

На галузевому рівні розробляються уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги (УКПМД) відповідно до Наказу МОЗ України «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України» № 751 від 28. 09. 2012р., зареєстрованого в Мін'юсті України 29. 11. 2012р.

На рівні закладу охорони здоров'я, на основі УКПМД, розробляються локальні клінічні протоколи медичної допомоги.

Стосовно лікарських формулярів, то на галузевому рівні розробляється Державний формуляр лікарських засобів, який щорічно оновлюється у відповідності до наказу МОЗ України від 22. 07. 2009 № 529 «Про створення формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров'я» зареєстрованого в Мін'юсті України 29. 02. 2009 р.

На рівні закладу охорони здоров'я, на основі Державний формуляр лікарських засобів розробляється локальний формуляр лікарських засобів.

Розробка та впровадження медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги та формулярів лікарських засобів всіх рівнів пов'язані між собою єдиною методологічною основою, яку формують джерела доказової медицини (первинні, вторинні та третинні), з яких береться інформація для створення галузевих стандартів, а саме клінічних протоколів і лікарських формулярів. Важливим джерелом доказової медицини третинного рівня є клінічна настанова, яка відіграє ключову роль як при створенні УКПМД, так і при розробці Державного формуляра ЛЗ. Клінічна настанова (Clinical practice guidelines) – це твердження, що розроблені з використанням визначеної методології, метою якої є допомога лікарю і хворому в прийнятті рішення щодо проведення раціональних втручань у певних клінічних ситуаціях

Гармонізація положень УКПМД і Державного формуляра ЛЗ, локального клінічного протоколу медичної допомоги та Локального формуляра ЛЗ забезпечується єдиними науковими доказами ефективності медичних втручань та ліків, що знаходяться у первинних, вторинних та особливі третинних джерелах доказової медицини – клінічних настановах.

Література

1. Наказ МОЗ України «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України» № 751 від 28. 09. 2012р., зареєстрованого в Мін'юсті України 29. 11. 2012р.
2. Наказ МОЗ України від 22. 07. 2009 № 529 «Про створення формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров'я» зареєстрованого в Мін'юсті України 29. 02. 2009р.
3. Уніфікована методика розробки, перегляду та оновлення локального формуляра лікарських засобів закладу охорони здоров'я / В. Є. Бліхар, А. Н. Морозов, А. В. Степаненко, В. Д. Парій, А. Б. Зіменковський, Л. В. Яковлева та співав. – К.: МОЗ України, 2013. – 36 с. (Методичні рекомендації).
4. Уніфікована методика з розробки локальних протоколів медичної допомоги для закладів охорони здоров'я / А. В. Степаненко, В. Д. Парій, А. Н. Морозов, Ліщишина О. М., Шуляк В. І., Горбань А. Є. – К. : МОЗ України, 2012. – 36 с. (Методичні рекомендації).

Буря Л. В., Марченко І. Я., Калюжка О. О.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

**Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)**

В комплексі медичних показників здоров'я захворюваність посідає особливе місце, її медико-соціальне значення визначається тим, що саме захворювання є основною причиною смерті, тимчасової та стійкої втрати працездатності, що, в свою чергу, призводить до великих економічних втрат суспільства, негативного впливу на здоров'я майбутніх поколінь і зменшення чисельності населення.

Саме тому однією з найбільш актуальних проблем в Україні є стан здоров'я населення, в тому числі його складової – стоматологічного здоров'я. З кожним роком зростає рівень стоматологічної захворюваності в усіх регіонах країни. Це пов'язано з розвитком ринкових відносин, погіршенням профілактичної роботи, зниженням ролі державної стоматологічної служби. Проте стоматологічна допомога залишається одним з найбільш розповсюджених та важливих видів медичної допомоги населенню.

У структурі загальної захворюваності населення хвороби порожнини рота і зубів займають третє місце. Звертання за стоматологічною допомогою займає друге місце після звертання до лікарів-терапевтів. При цьому в 99 % випадків хворі обслуговуються в амбулаторно-поліклінічних установах. У структурі захворювань, що вимагають госпіталізації (близько 1% хворих), провідне місце займають одонтогенні запальні захворювання і травми щелепно-лицьової області.

Масове ураження карієсом усіх вікових груп населення (90%), високі рівні ураженості населення пародонтозом (40%) та іншими стоматологічними захворюваннями свідчать про те, що їх профілактика є однією з провідних медико-соціальних проблем сучасності.

Низький рівень стоматологічного здоров'я, негативно впливає на стан загального здоров'я впродовж всіх періодів життя людини, спричиняючи соціальні та фінансові проблеми та негативно впливаючи на рівень соціально-економічного розвитку країни.

Існуючі проблеми надання стоматологічної допомоги населенню України формують необхідність обґрунтування нових підходів до функціонування стоматологічної служби та пріоритетних шляхів розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я, які б забезпечували якість стоматологічної допомоги населенню.

Для забезпечення надання якісної стоматологічної допомоги у відповідності до клініко-діагностичного маршруту та стандартів лікування стоматологічна служба потребує впровадження нових організаційних моделей, що необхідно для процесів ціноутворення при наданні стоматологічної допомоги чи послуги, розробки системи контролю їх якості або діяльності стоматологічної структури.

Українська охорона здоров'я поступово реформується на ринкових засадах. Процес іде повільно із багатьма непередбачуваними наслідками. Реформування відбувається і в стоматології. Тут на повну потужність конкурують між собою державна та приватна форми власності, що, безсумнівно, сприятиме загальному поліпшенню стоматологічної допомоги населенню.

На даний час відбувається приватизація та реструктуризація частини державних стоматологічних клінік. Є досвід переходу стоматологічних установ на комунальну форму власності. На жаль, організаційно розвиток стоматологічної служби відбувається, головним чином, за рахунок збільшення кількості нових приватних стоматологічних клінік та індивідуальних практик. Незважаючи на специфіку роботи в залежності від форм власності, лікувальні заклади мають працювати як єдиний механізм.

Однак залишається цілий ряд невирішених проблем. Головна з них забезпечення стоматологічною допомогою пенсіонерів, ветеранів, бідних прошарків суспільства, які не в змозі самотужки оплачувати стоматологічні послуги. Медичне страхування в країні не введено та й навряд чи його запровадження вирішить суть справи. Дехто зрозумів ринкові перетворення в медицині таким чином, що тепер основним джерелом фінансування охорони здоров'я в т. ч. стоматологічної допомоги має стати не державне джерело, а приватне. Це принципова помилка. Роль держави у фінансуванні медичної допомоги, в т. ч. стоматологічної повинна залишатись провідною.

Вкрай слабким місцем сучасної системи охорони здоров'я була її економічна ефективність. Зокрема, проблема вартості медичних послуг. Стоматологія разом із амбулаторно-медикаментозним лікуванням в радянських умовах були єдиними підрозділами, де пацієнти самі платили за надавані ним послуги. Що стосується вартості як еконо-

мічної категорії, то це питання залишалось фактично не розв'язаним, ціни встановлювались адміністративними методами. Звісно, що так в умовах ринку працювати не можна. Ціни на стоматологічну допомогу повинні включати їхню собівартість плюс прибуток, який йтиме на розвиток стоматологічної служби. Водночас, проблема вартості має переслідувати основну мету – досягти найвищої ефективності стоматологічних послуг за найнижчою ціною.

Верлан-Кульшенко О. О.

ПРАВОВА СОЦІАЛІЗАЦІЯ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА В СУЧАСНИХ УМОВАХ
Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова
(м. Вінниця)

Правова соціалізація – це процес включення індивіда в систему правовідносин даного суспільства на основі засвоєння всієї правової культури даного суспільства. Вона виступає як складова єдиного процесу соціалізації. Разом з тим, правова соціалізація передбачає заміну правової поведінки за примусом на правомірну поведінку за особистими якостями. Як зазначає Е. Фромм, коли індивіди «досягнуть такого типу поведінки, за якого вони бажать діяти так, як вони повинні діяти як члени даного суспільства. Вони повинні бажать робити те, що необхідно для суспільства» можна говорити про досягнення правової соціалізації. Прямий вплив на даний процес здійснює право, як вид соціального регулювання. Якщо правові норми регулюють всі суспільні відносини, визначають належну та дозволена поведінку особи, то процес правової соціалізації людини набуває ознак закономірності.

При цьому, у процесі соціалізації індивід засвоює не тільки норми і закони, правові поняття, він займає певну позицію стосовно цих норм, формує власне ставлення до правових інститутів та установ, засвоює правову ідеологію суспільства. Таким чином, в процесі правової соціалізації індивід формує не тільки навички соціальної поведінки, проходить інтеріоризація таких норм, виникає внутрішня мотивація, що орієнтує особистість на їх додержання.

Відповідно, неможливим стає такий процес у суспільстві, в якому існує невідповідність правових актів один одному, де нівелюються правові приписи та норми, деформується правова ідеологія, і як наслідок – особа починає «зловживати правом» для задоволення власних інтересів.

Найбільш складно відбувається процес правової соціалізації у представників таких спеціальностей, які за своїм покликанням повинні ставити суспільний інтерес вище власного. І при цьому відчувати відсутність соціального та правового захисту з боку держави. До таких спеціальностей в Україні відносяться медичні працівники. Основна проблема яких полягає у набутті певного обсягу професійних компетенцій в процесі здобуття медичної освіти і неможливість адаптувати дані компетенції в процесі роботи, через фактичну невідповідність здобутих професійних якостей їх правовому забезпеченню. При цьому під обсягом компетенцій фахівця ми розуміємо інтегративну цілісність знань, умінь, навичок і досвіду діяльності, набутих у процесі навчання, які забезпечують здатність фахівця до професійної діяльності та життя у швидкозмінному суспільстві. В такому випадку, одним із структурних елементів компетентності є соціальна компетентність. Під якою (у вузькому сенсі слова) будемо розуміти сукупність таких компетенцій, що характеризують взаємодію людини з самою собою, суспільством, соціумом, іншими людьми, довкіллям, тобто індивідуальні здібності, пов'язані з умінням виражати відчуття й ставлення, критичним осмисленням і здатністю до самокритики, а також соціальні навички, пов'язані з процесами соціальної взаємодії і співпраці, умінням працювати в групах, приймати соціальні й етичні зобов'язання.

В. І. Байденко зазначає, що до переліку соціальних компетенцій, що вимагають роботодавці, включено: комунікативність (чуйність у спілкуванні, структурованість мови,