

проблем у зазначених сферах; розробці нових методів розрахунку будівельних конструкцій, засобів досліджень та випробування конструкцій і матеріалів, необхідних для проектування і створення сучасних безпечних і надійних об'єктів будівництва; розробці нових та удосконаленні існуючих проектів будинків і споруд різного призначення для звичайних та складних інженерно-геологічних умовах з метою створення умов безпечного проживання населення та технологічної безпеки будівель та споруд; вирішенні науково-технічних проблем будівельної теплотехніки, що забезпечить енергозбереження як у житлово-комунальному господарстві, так і у промисловому та створить комфортні умови для проживання населення і виконання ним виробничих функцій.

Література

1. Бурка И., Бурка В. Основные напрями та проблеми розвитку географії будівельної індустрії в Україні. Україна: географічні проблеми сталого розвитку. Зб. наук. Праць. В 2-х т. - К.: ВГЛ Обрії, 2004. - Т.3. – С. 71 – 73.
2. Державна служба статистики України // Капітальні інвестиції у 2007 – 2012 р. Статистичний збірник/ Відповідальний за випуск М.М. Собко. - К., 2012р. - 122с.
3. Іщук С.І. Промислові комплекси України. - К., 2008р.- 122-127 с.
4. Лишиленко В.І. Регіональна економіка. Підручник.-К.: Центр учбової літератури, 2009. – 384 с.
5. Соціально-економічний розвиток України / Державний комітет статистики України [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://ukrstat.gov.ua>

Скальська К.В.

ОСНОВНІ ПРОБЛЕМИ ЯКОСТІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ МОДЕРНІЗАЦІЇ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Метою автора статті було висвітлення найгостріших проблем сільської медицини, проаналізувавши ключову проблему системи охорони здоров'я та нинішнього стану сільської медицини в цілому. Розглянуто основні завдання реформування охорони здоров'я та розкрито проблеми реалізації державної політики у світлі втілення реформ на селі. Надано пропозиції щодо підвищення якості медичної допомоги шляхом адміністративного моніторингу та встановленням стимулюючих доплат.

Целью автора статьи являлось освещение самых острых проблем сельской медицины, проанализировав ключевую проблему здравоохранения и нынешнего состояния сельской медицины в целом. Рассмотрены основные задачи ре-

формирования здравоохранения и раскрыты проблемы реализации государственной политики в свете воплощения реформ на селе. Представлены предложения по повышению качества медицинской помощи путем административного мониторинга и установлением стимулирующих выплат.

The aim of the author is to highlight the most vexed problems of rural medicine, having analyzed the key problem of health care and the current state of rural medicine as a whole. The main objectives of health care reform are considered and the problems of realization of the state policy reform in the countryside are disclosed. Ideas for improving the quality of medical care by establishing administrative monitoring and incentive payments are propounded.

Причина критичного стану української системи охорони здоров'я полягає у тому, що роками на території нашої держави функціонувала модель Семашко, яка покликана працювати тільки в умовах планової економіки. На сьогоднішній день ця модель повністю не виправдовує себе – вся діяльність лікувально-профілактичних закладів націлена на вирішення проблем галузі, а не надання медичної допомоги населенню із забезпеченням поступового росту якості її надання. На діяльність закладів охорони здоров'я виділяються величезні суми коштів, які йдуть на їх утримання, а не на закупівлю медичного обладнання, впровадження новітніх медичних технологій або підвищення заробітних плат медичного персоналу. При розрахунку бюджету передбачаються мільйони на заробітну плату, що становить порядком 75-80% від усієї суми, що виділяється на функціонування закладів, але заробітна плата сімейного лікаря до сих пір складає 1300-1500 гривень на місяць, яка ненабагато вища за заробітну плату молодшого медичного або технічного персоналу, що позбавляє будь-якого бажання ефективно працювати.

Таке становище тільки негативно впливає на показники здоров'я населення України. Останнім часом збільшується смертність від хвороб, скорочується тривалість життя, зростає показник первинної інвалідності, яку у більшості випадків можна попередити, надавши кваліфіковану медичну допомогу на місцях, але низький рівень фінансування закладів первинної ланки (близько 10%), застарілість матеріально-технічної бази позбавляє можливості зробити роботу первинної ланки ефективнішою.

Незадовільне функціонування системи охорони здоров'я вимагає структурної реорганізації відповідно до потреб населення й впровадження нових методів оплати праці медичного персоналу.

Серед основних стратегічних напрямків роботи Міністерства охорони здоров'я України, визначених Програмою економічних реформ Президента України на 2010-2014 рр. та закладених у план роботи даного Міністерства на 2013-2015 рр., є модернізація медичної допомоги, посилення кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я, підвищення ефективності використання бюджетних коштів та підвищення якості медичної допомоги [2, с. 2].

На сьогоднішній день виділено чотири пілотні регіони, де проводиться перехід на європейську систему надання медичної допомоги. Структурна реорганізація медичної галузі розпочинається з первинної ланки, тобто із закладів, що надають первинну медико-санітарну допомогу на засадах сімейної медицини. Первинна медико-санітарна допомога – це основна складова медичної допомоги, що надається в амбулаторних умовах при зверненні пацієнта до сімейного лікаря, та є першим рівнем контакту між людиною та галуззю охорони здоров'я, що максимально наближає медичну допомогу до місця проживання і являє собою перший елемент безперервного процесу охорони здоров'я.

Підвищення якості медичної допомоги починається з впровадження новітніх клінічних рекомендацій та протоколів в медичну практику, створення системи моніторингу якості медичної допомоги та розробка й впровадження механізмів мотивації медичного персоналу до відданішої та ефективнішої роботи в цій галузі.

Міністерством охорони здоров'я України та Національною Академією медичних наук України постійно ведеться розробка та впровадження останніх наукових методик у медичну практику [4, с. 2-4, 27-30]. Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 02.11.2011 р. №734 «Про затвердження Індикаторів якості медичної допомоги» затверджені карти оцінки якості [3]. Експеримент із здійснення моніторингу за цією методикою в одному з непілотних регіонів по реформуванню показав, що майже половина закладів охорони здоров'я первинної ланки має задовільний й незадовільний рівень надання медичної допомоги, причому лікувально-профілактичні установи з незадовільним рівнем зустрічаються частіше. Це вказує на необхідність реагування на таку ситуацію якомога швидше - частіше та ретельніше перевіряти діяльність медичної служби первинної ланки. Наприклад, якщо мова йде про сільську місцевість, де існує ціла низка проблем та найбільші складнощі при їх подоланні, впровадити в практику виїзди на місця безпосередньо адміністрацією районних відділів охорони здоров'я або установ, на які покладено виконання таких функцій, з метою здійснення моніторингу. За результатами цих перевірок на основі карток оцінки якості проводити порівняльний аналіз діяльності всіх підвідомчих лікувально-профілактичних закладів. Впевнена, що на перших етапах такого моніторингу результати діяльності установ охорони здоров'я характеризуватимуться не найкращими оцінками. Вихід з такої ситуації, звісно, є:

1. Створити постійно діючу вчену медичну раду із заслуховуванням інформації про методи діагностики, профілактики та лікування пацієнтів з різними формами захворювання, по можливості із застосуванням телемедійних засобів.

2. Стимулювати впровадження вищевказаних рекомендацій, методичних розробок та клінічних протоколів у практику шляхом розробки механізму виплати стимулюючих доплат за покращення рівня якості надання медичної допомоги на місцях.

Так, забезпечивши доступ до теоретичної бази, показавши досвід науковців, інших працівників медичної галузі й ознайомивши з досвідом інших країн, світогляд медичних працівників, зайнятих у сільській місцевості, поступово

змінюватиметься та характеризуватиметься зростанням професійно-кваліфікаційного рівня. Також, свою роль грає направлення на виїзні курси підвищення кваліфікації. Але що робити, якщо на 5 тис. населення села працює лише один лікар, якого ніким замінити на період проходження курсів, термін яких зазвичай становить місяць? В силах адміністрації контролюючого органу сприяти підвищенню кваліфікації своїх же підлеглих, не виїжджаючи за території підвідомчої території.

Міністерством охорони здоров'я України розроблено проект постанови Кабінету Міністрів України щодо умов оплати праці працівників в первинній ланки у пілотних регіонах – лікар, медична сестра отримуватимуть оплату за кожного пацієнта. що їх обрали, з урахуванням вікової структури прикріпленого контингенту, тобто базовий оклад за 1200 пацієнтів у селі і 1500 у місті, а понад цю кількість подушна оплата за кожного додаткового пацієнта [2, с. 6-7]. Тобто передбачається впровадження в практику двох форм оплати праці: постійна та змінна, де остання нараховується за обсяг та якість наданої медичної допомоги. Але що робити так званим «непілотним» регіонам, поки очікується отримання та аналіз перших результатів такої політики? Як втримати молодого спеціаліста – сімейного лікаря, який володіє необхідними знаннями та є достатньо мобільним для переїзду у пілотні регіони, де заробітна плата сімейного лікаря становитиме 8 тис. гривень? Всім відомий факт, що далеко не всі випускники шкіл збираються вступати до вищих медичних закладів на бюджетних умовах з метою повернення у рідний край для впровадження медичної практики. Тому дедалі більшою популярністю здобуває контрактна форма навчання й вільний вибір місця працевлаштування. Навіть якщо такий спеціаліст і приїде до села, при такому рівні заробітної плати треба створити додаткові умови для його життєдіяльності. Надання житла та автотранспорту, пільг на оплату проїзду у громадському транспорті та за комунальні послуги не є універсальним інструментом для забезпечення належного рівня якості медичної допомоги. Крім того, надання медичної допомоги залежить не тільки від лікаря – це робота всього медичного колективу, і від злагодженості їхньої роботи залежить оперативність та якість медичної допомоги. Для цього пропонується розробити та впровадити у практику контролюючих органів методику оцінки якості надання амбулаторно-поліклінічної допомоги, за якою б визначалися ставки виплати стимулюючих виплат.

Серед варіантів можна запропонувати роботу на основі оцінки якості за показниками, які були запропоновані Міністерством охорони здоров'я: інвалідність, що вперше встановлена; кількість випадків малюкової смертності; виявлення візуальних форм онкозахворювань в занедбаних стадіях; виявлення випадків туберкульозу в занедбаних стадіях; повнота охоплення профілактичним щепленням; повнота охоплення диспансерним наглядом хворих з окремими захворюваннями.

За цими показниками оцінюватиметься робота всього медичного персоналу, а не тільки сімейного лікаря або медичної сестри, тому вся амбулаторія буде націлена на добрий результат. Коефіцієнт призначення стимулюючих доплат

може бути різний: як коефіцієнт трудової участі (адаптований під змінну оплату праці), так і ключовий показник ефективності, розроблений під ті фінансові можливості, що ними володіє адміністративно-управлінська установа, в підпорядкуванні якої є ці заклади охорони здоров'я.

Хочеться сподіватися, що такі заходи впроваджуватимуться в практику сільських закладів охорони здоров'я, оскільки від якості та своєчасності надання медичної допомоги залежить стан здоров'я жителів країни, який є одним з головних факторів розвитку кожного регіону та максимально впливає на соціально-економічні показники всієї країни.

Література

1. Лисенко Г. І., Ткаченко В. І. Сімейна медицина в Україні: стан та перспективи розвитку: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції лікарів загальної практики – сімейної медицини 25-26 жовтня 2012 р. – К., 2012. – С. 7-9, 15-16, 18-19, 35-39.
2. Надутий К. О. Актуальні проблеми реформування та розвитку первинної медико-санітарної допомоги в Україні: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції лікарів загальної практики – сімейної медицини 25-26 жовтня 2012 р. – К., 2012. – С. 2, 6-7.
3. Про затвердження Індикаторів якості медичної допомоги [Електронний ресурс]/ М-во охорони здоров'я України. – [Чинний від 02.11.2011 р.]. - № 743. - Режим доступу до нак.: www.moz.gov.ua
4. Степаненко А. В., Ліщишина О. М. Роль сучасних медико-технологічних документів в удосконаленні первинної медико-санітарної допомоги: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції лікарів загальної практики – сімейної медицини 25-26 жовтня 2012 р. – К., 2012. – С. 2-4, 27-30.
5. Устінов О. В. Реформування охорони здоров'я: стратегія, тактика, ризики [Електронний ресурс]/ Устінов О. В. // Український медичний часопис. – 2010. - №5 (79). – С. 7-9. – Режим доступу до журн.: <http://www.umj.com.ua/article/6648/reformuvannya-oxoroni-zdorov-ya-strategiya-taktika-riziki>.

Скрипка В.М.

ОСОБЛИВОСТІ ІННОВАЦІЙНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ НА ВУГІЛЕВИДОБУВНИХ ПІДПРИЄМСТВАХ УКРАЇНИ

Як переконує світова та українська практика, вміле використання всього потенціалу підприємства, раціональна організація та управління ним мають вирішальну роль, особливо в кризових умовах. Нині більшість українських підприємств усвідомила, що необхідні інноваційні, принципово нові методи управління персоналом та організацією в цілому. Інновації необхідні в організаційній, виробничій, фінансовій, науковій сферах, оскільки саме в ком-