерства охорони здоров'я України 01 лютого 2019 року № 278, зареєстровано в Міністерстві юстиції України 14 березня 2019 р. за № 262/33233)»: 1. Керівник закладу охорони здоров'я або визначена ним особа з числа його заступників забезпечує організацію проведення медичного обстеження постраждалих осіб та документування його результатів...2. Медичні працівники під час звернення за медичною допомогою постраждалих осіб або їх законних представників повинні зафіксувати їх скарги (звернення), зібрати анамнез, провести медичний огляд з оцінкою стану постраждалої особи та в разі потреби – додаткове інструментально-лабораторне обстеження й заходи

щодо попередження наслідків сексуального насильства. Звернення постраждалих осіб фіксуються у журналі реєстрації фактів виявлення (звернення) про вчинення домашнього насильства та насильства за ознакою статі, який ведеться у закладі охорони здоров'я за формою згідно з додатком 4 до Порядку взаємодії суб'єктів, що здійснюють заходи у сфері запобігання та протидії домашньому насильству і насильству за ознакою статі, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 22 серпня 2018 року № 658 (далі – Порядок взаємодії). 3. Медичні працівники інформують постраждалу особу та/або її законного представника (якщо такий представник не є кривдником) про права, заходи та соціальні послуги, якими може скористатися постраждала особа. 4. Заклад охорони здоров'я не пізніше однієї доби інформує за допомогою телефонного зв'язку, електронної пошти з подальшим письмовим підтвердженням та з дотриманням правового режиму інформації з обмеженим доступом уповноважені підрозділи органів Національної поліції України, а у разі виявлення ушкоджень у дитини – також службу у справах дітей. 5. Заклад охорони здоров'я щокварталу до 25 числа останнього місяця кварталу подає інформацію (із зазначенням кількості постраждалих осіб, у тому числі дітей, та виду насильства) про звернення постраждалих осіб та/або їх законних представників, надання медичної допомоги постраждалим особам, направлення до інших закладів охорони здоров'я постраждалих осіб. 7. У разі звернення та доставлення до закладів охорони здоров'я осіб у зв'язку із заподіянням їм тілесних ушкоджень різного ступеня тяжкості (вогнепальні, колоті, різані, рубані рани, забої) відомості про них записуються до журналу обліку фактів звернення та доставлення до закладу охорони здоров'я осіб у зв'язку із заподіянням їм тілесних ушкоджень кримінального характеру та інформування про такі випадки органів та підрозділів поліції за формою згідно з додатком до наказу Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства охорони здоров'я України від 06 липня 2016 року № 612/679 «Про порядок обліку фактів звернення та доставлення до закладів охорони здоров'я осіб у зв'язку із заподіянням їм тілесних ушкоджень кримінального характеру та інформування про такі випадки органів і підрозділів поліції», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28 липня 2016 року а № 1051/29181. 8. Медичний працівник закладу охорони здоров'я, який виявив у особи ушкодження, що могли виникнути внаслідок домашнього насильства та насильства за ознакою статі, документує результати їх виявлення, обстеження, надання медичної допомоги та передає їх відповідальній особі за організацію проведення медичного обстеження постраждалих осіб та документування його результатів для подальшого інформування протягом доби (з часу звернення постраждалої особи) уповноважених підрозділів органів Національної поліції України.

9. Залежно від надання необхідної медичної допомоги дані загального медичного обстеження і результати досліджень уносяться до форм первинної облікової документації. 10. За вимогою постраждалій особі або її законному представнику надається необхідна інформація про медичну допомогу у вигляді довідки [1].

Відповідно до розділу III «Порядок надання медичної допомоги постраждалим особам»: 1. Надання медичної допомоги постраждалим особам ґрунтується на принципах доступності, безпечності, результативності, своєчасності, економічної ефективності, недискримінації, орієнтованості на людину. 2. Медична допомога постраждалим особам надається за потреби на всіх рівнях надання медичної допомоги як амбулаторно, так і стаціонарно. 3. Постраждала особа має право на вільний вибір лікаря, методу лікування відповідно до рекомендацій лікаря, закладу охорони здоров'я. 4. Медична допомога постраждалій особі надається за наявності добровільної інформованої письмової згоди постраждалої особи або її законного представника, якщо він не є кривдником згідно з додатком 4 до цього Порядку. Згода постраждалої особи або її законного представника на медичне втручання не потрібна у разі наявності ознак прямої загрози життю постраждалої особи (за умови неможливості отримання з об'єктивних причин згоди на таке втручання від самої постраждалої особи або її законного представника). 5. У разі звернення постраждалої особи або її законного представника до закладу охорони здоров'я первинної медичної допомоги (далі – ПМД), якщо постраждала особа не потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, необхідна медична допомога надається у закладі охорони здоров'я ПМД. За потреби відповідно до медичних показань постраждалої особи, яка не потребує екстреної медичної допомоги, а потребує надання планової вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, їй надається направлення до відповідного закладу охорони здоров'я для надання необхідної допомоги. У разі виникнення невідкладного стану у постраждалої особи на прийомі у лікаря з надання ПМД в закладі охорони здоров'я первинної медичної допомоги, внаслідок якого вона потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, лікар з надання ПМД повинен викликати бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги та до її прибуття надати постраждалій особі відповідну медичну допомогу. 6. У разі ушкоджень (або підозри) сексуального характеру здійснюються збір скарг, анамнезу, огляд статевих органів, огляд хірурга-проктолога, проводяться за потреби обстеження на ВІЛ, гепатит В, тест на вагітність або бХГЧ, тестування на сифіліс, інфекції, які передаються статевим шляхом..., аналізи на бактеріоскопічне дослідження, за потреби вакцинація проти правця, а також проти гепатиту В... У разі потреби

проводиться профілактика, діагностика та лікування правця. Дані щодо здійснених заходів заносяться до медичної документації. 7. У разі звернення постраждалої особи або її законного представника до найближчого відділення невідкладної (екстреної) медичної допомоги чи іншого закладу охорони здоров'я, який може забезпечити надання такої допомоги, медичні працівники відділення невідкладної (екстреної) медичної допомоги зобов'язані надати екстрену медичну допомогу постраждалій особі з моменту її прибуття незалежно від того, чи супроводжує її бригада екстреної (швидкої) медичної допомоги чи інші особи. 8. Надання екстреної медичної допомоги постраждалій особі у невідкладному стані на місці події, під час перевезення та у закладі охорони здоров'я здійснюється відповідно до медичних показань на основі клінічних протоколів і стандартів екстреної медичної допомоги, затверджених МОЗ. 9. Надання медичної допомоги постраждалій особі на вторинному (спеціалізована допомога) або третинному (високоспеціалізована допомога) рівні можливо як в плановому, так і в ургентному порядку. 10. Задокументований клінічний діагноз постраждалої особи має бути зашифрований відповідно до чинної МКХ-10 або ICD-10. 11. У разі госпіталізації повнолітніх постраждалих осіб для отримання ними стаціонарної медичної допомоги працівник закладу охорони здоров'я під час опитування встановлює, чи є у такої особи діти та чи забезпечені вони належним доглядом і влаштуванням на період її госпіталізації, а також інформує постраждалу особу про права, заходи та соціальні послуги, якими вона може скористатися [1].

Для фахівців всіх галузей при наданні медичної, психологічної, правової допомоги важливо пам'ятати, що право на звернення до державних органів, закладів охорони здоров'я, правозахисних організацій, психологів по допомогу постраждалих від домашнього насильства – це особисте рішення персонально кожної постраждалої особи. Однак, всім постраждалим від домашнього насильства особам завжди необхідно роз'яснити, що перелічені вище кроки допоможуть зібрати докази злочину на той випадок, якщо постраждала особа змінить думку й наважиться повідомити про нього пізніше.

В Україні, на законодавчому рівні, закріплено система заходів щодо запобігання, протидії та профілактики домашнього насильства (фізичного, сексуального, психологічного, економічного), взаємодія/комунікація між правоохоронними органами, соціальними службами, медичними установами, судовими експертами та іншими службами для надання правової та медичної допомоги, соціально-психологічної підтримки постраждалим особам з дотриманням їх прав та забезпеченням безпеки постраждалих.

Література:

1. Закон України «Про запобігання та протидію домашньому насильству». Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2229-19#Text>

1. Закон України «Про ратифікацію Конвенції Ради Європи про запобігання насильству стосовно жінок і домашньому насильству та боротьбу із цими явищами», документ 2319-IX, чинний, поточна редакція – прийняття 20.06.2022. Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2319-20#Text>

2. Постанова Кабінету міністрів України «Про затвердження Порядку взаємодії суб'єктів, що здійснюють заходи у сфері запобігання та протидії домашньому насильству і насильству за ознакою статі від 22 серпня 2018 р. № 658 (Із змінами, внесеними згідно з Постановою КМН№ 129 від 16.02.2022). Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/658-2018-%D0%BF#Text>

3. Порядок проведення та документування результатів медичного обстеження постраждалих осіб від домашнього насильства або осіб, які ймовірно постраждали від домашнього насильства, та надання їм медичної допомоги (затверджено Наказом Міністерства охорони здоров'я України 01 лютого 2019 року № 278, зареєстровано в Міністерстві юстиції України 14 березня 2019 р. за № 262/33233). Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0262-19#n16>

4. Бабкіна О. П., Ткачов А. С., Данильченко С. І. Правові та судово-медичні аспекти домашнього насильства в Україні. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2020;4(26):336–342.

НАВИЧКИ КОМУНІКАЦІЇ ТА ФАСИЛІТАЦІЇ ПРИ КОНСУЛЬТУВАННІ ПАЦІЄНТІВ БЕЗ ФІЗИЧНОГО КОНТАКТУ

***Белозерцева-Баранова Юлія Євгенівна**
асистент кафедри симуляційних медичних технологій
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

***Скороходова Юлія Вікторівна**
здобувачка другого (магістерського) рівня освіти
за спеціальністю 073 – Менеджмент
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

У сучасний період набирає обертів онлайн-консультація. Цифрові технології знайшли своє застосування у медицині. Виник новий напрямок – телемедицина, який дає можливість надавати допомогу пацієнтам без фізичного контакту, а також проводити консилиуми, обмінюватися досвідом з колегами, не залишаючи робочого місця. По відеозв'язку чи телефону можна ефективно визначити ступінь терміновості, вирішувати багато медичних та адміністративних проблем. Особливо це актуально при взаємодії з пацієнтами похилого віку, з пацієнтами, які мають хронічні захворювання, коли пацієнту складно добиратися до поліклініки для профілактичного огляду або корекції лікування. Телемедицина дозволяє, не витрачаючи сил, отримувати швидку відповідь. Давайте розглянемо всі плюси та мінуси такого виду роботи. З одного боку, зручність та швидкість передачі інформації переважаються недоліком об'єктивних даних, які можна отримати, лише під час огляду пацієнта.

Консультації по телефону та онлайн мають особливості, що вимагають від лікаря максимальної включеності та досконалого володіння навичками активного слухання для вибудовування ефективних стосунків. Без ретельної підготовки фахівців, яка спрямована не лише на розвиток клінічного мислення, а й на вміння комунікувати, не обійтись. Комунікація – це ключ, який допомагає точно проводити діагностику, вибудовувати терапевтичний альянс, який задовольняє пацієнта та лікаря та впливатиме на стан здоров'я пацієнта. Ефективність медичної консультації безпосередньо залежить від того, чи було створено довірчий контакт між лікарем і пацієнтом чи ні, чи зміг лікар вловити емоційний стан пацієнта, незважаючи на технічні обмеження, чи виявив інтерес, турботу, повагу, які

є фундаментом партнерських відносин лікар-пацієнт. При телефонному консультуванні пацієнт не може бачити міміки, пози лікаря, тобто невербальних проявів, які повідомляють про емоції та установки лікаря, а може звертати увагу тільки на голос, дихання. Так і з позиції лікаря відсутність зорового контакту з пацієнтом змушує орієнтуватися на тембр голосу, інтонацію, швидкість мови, паузи, об'єктивні прояви хвороби (нежить, кашель тощо), коли пацієнт відповідає на питання, частіше використовувати навичку фасілітації для підтримки діалогу. Не менш важливо прояснити побоювання, ідеї, надії пацієнта у зв'язку з цією консультацією. Не візуалізуючи пацієнта це досить складно робити, оскільки є спокуса взяти ініціативу до рук, ставити закриті питання, ніж затягувати час консультації. Тоді це призводить до того, що лікар зосереджує увагу на діагностиці захворювання, а лікування знеособлюється, пацієнт стає пасивним учасником процесу лікування. На жаль, за такого підходу пацієнт може згадати важливі прояви хвороби, відповідати коротко, вважаючи що якщо компетентний лікар захоче щось дізнатися, він сам запитає. Підсумком буде неефективний збір інформації, який призведе до неправильної діагностики, а відповідно до неефективного лікування та можливих ускладнень. Під час онлайн-консультації, телефонному консультуванні значимість балансу між вислуховуванням та виявленням скарг відіграє велику роль. Це необхідно, щоб структурувати зустріч і погоджувати зрозумілий для пацієнта «порядок денний». Лікар демонструє бажання вислухати, приділити час кожній скарзі пацієнта та поділитися своїм планом дій у цій ситуації, пріоритетами, таким чином спонукає пацієнта приймати активну участь у лікуванні. Використання лікарем навичок узагальнення та сигналізації дає пацієнту можливість обговорення хвилюючих моментів зі здоров'ям, підтримує «живий діалог», таким чином не втрачають важливих моментів щодо здоров'я пацієнта, а пацієнт відчуває, що його турботи не залишаються поза увагою. Важливо враховувати такий факт, пацієнту буває некомфортно консультуватися по телефону, це може бути обумовлено труднощами, які у нього виникали раніше під час телефонного консультування, при чому необов'язково в медичному контексті використання інших форм взаємодії. Важливим принципом онлайн медичної консультації є структурування зустрічі, тому що пацієнт, перебуваючи у звичній атмосфері, наприклад, вдома, може відволікатися на різні стимули і не брати активну участь у консультації, перекладаючи відповідальність на плечі лікаря. Тому використання відкритих питань на початку консультації веде до більш позитивних міжособистісних відносин «лікар-пацієнт», таким чином лікар може продемонструвати свою готовність та вміння слухати та чути пацієнта та створювати атмосферу довіри, а пацієнт отримує можливість ділитися досвідом хвороби. Ці навички допомагають пов'язувати різні

етапи консультації. Це інтерактивний процес залучення пацієнта, що допомагає зберегти зацікавленість пацієнта під час всієї консультації, розуміти різні етапи консультації від початку до завершення та брати в них участь. Особливо важливо повторювати та підсумовувати план лікування, уточнюючи згоду пацієнта. Просити пацієнта, щоб він міг ставити питання щодо прояснення неясних моментів і розповідати своїми словами про важливі деталі плану лікування.

Відтак, такий підхід дозволить сформувати довірчі відносини між лікарем і пацієнтом, що дозволить підвищити якість медичної допомоги загалом.

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-406-4-35>

АНАЛІЗ ФАКТОРІВ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ І ЗАДОВОЛЕНОСТІ ЖИТТЯМ СПІВРОБІТНИКІВ І СТУДЕНТІВ ЗАКЛАДІВ ОСВІТИ В КОНТЕКСТІ УПРАВЛІННЯ КОРПОРАТИВНИМ БЛАГОПОЛУЧЧЯМ

Вартанова Олена Вікторівна

*доктор економічних наук, професор,
професор кафедри управління та смарт-інновацій
Київський національний університет технологій та дизайну
м. Київ, Україна*

Рудінська Олена Володимирівна

*кандидат економічних наук,
завідувачка кафедри менеджменту охорони здоров'я
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

За даними досліджень, студентський вік (18–24 р.) має підвищений ризик виникнення психічних розладів: поширеність психічних розладів в студентському віці – щонайменше 10%; 75% психічних розладів починаються у віці до 24 років [1]. Психічні розлади можуть мати виражений негативний вплив на навчання, соціальне життя, професійну траєкторію розвитку молодих людей, вони інвалідизують та забирають життя. Пандемія COVID-19, а згодом і війна в Україні дуже негативно вплинули на психічне здоров'я і благополуччя як молоді, так і науково-педагогічних співробітників ЗВО. За даними дослідження, значна частка

співробітників закладів освіти знаходяться на різних стадіях професійного вигорання, що призводить до виснаження психічних ресурсів, неадекватних (зазвичай, занижених) емоційних реакцій, зниження комунікації, до погіршення якості, а часом навіть до припинення виконання професійних обов'язків).

Ставлення до життя та психологічні стани істотно впливають на економічну поведінку та прийняття економічних рішень (на економічну поведінку молоді впливають включеність до життя, втома від життя, хвилювання за майбутнє). Студентський вік 18–24 років є критично важливим з точки зору можливості ефективних превенцій і терапевтичних втручань у сфері психічного здоров'я. Це актуалізує необхідність дослідження факторів професійного вигорання і задоволеності життям співробітників і студентів закладів освіти в контексті управління благополуччям персоналу.

Професійне вигорання – це стан психічного та емоційного виснаження, який може виникнути у людей внаслідок тривалого стресу, перевантаження роботою, невідповідності очікувань та вимог роботодавця, конфліктів на робочому місці та інших негативних факторів. Основні ознаки професійного вигорання включають:

- емоційне виснаження: втрата ентузіазму, емоційне виснаження, втрата інтересу до роботи;
- деперсоналізація: ставлення до роботи та колег може стати цинічним, відстанню або ворожим;
- редукція особистих досягнень: відчуття невдачі та невпевненості у власних здібностях, зниження самооцінки.

Вигорання включено до 11-го перегляду Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11) як професійне явище [2]. Вигорання – це синдром, який концептуалізується як результат хронічного стресу на робочому місці, з яким не вдалося впоратися. Він характеризується трьома вимірами:

- почуття виснаження енергії або виснаження;
- підвищена психічна віддаленість від роботи або почуття негативізму чи цинізму, пов'язані з роботою;
- зниження професійної ефективності.

Результатом професійного вигорання співробітників компаній є спад рівня залученості співробітників та їх мотивації, що неминуче позначається на продуктивності праці та ефективності роботи співробітників в цілому та в цілому призводять до прямих фінансових втрат компаній.

Авторська модель впливу професійного вигорання та чинників задоволеності життям на економічну поведінку та прийняття рішень зображено на рис. 1.

Дослідження чинників професійного вигорання та задоволеності життям на економічну поведінку студентів та співробітників закладів

вищої освіти (квітень – грудень 2023 р). Вибірка дослідження становила 214 осіб, віком від 18 до «49 і більше» років. 78% респондентів мають вік 18–24 р. Мета дослідження – визначення впливу чинників професійного вигорання та задоволеності життям на економічну поведінку та прийняття рішень співробітників і студентів ЗВО.



Рис. 1. Авторська модель впливу професійного вигорання та чинників задоволеності життям на економічну поведінку та прийняття рішень

Рівень доходів (об'єктивний (залишковий) та суб'єктивно визначений) істотно впливає на показники професійного вигорання та ставлення до життя освітян, також економічну поведінку, прийняття рішень. Виявлено значущі зв'язки між фазами професійного вигорання і рівнем доходу: чим менше рівень доходів (як суб'єктивних так і об'єктивних), тим більше різні фази професійного вигорання. Чим нижче рівень суб'єктивного доходу та рівень залишкового доходу, тим більше прояв фази "напруження" ($r = -0,317$, $p = 0,01$, $r = -0,37$, $p = 0,27$); чим нижче залишковий дохід, тим вище прояв фази "резистентність" ($r = -0,27479$, $p = 0,01$), чим вище суб'єктивний рівень доходу, тим вище чинник задоволеності життям "життєва включеність", і навпаки. Чим вище суб'єктивний рівень доходу, тим вище чинник задоволеності життям "життєва включеність", і навпаки; проте чим вище рівень суб'єктивного доходу, тим більше прояв фактору "хвилювання про майбутнє" ($r = 0,3846$, $p = 0,01$). Розподіл результатів за показниками «Методика діагностики рівня емоційного вигорання» (В.В. Бойко) подано у табл. 1.

Таблиця 1

**Відсотковий розподіл результатів за показниками
«Методика діагностики рівня емоційного вигорання» (В.В. Бойко)**

Стадія професійного вигорання	Несформована фаза		Фаза в стадії формування		Сформована фаза	
	№	%	№	%	№	%
Стадія напруження	88	41,1	44	20,6	72	33,6
Стадія резистенції	62	29	82	38,3	73	34,2
Стадія виснаження	64	29,9	88	41,1	69	32,2
Усього	214	100	214	100	214	100

Джерело: власні дослідження

Відсотковий розподіл результатів за показниками «Задоволеність життям» подано у табл. 2.

Таблиця 2

**Розподіл результатів за показниками "Задоволеність життям"
(Н. Мельнікова) Джерело: власні дослідження)**

Ступінь вираженості фактору	Фактори задоволеності життям									
	F1. Життєва включеність		F2. Розчарування в житті		F3. Втома від життя		F4. Хвилювання про майбутнє		Загальний бал	
	№	%	№	%	№	%	№	%	№	%
Вище за середній	43	20,1	24	11,2	20	9,3	17	7,9	21	9,8
Середній	103	48,1	80	31,4	84	39,3	56	26,2	65	30,4
Нижче за середній	68	31,8	110	51,4	110	51,4	141	65,9	128	59,8
Усього	214	100	214	94	214	100	214	100	214	100

Згідно з результатами дослідження, визначено основні мішені управління корпоративним благополуччям у ЗВО: організаційно-управлінські, соціально-психологічні та освітньо-просвітницькі заходи.

Організаційно-управлінські заходи для забезпечення благополуччя у ЗВО [4, 5]:

- чітке визначення цілей діяльності співробітників;
 - підтримка індивідуального професійного розвитку студентів та викладачів;
 - мотивація співробітників через адекватну систему заохочень;
 - створення сприятливого соціально-психологічного клімату в колективі;
 - залучення співробітників у прийняття рішень для підвищення ефективності ЗВО;
 - оптимізація графіку навчального процесу та баланс між роботою та особистим життям;
 - справедливий розподіл професійних обов'язків.
- Соціально-психологічні заходи для забезпечення благополуччя у ЗВО :
- впровадження цінностей психічного здоров'я в університетську спільноту;
 - розвиток взаємозв'язків, взаємодії та взаємодопомоги в університетській спільноті;
 - підтримка відносин між всіма учасниками освітнього процесу;
 - вирішення конфліктів в освітньому процесі;
 - врахування особливостей розвитку здобувачів освіти, теорії покоління та психологічних особливостей покоління постмеленіалів;
 - превенція психологічних розладів серед студентів та НПП;
 - психоосвіта для подолання дезадаптивних когніцій, стресу та емоційного вигорання.
- Освітньо-просвітницькі заходи для забезпечення благополуччя у ЗВО:
- впровадження психосоціальної підтримки;
 - організація тренінгів для формування навичок психічного здоров'я;
 - тимблдинг для здобувачів та співробітників;
 - розвиток професійної та студентської спільноти;
 - імплементація курсів з психологічної освіти у навчальні програми;
 - реалізація міжнародних програм для розвитку психосоціальної підтримки;
 - зміна підходів до психологічної освіти та розвиток soft skills;
 - створення служби психосоціальної підтримки.

Література:

1. Романчук О. Творцями стандартів мають бути фахові асоціації. Інтерв'ю. НайпоNews. URL: <https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/interview-Romanchuk.pdf> (дата звернення: 15.04.2024 р.)
2. Вигорання як «професійний феномен»: Міжнародна класифікація хвороб. URL: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases> (дата звернення: 20.04.2024 р.)

3. Емоційне вигорання педагогічних працівників. URL: https://ldubgd.edu.ua/sites/default/files/8_konferenzii/emociyne_vigorannya.pdf (дата звернення: 20.04.2024 р.)

4. Вартанова О. В., Кузнецов Д. О. Аналіз факторів професійного вигорання співробітників і здобувачів закладів вищої освіти в контексті управління благополуччям персоналу. Економіка і суспільство. 2024. № 59. URL: <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/3426>

5. Рудінська О. В., Белякова В. В. Критерії й оцінка ефективної діяльності управлінської команди в сучасному багатопрофільному підприємстві. *Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління*. 2016. № 15, вип. 3. С. 65–79.

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-406-4-36>

АСПЕКТИ СТРЕС-МЕНЕДЖМЕНТУ ТА ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Красіленко Тетяна Миколаївна

лікар-інтерн за спеціальністю «Внутрішні хвороби»

Комунальне некомерційне підприємство

«Одеська обласна клінічна лікарня» Одеської обласної ради;

здобувач вищої освіти

Одеський національний медичний університет

м. Одеса, Україна

Рудінська Олена Володимирівна

кандидат економічних наук,

завідувачка кафедри менеджменту охорони здоров'я

Одеський національний медичний університет

м. Одеса, Україна

Сучасний «медичний світ» вимагає від медичного персоналу стрімкого розвитку, вдосконалення, пристосування до постійних змін. Чималу роль в цьому процесі відіграють впровадження медичної реформи, напружена конкуренція медичних закладів, військові дії на території нашої країни. Такі умови роботи супроводжуються розвитком постійного відчуття стресу, який, накопичившись, призводить до професійного вигорання медичних працівників. Вигорання працівників є значною проблемою

у роботі медичної установи, тому що при наявності у робітників даного стану різко збільшується кількість лікарських помилок, знижується якість надання допомоги, продуктивність праці падає, відбувається відтік пацієнтів, погіршується здоров'я населення, зростає плінність кадрів, медична установа не виконує делеговані їй державою задачі, розхитуючи систему громадського здоров'я вцілому [10]. Тому, користуючись знаннями зі стрес-менеджменту, ми прагнемо із проблеми вигорання медичних працівників створити нову можливість розвитку медицини, застосовуючи антикризові заходи [9]. Задля здійснення цієї мети постає необхідність детальнішого дослідження, діагностики та впровадження методів боротьби з професійним вигоранням серед медиків. Слід звернути увагу, що більшість працівників не помічають початку розвитку виснаження, а за ним і вигорання, що є ще одним приводом для вивчення цього питання детальніше.

Згідно з визначенням ВООЗ (2019), «вигорання – це синдром, який розглядається як результат хронічного стресу на робочому місці, з яким не вдалося успішно впоратися і характеризується трьома критеріями: відчуттям втрати енергії чи виснаження; збільшенням психічної віддаленості від роботи або поява почуття негативізму чи цинізму, пов'язаного з роботою; зниженням професійної ефективності» [8].

Загального дослідження, щодо відсотку медичних працівників, які потерпають від професійного вигорання немає. Але, проаналізувавши і порівнявши, проведені з цього питання дослідження, можна зробити висновок, що ця цифра коливається від 20 (у більш ефективних медичних закладах) до 75% (у менш ефективних) [1; 3; 4; 5; 7; 8]. Слід зазначити, що дана проблема більш поширена серед лікарів, які працюють у своїй професії понад 10–15 років [7], хоча, згідно певних досліджень, вигорання лікарів починається ще зі студентських років [6]. Відсоток ураження, пов'язаний з середнім медичним персоналом, часто вище, ніж у лікарів [5; 7]. Особливо, емоційне виснаження вражає жінок-медиків [5]. Та легко поширюється від одних колег до інших [7].

Для більш детального дослідження цього питання ми провели діагностику професійного вигорання медичних працівників КНП «ЦПМСД» Затишанської селищної ради Роздільнянського району Одеської області. Дослідження проводилося за допомогою опитувальника К. Маслач і С. Джексон [2, ст. 36–39]. Згідно відповідних шкал, проведено оцінку різних аспектів вигорання (табл. 1) у працівників. Всього опитано 12 осіб – 4 лікарів, 8 медичних сестер. За результатами опитування можна зробити висновок, що 75% медичних працівників центру страждають на вигорання, із них майже 42% мають середній ступінь вираженості змін і 33% – високий. Це дослідження показало, що дана проблема є досить серйозною. І як ми вважаємо, не обходить жодної медичної установи.

Нею не можна нехтувати: вона призводить не лише до погіршення особистісних якостей, а й поширюється на весь колектив закладу, призводить до порушення ефективності функціонування організації вцілому, що несе за собою купу негативних наслідків.

Таблиця 1

Параметр	Емоційне виснаження			Деперсоналізація			Редукція професійних досягнень		
	низький	середній	високий	низький	середній	високий	низький	середній	високий
Лікарі	25% – 1 лік.	50% – 2 лік.	25% – 1 лік.	50% – 2 лік.	50% – 2 лік.	0%	50% – 2 лік.	50% – 2 лік.	0%
Медичні сестри	25% – 2 м/с	37,5% – 3 м/с	37,5% – 3 м/с	62,5% – 5 м/с	25% – 2 м/с	12,5% – 1 м/с	62,5% – 5 м/с	25% – 2 м/с	12,5% – 1 м/с

Чому виникає вигорання? Причин [1; 3] безліч, але основні з них: надмірне завантаження роботою, ненормований робочий графік, відсутність балансу між роботою та особистим життям, складні професійні випадки, співпереживання пацієнтам та їх смерть, відсутність підтримки, негативна атмосфера в колективі. Можливі індивідуальні особливості особистості, як наприклад, висока відповідальність, низька опірність стресу, завищені вимоги до себе, етичні протиріччя тощо. А в наш час додався ще один додатковий і найбільш впливовий чинник – це війна.

Основні ознаки професійного вигорання (табл. 2).

Таблиця 2

Фізичні симптоми	Втрата енергійності, розсіяна увага, фізичне виснаження, головний біль, сонливість, безсоння, зміна ваги.
Психічні симптоми	Песимістичні думки, апатія, депресія, дратівливість, почуття тривоги, страх.
Професійні зміни	Помилки в роботі, втрата інтересу до своєї професії, дистанціювання від колег та роботи, зниження професійної ефективності.

Проаналізувавши стадії професійного вигорання працівників (згідно робіт Дж.П. Спредлі та Р.Л. Венінг (1981), удосконалених Дж. Грінбергом (2002)) [2] та зробивши висновок щодо впровадження управлінських заходів ще на перших двох стадіях розвитку стресу: захоплення від діяльності та вмикання стресу; з метою недопущення наступних трьох стадій: хронічний стрес, вигорання та хронічне вигорання. Нами розроблено ряд превентивних заходів задля подолання професійного

вигорання працівників КНП «ЦПМСД» Затишанської селищної ради Роздільнянського району Одеської області.

Тому, оцінивши результати роботи з подолання професійного вигорання медичних працівників Центру первинної медико-санітарної допомоги Затишанської селищної ради, порівнявши їх з дослідженнями інших науковців, ми виділили найбільш ефективні методи боротьби з ним, які поділили на управлінські та особистісні.

Управлінські заходи подолання професійного вигорання медичних кадрів включають [1; 2; 5; 7; 8]:

1. Створення комфортних умов праці: забезпечити кожного лікаря теплим і охайним кабінетом з необхідним для роботи устаткуванням, створити нормований чіткий графік, організувати особисті зустрічі керівника з робітниками «тет-а-тет» (побудова довіри); організувати місце відпочинку (для їжі, розвантаження), впровадити прасування професійного одягу робітників.

2. Збалансувати та удосконалити працю медичних працівників: покращити роботу з електронними системами; перевести паперову документацію в електронний варіант, задля екон омії часу.

3. Чітко роз'яснити зобов'язання, щоб кожен медик мав можливість розуміти поставлені перед ним задачі і оцінити їх.

4. Зважаючи на війну, створити відповідний захист для робітників: забезпечити бомбосховищами як пацієнтів, так і персонал з їх сім'ями, особливо дітьми.

5. Організувати безперервне професійне вдосконалення: конференції, стажування, навчання в інших клініках тощо (бажання досягати нових вершин).

6. Організувати сприятливий клімат в колективі, заохочувати підтримку колег, співпрацю з іншими експертами відповідної галузі (забезпечення допомоги та стабільності).

7. Залучення в роботу медичної установи благодійних організацій в рамках інтересів працівників (навчання, купівля обладнання тощо).

8. Проводити періодичну психологічну діагностику та терапію для медробітників. Навчити їх методикам заспокоєння та розслаблення.

9. Проводити колективом час у неформальній обстановці (екскурсії, святкування тощо).

10. Комбінувати різні види мотивації, т.ч. застосування простих нематеріальних методів у вигляді публічної похвали, грамот, подяк тощо. Створити «мотиваційний куточок».

Особистісні заходи подолання професійного вигорання [1; 2; 5; 7; 8]:

1. Підтримувати здоровий образ життя:повноцінне харчування, не забуваючи про питтєвий режим, займатися фізичною активністю, прогулянки на свіжому повітрі, сон не менше 7 годин).

2. Переключатися на хобі.
3. Використовувати щорічні відпустки.
4. Турбуватися про себе: доглядати, удосконалюватися, відвідувати культурно-розважальні програми, використовувати прийоми та методики релаксації, самонавіювання тощо.
5. Збалансувати робочий час та час з родиною.
6. Знайдіть позитив у своїй роботі (що подобається?).

Роблячи висновки з виконаної роботи, можемо сказати, що професійне вигорання медичних працівників є серйозною проблемою, яка стосується не однієї особистості, навіть не окремого медичного закладу, а загальної системи охорони здоров'я вцілому. Тому не варто нехтувати даним станом, а радимо йти на випередження і профілакувати його. А всі труднощі на роботі сприймати не як проблеми, а як привід для зросту та розвитку.

Література:

1. Юрченко І., Савченко І., Буряк О. Професійне вигорання медичних працівників за сучасних умов. *Медсестринство*. 2020. № 4. С. 11–15. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
2. Дослідження синдрому вигорання. КІТ-орієнтована модель допомоги при емоційному вигоранні / Олійник М. Український інститут когнітивно-поведінкової терапії. Львів, 2021
3. Асонов Д. Емоційне вигорання медичних працівників: моделі, фактори ризику та протективні фактори. *НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2021. №10(131). С. 28–33.
4. Професійне вигорання медичних працівників. Центр громадського здоров'я. 2024. URL: <https://www.phc.org.ua/news/profesiynne-vigorannya-medichnikh-pracivnikiv>
5. Стратегії подолання у медичних працівників синдрому вигорання: системний огляд / Джузеппа Мареска та ін. 2022. doi: 10.3390/medicina58020327 ; URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8877512/>
6. Burnout in medical students / L. Thun-Hohenstein and other. *Neuropsychiatr.* № 35(1):17-27ю 2021. doi: 10.1007/s40211-020-00359-5 ; URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32880881/>
7. C. P. West, L. N. Dyrbye, T. D. Shanafelt. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. 2018 doi: 10.1111/joim.12752 ; URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29505159/>
8. PubMed. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
9. Рудінська О., Кусик Н., Жмай О. Імплементация синергії функцій менеджера та лікаря в управлінській діяльності на прикладі клінік

Одеського національного медичного університету. *Економіка та суспільство*. 2023. № 55.

10. Рудінська О. В., Белякова В. В. Критерії й оцінка ефективної діяльності управлінської команди в сучасному багатопрофільному підприємстві. *Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління*. 2016. № 15. Вип. 3. С. 65–79.

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-406-4-37>

КОМУНІКАЦІЯ ЯК ШЛЯХ ДО ПСИХОЛОГІЧНОГО КОМФОРТУ В ПРОЦЕСІ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Мовлянова Наталія Вікторівна

*кандидат медичних наук,
доцент кафедри Інфекційних хвороб
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Федоренко Оксана Віталіївна

*кандидат медичних наук,
доцент кафедри Пропедевтика педіатрії
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Хлібородова Ірина В'ячеславівна

*бухгалтер,
магістрантка за спеціальністю 073 – Менеджмент
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Психологія комунікацій в охороні здоров'я є дуже важлива, оскільки ефективна комунікація між медичними працівниками та пацієнтами впливає на якість надання медичної допомоги та результати лікування. Вона вивчає, які фактори можуть впливати на сприйняття інформації пацієнтами, як покращити комунікаційні навички медичного персоналу для ефективного передавання інформації про діагнози, лікування та профілактику захворювань.

Добра комунікація також сприяє збереженню довіри між пацієнтами та медичними працівниками, що є необхідним для ефективного лікування. Крім того, психологія комунікацій в охороні здоров'я досліджує, як емоційний стан пацієнтів може впливати на їх здатність сприймати та обробляти інформацію про їх стан здоров'я та можливі методи лікування.

Психологія комунікацій може служити філософською системою кодексу поведінки для досягнення щастя через кілька ключових механізмів:

1. Взаєморозуміння: Ефективна комунікація допомагає нам краще розуміти інших людей, їх почуття, потреби та мотивації. Це робить можливим уникнення конфліктів та покращення міжособистісних відносин.

2. Підтримка та емпатія: Через комунікацію ми можемо виражати свою підтримку, розуміння та емпатію до інших людей. Це може збільшити нашу власну внутрішню задоволеність та щастя, а також створити сильніше відчуття спільноти.

3. Визнання власних почуттів та потреб: Комунікація допомагає нам визначити та виразити наші власні почуття, потреби та бажання. Це важливо для досягнення особистої автентичності та задоволення від життя.

4. Розвиток відносин: Комунікація є ключовим елементом будівництва та підтримки відносин з іншими людьми. Якщо ми вміємо ефективно спілкуватися, це може збільшити наше відчуття приналежності та задоволення від соціальних зв'язків.

Отже, психологія комунікацій може виступати як філософська система, яка сприяє нашому особистісному зростанню, сприяє встановленню позитивних взаємин та допомагає нам знаходити щастя в спілкуванні з іншими людьми [2].

Мета життя має вимагати наполегливої праці, забезпечувати накопичення результатів протягом життя, приносити гордість за її досягнення чи втілення та задоволення процесом подолання перешкод, що сповільнюватиме процес старіння. Безумовно, така висока мета життя – це поняття радше загальне, а не індивідуальне, але вона має бути в кожній людині, передовсім у лікаря чи науковця. Оскільки саме лікарю з гуманною направленістю роботи важливо чітко відокремлювати мету життя від засобів її досягнення (гроші й інші чинники матеріального добробуту) та цілей, які спрямовані на отримання короточасного задоволення й не стосуються майбутнього, не накопичуються, а реалізуються переважно через чуттєві задоволення.

Єдиним шляхом досягнення високої накопичувальної мети життя виступає праця (робота), яка не тільки є біологічною потребою, а й виступає основою індивідуального й суспільного прогресу та є мірою

успіхів людини в житті. Це філософський камінь, який перетворює весь нешляхетний метал людства на золото [1].

Дурного праця робить розумним, розумного – блискучим, блискучого – завзятим і врівноваженим. Молоді вона приносить надію, зрілим особам – упевненість, похилим – відпочинок. Тобто тільки на ґрунті тривалої наполегливої праці над кожним пацієнтом і кожною науковою чи практичною проблемою, перетворюючись на розумного, завзятого та врівноваженого, лікар може досягнути реальних результатів у медицині незалежно від обраної галузі.

У процесі комунікації неминуче виникають стресові критичні ситуації, які потребують негайних рішень і ймовірної мобілізації організму. Оскільки професія лікаря постійно пов'язана з людьми, які мають тілесні чи душевні проблеми (хворі, їхня родина), то в лікарській діяльності неминучі психологічні стресові ситуації, які можуть призводити до так званого феномену вигорання, коли зникає зацікавленість у роботі, знецінюються людські страждання та почуття пацієнта чи його родини. Руйнівну дію на життя людини мають «стрес зруйнованих надій» і «стрес очікування невдач» [1]. Виявилось, що успіх завжди веде до успіху, а невдача – до подальших помилок. «Стрес зруйнованої надії» набагато частіше призводить до певних хвороб (стресова виразка шлунка, мігрень, артеріальна гіпертензія, ожиріння), ніж стрес від тривалої важкої фізичної роботи [1].

Шляхом подолання негативної комунікації, дотримання психологічного принципу «zasлужи любов ближнього», треба не просто полюбити ближнього, а своїми вчинками заслужити його любов. Тобто в основі подолання психологічних комунікаційних кризів – виступає праця людини на благо іншої. Саме професія лікаря дає можливість своєю працею зменшити психологічний тиск життєвих невдач. Якщо лікар допомагає своїм пацієнтам, то він не тільки примножує їхню любов (довіру, повагу тощо), але й здобуває чимраз більше близьких дружніх комунікацій. Здійснення такого принципу в сучасних воєнно-політичних реаліях в Україні ми можемо бачити на прикладі роботи медиків і волонтерів, коли робота на благо та спасіння інших людей забезпечує відчуття психологічного комфорту.

Інші принципи кодексу досягнення щастя також можуть бути успішно використані в життєвій позиції лікаря. Правильно обирати друзів, адекватно оцінювати свої зусилля й об'єктивну реальність, провадити свої дії (наприклад, професійну діяльність) відповідно до об'єктивної реальності, правильно визначати мету життя та цілі, визначати пріоритети, скорочувати чи уникати вплив негативних ситуацій, дотримуватися принципу найменших енергетичних витрат [1].

Самореалізація, незалежно від професії чи соціального статусу, є ключовим елементом задоволення від життя та внутрішнього розвитку. Для лікарів, як і для будь-яких інших людей, досягнення життєвої мети вимагає визначення цілей, реалізації необхідних зусиль та постійного розвитку.

Лікар-практик може відчувати самореалізацію через надання ефективної медичної допомоги своїм пацієнтам, сприяючи поліпшенню їхнього здоров'я та якості життя. У той же час, лікар-науковець може відчувати самореалізацію через внесення внеску у розвиток медичних знань і технологій, досліджуючи нові методи лікування та працюючи над вирішенням медичних проблем.

Література:

1. Радченко О.М., Теорія стресу та філософські погляди Ганса Сельє: значення для сучасної медицини. *Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя»*. 2022 № 15–16. С. 532–533.
2. Бурмака Т. М., Великих К. О. Комуникативний менеджмент : конспект лекцій (для студентів бакалавріату всіх форм навчання спеціальності 073 – Менеджмент) ; Харків. нац. ун-т міськ. госп-ва ім. О. М. Бекетова. Харків : ХНУМГ ім. О. М. Бекетова, 2019. 69 с.
3. Рудінська О. В., Князькова В. Я. Формування професійної культури фахівців у медичній галузі. *Забезпечення якості освіти у вищій медичній школі* : наук.-метод. міжуніверситет. конф. з міжнар. участю. ОНМедУ. 2023. С. 551–554.

THE PSYCHOLOGY OF MARKETING UNDER MARTIAL LAW

Nemchenko Hanna Valeriivna
Candidate of Economic Sciences,
Associate Professor at the Management of Healthcare Chair;
Digital Expert
Odesa National Medical University
Odesa, Ukraine

Bondarenko Kateryna
Master's degree in Management
Odesa National Medical University
Odesa, Ukraine

Martial law in Ukraine has made adjustments in many aspects of life, including marketing in the field of health care. Businesses and organizations must adapt to new conditions in order to effectively promote their services and products.

So, let's research key aspects of martial law marketing:

- Flexibility and quick adaptation: the ability to quickly change marketing strategies according to changes in the situation.

- Focus on digital marketing: Due to the limitation of physical contact, digital channels are becoming the main communication channels with customers.

- Social responsibility: emphasizing the contribution of business to supporting society and helping war victims.

- Communication with clients: honest and open communication with clients about possible changes in service provision.

There are challenges for Martial Law Marketing:

- Firstly this is changing consumer needs: the need to understand and predict changes in consumer needs and behavior.

- Secondly it is logistical difficulties: problems with the delivery and distribution of medical goods and services.

- Thirdly this is economic instability: the need to work in conditions of financial uncertainty and limited budgets.

All in all, we can use such Martial Law Marketing Strategies:

The one relevant strategy is community Support and Development. It means, creating and maintaining a community around the brand that can bring people together and support them [1].

Don't forget about information support, because providing relevant and useful information that can help people in martial law.

And we should add humanitarian aid. So integration of humanitarian aid into marketing campaigns, which increases customer trust and loyalty.

Marketing in the field of health care in Ukraine during martial law requires a special approach that takes into account not only commercial goals, but also social responsibility and support of citizens in difficult times [2].

This requires marketers to have a deep understanding of the situation, creativity and readiness for rapid changes.

Consumer psychology plays an important role in health care marketing, especially in martial law. During this time, people may experience increased levels of stress and anxiety, which affects their purchasing decisions. They may be more inclined to make quick decisions, look for reliability and security in products and services.

Influence of psychology on purchases, the following signs can be identified:

1. Emotional state: In martial law, the emotional state of consumers can significantly influence their decisions. Marketing must be sensitive to these changes and offer products that can provide a sense of control and stability.

2. Information needs: People seek reliable and up-to-date information to make informed choices. Therefore, communication should be transparent and clear.

3. Trust: Brand trust is growing in importance as consumers seek to find reliable sources of products and services [3].

Therefore, choosing a promotion strategy for a business should be taken into account

1. Adapting to consumer needs: Focus on adapting products and services to changing consumer needs, for example by offering online consulting services.

2. Emotional connection: Create an emotional connection with consumers through marketing campaigns that emphasize empathy and support.

3. Social responsibility: Demonstrate social responsibility by helping the community and contributing to solving social problems.

4. Flexibility: Be flexible and ready to adapt quickly to changing conditions, ensuring reliability and availability of services.

By considering these aspects, a business can develop an effective promotion strategy that not only meets the current needs of consumers, but also maintains long-term relationships with them.

Marketing strategies in medical and pharmaceutical organizations during wartime should be focused on finding socially responsible partners. At the current stage, all medical and pharmaceutical institutions work in conditions of limited financial resources. There are not enough funds to maintain the main types of activities. It is not appropriate to plan expenses about marketing, advertising and development strategies in general. That's why we offer managers

of medical and pharmaceutical institutions to join socially oriented projects, grants and socially responsible corporations and investors. Such a strategy will help to attract finance for strategically important areas of activity of medical and pharmaceutical institutions. At the same time, attracting finances at the expense of social programs and projects does not create psychological tension in society and teams of medical and pharmaceutical institutions.

Bibliography:

1. Demianchuk, Maryna; Rudinska, Olena; Kniazkova, Valentyna. Motivation of insurers' staff in the health insurance sector in the turbulent times. *Ekonomichnyy analiz*, [S. 1.], v. 33, n. 4, p. 129–142, dec. 2023. ISSN 2219-4649. URL: <https://www.econa.org.ua/index.php/econa/article/view/5879> (Date accessed: 16 may 2024).

2. Князькова В. Я., Криленко В. І., Рудінська О. В. Особливості оподаткування бізнесу в Україні в умовах воєнного часу. *The 11 th International scientific and practical conference "Modern research in world science"* (January 29–31, 2023) SPC "Sci-conf. com. ua", Lviv, Ukraine. 2023. 1579 p. 2023. С. 1273.

3. Олег Созонтович Чабан. Психічне здоров'я в умовах війни: як його зберегти й не потрапити в «день бабака»? URL: <https://health-ua.com/article/70068-psihchne-zdorovya-vumovah-vjni--yakjogo-zberegiti-j-nepotrapiti--vden-babaka>

**СИСТЕМА КОМУНІКАЦІЙ В КОМПЛЕКСНОЇ
МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ І ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ
ХВОРИМ НА ДЕМЕНЦІЮ**

Прокопенко Наталія Олексіївна

*доктор біологічних наук, старший науковий співробітник,
керівник лабораторії соціальної геронтології
ДУ «Інститут геронтології імені Д. Ф. Чеботарьова
Національної академії медичних наук України»
м. Київ, Україна*

Вялих Тетяна Ігорівна

*старший науковий співробітник
ДУ «Інститут геронтології імені Д. Ф. Чеботарьова
Національної академії медичних наук України»
м. Київ, Україна*

Величко Наталія Миколаївна

*старший науковий співробітник
ДУ «Інститут геронтології імені Д. Ф. Чеботарьова
Національної академії медичних наук України»
м. Київ, Україна*

Війна в Україні призвела до гуманітарної та екологічної катастрофи, фінансової та економічної кризи. В результаті війни на тлі великих людських втрат, міграції Україну очікує різке збільшення самотніх літніх людей та ріст їх частки в структурі населення. Така демографічна ситуація буде спостерігатися довгі роки і після закінчення війни. В той же час, люди похилого віку є найбільш потужними споживачами довготривалої медико-соціальної допомоги. Після 80 років кожна четверта літня людина має виразні когнітивні вади. Зараз в країні немає спеціальних геріатричних медичних структур паліативної і довготривалої допомоги літнім людям з деменцією, відсутній чіткий алгоритм надання комплексної допомоги таким пацієнтам на первинному і стаціонарному рівнях. Слід наголосити той факт, що медико-соціальна допомога таким хворим має носити комплексний характер і охоплювати не тільки людей старшого віку, але їхніх родичів та тих, хто піклуються про осіб з деменцією.

Необхідною умовою становлення, розвитку і функціонування системи медико-соціальної і психологічної допомоги хворим на деменцію є комунікативний процес, тому що завдяки йому стає можливим зв'язок між поколіннями, доступність, накопичення і передача інформації, соціального досвіду, його збагачення, обмін продуктами праці, організація суспільної діяльності.

Розробка та впровадження сучасних підходів щодо створення системи комунікацій в комплексної допомоги хворим на деменцію, має враховувати забезпечення відповідними ресурсами, базуватись на сучасних технологіях комунікацій, гарантувати безперервність, своєчасність та адекватність подачі інформації. Основними характеристиками ефективності комунікацій є їхня відповідність як реальним потребам так і очікуванням користувачів.

Безумовно, за останнє десятиліття перелік практик, що використовуються у соціальній роботі з людьми похилого віку, які живуть з деменцією, значно розширився, проте вони використовуються в країні вкрай мало. У зв'язку з цим, потрібне спонукання до їх розвитку та використання за рахунок включення до регіональних програм, що стосуються питань літнього населення, положень про профілактику когнітивних порушень у людей похилого віку.

У цьому особливо значну роль грають організації, які здійснюють методичну та освітню підтримку фахівців соціальної сфери. Так, пріоритетом у галузі навчально-методичної підготовки може бути: розробка програм підвищення кваліфікації, навчальних семінарів та тренінгів для фахівців установ соціального обслуговування із взаємодії з людьми похилого віку, які живуть з деменцією на різних стадіях її розвитку; випуск навчально-методичного посібника з соціальної роботи з людьми похилого віку, які живуть з деменцією (де в тому числі буде представлений досвід провідних організацій соціального обслуговування, які мають відповідні компетенції з роботи з людьми похилого віку, а також результати наукових досліджень з зазначеної теми); розробка довідкових матеріалів для працівників громадських та публічних установ про правила поведінки з людиною похилого віку з деменцією.

Проблема розвитку когнітивних порушень у людей похилого віку потребує особливої уваги з боку фахівців соціальної сфери. Необхідне інтенсивне масштабування існуючих технологій та практик соціальної роботи, інтеграція зарубіжного досвіду роботи з літніми людьми, які живуть з деменцією, а також підготовка кваліфікованих фахівців в галузі геронтології та геріатрії.

Існує багато прикладів комунікаційних технологій, які використовуються в різних країнах світу. Так, наприклад, у Великобританії існує різноманітна система освіти з медико-соціальної і психологічної допомоги

хворим на деменцію та членам їх родин. Організація Alzheimer's Society пропонує різні програми навчання та тренінги, які призначені для різних груп людей, які пов'язані з деменцією. Найпопулярніші та найефективніші з них: Dementia Connect – програма, що надає інформаційну, підтримуючу та консультативну допомогу людям, що живуть з деменцією та їх родинам. Dementia Friends – програма, що має на меті зробити більшу кількість людей обізнаними з деменцією та збільшити розуміння та підтримку у спільноті. У Японії діє програма підтримки родичів осіб з деменцією, яка називається "клуб для догляду за деменцією". Це ініціатива, що спрямована на надання допомоги сімейним опікунам, які доглядають за членами родини з деменцією в домашніх умовах. Ці клуби надають інформаційну, психологічну та соціальну підтримку, а також можливість обміну досвідом та порадами з іншими опікунами. Вони також забезпечують розважальні та реабілітаційні програми для людей з деменцією та сприяють їх соціальній інтеграції. У Німеччині існує програма "Demenz-Servicezentren" (Центри обслуговування деменції), які надають інформаційну підтримку та поради для хворих на деменцію та їх родин, а також пропонують навчальні курси для доглядачів та фахівців зі здоров'я та соціальної сфери.

Таким чином, забезпечити ефективність використання системи комунікаційних програм в комплексної медико-соціальної і психологічної допомоги хворим на деменцію можливо за умови комплексного міжсекторального підходу та її постійного вдосконалення, налагодження сучасної системи підготовки та підвищення кваліфікації відповідних кадрів (лікарів, психологів, педагогів, соціальних працівників тощо) та відповідного організаційного забезпечення комплексного комунікаційного процесу.

ПРОФЕСІЙНІ ТА КОМУНІКАТИВНІ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

Рожковська Наталя Миколаївна

*доктор медичних наук, професор,
професор кафедри акушерства та гінекології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Попова Лідія Михайлівна

*кандидат медичних наук,
асистент кафедри акушерства та гінекології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Шевченко Ольга Іванівна

*кандидат медичних наук,
асистент кафедри акушерства та гінекології
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Комунікативна компетентність та біоетика є одними з найважливіших показників оцінки фахівців медичних спеціальностей.

В більшості розвинених країн світу професійні етичні вимоги та стандарти в медичній сфері визначені на законодавчому рівні [1, с. 171–173]. Перший Етичний кодекс лікаря України був прийнятий на Всеукраїнському з'їзді лікарських організацій у 2009 році [2].

Згідно Етичного кодексу лікаря України, для кожного пацієнта важливим в процесі лікування є не лише високий професіоналізм клініциста, а й його комунікативні навички та володіння відповідними соціальними компетенціями [2]. Тому в освітньому процесі майбутніх медичних фахівців важливе значення має ознайомлення з етичним кодексом лікаря, який з одного боку, має узагальнюючий характер, з іншого – конкретизує комунікативні, біоетичні та деонтологічні засади професійної діяльності медичного працівника.

Біоетична культура лікаря – основа медичного професіоналізму, тому майбутній лікар повинен володіти морально-етичним якістьми, правильними комунікативними алгоритмами в залежності від клінічної

ситуації, високою здатністю до встановлення емпатійного відношення з пацієнтами.

Мета роботи. Оцінка комунікативних і професійних компетентностей здобувачів вищої медичної освіти з метою посилення їх формування під час освітнього процесу.

Матеріали та методи дослідження. Проведений порівняльний аналіз комунікативних та професійних компетентностей здобувачів вищої медичної освіти (n=81) та лікарів-інтернів (n=36) на кафедрі акушерства і гінекології ОНМедУ з використанням розробленої нами анкети, що включає в себе оцінку професійних (професійна лікарська компетентність, іноваційне оснащення лікарні, постійний професійний ріст) та комунікативних (психологічна лікарська компетентність, професійна лікарська етика, комунікативна лікарська компетентність, командна орієнтація, емоційна саморегуляція) компетентностей в майбутній професійній діяльності за п'ятибальною системою (1 бал – мінімальна оцінка; 5 балів – максимальна оцінка). Статистичний аналіз отриманих результатів проводився із використанням методів медичної статистики з використанням критерія достовірності Стьюдента.

Заняття на клінічних кафедрах, зокрема і кафедрі акушерства та гінекології на базі Багатопрофільного медичного центру (БМЦ) ОНМедУ, включають взаємодію не лише між викладачем і здобувачем вищої медичної освіти, але й між викладачем, здобувачем вищої освіти, пацієнтом та персоналом клінічного відділення. Тому компетентність викладача, як лікаря, визначає ефективність етики освітнього процесу – між викладачем-лікарем і здобувачем вищої освіти виникають партнерські відносини, при яких важливим є вміння викладача не лише продемонструвати своє клінічне мислення, а й вміння спілкування, як з пацієнткою, так і з її родичами та співробітниками відділення. При цьому здобувач вищої медичної освіти стає активним учасником не лише навчального, а й лікувального процесу, що значно підвищує його мотивацію до знань та вмінь, удосконалення професійних і комунікативних компетентностей [3, с. 141–142; 4, с. 75; 5, с. 54].

Нами проаналізовано погляди здобувачів вищої медичної освіти 6 курсу та лікарів-інтернів щодо ролі в практичній діяльності професійних та комунікативних компетентностей (таблиця 1, рис. 1).

За результатами порівняльного аналізу встановлено, що як здобувачі вищої медичної освіти, так і лікарі-інтерни високо оцінюють професійні компетентності та їх ріст в процесі практичної діяльності, а також іноваційне оснащення лікарні. Однак, думка здобувачів вищої освіти та лікарів-інтернів щодо етичних та комунікативних компетентностей достовірно відрізняється, що свідчить про формування у інтернів в процесі практичної лікарської діяльності біоетичних ціннісних орієнтацій.

Таблиця 1

Результати анкетування щодо ролі в практичній лікарській діяльності професійних та комунікативних компетентностей

Параметри анкетування	Оцінка параметрів		p
	Кількість студентів, n=81	Кількість інтернів, n=36	
1. Професійна лікарська компетентність	4,68±0,28	4,85±0,22	>0,05
2. Іноваційне оснащення лікарні	4,21±0,18	4,48±0,20	>0,05
3. Психологічна лікарська компетентність	2,67±0,11	3,99±0,16	<0,01
4. Професійна лікарська етика	3,12±0,14	4,08±0,17	<0,01
5. Постійний професійний ріст	4,02±0,19	4,58±0,21	>0,05
6. Комунікативна лікарська компетентність	2,96±0,12	3,98±0,18	>0,05
7. Командна орієнтація	2,97±0,10	4,48±0,25	<0,01
8. Емоційна саморегуляція	2,13±0,09	4,13±0,23	<0,01

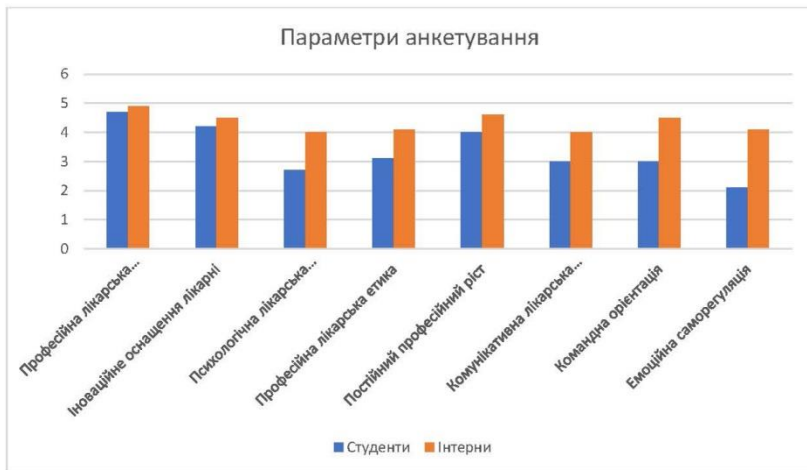


Рис. 1. Порівняльна оцінка професійних та комунікативних компетентностей студентів та лікарів-інтернів, бали

Таким чином, існує нагальна необхідність створення в освітньому процесі вищих медичних закладів умов, які дозволять цілеспрямовано формувати у здобувачів вищої медичної освіти, окрім професійних, ще й етичні та комунікативні компетентності за весь період навчання. Значну

роль в цьому процесі можуть відігравати університетські клініки, які поєднують теоретичний і практичний навчальний процес. Принципами сучасної університетської клініки є поєднання в єдине ціле науки, освіти та клінічної практики; пацієнт-орієнтований підхід, висока якість медичної допомоги, оцінка та впровадження сучасних медичних технологій та інновацій.

Висновок. В процесі підготовки майбутніх лікарів важливе значення має набуття професійних і комунікативних компетентностей, зростання якості яких має місце у лікарів-інтернів, що проходять навчання на базі університетської клініки. Це дозволяє рекомендувати таку модель навчання для підвищення якості підготовки здобувачів вищої освіти та післядипломної підготовки.

Література:

1. Булкат М., Петренко В. Загальні засади нормативного регулювання у сфері медичної деонтології. *Теорія держави і права*. 2021. № 5. С. 169–175.
2. Етичний кодекс лікаря України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/n0001748-09#Text>
3. Досвід дистанційної форми навчання в медичному університеті / І. З. Гладчук, Н. М. Рожковська, Л. М. Попова, Ю. Ю. Петровський, Д. О. Григурко. *Актуальні питання вищої медичної (фармацевтичної) освіти: виклики сьогодення та перспективи їх вирішення* : матеріали XVIII Всеукр. наук.-практ. конф. в онлайн-режимі за допомогою системи Microsoft teams (Тернопіль, 20–21 трав. 2021 р.) / Терноп. нац. мед. ун-т імені І. Я. Горбачевський МОЗ України. Тернопіль : ТНМУ, 2021. С. 141–144.
4. Сучасні технології підвищення якості медичної освіти / В. Г. Марічереда, О. П. Рогачевський, В. І. Борщ, Н. В. Кривцова. *Інтегративна антропология*. 2018 № 2. С. 74–78.
5. Гладчук І. З., Посохова С. П., Рожковська Н. М., Єрмоленко Т. О. Опанування клінічних компетентностей з акушерства та гінекології лікарями-інтернами. *Забезпечення якості освіти у вищій медичній школі* : наук.-метод. міжуніверситет. конф. з міжнар. участю. Одеса, 18–20 січня 2023 року : матеріали конф. / за ред. д. мед. н., проф. В. Г. Марічереда. [Електронне видання]. Одеса : ОНМедУ, 2023. С. 53–55.

СЕКЦІЯ 7. ВПРОВАДЖЕННЯ ТЕХНОЛОГІЙ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-406-4-41>

MACHINE LEARNING-DRIVEN IDENTIFICATION OF MULTI-TARGETED LEAD COMPOUNDS AMONG 5,6-DIHYDROTETRAZOLO[1,5-C]QUINAZOLINES FOR NEURODEGENERATIVE AND NEGLECTED TROPICAL DISEASES

Antypenko Lyudmyla Mykolaivna
PhD of Pharmacy, Associate Professor,
Scientific freelancer
Zaporizhzhia, Ukraine

Antypenko Oleksii Mykolaiovych
PhD of Pharmacy, Associate Professor,
Department of Pharmaceutical, Organic, and Bioorganic Chemistry
Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University
Zaporizhzhia, Ukraine

In the rapidly advancing field of drug discovery and development, computational methods have become indispensable tools for accelerating the identification and optimization of potential drug candidates. Among these methods, machine learning models have gained significant traction due to their ability to uncover intricate patterns and relationships within large datasets, thereby enabling accurate predictions of biological activity.

One such powerful tool is MolPredictX [1, 2], an online platform that leverages state-of-the-art machine learning algorithms to predict the biological activities of molecules against parasitic (*Trypanosoma* and *Leishmania*), viral (Dengue, Sars-CoV and hepatitis C), pathogenic yeast (*Candida albicans*), bacterial (*Salmonella enterica* and *Escherichia coli*), and Alzheimer disease enzymes. The comprehensive data integration from indexed scientific articles enables the models to capture a broad range of structure-activity relationships, enhancing their predictive power. It can rapidly evaluate vast chemical libraries, which saves considerable time and resources compared to traditional high-throughput screening methods. The models employed by MolPredictX are

regularly updated to incorporate the latest experimental data, ensuring that the predictions remain accurate and aligned with the current state of knowledge in the field. And it offers a user-friendly web interface, making it accessible to researchers with varying computational expertise, thereby democratizing the use of advanced machine learning techniques in drug discovery.

Hence, calculations on MolPredictX [2] with canonic SMILES of reported earlier antimicrobial 5,6-dihydro-tetrazolo[1,5-*c*]quinazolines [3] (with additional **c11**, R = 3-NO₂, R¹ = Me, and **c12**, R = H, R¹ = Pr) yielded outcomes, illustrated in Fig. 1 and 2.

Alzheimer's Disease Targets: Substances **a1**, **a2**, **b1-3**, **c1**, **c2**, **c4-8**, **c11**, and **d1-3** (only substances with probability 1.0 are mentioned in the text) showed the highest potential for the NADPH (nicotinamide adenine dinucleotide phosphate), target related to Alzheimer's. And **a1**, **a2**, **b1**, **c3**, **c4**, **c7**, **c8**, **c10**, **c12**, and **d1-3** – for the iNOS (inducible nitric oxide synthase) target. The moderate probability (0.8) against COX2 (cyclooxygenase-2) was detected only for **d2**, while no activity was observed against JNK-3 (c-Jun *N*-terminal kinase 3), and PDE5 (phosphodiesterase type 5) by all.

Chagas Disease Targets: High potential was observed for many substances against the tripomastigote form of Chagas disease, including **a2**, **b1**, **c1**, **c3**, **c8-12**, and **d1**. However, only **c6** with probability of 0.8 was detected against its amastigote form. Regarding the amastigote of *Trypanosoma cruzi*, a smaller number of compounds, **b3**, **c4**, and **d1**, showed a probability of 1. Additionally, some activity was predicted against the *T. cruzi* epimastigote form, including **b2**, **c1**, **c2**, and **d2**.

Leishmania Targets. Notable activity potential against the *L. donovani* amastigote was observed by **c7**, **c8**, **c11**, and **d3**. Moderate probabilities are found against its promastigote form with **b2** and **b3** of highest potential.

Other Targets. Substantial activity against *Alphis gossypii* was predicted by most of substances (with **a1**, **a2**, **b3**, and **c12** of probability 1), some activity – against hepatitis C type 1 (**c1** and **b3**). Moderate to low activities against SARS-CoV, *E. coli*, and *Salmonella enterica* (**c10**). Low to negligible proper against *Dengue larvicida* (**c4**), *C. albicans* (**c12**), *L. amazonensis* amastigote and promastigote.

Summing up, 5-(*R*-phenyl)-5-methyl-5,6-dihydro-tetrazolo[1,5-*c*]quinazolines, **c7**, **c4**, and **c10**, demonstrated the widest and highest total potential across multiple important targets like Alzheimer's (NADPH, and iNOS), Chagas disease (tripomastigote), *Leishmania* (*L. donovani* amastigote), and others (Fig. 2). While additionally other substituted **c6-c8**, **c11**, 6*H*-spiro[indoline-3,5'-tetrazolo[1,5-*c*]quinazolin]-2-one's derivative **b3**, and 5-methyl-5-(pyridine-2-yl)-5,6-dihydro-tetrazolo[1,5-*c*]quinazoline (**d1**) also demonstrated high probability to the above-mentioned targets.

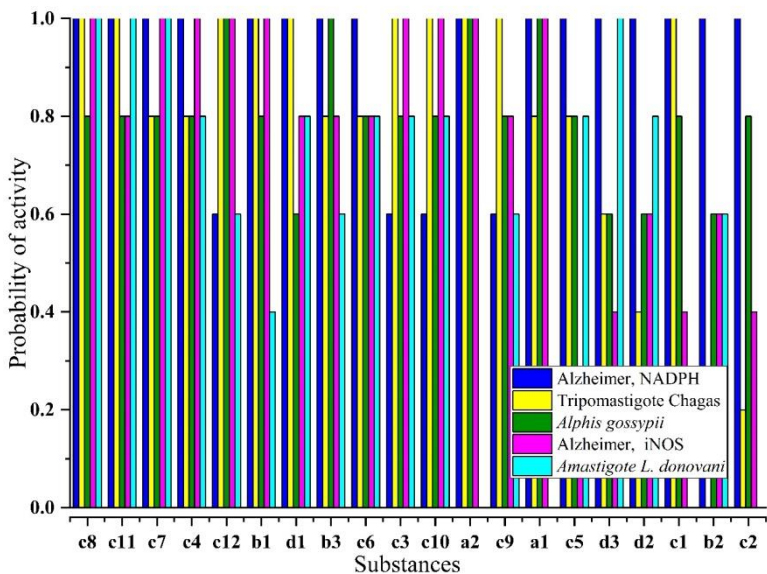


Fig. 1. Calculated highest activity probability of 5,6-dihydro-1,5-c-quinazolin-2-one [3] on website MolPredictX [1, 2] from the highest (c8) to lowest (c2) total values for the 5 best targets

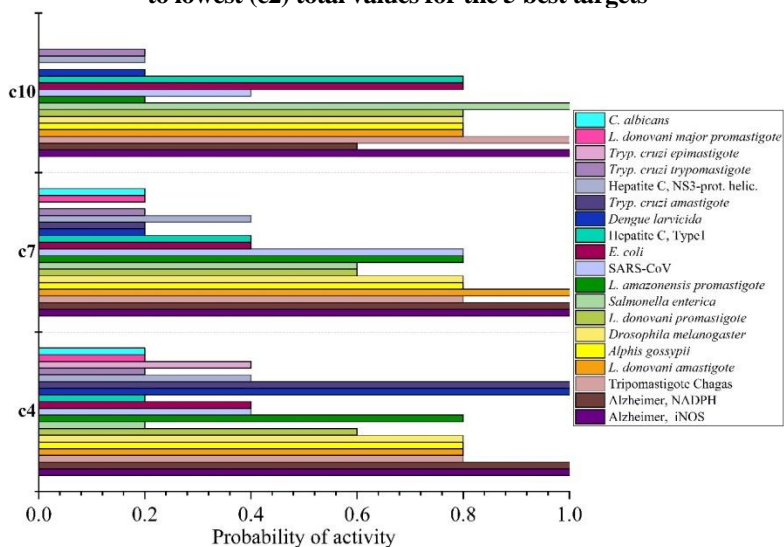


Fig. 2. Results of predicted activity probability of lead-compounds c4, c7, and c10

These compounds could serve as starting points for further optimization and development of potential therapeutic agents targeting neurodegenerative and neglected tropical diseases. It is important to note that these are preliminary predictions based on computational models, and further experimental validation would be necessary to confirm the actual biological activities and efficacies of these substances. Additionally, factors such as toxicity, bioavailability and potential off-target effects should be thoroughly evaluated.

Acknowledgements. Authors gratefully acknowledge the Armed Forces of Ukraine and Territorial Defense Forces of the Armed Forces of Ukraine for preparing this paper in the safe conditions of Zaporizhzhia, Ukraine.

Bibliography:

1. Scotti T. M., Herrera-Acevedo C., Barros de Menezes R. P., Martin H. J., Muratov E. N., Silva Í. de S. Á, Albuquerque F. E., Calado F. L., Coy-Barrera E., Scotti L. MolPredictX: online biological activity predictions by machine learning models. *Molecular Informatics*. 2022. Vol. 41, no. 12. P. e2200133. URL: <https://doi.org/10.1002/minf.202200133>
2. MolPredictX. URL: <https://www.molpredictx.ufpb.br/home/> (date of access: 3.05.2024).
3. Antypenko L., Antypenko O., Karnaukh I., Rebets, O., Kovalenko S., Arisawa M. 5,6-Dihydropyridazinol[1,5-c]quinazolines: Toxicity prediction, synthesis, antimicrobial activity, molecular docking, and perspectives. *Archives of Pharmacy*. 2023. Vol. 356, no. 6. P. e2300029. URL: <https://doi.org/10.1002/ardp.202300029>

СПЕЦИФІКА ЗАСТОСУВАННЯ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ В МЕДИЦИНІ В КОНТЕКСТІ ІННОВАЦІЙ ТА ЗАГРОЗ

Князькова Валентина Яківна

*кандидат економічних наук, доцент,
доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Криленко Володимир Ігорович

*доктор економічних наук, професор,
професор кафедри менеджменту охорони здоров'я
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

У всьому сучасному світі штучний інтелект (ШІ), або Artificial intelligence, швидко та впевнено проникає у різні сфери людської діяльності. Не залишилась осторонь і медична галузь, адже стрімкий розвиток та впровадження передових технологій генеративного штучного інтелекту створюють сприятливі умови для його застосування у сфері охорони здоров'я.

Однією з переваг штучного інтелекту над людиною є його невтомність. На відміну від людини, він не потребує сну, працює без перерв та втоми, що робить його доступним для використання у впровадженні точної медицини навіть цілодобово. Система штучного інтелекту здатна аналізувати значний обсяг інформації, такий як повна медична історія пацієнта, результати аналізів протягом усього періоду лікування, а також поточний стан здоров'я. Ці дані швидко обробляються «електронним мозком», що підвищує точність діагнозу і допомагає лікарям призначати відповідне лікування, а в окремих випадках навіть рятувати життя.

Завдяки штучному інтелекту пацієнти можуть отримувати консультації та медичні рекомендації цілодобово, з урахуванням їхньої медичної історії, індивідуальних потреб і уподобань [1].

Технологія ШІ має великий потенціал для усунення найбільш важливих загроз, що існують у світовій сфері охорони здоров'я, включаючи суттєве зменшення часу очікування для пацієнтів і значне підвищення ефективності в лікарнях і системах охорони здоров'я. Використання технології штучного інтелекту сприяє децентралізації та демократизації медицини, що дозволяє пацієнтам, які не мають

можливості відвідування вищих медичних установ або лікарів, отримувати діагностичну допомогу високої якості, не залишаючи домівки.

Штучний інтелект революціонує галузь охорони здоров'я у багатьох аспектах, в тому числі діагностиці та лікуванні. Завдяки поступу в алгоритмах машинного навчання, він може забезпечити точне діагностування захворювання та розробку ефективних методів лікування, включаючи складання персонального плану лікування з урахуванням унікального стану людини, отриманого на основі його генетичної інформації, історії хвороби пацієнта, життєвих звичок та інших індивідуальних факторів.

Більш точній та своєчасній діагностиці сприяє здатність алгоритмів штучного інтелекту аналізувати медичні зображення з надзвичайною швидкістю та точністю, виявляючи аномалії, які можуть не бути поміченими людським оком. Штучний інтелект використовується для виявлення ознак пневмонії, раку та інших захворювань, а також для розпізнавання медичних зображень, висновків УЗД, знімків МРТ, кардіограм, КТ тощо.

Штучний інтелект може організовувати візити пацієнтів до фахівця за їх запитом, складати розклади та перенаправляти людей з однієї черги до іншої. Це дозволяє лікарям ефективно використовувати свій час і працювати більш продуктивно, що в кінцевому підсумку допоможе зменшити навантаження на медичних працівників, оптимізуючи процеси й дозволяючи їм більше уваги приділяти вдосконаленню своєї професійної діяльності, а не витрачати час на адміністративні завдання [2].

Звісно, використання штучного інтелекту не замінює людського досвіду, але є інструментом, який допомагає медичним працівникам ефективніше діагностувати небезпечні захворювання, ставити точніші діагнози, винаходити нові ліки, моделювати досконалі девайси, проводити операції та розробляти нові методи лікування.

Використання штучного інтелекту може сприяти оптимізації робочих процесів у лікарнях та медичних установах. Алгоритми штучного інтелекту дозволяють прогнозувати навантаження на медичну систему, щоб належним чином регулювати робочий процес та оптимально розподіляти обмежені ресурси, такі як кількість ліжок, робочі години персоналу, медикаменти тощо. Така оптимізація медичної галузі за допомогою штучного інтелекту може допомогти подолати черги в клініках та зробити медичну допомогу більш доступною. Більше того, вона сприяє підвищенню ефективності медицини та її економічної обґрунтованості.

Штучний інтелект дійсно змінює медичну сферу, сприяючи покращенню догляду за пацієнтами і зниженню витрат. Використання штучного інтелекту в медицині охоплює різноманітні аспекти, такі як виявлення патологій, прогнозування ризиків захворювань, рекомендації

з профілактики, скорочення часу очікування пацієнтів і підвищення ефективності лікування в лікарнях та системах охорони здоров'я. Потенційні можливості використання штучного інтелекту величезні; проте існують кілька проблем, які необхідно вирішити.

Однією з головних проблем, пов'язаних із застосуванням штучного інтелекту в медицині, є забезпечення конфіденційності. З урахуванням доступу до особистої конфіденційної інформації про стан здоров'я пацієнта важливо, щоб були встановлені належні протоколи управління даними та забезпечена їхня безпека [3]. Прозорість грає ключову роль також у вирішенні питання про те, наскільки пацієнти контролюють свої власні персональні дані.

Не менш важливою проблемою є існування розбіжностей в даних та недоліків в дослідженнях через упередженість, яка вбудована в моделі машинного навчання, а також проблеми з продуктивністю систем штучного інтелекту після їх впровадження. Неможливо гарантувати повне усунення цих проблем, оскільки машини моделюють поведінку людини на основі наявної інформації лише в конкретний момент часу.

Існують і інші, не менш серйозні загрози використання штучного інтелекту в галузі охорони здоров'я, а саме:

- часткова або повна заміна лікаря у лікувальних процесах, що може спричинити появу безробіття у спільноті медичних працівників;
- виникнення соціальних, релігійних та етичних дилем (наприклад, конфлікт між природною та штучною формами інтелектуального життя);
- можливість самовідтворення штучного інтелекту та втрата людиною контролю над ним [4].

Розмежованість думок та диверсифікація перспектив стосовно впливу штучного інтелекту на вдосконалення медицини є зрозумілою. Використання технологій штучного інтелекту може мати як позитивні, так і негативні наслідки. З одного боку, вони можуть сприяти покращенню якості медичного обслуговування та полегшувати життя людей. З іншого боку, можуть виникати загрози, пов'язані із втратою контролю та вразливістю суспільства. Важливо збалансувати ці аспекти, розробити етичні та регулятивні механізми для використання штучного інтелекту в медицині та спрямувати його дію на суспільне благо.

Література:

1. Штучний інтелект в медицині: чи загрожують інновації правам людини? URL: <https://www.helsinki.org.ua/articles/shtuchnyy-intelekt-v-medysyni-chy-zahrozhuut-innovatsii-pravam-liudyny/> (дата звернення: 05.05.2024)

2. Рудінська О.В., Князькова В.Я. Проблема збереження цілісності особистості лікаря в екстремальних умовах. Людина як цілісність: традиції

та інновації. Матеріали V Міжнародної наукової конференції. Одеський національний медичний університет. м. Одеса. 20.10.2022. с. 232-235. URL: [file:///D:/home/e200466kvu/Downloads/Rudynska%20\(1\).pdf](file:///D:/home/e200466kvu/Downloads/Rudynska%20(1).pdf) (дата звернення: 12.05.2024)

3. Aric Zilberman. Як ШІ змінює медичну галузь? Фейсер. URL: <https://www.facerua.com/iak-shi-zminiuiie-miedichnu-ghaluz/> (дата звернення: 10.05.2024)

4. Махненко Д. І знову про штучний інтелект. Допомога, загроза чи пусті балачки? Юридична Газета online. № 11 (741). URL: <https://yur-gazeta.com/publications/practice/inshe/i-znovu-pro-shtuchniy-intelekt-dopomoga-zagroza-chi-pusti-balachki.html> (дата звернення: 13.05.2024)

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-406-4-43>

THE IMPLEMENTATION OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE TECHNOLOGIES IN HEALTHCARE DURING MARTIAL LAW AND WAR

Kolesnikov Yevhennii Borysovyich

Doctor of Medical Sciences, Professor,

Professor at the Department of General and Emergency Surgery,

Shupyk National Healthcare University of Ukraine

Kyiv, Ukraine

Kolomiets Nataliia Mykolaivna

Deputy Head of the Hospital

Main Medical Center of the Ministry of Internal Affairs of Ukraine

Kyiv, Ukraine

During martial law and war in a country, health care systems face unprecedented challenges that require an immediate strategic response. Under such circumstances, the main directions of changes in the country's health care system should be focused on stability, adaptability and priority of intensive medical care. Increasing the capacity of health systems to cope with the increasing number of victims is critical. This includes establishing emergency centers, stockpiling basic medical supplies and establishing field hospitals. Under these conditions, the priority directions for changes in the country's health care are: ensuring continuous and coordinated work of all health care management systems; – urgent training of medical personnel to work in the

conditions of hostilities and martial law; – transfer of all medical facilities to work in war time; – providing them with all the necessary resources both on the ground and at the stages of evacuating the wounded from the battlefield to larger hospitals and other medical institutions of the country. The implementation of artificial intelligence (AI) technologies in healthcare during martial law and wartime presents unique challenges and opportunities. AI can play a crucial role in mitigating these challenges and improving care under these difficult circumstances. As stated in the 2021 report of the U.S. National Security Commission on AI, “The ability of a machine to perceive, evaluate, and act more quickly and accurately than a human represents a competitive advantage in any field – civilian or military. AI technologies will be a source of enormous power for the companies and countries that harness them” [1; 2, p. 2].

AI-powered telemedicine can facilitate remote diagnosis and treatment, connecting patients in conflict zones with specialists around the world. This is especially crucial when local medical expertise is scarce or when travel to medical facilities is dangerous. Integrating AI into telemedicine has emerged as a groundbreaking approach, revolutionizing the delivery of healthcare services. AI, with its ability to analyze vast amounts of data, make predictions, and learn from patterns, has the high potential to enhance diagnostic accuracy, streamline patient care, and improve overall healthcare outcomes during military conflicts and war. One of the key benefits of AI in telemedicine is its capacity to assist in the diagnostic process. By analyzing medical images, such as X-rays and MRIs, AI algorithms can quickly and accurately detect abnormalities, enabling healthcare providers to make more informed decisions as soon as possible, which is very important during war time [3, p. 2]. AI can help in developing more efficient triage systems to manage and prioritize the treatment of casualties. By quickly analyzing medical data and injury severity, AI systems can assist medical personnel in making rapid decisions about who needs urgent care, which is vital when resources are constrained. Special AI assisting driven drones can be used for delivering blood products, medications, vaccines and other medical supplies to the battlefields and remote areas. Drones can be used for the rapid transportation of organs with high delicacy. This can potentially prevent any damage to the organs during transportation. Large drones can be used for evacuation of wounded soldiers to the medical facilities.

AI can optimize the logistics of medical supplies, ensuring that limited resources are used efficiently. This includes predictive analysis for medical supply needs, optimizing delivery routes, and managing inventory in a way that matches the fluctuating demands of a wartime healthcare system. During war, the risk of disease outbreaks increases due to displaced populations and compromised sanitary conditions. AI can monitor and predict the spread of infectious diseases, providing early warnings and enabling better preparedness

and response strategies. Drones can also be used for medical surveillance. Real-time data from sensors, surveillance cameras can provide up-to-date information about ongoing conflicts, road conditions, and changing threats, identifying safe paths and allowing evacuation teams to make informed decisions. An example of drone with such abilities is DJI Mavic 2 Enterprise Advances. In the battlefield areas with a high prevalence of wounded soldiers, drones with integrated cameras can take videos or pictures of on-ground situations to help to identify and evacuate them to the safe place. Drones have been used to deliver automated external defibrillators and save the lives of outpatients suffering cardiac arrest [4; 5 p. 3]. In war injuries, particularly those involving shrapnel and complex fractures, AI-enhanced imaging tools can help in quickly assessing the extent of injuries. This assists in planning surgeries and other treatments under pressure. In the emergency department, it is important to identify and prioritize who requires an urgent intervention in a short time. Triage helps recognize the urgency among patients and identifies high and low-urgency patients. An accurate triage decision helps patients receive the emergency service in the most appropriate time [6, p. 3].

AI technologies, including chatbots and virtual therapy platforms, can provide psychological support to individuals affected by the stress and trauma of war. These tools can offer coping mechanisms and basic therapeutic interactions, especially where mental health professionals are not available. The war in Ukraine has created a huge need for psychological support ranging from psychological first aid to comprehensive psychological care. People have experienced fear, trauma and isolation and are showing symptoms of anxiety, depression and stress. While many have sought safety in the west of the country, missile strikes continue to endanger civilian lives and cause loss of life even far from the frontlines. The physical threat of the strikes is also causing psychological impact on people across the country. For people facing the aftermath of an attack, psychological first aid is essential to help them cope with symptoms such as shock, panic attacks, changes in appetite and sleep patterns, and withdrawal from daily activities [7, p. 3].

AI-driven simulations and training programs can help in rapidly training healthcare workers on the battlefield or in conflict zones, providing them with crucial updates on emergency care procedures and other necessary skills without the need for extensive physical training setups. AI can also enhance communication systems, ensuring that medical data and updates are efficiently shared among healthcare providers, even in disrupted environments. Secure, AI-managed networks can maintain the flow of vital information despite the challenges of warfare.

Implementing these technologies during wartime requires careful consideration of ethical, security, and reliability aspects. AI systems need to be robust against cyber threats, which can be heightened in conflict settings.

Moreover, ensuring that these technologies do not exacerbate inequalities or become targets themselves is critical. Overall, the potential of AI to support and enhance healthcare in wartime is significant, offering hope for improved medical care in some of the most challenging conditions. Machine learning models can predict the development of complications after complex surgical military injuries and their outcomes based on patient data. This can lead to more effective treatments with fewer side effects. AI models can predict how wounded patients will respond to various medications, allowing for more personalized and effective treatment plans. AI-driven robots may assist surgeons to increase precision in operations on wounded patients. These robots can perform complex surgical tasks with high precision, reducing human error and improving patient outcomes. Robotic assistance in surgery often leads to smaller incisions, less blood loss, and quicker recovery times. AI-powered virtual assistants can provide 24/7 health monitoring and basic healthcare support. AI automates many administrative tasks in healthcare facilities on the battlefields, such as scheduling, wounded patient data management. This reduces the workload on human staff, increases efficiency, and decreases the likelihood of errors. Despite these advantages, the integration of AI into healthcare during martial law and war also raises significant ethical, privacy, and regulatory challenges. Issues such as data security, patient consent, and algorithmic bias need careful management to ensure that the benefits of AI are maximized without compromising patient welfare or equity.

Bibliography:

1. National Security Commission on Artificial Intelligence [NSCAI], Final Report (Washington, D. C. : NSAI, March 2021). P. 7. URL: <https://www.nsc.ai.gov/wp-content/uploads/2021/03/Full-Report-Digital-1>.
2. Avi Goldfarb, Jon R. Lindsay Prediction and Judgment: Why Artificial Intelligence Increases the Importance of Humans in War, *International Security* (2022) 46 (3): 7–50. URL: https://doi.org/10.1162/isec_a_00425
3. Tahereh Rezaei, Parisa Jafari Khouzani Integrating Artificial Intelligence into Telemedicine: Revolutionizing Healthcare Delivery, October 2023, Publisher: Kindle. DOI:10.5281/zenodo.8395812 ISBN: 979-886299650
4. Sanchari Sinha Dutta, Danielle Ellis, B. Sc How could drones revolutionize healthcare? Drone usage in life-threatening conditions. URL: <https://www.news-medical.net/health/How-are-drones-used-in-healthcare.aspx>
5. E. B. Kolesnikov, V. V. Kryzhevsky The use of artificial intelligence at the stages of evacuation, diagnosis and treatment of wounded soldiers in the war in Ukraine. *Kharkiv Surgical School*. 2023. № 4–5(121–122). P. 80–84. DOI: <https://doi.org/10.37699/2308-7005.4-5.2023.11>
6. Joany M Zachariasse, Vera van der Hagen, Nienke Seiger. Performance of triage systems in emergency care: a systematic review and meta-analysis,

BMJ Open. 2019; 9(5): e026471. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6549628/>; DOI: 10.1136/bmjopen-2018-026471

7. Protecting mental health amidst the trauma of war in Ukraine, 03.08.2023. URL: <https://www.msf.org/protecting-mental-health-amidst-trauma-war-ukraine>

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-406-4-44>

ВПРОВАДЖЕННЯ ТЕХНОЛОГІЙ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Кузмичова Анастасія Сергіївна

*студентка 2 курсу заочної форми навчання
кафедри менеджменту охорони здоров'я
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Штучний інтелект і пов'язані з ним технології все більше поширюються в бізнесі та суспільстві та починають застосовуватися в охороні здоров'я. Ці технології мають потенціал для трансформації багатьох аспектів догляду за пацієнтами, а також адміністративних процесів у постачальниках, платниках і фармацевтичних організаціях.

Незважаючи на всі досягнення в медицині, ефективна діагностика захворювань все ще вважається проблемою в глобальному масштабі. Розробка засобів ранньої діагностики є постійною проблемою через складність різних механізмів захворювання та основних симптомів. Штучний інтелект може революціонізувати різні аспекти охорони здоров'я, включно з діагностикою.

Машинне навчання є однією з підгалузей штучного інтелекту. Це технологія, яка дозволяє комп'ютерам вчитися з даних та покращувати свою продуктивність у певних завданнях без необхідності явного програмування. Машинне навчання може допомогти в прийнятті рішень, керувати робочим процесом і автоматизувати завдання своєчасно та ефективно.

Штучний інтелект все ще перебуває на ранніх етапах повного використання для медичної діагностики. Однак з'являється більше даних щодо застосування штучного інтелекту для діагностики різних захворювань, наприклад раку. У Великобританії було опубліковано дослідження, в якому автори вводять великий набір даних маммографії в систему штучного інтелекту для діагностики раку молочної залози.

Це дослідження показало, що використання системи штучного інтелекту для інтерпретації маммографії призвело до абсолютного зниження хибних результатів на 5,7% [2]. Інше дослідження було проведено в Південній Кореї, де автори порівнювали діагностику раку молочної залози штучним інтелектом та рентгенологами. Діагностика за допомогою штучного інтелекту була більш чутливою для діагностики раку молочної залози порівняно з радіологами, 90% проти 78% відповідно. Крім того, штучний інтелект краще виявляв рак молочної залози на ранній стадії (91%), ніж радіологи (74%) [2].

21 січня 2021 року компанія «Lightpoint Medical», яка спеціалізується на розробці хірургічних інструментів для інтраопераційного виявлення раку, отримала сертифікат CE на свій роботизований гамма-зонд «SENSEI». Цей сертифікат дозволяє компанії реалізовувати свою продукцію в Європейському Союзі. Це важливе досягнення свідчить про визнання ефективності цієї розробки. Розробники зазначають, що гамма-зонд «SENSEI» здатний виявляти ракові ураження лімфовузлів в режимі реального часу під час роботизованих хірургічних втручань, що допомагає запобігти поширенню раку через лімфатичну систему під час операції [1].

Проект «IBM Watson for Oncology» базується на суперкомп'ютері, обладнаному системою штучного інтелекту «IBM Watson». Починаючи з 2013 року, систему використовують для допомоги у прийнятті рішень щодо лікування пацієнтів з раком легень. Перед запуском програми, у базу даних для навчання було завантажено велику кількість медичних документів, включаючи історії хвороб, медичні журнали та підручники, що складають близько 15 мільйонів сторінок тексту. У липні 2016 року мережа лікарень «Manipal Hospitals» розпочала використання «IBM Watson for Oncology» для надання допомоги лікарям та пацієнтам у визначенні персоналізованих методів лікування раку [1].

Алгоритми машинного навчання дозволяють передбачити широкий спектр фенотипів, від простих ознак, таких як колір очей, до більш складних, наприклад, реакція на певні ліки або сприйнятливість до захворювань. Особливою сферою, де штучний інтелект та машинне навчання показали високу ефективність, є ідентифікація генетичних захворювань, пов'язаних із різними рисами чи патологіями. Вивчення великих наборів геномних даних дозволяє цим методам виявляти складні закономірності, які часто неможливо виявити при ручному аналізі. Наприклад, новаторське дослідження використало глибоку нейронну мережу для ідентифікації генетичних варіантів, пов'язаних із розладом аутистичного спектру (РАС), успішно передбачивши статус РАС, базуючись лише на геномних даних.

Штучний інтелект відіграє ключову роль в оптимізації дозування ліків та прогнозуванні побічних ефектів, що значно підвищує безпеку пацієнтів та покращує результати лікування. Завдяки алгоритмам штучного

інтелекту, медичні працівники можуть точно налаштовувати дозування ліків для кожного пацієнта та передбачати можливі побічні ефекти, що допомагає зменшити ризики і покращити якість медичної допомоги [3, с. 230].

Нова система оптимізації дозування – «CURATE.AI» – це платформа, заснована на штучному інтелекті, яка динамічно оптимізує дози хіміотерапії на основі індивідуальних даних пацієнтів. Було проведено дослідження у формі відкритого, проспективного випробування з участю пацієнтів із пухлинами, які отримували три різні схеми хіміотерапії. «CURATE.AI» генерувала персоналізовані дози для наступних циклів, враховуючи взаємозв'язок між змінами в дозах хіміотерапії та показниками онкомаркерів. Впровадження «CURATE.AI» в клінічну практику продемонструвало успішну інтеграцію та потенційні переваги у вигляді зменшення доз хіміотерапії та покращення відповіді пацієнтів і тривалості лікування порівняно зі стандартними методами [3, с. 234].

Штучний інтелект забезпечує швидкий і детальний доступ до інформації про ліки з різних джерел, завдяки своїй здатності аналізувати сучасну медичну літературу, бази даних про ліки та клінічні рекомендації. Це дозволяє надавати медичним працівникам точні та засновані на доказах рішення. Використовуючи автоматизовані системи, віртуальні помічники на основі штучного інтелекту можуть відповідати на стандартні запитання та надавати детальну медичну інформацію.

Чат-боти, створені на базі штучного інтелекту, допомагають зменшити навантаження на медичних працівників, дозволяючи їм зосередитися на складніших випадках, що потребують їхнього досвіду. Крім того, алгоритми штучного інтелекту можуть створювати індивідуальні рекомендації для кожного пацієнта, враховуючи його стан здоров'я, попередній медичний анамнез, історію прийому ліків та соціальні уподобання/спосіб життя. Це дозволяє медичним працівникам оптимізувати вибір ліків і дозування для кожного конкретного пацієнта [3, с. 236].

У зв'язку з постійним зростанням потреб у послугах охорони здоров'я та обмеженими ресурсами у світі, пошук ефективних рішень для подолання цих проблем є надзвичайно важливим. Віртуальні асистенти – це інноваційна технологія, яка трансформує галузь охорони здоров'я, підтримуючи медичних працівників. Вони створені для імітації людської мови та надання персоналізованої допомоги пацієнтам на основі їхніх вхідних даних.

Ці цифрові помічники використовують додатки, чат-боти, голосові інтерфейси та інші технології на основі штучного інтелекту. Віртуальні асистенти можуть допомагати пацієнтам з різними завданнями, такими як визначення основної проблеми за симптомами, надання медичних порад, нагадування про прийом ліків, організація візитів до лікаря та моніторинг

життєво важливих показників. Крім того, вони здатні щодня збирати інформацію про стан здоров'я пацієнтів і передавати звіти їхнім лікарям. Знімаючи частину обов'язків з медичних працівників, віртуальні асистенти допомагають зменшити їхнє робоче навантаження та покращити результати лікування пацієнтів [3, с. 240].

Хоча ШІ в охороні здоров'я має багато переваг, він також має потенційні проблеми та недоліки, які можуть виникнути. Наприклад, для навчання моделей ШІ потрібні великі обсяги високоякісних даних. Однак медичні дані часто бувають неповними, розрізненими або містять помилки, що може призвести до неточних прогнозів та рішень. Багато алгоритмів ШІ, особливо ті, що використовують машинне навчання, є «чорними ящиками», тобто їх важко інтерпретувати. Це створює труднощі для медичних працівників у розумінні, як і чому система приймає певні рішення. Використання ШІ в охороні здоров'я передбачає обробку великих обсягів персональних даних. Це підвищує ризик витоку даних, кіберзлочинності та порушення конфіденційності пацієнтів [4].

Також, використання ШІ в медицині піднімає етичні питання, такі як упередженість алгоритмів, відповідальність за прийняті рішення та можливі наслідки помилкових прогнозів.

Варто зауважити, що наразі немає достатньої нормативно-правової бази, яка б підтримувала інтеграцію ШІ та регулювала його функціонування, особливо стосовно захисту персональних даних, цивільно-правової та кримінальної відповідальності, а також питань дискримінації. Однак, робота в цьому напрямку вже ведеться. Так, 23 вересня 2020 року комітет Ради Європи з питань штучного інтелекту опублікував проміжний звіт. У цьому звіті визначено конкретні кроки для розробки правового інструменту Ради Європи, що регулює питання ШІ, заснованого на принципах прав людини, верховенства права та демократії [4].

Аналізуючи поточну ситуацію в сфері охорони здоров'я, можна дійти висновку, що в майбутньому штучний інтелект матиме значний вплив на цю галузь. Прогностична аналітика на основі ШІ може підвищити точність та ефективність діагностики захворювань і клінічних лабораторних досліджень. Крім того, ШІ може допомогти в управлінні здоров'ям населення та створенні рекомендацій, надаючи точну інформацію в режимі реального часу та оптимізуючи вибір ліків.

Література:

1. Fenech, M., Strukelj, N., & Buston, O. Ethical, social and political challenges of artificial intelligence in health. URL: http://futureadvocacy.com/wpcontent/uploads/2018/04/1804_26_FA_ETHICS_08-DIGITAL.pdf (дата звернення 22.05.2024).

2. Intel Corporation. Overcoming barriers in AI adoption in healthcare. URL: <https://newsroom.intel.com/wpcontent/uploads/sites/11/2018/07/healthcare-iot-infographic.pdf> (дата звернення 22.05.2024).

3. Jiang, F., et al. Artificial intelligence in healthcare: past, present and future. *Stroke Vasc. Neurol.*, 2021. С. 230–243.

4. Штучний інтелект серйозно загрожує медицині майбутнього. URL: <https://senior.ua/news/shtuchniy-ntelekt-seryozno-zagrozhu-medicin-maybutnogo> (дата звернення 23.05.2024).

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-406-4-45>

ІННОВАЦІЙНІ РІШЕННЯ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ ДЛЯ ВДОСКОНАЛЕННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ТЕРАПІЇ

Черленюк Юрій Юрійович

*аспірант кафедри публічного управління та адміністрування
Національний університет охорони здоров'я України
імені П. Л. Шупика
м. Київ, Україна*

У сучасному світі технології розвиваються неймовірно швидкими темпами, і однією з найбільш перспективних та інноваційних є технологія штучного інтелекту (ШІ). Штучний інтелект – це технологія, яка дозволяє комп'ютерам і машинам імітувати людський інтелект і здатність вирішувати проблеми. Штучний інтелект, як галузь інформатики, включає машинне (machine learning) та глибоке навчання (deep learning). Ці напрямки передбачають створення алгоритмів ШІ, що імітують процеси прийняття рішень людським мозком. Такі алгоритми можуть "навчатися" на основі наявних даних і з часом покращують якість та точність прогнозів [1]. Застосування ШІ в охороні здоров'я відкриває нові горизонти та можливості для покращення медичних послуг, що в кінцевому результаті сприяє збереженню життя та здоров'я пацієнтів.

Наразі штучний інтелект у медичних установах переважно виконує функції підтримки прийняття клінічних рішень та аналізу зображень. Інструменти підтримки клінічних рішень допомагають медичним працівникам вирішувати питання щодо лікування, призначення ліків, психічного здоров'я та інших потреб пацієнтів, забезпечуючи швидкий доступ до актуальної інформації та досліджень. У медичній візуалізації інструменти штучного інтелекту використовуються для аналізу КТ,

рентгенівських знімків, МРТ та інших зображень з метою виявлення патологічних змін або інших знахідок, які можуть бути пропущені лікарем-радіологом.

Наразі штучний інтелект не може замінити лікаря, проте здатний значно пришвидшити діагностику та покращити її точність. Наприклад, для аналізу зображення комп'ютерної томографії на основі штучного інтелекту потрібно лише кілька секунд, тоді як ручна оцінка може зайняти в середньому до 15 хвилин [2]. Завдяки ШІ можна автоматизувати рутинні задачі в аналізі зображень, що дозволяє рентгенологам зосередитися на складніших випадках і покращити загальну якість діагностики. Основні задачі штучного інтелекту в сфері діагностичної візуалізації включають:

1. Аналіз та інтерпретація зображень. У сфері аналізу та інтерпретації зображень можливості штучного інтелекту значно покращили процес виявлення незначних розбіжностей і аномалій. Штучний інтелект зменшує ймовірність людської помилки, підвищує точність аналізу та допомагає уникнути негативних наслідків втоми чи недогляду.

2. Операційна ефективність. Ефективність роботи підвищується завдяки штучному інтелекту, який прискорює діагностичний процес та забезпечує економічну ефективність. Це значною мірою знижує витрати на охорону здоров'я.

3. Прогноз та персоналізована медична допомога (predictive and personalized healthcare) отримує значні переваги від використання ШІ через прогностичну аналітику, яка використовує дані попередніх результатів обстежень та життєвих показників для ранньої діагностики. Тобто, персоналізована медицина використовує дані конкретного пацієнта для індивідуальних діагностичних підходів.

4. Підтримка клінічних рішень. У підтримці клінічних рішень ШІ допомагає у складних процедурах, надаючи точну підтримку візуалізації та інтегруючись з іншими технологіями, такими як електронні медичні записи. Це означає, що дані з різних джерел (наприклад, результати лабораторних тестів, історія хвороби, генетичні дані) можуть бути об'єднані та проаналізовані разом [3].

Успішні приклади застосування ШІ для аналізу та інтерпретації зображень є майже в кожній галузі медицини. Одним з найважливіших напрямків є покращення діагностики онкологічних захворювань та точності стадіювання раку. Основним скринінгом раку грудної залози залишається мамографія. Проте близько 30–40% випадків раку молочної залози можна пропустити під час скринінгу [4]. У дослідженні, де 14 радіологів оцінювали дані із 240 зображень цифрової мамографії, використання інструменту штучного інтелекту призвело до зниження частоти хибнонегативних результатів для 11 із 14 читачів із середнім покращенням на 18% (діапазон 2–50%). Подібним чином частота

хибнопозитивних результатів була знижена завдяки використанню ШІ для восьми радіологів у середньому на 25% [5]. В іншому дослідженні штучний інтелект краще виявляв рак грудей на ранній стадії (91%), ніж радіологи (74%) [9].

Також перспективним є використання ШІ для моніторингу артеріальної гіпертензії та цукрового діабету за допомогою портативних девайсів, діагностики захворювань шкіри, печінки, серцево-судинної системи тощо [10].

Інше дослідження з приводу застосування ШІ для діагностики захворювань легень демонструє можливості покращення операційної ефективності. В ньому ШІ був у середньому на 27 секунд швидшим за експерта та виявив 8,4% легеневих вузликів, які можна було б пропустити. ШІ мав чутливість 67,7%, схожу на точність, яку демонстрували досвідчені радіологи. AI правильно класифікував кожного пацієнта (вузлики присутні/відсутні) з чутливістю 96,1%. За допомогою штучного інтелекту експерт зменшив середній час оцінки на випадок з 2:44 хвилини до 35,7 секунди [6]. Допомагаючи швидше та впевненіше аналізувати дані, ШІ значно зменшує навантаження на лікарів. Ця функція є корисною для пацієнтів і сприятливою для лікарень через збільшення навантаження на пацієнтів і потребу в скороченні часу обробки.

Крім діагностичної сфери, штучний інтелект відіграє ключову роль у розвитку персоналізованого лікування. Це підхід, який налаштовує медичну допомогу для кожного пацієнта, враховуючи його унікальні характеристики, такі як генетика, середовище, спосіб життя та біомаркери. Одним з найперспективніших напрямків, де даний підхід показав свою ефективність, є прогнозування відповіді на лікування онкологічних захворювань [7]. Дані про генотипування пацієнтів та про експресію генів були застосовані для тренування алгоритмів ШІ та успішно використані для передбачення відповіді конкретних хворих на хіміотерапію. У дослідженні, де були включені 175 хворих на рак та враховані їх профілі експресії генів, було досягнуто точності прогнозування реакції на хіміотерапію понад 80% для кількох препаратів. Ці результати демонструють є багатобічними [8].

Іншим важливим аспектом персоналізованої медицини є оптимізація дозування та терапевтичного моніторингу препаратів. Використовуючи алгоритми штучного інтелекту, надавачі медичних послуг можуть оптимізувати дозування ліків для окремих пацієнтів і передбачити потенційні побічні ефекти, тим самим зменшуючи ризики та покращуючи догляд за пацієнтами. Успішний приклад такого використання, показує дослідження, яке мало на меті розробити модель прогнозування на основі ШІ для міжнародного нормалізованого співвідношення протромбінового часу (PT/INR) і підтримки прийняття рішень для оптимізації підтримуючої

доза варфарину [9]. У ньому було проаналізовано дані 19719 госпіталізованих пацієнтів – в результаті алгоритм перевершив досвідчених лікарів зі значними відмінностями у прогнозуванні майбутніх PT/INR, створюючи надійну індивідуальну дозу варфарину.

Отже, технології штучного інтелекту відіграють провідну роль в еволюції медичної сфери, значною мірою впливаючи на такі вагомні процеси, як виявлення та лікування захворювань. Менеджмент охорони здоров'я майбутнього потребує імплементації штучного інтелекту у медичних закладах через його здатність підвищувати точність діагностики, персоналізувати лікування, оптимізувати дозування ліків, знижувати ризик побічних ефектів і покращувати загальну ефективність та якість наданих послуг. Використання ШІ також сприяє економії ресурсів і покращенню управління даними, що в кінцевому підсумку підвищує задоволеність пацієнтів та результати лікування.

Література:

1. Artificial Intelligence: A Modern Approach (4th ed.) / Russell, Stuart J. Norvig, Peter. Hoboken : Pearson, 2021. P. 1–4.
2. Kumar R., Sharma A., Sharma P., et al. Role of Artificial Intelligence in Diagnosis and Treatment of Various Medical Diseases in Patients. *AMEI's Curr Trends Diagn Treat*. 2021. Vol. 5. P. 92–98. DOI: 10.5005/jp-journals-10055-0131.
3. Lepakshi V.A. Machine Learning and Deep Learning based AI Tools for Development of Diagnostic Tools. *Computational Approaches for Novel Therapeutic and Diagnostic Designing to Mitigate SARS-CoV-2 Infection*. 2022. P. 399–420. DOI: 10.1016/B978-0-323-91172-6.00011-X.
4. Pacilè S., Lopez J., Chone P., Bertinotti T., Grouin J.M. Fillard P. Improving Breast Cancer Detection Accuracy of Mammography with the Concurrent Use of an Artificial Intelligence Tool. *Radiol Artif Intell*. 2020. Vol. 2. DOI: 10.1148/ryai.2020190208.
5. Khalifa M., Albadawy M. AI in diagnostic imaging: Revolutionising accuracy and efficiency, *Computer Methods and Programs in Biomedicine Update*, Vol. 5. 2024. DOI: 10.1016/j.cmpbup.2024.100146.
6. Abadia A.F., Yacoub B., Stringer N., Snoddy M., Kocher M., Schoepf U.J., Aquino G.J., Kabakus I., Dargis D., Hoelzer P., Sperl J.I., Sahbaee P., Vingiani V., Mercer M., Burt J.R. Diagnostic Accuracy and Performance of Artificial Intelligence in Detecting Lung Nodules in Patients With Complex Lung Disease: A Noninferiority Study. *J Thorac Imaging*. 2022 May 1. P. 154–161. DOI: 10.1097/RTI.0000000000000613.
7. Zhang B., Shi H., Wang H. Machine Learning and AI in Cancer Prognosis, Prediction, and Treatment Selection: A Critical Approach.

J Multidiscip Healthc. 2023 June 26. P. 1779–1791. DOI: 10.2147/JMDH.S410301.

8. Alowais S.A., Alghamdi S.S., Alsuhebany N. et al. Revolutionizing healthcare: the role of artificial intelligence in clinical practice. *BMC Med Educ* 23. 2023. № 689. DOI: 10.1186/s12909-023-04698-z.

9. Lee H., Kim H.J., Chang H.W., Kim D.J., Mo J., Kim J.E. Development of a system to support warfarin dose decisions using deep neural networks. *Sci Rep.* 2021 July 20. Vol. 11. № 14745. DOI: 10.1038/s41598-021-94305-2.

Kumar Y, Koul A, Singla R, Ijaz MF. Artificial intelligence in disease diagnosis: a systematic literature review, synthesizing framework and future research agenda. *J Ambient Intell Humaniz Comput.* 2023. Vol. 14. P. 8459–8486. DOI: 10.1007/s12652-021-03612-z

СЕКЦІЯ 7. НАГАЛЬНІ ПИТАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-406-4-46>

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ СТРАТЕГІЇ УПРАВЛІННЯ БІЗНЕСОМ В ПРИВАТНИХ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВАХ

Мартинюк Олена Анатоліївна
доктор економічних наук, професор,
професор кафедри менеджменту охорони здоров'я
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Добровольська Інна Володимирівна
магістр за спеціальністю 073 – Менеджмент
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Фармацевтичний ринок України як складна соціально-економічна система активно демонструє динамічний розвиток окремих його сегментів та засвідчує зростання попиту кінцевих споживачів на продукцію галузі, вдосконалення товарного асортименту, розвиток фармацевтичних торговельних мереж. Становлення українського фармацевтичного ринку відбувається під впливом державної політики в частині забезпечення споживачів доступними лікарськими засобами, а також засвідчує гостру конкуренцію в сфері виробництва, дистрибуції й споживання між вітчизняними та іноземними виробниками фармацевтичної продукції, аптечними торговельними мережами, фармацевтичними дистриб'юторами в частині реалізації фармпрепаратів та аптечними закладами [7].

Ринок фармацевтичної продукції є одним із найбільш швидкозростаючих у світі, через постійні інновації та модернізації лікарських засобів та медичного обладнання. Проте медикаменти випускає переважно невелика кількість розвинутих країн. Частка найбільших виробників лікарських засобів до яких відносяться США, Японія, Франція, Німеччина, Великобританія, Італія, Швейцарія, Іспанія, Нідерланди перевищує 75%. Україна перебуває у залежності від зарубіжних виробників медпрепаратів і не забезпечує потреб населення. Та в той же час фармацевтика в Україні –

це галузь, яка розвиває національну економіку. В ній задіяні лише 0,15% працівників від загальної кількості зайнятих, але вони створюють 0,83% ВВП країни і забезпечують 24 млрд грн доданої вартості [9].

Місткість світового ринку фармпродукції оцінюють у 1089 млрд доларів США, а українського ринку фармпродукції – 3,418 млрд доларів США. Темпи зростання цього ринку, як правило, перевищують темпи зростання ВВП, внаслідок чого галузь стає потенційно привабливою для входження у неї суб'єктів із інших галузей. За даними Міністерства економіки України, темпи зростання ВВП у 2022 р. мали б становити 3,8 %, у 2023 р. – 4,7 % та у 2024 р. – 5 %. Очікувані темпи розвитку роздрібного ринку фармпродукції у цей період мали б досягти 14–19 % у національній валюті. Для прикладу, в національній валюті місткість ринку фармпродукції України у 2020 р. становила 133824,47 млн грн, що на 17,059 млн грн (14,61 %) більше ніж у 2019 р. У його структурі близько 85 % займав аптечний сегмент та 15 % – госпітальний (2020 р.) [8].

Але військова агресія рф в Укрїну внесла свої корективи як структуру ринку фармацевтичної продукції, так і сегментування асортиментної потреби в препаратах та медичних матеріалах.

Вторгнення рф в Україну значно погіршило стан фармацевтичної галузі и змусило стикнутися із низкою нових проблем та погіршенням ситуації з вже наявними. Як зазначає німецька медіакорпорація «Deutsche Welle», «у перші дні повномасштабного вторгнення росії в Україні перестали працювати 90 відсотків аптек. Там, де це можливо було зробити, українці розкупили найбільш затребувані препарати» [2].

Основними проблемами унеможливлення роботи аптечних установ та фармацевтичних підприємств були: відсутність персоналу, адже в основному в аптеках працювали жінки, велика кількість яких виїхала з місць свого постійного проживання або в інші регіон України, або закордон; певна кількість робітників цієї сфери пішли у лави ЗСУ; логістичні проблеми через бойові дії в певних районах, які на певний час унеможливили перевезення фармацевтичних продуктів та сировини будь-яким чином, а також заблокували доступ до складів з ліками та іншими товарами; складнощі з процесами ліцензування, контролю якості та імпорту лікарських засобів [2].

Спираючись на дослідження фармацевтичного ринку України, припустимо що, економічна кон'юнктура українського ринку фармацевтичної продукції та динаміки розвитку окремих його сегментів дає змогу розглянути основні напрямки конкурентної боротьби та визначити пріоритетні орієнтири для формування напрямки розробки стратегії [3, 4, 5]:

– існує велика конкуренцію між вітчизняними та закордонними фармацевтичними підприємствами-виробниками, а також світовими лідерами фарміндустрії;

– активний розвиток підприємств суміжних галузей (біотехнології, харчової, переробної промисловості), які можуть вийти на ринок фармпродукції;

– значний тиск із боку товарів-субститутів, а також велика конкуренція з боку оригінальних та генеричних препаратів; біологічно активних добавок тощо;

– створюється конкуренція за домінування у госпітальному/аптечному сегментах та представлення власних інтересів в каналах розподілу фармпродукції (на рівні лікарів, гуртовиків, провізорів тощо);

– активно розвивається конкуренція на рівні гуртово-роздрібною торгівлі – формування мереж аптек під егідою власності складів гуртової торгівлі, тиск із боку мережі локальних аптек, які об'єднані у гуртові організації тощо, які сукупно розширюють та ускладнюють конкурентну боротьбу на ринку;

– існує певний тиск з боку споживачів, які через низькі бар'єри доступу до інформації стали обізнанішими у характеристиках фарм-препаратів, та набули здатності звернення до широкого кола суб'єктів ринку надання медичних послуг, зокрема консультаційних (у зв'язку із впровадженням електронної медичної системи Helsi, розвитком приватних кабінетів тощо).

Очевидно, у секторах виробництва ліків та гуртово-роздрібною торгівлі фармпрепаратами слід очікувати подальшої консолідації бізнесу та виходу із ринку слабких контрагентів через їхню низьку платоспроможність, обмежений доступ до ресурсів та інші фактори, що формують сприятливе інституційне середовище для активного використання кластерних технологій та моделей у фармсекторі.

Тому існує необхідність в визначенні адаптивних орієнтирів, для поступового розвитку приватного фармацевтичного підприємства, навіть в сучасних надскладних умовах, воєнних дій.

В системі управління підприємством потрібно започаткувати наступні напрямки:

– створити інформаційну базу для прийняття стратегічних рішень на основі оцінки внутрішнього та зовнішнього середовищ;

– знизити негативний вплив змін зовнішнього та внутрішнього середовища на результати діяльності підприємства;

– швидко реагувати на зміни та вносити відповідні виправлення до стратегії, яка реалізується на цьому етапі діяльності суб'єкта господарювання;

– визначити потрібний рівень потенціалу підприємства та дію чинників зовнішнього середовища, які в поєднанні дають можливість досягти його стратегічних завдань.

Оптимізації та найкращому узгодженню планів допомагає процесний підхід, коли планування збуту, виробництва та фінансів розглядається як єдиний бізнес-процес. При цьому інтегратором збуту та виробництва (організатором і виконавцем планування й відповідно основним координатором обсягів виробництва, постачання та величини запасів продукції на складах всього асортименту підприємства) визначається окремим спеціалістом за допомогою автоматизованих систем управління.

Література:

1. Вавулін О.І. Управління підприємствами фармацевтичної галузі на основі логістичних підходів. *Економіка і суспільство*. 2016. Вип. 3. URL: https://economyandsociety.in.ua/journals/3_ukr/27.pdf
2. Логінова О. Управління логістичною діяльністю фармацевтичних підприємств. *Український журнал прикладної економіки та техніки*. 2023. Том 8. № 1. URL: https://dspace.udpu.edu.ua/bitstream/123456789/15901/1/ujae_2023_r01_a3.pdf
3. Менеджмент та маркетинг в охороні здоров'я : навчальний посібник / В. І. Борщ, О. В. Рудінська, Н. Л. Кусик. Херсон : Олді+, 2022. 264 с.
4. Мартинюк О. А. Впровадження стандартів якості в галузі охорони здоров'я у воєнний час. *The 35th International scientific and practical conference "Modern methods of solving scientific problems of reality"* (September 05 – 08, 2023) Varna, Bulgaria. International Science Group. 2023. 195 p. URL: <https://isg-konf.com/modern-methods-of-solving-scientific-problems-of-reality/>
5. Мартинюк О. А. Курдибанська Н. Ф. Впровадження системи управління якістю в медичних закладах. *Причорноморські економічні студії*. 2016. № 6. С. 75–79.
6. Таранич, О., Іжаківська, Я. Використання інтегрованих показників ефективності в управлінні фармацевтичними компаніями в Україні. *Економіка та суспільство*. 2023. 57. URL: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2023-57-66>
7. Шандрівська О., Цветковська А. Дослідження фармацевтичного ринку України: у фокусі концентрація ринку. *Вісник Національного університету "Львівська політехніка". Серія "Проблеми економіки та управління"*. 2022. № 1(9). URL: <https://science.lpnu.ua/sites/default/files/journal-paper/2022/apr/27443/220198verstka-58-70.pdf>
8. Шевчук, П., Дергалюк, Б. Перспективи розвитку підприємств фармацевтичної промисловості в Україні. *Економіка та суспільство*. 2022. 38. URL: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2022-38-69>.

ФОРМУВАННЯ КОНЦЕПЦІЇ СИСТЕМНОГО РОЗВИТКУ ЗВО В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Мартинюк Олена Анатоліївна

*доктор економічних наук, професор,
професор кафедри менеджменту охорони здоров'я
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Матюшенко Пилип Миколайович

*магістр за спеціальністю 073 – Менеджмент,
старший викладач кафедри анатомії людини
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

В умовах модернізації системи освіти України, входження її в європейський освітній простір особливої актуальності набуває проблема створення в навчально-виховному процесі ЗВО таких умов, які б сприяли ефективному формуванню професійних якостей майбутніх фахівців. Особливо це актуально для підготовки кадрового потенціалу критично важливих галузей економіки, зокрема – медицини [1].

Вища медична освіта – це процес безперервного навчання, який займає в середньому 7–8 років. Медичний ЗВО характеризується не тільки тривалим навчанням, але і великою насиченістю навчального матеріалу з різних галузей знань, що, безсумнівно, вимагає обґрунтованого підходу до всіх етапів навчально-виховного процесу.

Російська воєнна агресія суттєво вплинула на українську вищу медичну освіту. Запровадження дистанційного навчання стало необхідним виходом із ситуації обмеженої чи навіть неможливої фізичної присутності здобувачів освіти та викладачів у медичних університетах, а звичайні засоби навчання не можна було використовувати у зв'язку із непередбаченими та непереборними обставинами [5].

Дистанційна форма навчання стала особливо актуальною. У дуже короткий термін відбулися інтенсифікація освітніх технологій та реорганізація викладання – використання онлайн-платформ, електронних підручників і часописів, мультимедійних презентацій, новітніх комп'ютерних програм. Гнучкість та дистанційні можливості навчального процесу дали змогу отримувати знання в непростий для України час.

Якщо розглянути порівняльну характеристику підготовки лікаря в різних країнах світу в табл 1, то ми зможемо проаналізувати тривалість різних етапів навчання, їхні напрями та основні характеристики [3].

Таблиця 1

Аналіз характеристик підготовки лікаря в різних країнах світу

Країна	Тривалість навчання у ЗВО	Післядипломна підготовка	Термін навчання лікаря
Україна	5–6 років, звання магістр	інтернатура 1–3 роки	6–9 років
Польща	5 років, звання магістр медицини	стажування (staż podplomowy) 1 рік резидентура 2–6 років	8–12 років
Німеччина	6 років 3 міс. (2 роки – доклінічний період; 3 роки – клінічний період; 1 рік – практика), звання лікар та право на самостійну роботу	лікар у процесі отримання післядипломної спеціалізації (arzt in der weiterbildung) – приблизно 5 років можливе додаткове вузьке післядипломне навчання	11,5–13 років
Ізраїль	6 років (3 роки – академічне навчання; 3 роки – клінічна практика)	стажування – 1 рік спеціалізація – 4–6 років	11–13 років
Франція	6 років, I цикл – 2 роки (теоретичне навчання); PCEM “Premier Cycle d’études Médicales”; II цикл – 4 роки (практичне навчання) DCEM “Deuxième Cycle des Etudes Médicales”	III цикл – Diplôme d’Études Spécialisées (DES: Диплом по спеціалізованим дослідженням) – по загальній медицині 3 роки; резидентура – 4–5 років	9–14 років

Суттєва різниця між кількістю років підготовки лікарів в Україні та світі призводить до нерелевантності досвіду та унеможливорює конкуренцію українських спеціалістів на світовому рівні. Саме тому українські студенти-медики мають мати стільки ж років підготовки, як і його колеги за кордоном. Нам потрібно створити свою унікальну українську модель підготовки майбутніх спеціалістів медиків, а для цього потрібно інтегрувати всі сучасні методи навчання в освітні процеси.

Безперечно впровадження дистанційних та інших інноваційних методів, у навчальний процес майбутніх медиків буде мати значний вплив на якість медичної освіти, але це потребує фінансування та підтримки матеріально-технічної бази в актуальному стані.

Саме тому, останнім часом значно зросло значення стратегічного управління системним розвитком закладу вищої медичної освіти.

Узагальнюючи, можна зазначити що управління системним розвитком ЗВО – це система управлінських рішень, що покликані забезпечити вільне функціонування ЗВО в умовах ринкового середовища [4].

Системний розвиток це інтегрування множини факторів мікро і макросередовища таким чином, щоб вони маючи відносну цілісність і поліфункціональність, зберігали ієрархічну структуру та стабільність. А також зберігаючи просторово-часові, стохастичні та фінансово-економічні показники, динаміку і розвиток, зберігала також унікальну особливість, власну автентичність, історію і власний бренд.

При цьому важливо, щоб управління системним розвитком давало змогу закладу вищої освіти адаптуватися або протидіяти певним чинникам, що впливають на розвиток ЗВО та його конкурентоспроможність.

Така стратегія ЗВО формується керівництвом і вирішує три основні завдання: вибір основних елементів стратегії; визначення ролі підрозділів у реалізації стратегії; встановлення способу розподілу ресурсів.

Основними завданнями кожного ЗВО, особливо в галузі охорони здоров'я є [2, 6]:

- задоволення потреби особистості в інтелектуальному, культурному та етичному розвитку за допомогою отримання вищої та післядипломної професійної освіти; задоволення потреби суспільства і держави у кваліфікованих фахівцях із вищою освітою та науково-педагогічних кадрах вищої кваліфікації;

- організація і проведення фундаментальних та прикладних наукових досліджень, інших науково-технічних, дослідно-конструкторських робіт, у тому числі з проблем освіти;

- розвиток науки та прикладних медичних наукових досліджень науково-педагогічних працівників і студентів, та використання отриманих результатів в освітньому процесі;

- підготовка, професійна перепідготовка і підвищення кваліфікації фахівців та керівних працівників;
- накопичення, збереження і примноження моральних, культурних та наукових цінностей суспільства;
- поширення знань серед населення, підвищення його освітнього й культурного рівня, а особливо здоров'я населення України.

Управління такою складною системою, як ЗВО в галузі охорони здоров'я, пов'язане з вирішенням цілої низки проблем та питань, серед яких: необхідність миттєвого реагування на впливи чинників нестабільного зовнішнього середовища; недостатність релевантної інформації, що потрібна для прийняття управлінських рішень; зміщення акценту з контролю минулого на аналіз майбутнього [1].

Реакцією на таку ситуацію повинно стати створення спеціалізованих структур, що займаються підбором кадрів для організацій із числа студентів старших курсів, їх спеціалізованою підготовкою з урахуванням вимог роботодавців та адаптацією до умов конкретної організації. Такі структури покликані поєднати інтереси бізнесу, молодих спеціалістів та закладів вищої освіти. Вони сприятимуть формуванню у випускника ЗВО бізнес-менталітету, професійної та медичної етики та високих стандартів медичної освіти, яка буде відповідати міжнародним стандартам.

Література:

1. Камінський В. В., Коваленко В. В., Мунтян Л. Я. Інновації в українській вищій медичній освіті: пріоритетні напрями, прогноз майбуття. *Академічні Візії*. 2023. Вип 19. DOI: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7920287>

2. Лопушняк Г., Скидан М. Стратегічний аналіз розвитку вищої освіти України в контексті збалансування попиту та пропозиції на ринку праці. *Актуальні проблеми економіки*. 2022. № 2–3(248–249). URL: https://economicscience.net/wp-content/uploads/2022/03/02-3.22._topic_-Lopushniak-Halyna-Skydan-Maksym-27-40.pdf

3. Мацюра О.І. Шляхи оптимізації розвитку післядипломної освіти в Україні в умовах сьогодення. *Українські медичні вісті*. 2023. № 3–4. URL: <https://umv.com.ua/index.php/journal/article/view/341/325>

4. Менеджмент та маркетинг в охороні здоров'я: навчальний посібник / В. І. Борщ, О. В. Рудінська, Н. Л. Кусик. Херсон : Олді+, 2022. 264 с.

5. Мартинюк О. А. Впровадження стандартів якості в галузі охорони здоров'я у воєнний час. The 35th International scientific and practical conference “Modern methods of solving scientific problems of reality” (September 05 – 08, 2023) Varna, Bulgaria. International Science Group. 2023. 195 p. URL: <https://isg-konf.com/modern-methods-of-solving-scientific-problems-of-reality/>

6. Черниш О. В. Стратегічне управління освітньою діяльністю у ЗВО. *Економіка та суспільство*. 2018. Вип 19. URL: https://economyandsociety.in.ua/journals/19_ukr/107.pdf

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-406-4-48>

ФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ МЕНЕДЖМЕНТУ ЯКОСТІ В УПРАВЛІННІ ФАРМАЦЕВТИЧНИМ ПІДПРИЄМСТВОМ

Мартинюк Олена Анатоліївна

*доктор економічних наук, професор,
професор кафедри менеджменту охорони здоров'я
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Попова Марина Олександрівна

*магістр за спеціальністю 073 – Менеджмент
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

На сьогоднішній день світовий ринок фармацевтичної промисловості є висококонкурентним та динамічно розвивається. В цих умовах вимоги до організації управління фармацевтичними підприємствами значно зростають. У зв'язку з цим впровадження системи управління якістю, інтеграція її з іншими системами управління є важливою стратегічною задачею для керівництва фармацевтичного підприємства. Якість та безпечність продукції є визначальними для фармацевтичних підприємств, тому найбільш дієвим інструментом для підвищення якості фармацевтичної продукції є система управління якістю [7].

Стандарт, який визначає вимоги до системи управління якістю, це міжнародний стандарт ISO 9001:2015 «Quality Management Systems – Requirements», який із 2016 року запроваджений в Україні як державний ДСТУ ISO 9001:2015 «Системи управління якістю. Вимоги» (ДСТУ ISO 9001:2015; Стандарт). З 01 січня 2020 року було прийнято національні стандарти, гармонізовані з європейськими стандартами, методом перекладу ДСТУ EN 15224:2019. Система управління якістю EN ISO 9001:2015 у сфері охорони здоров'я (EN 15224:2016, SDT) [2–5, 8].

Ця система управління якістю (СУЯ) є підтвердження відповідності вимогам нормативно-правових актів і можливість гарантувати споживачам

якість продукції. Вона призводить до підвищення чіткості та прозорості діяльності підприємства, забезпечення задоволеності споживачів, забезпечення результативності та узгодженості робіт, раціонального використання ресурсів. Тому актуальним та важливим питанням на сьогоднішній день є удосконалення підходів до створення СУЯ на підприємствах фармацевтичної сфери, формування на її основі інтегрованої системи управління.

У міжнародному стандарті ISO 9001:2015 наголошується, що запровадити систему управління якістю – стратегічне рішення організації, яке може допомогти поліпшити її загальну дієвість та забезпечити міцну основу для ініціатив щодо сталого розвитку [3].

Основні переваги, які створює впровадження системи управління якістю на фармацевтичному підприємстві: підвищення якості та безпечності продукції; можливість отримати державне замовлення на продукцію, яка випускається; підвищення іміджу підприємства; вихід на зовнішні ринки; підвищення вартості акцій; підвищення інвестиційної привабливості; можливість участі у тендерах; сприяння проходженню державного ринкового нагляду; врахування ризиків та можливостей, пов'язаних із зовнішнім середовищем підприємства та його внутрішнім потенціалом; упорядкування діяльності та документації підприємства.

Наведені переваги спонукають керівництво підприємства до отримання сертифікату в найкоротші терміни, і, бажано з найменшими витратами фінансових та трудових ресурсів. У відповідності до міжнародного стандарту ISO 9001:2015 принципи управління якістю, які покладено в основу формування і впровадження системи управління якістю на підприємстві такі: орієнтація на замовника, лідерство, задіяність персоналу, процесний підхід, поліпшення, прийняття рішень на підставі фактичних даних, керування взаємовідносинами [2, 3, 7].

Особлива увага в системах управління якістю, приділяється прийняттю рішень, заснованих на ризику, тобто ризик-орієнтованому мисленню, яке тісно пов'язано з концепцією процесного підходу і створює умови для визначення чинників, які причиняють відхилення системи управління якістю та його процесів від запланованих результатів.

Запровадження ризик-орієнтованого мислення дозволило відмовитись від попереджуючих дій як окремої вимоги, оскільки перемістило їх на рівень оперативного функціонування кожного процесу СУЯ. Етапи формування СУЯ на фармацевтичному підприємстві наведені на рис. 1.

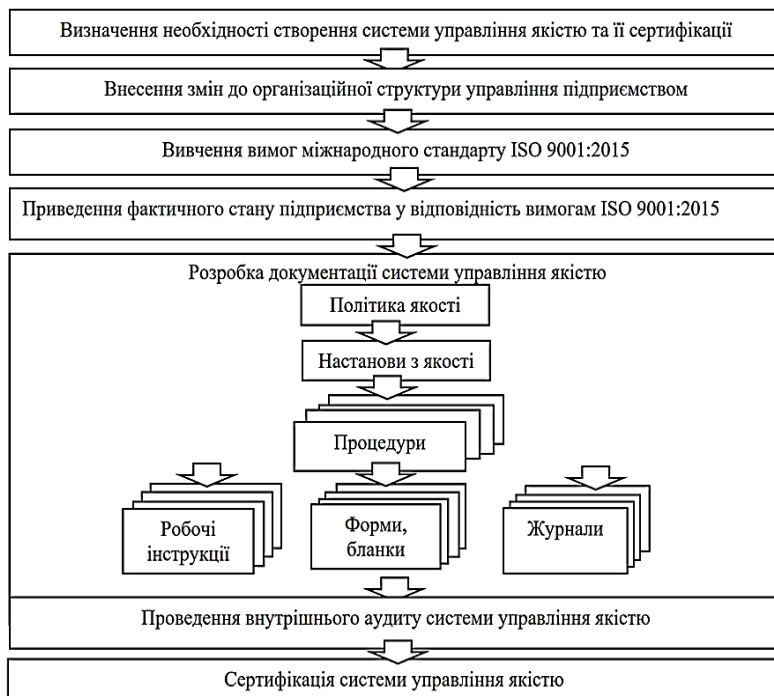


Рис. 1. Формування системи управління якістю на фармацевтичному підприємстві

Джерело: розроблено автором на основі [1–5, 7, 8].

При формуванні системи управління якістю на фармацевтичному підприємстві важливо правильно проаналізувати та оцінити фактичний стан системи управління якістю і визначити ступінь виконання вимог міжнародного стандарту ISO 9001:2015. Для фіксації невідповідностей створюється спеціальна форма, де вказуються невідповідності, наводяться заходи їх усунення, відповідальні виконавці та терміни виконання.

На сьогоднішній день спостерігається процес створення інтегрованих систем управління – систем, які відповідають вимогам двох і більше міжнародних стандартів.

Основою при цій інтеграції завжди є система управління якістю відповідно до вимог ISO 9001, тому вона має бути ретельно розробленою і ефективною. На фармацевтичних підприємствах найбільш часто зустрічається інтеграція систем управління, які відповідають вимогам ISO 9001, та стандарту GMP (Good Manufacturing Practice), який визначає

вимоги до виробництва лікарських препаратів, БАДів, харчових добавок та деяких продуктів харчування. Проте в останні роки активізувалися процеси інтеграції систем управління, на основі міжнародного стандарту ISO 9001, стандарту ISO 14001 «Системи екологічного керування. Вимоги і настанови щодо застосування», ISO 45001 «Системи управління охороною здоров'я та безпекою праці. Вимоги та настанови щодо застосування» та іншими стандартами [1–5].

Інтегрована система управління у фармацевтичній промисловості дозволяє змінити підхід до забезпечення якості і безпеки лікарських засобів, знизити втрати від браку та відзиву продукції, чітко визначити відповідальність за забезпечення безпеки лікарських засобів [6]. Перевагами інтегрованої системи управління на підприємствах цієї сфери є забезпечення якості та безпечності лікарських засобів – від сировини до готової продукції, економне використання ресурсів для управління безпекою; зниження фінансових витрат, пов'язаних з виробництвом неякісних лікарських засобів; забезпечення оптимального режиму роботи систем контролю якості; підвищення довіри споживачів до безпеки та якості лікарських препаратів; розширення ринків збуту та вихід на нові ринки; залучення інвесторів; забезпечення репутації виробника якісних та безпечних лікарських засобів фармацевтичної промисловості. Інтегрована система управління забезпечує більшу узгодженість у прийнятті управлінських рішень, економію ресурсів, тобто отримується ефект «два в одному» або «три в одному».

Література:

1. Виробництво лікарських засобів (GMP). URL: <https://cratia.ua/uk/rozrobka-vprovadzhennya-i-sertifikaciya-sistem-upravlinnya-yakistyuvirobnictvo-likarskih-zasobiv>
2. ДСТУ ISO 9000:2015 Системи управління якістю. Основні положення та словник термінів (ISO 9000:2015 IDT). Київ : ДП «УкрНДНЦ», 2016. 45 с.
3. ДСТУ ISO 9001:2015 Системи управління якістю. Вимоги (ISO 9001:2015 IDT). Київ : ДП «УкрНДНЦ», 2016. 21 с.
4. ДСТУ ISO 14001:2015 Системи екологічного керування. Вимоги і настанови щодо застосування (ISO 14001:2015 IDT). Київ : ДП "УкрНДНЦ", 2016. 23 с.
5. ДСТУ ISO 45001:2019 Системи управління охороною здоров'я та безпекою праці. Вимоги та настанови щодо застосування (ISO 45001:2018 IDT). Київ : ДП «УкрНДНЦ», 2019. 39 с.
6. Менеджмент та маркетинг в охороні здоров'я : навчальний посібник / В. І. Борщ, О. В. Рудінська, Н. Л. Кусик. Херсон : Олдї+, 2022. 264 с.

7. Мартинюк О. А. Впровадження стандартів якості в галузі охорони здоров'я у воєнний час. *The 35th International scientific and practical conference "Modern methods of solving scientific problems of reality"* (September 05 – 08, 2023) Varna, Bulgaria. International Science Group. 2023. 195 p. <https://isg-konf.com/modern-methods-of-solving-scientific-problems-of-reality/>

8. Мартинюк О. А. Курдибанська Н. Ф. Впровадження системи управління якістю в медичних закладах. *Причорноморські економічні студії*. 2016. № 6. С. 75–79.

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-406-4-49>

ВПЛИВ ТАЙМ-МЕНЕДЖМЕНТУ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ МЕНЕДЖЕРА СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Мартинюк Олена Анатоліївна

*доктор економічних наук, професор,
професор кафедри менеджменту охорони здоров'я
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Чернова Тетяна Михайлівна

*кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри психіатрії, наркології,
медичної психології та психотерапії
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

У сучасних умовах глобальної автоматизації та максимізації виробництва тайм-менеджмент є невід'ємним складником успішної діяльності будь-якої компанії. Під тайм-менеджментом розуміється технологія організації часу та підвищення ефективності його використання.

Тайм-менеджмент у сфері охорони здоров'я є критично важливим елементом, особливо в умовах підвищеного навантаження на медичні установи та персонал. Він включає різні аспекти, такі як організація робочого часу, планування завдань, управління ресурсами, та оптимізація робочих процесів для підвищення ефективності та якості медичних послуг.

Система тайм-менеджменту означає розроблення та впровадження різноманітного комплексу заходів з удосконалення управління часом, саме тому вона передбачає комплексне вирішення завдань з оптимізації організаційних процесів [5].

Основними критеріями оцінки, що характеризують ефективність використання тайм-менеджменту, є матеріалізованість, вимірність, системність, гнучкість, цілеспрямованість, інвестиційність, пріоритетність, своєчасність, контрольованість, легкість [6]. Для можливості унормування процесу праці робітників та захисту їхніх прав законодавством України встановлено основні нормативи тривалості робочого часу. Як передбачено частиною першою статті 50 Кодексу законів про працю України [1], нормальна тривалість робочого часу працівників не може перевищувати 40 годин на тиждень.

Основними чинниками погіршення ситуації на ринку праці України стали безпрецедентні економічна й міграційна кризи. За підсумками 2022 р. ВВП країни скоротився більше ніж на 30%, значно знецінилася національна валюта, зросли ціни й істотно впав рівень доходів населення. Разом із цим, у результаті повномасштабної агресії РФ проти України, що спричинила загрози особистій безпеці населення, відбувся масовий виїзд людей за кордон. Протягом 2022 р. з України виїхало майже 8 млн осіб [4].

Не менш вагомим чинником, що вплинув на ринок праці та зайнятість, стало введення воєнного стану і мобілізації. Призов у лави ЗСУ суттєво вплинув на обсяги найму працівників, призвів до змін обороту кадрів, зумовив особливості попиту й пропозиції, а також посилив дефіцит кадрів на ринку праці.

Найбільшою мірою скорочення зайнятості в Україні протягом 2022 р. відбулось унаслідок суттєвого зменшення обсягів виробництва на підприємствах і через порушення виробничих зв'язків, руйнацію підприємств у регіонах воєнних дій. Загалом за підсумками 2022 р. кількість небюджетних підприємств в Україні скоротилась на 21,3%. По Україні кількість працюючих на небюджетних підприємствах скоротилась на 15% і в четвертому кварталі 2022 р. становила 6,65 млн осіб. Кількість працюючих за наймом у фізичних осіб – підприємців скоротилась на 28% і становила в четвертому кварталі 2022 р. 604 тис. осіб [4].

Значна частка скорочення обсягів зайнятості припала на промислово розвинені регіони. Зокрема, скорочення зайнятості в Харківській, Дніпропетровській, Одеській, Миколаївській, Київській областях і м. Києві становило 59% загального обсягу скорочення. Таким чином, на решту 16 областей припадає не більше 18% загального обсягу цього скорочення

У структурі зайнятості протягом 2022 р. відбулось збільшення частки керівників, фахівців, технічних службовців, а також робітників з обслуговування машин та устаткування. Водночас зменшились частки

працівників сфери торгівлі, кваліфікованих робітників з інструментом. Найбільше скоротилася частка найпростіших професій

Реакцією бізнесу на відчутний дефіцит працівників – представників традиційно чоловічих професій – стали спроби залучення жінок до роботи за такими професіями. Є успішні кейси багатьох підприємств із перенавчання жіночого персоналу для заміщення вакантних посад за професіями зварників, водіїв навантажувачів, водіїв тощо.

Протягом 2022 р. частка осіб основної вікової категорії 36–60 років у структурі зайнятих істотно скоротилася (на 6%). Натомість значно збільшилась частка працюючих осіб віком понад 60 років (з 4,2 до 8,9%). Також помірно зросла частка працюючої молоді (з 31,2 до 31,6%) [4].

У найближчі 6 місяців 2024 р. можна очікувати на помірне зростання зайнятості. Третина роботодавців очікують подальше збільшення найму працівників. При цьому майже третина опитаних роботодавців не змогли оцінити перспективи змін обсягів найму, а решта роботодавців не очікує додаткового найму працівників.

Керівники повинні усвідомити необхідність ефективного управління часом для мінімізації своїх витрат у досить складних умовах функціонування. У процесі використання технологій управління часом на підприємстві може виникати безліч непередбачуваних ситуацій, які можуть спричинити відхилення показників від планового значення. Для уникнення негативних наслідків таких ситуацій необхідно постійно здійснювати моніторинг використання робочого часу [2].

Тайм-менеджмент у сфері охорони здоров'я має особливі характеристики, оскільки ця галузь пов'язана з доглядом за людьми, медичними процедурами та реагуванням на непередбачувані події. Ці особливості впливають на організацію робочого часу, планування завдань, і, відповідно, на ефективність роботи медичного персоналу. Розглянемо основні особливості тайм-менеджменту на підприємстві в сфері охорони здоров'я [3]:

Непередбачуваність та динамічність. У сфері охорони здоров'я ситуації можуть швидко змінюватися, наприклад, під час невідкладних випадків чи надзвичайних ситуацій. Це вимагає гнучкого планування та швидкого реагування.

Пріоритетність та критичність. Медичний персонал повинен пріоритетувати завдання на основі критичності та потреб пацієнтів. Це вимагає швидких рішень щодо розподілу часу та ресурсів.

Міждисциплінарна співпраця. Робота у сфері охорони здоров'я часто передбачає взаємодію між різними спеціалістами та відділами. Це вимагає координації та ефективного спілкування, щоб уникнути затримок та неправильного використання часу.

Навантаження та багатозадачність. Медичний персонал часто працює в умовах підвищеного навантаження та багатозадачності. Тайм-менеджмент повинен враховувати цей фактор і допомагати в зниженні стресу та перевтоми.

Вимоги до документації та відповідність нормативним стандартам.

Охорона здоров'я передбачає обов'язкову документацію та відповідність нормативним стандартам. Тайм-менеджмент повинен забезпечити достатньо часу для правильного заповнення документів без порушення якості догляду [4].

Технології та автоматизація. Використання технологій, таких як електронні медичні записи (EMR) та системи управління робочим часом, є важливим для оптимізації тайм-менеджменту та зменшення ручної роботи. Автоматизація рутинних процесів допомагає зосередитися на основних завданнях.

Збалансованість робочого часу та часу на відпочинок. Тайм-менеджмент має також враховувати потребу персоналу у відпочинку та відновленні, щоб зменшити вигорання та забезпечити стабільну якість послуг.

Освіта та тренінги. Навчання персоналу навичкам тайм-менеджменту та ефективній організації роботи може допомогти підвищити продуктивність та якість послуг.

З урахуванням цих особливостей, управління часом у сфері охорони здоров'я є комплексним завданням, яке потребує постійної адаптації та оптимізації. Це вимагає від підприємств у цій сфері впровадження ефективних інструментів тайм-менеджменту, розвитку культури співпраці та навчання персоналу, а також гнучкості у реагуванні на зміни та непередбачувані події.

Література:

1. Кодекс законів про працю України від 10.12.1971 № 322-VIII (зі змінами та доповненнями). URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/322-08>

2. Мартинюк О. А. Впровадження бізнес-процесів для підвищення конкурентоспроможності медичних закладів. *Східна Європа: економіка, бізнес та управління*. 2016. № 2. URL: <http://www.easterneurope-bm.in.ua/index.php/2-2016-ukr>

3. Менеджмент та маркетинг в охороні здоров'я : навчальний посібник / В. І. Борщ, О. В. Рудінська, Н. Л. Кусик. Херсон : Олді+, 2022. 264 с.

4. Ринок праці в Україні 2022-2023: стан, тенденції та перспективи. URL: https://solidarityfund.org.ua/wp-content/uploads/2023/04/ebrd_ukraine-lm-1.pdf

5. Рудінська О., Кусик Н., Жмай О. Імплементція синергії функцій менеджера та лікаря в управлінській діяльності на прикладі клінік Одеського національного медичного університету. *Економіка та суспільство*. 2023. № 55. URL: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2023-55-104>

6. Холодницька А. В. Застосування технологій тайм-менеджменту в управлінні підприємством. *Вісник Чернігівського державного технологічного університету*. 2016. № 4(70). С. 261–268.

МІЖНАРОДНА НАУКОВА КОНФЕРЕНЦІЯ

**«СУЧАСНІ НАПРЯМИ ЗМІН
В УПРАВЛІННІ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я:
МОДЕРНІЗАЦІЯ, ЯКІСТЬ, КОМУНІКАЦІЯ»**

м. Одеса, 31 травня 2024 року

Підписано до друку 03.06.2024. Формат 60×84/16.
Папір офсетний. Гарнітура Times New Roman. Цифровий друк.
Умовно-друк. арк. 11,16. Тираж 100. Замовлення № 0724-57.
Ціна договірна. Віддруковано з готового оригінал-макета.

Українсько-польське наукове видавництво «Liha-Pres»
79000, м. Львів, вул. Технічна, 1
87-100, м. Торунь, вул. Лубічка, 44
Телефон: +38 (050) 658 08 23
E-mail: editor@liha-pres.eu
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
ДК № 6423 від 04.10.2018 р.