COVID-19. У 2020 році дослідження методом ПЛР-тесту проводилися виключно в лабораторіях МОЗ України, які мають дозвіл на проведення тесту. Відбір даного матеріалу проводився, як медичними працівниками закладів охорони здоров'я ЦОЗ ДКВС України, так і медичними працівниками закладів охорони здоров'я МОЗ України. У 2021 році заплановано впровадження тестування за допомогою тестів Xpert Xpress SARS-CoV-2.

Хворі на COVID-19 з легким або середнім перебігом отримували лікування у медичних частинах ЦОЗ ДКВС України, хворі з середньо-важким або важким перебігом хвороби отримували лікування в закладах охорони здоров'я Міністерства охорони здоров'я України.

У кожній установі ДКВС України з метою посилення санітарно-епідеміологічного нагляду за дотриманням санітарно-протиепідемічного режиму в даних установах, своєчасного проведення протиепідемічних заходів при реєстрації інфекційного захворювання (підозрі), у тому числі туберкульозу, та недопущення виникнення спалахів інфекційних захворювань серед осіб, які тримаються в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах, проведення періодичного контролю за санітарним станом камер, території режимного і господарського дворів установи, майстерень, санпропускника, пральні, харчових блоків, складів, кімнати прийому передач та інших приміщень установ виконання покарань та слідчих ізоляторів; а також для забезпечення безпечних умов роботи функціонувала комісія з інфекційного контролю, до складу якої входили працівники установ ДКВС України та закладів охорони здоров'я ЦОЗ ДКВС України.

Організований контроль за проведенням протиепідемічних заходів в установах виконання покарань, слідчих ізоляторах, закладах охорони здоров'я ЦОЗ ДКВС України при реєстрації інфекційних захворювань, розроблені та впроваджені плани протиепідемічних заходів з локалізації та ліквідації вогнища (спалаху) інфекційних захворювань (кору, дифтерії, туберкульозу тощо).

ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА: ІСНУВАННЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ

Петриченко В.Ю.

КП «Полтавський районний клінічний центр ПМД» ТСР, с. Терешки, Полтавський район

В професії лікаря загальної практики потрібно адаптувати теоретичні знання і їх практичне застосування в контексті відносин лікар-пацієнт, коли кожна ситуація і, відповідно, рішення – унікальні.

Основні засади діяльності для створення ефективної програми дій для реформи ПМСД на засадах сімейної медицини:

- лідерство та управління, взаємодія з органами місцевого самоврядування, державними органами;

- надання послуг, їх комплексність, розширення, раціональне використання медсестринства;
- фінансування та оплата праці, штати;
- нормативно-правове забезпечення ПМСД.

Основні питання для визначення ролі керівника ЦПМСД в розвитку підприємства в умовах реформування: що я можу зробити сам, що можемо зробити ми (асоціація, лікарське самоврядування); що нам потрібно від місцевого самоврядування; що нам потрібно від держави.

Для успіху ПМСД на засадах сімейної медицини необхідно розвивати лідерські якості у сімейних лікарів, а також керівників ЦПМСД.

Лідерство (англ. leadership) – реалізація організаційного керівництва, яка реалізується топ-менеджером. Лідерство охоплює (але не обмежується тільки цим) розробку бачення, планування, прийняття рішень, опитування, організацію, розвиток, наділення повноваженнями і спрямування діяльності людей на досягнення конкретних цілей

Для раціонального та правильного розвитку ланки сімейної медицини в сфері охорони здоров'я необхідні такі вимоги: витрати на охорону здоров'я у розмірі 7-10% від ВВП; державне подушне фінансування первинного рівня, яке забезпечує гарантований рівень надання ПМД; фінансування ПМД у розмірі 45% від державного фінансування галузі; обов'язкове державне медичне страхування; сімейний лікар – престижна високооплачувана професія; у кадровій структурі на 1 сімейного лікаря припадає 2 медичні сестри; чітка державна кадрова політика забезпечення первинної ланки.

Ефективному розвитку заважає: відсутність науково обґрунтованої державної політики розвитку системи охорони здоров'я; фрагментарність прийняття рішення та відсутність послідовності в державному управлінні охороною здоров'я; забюрократизованість системи управління; відсутність належного інформаційного супроводу реформування; надмірно централізоване управління та відсутність зворотного зв'язку; недостатній вплив лікарського самоврядування та громади на прийняття управлінського рішення; неефективне використання наявних коштів у системі охорони здоров'я; системна корупція в країні.

Лікар загальної практики – сімейної медицини або керівник ЦПМСД повинен зробити: розробити стратегічний план розвитку ПМСД; скласти бізнес-план на рік щодо розвитку ПМСД; брати активну участь у громадському обговоренні нормативно-правових актів щодо фінансування охорони здоров'я; здійснювати пошук та залучення інвесторів для розвитку ПМСД; забезпечувати безперервне підвищення кваліфікації; розробляти інформаційну політику серед медичної спільноти та громади з питань розвитку ПМСД; впроваджувати економічні та моральні фактори стимулювання медичних працівників ПМСД.

Лікарське самоврядування повинно зробити: формувати пропозиції щодо покращення фінансових механізмів ПМСД, ураховуючи інтереси членів асоціації; брати участь у виробленні індикаторів якості медичної

допомоги, що впливатимуть на мотиваційну складову зарплати медичних працівників ПМСД; забезпечувати юридичний супровід діяльності та правовий захист медичних працівників ПМСД; здійснювати інформаційно-комунікаційний супровід реформування системи охорони здоров'я, популяризацію первинної ланки серед населення; пропонувати кандидатури членів асоціації в депутати всіх рівнів; проводити атестацію кадрів та ліцензування медичної практики у сфері ПМСД.

Обов'язки громади входить: правове забезпечення децентралізації закупівлі лікарських засобів, виробів медичного призначення та засобів реабілітації шляхом розробки регіональних та місцевих програм; розробка та реалізація місцевих стимулів роботи ПМСД; розвиток інфраструктури громадського здоров'я; підготовка медичних кадрів для ПМСД на запит громад; створення умов для закріплення медичних кадрів на місцях.

Дії держави: запровадити механізм державного подушного фінансування первинного рівня, яке б забезпечило гарантоване надання ПМД; закріпити гарантоване фінансування на ПМД у розмірі 45% від державного фінансування галузі; забезпечити витрати на охорону здоров'я у розмірі 7-10% від ВВП; запровадити обов'язкове державне медичне страхування; визначити вартість медичної послуги; розглянути можливість фонд-отримання сімейним лікарем; запровадити другу мотиваційну складову оплати праці сімейного лікаря (не менше ніж середня з промисловості); забезпечити виконання державного замовлення медичних кадрів для ПМСД; посилити механізми контролю відпрацювання молодих спеціалістів, підготовлених за державні кошти за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина»; сприяти створенню єдиного медичного простору та міжгалузевої взаємодії щодо збереження здоров'я населення; реалізувати державну політику популяризації сімейної медицини; посилити вимоги до дипломної та післядипломної підготовки медичних кадрів для ПМСД.

ОРГАНІЗАЦІЙНІ ПИТАННЯ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ВИЩОГО ВІЙСЬКОВОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ

Попов М.В.

Військова частина А-3990, м. Полтава

Медична служба вищого військового навчального закладу (ВВНЗ) є однією з служб всебічного забезпечення військ (сил), яка базується на єдиних організаційних засадах, визначених Генеральним штабом ЗСУ та керівництвом медичної служби ЗСУ, і призначена для медичного забезпечення всього військового складу ВВНЗ, з урахуванням навчального процесу як у мирний час, так і в особливий період. Вона є однією з складових ефективної системи медичного забезпечення військ (сил), інтегрованої у загальнодержавну систему охорони здоров'я, що дозволяє досягнути