

**Міністерство охорони здоров'я України
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця**

*Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису*

КРАСЮК СЕРГІЙ ПЕТРОВИЧ

УДК: 001.5:378.6:614.212:303.424](477)

**НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ КОНЦЕПТУАЛЬНОЇ
ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ
УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ КЛІНІКИ
В СУЧАСНИХ УМОВАХ УКРАЇНИ**

Галузь знань : 22 – Охорона здоров'я

Спеціальність : 222 – Медицина

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____Красюк С. П.

Наукові керівники: доктор медичних наук, професор Кучин Ю.Л.;
 доктор медичних наук, професор Парій В.Д.

Київ – 2025

АНОТАЦІЯ

Красюк С. П. Наукове обґрунтування концептуальної функціонально- організаційної моделі університетської клініки в сучасних умовах України.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 222 «Медицина», Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, Київ, 2025 рік.

У дисертаційному дослідженні вирішено актуальну науково-практичну проблему охорони здоров'я – проведено наукове медико-соціальне обґрунтування концептуальної університетської клініки (УК) та розроблено сучасну функціонально-організаційну модель УК.

У ході дистанційного дослідження проведено системно-історичний аналіз вітчизняних та світових наукових джерел щодо організації діяльності університетських клінік за кордоном та пріоритетних напрямів розвитку УК в Україні. У ході дослідження з'ясовано, що університетські клініки мають тисячолітню історію. На Давньому Сході (у перському місті Гондішапур у III ст. н. е.) була заснована академія. До її складу входили університет, бібліотека та університетський шпиталь. В академії планувалося навчання філософії, медицини, теології та іншим наукам.

У Європі академічні медичні центри стали виникати за часів Середньовіччя та Ренесансу. В даний час закордонні університетські клініки діють за двома моделями: кооперація університету та клініки; інтеграція клініки до складу університету. Відродження університетських клінік в Україні розпочалося на початку XXI ст. Наразі в Україні діють десять УК.

На відміну від клінічної лікарні, на базі якої організовано освітній процес, в університетській клініці крім освітньої діяльності мають здійснюватися наукові дослідження, а отримані результати впроваджуватись у клініки. На жаль, цей процес не у всіх УК України має місце.

У дослідженні на основі матеріалів офіційної статистичної звітності, здійснено комплексний аналіз стану здоров'я населення м. Києва та виявлені основні тенденції та виклики громадському здоров'ю у столиці. Аналіз захворюваності, поширеності та інвалідності здійснений за статистичними даними узагальненими на підставі звітів закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) Департаменту охорони здоров'я (ДОЗ) виконавчого органу Київської міської ради у динаміці за 2014-2023 рр.

Також на основі матеріалів офіційної статистичної звітності, результатів соціологічного опитування 409 пацієнтів, 101 лікаря, 407 студентів, оцінок експертів і SWOT-аналізу надана характеристика стану організації діяльності університетської клініки НМУ ім. О.О. Богомольця. За аналізом отриманих результатів зроблений висновок, що діяльність університетської клініки потребує оптимізації.

У дослідженні науково обґрунтовано концептуальні організаційно-методологічні підходи до розробки сучасної функціонально-організаційної моделі УК, розроблено концептуальну функціонально-організаційну модель УК, виконано схему управління концептуальною моделлю УК.

З позиції системного підходу концептуальна функціонально-організаційна модель УК представляє інтегрований академічний медичний центр, який інтегрує сукупність: клінічну, наукову бази та базу організації медичної освіти, що забезпечує умови для триєдності клінічної практики, медичної освіти та наукової діяльності.

Концептуальна модель УК є багаторівневою клінічною базою для надання первинної, спеціалізованої, паліативної, реабілітаційної медичної допомоги за участю науково-педагогічних працівників НМУ, яка забезпечує підготовку студентів та підвищення кваліфікації медичних працівників за стандартами вищої освіти, проведення науково-дослідної роботи, розробку, запровадження нових медичних технологій. Проведено експертну оцінку розробленої моделі. Концептуальна модель УК пройшла апробацію.

Науково обґрунтована концептуальна модель УК, яка має згідно результатів експертної оцінки прогностичну медико-соціальну та економічну ефективність, може бути рекомендованою для удосконалення організації УК України.

Наукова новизна результатів дослідження полягає у поглибленні існуючих та обґрунтуванні нових теоретичних підходів, які вирішують важливу наукову проблему розвитку університетських клінік в Україні на базі розробленої у дослідженні концептуальної моделі, її методичного забезпечення та механізмів управління.

Найважливіші наукові результати, які характеризують новизну та розкривають зміст дисертаційного дослідження, полягають у наступному:

Вперше:

- науково обґрунтовано та розроблено концептуальну функціонально-організаційну модель університетської клініки, яка інтегрує в собі освітню, наукову та клінічну бази, здатна забезпечити їх міждисциплінарну кооперацію, якість підготовки студентів, розвиток наукових досліджень та перенесення їх результатів в освітній процес та практику, надання спеціалізованої, екстреної та первинної медичної допомоги населенню, яке має юридичну та фінансову самостійність суб'єкта права, багатоканальне фінансування, що забезпечує її економічну стійкість. Проведена експертна оцінка розробленої моделі яка підтвердила її прогностну ефективність;

- науково обґрунтовані концептуальні напрямки розвитку системи УК в Україні;
- отримана комплексна медико-соціальна характеристика структури, ресурсного забезпечення, організації роботи УК за матеріалами анкетування пацієнтів, лікарів, студентів, методикою SWOT-аналізу та експертної оцінки;

Удосконалено:

- принципи діяльності університетської клініки з урахуванням потреб

освітньої, наукової та клінічної баз університету;

- механізми ефективності використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів УК.

Набули подальшого розвитку: аналіз, систематизація та узагальнення досвіду зарубіжних країн щодо організації системи УК. Аналіз стану здоров'я населення м. Києва виконаний із використанням статистичного та епідеміологічного методів на підставі усіх доступних джерел медико-статистичної інформації для оцінки: медико-демографічної ситуації; захворюваності та поширеності хвороб; первинної інвалідності.

Теоретичне значення одержаних результатів полягає у суттєвому доповненні теорії соціальної медицини щодо вчення про оптимізацію організаційної діяльності УК України.

Практичне значення одержаних результатів полягає у тому, що в сукупності вони є методологічною основою для практичного вдосконалення регіональної системи УК в Україні.

Впровадження у практику розробленої концептуальної функціонально-організаційної моделі університетської клініки, дозволить забезпечити розвиток мережі УК у відповідності до поширених міжнародних практик.

Методологічні розробки дисертаційного дослідження можуть бути використані при розробці нових та оптимізації діючих УК.

Ключові слова: концептуальна функціонально-організаційна модель УК, інтеграція лікувального, навчального та наукового процесу.

ANNOTATION

Krasiuk Sergii. Scientific substantiation of the conceptual functional and organizational model of the university clinic in modern conditions of Ukraine.

Qualification Scientific Work Manuscript.

Dissertation for obtaining the scientific degree of Doctor of Philosophy in the specialty 222 "Medicine". Bogomolets National Medical University, Kyiv, 2025.

In the dissertation study, an actual scientific and practical problem of health care was solved - a scientific medical and social justification of the conceptual university clinic (UC) was carried out and a modern functional and organizational model of the UC was developed.

In the course of remote research, a systematic and historical analysis of national and international scientific sources was carried out regarding the organization of the activities of university clinics abroad and the priority directions of the development of UC in Ukraine. In the course of the research, it was found that the University Clinics have a thousand-year history. An academy was founded in the Ancient East (in the Persian city of Gondishapur in the 3rd century AD). It included a university, a library and a university hospital. Philosophy, medicine, theology and other sciences were planned to be taught at the academy.

In Europe, academic medical centers began to emerge during the Middle Ages and the Renaissance. Currently, foreign university clinics operate according to two models: cooperation between the university and the clinic; integration of the clinic into the university. The revival of university clinics in Ukraine began at the beginning of the 21st century. There are currently ten Criminal Codes of Ukraine operating in Ukraine.

In contrast a clinical hospital, based on which the educational process is organized, in a university clinic, in addition to educational activities, scientific research should be carried out, and the obtained results should be implemented in clinics. Unfortunately, this process does not take place in all Criminal Codes of Ukraine.

In the study, based on the materials of the official strategic reporting, a comprehensive analysis of the state of health of the population of the Kyiv was carried out and identified the main trends and challenges to public health in the capital. The analysis of morbidity, prevalence and disability was carried out according to statistical data summarized on the basis of reports of health care facilities of the system of the Department of Health of the executive body of the Kyiv City in dynamics for 2014-2023.

Also, based on the materials of the official strategic reporting, the results of a sociological survey of 409 patients, 101 doctors, 407 students, expert assessments, and a SWOT- analysis, a description of the state of the organization of the university clinic of Bogomolets National Medical University. Based on the analysis of the obtained results, it was concluded that the activity of the university clinic needs to be optimized.

In the study, the conceptual organizational and methodological approaches to the development of a modern functional and organizational model of the UC were scientifically substantiated, a conceptual functional and organizational model of the UC was developed, and the management scheme of the conceptual model of the UC was executed.

From the standpoint of a systemic approach, the conceptual functional-organizational model of the UC represents an integrated academic medical center that integrates a set of: - clinical, scientific bases, and the base of the organization of medical education, which provides conditions for the trinity of clinical practice, medical education, and scientific activity.

The conceptual model of the UC is a multi-level clinical base for the provision of primary, specialized, palliative, rehabilitation medical care with the participation of scientific and pedagogical workers of NMU, which ensures the training of students and advanced training of medical workers according to the standards of higher education, conducting scientific research, developing and introducing new medical technologies. An expert evaluation of the developed model was carried out. The conceptual model of the UC has been tested.

A scientifically based conceptual model of the Ukrainian Civil Code, which, according to the results of the expert assessment, has prognostic medical, social and economic efficiency, can be recommended for improving the organization of the Ukrainian Civil Code.

The scientific novelty of the research results lies in deepening the existing and substantiating new theoretical approaches that solve the important scientific problem of the development of university clinics in Ukraine on the basis of the conceptual model developed in the study, its methodological support and management mechanisms.

The most important scientific results, which characterize the novelty and reveal the content of the dissertation research, are as follows:

For the first time:

- a conceptual functional-organizational model of the university clinic was scientifically substantiated and developed, as a legally independent legal entity that integrates the educational, scientific and clinical bases of the university, which has its own organizational and methodological aspects, business structure, multi-channel financing and is capable of providing highly specialized and emergency medical assistance to the population;
- scientifically based conceptual directions for the development of the system of criminal justice in Ukraine;
- the current state of the organization of the work of the Medical Center in Ukraine was studied, the assessment of the Medical Center's activity was given based on the materials of questionnaires of patients, doctors, students and according to the SWOT- analysis and expert evaluation method;

Improved:

- the principles of the university clinic, taking into account the needs of the educational, scientific and clinical bases of the university;
- mechanisms of the effectiveness of the use of material, labor and financial resources of the UC.

Further development has taken place: analysis, systematization and generalization of the experience of foreign countries regarding the organization of the CC system. Analysis of the state of health of the population of Kyiv was performed using statistical and epidemiological methods on the basis of all possible sources of medical and statistical information to assess: the medical and demographic situation; incidence and prevalence of diseases; primary disability.

The theoretical significance of the obtained results is a significant addition to the theory of social medicine in relation to the doctrine of optimization of the organizational activity of the Ukrainian Academy of Sciences.

The practical significance of the obtained results lies in the fact that, taken together, they are a methodological basis for the practical improvement of the regional control systems in Ukraine.

Implementation of the developed conceptually functional organizational model of the university clinic into practice will ensure the development of the UC network in accordance with international standards.

Methodological developments of the dissertation research can be used in the development of new and optimization of existing UC.

Keywords: conceptual functional-organizational model of UC, integration of medical, educational and scientific process.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Вознюк В, Красюк С. Організація і діяльність університетських клінік: минуле і сьогодення. УНММЖ. 2022;4(134):44-52. Доступно з: [https://doi.org/10.32345/USMYJ.4\(134\).2022.44-52](https://doi.org/10.32345/USMYJ.4(134).2022.44-52) (Особистий внесок здобувача: дисертанту належить ідея написання статті, розробка програми дослідження та аналіз результатів, формулювання висновків).

2. Красюк СП. Визначення прихильності до Університетської клініки Національного Медичного Університету імені О.О. Богомольця. Клінічна та профілактична медицина. 2023;2: 6-13. Доступно з: [https://doi.org/10.31612/2616-4868.2\(24\).2023.01](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(24).2023.01)

3. Красюк СП. Визначення задоволеності студентів III–VI курсів проходженням практики на клінічних базах кафедр і в університетській клініці НМУ імені О. О. Богомольця. Медична наука України. 2024;20(2):106-114. Доступно з: <https://doi.org/10.32345/2664-4738.2.2024.13>.

4. Красюк СП. Соціологічне опитування пацієнтів консультативно-діагностичної поліклініки університетської клініки Національного медичного університету імені О. О. Богомольця. Вісник морської медицини, 2024;4:30-35. Доступно з: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.14567200>.

5. Красюк СП. Сучасні особливості епідеміології та проблеми своєчасності діагностики неінфекційних захворювань у м. Києві. Актуальні проблеми транспортної медицини. 2024;4:111-119. Доступно з: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.14539197>.

6. Красюк СП. Концептуальні напрями розвитку університетських клінік України. Вісник морської медицини, 2025;1:5-10. Доступно з: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.15094157>.

- які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

7. Красюк СП. Проблеми своєчасності діагностики неінфекційних захворювань у м. Києві. В: New ways of improving outdated methods and

technologies. 16th International scientific and practical conference, Desember 17–20, 2024. Copenhagen, Denmark, 2024, p. 222-225

8. Красюк СП. Оцінка лікарями проблем та шляхів удосконалення організації роботи університетської клініки. The XVII International scientific and practical conference «Students and teachers of universities: learning trends», December 23-25, 2024, Zaragoza, Spain. p. 89-91.

9. Красюк СП. Наукове обґрунтування концептуальної функціонально-організаційної моделі університетської клініки. В: Current questions of modern science. XV international scientific conference, January 16-17, 2025, Vienna, Austria, 2025. p. 62-64.

ЗМІСТ

ВСТУП	16
РОЗДІЛ 1. ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМКИ В ОРГАНІЗАЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ УНІВЕРСИТЕТСЬКИХ КЛІНІК (огляд літератури).....	24
1.1. Світовий досвід організації університетських клінік при закладах вищої медичної освіти	24
1.2. Діяльність університетських клінік в Україні: історія становлення та розвитку.....	33
1.3. Державний механізм регулювання діяльності університетських клінік в Україні.....	42
1.4. Університетські клініки в реалізації права громадян України на безоплатне отримання медичної допомоги.....	45
РОЗДІЛ 2. ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ, МЕТОДИ І ОБСЯГИ ДОСЛІДЖЕННЯ	53
РОЗДІЛ 3. СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ М. КИЄВА: СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ ТА ВИКЛИКИ.....	70
3.1. Характеристика медико-демографічної ситуації у м. Києві.....	71
3.2. Загальний аналіз захворюваності та поширеності хвороб серед населення м. Києва.....	78
3.3. Сучасні особливості епідеміології та проблеми своєчасної діагностики неінфекційних захворювань у м. Києві	83
3.4. Аналіз первинної інвалідності населення м. Києва.....	93
РОЗДІЛ 4. СТАН ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ УК ЗА МАТЕРІАЛАМИ СОЦІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ І ЕКСПЕРТНОЇ ОЦІНКИ	101
4.1. Характеристика стану організації роботи університетської клініки НМУ імені О. О. Богомольця.....	101
4.2. Характеристика організації надання медичної допомоги у КДП УК за матеріалами анкетування пацієнтів	113

4.3. Основні аспекти організації КДП за результатами медико-соціологічного опитування лікарів	120
4.4. Вивчення думки студентів 6 курсу НМУ імені О. О. Богомольця, щодо стану організації їх підготовки в університетській клініці	125
4.5. Аналіз діяльності університетської клініки за допомогою методу експертної оцінки.....	130
4.6. Оцінка діяльності УК на підставі SWOT-аналізу.....	134
РОЗДІЛ 5. НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ КОНЦЕПТУАЛЬНОЇ ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ КЛІНІКИ	
5.1. Організаційні засади діяльності університетських клінік в Україні ...	140
5.2. Концептуальні організаційно-методологічні напрямки до обґрунтування сучасної функціонально- організаційної моделі УК.....	144
5.3. Концептуальна функціонально-організаційна модель УК	149
5.4. Управління концептуальною функціонально-організаційною моделлю УК.....	158
5.5. Експертна оцінка концептуальної функціонально-організаційної моделі УК.....	165
ВИСНОВКИ.....	171
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	175
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	176
ДОДАТКИ.....	207

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

Апр	—	показник абсолютного приросту
БА	—	бронхіальна астма
ВВВ	—	друга світова війна
ВВП	—	валовий внутрішній продукт
ВООЗ	—	Всесвітня організація охорони здоров'я
ВХТП	—	відділення хвороб терапевтичного профілю
ВХХП	—	відділення хвороб хірургічного профілю
ГХ	—	гіпертонічна хвороба
ДЗ	—	державний заклад
ДОЗ	—	Департамент охорони здоров'я
ДПП	—	державно-приватне партнерство
ЕКГ	—	електрокардіографія
ЕО	—	експертна оцінка
ЄС	—	Європейський союз
ЗВМО	—	заклад вищої медичної освіти
ЗВО	—	заклад вищої освіти
ЗН	—	злоякісні новоутворення
ЗОЗ	—	заклад охорони здоров'я
ЗПО	—	заклад післядипломної освіти
ІОЛ	—	інтраокулярна лінза
ІХС	—	ішемічна хвороба серця
Квар	—	коефіцієнт варіації
КВТВ	—	Київський водно-транспортний вузол
КДЛ	—	клініко-діагностична лабораторія
КДП	—	клініко-діагностична поліклініка
КМУ	—	Кабінет Міністрів України
КСУ	—	Конституційний суд України
КР	—	координаційна рада
ЛПЗ	—	лікувально-профілактичний заклад

МОЗ — Міністерство охорони здоров'я
 МОН — Міністерство освіти та науки
 НАМН — Національна академія медичних наук
 НДД — науково-дослідна діяльність
 НДР — науково-дослідницька робота
 НІЗ — неінфекційні захворювання
 НМУ — Національний медичний університет
 СОЗ — система охорони здоров'я
 СОТЖ — середня очікувана тривалість життя
 США — Сполучені штати Америки
 Тпр — показник темпу приросту
 УЗД — ультразвукове дослідження
 УІАМП — громадська організація «Український інститут аналізу та менеджменту політики»
 УК — університетська клініка
 ХОД — хвороби органів дихання
 ХСК — хвороби системи кровообігу
 ЦВХ — цереброваскулярна хвороба
 ЦД — цукровий діабет
 ЧАЕС — Чорнобильська атомна електростанція
 CanMEDS — «Канадські директиви медичної освіти для спеціалістів»
 COVID-19 — коронавірусна хвороба
 GMC — Загальна медична рада
 NHS — National Health Service, UK
 SWOT — Strengths (сильні сторони), Weaknesses (слабкі сторони), Opportunities (можливості), Threats (загрози)
 TSI — Tarjeta Sanitaria Individual
 UC — university clinic

ВСТУП

Актуальність теми. Медична реформа в Україні, що наразі триває, покликана удосконалити існуючу систему охорони здоров'я шляхом зміни механізму фінансування медичних закладів, принципів структурно-організаційного управління, здійснити цифровізацію низки медичних послуг, модернізацію та кластеризацію госпітальних округів по областях України, запровадити європейські підходи щодо превентивних заходів щодо поширення епідемій, захворювань інфекційного та неінфекційного походження, сприяти розвитку лікарського самоврядування, як чинника регулювання якості медичних послуг тощо. Усі ці заходи спрямовані на реалізацію державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення та доступності спеціалізованої і високоспеціалізованої допомоги пацієнтам. Правові засади реформування галузі охорони здоров'я ґрунтуються на нормативній базі відповідно до Конституції України та основних законодавчих документів. До таких відноситься і Стратегія розвитку медичної освіти в Україні [111] (Закон України № 392-IX від 18.12.2019) [105], де серед шляхів реалізації медичної реформи є удосконалення діяльності університетських клінік.

Університетські клініки є структурними підрозділами закладів вищої медичної освіти, орієнтованими на практичну підготовку та перепідготовку медичних фахівців, а також на надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги за міжнародними стандартами населенню. Крім того, вони слугують базами для проведення наукових досліджень із залученням наукового потенціалу країни. У провідних країнах світу (Німеччина, Туреччина, Польща, США) університетські клініки є флагманами охорони здоров'я.

Сьогодні в Україні при ЗВМО успішно функціонують більше 10 університетських клінік. Однак, наразі існує відсутність вивчення вітчизняного досвіду функціонування таких медичних закладів та відповідної нормативно-правової бази для їхнього існування. У поточній редакції наказу МОЗ України № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських посад, посад фармацевтів, посад фахівців з фармацевтичною

освітою (асистентів фармацевтів), посад професіоналів у галузі охорони здоров'я, посад фахівців у галузі охорони здоров'я та посад професіоналів з вищою немедичною освітою у закладах охорони здоров'я» у п. 1.1. «Перелік закладів охорони здоров'я» не виявлено УК [108]. Також в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» в статті 3 та 16 університетські клініки не виявлено [92]. Для ефективнішого функціонування та їх інтеграції у єдину систему надання медичної допомоги необхідно вийти з пропозицією до МОЗ України розробити концептуальну модель університетської клініки на основі поєднання клінічної практики, медичної освіти і науки, законодавчо затвердити офіційний статус та переглянути державну політику щодо їх існування, а також визначити роль і місце УК в госпітальних округах та закладах охорони здоров'я загалом.

Розвиток університетських клінік як складової системи охорони здоров'я держави знаходить своє відображення у національних та зарубіжних публікаціях, в офіційних документах ВООЗ. Значний внесок у дослідження діяльності університетських клінік зробили О.С. Іваницька, Т.І. Горпініч, В.Д. Чопчик, В.І. Кривенко, О.М. Хвисюк, В.Г. Марченко, Е.Д. Діасамідзе, О.К. Асмалов, О.Б. Волошина, В.Ф. Москаленко, А.С. Свінціцький, С.О. Дубров, М.В. Хайтович та ін. Наявні матеріали розкривають історичні аспекти, організаційно-методичні й правові засади функціонування університетських клінік в Україні та світі, питання підготовки та підвищення кваліфікації медичних спеціалістів окремих напрямів, проблеми модернізації вищої медичної освіти тощо. Дані дослідження потребують комплексного аналізу з подальшим науковим обґрунтуванням функціонально-організаційної моделі університетської клініки в сучасних умовах України.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконана відповідно до плану виконання дисертацій на здобуття наукового ступеня доктора філософії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, Київ, а також як фрагмент науково-

дослідної роботи кафедри менеджменту охорони здоров'я Навчально-наукового інституту громадського здоров'я та профілактичної медицини. Тема НДР «Цифрова трансформація охорони здоров'я» (термін виконання — 2023-2025 рр., номер держреєстрації 0123U102482). Дисертант є виконавцем окремого фрагмента НДР.

Мета дослідження: науково обґрунтувати та розробити сучасну концептуальну модель УК, здійснити медико-соціальний аналіз проблем організації університетських клінік за кордоном та в Україні.

Для досягнення даної мети були поставлені наступні завдання:

1. Здійснити системно-історичний аналіз світових та вітчизняних наукових джерел щодо організації університетських клінік за кордоном та в Україні.
2. Провести комплексний аналіз стану громадського здоров'я у м. Києві за 2014-2023 роки.
3. Отримати комплексну медико-соціальну характеристику стану ресурсного забезпечення та організації діяльності УК Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця за матеріалами анкетування пацієнтів, лікарів, студентів за методикою SWOT-аналізу та експертної оцінки.
4. Науково обґрунтувати концептуальні напрями розвитку університетських клінік України.
5. Наукове обґрунтування та розробити концептуальну функціонально-організаційну модель університетської клініки.
6. Сформулювати механізми і технології сучасного управління УК.
7. Провести експертну оцінку розробленої концептуальної функціонально-організаційної моделі університетської клініки.

Для вирішення поставлених у дослідженні завдань використані відповідні методи:

- *системний підхід та системний аналіз* – для обґрунтування концептуальних напрямів розвитку УК та концептуальної функціонально-організаційної сучасної моделі університетської клініки України;

- *бібліосемантичний* – для аналізу світових та вітчизняних наукових джерел щодо організації та управління університетськими клініками, у країнах Європи, США та в Україні;

- *медико-статистичний* – для комплексного аналізу стану громадського здоров'я у м. Києві за 2014-2023 роки, визначення обсягу спостережень у соціологічних та експертних дослідженнях, а також статистичного узагальнення та оцінки достовірності їх результатів;

- *соціологічний* – для вивчення ставлення пацієнтів, студентів та лікарів до сучасного стану організації роботи УК;

- *концептуального моделювання* – для розробки інноваційної концептуальної функціонально-організаційної моделі університетської клініки;

- *експертних оцінок* – для одержання експертної оцінки потенційної ефективності розробленої концептуальної функціонально-організаційної моделі університетської клініки;

- *SWOT-аналіз* – для оцінки сильних і слабких сторін діяльності УК НМУ імені О.О. Богомольця з метою визначення основних напрямів її подальшого розвитку та потенційних ризиків.

Наукові бази дослідження: Університетська клініка НМУ імені О.О. Богомольця. Мережа УК України. Джерелами інформації були дані наукової літератури, матеріали ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України», дані соціологічних досліджень.

Об'єкт дослідження – Університетська клініка НМУ імені О.О. Богомольця, діяльність УК за кордоном та в регіонах України.

Предмет дослідження – законодавчі, адміністративно-правові, організаційні аспекти регулювання проблем УК в Україні. Стан громадського здоров'я у м. Києві за 2014-2023 роки. Ставлення пацієнтів, студентів та

лікарів до роботи УК. Сучасні тенденції та особливості УК в Україні. Концептуальні напрями розвитку регіональної системи УК, функціонально-організаційна модель УК на засадах інтеграції, механізми її управління.

Наукова новизна результатів дослідження полягає у поглибленні існуючих та обґрунтуванні нових теоретичних підходів, які вирішують важливу наукову проблему розвитку університетських клінік в Україні на базі розробленої у дослідженні концептуальної моделі, її методичного забезпечення та механізмів управління.

Найважливіші наукові результати, які характеризують новизну та розкривають зміст дисертаційного дослідження, полягають у наступному:

Вперше:

- науково обґрунтовано та розроблено концептуальну функціонально-організаційну модель університетської клініки, яка інтегрує в собі освітню, наукову та клінічну бази, здатна забезпечити їх міждисциплінарну кооперацію, якість підготовки студентів, розвиток наукових досліджень та перенесення їх результатів в освітній процес та практику, надання високоспеціалізованої, екстреної та первинної медичної допомоги населенню, яка має юридичну та фінансову самостійність суб'єкта права, багатоканальне фінансування, що забезпечує її економічну стійкість. Проведена експертна оцінка розробленої моделі яка підтвердила її прогнозовану ефективність;

- науково обґрунтовані концептуальні напрями розвитку системи УК в Україні;
- отримана комплексна медико - соціальна характеристика структури, ресурсного забезпечення, організації роботи УК за матеріалами анкетування пацієнтів, лікарів, студентів, методикою SWOT-аналізу та експертної оцінки.

Удосконалено:

- принципи діяльності університетської клініки з урахуванням потреб освітньої, наукової та клінічної баз університету;

- механізми ефективності використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів УК.

Набули подальшого розвитку: аналіз, систематизація та узагальнення досвіду зарубіжних країн щодо організації системи УК. Аналіз стану здоров'я населення м. Києва виконаний із використанням статистичного та епідеміологічного методів на підставі усіх можливих джерел медико-статистичної інформації для оцінки: медико-демографічної ситуації; захворюваності та поширеності хвороб; первинної інвалідності.

Теоретичне значення одержаних результатів полягає у суттєвому доповненні теорії соціальної медицини щодо вчення про оптимізацію організаційної діяльності УК України.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що в сукупності вони є методологічною основою для практичного вдосконалення регіональної систем УК в Україні, що обґрунтовує модель УК як сучасний академічний медичний центр, що інтегрує освітню, наукову та клінічну бази, як систему взаємопов'язаних клінічних, освітніх та наукових технологічних процесів, що забезпечує єдність стратегічних цілей, як юридично самостійну організацію практичної охорони здоров'я із багатоканальним фінансуванням.

Інтеграція в клінічні бази УК первинної медичної практики, підрозділів екстреної медичної практики та спеціалізованої медичної допомоги, забезпечить наступність та взаємодію даних структур у наданні якісної медичної допомоги та сприятиме оптимізації підготовки студентів завдяки їх доступу до всього спектру медичної допомоги.

Методологічні розробки дисертаційного дослідження можуть бути використані при розробці нових та оптимізації діючих УК, що дозволить забезпечити розвиток мережі УК у відповідності до міжнародних стандартів.

Особистий внесок здобувача

Дисертація є самостійним науковим дослідженням здобувача. Наукові результати, основні положення та висновки отримані автором особисто.

Проведено аналіз нормативно-правового регулювання у сфері

організації системи УК в Україні.

Узагальнено думку 409 пацієнтів, 101 лікаря, 407 студентів про діяльність чинного УК, а також проведено експертну оцінку щодо стану, проблем та перспектив удосконалення системи УК. Здійснено комплексний аналіз стану здоров'я населення м. Києва та виявлені основні тенденції та виклики громадському здоров'ю у столиці. Обґрунтовано концептуальні напрямки розвитку системи УК України та розроблено концептуальну функціонально-організаційну модель університетської клініки, проведено її експертну оцінку.

Узагальнено отримані результати дослідження та обґрунтовано наукові положення, сформульовано висновки, які знайшли відображення в опублікованих наукових працях за темою дисертації.

Апробація матеріалів дисертації.

Основні положення та результати дисертаційної роботи були висвітлені та обговорені на:

- The 16th International scientific and practical conference “New ways of improving outdated methods and technologies” Desember 17 – 20, 2024.
- Copenhagen, Denmark; The XVII International scientific and practical conference «Students and teachers of universities: learning trends», December 23-25, 2024.
- Zaragoza, Spain. P.89-91.; XV international scientific conference «Current questions of modern science», January 16-17, 2025, Vienna, Austria. P.62-64.

Публікації. Матеріали дисертації знайшли відображення у 6 наукових публікаціях, (з них 5 – в моноавторстві) у фахових виданнях України, 3 – у матеріалах міжнародних конференцій та конгресів.

Структура та обсяг дисертації

Дисертаційна робота написана українською мовою. Робота викладена на 217 сторінках машинописного тексту. Складається з анотації, змісту, вступу,

5 розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Обсяг основного тексту — 160 сторінок. Список використаних джерел містить 192 позиції, з них кирилицею — 146, латиницею — 46. Робота ілюстрована таблицями — 30 та рисунками — 21. Додатки розміщені (на 9 сторінках).

РОЗДІЛ 1

ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМКИ В ОРГАНІЗАЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ УНІВЕРСИТЕТСЬКИХ КЛІНІК (огляд літератури)

1.1. Світовий досвід організації університетських клінік при закладах вищої медичної освіти

Потреба у створенні в Україні університетських клінік, які відповідають міжнародним стандартам та підтримують міжнародне співробітництво з провідними університетськими клініками і профільними медичними асоціаціями Європи, визначає необхідність звернення до кращих зразків зарубіжного досвіду [41].

Ефективність діяльності університетських клінік в системі охорони здоров'я доведено низкою зарубіжного досвіду. Клініки Німеччини, Великобританії, Нідерландів, Франції, Швейцарії, США, Ізраїлю та інших країн є прикладом покращання якості практичної підготовки медичних фахівців, їх конкурентоспроможності на міжнародному ринку праці. У Німеччині, наприклад, нині функціонують 33 УК, які обслуговують близько 10 % стаціонарних пацієнтів (1,8 млн пацієнтів на рік). Поступово за останні три століття в Європі УК стали визнаними центрами медичних відкриттів та інновацій. Шляхом реформування медичної системи та корегування управлінської вертикалі в охороні здоров'я значно підвищується якість отриманих медичних послуг населенням. Сьогодні наявність в системі охорони здоров'я країни університетських клінік – є своєрідним маркером дотримання стандартів Всесвітньої федерації медичної освіти з підготовки лікарів. Завдяки триєдиному функціонуванню з поєднанням клінічної, наукової та освітньої діяльності, такі клініки здатні забезпечити населення високотехнологічною допомогою [43, 68].

Аналізуючи низку американських нормативних документів, наукових статей з управління в медичній освіті, чітко простежується роль УК як

основної ланки додипломної та післядипломної практичної підготовки лікарів [5].

У Великобританії, в останній версії «Кінцеві результати навчання «Лікарі майбутнього»» (Outcomes for graduates «Tomorrow's Doctors»), опублікованій у 2018 році Загальною медичною радою (GMC), чітко зазначається, що наприкінці додипломної програми студент повинен вміти формулювати прості дослідницькі завдання з біомедичних, психосоціальних та суспільних наук, а також спланувати процес дослідження або експериментів для вирішення цих завдань. «Загальна рамка професійних компетенцій» (Generic professional capabilities framework), в якій вказуються показники рівня професійної післядипломної підготовки, визначає, що випускник повинен продемонструвати відповідні знання методів дослідження, здатність застосовувати якісні та кількісні підходи до наукового дослідження, дотримуватись принципів його проведення та втілення у медичну практику, включаючи залучення до клінічних випробувань та програм, а також врахування етичних наслідків, пов'язаних з їх проведенням [1].

У Канаді, стандартами Комітету з акредитації медичних факультетів Канади (Comité d'agrément des facultés de médecine du Canada) визначено, що програми додипломної освіти мають включати навчання науковим методам та основним науково-етичні принципам клінічних та трансляційних досліджень, у тому числі шляхів проведення, оцінювання та застосування результатів дослідів. Для програм післядипломної освіти головні вказівки сформульовані в рамках компетенцій CanMEDS безпосередньо характеризують наукову роль майбутнього лікаря. Зокрема, випускник повинен продемонструвати розуміння наукових принципів дослідження та опитування, враховувати етичні принципи, приймати участь у комплексній науково-дослідній програмі, обирати відповідні дослідницькі завдання і методи [1].

У Швейцарії новий довідник компетенцій PROFILES, який з початку 2018 року замінив старий «Швейцарський каталог цілей» (Catalogue suisse des objectifs), ідентично з CanMEDS окреслює головну роль медика як науковця,

зокрема, уточнюючи, що дипломований фахівець системи охорони здоров'я повинен розуміти загальні теоретичні засади медичних та наукових знань, виявляти та розробляти гіпотезу чи дослідницьке завдання, розробляти процедуру, яка дозволить вирішити проблему, проаналізувати та узагальнити результати та опублікувати їх у рамках звіту про дослідження чи наукової статті. У Франції цілі, спрямовані на кінець другого циклу медичної освіти (додипломного етапу), аналогічно описують сім так званих загальних компетенцій, включаючи наукову, для опанування якої студент повинен брати участь у формулюванні проблематики дослідження в умовах невирішеної ситуації та передбачити шляхи її вирішення.

До найстаріших СОЗ належить британська UK National Health Service (NHS), яка є стійкою та динамічною системою в світі. Ця система використовує єдину платформу надання медичної допомоги та здійснює науково-дослідну діяльність (НДД), що сприяє впровадженню новітніх технологій у практичну діяльність і забезпечує превентивні заходи централізовано на державному рівні. Особливу увагу NHS приділяє заохоченню спеціалістів до проведення наукових досліджень як під час післядипломних тренінгів, так і в практичній діяльності. Отже НДД здійснюється в УК як під час додипломного, так і післядипломного навчання [43].

У Франції Університетськими клініками є лікарняні установи, що пов'язані з університетами та мають назву «Лікарняний центр». Частина персоналу одночасно обіймає посаду медичного співробітника та викладача, отримуючи «подвійну» заробітну платню. Фінансування здійснюється державою, соціальним страхуванням, благодійними організаціями [35].

В Англії медичні послуги надаються лікарнями в складі лікарняних трестів. Асоціація Університетських клінік має у своєму складі 43 треста [35].

У США Університетські клініки надають можливість навчання та практики майбутнім медикам, інноваційним дослідженням, пропонують медичну допомогу бідному та незахищеному прошарку населення. Академічні

медичні центри забезпечують потреби майже половини незастрахованого населення та незаможних пацієнтів. Фінансування йде за рахунок державних програм [35].

УК в німецькій охороні здоров'я, що в числі найкращих систем охорони здоров'я світу, відмічені особливим статусом та належать державі. На них покладено три основні завдання – навчання, лікування, проведення НДД. В УК, як і в приватних, державних або благодійних клініках, здійснюється прийом пацієнтів, та поряд із цим впроваджуються новітні методики лікування та використовуються нові технології. Зазвичай такі клініки підпорядковуються вищим медичним закладам країни. Часто можна зустріти таке явище як медичні «містечка», які розростаються, захоплюючи значну територію, та проростають інфраструктурною системою зі своїми мережами доріг, кафе, перукарнями, ресторанами, дитячими ігровими майданчиками, поштою і т.і.). Окремою категорією серед університетських клінік є дитячі клініки. Найвідомішими серед них є Університетська клініка Шаріте у Берліні, клінічний центр м. Фрідріхсхафен у Кельні, а також клініка Едуардус, берлінська клініка «HELIOS», Університетська клініка в м. Майнц, центр інтегративної медицини «СІМ» в м. Кобленц, Дияконія ім. Пауля Герхарда у Берліні, клініка «Schwarzward-Baar» в Майнці, клініка диякон в Бонні, клінічний центр GKH в Маннгеймі. Лікарні спроектовані таким чином, аби максимально навіювати затишок дому. Крім ліжок для пацієнтів є завбачливо і комфортно обладнані спальні місця для батьків [8, 75].

Університетські лікарні в Німеччині забезпечують пацієнтів максимальним набором медичних послуг, порівняно з іншими медичними закладами. Тут можна отримати допомогу при найважчих захворюваннях із надскладними лікувальними випадками, так як є можливість здійснення міждисциплінарного комплексного підходу із залученням різнопрофільних висококваліфікованих спеціалістів не тільки Німеччини, а й з інших держав. Вирішенням проблеми одно пацієнта можуть займатися декілька лікарів

різного профілю. На території Німеччини більше 30 університетських клінік (Рис. 1.1) [71].

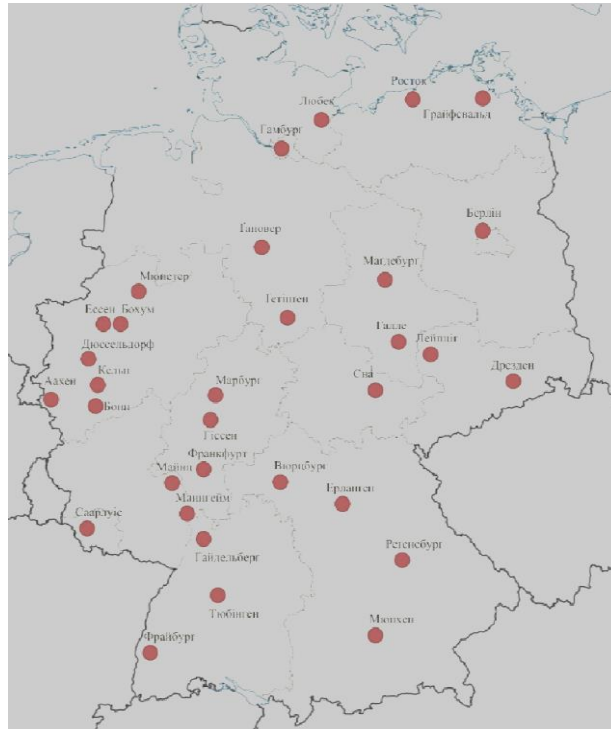


Рис. 1.1 — Розміщення мережі університетських лікарень на мапі Німеччини

Серед УК для дорослих досить відомою є лікарня, створена за ініціативи медичного факультету Аахенського Університету в місті Аахен. Ця лікарня, яка у своїй структурі налічує багато різнопрофільних відділень, була створена за ініціативи медичного факультету Аахенського Університету, який був відкритий у 1966 році. Вона була створена на базі місцевої міської лікарні та була перекваліфікована на університетський госпіталь. Проте, за декілька років існуючого простору ставало замало для повноцінної діяльності працівників, тому було прийнято рішення про необхідність розширення університетської лікарні. У 1985 році була побудована нова будівля лікарні, а згодом було зведено ще ряд її додаткових корпусів із новими відділеннями різноманітних лікувальних профілів та спеціалізацій. Завдяки вдалому географічному розташуванню лікарня стала транснаціональним медичним комплексом у Європі, де результати найновіших медичних досліджень

Німеччини, Бельгії та Нідерландів упроваджуються в практику із залученням високопрофесійних лікарів і вчених всесвітньовідомого профільного університету. Окрім цього, університетська лікарня знаходиться в оточенні території великої паркової зони, а також межує з науковим містечком (Рис. 1.2) [72].



Рис. 1.2 — Генеральний план університетської лікарні в м. Аахен, Німеччина

Персонал клініки вражає кількістю залучених спеціалістів, яких початку 2020-х років становило: більше 6 000 різногалузевих фахівців медичної справи, з них близько 850 – наукові співробітники. У структурі УК є 33 клініки, 25 дослідних інститутів, міждисциплінарних центрів та діагностичних лабораторій. Клініка здатна розмістити одночасно 1500 пацієнтів на стаціонарі, що в рік сягає близько 50 тисяч. Крім того значна частина пацієнтів з різних раїн проходить лікування амбулаторно (приблизно 250 тисяч осіб). Слід також відмітити досконале проектування лікарняної будівля, де завдяки унікальній системи кондиціонування повітря унеможливується поширення різноманітних інфекцій, а наявність власного гелікоптерного майданчику забезпечує здійснення екстрених прийомів термінових викликів. Усі лікарняні палати розраховані на одного чи двох пацієнтів, оснащені усім необхідним для

комфортного перебування хворого і його відвідувачів (санвузол, WiFi, телевізор тощо) [72].

Досить популярною в Німеччині серед університетських клінік також є Університетська клініка Бонна (м. Бонн), яка відома тим, що у 70-х роках минулого століття тут було створено перший у світі центр хірургічного лікування епілепсії. Напрацьовані у центрі методи лікування епілепсії та інших неврологічних захворювань вважають золотим стандартом терапії у всьому світі. У структурі лікарні знаходиться 32 вузькоспеціалізовані клініки; 23 діагностичні та дослідницькі інститути; 10 відділень реанімації та інтенсивної терапії; 30 спеціалізованих операційних залів. Штат УК нараховує більше 8 000 співробітників, з яких 10 % є лікарями вищої категорії, професорами, науковцями. Кількість стаціонарних місць – 1237, що дає можливість обслуговувати в стаціонарних відділеннях близько 50 000 осіб у рік [71].

Авторитетними університетськими клініками у Німеччині також є Університетська клініка імені А. Людвіга у Фрайбурзі, що знаходиться на базі Фрайбурзького університету ім. Альбрехта і Людвіга, університетська лікарня у Бохумі із базою для діяльності у Рурському університеті та Університетська лікарня Шаріте у м. Берлін. Перша відома найбільшим у Європі профільним медичним закладом – Університетський кардіологічний центр Фрайбург – Бад-Кроцинген. Друга є однією з найбільших у Європі, де впродовж року стаціонарну медичну допомогу мають змогу отримати понад 90 тисяч осіб. Одночасно в клініці може розташуватися у стаціонарних відділеннях 3 000 хворих. Остання університетська лікарня розрахована на понад 3 000 стаціонарних місць, що робить її найбільшою у Німеччині та Європі. Свій початок вона бере ще з 1726 р., коли розпочала свою діяльність школа для підготовки хірургів при берлінському госпіталі Шаріте. Заклад об'єднує медичні факультети Гумбольдта та Вільного університетів, розміщуючи власні лікарняні корпуси у чотирьох локаціях [71, 75].

Найвідомішою у Західній Європі є УК Цюріху, де вона функціонує як розгалужена національна мережа окремих клінік у межах Швейцарії. В цих закладах надають якісні медичні послуги та здійснюють практичну підготовку медичних кадрів у рамках системи вищої медичної освіти, водночас співпрацюючи з іншими закладами вищої медичної освіти Європи та світу. Варта уваги також одна із нових моделей існування УК в Польщі, де з 2001 р. вони функціонують при університетах. Польський уряд законодавчо закріпив заснування таких закладів з ініціативи сенату університету та надав незалежність щодо функціональних операцій. Такі дії було спрямовано на підвищення конкурентоспроможності медичної системи країни та створення власної ніші медичного обслуговування на ринку надання медичних послуг у країнах Східної Європи. Прикладом може слугувати Ягелонський медичний університет у Кракові, у структурі якого є Краківська університетська лікарня, Краківська університетська дитяча лікарня, Університетська ортопедично-реабілітаційна лікарня в Закопане та Університетська стоматологічна клініка. Подібні УК також функціонують у Чехії (на базі класичного Карлова університету), США (при Університеті Огайо) та інших країнах світу. Всі вони мають власні відпрацьовані моделі правової взаємодії з державою та із закладом вищої освіти [15].

У 2005 р. на базі медичного факультету Віденського університету створено Віденський медичний університет. Кількість амбулаторних відвідувань перевищує 1 млн хворих на рік, а число стаціонарних ліжко-днів наближається до 700 тис. Понад 35 тис. операційних втручань виконується у 72 операційних. У клініці працює більше 9000 співробітників: 1574 лікарі, 128 фармацевтів, 37 фельдшерів, 2784 медсестри, 1175 осіб медичного технічного персоналу, парамедиків, 2187 осіб – це адміністратори, священики, технічний штат. До складу клініки входять 27 клінік, 49 відділень, 61 загальне амбулаторне відділення, 323 спеціальні амбулаторні відділення, 21 відділення інтенсивної терапії, 51 операційна, 21 мала операційна. Річний бюджет університетської клініки становить приблизно 1 млрд євро [70].

У Великобританії 95 % медичних установ належить державі, а на охорону здоров'я виділяється близько 10 % коштів державного бюджету. Такі впливання позитивно позначаються й на якості медичних послуг. Послуги лікарів доступні всім, у кого є посвідка на проживання (Indefinite Leave to Remain, ILR) або громадянство Великобританії [64].

Вартість медичних послуг у Швейцарії частково покриває держава, а частково оплачують самі мешканці країни — за рахунок страховок, які повинні бути у кожного власника посвідки на проживання або громадянина Швейцарії [64, 79].

В Іспанії іноземні громадяни, які мають дозвіл на проживання, мають право й на безкоштовне медичне обслуговування, бо медицина тут на 85 % — державна. При цьому країна регулярно входить у топ 5 європейських країн за рівнем медицини та кваліфікації. Власники посвідки на проживання в Іспанії отримують індивідуальну медичну картку (Tarjeta Sanitaria Individual — TSI), що дозволяє їм звертатися до державних установ. Пацієнти ж оплачують 40—50 % вартості ліків, прописаних для прийому після виписки з лікарні. Пенсіонери старше 65 років оплачують лише 10 % вартості медикаментів [64, 79].

У США рівень кваліфікації медичних працівників є ключовим фактором якісної медичної допомоги, що підтверджується численними документами, зокрема звітами Ради з акредитації. В українській системі підготовки лікарів цей аспект також набуває важливого значення: відповідно до Стратегії кожен медичний працівник має бути висококваліфікованим і вмотивованим фахівцем [7].

Основою медичної освіти у США є децентралізована система американської медичної освіти, що дає академічну свободу і університетську автономність. Високий рівень академічної культури підтримується завдяки усталеним університетським традиціям, наявності Кодексів честі, високій мотивації студентів та розвитку їх навичок [7].

З 2005 року понад 75 % медичних навчальних закладів США регулярно оновлюють навчальні плани, спираючись на ретельний експертний аналіз. Відповідно до Стратегії, університети мають розробляти нові освітні програми та навчальні плани, враховуючи міжнародний досвід. Важливим аспектом є також організація клінічних баз навчання. У США університетські клініки грають ключову роль у підготовці лікарів як на диплом [7].

Незважаючи на те, що в Україні недостатньо законодавчих та нормативних баз для функціонування УК, за останні 10 років спостерігається тенденція їх створення з ініціативи самих закладів освіти. Для ефективнішого функціонування та інтеграції УК в єдину систему надання медичної допомоги необхідно вийти з пропозицією до Верховної Ради України законодавчо затвердити офіційний статус та переглянути державну політику щодо їх існування, а також визначити роль і місце УК в госпітальних округах та закладах охорони здоров'я загалом [15].

1.2. Діяльність університетських клінік в Україні: історія становлення та розвитку

Університетська клініка – це потужний лікувально-науково-навчальний заклад, який надає високоспеціалізовану медичну допомогу, впроваджує в практику роботи найновіші методи і технології, оснащений найсучаснішим діагностичним обладнанням, має досвідчені кадри вищої кваліфікації, що створює найкращі умови для навчання студентів і підвищення кваліфікації лікарів [37].

Від наукової лабораторії до лекційної зали та ліжка хворого — один крок. За таким принципом функціонують університетські клініки — флагмани світової системи охорони здоров'я. Основною метою створення університетських клінік була можливість проведення практичних занять зі студентами-медиками [75]. З цього приводу М.І. Пирогов ще в 1835 році писав, що перед навчальним університетським планом повинні стояти

завдання «... навчати і випускати лікарів, здатних відразу після закінчення медичного факультету приступити до самостійної лікувальної діяльності» [89].

Університетські клініки в Україні як окремі кластери в системі медичних закладів країни беруть свій початок ще з XIX ст., разом із заснуванням перших закладів вищої освіти.

Відкриття Харківського університету 17 січня 1805 року стало важливою віхою в житті Харкова. Це епохальна для міста подія відіграла величезне значення і в розвитку медичної справи. У 1806 році утворився медичний факультет, що називався тоді лікарським. Деканом був професор хірургії П.М. Шумлянський (1750-1821 рр.), а секретарем анатом Л.О. Ванноті. Викладати в університет запрошувалися відомі в Росії і за кордоном фахівці. До відкриття університетських клінік харків'яни отримали можливість консультуватися у професорів в приватному порядку. Медичний факультет був найбільшим в університеті. Це призвело до необхідності будівництва анатомічного театру поруч з факультетом. Перше десятиліття свого існування медичний факультет ще не мав своїх клінік. Для професури і студентів хворий представляв інтерес більше, як живий експонат до лекції професора. У 1807 році професор В.Ф. Дрейсіг підняв питання про необхідність створення університетської клініки. Такі професора, як М.І. Елінський, В.Ф. Дрейсіг, І.Д. Кнігін, Г.Ф. Брайденс, І.М. Рейпольський, П.М. Шумлянський і А.І. Блюменталь багато попрацювали для пристрою клінік при університеті, якими згодом стало користуватися міське населення [74].

Відомо, що спеціальні медичні факультети було створено при Імператорському Харківському університеті (1804 р.), Імператорському університеті Св. Володимира (м. Київ, 1834 р.) та Імператорському Новоросійському університеті (м. Одеса, 1865 р.). Усі вони діяли відповідно до розробленого у 1804 р. в Російській імперії «Статуту імператорських Московського, Харківського і Казанського університетів». Згідно із даним документом програма навчальної діяльності повинна була поєднуватися із

науково-дослідною роботою, що сприяло б удосконаленню практичних навичок студентів та розвитку науки в цілому [32, 74, 133].

Виконання Статуту передбачало забезпечення професорсько-викладацького складу та студентів необхідними приміщеннями, оснащеними відповідним устаткуванням (кабінети, обсерваторії, бібліотеки, клініки тощо). Варто відмітити, що такий підхід сприяв швидкому впровадженню нових наукових досягнень вчених у практику, адже заклади вищої освіти на той час були єдиними установами, де здійснювалися дослідження (зокрема з медицини) і де була зосереджена наукова спільнота країни. Як зазначають спеціалісти, основною перевагою такої форми навчання є можливість здобувати знання, безпосередньо необхідні для роботи і освоювати фахові компетенції. Слід також відмітити відсутність у той період спеціалізованих наукових інститутів, тому дослідження переважно здійснювалися викладачами – професорами при університетах, тим самим поєднуючи розвиток науки й освіти [74].

Першоджерела свідчать, що практично з перших років заснування університетів з метою покращення практичної підготовки майбутніх лікарів та апробації нових відкриттів, при них створювалися спеціальні університетські клініки. Так, завдяки зусиллям першого декана медичного факультету професора хірургії П. М. Шумлянського та професора анатомії, фізіології і судової медицини І. Д. Книгіна, у 1814 р. при Імператорському Харківському університеті почала функціонувати хірургічна, у 1815 р. – терапевтична [40], та в 1829 р. – акушерська університетські клініки [22, 74].

Такі ж університетські клініки у 1844 р. професор терапії Ф. Цицурін та професор оперативної хірургії В. О. Караваєв створили і при медичному факультеті Імператорського університету Святого Володимира. Річний звіт клініки свідчить, що вже у перший рік своєї діяльності її співробітники надали стаціонарну медичну допомогу 168 хворим. Втричі більше було проведено діагностичних консультацій та обстежень. Постать В. О. Караваєва у розвитку медицини як науки і зокрема організаційних засад університетських клінік

відіграла значну роль. Упродовж більше як 40 років керівництва хірургічною УК він започаткував та розвинув низку нових напрямів хірургії (ринопластику, оваріотомію) та анатомії. Вчений одним із перших виділив офтальмологію й історію вітчизняної медицини в окремі напрями [27, 32].

До початку ХХ ст. в університеті діяло чотири університетські клініки. Під час Першої світової війни їх реорганізовано у військові шпиталі і згодом повернуто закладам освіти. У вересні 1950 року Постановою Ради Міністрів УРСР і наказу Міністра охорони здоров'я України клінічне містечко передається на утримання місцевого бюджету Харківської обласної ради депутатів трудящих і реорганізується в обласну лікарню зі збереженням кафедр медінституту. Безумовно, таке підпорядкування університетських клінік значно знизило роль кафедральних колективів в життєдіяльності клінік [32]. Проте з 1956 р. рішенням Уряду СРСР на базі цих клінік створено міські лікарні [15]. І тільки після затвердження в 1963 році Міністерством охорони здоров'я СРСР першого положення «Про клінічну лікарню» була чітко визначена роль кафедральних колективів в установах охорони здоров'я [118].

Протягом більш ніж двох століть вдосконалення медичної освіти, починаючи з навчальних планів медичних факультетів, органів земського самоврядування та медичних інститутів, багато зроблено для розвитку вітчизняної медичної освіти і науки, клінічного мислення студентів, готуючи з них кваліфікованих лікарів-практиків, майбутніх викладачів і наукових співробітників, роблячи істотний внесок в одужання хворих [32].

Відновлення УК розпочалося у 90-х роках минулого століття, коли стало зрозумілим, що наявна модель системи охорони здоров'я не відповідає вимогам ринкової економіки. Усі пострадянські країни, включаючи й Україну, розпочали реорганізацію медичної сфери як в організаційному відношенні, так і щодо фінансування й надання медичних послуг. Розпочався пошук оптимального вирішення проблеми стосовно збереження соціальних гарантій забезпечення населення медичною допомогою в умовах реформування

системи охорони здоров'я із врахуванням закордонного передового досвіду [15].

Ослаблення фінансування лікувальних установ МОЗ призвело до часткової муніципалізації лікувально-профілактичних закладів. Що негайно позначилося на положеннях постанови «Про клінічно-лікувально-профілактичний заклад охорони здоров'я». Цим скористалися окремі керівники лікувально-профілактичних закладів, розбивши клінічні колективи на кафедральні та лікарняні, усунувши від наукового керівництва профільними клінічними базами завідувачів кафедрами, не допускаючи часом на курацію студентів до хворих [32]. Удосконалення також зазнала розпочата наприкінці 80-х років реформа вищої медичної освіти, метою якої стала підготовка фахівців усіх спеціальностей і спеціалізацій за освітньо-кваліфікаційними рівнями, відповідно до освітньо-професійних програм, у яких передбачалося об'єднання медичної науки, практики й освіти. У той час виникла ідея відродження УК. Першим на шляху до організації власних клінічних баз був Донецький НМУ, в якому в середині 90-х років розпочали діяльність три УК: акушерсько-гінекологічна, ортопедії та травматології [15].

Вже на початку 2000-х років питання ролі УК у практичній підготовці лікарів та підвищенні якості обслуговування населення все частіше обговорювалися на засіданнях МОЗ України та профільних комітетів Кабінету Міністрів України. Перша університетська клініка в незалежній Україні відродилася в Одесі. Ініціатор відродження університетської клініки Одеського національного медичного університету (ОНМедУ) був академік Валерій Запорожан. Продовжив ініціативу Запорізький державний медичний університет, який у 2008 р. на базі Запорізької басейнової лікарні МОЗ України створив лікувально-профілактичний структурний підрозділ – навчально-науковий медичний центр «Університетська клініка». До повномасштабного вторгнення Російської Федерації на територію України це була одна із кращих лікувальних установ області, де надавався широкий спектр медичних послуг з діагностики та лікування [12, 13, 15].

Подібне рішення про реорганізацію басейнової лікарні в окремий структурний підрозділ медичного закладу МОЗ України прийняло також і в Дніпрі. У квітні 2008 р. Дніпропетровську басейнову лікарню приєднано до Дніпропетровської державної медичної академії (нині – Дніпровський державний медичний університет). Як відокремлений структурний підрозділ «Клініка медичної академії» розпочала функціонувати з 2010 р., здійснюючи консультативну та профілактично-лікувальну роботу для населення області. Заклад є основною базою для кафедри ендокринології Університету, оснащеною необхідним для наукових розробок обладнанням [15].

Наявністю власної клінічної бази також зацікавилася керівництво Тернопільського НМУ імені І.Я. Горбачевського. За розпорядженням уряду від 23 грудня 2009 р. та рішенням сесії Тернопільської обласної ради від 1 січня 2010 р. роль УК відіграє комунальний заклад обласної ради – Тернопільська обласна клінічна лікарня. Між закладами укладено домовленість про створення на базі лікарні клініки з корпоративною моделлю існування. Слід зазначити, що такого типу організації УК в Україні наразі тільки одна установа. Місцева громада надає перевагу даному закладу, адже він оснащений новітньою матеріально-технічною базою, високопрофесійним кадровим складом (професори медичного університету, завідувачі клінічних кафедр, провідні спеціалісти) та кращою організацією високотехнологічної спеціалізованої допомоги. В останні роки там запрацював Центр політравми, сучасний кардіологічний центр, тривають роботи зі створення відділень кардіохірургії, трансплантології й екстренної медицини. Окрім лікувально-діагностичної, всі УК виконують й освітню і навчальну функції, забезпечуючи необхідні умови для підготовки і перепідготовки студентів (у тому числі інтернатури, магістратури, докторантури), науково-педагогічних та медичних працівників в рамках навчальних програм системи безперервної освіти [15].

Ідею створення УК перейняли й інші медичні ЗВО. У 2012 р. на базі кафедр терапевтичної та ортопедичної стоматології Буковинського державного медичного університету створено Навчально-лікувальний

стоматологічний центр «Університетська клініка». Напрями її діяльності пов'язані із проведенням освітньо-наукової діяльності та лікувально-діагностичних процесів у стоматології. Інформацію про діяльність УК у 2012 р. при Івано-Франківському НМУ можна знайти на офіційному сайті ЗВО (Університетська клініка — Івано-Франківський національний медичний університет, б. д.). Відповідне положення щодо її функціонування розроблено й затверджено у 2015 році. У 2021 р. головною акредитаційною комісією при МОЗ України робота УК оцінена на вищу категорію [15].

З 2015 р. для організації роботи УК в Україні МОЗ України затверджено «Типове положення про університетську клініку вищого навчального закладу (закладу післядипломної освіти)», де чітко сформульовано саме поняття УК, визначено її мету, основні завдання й напрями діяльності, структуру та управління, питання фінансування й господарської звітності. Цим Положенням передбачено квалітативну форму освіти з утворенням триєдиного структурного підрозділу – закладу охорони здоров'я, що поєднує лікувальну, наукову та навчальну складові. Головною метою УК є надання третинної (високоспеціалізованої), вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, забезпечення підготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників за стандартами вищої освіти, проведення науково-дослідної роботи, розробка, апробація та впровадження нових медичних технологій (Про затвердження Типового положення про університетську клініку вищого навчального закладу (закладу післядипломної освіти), б. д.) [15].

Того ж року НМУ імені О.О. Богомольця та Всеукраїнською спілкою захисту прав пацієнтів «Здоров'я нації» підписано меморандум про основні принципи залучення громадськості до розвитку системи УК. Вирішено дослідити вітчизняні та закордонні моделі їх організації задля створення у майбутньому цілої мережі УК та проводити інформування пацієнтів щодо переваг лікування в таких закладах (Пацієнтські організації підтримали плани НМУ щодо створення університетської клініки, б. д.). Власний досвід зі створення навчально-лікувальної установи НМУ імені О.О. Богомольця уже

мав, адже з 2004 р. у його відання було передано Стоматологічну поліклініку МОЗ України з подальшою її реорганізацією в Стоматологічний медичний центр НМУ. У 2015 р. за результатами зовнішнього аудиту органом з оцінки відповідності «Державний медичний центр сертифікації» МОЗ України Центр отримав високе визнання у сфері якості медичних послуг. Більше ніж 15 років у цьому закладі населення м. Києва та усіх регіонів України отримує висококваліфіковану та спеціалізовану амбулаторну консультативно-лікувальну допомогу, а також здійснюється практична підготовка майбутніх лікарів-стоматологів. Опираючись на досвід, у 2020 р. МОЗ України публічно розпочало процес реорганізації Республіканської клінічної лікарні в УК НМУ імені О.О. Богомольця. Сьогодні вона є багатoproфільним медичним закладом державного рівня, клінічною і навчальною базою для багатьох кафедр університету [15].

В Харківському національному медичному університеті в 2015 році шляхом об'єднання двох медичних центрів створений Навчально-науковий медичний комплекс «Університетська клініка» Харківського національного медичного університету [39]. Клініка надає високоспеціалізовану медичну допомогу населенню м. Харкова, Харківської та інших областей України, іноземним громадянам. Пацієнти можуть отримати допомогу як у лікарняному стаціонарі, так і в консультативно-діагностичній поліклініці. Це багатoproфільна клінічно-діагностично-лікувальна установа, яка водночас проводить науково-практичну та освітню діяльність (Навчально-науковий медичний центр «Університетська клініка» — ХНМУ, б. д.). У структурі Харківського НМУ з 2006 р. також перебувала Університетська стоматологічна клініка, яку в 2008 р. реорганізовано в Університетський стоматологічний центр Харківського НМУ. Центр є клінічною базою для поліклінічних відділень та п'ятих стоматологічних кафедр. Прийом здійснюють професори, доценти та досвідчені лікарі [15].

З 2017 р. успішно працює УК Вінницького НМУ ім. М.І. Пирогова. Її теж створено на базі вже існуючого лікувального закладу – Міської клінічної

лікарня № 2. Як зазначено у «Положенні» клініки, головною метою її діяльності є надання медичної допомоги населенню, медичної реабілітації, забезпечення освітнього процесу особам, які навчаються в університеті, забезпечення підготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників за стандартами вищої освіти, проведення наукових досліджень, науково-дослідної роботи, розробка, апробація та впровадження нових медичних технологій, проведення медичних оглядів (профілактичних медичних оглядів) тощо (Університетська клініка ВНМУ ім. М.І. Пирогова, б. д.) [15].

Державна програма розвитку охорони здоров'я в Україні до 2030 р. передбачає поетапний перехід до охорони здоров'я, заснований на профілактиці та інформатизації галузі, якісній підготовці кадрів і створенні сучасної медичної інфраструктури [38, 111].

Завдяки співпраці МОЗ України і Республіки Польща, зокрема Центру симуляційної медицини Люблінського медичного університету та двох університетських лікарень міста Люблін, вирішено одним із ключових етапів відновлення мережі українських медичних установ у воєнний та післявоєнний період дослідити та перейняти європейський досвід щодо існування таких закладів в Україні. У МОЗ України наголосили, що функціонування УК є майбутньою стратегією розвитку вищої медичної освіти і процес їхнього створення є незворотним. Наявність власних клінічних баз для здійснення практичної підготовки студентів, післядипломного навчання та безперервного професійного розвитку лікарів, вдосконалення техніки надання невідкладної оперативної медичної допомоги, проведення наукових досліджень є сьогодні однією з основних проблем усіх закладів вищої медичної освіти. На вирішення цього завдання МОЗ України направило листи в усі обласні центри, де розташовуються медичні ЗВО з проханням з'ясувати можливість передачі наявних багатопрофільних обласних лікарень у відомство МОЗ України для можливості подальшого створення на їхніх базах УК. Також погоджено передання клінічної лікарні Львівської залізниці під управління Львівського НМУ імені Данила Галицького і створення на її базі УК [15].

1.3. Державний механізм регулювання діяльності університетських клінік в Україні

Україна успадкувала структуру охорони здоров'я Радянського Союзу, де сфери освіти лікарів і лікування були розділені і керівництво здійснювалося різними міністерствами. Медичні інститути не мали своїх лікувальних і наукових баз. Все це призводило до теоретизації навчання. Молоді лікарі, отримавши дипломи, не завжди вміли застосовувати свої знання на практиці. Створення мережі університетських клінік та лікарень був одним з пріоритетних шляхів медичної реформи в Україні [20, 90].

У Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. (№ 2801-XII, редакція від 16.01.2020 р.) [92] визначається, що держава та громада гарантують пріоритет охорони здоров'я в діяльності країни. Під час формування державної політики держава дотримується принципів міжнародних договорів, які були ратифіковані Україною [36].

Відродження діяльності в Україні університетських клінік спричинило низку проблем, пов'язаних з відсутністю концептуального обґрунтування напрямів їх формування та державного механізму управління їхнім подальшим розвитком. Як зазначає А.В. Оганезова у своїй статті, присвяченій дослідженню впровадження інноваційної моделі охорони здоров'я шляхом створення УК, вперше про необхідність створення такої медичної структури МОЗ України у своєму наказі за №522/51 наголосило 12 вересня 2008 р. [11, 14, 90]. «ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ 1. Університетська клініка вищого навчального закладу (далі – ВНЗ), закладу післядипломної освіти (далі – ЗПО) (далі – Університетська клініка) – це заклад охорони здоров'я, який є лікувально-навчально-науковим структурним підрозділом ВНЗ/ЗПО. Головною метою діяльності Університетської клініки є надання третинної (високоспеціалізованої), вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, забезпечення підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників за стандартами вищої освіти, проведення науково-

дослідної роботи, розробки, апробації та впровадження нових медичних технологій» [11, 90].

Серед інших шляхів і засобів розв'язання проблеми «підвищення якості підготовки медичних фахівців, інтеграції медичної освіти і науки, вирішення кадрових проблем галузі, покращення медичної допомоги населенню, забезпечення конкурентоспроможності випускників вищих навчальних закладів на вітчизняному та міжнародному ринках праці» [30]. МОЗ України разом із НАМН України запропонувало створення мережі університетських лікарень МОЗ України та клінік при вищих навчальних закладах. Такі установи, згідно наказу, мали б сприяти реалізації Концепції розвитку вищої медичної освіти в Україні, розробленої задля вирішення пріоритетних питань вітчизняної охорони здоров'я. Упродовж наступного року робоча комісія (до якої увійшли представники Департаменту кадрової політики, освіти та науки, Науково-координаційного управління АМН України, Центрального методичного кабінету з вищої медичної освіти МОЗ України, Центру тестування МОЗ України, Департаменту організації медичної допомоги, Департаменту державного санітарно-епідеміологічного нагляду, Управління материнства, дитинства, Відділу правового забезпечення, НМУ імені О. О. Богомольця, Донецького НМУ ім. М. Горького, Львівського НМУ ім. Данила Галицького, Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика та Національного фармацевтичного університету) повинна була забезпечити створення нормативно-правової підтримки щодо виконань заходів, передбачених Концепцією. Однак через низку об'єктивних та суб'єктивних причин немає чіткого визначення мети і завдань державної політики щодо врегулювання взаємовідносин між системою вищої медичної освіти та медичної практики. Так, у «Положенні про організацію освітнього процесу у закладах охорони здоров'я за участю науково-педагогічних працівників закладів вищої освіти, що здійснюють підготовку здобувачів вищої освіти у сфері охорони здоров'я», затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 28 грудня 2020 р. за № 1337 визначено, що основою

взаємодії систем вищої медичної освіти та медичної практики є клінічні бази та клінічні кафедри закладів вищої медичної освіти. У даному Положенні немає жодної згадки про функціонування університетських клінік, які повною мірою відповідають змісту поняття «клінічна база» [28, 109].

Станом на сьогодні в Україні при державних закладах вищої медичної освіти створено й успішно функціонують 10 УК й розпочато організацію ще однієї [15].

У більшості з них інтегративна модель існування (університети мають власні клініки (досвід США), і тільки в Тернопільській УК Тернопільського НМУ імені І.Я. Горбачевського – корпоративна (університет і комунальна громада мають рівні права на майновий комплекс УК). Напрями їхньої діяльності, завдання, структура й управління, джерела фінансування відповідають типовому положенню, затвердженому МОЗ України в 2015 р. Проте слід відмітити, що наразі існує відсутність вивчення вітчизняного досвіду функціонування таких медичних закладів при ЗВО та відповідної нормативно-правової бази для їхнього існування. У поточній редакції наказу МОЗ України № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських посад, посад фармацевтів, посад фахівців з фармацевтичною освітою (асистентів фармацевтів), посад професіоналів у галузі охорони здоров'я, посад фахівців у галузі охорони здоров'я та посад професіоналів з вищою немедичною освітою у закладах охорони здоров'я» у п. 1.1. «Перелік закладів охорони здоров'я» не виявлено УК. Також в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» в статті 3 та 16 відсутні назви таких закладів і їх основні завдання. Необхідно втілювати Стратегію розвитку медичної освіти в Україні, проект якої розроблено у листопаді 2018 р. та схвалено у лютому 2019 р., де однією із проблем, які потребують вирішення є відсутність УК (Про схвалення Стратегії розвитку медичної освіти в Україні, б. д.) [15].

У сучасних економічних умовах країни актуальним є залучення механізмів ДПП і приватних інвестицій у розвиток університетських клінік,

що зумовить зміну організаційно-правового статусу УК – вони стануть юридично і господарсько самостійними установами, а також забезпечить їх економічну стійкість, підвищення ефективності навчального, наукового процесів і якості медичної допомоги. Аналіз досвіду зарубіжних країн засвідчує, що інституційна основа передачі державних функцій і громадського управління в охороні здоров'я приватним інвесторам виникла досить давно. Багато розвинених країн на практиці застосовують принципи ДПП, створюючи асоціації у сфері медицини. Зарубіжні лікарі переконані, що нова система організації надання медичних послуг перевершує альтернативні методи управління і їх професійна діяльність на принципах ДПП організована відповідно до етичних норм. ДПП має певні соціально-економічні передумови і особливо це стосується таких «громадських сфер», як охорона здоров'я. Приватний бізнес в умовах зростаючої конкуренції також зацікавлений у розширенні своєї діяльності через надання державі інвестицій [134, 136, 138, 140].

1.4. Університетські клініки в реалізації права громадян України на безоплатне отримання медичної допомоги

Медична допомога – це сукупність діагностичних і лікувальних заходів, спрямованих на встановлення діагнозу, зменшення або усунення симптомів та проявів захворювання чи патологічного стану, з яким звернувся пацієнт, а також на нормалізацію його життєдіяльності, покращення чи відновлення здоров'я [4].

Доступність та якість медичної допомоги – основні показники, що визначають ефективність системи охорони здоров'я у будь-якій країні світу і рівень цивілізованості цієї країни. Йдеться про можливість кожного громадянина звернутися за медичною допомогою і отримати необхідне лікування незалежно від фінансової спроможності, місця проживання чи часу звернення за допомогою [26, 98].

Згідно з Конституцією України людина має право на життя та здоров'я, право на недоторканність приватного життя, право на безпеку, як одну з найвищих цінностей національної правової системи. Серед інших прав, передбачених Конституцією, окремо зазначаємо право на медичну допомогу, яка гарантує фізичне існування людини і яке має важливе значення для підтримки та покращення здоров'я української нації [144].

Конституцією України гарантовано право на безоплатну медичну допомогу, для чого в Україні створено державні та комунальні лікувальні заклади, скорочення мережі яких забороняється.

Законодавство передбачає перелік видів безоплатної медичної допомоги, які надають державні та комунальні заклади охорони здоров'я:

- а) екстрена медична допомога,
- б) первинна медична допомога,
- в) спеціалізована медична допомога,
- г) паліативна допомога,
- д) реабілітаційна допомога.

(Закон України №2347-IX «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 01 липня 2022 р.) [107]

Нашою державою було поставлено завдання концентрації інтелектуальних, матеріально-технічних і фінансових ресурсів на вирішення першочергових завдань в медицині України. Система охорони здоров'я реформується. На першому плані завдання практичної охорони здоров'я. А як забезпечити доступність і якість медичної допомоги в сучасних умовах? Що для цього потрібно і як можуть допомогти університетські клініки у вирішенні ряду питань [33, 34].

Україна є членом Ради Європи і учасником Європейської соціальної Хартії 1961 р. Європейська доктрина розглядає її як доповнення до Європейської конвенції про захист прав людини і основних свобод (Рим, 4 листопада 1950 р.). Але механізм реалізації норм Конвенції про захист прав

людини та Хартії неповний, оскільки остання не має самостійної юрисдикції захисту та контролю за нею обмежується наданням доповідей [6, 144].

Право на охорону здоров'я в Хартії — право кожної людини на користування всіма засобами, які сприяють досягненню найкращого можливого для нього стану здоров'я (пункт 11, частина 1). До числа обов'язків держави, відповідних цьому праву, стаття 11 Хартії відносить: 1) усунення причин погіршення здоров'я; 2) надання послуг консультативного та освітнього характеру, спрямованих на зміцнення здоров'я та розвитку почуття особистої відповідальності за своє здоров'я; 3) запобігання епідемічних, ендемічних і інших захворювань. Таким чином, відповідно до положень Хартії право на охорону здоров'я передбачає активну участь людини в його реалізації і досить пасивне, пов'язане переважно з профілактичними заходами, втручання держави [144].

Отримання медичної допомоги — один із проявів реалізації права людини на життя, засіб забезпечення права на життя. Право на життя є складовим елементом права на охорону здоров'я, оскільки передбачене ст. 27 Конституції України [144].

Особисті права служать необхідною передумовою для успішного здійснення соціально-економічних і політичних прав. У сфері медичної допомоги переплетення особистих і соціальних прав виникає при: 1) вжитті заходів щодо зниження дитячої смертності та збільшення середньої тривалості життя; 2) при організації доступу до медичного лікування в тюрмах; 3) при запобіганні професійних захворювань, їх лікування та контролі [144].

Ідея забезпечення кожної людини в Україні безоплатною медичною допомогою без жодних обмежень, на основі її потреб у відновленні чи покращенні здоров'я, є радше недосяжною ідеалістичною концепцією. Сучасна медицина та фармація розвиваються стрімкими темпами, пропонуючи новітні, але водночас вкрай дорогі методи лікування та лікарські засоби. Це стосується, зокрема, сучасних технологій лікування онкологічних захворювань, гепатиту, цукрового діабету та інших хвороб, що несуть загрозу

для життя. Водночас навіть найбагатші країни світу не можуть дозволити повне державне фінансування такого лікування для всіх, хто його потребує. До того ж вартість лікування значно відрізняється від типу лікарських засобів: оригінальні препарати, що мають патентний захист, коштують значно дорожче, ніж генерики, які фактично застосовуються для надання безоплатної медичної допомоги [16].

Спроби українського уряду вийти з правової колізії, створеної роз'ясненням Конституційного Суду України від 29 травня 2002 року N 10-рп/2002 «...поняття медичної допомоги, умови запровадження медичного страхування, у тому числі державного, формування і використання добровільних медичних фондів, а також порядок надання медичних послуг, які виходять за межі медичної допомоги, на платній основі у державних і комунальних закладах охорони здоров'я та перелік таких послуг мають бути визначені законом», кожного разу стикаються зі звинуваченнями в порушенні статті 49 Конституції України. Так, за поданням Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини від 6 січня 2021 року, колегія суддів КСУ ухвалила рішення про відкриття конституційного провадження щодо відповідності Конституції України (конституційності) окремого положення законодавства. Серед них – частини п'ятої та шостої статті 16 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 року № 2801-XII, частини шостої статті 4 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII, частина четверта 29 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» від 6 квітня 2000 року № 1645-III, а також абзацу другого розділу II Закону України «Про внесення змін та визнання таких, що втратили чинність, деяких законодавчих актів України» від 28 грудня 2014 року № 76-VIII. Велика палата Суду розглядає цю справу з 4 березня 2021 року [29].

Якщо особі відмовлено в наданні безоплатної медичної допомоги без бажання медичного працівника отримати власну вигоду, то таке порушення

варто розглядати як кримінальне. Таке визначення враховує ступінь тяжкості правопорушення, а також сприяє швидшому та не такому витратному шляху розгляду державою кримінального провадження. Розмірковуючи таким чином, Робоча група з питань розвитку кримінального права Комісії з правової реформи при Президентіві України запропонувала відповідну норму в проекті Кримінального кодексу України. Згідно з цією нормою, кримінальним проступком вважається діяльність медичного працівника, який, проігнорувавши законодавство, яке забезпечує і регулює надання безоплатної медичної допомоги, вимагає від пацієнта сплати коштів (в тому числі членського, благодійного, за передачу товару) або виконання певних робіт в обмін на надання медичних послуг; вводить в оману стосовно необхідності придбання лікарських препаратів чи медичних виборів; пропонує платні медичні обстеження або направляє у відповідний заклад, в якому вони є платними [8, 29].

Медична галузь, і зокрема вища медична освіта, якнайбільше орієнтована на практичну підготовку спеціалістів. Гостра необхідність у кваліфікованому медичному персоналу особливо відчутною стала під час пандемії коронавірусної хвороби (COVID-19) та після початку повномасштабного вторгнення російських окупантів на територію України. Багато медиків, які виїхали за кордон ще до початку війни у пошуках кращої реалізації здобутих навиків та їх удосконалення, не повернулися назад. Лакуни, які утворилися через брак лікарів спричиняють виникнення низки незадоволень серед мешканців країни, адже тривале очікування консультації окремих спеціалістів є багатьом несприйнятливим явищем. Враховуючи військовий стан, усі зусилля медичних закладів України спрямовані на першочергове надання невідкладної допомоги пораненим військовим, зокрема у зонах бойових дій. Саме тому науково-освітні програми закладів вищої медичної освіти (ЗВМО) сьогодні, як ніколи раніше, повинні передбачати максимальну практичну підготовку своїх здобувачів у період навчання з можливістю апробації та впровадження новітніх медичних технологій. Такі

завдання покликані виконувати університетські клініки, які з 1998 р. почали офіційно створюватися при окремих ЗВМО, як перший етап відродження подібних установ, які існували ще наприкінці XIX – початку XX ст. Варто відмітити, що тільки після майже 20-річного вивчення досвіду роботи університетських клінік в Україні та за кордоном на державному рівні було розроблено «Типове положення про університетську клініку вищого навчального закладу (закладу післядипломної освіти)». У документі поняття УК звучить, як – установа системи охорони здоров'я, що є лікувально-навчально-науковим структурним підрозділом закладу вищої освіти (закладу післядипломної освіти).

За період діяльності УК при ЗВМО України виробилася ефективна модель їхньої співпраці, де на основі використання потужного наукового потенціалу, впровадження інноваційних розробок і технологій та системного підходу до практичного удосконалення діагностично-лікувального досвіду сформувалася важлива ланка в галузі охорони здоров'я, яка сьогодні є невід'ємною частиною госпітальних округів по областях України.

Поєднання в одній установі освітньої, наукової та лікувально-діагностичної складової зумовлює не тільки покращення засвоєння теоретичних знань і практичний вмінь і навичок спеціалістів шляхом постійного контролю та перевірки їх застосування під наглядом висококваліфікованих медичних фахівців-викладачів, а й сприяє виникненню нових наукових ідей, розробки нових концепцій із використанням новітніх технологій. Такий підхід співробітництва між закладом вищої медичної освіти та лікувально-діагностичною установою, як засвідчує власна та світова практика, є чи не одним з найкращих моделей забезпечення населення країни програмою медичних гарантій із можливістю надання третинної (високоспеціалізованої) і вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги населенню за міжнародними стандартами. Як зазначають наукові дослідники, які займаються вивченням механізмів удосконалення вищої медичної освіти – О.С. Іваницька, І.О. Іваницький, Д.С. Аветіков та ін. – «... Головною

перевагою використання УК як клінічної бази освітнього закладу є можливість якнайширшої інтеграції освітньої, лікувальної та наукової роботи викладачів у діяльність високоспеціалізованої медичної установи» [14, 38, 39].

Університетські клініки сьогодні широко використовуються для підвищення кваліфікації медичних працівників. На їхній базі традиційним є проведення спеціалізованих курсів за клінічними напрямками, всеукраїнських та міжнародних мультидисциплінарних зібрань, відеоконференцій та проблемних наукових диспутів. Наявність сучасних систем відеоспостереження дає можливість студентам бути споглядачами надскладних хірургічних втручань, переймаючи досвід «світил» медичної науки і практики, а також спостерігати за станом пацієнтів і вчасно реагувати на зміни в життєво-важливих показниках здоров'я. Крім того, удосконалювати свою професійну компетентність студенти мають змогу під час асистування лікарям. Забезпечення УК новітнім обладнанням зумовлює вдосконалення техніки здійснення лікувальних маніпуляцій пацієнтам з мінімальними ризиками і побічними ефектами.

На превеликий жаль, вищеописаний досвід діяльності університетських клінік в Україні на сьогоднішній день існує не у кожного закладу вищої медичної освіти. Тільки 10 ЗВМО мають можливість у власній клінічній базі впроваджувати найновіші технології та інтелектуальні досягнення, відпрацьовані найкращими спеціалістами лікувальної професії, одночасно з навчальним процесом. Відчувається необхідність законодавчого підтвердження обов'язкової необхідності наявності при кожному вищому закладі медичної освіти університетської клініки.

Висновки до першого розділу

1. Здійснено аналіз наукових джерел, що розкривають результати вітчизняних і зарубіжних досліджень з історії університетських клінік, їх основні проблеми розвитку за кордоном і в Україні.

2. Виявлено, що УК мають тисячолітню історію. В Європі академічні медичні центри стали виникати за часів Середньовіччя та Ренесансу. В даний час закордонні університетські клініки діють за двома моделями: кооперація університету та клініки; інтеграція клініки до складу університету. В 30-і рр. XX століття всі університетські клініки України були передані в медичні інститути, а клінічні бази перетворені в обласні, республіканські та всесоюзні лікарні або спеціалізовані центри. Відродження університетських клінік в Україні розпочалося на початку XXI ст. 1 січня 2004 року відповідно до розпорядження Кабінету Міністрів України вперше в країні було створено Університетську клініку як підрозділ Одеського державного медичного університету. Наразі в Україні діють 10 УК.

3. Досліджено, що в УК України необхідно створення інтегрованого середовища для формування спільної реалізації основних напрямів діяльності (освітньої, наукової, клінічної), про це свідчить міжнародний досвід.

4. Обґрунтована необхідність розвитку зв'язків УК із зарубіжними УК, розвитку наукових досліджень з урахуванням світових досягнень.

5. З'ясовано, що потрібно забезпечити економічну стійкість УК.

6. Дійшли висновку, що для розвитку УК в Україні необхідно створити державну концепцію розвитку УК та розробити концептуальну сучасну модель УК.

Результати досліджень, наведені в даному розділі, висвітлені в наступних наукових публікаціях:

1. Вознюк В, Красюк С. Організація і діяльність університетських клінік: минуле і сьогодення. УНММЖ. 2022;4(134):44-52.
DOI: [https://doi.org/10.32345/USMYJ.4\(134\).2022.44-52](https://doi.org/10.32345/USMYJ.4(134).2022.44-52)

РОЗДІЛ 2

ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ, МЕТОДИ І ОБСЯГИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Загальна характеристика програми і методів дослідження

Виконання дослідження здійснювалось за спеціально розробленою у відповідності до мети та завдань програмою, яка представлена на рисунку 2.1.

Мета дослідження: здійснити медико-соціальний аналіз сучасних проблем організації університетських клінік за кордоном та в Україні, науково обґрунтувати та розробити сучасну концептуальну модель УК.

Для досягнення даної мети були поставлені наступні завдання:

1. Здійснити системно-історичний аналіз світових та вітчизняних наукових джерел щодо організації університетських клінік за кордоном та в Україні.

2. Провести комплексний аналіз стану громадського здоров'я у м. Києві за 2014-2023 роки.

3. Вивчити сучасний стан організації роботи УК, дати оцінку діяльності УК за матеріалами анкетування пацієнтів, лікарів, студентів та за методикою SWOT-аналізу та експертної оцінки.

4. Науково обґрунтувати концептуальні напрями розвитку університетських клінік України.

5. Науково обґрунтувати та розробити концептуальну функціонально-організаційну модель університетської клініки.

6. Провести експертну оцінку розробленої концептуальної функціонально-організаційної моделі університетської клініки.

Для вирішення поставлених у дослідженні завдань використані відповідні методи (Рис. 2.1):

- *системний підхід та системний аналіз* – для обґрунтування концептуальних напрямів розвитку УК та концептуальної функціонально-організаційної сучасної моделі університетської клініки України;

- *бібліосемантичний* – для аналізу світових та вітчизняних наукових джерел щодо розвитку систем УК за кордоном та в Україні;
- *медико-статистичний* – для комплексного аналізу стану громадського здоров'я у м. Києві за 2014-2023 роки, визначення обсягу спостережень у соціологічних та експертних дослідженнях, а також статистичного узагальнення та оцінки достовірності їх результатів;
- *соціологічний* – для вивчення ставлення пацієнтів, студентів та лікарів про сучасний стан організації роботи УК;
- *концептуального моделювання* – для розробки інноваційної концептуальної функціонально-організаційної моделі університетської клініки;
- *експертних оцінок* – для одержання експертної оцінки потенційної ефективності розробленої концептуальної функціонально-організаційної моделі університетської клініки;
- *SWOT-аналіз* – для оцінки сильних і слабких сторін діяльності УК НМУ імені О.О. Богомольця з метою визначення основних напрямів її подальшого розвитку та потенційних ризиків.

Наукові бази дослідження: мережа УК України. Університетська клініка НМУ імені О.О. Богомольця. Дослідження охопило період 2021-2025 років.

Об'єкт дослідження – система УК у світі, в Україні та її регіонах.

Предмет дослідження – законодавчі, адміністративно-правові, організаційні аспекти регулювання проблем УК в Україні. Стан громадського здоров'я у м. Києві за 2014-2023 роки. Ставлення пацієнтів, студентів та лікарів до роботи УК. Сучасні медико-соціальні проблеми в Україні, які перешкоджають розвитку УК. Концептуальні напрями розвитку регіональної системи УК. Сучасні тенденції та регіональні особливості УК в Україні. Медико-організаційні технології розроблення моделі УК.

Програма дослідження передбачала його виконання у шість послідовних етапів, на кожному з яких вирішувались певні завдання, а одержані результати ставали основою для реалізації наступних етапів.

На першому етапі дослідження проведено системний аналіз даних вітчизняної та зарубіжної літератури щодо питань розвитку систем УК.

На підставі бібліосемантичного аналізу 192 наукових джерел (том числі 46 англомовних) визначені теоретико-методологічні основи розвитку системи трансплантації органів за кордоном. Матеріали даного етапу дослідження використані у подальшому для наукового обґрунтування концептуальної моделі організації трансплантації органів у регіонах України.

Відбір наукової інформації для аналізу здійснений із використанням ресурсів Інтернету (база даних «Pubmed»), посилань у мережі Інтернет з використанням пошукової системи Google [102].

Проведений аналіз надав можливість критично оцінити існуючу систему університетських кліник у регіонах України, визначити основні питання, які підлягали подальшому науковому дослідженню.

На другому етапі здійснено аналіз нормативно-правового регулювання сфери організації системи УК в Україні, а саме Законів України, постанов КМУ, наказів МОЗ України та МОН України.

На третьому етапі здійснено комплексний аналіз стану здоров'я населення м. Києва та виявлені основні тенденції та виклики громадському здоров'ю у столиці.

Комплексний аналіз стану здоров'я населення м. Києва виконаний із використанням статистичного та епідеміологічного методів на підставі усіх доступних джерел медико-статистичної інформації для оцінки: медико-демографічної ситуації; захворюваності та поширеності хвороб; первинної інвалідності. У дослідженні використані статистичні довідники Міського інформаційно-аналітичного центру медичної статистики м. Києва за 2014-2023 рр. та форми державної та галузевої звітності зведені по м. Києву та оприлюднені на сайті Центру.

Аналіз захворюваності, поширеності та інвалідності здійснений за статистичними даними узагальненими на підставі звітів закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) Департаменту охорони здоров'я (ДОЗ) виконавчого органу Київської міської ради у динаміці за 2014-2023 рр.

Медико-демографічні показники проаналізовані за короткий період: з 2014 по 2021 р. включно, у зв'язку з тим, що на час дії воєнного стану або стану війни, а також протягом трьох місяців після його завершення органи державної статистики призупиняють оприлюднення статистичної інформації.

Аналіз захворюваності здійснений на підставі форми 12/о державної статистичної звітності «Звіт про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають у районі обслуговування лікувально-профілактичного закладу» за 2014-2018рр., після відміни її на державному рівні у 2018 році, збір і узагальнення статистичних даних у м. Києві з 2019-2023 рр. продовжився у вигляді форми ДОЗ «Оперативна інформація про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають у районі обслуговування лікувально-профілактичного закладу», на відміну від інших регіонів. Матеріали даної форми дозволили проаналізувати абсолютну кількість захворювань, рівні та структуру первинної захворюваності (захворюваності) та поширеності хвороб за всіма хворобами, у розрізі основних класів (за МКХ-10) та нозологічних груп захворювань, а також визначити індекс накопичення (хронізації) захворювань та показник повноти охоплення диспансерним спостереженням.

Аналіз рівнів та структури первинної захворюваності на злоякісні новоутворення (ЗН) виконаний у розрізі основних локалізацій ЗН за формою державної статистичної звітності № 7 «Звіт про захворювання на злоякісні новоутворення», а про контингенти хворих на кінець року, кількість та відносну частку хворих з вперше у житті виявленим ЗН на профоглядах, розподіл хворих з вперше встановленим діагнозом за стадією захворювання здійснено за матеріалами форми галузевої статистичної звітності № 35 «Звіт про хворих на злоякісні новоутворення».

Форма державної статистичної звітності № 14 «Звіт про причини інвалідності, показання до медичної, професійної і соціальної реабілітації», використана для аналізу рівнів та структури причин первинної інвалідності населення працездатного віку та дорослого населення.

Аналіз рівнів та структури первинної та загальної інвалідності дітей у віці 0-17 років виконано за матеріалами форми державної статистичної звітності № 19 «Звіт про дітей-інвалідів віком до 16 років, які проживають у районі обслуговування лікувально-профілактичного закладу, будинку дитини або інтернатному закладі».

Динамічний аналіз абсолютних даних та інтенсивних показників здійснювався із використанням показників абсолютного приросту (Апр) та темпу приросту (Тпр). Вирівнювання динамічних рядів для визначення тенденцій показників здоров'я виконувалось за методом найменших квадратів.

Для статистичного аналізу застосовані статистичні пакети Excel Microsoft 10.0, Statistica 8.0., MedStat v5.1.

Результати виконання даного етапу дослідження дозволили встановити сучасні тенденції та виклики громадському здоров'я у м. Києві, а також виявити проблеми, котрі можуть бути вирішені за рахунок удосконалення організації системи охорони здоров'я у столиці, в т. ч. її амбулаторної ланки.

На четвертому етапі одержана характеристика організації діяльності УК в Україні за матеріалами соціологічного опитування. За спеціально розробленими анкетами (Додатки В, Г, Д) опитано 409 пацієнтів, 101 лікаря та 407 студентів. Результати соціологічного дослідження дозволили на даному етапі дослідження одержати комплексну та різнобічну характеристику стану та проблем організації діяльності системи УК в Україні, а також визначити основні перспективні напрямки її удосконалення. Також були проведені експертна оцінка 20 експертами діяльності існуючої УК та SWOT-аналіз.

На п'ятому етапі дослідження науково обґрунтовано концептуальні напрями розвитку системи УК України. До основних концептуальних напрямів, що формують модель УК, можна віднести такі:

1. Визначення головної мети моделювання: інтеграція баз освіти, науки та клінічної практики з міждисциплінарною їх кооперацією.
2. Кооперація між клінічною та теоретичною медициною, дотримання державних інтересів у розвитку медичної науки та впровадження нових медичних технологій у практику.
3. Інтеграція всередині клінічної бази первинної, вторинної та третинної медичної допомоги за допомогою телемедицини, цифрових технологій, державної системи електронної історії хвороби тощо.
4. Системний підхід при обґрунтуванні моделі організаційно-технічних, економічних, юридичних управлінських, фінансово-економічних, кадрових процесів.
5. Надання концептуальній функціонально-організаційній моделі УК права юридично самостійного суб'єкта та забезпечення моделі багатоканальним фінансуванням.
6. Використовувати методи економіки як науки про правильне використання ресурсів при визначенні реальної потреби в матеріально-технічних, фінансових та кадрових ресурсах моделі.
7. Розробка організаційно-методичного та інформаційного супроводу діяльності служб моделі УК.
8. Розробка ефективної системи управління на основі стандартизації, ліцензування та сертифікації, технології управління якістю медичних послуг.
9. Передбачити безперервне вдосконалення професійної підготовки та підвищення кваліфікації керівних кадрів та медичного персоналу.
10. Розробка на базі університетської клініки програми підготовки медичних кадрів за участю фахівців з різних галузей науки та практики – економістів, менеджерів, програмістів, психологів та ін.

11. Моніторинг та аналіз світової наукової діяльності УК та їх розробок. Розвиток неформальних взаємозв'язків з УК Заходу та США, орієнтованих на отримання нових знань, рекомендацій т. п.

На шостому етапі науково обґрунтовані розроблено концептуальну функціонально-організаційну модель УК та її механізм управління. Проведена експертна оцінка розробленої моделі 20 експертами (з них 2 докторів мед. наук, 4 канд. мед. наук, 14 лікарів вищої категорії).

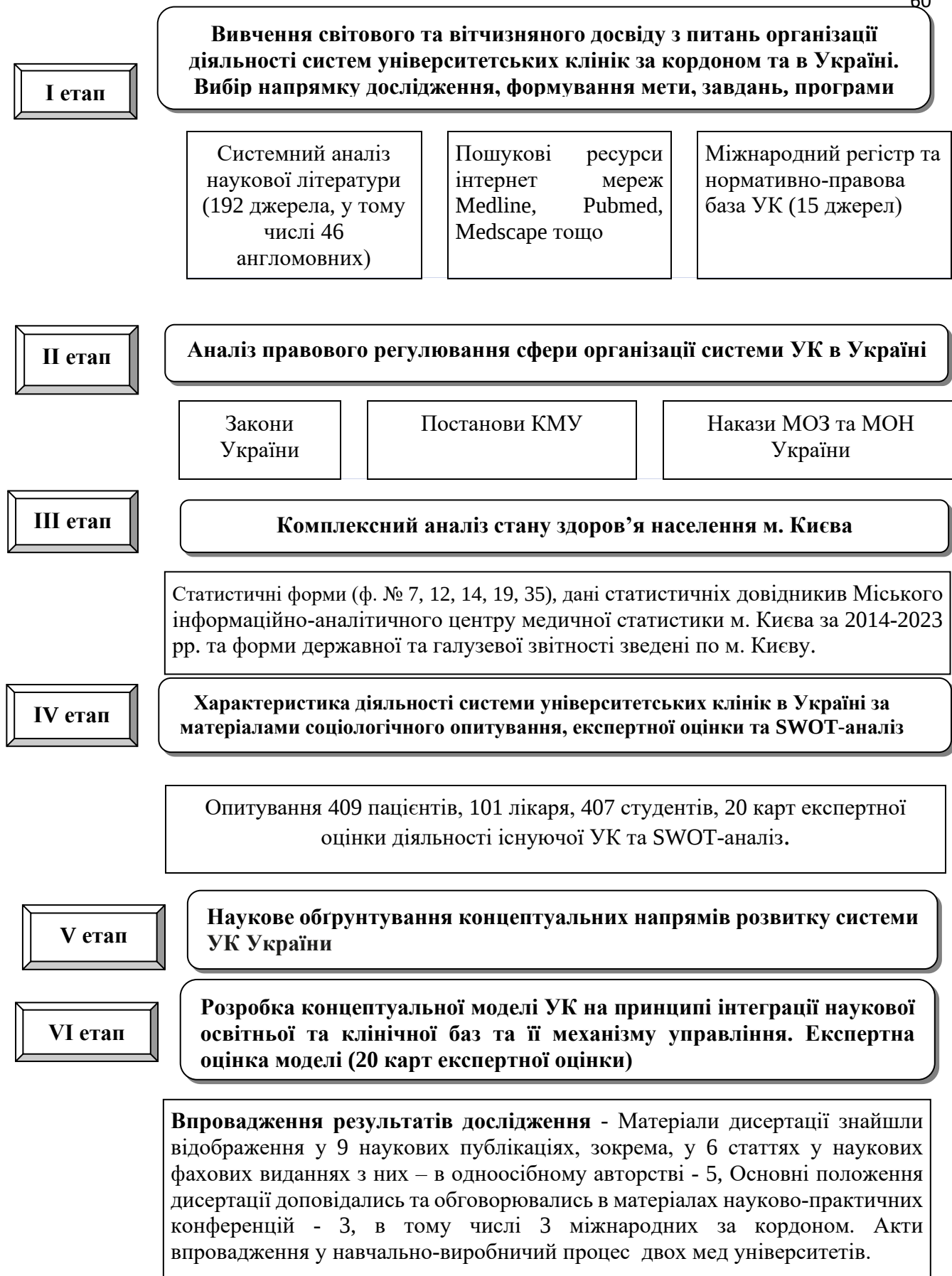


Рис. 2.1 — Програма, матеріали та обсяги дослідження

МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

7 Експертних оцінок

Методи дослідження	Етапи дослідження
1. Системного підходу та аналізу	I–V
2. Бібліосемантичний	I-III
3. Статистичний	III-IV
4. Соціологічний	III
5. Епідеміологічний	IV
6. Моделювання	V
7. Експертних оцінок	III -V

Рис. 2.2 — Методичний апарат дослідження

Нами проведено анкетне опитування метою якого було дослідження стану організації діяльності університетської клініки НМУ імені О.О. Богомольця серед пацієнтів УК, лікарів, як експертів та студентів НМУ.

Ціль анкетного опитування пацієнтів – визначити їхнє ставлення до діяльності УК. Ціль анкетне опитування лікарів та студентів визначення існуючих проблем в організації системи УК для обґрунтування можливостей їх подолання.

Основний метод дослідження – **анкетне опитування**, використовувався таким чином, щоб дані, які отримували з анкет для пацієнтів та лікарів, взаємно доповнювались. Це дало можливість подивитись на одні й ті ж самі проблеми «очима» різних груп респондентів.

Програми спостереження (анкети) для проведення соціологічного дослідження (наведені у додатках В, Г і Д) розроблені особисто автором та розглянуті та схвалені комісією з питань етики Національного медичного університету імені О. О. Богомольця.

Для розрахунку необхідної чисельності одиниць спостереження для формування кількісно репрезентативних вибірок використана формула

(2.1)

$$n = \frac{t^2 P(1 - P) N}{N \Delta^2 + t^2 P(1 - p)}$$

де n – обсяг вибіркової сукупності;

p – значення відносного показника, що вивчається;

q - альтернативний показник $= 1 - p$;

t - критерій достовірності;

Δ - гранично припустима похибка;

N - обсяг генеральної сукупності.

Для опитування пацієнтів була сформована репрезентативна вибірка, у якості генеральної сукупності для якої розглядались пацієнти УК, що пройшли лікування в УК протягом року.

Для опитування пацієнтів також була сформована репрезентативна вибірка, у якості генеральної сукупності для якої розглядались 10 973 осіб, які обслуговувалися університетською клінікою.

$$n = \frac{2^2 * 0,5 (1-0,5) 10973}{10973 * 0,05^2 + 2^2 * 0,5(1-0,5)} \approx 386$$

Підставивши до формули 2.1. значення параметрів ($N=10973$, $p=0.5$; $t=2.0$; $\Delta=0.05$), одержали, що обсяг вибірки мав складати 386 пацієнтів. Фактично нами було опитано 409 пацієнтів.

Вибіркова сукупність пацієнтів для медико- соціологічного дослідження формувалась за допомогою методу механічного добору.

Участь респондентів у опитуванні була анонімною та добровільною, що підтверджується наданням ними інформаційної згоди на участь у дослідженні.

Фактично пацієнтам нами було роздано 430 анкет, з яких 409 було повернуто і використано для подальшої розробки. Показник повернення анкет склав 95,1 %.

Було проведено медико-соціологічне дослідження на базі УК серед лікарів. Лікарі розглядалися як експерти, що знають об'єкт дослідження з середини. Тому анкетування проводилося не за формулою та охоплено сукупність – 101 лікаря.

Також було проведено медико-соціологічне дослідження серед студентів. Для опитування студентів була сформована репрезентативна вибірка, у якості генеральної сукупності для якої розглядались 1854 студентів шостого курсу Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, які навчалися на базі університетської клініки протягом трьох навчальних років.

$$n = \frac{2^2 * 0,5 (1-0,5) 1854}{1854 * 0,05^2 + 2^2 * 0,5 (1-0,5)} \approx 329$$

Підставивши до формули 2.1. значення параметрів ($N=1854$, $p=0,5$; $t=2.0$; $\Delta=0.05$), одержали, що обсяг вибірки мав складати 329 студента. Фактично нами було опитано 407 студентів.

Статистична обробка матеріалів медико- соціологічного дослідження передбачала використання методів статистичного групування, табличного зведення, аналізу абсолютних і відносних рядів розподілу, оцінку статистичної достовірності відмінностей результатів соціологічного опитування респондентів.

Методика та джерела інформації для комплексного аналізу стану здоров'я населення м. Києва

Аналіз захворюваності, поширеності та інвалідності здійснений за статистичними даними узагальненими на підставі звітів закладів охорони

здоров'я (ЗОЗ) системи Департаменту охорони здоров'я (ДОЗ) виконавчого органу Київської міської ради у динаміці за 2014-2023 рр.

Медико-демографічні показники проаналізовані за короткий період: з 2014 по 2021 р. включно, у зв'язку з тим, що на час дії воєнного стану або стану війни, а також протягом трьох місяців після його завершення органи державної статистики призупиняють оприлюднення статистичної інформації.

Для статистичного аналізу застосовані статистичні пакети Excel Microsoft 10.0 та Statistica 8.0.

Результати виконання даного етапу дослідження дозволили встановити сучасні тенденції та виклики громадському здоров'я у м. Києві, а також виявити проблеми, котрі можуть бути вирішені за рахунок удосконалення організації системи охорони здоров'я у столиці, в т.ч. її амбулаторної ланки.

Науково-методичне забезпечення формування концептуальних напрямів розвитку системи УК

Концептуальні напрями розвитку системи розвитку університетських клінік України обґрунтовувалися на підставі методології системного підходу і системного аналізу із використанням інформаційно-аналітичного методу. На основі аналізу проблем університетських клінік України та визначені основних напрямів їх удосконалення.

Інформаційною базою для формулювання концептуальних напрямів виступили наукові праці з проблеми, що розглядається, нормативні документи, а також результати власних досліджень, у ході яких була отримана комплексна медико-соціальна характеристика стану та динаміки університетської клініки НМУ імені О.О. Богомольця, враховано дані соціологічного дослідження пацієнтів, лікарів та студентів, безпосередніх учасників виробничого процесу УК їхню думку про роботу УК.

Для формування концептуальних напрямів розвитку системи УК необхідно було визначити мету та завдання які будуть притаманні концептуальній УК.

Мета діяльності концептуальної УК – реалізація завдань УК щодо підготовки кваліфікованих кадрів для національної системи охорони здоров'я, які володіють стійкими практичними навичками та сучасними медичними технологіями, на **основі інтеграції** освіти, науки та практики.

Завдання, які має виконувати концептуальна УК:

- Надання медичних послуг широкого профілю за допомогою участі професорсько-викладацького складу УК, медичного персоналу та тих, хто навчається в лікувальному процесі, впровадження нових методів діагностики та лікування, медичної реабілітації та профілактики.
- Створення необхідних умов для реалізації програм вищої, після дипломної та додаткової медичної освіти, реалізованих УК, а також підвищення кваліфікації та перепідготовки працівників УК.
- Здійснення спільно з кафедрами та науковими підрозділами УК науково-дослідної діяльності у галузі охорони здоров'я.
- Забезпечення якості медичних послуг світового рівня через інтегрований пацієнт – орієнтований багатопрофільний та доказовий підхід;
- Активна участь у розробці та впровадженні медичних стандартів, клінічних протоколів та посібників;
- Ефективна співпраця з освітніми та науковими підрозділами УК з метою задоволення клінічних та параклінічних вимог навчального процесу;
- Реалізація основних завдань навчального, лікувального та наукового процесів відповідно до вимог законодавства України.

Основними методами, на яких базується концептуальні напрямки, стали: нормативний, статистичний, концептуальне моделювання, теорія наукового управління, аналіз зовнішніх умов розвитку мережі УК за кордоном.

Для обґрунтування концептуальних напрямів визначалася організаційна структура УК України, потенціал механізмів управління: методи, функції, принципи управління.

Науково-методичною базою для обґрунтування концептуальних напрямів у дослідженні були:

- системний, структурно-функціональний, комплексний підходи;
- поглиблений аналіз офіційних УК МОЗ України.

Системний підхід є одним із потужних засобів аналізу складних систем, якою є система управління УК. Застосування системного підходу передбачає два важливі етапи:

- а) аналіз становища, в якому перебуває організація та вибір моделі УК;
- б) вибір найбільш доречної моделі управління УК.

Наукове обґрунтування та розробка концептуальної функціонально-організаційної моделі університетської клініки.

У всьому світі формуванню УК базується на науковій парадигмі – системному об'єднанні медичного ЗВО з науковими організаціями та організаціями охорони здоров'я для спільного використання ресурсів, покращення якості медичних послуг шляхом **інтеграції** освіти, досліджень та клінічної практики. На міждисциплінарній співпраці та кооперації створюється **інтегрований** академічний медичний центр — УК з сучасними технологіями.

При розробці концептуальної моделі УК у методологічному аспекті спочатку вивчалася базова організація чинних структур УК, визначалися стратегічні напрями розвитку УК, рівень інновацій. Проводився вибір оптимального варіанта функціонально-організаційної моделі УК, розробка організаційного та інформаційного супроводу її діяльності. Потім оформлювався рівень основної діяльності інноваційного УК. Визначалися потрібні кадри та їх кваліфікація. Джерела фінансування та матеріальне забезпечення УК.

Систему використаних методів доповнили наступні:

Метод «мозкового штурму» – використовувався як метод використання творчого мислення для формування нових ідей та їх вирішення для розвитку концептуальної моделі.

Метод аналітичного моделювання. Метод був необхідний для аналізу

робота кожної бази моделі (клінічної, наукової, освітньої), описи їх у вигляді аналітичного виразу, що відповідає розв'язуваній задачі.

Метод сценарного моделювання. Метод сценарного моделювання застосовувався при побудові «дерева цілей» для правильного і точного формулювання окремих цілей і під цілей моделі.

Метод «Дельфі» був незамінним при аналізі думки експертів з метою виявлення домінуючих експертних суджень фахівців. Він виключав прямі дебати і дозволив експертам оцінювати свої судження з урахуванням відповідей і аргументів колег. Використання методу «Дельфі» дозволило реалізувати через зворотні зв'язки думок системний підхід до колективного мислення та виключити випадкові впливи психологічних факторів.

Ми також виділяємо два організаційно-методичні напрямки, що формують систему менеджменту якості в УК.

Організаційно-економічний напрямок обґрунтовує впровадження економічних принципів і методів управління, інноваційного механізму фінансування, добір професійних кадрів, орієнтованих на пацієнта.

Виробничий організаційно-методичний напрямок має на меті оптимізацію процесу виробництва якісних медичних послуг у ЗОЗ. Він потребує розробки організаційно-методичного забезпечення, що формує ефективний процес управління якістю у ЗОЗ на принципах ДПП, і має надавати систему цільових індикаторів управління та методику їхнього оцінювання.

Управління концептуальною моделлю УК

Удосконалення управління моделі УК базується на чітко визначеній і сформульованих трьох методичних підходах – процесному, системному та ситуаційному.

Технологія процесного підходу передбачає реалізацію наступних етапів процесу управління:

- 1) цілепокладання – напрацювання мети, її кількісний і якісний опис;
- 2) визначення ситуації як стану керованої системи відносно мети;

3) розпізнавання проблеми.

4) прийняття рішення.

Системний підхід базується на загальній теорії систем.

За допомогою системного підходу забезпечується:

- виявлення складу системи – поділ системи на підсистеми та елементи, що складають її;
- виявлення структури системи – зав'язків між системами та елементами з визначенням характеру та властивостей цих зав'язків.

Ситуаційний підхід безпосередньо пов'язаний із системним та процесним підходами і розширює їхнє застосування на практиці.

За допомогою ситуаційного підходу проводилася орієнтація управління всередині УК на сукупність різних за своєю природою впливів, які характеризують певну ситуацію.

На стадії аналізу ситуації аналізуються різні змінні – чинники зовнішнього і внутрішнього середовища: стан ринку, технології, що використовуються, стиль керування, цілі організації, а також зв'язки між цими чинниками.

Ситуаційний підхід дозволяє, разом із системним підходом, який надає цілісне уявлення про об'єкт управління та його функціонування у зовнішньому середовищі, здійснювати ефективне планування управління конкретною управлінською ситуацією.

На будь-якому рівні процесу управління моделлю, починаючи з формування її стратегії, концепції застосовується цикл Демінга-Шухарта [100].

Цикл складається з чотирьох етапів:

Планування управління - визначення проблеми, формулювання мети, «мозковий штурм», аналіз ефективності планування.

Дія - розробка етапів управління за планом та певним значенням.

Перевірка - аналіз отриманих результатів їх відповідності кінцевої мети.

Рішення - узагальнення результатів та розробка стандарту процедур прийняття рішення

Менеджмент, як ми бачимо, породжує жорстку організаційну структуру.

Місія управління – допомогти на основі процесів вибудувати горизонтальні відносини в системі, максимально стерти бар'єри між підрозділами, усунути всі перешкоди, які запроваджує ієрархія, давати повноваження тим людям, які цілком професійно можуть їх виконувати.

Висновки до другого розділу

Розроблено програму дослідження та обрано методичний інструментарій, які спрямовані на вирішення поставлених завдань, отримання достовірних результатів, які стануть основою наукового обґрунтування напрямів удосконалення УК, розроблення концептуальної функціонально-організаційної моделі УК та її механізмів управління.

РОЗДІЛ 3

СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ М. КИЄВА: СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ ТА ВИКЛИКИ

Збереження здоров'я населення становить основну мету діяльності системи охорони здоров'я в цілому та кожного її закладу. Моніторинг і оцінка стану здоров'я населення є обов'язковою складовою інформаційного забезпечення управлінської діяльності у сфері охорони здоров'я. Матеріали про стан здоров'я населення необхідні для планування роботи закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), наукового обґрунтування шляхів удосконалення їх діяльності, розробки оптимізованих функціонально-організаційних моделей ЗОЗ, а також оцінки їх ефективності.

Моніторинг та оцінка стану здоров'я здійснюється на підставі комплексного динамічного аналізу медико-демографічної інформації, а також матеріалів про захворюваність та інвалідність населення.

У даному розділі представлені результати аналізу захворюваності, поширеності хвороб та інвалідності населення м. Києва у динаміці за 2014-2023 рр. Даний аналіз здійснено за статистичними даними узагальненими на підставі звітів закладів охорони здоров'я системи Департаменту охорони здоров'я (ДОЗ) виконавчого органу Київської міської ради та представленими у статистичних довідниках Міського інформаційно-аналітичного центру медичної статистики м. Києва [84, 93].

Характеристика медико-демографічної ситуації у м. Києві наведена за коротший період: з 2014 по 2021 р. включно, у зв'язку з тим, що на час дії воєнного стану або стану війни, а також протягом трьох місяців після його завершення органи державної статистики призупиняють оприлюднення статистичної інформації.

3.1. Характеристика медико-демографічної ситуації у м. Києві

За даними органів статистики, чисельність постійного населення м. Києва станом на 1 січня 2021 р. становила 2,9 млн. осіб. Динамічний аналіз засвідчив, що чисельність постійного населення у столиці впродовж 2014-2020 років щороку поступово зростала за рахунок міграції і природного приросту (який був позитивним до 2018 р. включно). У 2021 р. (у розпал епідемії COVID-19 в Україні) чисельність постійного населення у м Києві скоротилась на 5180 осіб, порівняно із 2020 р. Загалом, за весь період спостереження, кількість постійного населення столиці зросла на 3,3% (на 93,5 тис. осіб) (Табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Характеристика чисельності та розподілу постійного населення м. Києва за віковими групами станом на 1 січня, 2014-2021 рр.

Роки	Усього		У вікових групах					
			0-17 років		18-59 років		60 і старші	
	осіб	%	Осіб	%	Осіб	%	Осіб	%
2014	2827400	100	430300	15,2	1850768	65,5	546279	19,3
2015	2846700	100	447600	15,7	1836345	64,5	562743	19,8
2016	2865300	100	465900	16,3	1823786	63,6	575620	20,1
2017	2884454	100	482876	16,7	1811794	62,8	589783	20,5
2018	2893215	100	497272	17,2	1794763	62,0	601180	20,8
2019	2909512	100	508450	17,5	1786954	61,4	614108	21,1
2020	2926053	100	514552	17,6	1784633	61,0	626868	21,4
2021	2920873	100	514140	17,6	1769832	60,6	636901	21,8
Абс. приріст 2021/2014	93473		83840	2,4	-80936	-4,9	90622	2,5
Темп приросту (у %) 2021/2014	3,3		19,5	15,8	-4,4	-7,5	16,6	13,0

За віковим складом населення м. Києва є надзвичайно демографічно старим, так як частка осіб старше 60 років у столиці перевищує 21,0 % (21,8 % у 2021 р.). Впродовж періоду спостереження зросла як абсолютна чисельність осіб даної вікової групи, так і її відносна частка.

Несприятливою у столиці є динаміка чисельності населення у віці 18-59 років, кількість якого щороку зменшувалась і за 8 років скоротилась на 80,9 тисяч осіб. Чисельність вікової групи 0-17 років за цей же період зросла на 83,8 тисяч.

Зазначені зміни у чисельності та складі населення м. Києва призвели до зростання демографічного навантаження на 100 осіб у віці 18-59 років із 52,7 до 65,0.

Протягом досліджуваного періоду відбулись негативні зміни у показниках природного руху населення м. Києва. Загальний показник народжуваності, який був низьким, але заходився практично на незмінному рівні впродовж 2014-2017 рр., починаючи із 2018 р. набув низхідного тренду, а з 2019 р. став нижчим за загальний показник смертності.

Для загального показника смертності була притаманна зворотна тенденція, з 2018 року він почав поступово зростати, а у 2021 р. внаслідок епідемії COVID-19, стрімко підвищився до рівня (15,3 ‰), який перевищив вихідний показник 2014 р. у 1,5 рази.

Зазначена динаміка загальних показників народжуваності та смертності обумовила формування негативного природного приросту, який досягнув у 2021 році значення -5,3 ‰.

Велике науково-практичне значення для обґрунтування можливостей збереження громадського здоров'я та запобігання передчасній смертності населення має аналіз її причин.

У структурі причин смерті населення м. Києва у 2021 р., як і у попередні роки, домінували ХСК (із питомою вагою 53,9 %), 16,9 % смертей обумовив COVID-19, 11,9 % — новоутворення, 3,3 % — хвороби органів травлення, 3,0 % — травми, 1,9 % — хвороби органів дихання (Рис. 3.1).

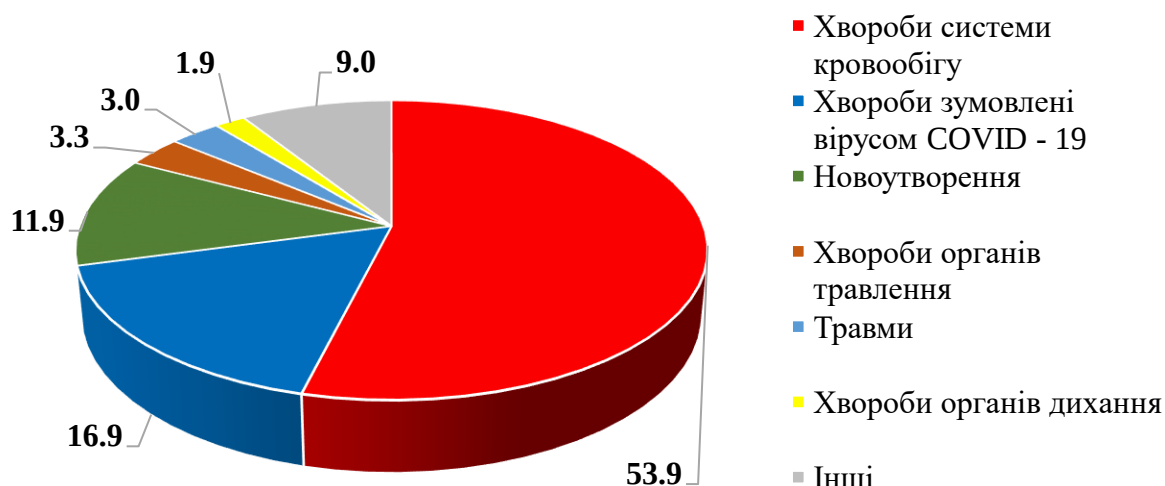


Рис. 3.1 — Структура причин смерті населення, м. Київ, 2021 р., (%)

Слід відмітити, що епідемія COVID-19 суттєво трансформувала структуру причин смерті киян. У доковідний період, зокрема у 2019 р., питома вага ХСК була суттєво більшою (64,2 %), новоутворення обіймали друге місце із питомою вагою 17,4 %, наступні рейтингові позиції належали хворобам органам травлення (4,5 %), травмам (4,4 %), хворобам органів дихання (2,6 %).

Аналіз динаміки рівнів смертності у розрізі її основних причин, засвідчив, що впродовж 2014-2021 рр. відбулось зниження частоти смертності лише за такими екзогенними причинами, як інфекційні захворювання (без врахування COVID-19), на 24,3 %, від туберкульозу – на 54,7 %) та травми і зовнішні причини смерті (на 23,1 %) (Табл. 3.2).

Новим викликом для громадського здоров'я стала епідемія COVID-19, яка за 2 роки (2020 та 2021 рр.) забрала життя 9986 жителів столиці.

Несприятливі динамічні тренди виявлені для рівнів смертності практично від усіх груп неінфекційних захворювань, які продовжують домінувати у структурі причин смерті.

Таблиця 3.2

Смертність населення у розрізі основних причин, м. Київ, 2014–2021 рр.

(Рівні на 100 000 населення)

Причина смерті	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Динаміка показника 2021/2014		Україна 2021
									АПр	ТПр, %	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Усього	1057,2	1068,8	1054,7	1050,2	1010,7	1135,7	1234,5	1550,9	493,7	46,7	1801,3
Інфекційні та паразитарні хвороби	17,7	17,5	16,3	17,5	17,3	16,6	15,4	13,4	-4,3	-24,3	16,5
У т.ч. туберкульоз	7,5	5,8	5,6	5,1	4,7	4,9	4,1	3,4	-4,1	-54,7	7,5
Злоякісні новоутворення	184,9	190,5	181,8	184,8	190,4	197,7	191,8	183,5	-1,4	-0,8	193,1
Хвороби ендокринної системи та розладів живлення	5,2	5,3	5,1	5,7	6,0	4,6	5,4	6,1	0,9	17,3	5,9
У т.ч. цукровий діабет	4,6	4,7	4,6	5,4	5,4	4,2	4,9	5,8	1,2	25,2	5,4
Хвороби нервової системи	3,6	4,1	4,8	4,1	4,0	4,8	4,1	4,9	1,3	36,4	11,4
Хвороби системи кровообігу	685,2	688,5	674,4	676,5	704,1	728,6	758,3	835,2	150,0	21,9	1114,8
У т.ч. ішемічна хвороба серця	540,7	540,4	527,0	530,4	552,2	572,2	609,5	669,5	128,8	23,8	788,8
інфаркт міокарду	36,7	37,4	36,4	36,8	37,8	40,9	41,5	43,3	6,6	18,0	28,2
цереброваскулярні хвороби	116,9	119,6	118,0	116,9	118,0	118,2	114,7	128,4	11,5	9,8	199,0
Інсульти	88,0	88,2	86,1	83,6	85,7	86,9	86,4	101,9	13,9	15,8	94,6
Хвороби органів дихання	19,3	21,9	25,4	22,3	25,6	29,0	28,6	59,0	39,7	205,7	66,9
У т.ч. пневмонії та грип	12,4	16,2	19,3	17,2	19,6	22,6	24,4	53,3	40,9	329,8	53,0
Хвороби органів травлення	48,5	48,8	46,1	50,3	55,1	51,1	51,6	56,6	8,1	16,7	64,2

Продовження таблиці 3.2

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Хвороби сечостатевої системи	6,7	8,4	6,9	8,1	9,4	7,5	7,4	7,9	1,2	17,9	6,8
Травми та отруєння	61,9	53,0	51,7	53,4	52,1	49,7	44,2	47,	-14,3	-23,1	76,1
Хвороби зумовлені вірусом COVID - 19	-	-	-	-	-	-	80,4	263,7	-	-	225,8

Зокрема, тенденція до зростання смертності від ХСК намітилась ще у 2017 р., а особливо стрімкий підйом рівнів відбувся у 2021 (на 21,9%, порівняно із 2019 р.), що можна пояснити негативним впливом епідемії COVID-19. Висхідні тренди встановлені для усіх провідних ХСК (за час епідемії смертність від ішемічної хвороби серця зросла на 23,8 %, інфарктів міокарда – на 18,0 %, інсультів – на 15,8 %, церебро-васкулярних хвороб – на 9,8 %).

Динаміка смертності від новоутворень мала хвилеподібний характер із коливаннями рівнів у межах 181-198 на 100 тис. населення та слабо вираженою висхідною тенденцією.

Впродовж 2014-2021 рр. також зросла смертність від хвороб ендокринної системи (на 17,3%, у т.ч. від цукрового діабету – на 26,1 %), хвороб нервової системи (на 36,1 %), органів травлення (на 16,7 %), сечостатевої системи (на 1,9 %).

Особливо негативні тенденції виявлені у смертності киян від хвороб органів дихання (ХОД), які розпочались ще у доковідний період (впродовж 2014-2019 рр. смертність за даним класом у цілому зросла на 50,3 %, а від пневмоній - на 82,3 %). А на піку епідемії COVID-19 у 2021 р. смертність від ХОД перевищувала показник 2019 р. у вдвічі, а від пневмонії у 2,3 рази.

Попри негативні динамічні тенденції у смертності населення м. Києва у розрізі основних класів хвороб, інтенсивні показники у столиці не перевищували середні в Україні значення впродовж усього періоду

спостереження. Виключення склали цукровий діабет та інфаркт міокарда, смертність від яких у 2021 р. у столиці була вищою, ніж в Україні в цілому.

Інтегральним показником, який характеризує смертність населення у всіх вікових групах та від усіх причин є середня очікувана тривалість життя (СОТЖ). Незалежність СОТЖ від вікового складу населення робить цей показник оптимальним для порівняння смертності у часі і просторі.

Протягом 2014-2017 рр. СОТЖ у м. Києві була стабільною і складала приблизно 74 роки (Табл. 3.3). Епідемія COVID-19 суттєво вплинула на значення даного ключового індикатора здоров'я, як у столиці, так і в Україні та країнах ЄС, і призвела до його скорочення у м. Києві до 71,1 років. Розрив у СОТЖ у чоловіків та жінок столиці практично не змінився за період спостереження і складав у середньому 8,4 роки. Гендерні відмінності у СОТЖ обумовлені більш високою смертністю чоловіків практично від усіх причин із максимальним розривом у статеві-вікових рівнях смертності у працездатному віці від ХСК і травм та інших зовнішніх причин.

Таблиця 3.3

Середня очікувана тривалість життя м. Київ, Україна, країни ЄС, 2014-2020 рр. (років)

Рік	м. Київ			Україна			Країни ЄС		
	обидві статі	чоловіки	жінки	обидві статі	чоловіки	жінки	обидві статі	чоловіки	жінки
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2014	73,7	69,3	77,9	71,4	66,3	76,4	80,8	77,9	83,7
2015	74,0	69,8	77,8	71,4	66,4	76,3	80,5	77,7	83,3
2016	74,2	69,8	78,2	71,7	66,7	76,5	80,9	78,0	83,7
2017	74,4	70,0	78,4	72,0	67,0	76,8	80,9	78,1	83,6
2018	74,0	69,	78,0	71,8	66,9	76,7	81,0	78,2	83,7
2019	74,0	69,4	78,1	72,0	66,9	77,0	81,3	78,5	84,0
2020	73,5	69,1	77,6	71,4	66,4	76,2	80,4	77,6	83,2
2021	71,1	66,7	75,2	69,8	65,2	74,4	80,1	77,2	82,9

Продовження таблиці 3.3

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Апр* 2021/ 2019	-2,9	-2,7	-2,9	-2,2	-1,7	-2,6	-1,2	-1,3	-1,1
Апр 2021/ 2014	-2,6	-2,6	-2,7	-1,6	-1,1	-2,0	-0,7	-0,7	-0,8

*Апр – абсолютний приріст (скорочення) показника СОТЖ у роках

Відмінності у способі життя, медичній активності та особливостях трудової діяльності чоловіків є тими соціальними чинниками, які спричиняють їх суттєве відставання від жінок за СОТЖ.

СОТЖ у м. Києві стабільно перевищувала середні показники в Україні, що можна пояснити кращими соціально-економічними умовами життя та вищою доступністю та якістю медичної допомоги у столиці. Але впродовж періоду спостереження розрив між показниками у м. Києві та Україні скоротився майже у 2 рази. Зокрема, у чоловіків з 3,0 років у 2014 р. до 1,5 у 2021 р., у жінок з 1,5 до 0,8, у осіб обох статей – з 2,3 до 1,3, відповідно.

За роки спостереження стало більш вираженим відставання столичного показника СОТЖ від показників у країнах ЄС, які можуть розглядатися як стратегічні орієнтири для забезпечення зростання тривалості життя у м. Києва. Для осіб обох статей розрив із показником ЄС збільшився з 7,1 року у 2014 р. до 9,0 років у 2021 р. За останніми доступними даними (2021 р.) чоловіки у столиці України мали СОТЖ на 10 років меншу, ніж у країнах ЄС, а жінки, відповідно, на 7,7 роки.

Стратегією розвитку м. Києва на 2022-2025 роки передбачено забезпечення зростання СОТЖ до 77,0 років [93]. Виконати це завдання через виклики останніх років, які суттєво відсторонили киян від досягнення цільового значення показника, буде надзвичайно складно. Але, у будь-якому разі, зусилля можливі у межах ЗОЗ столиці мають бути зосереджені на

активізації профілактичної роботи та удосконаленні організації та підвищенні якості медичної допомоги, у першу чергу, на рівні первинної медичної допомоги, яка має найбільш вагомий вплив на громадське здоров'я і його ключовий індикатор — СОТЖ.

3.2. Загальний аналіз захворюваності та поширеності хвороб серед населення м. Києва

За статистичними звітами ЗОЗ ДОЗ м. Києва у 2023 р. серед киян було зареєстровано понад 4,4 млн. захворювань, у т. ч. понад 1,5 млн вперше у житті.

Аналіз захворюваності здійснений у розрізі окремих вікових груп виявив найвищий її рівень у дітей 0-14 років (961,8 ‰), що обумовлено високою захворюваністю дітей на гострі респіраторні захворювання. Із збільшенням віку рівні захворюваності знижувалися до 672,7 ‰ у підлітків (15-17 років) та 397,3 ‰ у осіб працездатного віку (18-59 років). Серед осіб старше працездатного віку спостерігався вищий рівень захворюваності (499,3 ‰), порівняно із працездатним (Рис. 3.2).

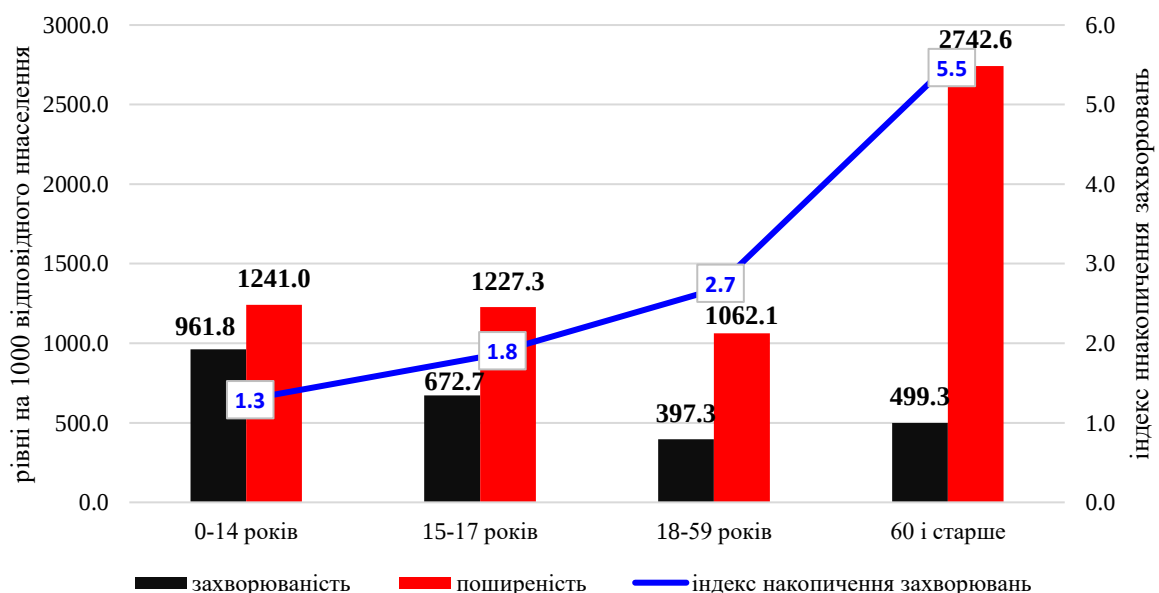


Рис. 3.2 — Рівні захворюваності та поширеності хвороб у різних вікових групах населення, м. Київ, 2023 р. (на 1000 відповідного населення)

А от поширеність хвороб була найвищою серед осіб старше працездатного віку (2742,6 ‰). Серед дітей та підлітків рівні поширеності хвороб були суттєво нижчими, але перевищували показник серед населення працездатного віку.

У дітей та підлітків поширеність хвороб формувалась переважно за рахунок вперше у житті діагностованих захворювань (на 77,5 % та 54,8 %, відповідно), серед населення працездатного віку питома вага таких захворювань скорочувалась до 37,4 %, а старше працездатного – до 18,2 %.

Про тенденцію до накопичення хронічних захворювань серед населення із віком свідчить зростання індексу хронізації (накопичення) захворювань (який визначається як відношення поширеності хвороб до захворюваності): від 1,3 у віці 0-14 років, до 5,5 — у 60 років і старше.

Аналіз динаміки захворюваності засвідчив суттєве зниження її рівнів у 2023 р., порівняно із 2014 р., у всіх вікових групах, проте найбільш вагомі вони були у дітей 0-14 років (Рис. 3.3).

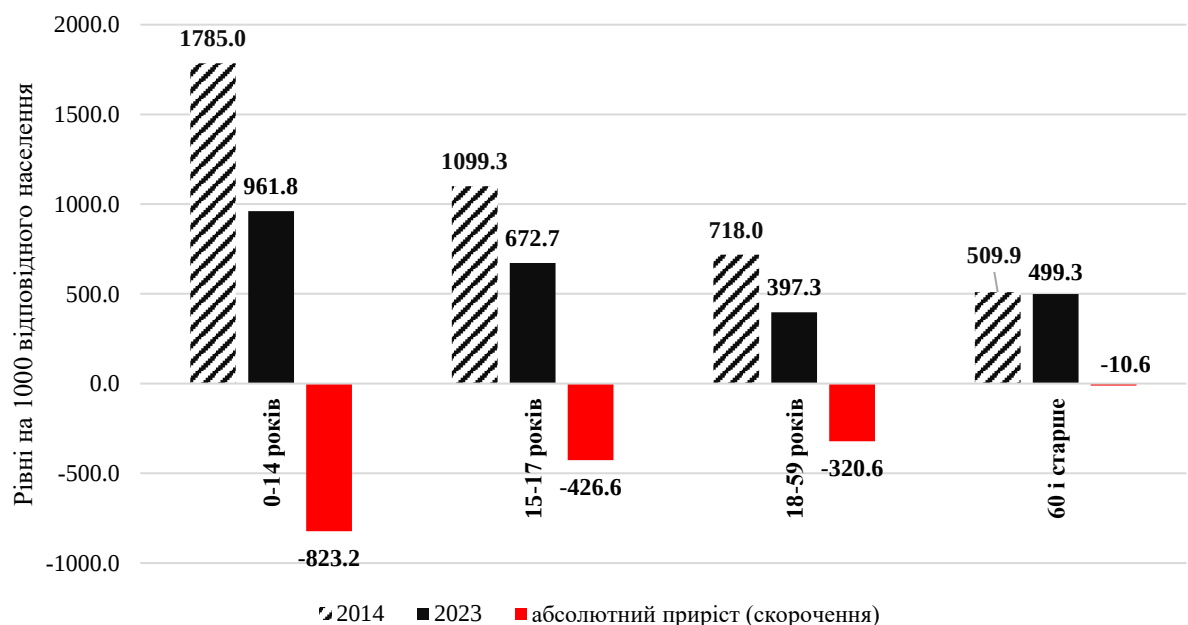


Рис. 3.3 — Динаміка рівнів первинної захворюваності у різних вікових групах населення, м. Київ, 2014, 2023 рр. (рівні на 1000 відповідного населення)

Рівні поширеності хвороб впродовж періоду спостереження також суттєво скоротились у всіх вікових групах, але найбільш вагомо у дітей та підлітків (Рис. 3.4).

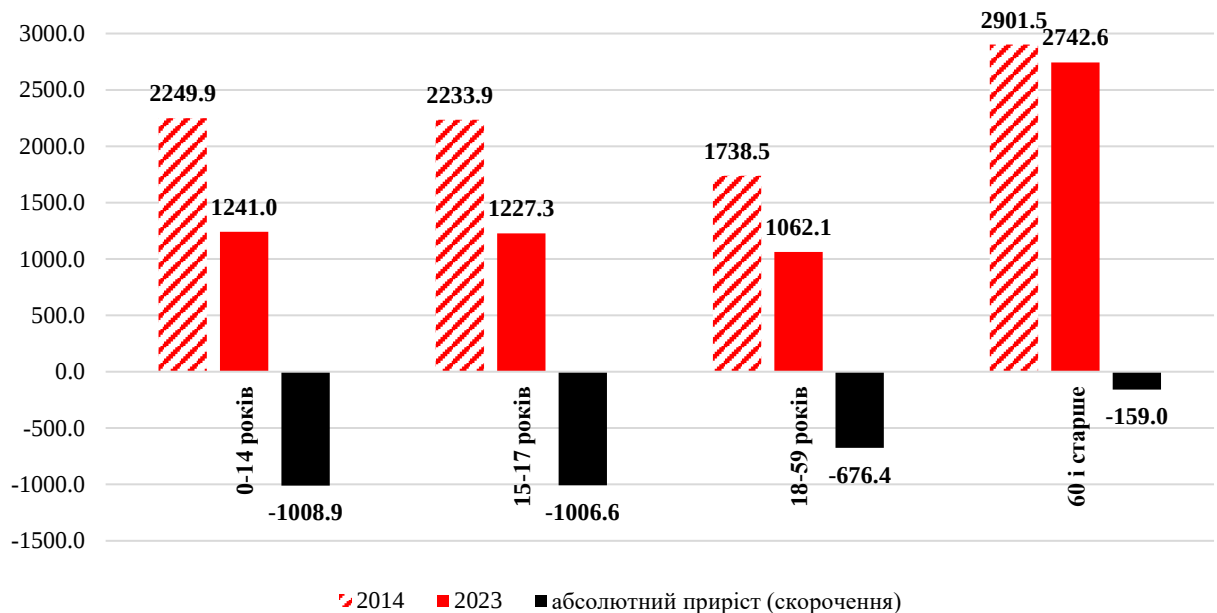


Рис. 3.4 — Динаміка рівнів поширеності захворювань у різних вікових групах населення, м. Київ, 2014, 2023 рр. (рівні на 1000 відповідного населення)

На нашу думку, виявлені динамічні тенденції у захворюваності та поширеності хвороб не можна оцінювати як покращення стану громадського здоров'я киян внаслідок успішної профілактики захворювань. На підставі представлених даних констатуємо зростання рівнів смертності та первинної інвалідності серед жителів столиці у період 2014-2023 рр. Тому зазначене зниження захворюваності скоріше є наслідком неповної її реєстрації через зниження медичної активності населення у державному секторі, зменшення доступності медичної допомоги, що викликає занепокоєння стосовно потенційних негативних впливів на громадське здоров'я киян на перспективу та вимагає удосконалення організації медичної допомоги з акцентом на активізацію діяльності спрямованої на своєчасне виявлення захворювань та забезпечення ефективного контролю над ними.

Більш детальний аналіз динаміки захворюваності та поширеності хвороб серед дорослого населення (18 років і старші) показав, що зазначені тенденції до зниження рівнів показників захворюваності та поширеності максимально проявились після 2020 року, внаслідок епідемії COVID-19 та початку повномасштабної війни в Україні, які стали потужними викликами для громадського здоров'я країни та м. Києва, зокрема (Рис. 3.5).

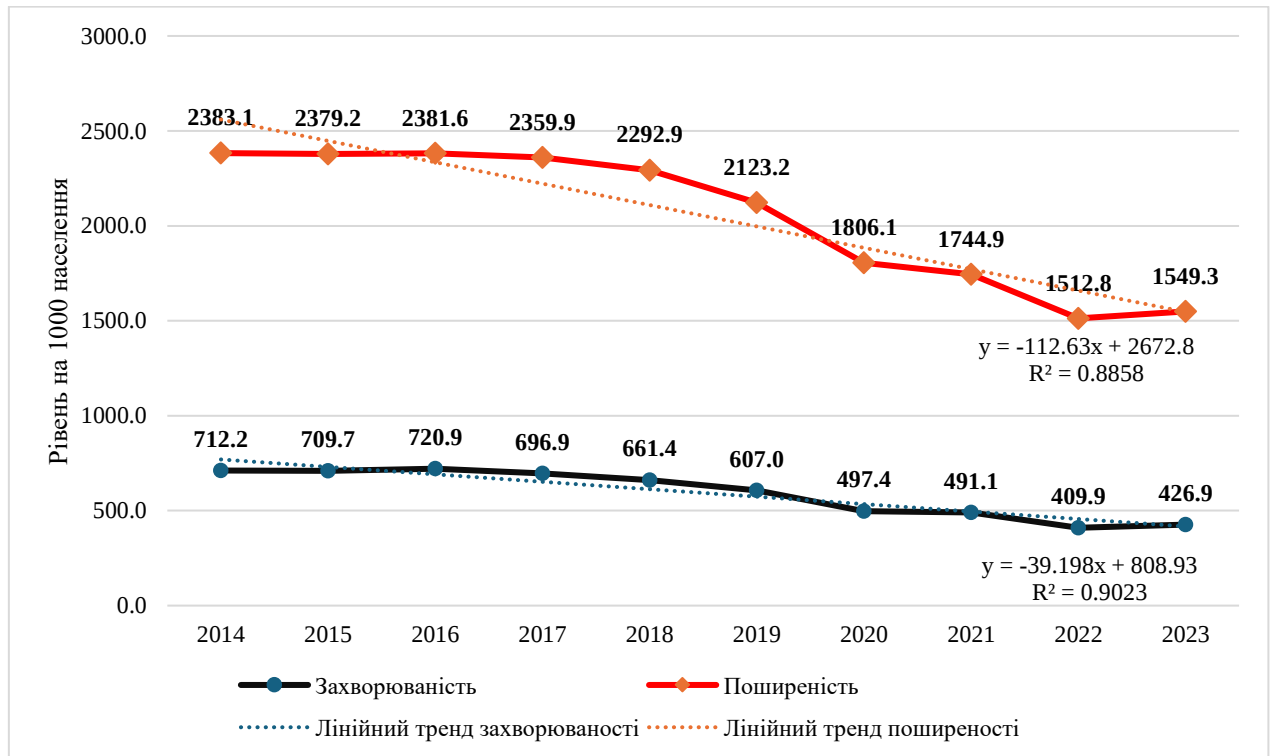


Рис. 3.5 — Динаміка рівнів захворюваності та поширеності хвороб серед дорослого населення (18 років і старші), м. Київ, 2014-2023 рр., (рівні на 1000 населення)

Незважаючи на суттєве зниження рівнів поширеності хвороб серед дорослого населення її структура залишилась практично незмінною, порівняно із 2014 роком. У 2023 р. перше місце у ній обіймали хвороби системи кровообігу (29,9 %), друге — хвороби органів дихання (15,4 %), третє — хвороби органів травлення (10,5 %), четверте – хвороби сечостатевої системи (7,9 %), п'яте – хвороби кістково-м'язевої системи (6,2 %) (Рис. 3.6). Питома вага перерахованих класів у 2014 р. складала, відповідно, 30,8 %, 16,0 %, 12,2 %, 8,1 %, 6,0 %.

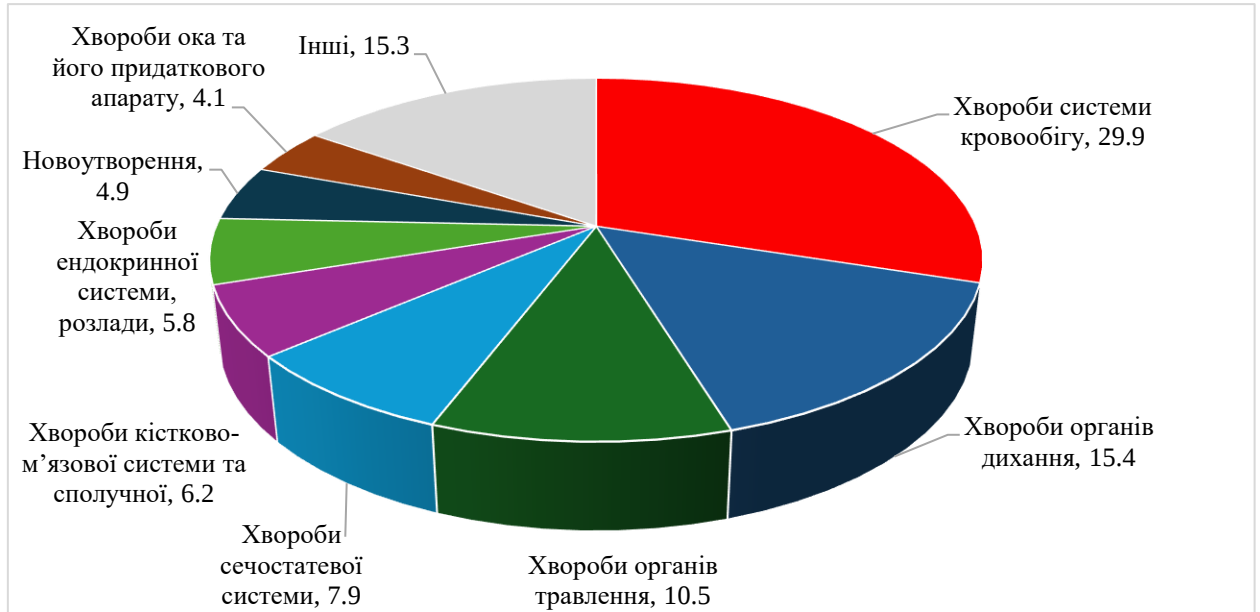


Рис. 3.6 — Структура поширеності захворювань серед дорослого населення, м. Київ, 2023 р. (%)

У 2023 р. у структурі первинної захворюваності дорослого населення перше місце належало хворобам органів дихання (37,4 %), друге – травмам і отруєнням (11,1 %), третє — хворобам сечостатевої системи (9,8 %), четверте — хворобам системи кровообігу (7,8 %), п'яте – хворобам шкіри та підшкірної клітковини (5,5 %), шосте – хворобам кістково-м'язової системи (4,6 %), сьоме — хворобам ока та його придаткового апарату (4,2 %) (Рис. 3.7). Структурний розподіл захворюваності дорослого населення м. Києва, так само як і поширеності хвороб, практично не змінився порівняно із 2014 р. Питома вага перерахованих класів хвороб складала, відповідно, 37,4 %, 9,7 %, 11,3 %, 8,0 %, 5,1 %, 4,5 %, 5,3%.

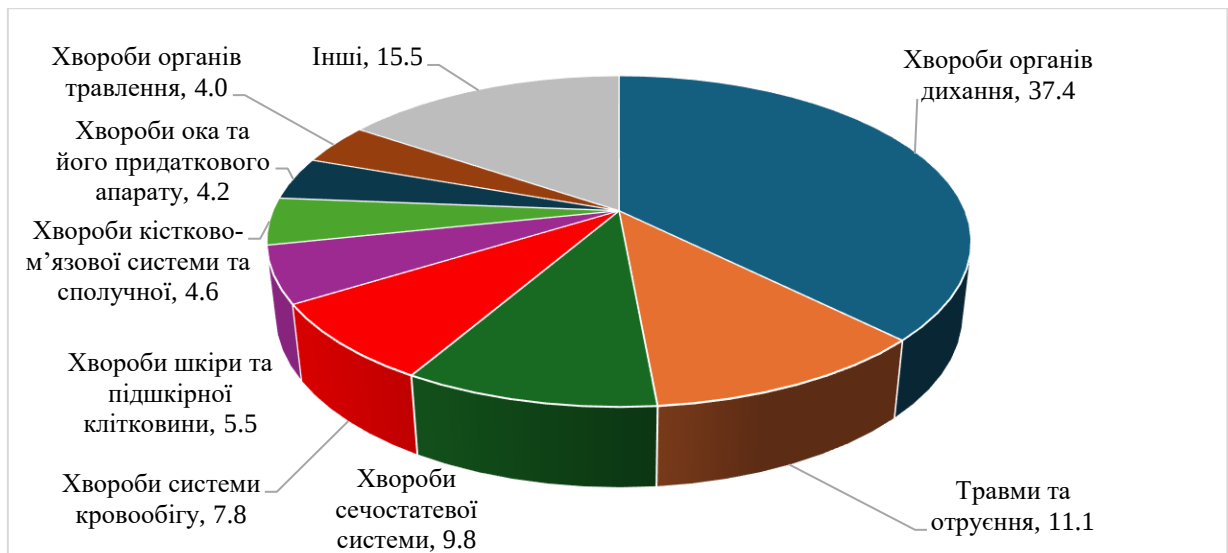


Рис. 3.7 — Структура первинної захворюваності дорослого населення, м. Київ, 2023 р. (%)

3.3. Сучасні особливості епідеміології та проблеми своєчасної діагностики неінфекційних захворювань у м. Києві

Неінфекційні захворювання (НІЗ) продовжують домінувати у структурі інвалідності, смертності населення м. Києва та є найпоширенішими хворобами серед киян.

Сучасна стратегія ВООЗ щодо зниження загального тягаря НІЗ, націлена, у першу чергу, на профілактику та контроль над такими групами захворювань як хвороби системи кровообігу, хронічні обструктивні захворювання легень, злоякісні новоутворення, цукровий діабет, які обумовлюють близько 80 % усіх випадків смерті від НІЗ [166, 176, 191, 192].

Найбільшим викликом для громадського здоров'я столиці, як і України в цілому, залишаються хвороби системи кровообігу (ХСК). Вони є домінуючою причиною смерті киян (із питомою вагою 53,9 % у 2021 р.) та первинної інвалідності дорослого населення (24,4 % у 2023 р.).

За даними ЗОЗ, підпорядкованих ДОЗ, серед дорослого населення міста щороку реєструється понад 1,1 млн випадків ХСК. ХСК посідають перше місце у структурі поширеності хвороб (із питомою вагою 29,9 % у 2023 р.)

У структурі поширеності ХСК серед дорослого населення у 2023 р. перше місце належало гіпертонічній хворобі (ГХ) (46,0 %), друге – ішемічній хворобі серця (ІХС) (36,9 %), третє – цереброваскулярним хворобам (ЦВХ) (8,7 %). У структурі первинної захворюваності їх питома вага складала, відповідно: 41,0 %, 23,8 % та 16,1 %. Структура як захворюваності, так і поширеності ХСК впродовж періоду спостереження не зазнала суттєвих змін.

Аналіз динаміки інтенсивних показників (Табл. 3.4) виявив тенденцію до зниження рівнів поширеності як усіх ХСК (за 10 років на 37,2 % з 7383,2 до 4636,5 на 10 тис. дорослого населення), так і основних нозологічних груп: рівні поширеності ГХ скоротились на 35,8% %, ІХС – на 38,8 % , ЦВХ – на 38,6%.

Рівні первинної захворюваності знизились у 2023 р., порівняно із 2014 р. ще більш вагомо: всіх ХСК – на 44,5 %, ГХ – на 41,6 %, ІХС – на 52,2 % , ЦВХ – на 42,0 %, інфарктів міокарду – на 24,1 %, інсультів – на 51,9 %. Дані динамічні тенденції не узгоджуються із трендами до зростання смертності від усіх ХСК та ІХС, ЦВХ, а також інфарктів та інсультів серед населення м. Києва (Табл. 3.2). Зниження рівнів захворюваності та поширеності ХСК, за матеріалами звітності закладів ДООЗ м. Києва, на тлі зростання смертності від ХСК, може свідчити про неповну реєстрацію ХСК через необов'язковість подання до Міського інформаційно-аналітичного центру медичної статистики м. Києва приватними медичними закладами, зменшення доступності медичної допомоги, а також через відтік платоспроможних пацієнтів до приватних ЗОЗ. Різноманітні тенденції у захворюваності та смертності від ХСК також засвідчують втрату контролю над даною патологією з боку муніципальної системи охорони здоров'я, зокрема неефективність вторинної профілактики ХСК, недостатнє охоплення населення скринінгом на первинній ланці з метою своєчасного виявлення ХСК, відсутність динамічного спостереження за виявленими контингентами хворих та недостатню ефективність їх лікування. Так, за матеріалами звітів ЗОЗ ДООЗ м. Києва, у 2023 р. диспансерним спостереженням було охоплено лише 56,8 % хворих на ГХ, 53,8 % хворих на ІХС, 39,2 % хворих на ЦВХ.

Таблиця 3.4

Захворюваність на хвороби системи кровообігу дорослого населення, м. Київ, 2014-2023 рр.

Нозологічна форма захворювання	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Темп приросту (у%)	
	Рівні первинної захворюваності на ХСК (на 10 тис. дорослого населення)										2023/ 2014	2023/ 2022
Хвороби системи кровообігу	596,4	566,8	574,3	560,6	504,9	437,6	354,8	333,9	287,4	331,0	-44,5	15,2
гіпертонічна хвороба (всі форми)	232,5	224,6	228,7	224,7	200,6	175,0	145,1	131,5	119,4	135,8	-41,6	13,7
ішемічна хвороба серця	165,1	164,5	180,2	173,4	148,4	125,8	102,9	92,1	81,5	78,9	-52,2	-3,2
стенокардія	48,1	50,8	47,7	44,7	42,0	31,9	26,2	23,5	23,4	22,7	-52,8	-3,0
інфаркти міокарду	11,2	11,4	11,6	11,1	9,2	9,9	8,1	6,6	7,0	8,5	-24,1	21,4
цереброваскулярні хвороби	92,2	81,8	83,0	74,8	68,2	69,0	55,3	52,4	45,7	53,5	-42,0	17,1
інсульт	21,2	22,6	21,9	20,3	14,4	11,1	9,4	8,7	8,2	10,2	-51,9	24,4
	Рівні поширеності ХСК (на 10 тис. дорослого населення)											
Хвороби системи кровообігу	7383,2	7367,5	7346,0	7376,2	7134,9	6440,9	5502,4	5240,7	4603,9	4636,5	-37,2	0,7
гіпертонічна хвороба (всі форми)	3322,9	3335,7	3335,2	3350,6	3219,5	2964,1	2521,0	2402,1	2109,0	2134,6	-35,8	1,2
ішемічна хвороба серця	2796,4	2833,0	2828,9	2825,6	2724,2	2401,6	2068,3	1987,9	1744,8	1711,1	-38,8	-1,9
стенокардія	996,1	1004,2	977,8	939,4	899,1	793,4	675,6	599,3	491,8	489,5	-50,9	-0,5
цереброваскулярні хвороби	656,6	641,3	636,9	652,5	627,8	586,4	475,6	446,3	389,1	403,4	-38,6	3,7

Виявленні тенденції обумовлюють необхідність удосконалення організації як первинної, так і спеціалізованої медичної допомоги населенню м. Києва.

Іншим перманентним викликом для громадського здоров'я м. Києва є злякисні новоутворення (ЗН), захворюваність (Табл. 3.5) на які у столиці є суттєво вищою, ніж в Україні в цілому (у 2023 р. у 1,3 раза для ЗН усіх локалізацій).

Рівень захворюваності на ЗН щитоподібної залози у киян у 2 рази вищий, ніж в середньому в Україні, а ймовірність захворіти на рак молочної залози у киянок 1,6 раза вища, ніж у жінок України.

У м. Києві новоутворення вийшли на перше місце у структурі інвалідності населення працездатного віку (із питомою вагою 21,7 % у 2023 р.) і стабільно обіймають друге місце у структурі інвалідності дорослого населення (із питомою вагою 24,0 % у 2023 р.). Навіть у розпал епідемії COVID-19 новоутворення спричинили 11,9 % випадків смерті у столиці і посіли 3-тє місце у структурі причин смерті киян.

Контингент хворих на ЗН у 2023 р. у м. Києві налічував 109 610 осіб. Порівняно із 2014 р. загальна кількість хворих на ЗН у розрахунку на 100 000 населення зросла на 46,1 % (з 2699,8 до 3945,3). Такі динамічні зміни показника, за умови скорочення рівня первинної захворюваності (на 8,8 %) та зростання індексу накопичення ЗН впродовж періоду спостереження (з 7,2 до 11,6) можна пояснити позитивною тенденцією до подовженням тривалості життя хворих на ЗН.

Первинна захворюваність на ЗН зростала впродовж 2014-2019 років. Епідемія COVID-19 та початок повномасштабної війни обумовили різке скорочення частоти первинної реєстрації діагнозу ЗН серед киян у 2020-2022 рр., що у перспективі може призвести до збільшення частки занедбаних випадків ЗН серед жителів столиці. У 2023 р. висхідний тренд повернувся і рівень первинної захворюваності на ЗН на 31,3 % перевищив показник 2022 року (339,6 та 372,4 на 100 тис. населення, відповідно).

Таблиця 3.5

Рівні первинної захворюваності на злоякісні новоутворення, м. Київ у 2014-2023 рр.
(на 100 тис. населення)

Локалізація злоякісних новоутворень	м. Київ										Темп прироста показника (у %)		Україна 2023
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2023/2024	2023/2022	
Злоякісні новоутворення – усього	372,4	371,8	367,7	371,5	383,7	396,0	320,0	336,1	258,6	339,	-8,8	31,3	268,1
у тому числі шлунку	20,9	20,0	20,5	20,4	20,4	21,0	15,7	16,4	12,8	14,6	-30,1	14,1	11,8
прямої кишки	20,8	19,8	17,9	19,0	20,3	21,4	17,6	19,0	15,5	18,9	-9,1	21,9	15,1
трахеї, бронхів, легень	25,2	24,8	22,8	23,5	23,3	24,4	20,5	21,9	17,3	20,2	-19,8	16,8	22,1
шкіри (всі форми)	51,9	50,9	49,2	54,2	56,5	60,3	39,1	42,7	32,7	46,3	-10,8	41,6	38,7
молочної залози *	83,4	91,0	87,2	86,9	96,4	92,9	79,8	87,1	67,6	92,1	10,4	36,2	57,2
шийки матки *	15,3	17,1	15,1	17,8	17,3	14,5	13,6	11,4	10,5	13,1	-14,4	24,8	13,5
передміхурової залози**	48,8	46,6	48,6	52,1	56,8	58,1	43,3	46,4	39,3	59,4	21,7	51,1	39,6
лімфатичної та кровотворної тканини	20,8	21,4	22,4	24,2	23,8	26,7	20,9	22,1	16,3	19,7	-5,3	20,9	13,7
щитоподібної залози	16,9	15,3	14,7	12,5	15,4	16,2	11,4	12,2	9,6	12,8	-24,3	33,3	6,3

* на 100 тис. жінок, **на 100 тис. чоловіків

Структура первинної захворюваності на ЗН у 2023 р., як і у попередні роки, мала суттєві гендерні відмінності. У чоловіків провідними локалізаціями ЗН були: передміхурова залоза (18,3 %), немеланомні ЗН шкіри (11,0 %), трахея, бронхи, легені (9,6 %), ободова кишка (9,2 %), лімфатична та кровотворна тканини (7,2 %), пряма кишка (6,4 %), шлунок (5,2 %), сечовий міхур (4,4 %) (Рис. 3.8).

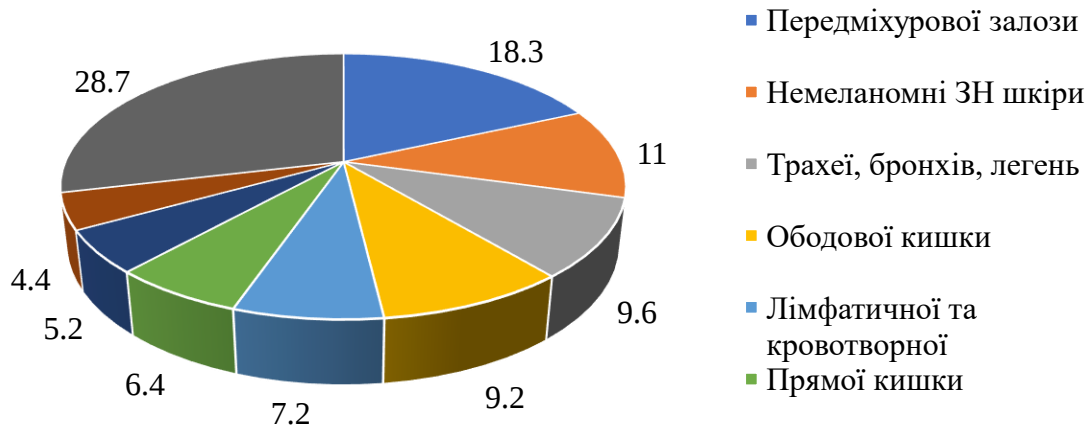


Рис. 3.8 — Структура онкологічної захворюваності у чоловіків, м. Київ, 2023 р. (%)

У жінок провідними локалізаціями ЗН були: молочна залоза (26,1 %), жіночі статеві органи (19,5 %), немеланомні ЗН шкіри (10,8 %), ободова кишка (7,2 %), пряма кишка (4,9 %), щитовидна залоза (4,8 %), лімфатична та кровотворна тканини (4,7 %) і шлунок (3,1 %) (Рис. 3.9).

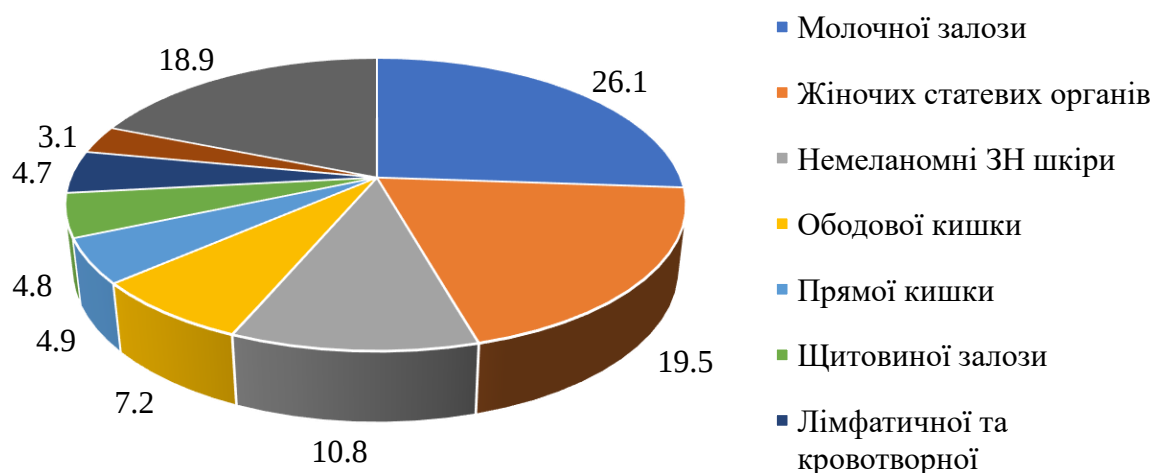


Рис. 3.9 — Структура онкологічної захворюваності у жінок, м. Київ, 2023 р. (у %)

Аналіз динаміки первинної захворюваності на ЗН у розрізі їх локалізацій засвідчив, що у 2023 р., порівняно із 2014 р., зросли рівні захворюваності на рак молочної залози (на 10,4 %) та передміхурової залози (на 21,7 %). Порівняно із 2022 р., зросла частота первинної діагностики ЗН усіх основних локалізацій.

Ефективність лікування ЗН у значній мірі залежить від своєчасності виявлення новоутворень. Цільові онкологічні скринінги та профілактичні огляди є основними медико-організаційними технологіями, які дозволяють забезпечити ранню діагностику ЗН. За статистичними даними у 2023 р. половину(50,3 %) ЗН було виявлено під час профілактичних оглядів (Табл. 3.6).

Таблиця 3.6

Своєчасність виявлення злоякісних новоутворень, м. Київ, 2014, 2023 рр.

Локалізація ЗН	Питома вага ЗН, виявлених на профоглядах (у %)		Занедбаність (у %)	
	2014	2023	2014	2023
Ротова порожнина	41,6	27,3	43,4	43,4
Шлунок	36,3	21,8	26,2	35,5
Ободова кишка	44,1	35,0	21,1	28,0
Пряма кишка	58,8	34,8	36,8	58,0
Трахея, бронхи, легені	4,1	0,4	32,6	35,0
Меланома шкіри	76,8	42,4	15,1	9,1
Інші ЗН шкіри	98,1	98,1	1,0	0,8
Молочної залози	77,8	75,2	17,0	21,2
Шийки матки	58,8	58,5	12,7	20,2
Тіла матки	85,7	77,8	2,1	3,6
Яєчники	38,4	37,3	7,4	7,1
Передміхурова залоза	64,2	43,2	13,2	22,0
Сечового міхура	82,8	68,5	3,6	9,9
Щитовидної залози	84,8	88,1	13,5	8,8
Усі локалізації	56,9	50,6	13,8	18,0

Показник суттєво варіював в залежності від локалізації ЗН від максимальних значень при немеланомних ЗН шкіри (98,1 %), щитоподібної залози (88,1 %), тіла матки (77,8 %), і мінімальних при ЗН трахеї, бронхів легень (0,4 %), шлунку (21,8 %), ротової порожнини (27,3 %). Впродовж періоду спостереження скоротилась частка ЗН виявлених на профілактичних оглядах практично за всіма локалізаціями (за виключенням щитоподібної залози та немеланомних ЗН шкіри). Найбільш вагомо знизилась питома вага активно діагностованих у ході профілактичних оглядів меланом (з 76,8 % до 42,4 %).

У 2023 р. кожне п'яте (18,0 %) ЗН у киян було діагностовано у занедбаній стадії (для візуальних локалізацій — на 3-4-й стадіях, для інших — на 4-й стадії). Найвищі показники занедбаності встановлені для ЗН прямої кишки (58,0 %), ротової порожнини (43,4 %), шлунку (35,5 %), трахеї, бронхів, легень (35,0 %).

Впродовж періоду спостереження показники занедбаності ЗН зросли практично за всіма локалізаціями новоутворень (за виключенням ЗН шкіри, меланом та ЗН щитоподібної залози), але особливо несприятлива динаміка показника виявлена для ЗН прямої кишки (зріс з 36,8 % до 58,0 %).

Провідна роль у забезпеченні своєчасного виявлення ЗН належить первинній медичній ланці. Запровадження програм скринінгу, цільових онкологічних профілактичних оглядів, диспансерного спостереження за пацієнтами з передраковою патологією є тими медико-організаційними технологіями, які забезпечують реалізацію ефективної вторинної профілактики ЗН на первинному рівні системи охорони здоров'я.

Цукровий діабет (ЦД) відноситься до соціально вагомих неінфекційних захворювань. ЦД є фактором ризику розвитку ХСК, а також призводить до важких уражень різних органів і систем, які можуть стати причиною інвалідизації хворих на ЦД. У 2023 році хвороби ендокринної системи склали 5,1 % у структурі первинної інвалідності дорослого населення столиці, серед яких 82,2 % припадало на ЦД як причину стійкого обмеження життєдіяльності.

У м. Києві контингент хворих на цукровий діабет у віці старше 18 років на кінець 2023 р. налічував понад 82 тис. осіб, серед яких переважна більшість (92,4 %) страждала на ЦД II-го типу. Впродовж періоду спостереження рівень первинної захворюваності на ЦД II-го типу знизився на 26,4 % (з 24,6 до 18,1 на 10 тис. дорослого населення), а поширеності — на 16,3 % (з 378,4 до 316,8, відповідно) (Табл. 3.6). Дані тенденції не відповідають загальноєвропейським трендам до зростання частоти ЦД II-го типу [54] і можуть бути обумовлені неповним виявленням даної хронічної патології серед населення. На існування проблем у повноті та своєчасності діагностики ЦД вказує і те, що кожен п'ятий (19,6 %) випадок ЦД вперше реєструється вже за наявності ускладнень ЦД, а також тенденція до зростання рівня смертності від ЦД, на тлі зниження рівнів первинної захворюваності та поширеності ЦД серед киян. Вирішення даної проблеми потребує активізації роботи лікарів первинної ланки охорони здоров'я, на яких покладено завдання здійснення скринінгу ЦД. Що стосується повноти охоплення динамічним спостереженням хворих, яким вже поставлений діагноз ЦД, то у м. Києві вона є достатньо високою і у 2023 р. склала – 93,2 % при інсулінозалежному та 91,7 % при інсулінонезалежному ЦД.

Хронічні хвороби органів дихання. Контингент хворих на бронхіальну астму у 2023 р. нараховував 14 880 пацієнтів, у 808 з яких діагноз був поставлений вперше. Рівень первинної захворюваності на БА впродовж 2014-2019 рр. був достатньо стабільним, знизився під час епідемії COVID-19 та початком повномасштабної війни у 2022 р. і досягнув максимального рівня – 3,4 на 10 тис. дорослого населення у 2023 р., перевищивши показник 2014 р. на 11,8 %, а 2022 р. – на 47,8 % (Табл. 3.8). Для поширеності БА були притаманні аналогічні динамічні тенденції, але інтенсивний показник у 2023 р. не досягнув показників доковідного періоду і склав 62,2 у розрахунку на 10 тис. дорослого населення. Динамічним спостереженням у м. Києві охоплено 81,5 % пацієнтів із БА.

Таблиця 3.7

Захворюваність дорослого населення на цукровий діабет, м. Київ, 2014-2023 рр.

Нозологічна форма ЦД	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Темп приросту (у %)	
	Рівні первинної захворюваності на ЦД (на 10 тис. дорослого населення)										2023/ 2014	2023/ 2022
Цукровий діабет у т.ч.:	398,5	392,7	391,4	391,8	385,2	380,2	355,2	345,6	326,5	342,7	-16,3	5,0
ЦД з ускладненнями	142,9	141,8	145,0	146,8	128,8	128,7	121,0	121,3	115,4	111,3	-28,4	-3,6
ЦД інсулінозалежний	20,1	21,9	22,1	23,3	23,9	24,2	26,1	23,5	30,5	26,0	22,7	-14,8
ЦД інсулінонезалежний	378,4	370,8	369,3	368,5	361,3	356,0	329,2	322,1	296,0	316,8	-19,4	7,0
	Рівні поширеності ЦД (на 10 тис. дорослого населення)											
Цукровий діабет у т.ч.:	25,8	27,2	26,3	26,3	21,1	20,1	17,9	17,2	15,4	18,9	-36,5	22,7
ЦД з ускладненнями	5,6	5,7	5,7	5,8	4,7	3,8	3,9	3,6	3,7	3,7	-51,4	0,0
ЦД інсулінозалежний	1,2	1,2	1,1	1,1	1,2	1,1	1,1	0,9	1,5	0,78	-53,8	-48,0
ЦД інсулінонезалежний	24,6	26,0	25,2	25,2	19,9	19,0	16,8	16,3	13,9	18,1	-35,9	30,2

Таблиця 3.8

Захворюваність дорослого населення на бронхіальну астму та хронічний бронхіт, м. Київ, 2014-2023 рр.

Нозологічна форма	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Темп приросту (у %)	
	Рівні первинної захворюваності на ЦД (на 10 тис. дорослого населення)										2023/ 2014	2023/ 2022
Хронічний бронхіт	24,7	23,9	27,4	24,0	21,3	17,8	13,8	15,2	8,7	10,8	-128,7	24,1
Бронхіальна астма	3,0	2,9	3,1	3,0	2,7	2,9	2,3	1,9	2,3	3,4	11,8	47,8
	Рівні поширеності ЦД (на 10 тис. дорослого населення)											
Хронічний бронхіт	471,4	469,0	457,9	443,7	424,4	377,1	320,2	271,6	204,2	198,7	-137,2	-2,7
Бронхіальна астма	70,9	69,8	72,8	73,7	74,8	72,0	64,6	61,4	58,4	62,2	-14,0	6,5

Захворюваність та поширеність хронічних бронхітів знизилась впродовж періоду спостереження удвічі (з 24,7 до 10,8 та з 474,1 до 198,7 на 10 тис. дорослого населення, відповідно), що не відповідає європейським трендам даних показників [65]. Як і стосовно інших НІЗ, така ситуація може свідчити про неповну реєстрацію захворювань через зниження частоти звернень пацієнтів до закладів ДОЗ м. Києва.

Таким чином, неінфекційні захворювання залишаються домінуючими причинами смертності, інвалідності та поширеності хвороб серед населення м. Києва. Серед усіх неінфекційних захворювань найбільш негативний вплив на стан громадського здоров'я киян мають ХСК та ЗН.

Впродовж 2014-2023 років спостерігалось зниження рівнів поширеності та первинної захворюваності НІЗ на фоні стабільно високих показників смертності від них, що свідчить про неповну реєстрацію НІЗ, втрату контролю над даною патологією з боку системи охорони здоров'я, зокрема, неефективність вторинної профілактики НІЗ: недостатнє охоплення населення скринінгом на первинній ланці з метою своєчасного виявлення НІЗ, відсутність динамічного спостереження за виявленими контингентами хворих та недостатня ефективність їх лікування, що необхідно врахувати при обґрунтування шляхів удосконалення організації медичної допомоги киянам.

3.4. Аналіз первинної інвалідності населення м. Києва

Рівень та структура інвалідності населення є важливими непрямими показниками стану громадського здоров'я, а також критеріями медико-соціальної ефективності вторинної та третинної профілактики.

Рівень первинної інвалідності дорослого населення м. Києва був достатньо стабільним впродовж 2014-2019 рр. (заходився у межах 37-41 випадків на 10 тис дорослого населення), різко скоротився під час епідемії COVID-19) і стрімко зріс після початку повномасштабної війни (рівень у 2023 р. перевищував показник 2019 р. у 1,6 раза) (Рис. 3.10).

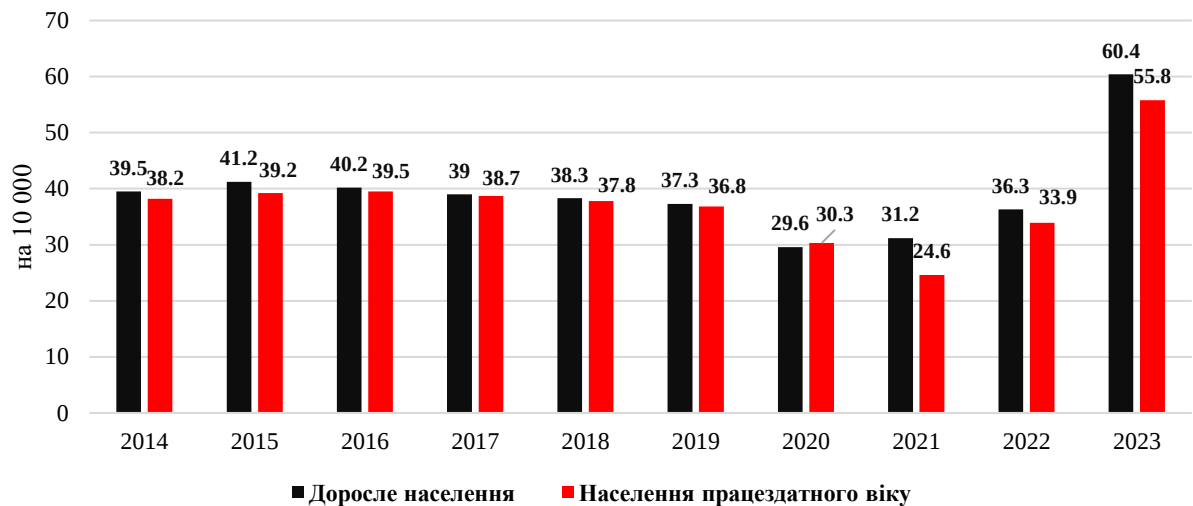


Рис. 3.10 — Первинна інвалідність дорослого населення та населення працездатного віку, м. Київ, 2014-2023 рр. (рівні на 10 тис. відповідного населення)

У структурі первинної інвалідності дорослого населення у 2023 році, як і впродовж всього періоду спостереженням, перші два місця практично з однаковою питомою вагою обіймали ХСК (24,4 %) та новоутворення (24,0 %). Негативним наслідком війни щодо стану громадського здоров'я стало зростання питомої ваги травм у структурі первинної інвалідності, які вперше за 10-ти річний період спостереження вийшли на третє місце із питомою вагою 13,0 %. Наступні рейтингові позиції належали хворобам кістково-м'язової системи (12,4 %), хворобам нервової системи (5,3 %), хворобам ендокринної системи (5,1 %) (Рис. 3.11).

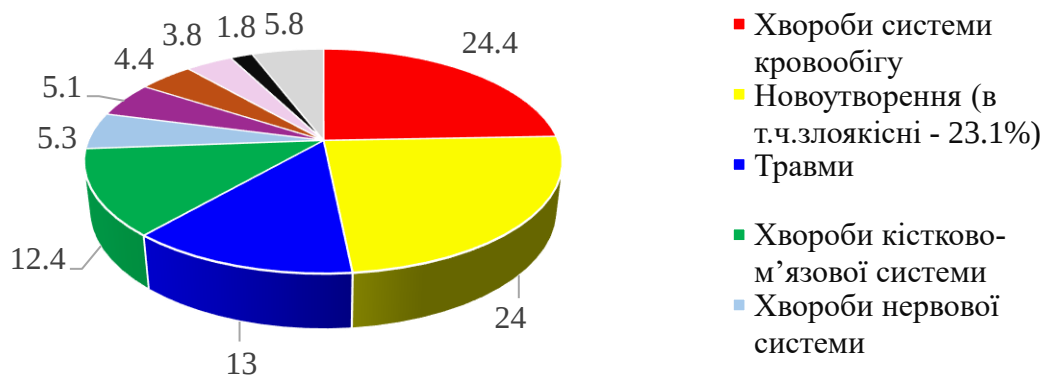


Рис. 3.11 — Структура причин первинної інвалідності дорослого населення, м. Київ, 2023 р., (%)

У структурі первинної інвалідності населення працездатного віку (Рис. 3.12) перше місце належало новоутворенням (21,7 %, у т. ч. 11,8 % — зловиякісним), друге ХСК (18,9 %), третє — травмам (18,6 %), четверте — хворобам кістково-м'язової системи (11,6 %), п'яте — хворобам ендокринної системи (6,1 %), шосту позицію розділили хвороби нервової системи (5,7 %) та розлади психіки та поведінки (5,7 %).

Рівні первинної інвалідності населення працездатного віку були нижчими, ніж серед дорослого населення, але мали аналогічні динамічні тенденції: стабільні значення у 2014-2019 рр, зниження у 2020-2021 рр. і зростання у 2022-2023 рр. Частота інвалідизації населення працездатного віку у 2023 р. була у 1,5 рази вищою, порівняно із у 2019 р. (36,8 та 55,8 на 10 тис. населення, відповідно).

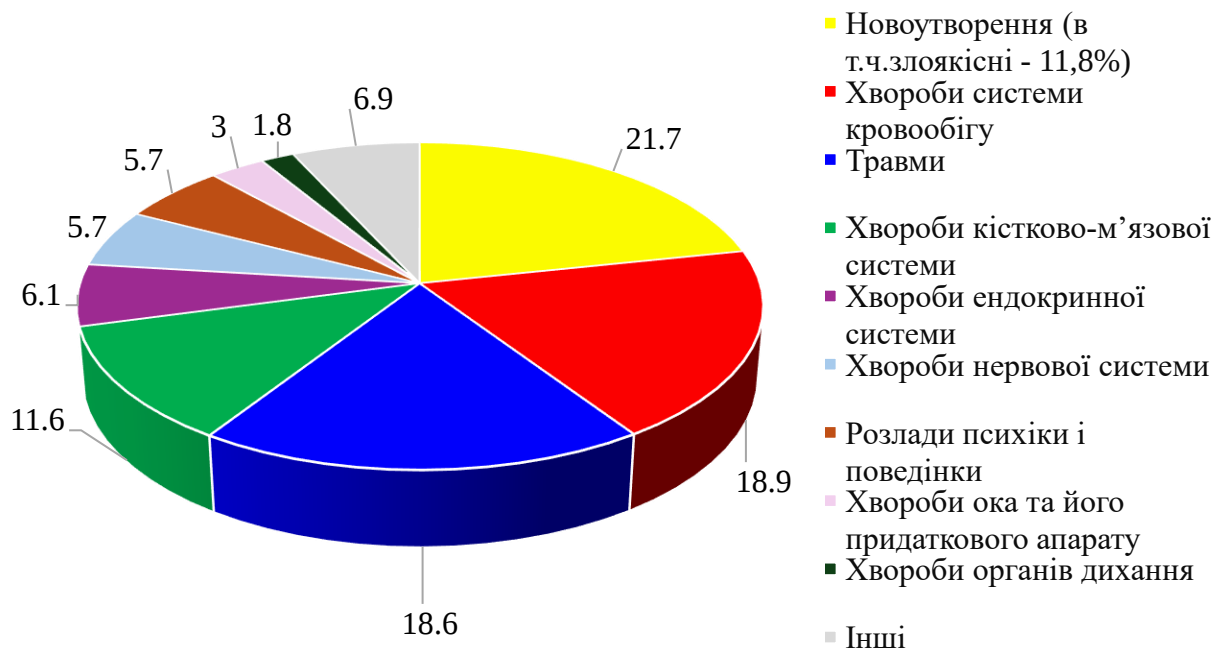


Рис. 3.12 — Структура причин первинної інвалідності населення працездатного віку, м. Київ, 2023 р., (%)

Як і стосовно дорослого населення, негативним наслідком війни стало суттєве зростання частки травм у структурі причин інвалідизації населення працездатного віку.

Виявлені тенденції до зростання рівня первинної інвалідності та збільшення питомої ваги травм у її структурі мають бути враховані при плануванні потреб населення у реабілітаційній допомозі та при удосконаленні її надання у закладах охорони здоров'я м. Києва.

Із врахуванням того, що НІЗ продовжують відігравати провідну роль у інвалідизації дорослого та працездатного населення м. Києва, потенційні можливості щодо скорочення інвалідності полягають в удосконаленні контролю над даними захворюваннями, підвищенні ефективності, як первинної, так і вторинної та третинної їх профілактики.

Аналіз первинної інвалідності дітей у віці 0-17 років у м. Києві засвідчив, що її рівні були достатньо стабільними впродовж 2014-2021 рр. і коливались у межах 19,6 – 23,5 випадки на 10 000 дітей (Рис. 3.13). З 2022 р. спостерігається зростання частоти інвалідизації дитячого населення столиці, а рівень 2023 р. перевищив вихідний показник 2014 р. у 1,7 рази.

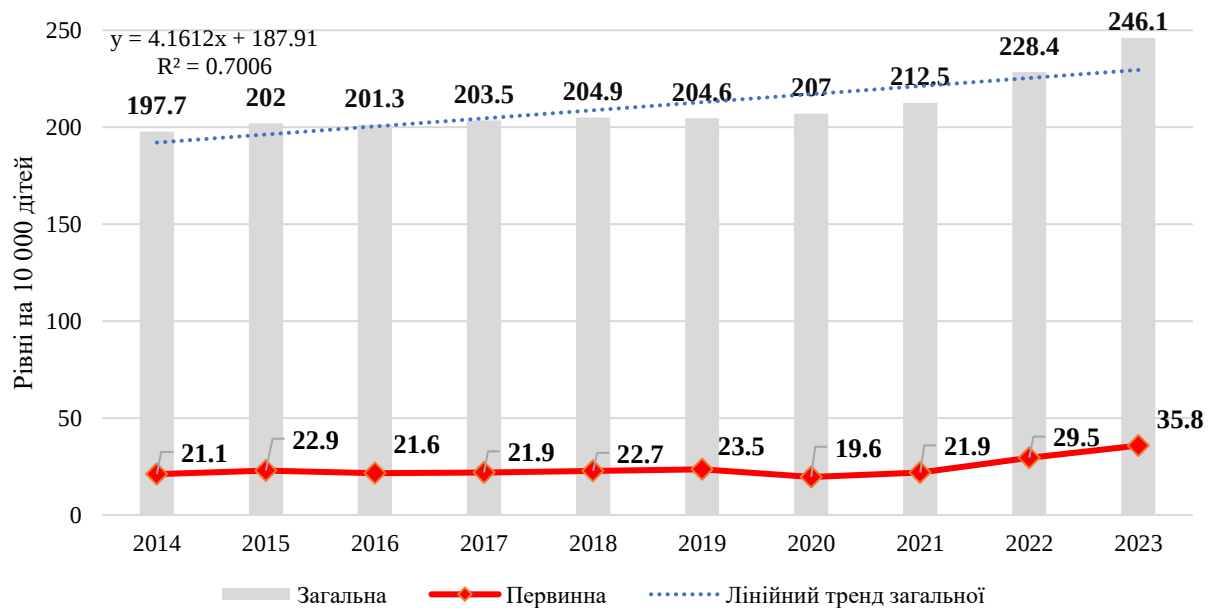


Рис. 3.13 — Рівні первинної та загальної інвалідності дітей 0-17 років, м. Київ, 2014-2023 рр., (на 10 тис. дитячого населення)

Майже половина (49,4 %) випадків первинної інвалідності у 2023 р. була обумовлена розладами психіки та поведінки, друга рейтингова позиція у структурі первинної інвалідності належала природженим аномаліям (13,6 %),

третя – ендокринним хворобам (10,2 %), четверта – хворобам центральної нервової системи, а п'ята – хворобам кістково-м'язової системи (4,9 %) (Рис. 3.14).

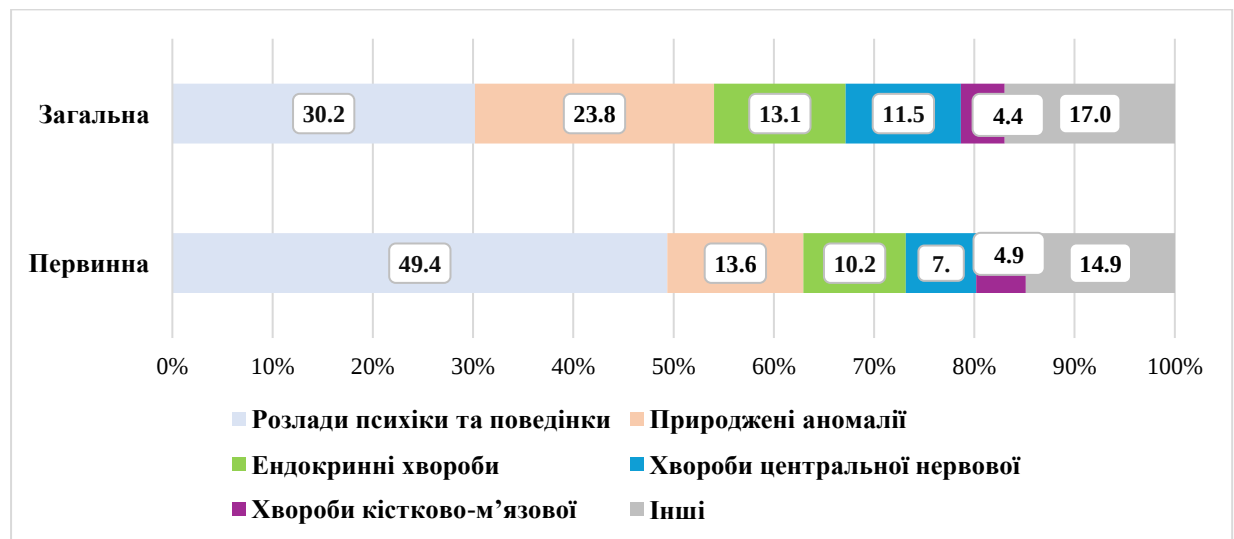


Рис. 3.14 — Структура причин первинної та загальної інвалідності дитячого населення, м. Київ, 2023 р. (%)

Контингент дітей з інвалідністю у 2023 р. у м. Києві налічував 13 766 осіб, а рівні загальної інвалідності мали впродовж періоду спостереження виражений висхідний тренд. За 10 років інтенсивний показник зріс на 24,1 % (з 197,7 до 246,1 на 10 тис. дітей). Основні причини загальної інвалідності та їх рейтингові позиції у структурі були ідентичними до причин первинної інвалідності, а відмінності полягали у різній питомій вазі розладів психіки та поведінки, а також природжених аномалій у структурах первинної та загальної інвалідності.

Впродовж періоду спостереження відбулась суттєва трансформація структури причин як первинної, так і загальної інвалідності дитячого населення, за рахунок вагомого зростання частки розладів психіки та поведінки у обох структурах. У 2014 р. питома вага даного класу хвороб була у 2 рази меншою і складала 21,6 % у структурі первинної та 14,6 % — загальної інвалідності дитячого населення м. Києва.

Зростання впродовж 2014-2023 рр. рівнів первинної інвалідності, як серед дитячого (у 1,7 рази), так і дорослого населення (у 1,5 рази) столиці вимагає розвитку сучасної системи реабілітаційної допомоги, у т. ч. в умовах первинних та спеціалізованих закладів.

Висновки до третього розділу

1. Виявлено згідно аналізу стану громадського здоров'я у м. Києві, що актуальними медико-демографічними проблемами столиці є скорочення чисельності населення працездатного віку та надзвичайно високий ступінь демографічного постаріння населення, негативний природний приріст населення за рахунок низької народжуваності та високої смертності, зниження СОТЖ та відставання столиці України від країн ЄС за даним ключовим показником здоров'я на 9 років.

2. Показано, що неінфекційні захворювання продовжують становити основну загрозу для громадського здоров'я м. Києва: вони є домінуючими причинами смертності, інвалідності та поширеності хвороб серед жителів столиці. Серед усіх НІЗ найбільш актуальну проблему становлять ХСК та ЗН, відносна частка яких у структурі смертності складає 53,9 % та 11,9 %, відповідно, а у структурі первинної інвалідності дорослого населення — 24,4 % та 24,0 %, відповідно.

3. Моніторинг онкоепідемічної ситуації у столиці виявив найбільш несприятливі динамічні тренди для первинної захворюваності на рак молочної залози та передміхурової залози. Ризик захворіти на ЗН саме цих локалізацій, а також рак щитоподібної залози у м. Києві у 1,5 – 2,0 рази вищий, ніж в Україні в середньому.

4. Встановлено, що впродовж 2014-2023 рр. у м. Києві відбулось зниження поширеності основних груп НІЗ (ГХ – на 35,8 %, ІХС – на 38,8 %, ЦВХ – 38,6 %, ЦД 2-го типу – на 35,9 %), та первинної захворюваності (ГХ – на 41,6 %, ІХС – на 52,2 %, ЦВХ – 42,0 %, ЦД 2-го типу – на -19,4 %). Дані тенденції на фоні стабільно високих показників смертності від НІЗ та трендів

до зростання смертності від ХСК та ЦД, свідчать про неповну реєстрацію НІЗ, втрату контролю над даною патологією з боку системи охорони здоров'я та неефективність вторинної профілактики НІЗ. Вимагає удосконалення система організації безперервного динамічного спостереження за хворими на ХСК (диспансерним спостереженням охоплено 56,8 % хворих на ГХ, 53,8 % хворих на ІХС, 39,2 % хворих на ЦВХ). Недостатню ефективність організації профілактичних оглядів та скринінгу НІЗ засвідчує дуже низька частка активно виявлених хворих на рак легень (0,4 %), висока частка ЗН діагностованих у занедбаних стадіях (зокрема, у разі візуальних локалізацій: прямої кишки – 58,0 %, ротової порожнини – 43,4 %, молочної залози – 21,2 %, шийки матки – 20,2 %), діагностика кожного п'ятого (19,6 %) випадку ЦД на стадії сформованих ускладнень.

5. Визначено, що епідемія COVID-19 та повномасштабна війна в Україні негативно позначилась на стані громадського здоров'я та загострила існуючі проблеми у своєчасності виявлення НІЗ, що у перспективі може призвести до збільшення кількості ускладнених та занедбаних випадків НІЗ. Удосконалення контролю над НІЗ шляхом належної організації скринінгових обстежень, цільових профоглядів з метою забезпечення їх своєчасного виявлення, підвищення ефективності лікування, у т.ч. за рахунок використання можливостей програми реімбурсації лікарських засобів та раціонального менеджменту хворих на НІЗ, разом із реалізацією стратегій первинної профілактики має стати одними із основних завдань удосконалення первинної медичної допомоги населенню м. Києва.

6. З'ясовано, що зростання впродовж 2014-2023 рр. рівнів первинної інвалідності, як серед дитячого (у 1,7 рази), так і дорослого населення (у 1,5 рази) столиці вимагає розвитку сучасної реабілітаційної допомоги, у т. ч. в умовах первинної ланки охорони здоров'я.

7. Запропоновано використання результатів дослідження для розробки оптимізованої моделі консультативно-діагностичного центру університетської клініки.

Результати досліджень, наведені в даному розділі, висвітлені в наступних наукових публікаціях:

1. Красюк СП. Сучасні особливості епідеміології та проблеми своєчасності діагностики неінфекційних захворювань у м. Києві. Актуальні проблеми транспортної медицини. 2024;4:111-119. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.14539197>

РОЗДІЛ 4

СТАН ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ УК ЗА МАТЕРІАЛАМИ СОЦІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ І ЕКСПЕРТНОЇ ОЦІНКИ

4.1. Характеристика стану організації роботи університетської клініки НМУ імені О. О. Богомольця

Університетська клініка НМУ імені О.О. Богомольця – це сучасний лікувально-діагностичний центр з великим спектром медичних послуг. Заклад поєднує стаціонар, консультативно-діагностичну поліклініку та Стоматологічний медичний центр [54].

26 жовтня 2020 року на засіданні Вченої ради НМУ імені О.О. Богомольця було створено новий структурний підрозділ – університетську клініку, що відбулося шляхом приєднання до структури НМУ Республіканської клінічної лікарні МОЗ відповідно до п.13 Статуту НМУ (Рис. 4.1) [54].

Університетська клініка надає консультативно-діагностичну та стаціонарну медичну допомогу. Стаціонар включає 11 багатoproфільних відділень з усім необхідним для діагностики, лікування та цілодобового спостереження пацієнтів. Вона також забезпечує невідкладну допомогу для мешканців Шевченківського та Подільського районів Києва за напрямками «Загальна терапія (окрім пневмоній)» та «Гострі неврологічні стани (окрім гострого порушення мозкового кровообігу)», підтримуючи місто в умовах зменшення кількості ліжкового фонду [54].

Сьогодні університетська клініка – це багатoproфільний медичний заклад державного рівня, де інтегруються три ключові складові закладу вищої медичної освіти – освіта, наука та лікувальна робота. На базі клініки функціонують 12 кафедр, активно нарощуються медичні потужності, а студенти залучаються до навчання під час надання медичної допомоги [54].

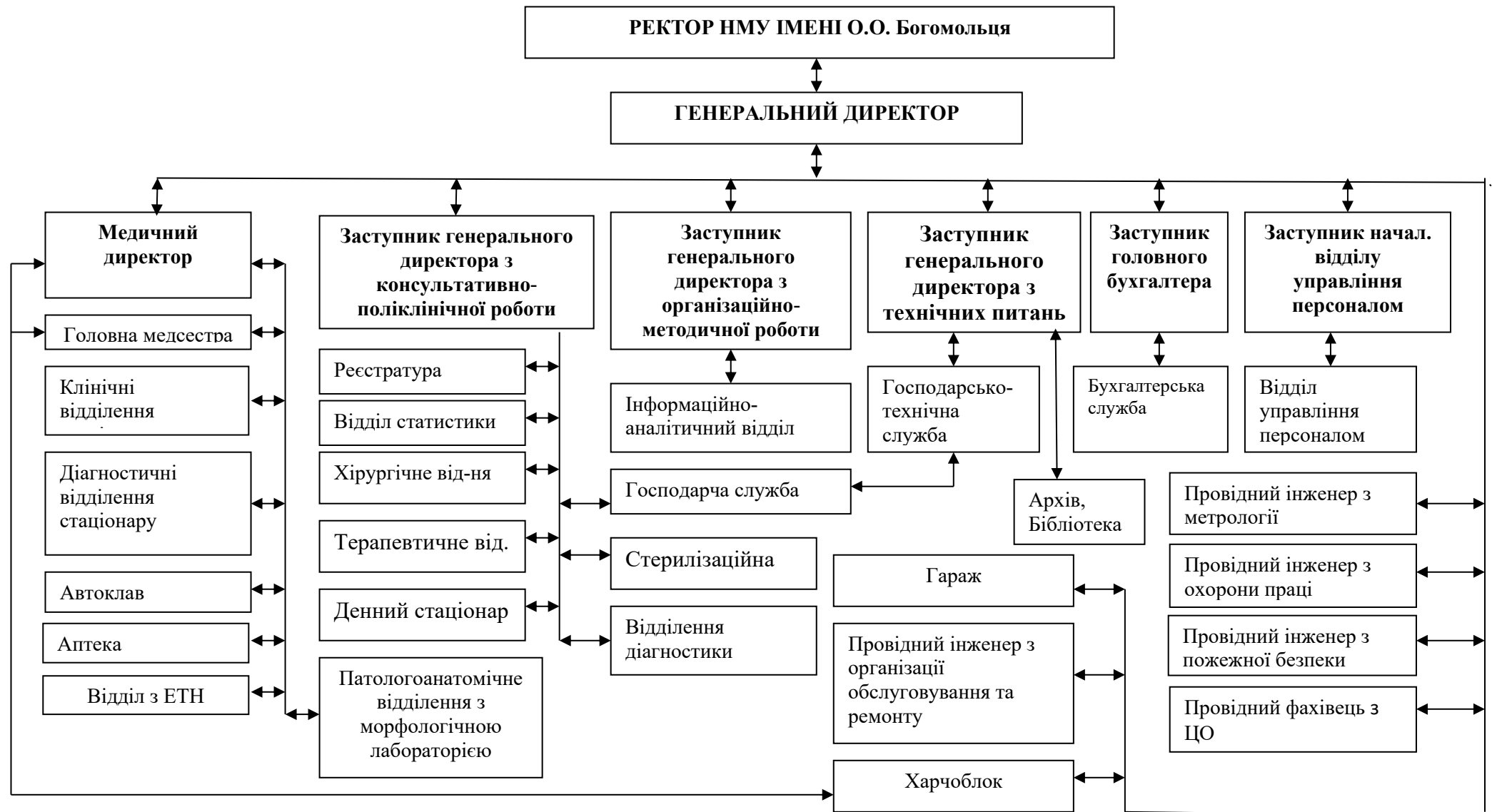


Рис. 4.1 — Схема організаційно-функціональної структури університетської клініки НМУ імені О.О. Богомольця на 2022 рік

Клініка включає такі відділення:

- Відділення хвороб терапевтичного та хірургічного профілів
- Неврологічне відділення
- Відділення анестезіології та інтенсивної терапії
- Клініко-діагностична лабораторія
- Відділення променевої, ультразвукової та функціональної

діагностики

- Відділення ендоскопічної діагностики та хірургії
- Патологоанатомічне відділення з морфологічною лабораторією
- Консультативно-діагностична поліклініка, де приймають лікарі

понад 25 спеціальностей [54].

З січня 2021 року працює відділення ендоскопічної діагностики та хірургії, де проводять діагностику шлунково-кишкового тракту з використанням сучасного обладнання OLYMPUS EXERA II. Проводяться первинні ендоскопічні діагностичні дослідження з відбором матеріалу для патогістологічного дослідження, яке виконується спеціалістами клініки. У разі підтвердження злоякісного новоутворення проводиться комплексне обстеження та онкоконсиліум для визначення подальшої тактики лікування. У клініці виконують як оперативне лікування, так і хіміотерапію, з можливістю імплантації порт-системи для її проведення [54].

Придбання електрохірургічного блоку BOWA ARC 400 дозволило виконати 206 малоінвазивних втручань (поліпектомії, EMR, зупинки кровотеч). До спектру хірургічних втручань додано онкологічні, офтальмологічні, ЛОР-операції та операції на судинах [54].

Вперше проведено операції:

- Лапароскопічна резекція кишківника
- Ендоскопічна ретроградна папілосфінктеротомія з літекстракцією
- Симультанні операції поліпектомії та операції на кишківнику
- Риносептопластика
- Факоемульсифікація катаракти з імплантацією ІОЛ

- Пангістеректомії з лімфодесекцією при онкопатології [36].

Лабораторія представлена такими відділами: загально-клінічний, гематологічний, біохімічний, імуно-серологічний, цитологічний, а також виконує ПЛР-дослідження на COVID-19. З березня 2021 року КДЛ працює в режимі 24/7 [54].

Впроваджено ендоскопічну хірургію та хірургію одного дня для пацієнтів з офтальмологічними, отоларингологічними та щелепно-лицевими патологіями. Анестезіологічна допомога вдосконалена завдяки сучасному обладнанню. Серед унікальних діагностичних методик – ергоспірометрія та черезстравохідна електрокардіостимуляція, що надають перевагу перед іншими клініками [54].

Університетська клініка НМУ ім. О.О. Богомольця, показники роботи за 2021-2023 рр.

Консультативно-діагностична поліклініка у 2023 році надала медичну допомогу 10973 дорослого населення. Планова потужність ЛПЗ становила 970 відвідувань за зміну, фактична – 1549. Таким чином, фактична потужність у 1,6 рази перевищувала планову.

Контингент, що обслуговується у консультативно-діагностичній поліклініці складається з співробітників центральних органів виконавчої влади, які не стоять на обліку Державного управління справами, судді усіх рівнів та члени їх сімей, а також пенсіонерів в минулому працівників Київського водно-транспортного вузла (КВТВ), ветеранів флоту, інвалідів ВВВ, учасників ліквідації ЧАЕС.

Лікарський прийом у КДП здійснюється за 25 спеціальностями: акушерство і гінекологія, гастроентерологія, дерматовенерологія, інфекційні хвороби, кардіологія, наркологія, неврологія, онкологія, організація і управління охороною здоров'я, ортопедія і травматологія, отоларингологія, офтальмологія, проктологія, психіатрія, психофізіологія, рентгенологія, рефлексотерапія, терапевтична стоматологія, терапія, ультразвукова

діагностика, урологія, функціональна діагностика, хірургія, професійна патологія, ендокринологія; за спеціальностями молодших спеціалістів з медичною освітою: акушерська справа, сестринська справа, рентгенологія (Ліцензія МОЗ від 16.09.2010 серії АВ № 565886).

Таблиця 4.1

Характеристика відвідувань у КДП 2021-2023 рр.

Показник	2021	2022	2023	Тпр, у %
Кількість відвідувань всього (абс)	64407	29196	35555	-44,8
Кількість відвідувань на 1-го жителя	5,1	4,8	4,4	-13,7
Питома вага профілактичних відвідувань (%)	30,4	31,4	28,3	-6,9
Питома вага профілактичних відвідувань з приводу захворювань (%)	67,9	67,0	69,9	2,9

Згідно характеристики відвідувань за три роки вони знизились на 44,8 %. (Табл. 4.1) У 2023 р дві третини відвідувань склали звернення з приводу захворювань, а 28,3 % профілактичні відвідування.

Таблиця 4.2

Показник структури звернень до спеціалістів КДП у 2022-2023 рр. (у %)

Спеціалісти	2023 р. %	2022 р. %
1	2	3
Лікарі терапевти	18,13	20,59
Вузькопрофільні спеціалісти	45,08	40,05
З них		
Кардіологічний кабінет	5,64	5,71
Офтальмологічний кабінет	8,39	5,41
Неврологічний кабінет	8,9	9,08
Гастроентерологічний кабінет	1,57	1,14
Дерматологічний кабінет	7,87	4,85
Кабінет інфекційних хвороб	5,44	6,05
Кабінет психіатрії і наркології	6,12	6,8
Фтизіо-пульмонологічний кабінет	0,1	0,27

Продовження таблиці 4.2

1	2	3
Кабінет ендокринології	1,07	0,63
Всього по терапевтичному відділенню	63,21	60,64
Лікарі хірурги	11,56	9,58
Отоларингологічний кабінет	7,07	6,85
Гінекологічний кабінет	17,17	22,92
Всього по хірургічному відділенню :	35,8	39,36
Лікар фізичної та реабілітаційної медицини	0,89	-
Психотерапевт	0,1	-
Всього спеціалістами	100	100

Згідно таблиці 4.2 видно, що значну кількість у структурі прийому КДП займає терапевтичне відділення (63,21 % від загальної кількості).

Хірургічне відділення — 35,8 %. Переважне місце в прийомі терапевтичного відділення займає прийом вузькопрофільних спеціалістів — 45,08 %, лікарі терапевти — 18,13 %. В хірургічному відділенні прийом лікарями хірургами — 11,56 %, більш високий відсоток у гінекологічного кабінету — 17,17 %, оториноларингологічний кабінет — 7,07 %. Слід зазначити відсутність онкологічного та урологічного прийомів.

З таблиці 4.3 видно, що план профілактичних відвідувань у 2023 р. виконаний на 100 %, у той час як питома вага жінок оглянутих з цитологічним обстеженням серед жінок, які підлягали обстеженню тільки 58,5 %.

Таблиця 4.3

Характеристика профілактичної роботи КДП УК

Показник	2021	2022	2023
1	2	3	4
Кількість осіб, які підлягали профоглядам (абс)	3118	1573	2004
Кількість осіб оглянутих в порядку профогляду (абс)	5139	1542	2004

Продовження таблиці 4.3

1	2	3	4
Виконання плану профоглядів (у %)	164,0	98,0	100
Виконання плану флюорографічних оглядів (у %)	98	97	96
Питома вага жінок оглянутих з цитологічним обстеженням серед жінок, які підлягали обстеженню (у %)	6644/68,3%	1177/30,6%	3346/58,5%

У той же час виконання плану флюорографічних оглядів склало 96 %.

Таблиця 4.4

Характеристика роботи гінекологічний кабінет КДП УК

Показник	2021р.	2022 р.	2023 р.
Кількість оглянутих жінок	9 717	6 609	5 723
Кількість цитологічних досліджень	6 644	3 644	3 346
Взято на облік вагітних	68	55	31

З таблиці 4.4 видно, що в 2023 р у порівнянні з 2021 р кількість оглянутих жінок снизилось на 58,8 %, кількість цитологічних досліджень на 50 %, взято на облік вагітних менше на 45,6 %.

Таблиця 4.5

Види госпіталізацій за 2023 рік (екстрена та планова)

Відділення	Консультативно-діагностична поліклініка		Кафедри НМУ О.О.Богомольця		ЕМД		Сімейні лікарі		Самозвернення		Завідувачі відділень		Лікарі відділення		Всього проліковано
	К-ть	%	К-ть	%	К-ть	%	К-ть	%	К-ть	%	К-ть	%	К-ть	%	К-ть
Хвороб терапевтичного профілю	207	15,3%	58	4,3%	606	44,7%	86	6,3%	326	24,0%	31	2,3%	43	3,2%	1357
Хвороб хірургічного профілю	32	2,0%	371	23,4%	650	41,0%	84	5,3%	39	2,5%	174	11,0%	236	14,9%	1586
Неврологічне	119	18,4%			122	18,8%	29	4,5%	212	32,7%	144	22,2%	22	3,4%	648
Всього	358	10,0%	429	11,9%	1378	38,4%	199	5,5%	577	16,1%	349	9,7%	301	8,4%	3591

За результатами дослідження видів госпіталізації до стаціонару УК виявилось, що відсоток госпіталізованих за направленням сімейних лікарів склав 5,5 %. (Табл. 4.5)

Таблиця 4.6

Характеристика роботи рентгенологічного кабінету КДП 2021-2023 рр.

Показник	2021	2022	2023	Тпр у%
Кількість рентгенологічних досліджень (абс)	1 264	874	682	-46,04
Кількість рентгенологічних досліджень на 100 амбулаторних відвідувань	1,96	2,99	1,92	-2,04
Кількість рентгенологічних досліджень на 1 000 дорослого населення	45,27	35,32	31,42	-30,59
Кількість флюорографічних досліджень (абс)	3 549	981	1 859	-47,62
Кількість флюорографічних досліджень на 1000 дорослого населення	5,51	3,36	5,22	-5,26
Кількість флюорографічних досліджень на 1000 дорослого населення.	127,12	39,32	85,66	-32,61
Середня кількість рентгенологічних досліджень на 1 діючий апарат	2,5	1,7	1,3	-48
Середня кількість рентгенологічних досліджень на 1 зайняту посаду лікаря-рентгенолога	5	3,4	2,6	-48

З таблиці 4.6 видно, що кількість рентгенологічних досліджень за 2 рока впало на 46,04 %, кількість флюорографічних досліджень на 47,62 %, середня кількість рентгенологічних досліджень на 1 зайняту посаду лікаря-рентгенолога на 48 %.

Таблиця 4.7

Характеристика роботи кабінету ультразвукової діагностики у КДП

Показник	2021	2022	2023	Тпр, у %
Кількість ультразвукових досліджень (абс)	1 115	1098	2 081	86,64
Кількість ультразвукових досліджень на 100 амбулаторних відвідувань	1,73	3,76	5,85	238,15
Кількість ультразвукових досліджень на 1 000 дорослого населення	39,94	44,38	95,89	140,09
Структура УЗД досліджень:				
- органів черевної порожнини (абс/%)		23,4	26,95	15,17
- гінекологічних (абс/%)		25	18	-28
Середнє навантаження на 1 діючий апарат УЗД	4,5	4,2	2	-52,4
Середнє навантаження на одну зайняту посаду лікаря УЗД	4,5	4,2	6,4	52,4

З таблиці 4.7 видно, що кількість УЗ досліджень за останні 2 роки виросла на 86,64 %, Середнє навантаження на одну зайняту посаду лікаря УЗД виросла на 52,4 %.

Таблиця 4.8

Характеристика роботи кабінету функціональної діагностики у КДП

Показник	2021	2022	2023	Тпр, у %
Кількість функціональних досліджень(абс)	6 930	2 638	3 839	-44,6
Кількість функціональних досліджень на 100 амбулаторних відвідувань	10,75	9,035	10,79	0,37
Кількість функціональних досліджень на 1 000 дорослого населення	248,23	106,63	176,91	-28,73
Кількість ЕКГ досліджень	6 265	2 226	3 273	-47,76
Кількість ЕКГ на 100 амбулаторних відвідувань	9,72	7,62	9,2	-5,35
Кількість ЕКГ на 1 000 дорослого населення	224,41	89,97	150,82	-32,79
Питома вага ЕКГ серед усіх функціональних досліджень (%)	90,4	84,38	85,26	-5,69

З таблиці 4.8 видно що кількість функціональних досліджень зменшилась на -44,6 %. Кількість ЕКГ досліджень на -47,76 %, а кількість ЕКГ на 1 000 дорослого населення -32,79 %.

Таблиця 4.9

Характеристика діагностичних відділень КДП та стаціонар (УЗ – дослідження)

Показник	2021	2022	2023	Тпр, у %
1	2	3	4	5
Кількість ультразвукових досліджень (абс)	6211	5269	10316	66,09
Кількість ультразвукових досліджень на 100 амбулаторних відвідувань	6,3	6,8	8,1	28,6
Кількість ультразвукових досліджень на 1 000 дорослого населення	303,5	306,4	326,0	7,4
Структура УЗ досліджень:				

Продовження таблиці 4.9

1	2	3	4	5
- органів черевної порожнини (абс)	1845	1588	2486	34,74
- гінекологічних (абс)	502	253	121	-75,9
нирок -	1857	1652	2597	39,85
-щитоподібної залози	847	883	1955	130,81
-ехокардіографії	621	441	1147	84,7
- серця (абс/%)	231/3,2	359/4,9	3366/4,3	
Середнє навантаження на 1 діючий апарат УЗД	621	658,6	2063	232,21
Середнє навантаження на одну зайняту посаду лікаря УЗД	2070	1786	5158	149,18

З таблиці 4.9 видно, що темп приросту гінекологічних діагностичних досліджень -75,9(негативна динаміка).

Таблиця 4.10

Характеристика роботи кабінетів функціональної діагностики КДП та стаціонар

Показник	2021	2022	2023	Тпр, у%
Кількість функціональних досліджень (абс)	10549	6720	10416	-52,9
Кількість функціональних досліджень на 100 амбулаторних відвідувань	11,1	5,5	6,2	-44,1
Кількість функціональних досліджень на 1 000 дорослого населення	534,1	249,4	249,8	-53,2
Кількість ЕКГ досліджень	8720	5926	9100	-32,7
Кількість ЕКГ на 100 амбулаторних відвідувань	2,6	1,8	2,0	-23,1
Кількість ЕКГ на 1 000 дорослого населення	131,4	87,5	87,6	-33,3
Питома вага ЕКГ серед усіх функціональних досліджень (%)	82,7	88,2	87,3	5,56

З таблиці 4.10 видно, що темп приросту всіх показників був негативний, особливо кількість функціональних досліджень більш ніж на 50 %.

Університетська клініка НМУ ім. О.О. Богомольця

Стационарне відділення

Стационарне відділення університетської клініки розраховано на 195 ліжок; відділення хвороб терапевтичного профілю (ВХТП) — 100 ліжок; відділення хвороб хірургічного профілю (ВХХП) — 45 ліжок; неврологічне відділення — 50 ліжок.

Таблиця 4.11

Кількість пролікованих хворих за 2021 -2023 рр.

Відділення	ліжка	2023 рік		2022 рік		2021 рік	
		План	Факт	План	Факт	План	Факт
Хвороб терапевтичного профілю	100	3310	1357	3313	943	2125	666
Хвороб хірургічного профілю	45	2736	1586	2737	1178	1369	863
Неврологічне	50	1216	549	1216	563	1065	519
Стационар	195	7280	3492	7266	2644	4559	2051

З таблиці 4.11 видно, що кількість фактично пролікованих хворих від запланованих щорічно знижується і це вимагає детальнішого аналізу для оцінки даного явища.

Таблиця 4.12

Середня тривалість перебування хворого на ліжку (у днях)

Відділення	Ліжка	2023 рік		2022 рік		2021 рік	
		План	Факт	План	Факт	План	Факт
Хвороб терапевтичного профілю	100	10,0	9,6	10,0	10,5	15,0	9,2
Хвороб хірургічного профілю	45	5,6	7,0	5,0	6,2	8,9	4,0
Неврологічне	50	14,0	10,1	14,0	12,3	15,0	12,9
Стационар	195	9,1	8,5	8,8	9,0	13,2	8,1

З таблиці 4.12 видно, що кількість днів фактичного перебування хворих на ліжку від запланованих щорічно знижується, окрім хірургічних пацієнтів через переважання контингенту поранених.

4.2. Характеристика організації надання медичної допомоги у КДП УК за матеріалами анкетування пацієнтів

У 2024 р. у консультативно-діагностичної поліклініки (КДП) університетської клініки (УК) НМУ імені О. О. Богомольця за спеціально розробленою програмою вивчено задоволеність пацієнтів з метою подальшого використання матеріалів даного дослідження для прийняття управлінських рішень щодо вдосконалення її діяльності.

Перш ніж приступити до медико-соціологічного дослідження, здійснено вивчення наявних опублікованих інформаційних джерел з відповідними розробками та проведено медико-критичний аналіз структур запропонованих анкет [59].

Медико-соціологічне дослідження здійснювалось шляхом анкетування пацієнтів, які звернулися до КДП (409 пацієнтів). Вибірка були якісно та кількісно репрезентативна. Анкети заповнювалися респондентами анонімно. Опитування пацієнтів проводилось за спеціально розробленою анкетою, яка містила 17 питань і 52 підпитань.

Цільові запитання цього інструменту дослідження дозволяють оцінити рівень довіри респондентів до клініки, лікарів із питань організації лікування та профілактики хвороб, внесок лікаря у поінформованість пацієнтів із питань запобігання хворобам.

Результати дослідження дозволили визначити статеві-віковий склад пацієнтів КДП, здійснити порівняльний аналіз їх розподілу за соціальним, матеріальним, станом, освітою, а також вивчити їх задоволеність одержаною у КДП медичною допомогою. Основні результати анкетування респондентів представлені у таблиці 4.13.

Таблиця 4.13

**Результати анкетування пацієнтів, які звернулися до КДП
університетської клініки.**

№ п/п	Питання	Варіант відповідей	Результати опитування пацієнтів в УК	
			Абс. n=409	P±m %
1	2	3	4	5
1	Ваша стать?	1. 1. – чоловік	173	42,3±2,4
		1.2. – жінка	236	57,7±2,4
2	Ваш вік?	2.1. - 18 - 30 років	49	11,9±1,6
		2.2. – 31 - 59 років	206	50,3±2,5
		2.3. – 60 років і старше	155	37,8±2,4
3	Ваша освіта?	3.1.- вища	184	45,1±2,5
		3.2. - середня спеціальна	166	40,6±2,4
		3.3. - середня	52	12,7±1,6
		3.4. – початкова	7	1,6±0,6
4	Ваш вид діяльності за останні 12 місяців?	4.1. робітник	45	11,0±1,5
		4.2. працівники офісів	135	32,9±2,3
		4.3. підприємець	62	15,2±1,8
		4.4. безробітний	20	4,8±1,1
		4.5. домогосподарка	43	10,6±1,5
		4.6. пенсіонер	47	11,5±1,6
		4.7 студент	38	9,3±1,4
		4.8. інший вид діяльності	19	4,7±1,0
5	Ким Ви були направлені до УК?	6.1. лікарем	90	21,9±2,0
		6.3. звернувся самотійно	42	10,2±1,5
		6.4.Співробітником кафедри НМУ	45	11,0±1,5
		6.5. Як закріплений за УК	233	56,9±2,4

1	2	3	4	5
6	Скільки часу Ви витратили в очікуванні прийому лікаря?	7.1. - до 15 хвилин	142	34,6±2,4
		7.2. - від 15 до 30 хвилин	172	42,1±2,4
		7.3. від 30 до 60 хвилин	68	16,7±1,8
		7.4. не очікував	27	6,6±1,2
7	Чи є у УК наявність лікарів, які за фахом можуть надати медичну допомогу при Вашому захворюванні?	8.1. так	261	63,8±2,4
		8.2. ні	148	36,2±2,4
8	Чи є можливість бути обстеженим у визначеному лікарем обсязі?	9.1. так	187	45,8±2,5
		9.2. ні	222	54,2±2,5
9	Ви задоволені якістю наданої медичної допомоги?	10.1. так	192	46,9±2,5
		10.2. не зовсім	115	28,1±2,2
		10.3. ні	102	25,0±2,1
10	Ви задоволені графіком роботи лікарів?	11.1. так	201	49,2±2,5
		11.2. ні	208	50,8±2,5
11	Ви задоволені роботою реєстратури?	12.1. так	236	57,7±2,4
		12.2. ні	173	42,3±2,4
12	Ви задоволені ставленням до вас персоналу?	13.1. так	315	77,1±2,1
		13.2. не зовсім	82	20,1±2,0
		13.3. ні	11	2,8±0,8
13	Чи знайомив вас лікар з шляхами і методами профілактики Вашого захворювання?	14.1. так	209	51,0±2,5
		14.2. ні	200	49,0±2,5
14	Чи влаштовує Вас рівень сервісу кабінетів, естетика оформлення УК?	15.1. – так	240	58,6±2,4
		15.2. - ні	169	41,4±2,4
15	Наскільки комфортні умови перебування в стаціонарі?	16.1 -задовільні	252	61,7±2,4
		16.2. - не зовсім	157	38,3±2,4
16	Чи звернитесь ли Ви повторно(при необхідності)до УК з метою обстеження та лікування?	17.1. - обов'язково	177	43,2±2,4
		17.2 - ймовірно	157	38,4±2,4
		17.3.- ні	75	18,4±1,9
17	Чи рекомендуєте Ви своїм родичам чи колегам Вашого лікаря та УК в цілому?	18.1. - так	151	36,9±2,4
		18.2 - ймовірно	178	43,4±2,5
		18.3.- ні	81	19,7±2,0

Встановлено, що серед пацієнтів КДП, переважали жінки — $57,7 \pm 2,4$ %. Питома вага вікової групи 18–30 років складала $11,9 \pm 1,9$ %; 31–59 років – $50,3 \pm 2,4$ %, а старші працездатного віку (60 і більше) – $37,8 \pm 2,3$ %.

При проведенні дослідження важливе значення має освітній рівень опитаних, від якого у значній мірі залежить санітарна культура, медична активність респондентів, а також їх задоволеність наданою медичною допомогою. Частка осіб, які мали вищу освіту, складала $45,1 \pm 2,4$ %. Вагомою була також питома вага осіб, які мали спеціальну середню освіту — $40,6 \pm 2,3$ %.

За видом своєї діяльності респонденти розділилися так: $32,9 \pm 2,3$ % працівники офісів; $15,2 \pm 1,8$ % підприємці; $11,5 \pm 1,6$ % пенсіонери; $11,0 \pm 1,5$ % робітники; $10,6 \pm 1,5$ % домогосподарки; $9,3 \pm 1,4$ % студенти и менше $5 \pm 1,0$ % безробітні та особи інших видів діяльності.

Важливою складовою ефективної організації діагностичне - лікувального процесу у закладах охорони здоров'я є скоординована взаємодія лікарів загальної практики-сімейної медицини та лікарів вузьких спеціальностей. Згідно діючих на сьогодні нормативних документів, пацієнти мають бути спрямовані до лікарів вузьких спеціальностей лікарями загальної практики-сімейної медицини або бути прикріпленими до цього ЛПЗ.

За результатами нашого дослідження, переважна більшість — $56,9 \pm 2,4$ % респондентів звернулась до комунального КДЦ як прикріплені; $21,9 \pm 2,0$ % за направленням лікаря загальної практики-сімейної медицини; $10,2 \pm 1,5$ % звернувся самостійно и $11,0 \pm 1,5$ % направлені співробітником кафедри НМУ.

Актуальною проблемою в амбулаторній медичній допомозі є організація прийому таким чином, щоб пацієнти не очікували у черзі тривалий час перед кабінетом лікаря. Дослідження показало, що витрати часу пацієнтів на очікування прийому різняться — $34,6 \pm 2,4$ % пацієнтів очікували на прийом лікаря до 15 хв.; $42,1 \pm 2,4$ % до 30 хв.; $16,7 \pm 1,8$ % до 60 хвилин. Організація

прийому вимагає координації. т. к. очікування на прийом від 30 до 60 хвилин і більше не допустимо.

Переважає більшість пацієнтів $63,8 \pm 2,4 \%$ змогла отримати консультацію лікарів усіх необхідних спеціальностей. Значна частина пацієнтів $36,2 \pm 2,4 \%$ не змогла отримати необхідні консультативні послуги через відсутність лікарів необхідних спеціальностей у ЛПЗ.

Пройти обстеження у визначеному лікарем обсязі у КДП змогли тільки $45,8 \pm 2,5 \%$ опитаних. Це свідчить про те, що не всіма діагностичними методиками та обладнанням КДП оснащена. Задоволені якістю наданої медичної допомоги було $46,5 \pm 2,5 \%$ пацієнтів. Графік роботи лікарів задовольняє $50,8 \pm 2,5 \%$ пацієнтів. Задоволені організацією роботою реєстратури $57,7 \pm 2,4 \%$ пацієнтів. Задоволені ставленням персоналу до пацієнтів $77,1 \pm 2,0 \%$.

Наведені дані свідчать, що існуючі в КДП графіки роботи лікарів та якість послуг, що надаються, не зовсім задовольняють пацієнтів.

Вітчизняними та зарубіжними дослідниками доведено, що одним із ефективних методів збереження здоров'я є профілактика захворювань. Методи вторинної профілактики захворювань повинні широко використовуватися для багатьох груп пацієнтів. У даному дослідженні $51,0 \pm 2,5 \%$ пацієнтів відзначили, що лікар їх знайомив з методами профілактики захворювання.

Рівень сервісу в кабінетах, естетичне оформлення відділень впливають на психологічний настрій пацієнтів. У нашому дослідженні рівень сервісу кабінетів, естетика оформлення КДП влаштовує $58,6 \pm 2,4 \%$ пацієнтів, а естетичні умови перебування у стаціонарі задовольнили $61,7 \pm 2,4 \%$.

$43,2 \pm 2,4 \%$ пацієнтів, що були опитані, відповіли, що звертатися до КДП за необхідності будуть обов'язково, а $38,4 \pm 2,4 \%$ ймовірно. Будуть рекомендувати УК своїм родичам чи колегам $36,9 \pm 2,4 \%$ обов'язково, а $43,4 \pm 2,5 \%$ ймовірно.

Для аналізу зв'язку ризику не високої прихильності до отримання допомоги в УК за питанням «Чи рекомендуєте Ви своїм родичам чи колегам

Вашого лікаря та УК в цілому?» з факторними ознаками використано метод побудови та аналізу моделей логістичної регресії. Результуюча ознака приймала значення $Y=1$ («не висока імовірність рекомендації УК родичам чи колегам», 81 анкетованих) або $Y=0$ («вкрай імовірно рекомендації УК родичам чи колегам», 151 анкетований). У якості факторних ознак аналіз проводився для 5 ознак: Хто направив на лікування до Університетської клініки, вік, стать, рівень освіти, соціальна належність.

У таблиці 4.14 наведено результати аналізу.

При проведенні аналізу виявлено зростання ($p=0,013$) ризику не високої імовірності рекомендації УК з віком анкетованого, ВШ = 1,85 (95% ВІ 1,14 – 3,02) на кожну вікову градацію. Виявлено також зростання ($p=0,040$) ризику не високої імовірності рекомендації УК із зниженням освітнього рівня анкетованого, ВШ = 1,50 (95% ВІ 1,02 – 2,20) на кожен рівень.

Таблиця 4.14

Коефіцієнти однофакторних моделей логістичної регресії прогнозування ризику не високої імовірності рекомендації Університетської клініки

Факторна ознака		Значення коефіцієнт у моделі, $b \pm m$	Рівень значимості відмінності від 0	Показник ВШ (95% ВІ)
Хто направив	Лікар	Референтний		
	Співробіт-ник кафедри	-0,69±0,61	0,260	–
	самозвернення	0,07±0,35	0,838	–
	Закріплений за УК	0,52±0,41	0,203	–
Стать	Чоловік	Референтний		
	Жінка	0,31±0,29	0,275	–
Вік		0,62±0,25	0,013	1,85 (1,14 – 3,02)
Освіта		0,40 ± 0,20	0,040	1,50 (1,02 – 2,20)
Соціальна належність	Робітник	Референтний		
	Служб.	-0,04±0,44	0,922	–
	Працівники офісів	-0,01±0,62	0,981	–
	Безробітний, пенсіонер, студент, домогосподарка	0,52±0,40	0,193	–
	підприємець	-0,20±1,27	0,877	–
	Інші	0,21±0,84	0,803	–

Для аналізу зв'язку ризику не високої прихильності до отримання допомоги в УК за питанням «Наскільки комфортні умови перебування в стаціонарі?» з факторними ознаками використано метод побудови та аналізу моделей логістичної регресії. Результуюча ознака приймала значення $Y=1$ (Оцінка «не зовсім», 157 анкетованих) або $Y=0$ (Оцінка «задовільно», 252 анкетований). У якості факторних ознак аналіз проводився для 5 ознак: хто направив на лікування до Університетської клініки, вік, стать, рівень освіти, соціальна належність.

У таблиці 4.15 наведені результати аналізу.

Таблиця 4.15

Коефіцієнти однофакторних моделей логістичної регресії прогнозування ризику не високої задоволеності комфортом

Факторна ознака		Значення коефіцієнту моделі, $b \pm m$	Рівень значимості відмінності від 0	Показник ВІІ (95% ВІ)
Хто направив	Лікар	Референтний		
	Співробіт-ник кафедри	$-0,01 \pm 1,19$	0,994	—
	самозвернення	$1,53 \pm 0,59$	0,002	4,63 (1,75 – 12,2)
	Закріплений за УК	$0,98 \pm 0,61$	0,108	—
Стать	Чоловік	Референтний		
	Жінка	$-0,34 \pm 0,42$	0,424	—
Вік		$-0,49 \pm 0,35$	0,167	—
Освіта		$0,11 \pm 0,59$	0,695	—
Соціальна належність	Робітник	Референтний		
	Служб.	$-0,28 \pm 0,65$	0,661	—
	Працівни-ки офісів	$0,39 \pm 0,80$	0,626	—
	Безробіт-ний, пен-сіонер, студент,домого сподарка	$-0,38 \pm 0,60$	0,527	—
	підприємець	$2,55 \pm 1,32$	0,053	—
	Інші	$0,06 \pm 1,18$	0,957	—

При проведенні аналізу виявлено зростання ($p=0,002$) ризику не високої задоволеності комфортом при самозверненні, ВШ = 4.63 (95% ВІ 1,75 – 12,2) у порівнянні із направленням лікарем.

Проведене медико-соціологічне дослідження дозволило провести аналіз і дати характеристику стану організації спеціалізованої амбулаторної допомоги дорослому населенню м. Києва у КДП УК.

Результати проведеного дослідження показали, що в умовах скорочення фінансових можливостей КДП, скорочення витрат держави на спеціалізовану медичну допомогу загострюються проблеми доступності та якості медичної допомоги та не повністю забезпечуються сучасні потреби населення. Результати проведеного медико-соціологічного дослідження порівняні з результатами аналогічних досліджень інших авторів подібні медико-соціологічні опитування здійснено в 2003, 2005 та 2007 роках у восьми Голландських академічних лікарнях. Для цього було розроблено спеціальну «основну анкету для оцінки задоволеності пацієнтів», яка дала можливість провести порівняльний аналіз результатів і виявити можливості для вдосконалення ресурсного потенціалу клінік [169].

Проведене дослідження дозволило провести аналіз і дати характеристику стану організації спеціалізованої допомоги дорослому населенню м. Києва у КДП УК.

Результати проведеного дослідження показали, що в умовах скорочення фінансових можливостей КДП, скорочення витрат держави на спеціалізовану допомогу загострюються проблеми доступності та якості медичної допомоги та не повністю забезпечуються сучасні потреби населення.

4.3. Основні аспекти організації КДП за результатами медико-соціологічного опитування лікарів

Вивчення думки лікарів щодо проблем та можливості удосконалення організації медичної допомоги та розвитку КДП є необхідною умовою для здійснення науково обґрунтованої управлінської діяльності у системі УК, як

однією зі складових для обґрунтування нових організаційних форм і методів роботи.

У 2024 р. у м. Києві за спеціально розробленою програмою проведене анонімне опитування лікарів КДП щодо стану організації, проблем та перспектив удосконалення медичної допомоги з метою здійснення аналізу стану організації медичної допомоги, виявлення основних організаційних проблем і перспектив розвитку КДП.

Медико-соціологічне дослідження здійснювалось шляхом анкетування 101 лікаря КДП. Анкети заповнювались респондентами анонімно. Опитування лікарів проводилось за спеціально розробленою анкетою, яка містила 12 питань і 46 підпитання (Табл. 4.16).

Статистична обробка матеріалів дослідження передбачала використання методів статистичного групування, табличного зведення, аналізу абсолютних і відносних рядів розподілу, оцінку статистичної достовірності відмінностей результатів соціологічного опитування респондентів у комунальних і приватних КДЦ.

Аналіз статево-вікового складу опитаних лікарів (Табл. 4.16) показав, що серед лікарів КДП $38,4 \pm 4,8$ % становили чоловіки і $61,6 \pm 4,8$ % – жінки.

Віковий склад опитаних був наступним: у віці до 30 років – $25,8 \pm 4,4$ %, у віці 31 до 59 років – $61,4 \pm 4,8$ %, 60 років і старші – $12,8 \pm 3,3$ %. Стаж роботи до 5 років мали $24,7 \pm 4,3$ % респондентів. Стаж от 5 до 15 років мали $62,5 \pm 4,8$ % лікарів, понад 15 років, $12,8 \pm 3,3$ % лікарів. Вищу кваліфікаційну категорію мали $40,5 \pm 4,9$ % респондентів, $9,1 \pm 2,9$ % — першу і $10,8 \pm 3,1$ % — другу, $39,6 \pm 4,9$ % лікарів не мали жодної категорії.

Таблиця 4.16

**Результати анкетування лікарів, які працюють у КДП
УК НМУ**

№ з/п	Запитання	Варіанти відповіді	Результати опитування лікарів	
			Абс. n=101	P%±m %
1	2	3	4	5
1	Ваша стать?	1.1. чоловіча	39	38,4±4,8
		1.2. жіноча	62	61,6±4,8
2	Ваш вік?	2.1. до 30 років	26	25,8±4,4
		2.2. від 31 до 59	62	61,4±4,8
		2.3. 60 та більше	13	12,8±3,3
3	Ваш загальний лікарський стаж роботи?	3.1. до 5 р.	25	24,7±4,3
		3.2. 5-15 р.	63	62,5±4,8
		3.3. понад 15р.	13	12,8±3,3
4	Ваша кваліфікаційна категорія за спеціальністю?	4.1. вища	41	40,5±4,9
		4.2. перша	9	9,1±2,9
		4.3. друга	11	10,8±3,1
		4.4. без категорії	40	39,6±4,9
5	Як Ви оцінюєте систему оплати праці, що діє у Вашому закладі?	5.1. позитивно	32	31,8±4,6
		5.2. негативно	58	57,8±4,9
		5.3. важко відповісти	11	10,4±3,0
6	Як Ви оцінюєте умови праці (управлінський регламент та адміністративні впливи)?	6.1. позитивно	50	49,6±5,0
		6.2. негативно	39	38,2±4,8
		6.3 важко відповісти	12	12,2±3,3
7	Чи необхідні, на Вашу думку, організаційні зміни у закладі, спрямовані на ?	7.1 оновлення медичного обладнання, матеріалів, інструментів;	88	87,6±3,3
		7.3 підвищення якості медичної допомоги	58	57,5±4,9

Продовження таблиці 4.16

1	2	3	4	5
8.	Для забезпечення якості надання медичної допомоги:			
8.1	Чи має Ваш кабінет медичне обладнання та матеріали, що відповідають сучасному науково-технічному рівню?	Так	23	22,4±4,1
		Ні	71	70,6±4,5
		важко відповісти	7	7±2,5
8.2	Чи є позитивна динаміка в оснащенні закладу сучасним діагностично -лікувальним обладнанням (щорічна) ?	Так	20	19,8±4,0
		Ні	72	71±4,5
		важко відповісти	9	9,2±2,9
8.3	Чи є у вашому відділенні механізми матеріальної зацікавленості лікарів з метою підвищення якості обслуговування пацієнтів?	Так	13	12,8±3,3
		Ні	88	87,2±3,3
8.4	Чи введено у вашому відділенні систему моніторингу якості медичної допомог?	Так	16	15,9±3,6
		Ні	61	60,4±4,9
		важко відповісти	24	23,7±4,2
9.	Для підвищення Вашої кваліфікації			
9.1	Чи маєте Ви систематичну інформацію про нові методи лікування, діагностики та лікарські препарати, фармацевтичні новини з провідних наукових установ?	Так	7	6,7±2,5
		Ні	83	82,5±3,8
		важко відповісти	11	10,8±3,1
9.2	Чи проходили ви курси підвищення кваліфікації ?	так	28	27,9±4,5
		Ні	73	72,1±4,5
9.3	Чи читаєте ви медичну літературу за фахом ?	так	40	39,5±4,9
		Ні	61	60,5±4,9
9.4	Чи брали ви участь у конференціях, відеоконференціях ?	так	18	17,5±3,8
		Ні	83	82,5±3,8
9.5	Чи брали ви участь у наукових семінарах і симпозіумах ?	так	12	11,6±3,2
		Ні	89	88,4±3,2

Продовження таблиці 4.16

1	2	3	4	5
10	Чи є у вашому відділенні для вас можливість кар'єрного зростання?	Так	9	8,9±2,8
		Ні	92	91,1±2,8
11.	Чи створена у вашому колективі сприятлива атмосфера для роботи?	Так	53	52±5,0
		Ні	48	48±5,0
12.	Чи влаштує Вас кваліфікація середнього медичного персоналу, який працює з вами?	Так	70	68,9±4,6
		Ні	31	31,1±4,6

У результаті проведеного дослідження було узагальнено думку лікарів щодо організації роботи консультативно-діагностичної поліклініки. Так позитивно оцінили умови праці у КДП 49,6±5,0 % лікарів, водночас 38,2±4,8 % охарактеризували їх негативно.

Досить серйозними проблемами, на думку лікарів КДП, були: наявність сучасного медичного обладнання та матеріалів так 70,6±4,5 % респондентів вважають, що на їхньому робочому місці немає необхідного сучасного обладнання. Також 71±4,5 % респондентів не спостерігає позитивної динаміки в оснащенні КДП сучасним діагностично-лікувальним обладнанням.

Наступна проблема – це відсутність у персоналу з комунальних КДЦ економічної мотивації праці, наявності механізмів матеріальної зацікавленості лікарів з метою підвищення якості обслуговування пацієнтів (на думку 87,2±3,3 % опитаних лікарів). Низький рівень оплати праці медичних працівників. Систему оплати праці у КДП негативно оцінили 57,8±4,9 % лікарів.

Відсутність системи моніторингу якості медичної допомог у КДП відзначили 60,4±4,9 % респондентів.

Досить серйозними проблемами у охороні здоров'я є питання підвищення кваліфікації медичного персоналу.

Систематичну інформацію про нові методи лікування, діагностики та лікарські препарати, фармацевтичні новини з провідних наукових установ на думку $82,5 \pm 1,9$ % лікарів КДП вони не отримують. $72,1 \pm 1,9$ % лікарів КДП не проходили курси підвищення кваліфікації. $60,5 \pm 2,4$ % не читають медичну літературу за фахом. $82,5 \pm 3,8$ % не брали ви участі у наукових конференціях.

$91,1 \pm 2,8$ % вважають, що в КДП у них не можливостей кар'єрного зростання. У той же час $52,0 \pm 5,0$ % вважають, що у колективі КДП створена сприятлива атмосфера для роботи. $68,9 \pm 4,6$ % респондентів влаштовує кваліфікація середнього медичного персоналу, який працює з ними.

4.4. Вивчення думки студентів 6 курсу НМУ імені О. О. Богомольця, щодо стану організації їх підготовки в університетській клініці

Галузь охорони здоров'я вимагає сьогодні підготовки висококваліфікованих лікарських кадрів на основі наукового підходу до процесу навчання з урахуванням останніх наукових досягнень, організації клінічної підготовки на сучасному медичному обладнанні та сучасних методик.

Соціологічне дослідження та аналіз його матеріалів дозволяють зрозуміти якість професійної підготовки студентів як майбутніх спеціалістів.

Метою даного соціологічного дослідження було одержати соціологічну оцінку стану організації підготовки студентів у УК.

Соціологічне дослідження проведене за спеціально розробленою програмою, яка передбачала вивчення думки студентів щодо організації їх навчання на базі КДП, а також з'ясування думки студентів щодо проблем та можливостей удосконалення їх підготовки.

Дослідження охопило репрезентативну вибірку, яка включала 407 студентів шостих курсів, що навчались на базі КДП у 2021-2022, 2022-2023 та 2023-2024 навчальних роках.

Анонімне опитування студентів здійснювалось за спеціально розробленою анкетною, яка містила 15 запитань та 32 підпитань.

Проведений аналіз окремих аспектів підготовки майбутніх лікарів в умовах КДП демонструє фактичний стан справ (Табл. 4.17).

Аналіз статево складу студентів які взяли участь в анкетуванні показав, що $56,6 \pm 2,5$ % становили чоловіки та $43,4 \pm 2,5$ % – жінки

$72 \pm 2,2$ % респондентів загалом задовольняє організація процесу навчання та проходження практичних занять в Університетській клініці. Проте організація процесу напрацювання практичних навичок у ліжка пацієнта задовольняє тільки $49,9 \pm 2,5$ %. Вважають, що в процесі навчання було виділено достатньо часу для оволодіння практичними навичками на медичному обладнанні $62,7 \pm 2,4$ %. Задовольняє матеріально-технічне забезпечення навчального процесу на базі УК $64,1 \pm 2,4$ % студентів.

Таблиця 4.17

**Результати соціологічного опитування студентів шостого курсу НМУ
О.О. Богомольця, які проходили навчання на базі університетської
кліники**

№ п/п	Питання	Варіант відпові дей	Результати опитування студентів	
			Абсолют n= 407	P % $\pm m$ %
1	2	3	4	5
1	Ваша стать?	чоловіча	177	$43,4 \pm 2,5$
		жіноча	230	$56,6 \pm 2,5$
2	Чи задовольняє Вас організація процесу навчання та проходження практичних занять в Університетській клініці?	Так	293	$72,0 \pm 2,2$
		Ні	114	$28,0 \pm 2,2$
3	Чи задовольняє Вас організація процесу напрацю - вання практичних навичок "у ліжка пацієнта"?	Так	203	$49,9 \pm 2,5$
		Ні	204	$50,1 \pm 2,5$

Продовження таблиці 4.17

1	2	3	4	5
4	Чи достатньо часу було виділено для оволодіння практичними навичками використання медичного обладнання?	Так	255	62,7±2,4
		Ні	152	37,3±2,4
5	Чи вважаєте Ви за необхідне удосконалення підготовки студентів на базі УК. у плані їх інформаційного забезпечення ?	Так	273	67,1±2,3
		Ні	134	32,9±2,3
6	Чи задовольняє Вас матеріально-технічне забезпечення навчального процесу на базі УК?	Так	261	64,1±2,4
		Ні	146	35,9±2,4
7	Чи використовувалися під час практичних занять сучасні діагностичні технології?	Так	212	52,1±2,5
		Ні	195	47,9±2,5
8	Чи знайомили вас у процесі навчання в УК з міжнародними вимогами практики доказової медицини у повсякденній роботі лікаря?	Так	160	39,2±2,4
		Ні	247	60,8±2,4
9	Чи мали Ви достатню кількість годин практичної роботи в клінічній та біохімічній лабораторії для оволодіння необхідними навичками?	Так	208	51±2,5
		Ні	199	49±2,5
10	Чи знайомили вас з основними принципами роботи університетських клінік в Європі?	Так	186	45,8±2,5
		Ні	221	54,2±2,5
11	Чи задоволені Ви навчанням з проведення функціональної діагностики (електрокардіографія) в Університетській клініці?	Так	300	73,8±2,2
		Ні	107	26,2±2,2
12	Чи навчались Ви самостійно вимірювати параметри життєдіяльності пацієнта?	Так	321	78,8±2,0
		Ні	86	21,2±2,0
13	Чи вважаєте Ви достатньою кількість годин, що було виділено на опанування високо функціональних обстежень (електрокардіографія, ендоскопічні дослідження, спіральна комп'ютерна томографія, УЗД-дослідження, тощо?	Так	172	42,3±2,4
		Ні	201	49,4±2,5
		Важко відповісти	34	8,3±1,4
14	Чи підтримуєте Ви створення в УК програми міжнародного обміну студентів-медиків з західними УК?	Так	365	89,7±1,5
		Ні	42	10,3±1,5
15	За час Вашого навчання чи задоволені Ви організацією самостійної роботи на практичних заняттях?	Так	184	45,2±2,5
		Ні	223	54,8±2,5

За покращення інформаційного забезпечення під час навчання на базі УК висловилися $67,1 \pm 2,3$ % респондентів. Під час практичних занять використовувалися сучасні діагностичні технології вважають $52,1 \pm 2,5$ %.

У процесі навчання в УК ознайомлення з міжнародними клінічними настановами у практиці лікаря відзначають тільки $39,2 \pm 2,4$ % студентів.

Достатнім годин практичної роботи в клінічній та біохімічній лабораторії для оволодіння необхідними навичками вважають $51 \pm 2,5$ % анкетованих.

З основними принципами роботи університетських клінік в Європі отримали інформацію тільки $45,8 \pm 2,5$ % опитаних. Задоволені навчанням з основ функціональної діагностики були $73,8 \pm 2,2$ %.

Оволоділи навичками самостійно вимірювати параметри життєдіяльності пацієнта $78,8 \pm 2,0$ % респондентів.

Вважають, що було достатньо годин виділено на оволодіння високофункціональними видами обстеженнями тільки $42,3 \pm 2,4$ % студентів.

Задоволені організацією самостійної роботи на практичних заняттях біля ліжка хворих тільки $45,2 \pm 2,5$ %.

А ось за створення в УК програми міжнародного обміну студентів-медиків із західними УК висловились $89,7 \pm 1,5$ % респондентів.

Таблиця 4.18

Ступінь задоволеності респондентів від проходження практичних занять в УК у порівнянні з іншими клінічними базами

Питання		Курс VI (n=407)	p
1	2	3	4
Чи використовувалися під час виробничої практики діагностичні технології?	Так	212 (52,1%)	0,030
	Ні	195 (47,9%)	
Чи мали Ви достатню кількість годин практичної роботи в лабораторії для опанування навичок і набуття необхідних компетенцій?	Так	208 (51,0%)	<0,001
	Ні	199 (49,0%)	
Чи задоволені Ви навчанням з проведення функціональної діагностики (електрокардіографія) в Університетській клініці?	Так	300 (73,8 %)	0,006
	Ні	107(26,2%)	

Продовження таблиці 4.18

1	2	3	4
Чи вважаєте Ви достатньою кількість годин, що було виділено на опанування високо функціональних обстежень (ендоскопічні дослідження, спіральна комп'ютерна томографія, УЗД-обстеження тощо)?	Так	172(42,3%)	<0,001
	Ні	201(49,4%)	
	Важко відповісти	34(8,3%)	

Примітка. Для порівняння використано критерій хі-квадрат

Проведений на наступному етапі дослідження аналіз виявив статистично значимі результати, так як на питання «Чи використовувалися під час виробничої практики діагностичні технології?» отримані відповіді зі значенням $p=0,030$. А на питання «Чи мали Ви достатню кількість годин практичної роботи в лабораторії для опанування навичок і набуття необхідних компетенцій?» показник $p<0,001$, що вочевидь пов'язано з курсом студента.

Такий же показник «р» мають відповіді на питання «Чи вважаєте Ви достатньою кількість годин, що було виділено на опанування високо функціональних обстежень (електрокардіографія, ендоскопічні дослідження, спіральна комп'ютерна томографія, УЗД-дослідження, тощо?» ($p<0,001$).

Окрім того, при проведенні аналізу показників ще одного питання з таблиці 4.18 виявлено зв'язок відповіді на питання «Чи задоволені Ви навчанням з проведення функціональної діагностики (електрокардіографія) в Університетській клініці?» з 6 курсом студенти ($p=0,006$) – частіше відповідали «Так».

І нарешті дані таблиці 4.19 унаочнюють кінцеві результати проведеного дослідження.

Таблиця 4.19

Порівняння відповідей студентів в залежності від курсу

Питання	Курс				P
	III (n=33)	IV (n=188)	V (n=99)	VI (n=124)	
Чи задоволені Ви процесом напрацювання практичних навичок «у ліжка пацієнта» в Університетській клініці НМУ?	5 (3–8,25)	7 (5–10) ^{3,4}	5 (2–8) ²	5 (2–7) ²	<0,001
Чи достатньо часу було виділено для опанування практичних навичок використання медичного обладнання Університетської клініки під час практичних занять?	5 (2–7) ²	7 (5–9) ^{1,3,4}	5 (2–7) ²	5 (2–7) ²	<0,001
Визначить особистий ступінь задоволеності від проходження практичних занять в Університетській клініці у порівнянні з іншими клінічними базами кафедр?	6 (4–8)	7 (5–9) ^{3,4}	5 (3–8) ²	5 (2–7) ²	<0,001
Чи навчилися Ви самостійно вимірювати параметри життєдіяльності пацієнта?	6 (3,75–8)	7 (5–9) ⁴	6 (3–8)	5 (3–8) ²	0,012

Примітки: в таблиці представлено медіану (Me) та міжквартильний інтервал (Q_I – Q_{III}). Для порівняння показників використано Крускала-

Уолліса, постеріорні порівняння проводилися за критерієм Данна:

¹ – відмінність від студентів III курсу статистично значуща, $p < 0,05$;

² – відмінність від студентів IV курсу статистично значуща, $p < 0,05$;

³ – відмінність від студентів V курсу статистично значуща, $p < 0,05$;

⁴ – відмінність від студентів VI курсу статистично значуща, $p < 0,05$.

4.5. Аналіз діяльності університетської клініки за допомогою методу експертної оцінки

Нами було проведено аналіз діяльності УК Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця за допомогою методу експертної оцінки.

Метод експертних оцінок (ЕО) – це вирішення задачі експертами, їх аргументація, формування кількісних оцінок та обробка останніх формальними методами. Методи ЕО дозволяють, опираючись на досвід, знання та вміння спеціалістів в даній галузі, прийняти найбільш доцільне та обґрунтоване рішення. Особливість методу полягає у тому, що він націлений на аналіз досліджуваної проблеми.

Основним інструментарієм експертного опитування — була карта експертної оцінки. Для проведення експертного опитування підбиралася група експертів. Вона уточнювала формулювання теми (завдання), карту експертної оцінки, і проводила експертизу. До експертної групи було включено 20 висококваліфікованих фахівців.

Для проведення роботи за методом експертного опитування була створена робоча група, до якої увійшли 20 висококваліфікованих фахівців, з викладацького професорського складу НМУ. Усі експерти мали вчений ступінь. Зазначена експертна група у 2024 році здійснила експертне оцінювання організаційної складової університетської клініки за методом Дельфі.

Метод Дельфі – це метод групового анкетування, що проводиться із застосуванням певного набору процедур, які виконуються в певній послідовності з метою формування групової думки про проблему, яка характеризується недостатністю інформації для використання інших методів. Ці процедури характеризуються трьома основними рисами: анонімністю, регульованим зворотнім зв'язком, груповою відповіддю.

Карта експертної оцінки містила 21 пункт (Табл. 4.20). Оцінка проводилася за десятибальною системою. ЕО мала три складові.

1. Інтуїтивно-логічний аналіз завдання. Це логічне мислення та інтуїції експертів, засноване на їх знанні і досвіді.

2. Рішення і видача кількісних оцінок. Ця процедура є завершальна частина роботи експерта. Експертом формується рішення по розглянутій проблемі і дається оцінка результатів, що очікуються.

3. Обробка результатів рішення. Отримані від експертів оцінки були оброблені з метою одержання підсумкової оцінки проблеми.

Статистична обробка матеріалів дослідження передбачала використання методів варіаційного аналізу (із визначенням середньоарифметичних значень, середньоквадратичних відхилень і середніх похибок середніх величин), а

також коефіцієнта варіації (Квар) для оцінки ступеня варіабельності оцінок експертів.

Таблиця 4.20

**Результати експертної оцінки організації діяльності
університетської клініки (у балах за 10 бальною шкалою)**

П/п	Параметри для оцінки	Середня оцінка у балах $M \pm m$	Коф. варіації (у%)
Структурно-організаційна складова			
1	Господарська та юридична самостійність УК	6,5 $\pm$ 0,5	7,0
2	Умови проведення наукових досліджень співробітниками кафедр в УК	5,4 $\pm$ 0,5	8,8
3	Наявність достатньої матеріально - технічної бази в УК для забезпечення навчального процесу зі студентами	7,8 $\pm$ 0,5	6,2
4	Оснащеність сучасним діагностичним обладнанням УК	6,8 $\pm$ 0,4	5,6
5	Наявність стратегічного плану роботи УК із зазначенням джерел фінансування із: державного, муніципального бюджету та власних коштів університету	5,4 $\pm$ 0,5	8,8
6	Наявність в УК цільових засобів, які спрямовуються на наукові та дослідні цілі	4,1 $\pm$ 0,4	8,9
7	Фінансування УК	6,9 $\pm$ 0,4	5,9
8	Економічна мотивація персоналу, матеріальне стимулювання	6,5 $\pm$ 0,5	7,0
9	Рівень оплати праці медичних працівників	7,4 $\pm$ 0,2	3,1
Процесний блок			
1	Забезпечення якості надання послуг пацієнтам в УК	7,2 $\pm$ 0,5	7,2
2	Використання медичних інформаційних систем	6,3 $\pm$ 0,6	9,4
3	Наявність та дотримання діагностичних і лікувальних стандартів	7,5 $\pm$ 0,5	6,3
4	Наявність сучасних лікувально-діагностичних методик	6,4 $\pm$ 0,4	6,0
5	Проведення академічних досліджень за поточний рік	4,3 $\pm$ 0,4	8,6
6	Впровадження нових технологій розроблених кафедрами	4,5 $\pm$ 0,3	7,6
7	Участь лікарів УК у наукових дослідженнях	4,0 $\pm$ 0,4	9,7
Медичні кадри			
1	Укомплектованість кадрів	8,6 $\pm$ 0,8	9,8
2	Кваліфікація персоналу	7,2 $\pm$ 0,5	6,0
3	Функціонування на базі УК внутрішнього навчання, де готують власний медичний персонал	3,7 $\pm$ 0,3	8,3

4	Підвищення кваліфікації викладацького складу на базі УК	4,7±0,4	9,1
5	Стажування лікарів за кордоном	6,8±0,5	8,0

Аналіз результатів експертної оцінки структурно-організаційних складових діяльності університетської клініки показав, що найнижчу оцінку отримали: наявність стратегічного плану роботи УК з реальним фінансуванням УК із трьох джерел: державного, муніципального бюджету та коштів університету 3,7±0,3 балу, та наявність функціонування на базі УК внутрішнього навчання, підготовки та підвищення кваліфікації власного медичного персоналу 3,7±0,17 балу,

На рівні 4,0 - 4,5 балів експерти оцінили: участь лікарів УК у наукових дослідженнях 4,0±0,4 балу; наявність в УК цільових фінансових коштів, які спрямовуються на наукові та дослідні цілі 4,1±0,4 балу; проведення академічних досліджень за поточний рік 4,3±0,4 балу; впровадження нових технологій розроблених кафедрами УК 4,5±0,3 балу.

Умови проведення наукових досліджень співробітниками кафедр в УК ледь набрали 5,4 ±0,5 балу.

На рівні 6,3±0,6 балів експерти оцінили використання медичних інформаційних систем.

Від 6,3 до 6,9 балів отримали: наявність сучасних лікувально-діагностичних методик 6,3±0,6 балу, економічна мотивація персоналу, матеріальне стимулювання 6,4±0,4 балу, оснащеність сучасним діагностичним обладнанням УК 6,5±0,5 балу, фінансування УК 6,9±0,4 балу. Стажування лікарів за кордоном 6,8±0,5 балу;

Господарська та юридична самостійність УК отримала 6,5±0,5 балу.

Забезпечення якості надання пацієнтам послуг у УК 7,2±0,5 балу; кваліфікація персоналу, наявність кваліфікаційних категорій 7,2±0,5 балу; рівень оплати праці медичних працівників 7,4±0,2 балу.

Експерти порівняно високо оцінили наявність матеріально-технічної бази в УК для забезпечення навчального процесу зі студентами 7,8±0,5 балу

та укомплектованість кадрів ($8,6 \pm 0,8$ балу).

4.6. Оцінка діяльності УК на підставі SWOT-аналізу

SWOT – аналіз, це метод стратегічного планування, який полягає у виявленні факторів внутрішнього і зовнішнього середовища організації та їх розподілі на чотири категорії: Strengths (сильні сторони), Weaknesses (слабкі сторони), Opportunities (можливості), Threats (загрози), які повинні бути враховані при оцінці стратегії розвитку організації [91].

Сильні (S) і слабкі (W) сторони є факторами внутрішнього середовища об'єкта аналізу (тобто тим, на що сам об'єкт здатний вплинути); можливості (O) і загрози (T) є факторами зовнішнього середовища (тобто тим, що може вплинути на об'єкт ззовні і при цьому не контролюється об'єктом) [91].

Аналіз дозволяє максимально повно і докладно оцінити можливості організації, спланувати працюючу модель виробництва. На основі проведеного аналізу формуються сильні сторони бізнесу, слабкі сторони бізнесу, загрози і можливості для розвитку організації. На основі SWOT аналізу формуються висновки про необхідні дії щодо оптимізації роботи організації. Результати проведеного нами аналізу представлені в таблиці 4.21.

Таблиця 4.21

Оцінка УК за методикою SWOT- аналізу

Аналіз зовнішніх факторів	
Можливості	Загрози
Наявність стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року схваленої КМ України від 17 січня 2025 р. № 34-р.,. - Сприяння МОЗ України до переходу на розвиток університетських клінік. - потенціал НПП у консультаційно-лікувальній роботі. - укладання договорів з НСЗУ. - надання додаткових платних послуг. - безперевне навчання співробітників в НМУ.	Економічний стан країни і низькі показники ВВП, які виділяються на фінансування системи охорони здоров'я. - Відсутність автономії УК, господарської та юридичної самостійності. - Відсутність об'єднання клінічних кафедр та відділень УК в одну структуру. - Відсутність в УК сучасного менеджменту, багатоканального фінансування та контролю якості медичної допомоги. - Неконкурентний рівень оплати праці медичного персоналу, що призводить до звільнення працівників.

	- Відсутність соціальної, економічної, професійної зацікавленості лікарського персоналу. - Відсутність міжнародного співробітництва з університетськими клініками Європи.
Аналіз внутрішніх факторів	
Сильні сторони	Слабкі сторони
Інтеграція в УК медичної науки, практики та освіти (наукова лабораторія, лекційний зал та ліжко хворого). - Можливості для отримання студентами і лікарями НМУ імені О. О. Богомольця - практичних навичок на власній клінічній базі – УК. - Реалізація принципу нерозривної професійної освіти (від переддипломної до післядипломної). - Укомплектованість кадрів в УК. - Накопичений досвід організації консультативно-діагностичної медичної допомоги в УК. - Інтеграція в КДП УК первинної та спеціалізованої медичної допомоги, що забезпечує наступність служб та потреби студентів	- Відсутність в УК фінансування з різних джерел (муніципальних, страхових, приватних коштів, спецфондів). - Невідповідність у УК фактичного фінансування, плановому. - Потребує покращення матеріально-технічна база УК. - Дефіцит спеціального високо-технологічного обладнання та сучасних діагностичних технологій для проведення наукових праць професорсько-викладацькому персоналу та для відповідності пакетам НСЗУ. - Відсутність механізмів стимуляції оплати праці для економічної мотивації медичного персоналу. - Потребує перегляду управління та підпорядкування УК для оптимізації управлінських рішень до нагальних потреб. - Відсутність програм вивчення попиту пацієнтів. - Відсутність міжнародного співробітництва з УК країн ЄС та ін.

З таблиці 4.21 видно, що оцінка діяльності УК за методикою SWOT-аналізу дозволила виявити можливості та загрози для розвитку закладу, а також сильні та слабкі сторони та підтвердила раніше отримані за допомогою медико-соціологічного опитування та експертної оцінки дані щодо структурно-організаційних складових діяльності УК.

Висновки до четвертого розділу

1. Надано характеристику стану організації роботи університетської клініки НМУ імені О.О. Богомольця за матеріалами річних звітів за 2021-2023

рр, анкетування пацієнтів, лікарів, студентів шостого курсу, експертної оцінки і SWOT-аналізу.

2. Визначено на підставі аналізу показників річних звітів за 2021-2023 рр. щодо роботи Університетської клініки НМУ імені О.О. Богомольця, що робота клініки потребує покращення. Переважне місце серед прийомів у КДП займають прийоми вузькопрофільними спеціалістами – 45 %, значну кількість у структурі прийому КДП займають і лікарі-терапевти –18,13 %. Проте окремі моменти роботи потребують коректив. Так, згідно з характеристиками відвідувань у КДП за три роки вони знизилися на 44,8 %.

3. З'ясовано, що викликає занепокоєння робота гінекологічної служби. Так, питома вага жінок оглянутих з цитологічним обстеженням серед жінок, які підлягали обстеженню лише 58,5 %, кількість цитологічних досліджень знизилася на 50 %, взяття на облік вагітних зменшилося на 45,6 %.

4. Проведено аналіз роботи діагностичних службз якого відомо, що кількість рентгенологічних досліджень за роки дослідження впала на 46,04 %, кількість флюорографічних досліджень на 47,62 %. Кількість функціональних досліджень зменшилася на -44,6 %. Кількість ЕКГ досліджень на -47,76 %. У структурі УЗ досліджень кількість гінекологічних досліджень зменшилася на 75,9 %. Темп приросту функціональних досліджень загалом – 52,9 %, ЕКГ досліджень –32,7 %.

5. Здійснено аналіз роботи щодо стаціонару: кількість фактично пролікованих хворих від запланованих щорічно знижується, тому що відсутнє високотехнологічне обладнання для діагностики та лікування, пацієнти вимагають більш комфортних умов перебування в стаціонарі.

6. Проведений аналіз результатів дослідження видів госпіталізації до стаціонару УК за 2023 р. Виявилось, що відсоток госпіталізованих за направленням сімейних лікарів склав 5,5 %. Це спонукало створити нове направлення в УК — сімейна медицина. Це дасть можливість змінити структуру госпіталізації за рахунок перерозподілу потоків пацієнтів (самозвернення та ЕМД). В першу чергу новостворений підрозділ

повинен був охопити первинною медичною допомогою студентів, викладачів НМУ та їх сім'ї.

7. Здійснено аналіз результатів анкетування 409 пацієнтів які відвідували КДП показав, що тільки $46,9 \pm 2,5\%$, пацієнтів задоволені якістю наданої медичної допомоги, $57,7 \pm 2,4\%$ роботою реєстратури, $49,2 \pm 2,5\%$ графіком роботи лікарів. Те, що лікарі знайомлять із шляхами та методами профілактики захворювань пацієнтів, підтвердили лише $51,0 \pm 2,5\%$ опитаних. На запитання анкети: «Чи зверніться Ви повторно (за потреби) до УК з метою обстеження та лікування» відповіли впевнено, що звернуться тільки $43,2 \pm 2,4\%$. Таким чином, аналіз результатів анкетування пацієнтів засвідчив, що існуюча система надання амбулаторної допомоги у КДП не повністю відповідає сучасним потребам населення.

8. Проведено медико-соціологічне опитування лікарів КДП (101 лікар, як знаючих проблеми УК зсередини, можна вважати внутрішніми експертами) з метою отримання характеристики стану організації, проблем та перспектив удосконалення медичної допомоги в УК. Дослідження показало, що колектив лікарів в УК працездатного віку, $25,8 \pm 4,4\%$ у віці до 30 років та $61,4 \pm 4,8\%$ від 31 до 59 років, що забезпечує потенціал для навчання. $68,9 \pm 4,6\%$ лікарів влаштовує кваліфікація середнього медичного персоналу, який працює з ними.

Мінусом є те, що кваліфікаційна категорія за спеціальністю у $39,6 \pm 4,9\%$ лікарів відсутня. $91,1 \pm 2,8\%$ не бачать можливості кар'єрного зростання.

В анкетах $57,8 \pm 4,9\%$ респондентів оцінили негативно систему оплати праці. Умови праці оцінили позитивно $49,6 \pm 5,0\%$.

$87,2 \pm 3,3\%$ опитаних лікарів вважають, що у КДП відсутні механізми матеріальної зацікавленості лікарів з метою підвищення якості обслуговування пацієнтів.

Наявність у колективі сприятливої атмосфери для роботи бачать $52 \pm 5,0\%$ респондентів.

9. Використали у дослідженні також метод експертних оцінок. Інструментарієм експертного опитування - була карта експертної оцінки. Карта експертної оцінки містила 21 пункт. Оцінка проводилася за десятибальною системою. Для проведення роботи за методом експертного опитування була створена робоча група, до якої увійшли 20 висококваліфікованих фахівців, з викладацького професорського складу НМУ.

Аналіз результатів експертної оцінки структурно-організаційних складових діяльності університетської клініки показав, що найнижчу оцінку $4,1 \pm 0,4$ балу отримали наявність в УК цільових засобів, які спрямовуються на наукові та дослідні цілі. Оцінено на $5,4 \pm 0,5$ балу умови для проведення наукових досліджень співробітниками кафедр; на $5,4 \pm 0,5$ балу наявність стратегічного плану роботи УК із зазначенням джерел із: державного, муніципального бюджету та власних коштів університету, на $6,5 \pm 0,5$ балу господарська та юридична самостійність УК; на $6,5 \pm 0,5$ балу економічна мотивація персоналу та матеріальне стимулювання. Оснащеність сучасним діагностичним обладнанням УК оцінено на $6,8 \pm 0,4$ балу, наявність достатньої матеріально - технічної бази в УК для забезпечення навчального процесу зі студентами на $7,8 \pm 0,5$, рівень оплати праці лікарів на $7,4 \pm 0,2$ балу. Використання медичних інформаційних систем оцінено на $6,3 \pm 0,6$ балу, наявність сучасних лікувально-діагностичних методик на $6,4 \pm 0,4$ балу. Вищі оцінки отримали: якість надання пацієнтам послуг в УК $7,2 \pm 0,5$ балу та наявність та дотримання діагностичних і лікувальних стандартів $7,5 \pm 0,5$ балу.

Кваліфікація кадрів отримала $7,2 \pm 0,5$ балу, а укомплектованість кадрів $8,6 \pm 0,8$ балу.

10. Здійснили оцінку діяльності УК за методикою SWOT- аналізу дозволила виявити сприятливі можливості та загрози для розвитку закладу, а також сильні та слабкі та підтвердила раніше отримані за допомогою соціологічного опитування та експертної оцінки дані щодо структурно-організаційних складових діяльності УК.

Аналіз отриманих результатів розділ 4 дав підстави стверджувати про доцільність оптимізації діяльності університетської клініки. Результати медико-соціологічного дослідження будуть використані при обґрунтуванні нової моделі КДП.

Результати досліджень, наведені в даному розділі, висвітлені в наступних наукових публікаціях:

1. Красюк СП. Визначення прихильності до Університетської клініки Національного Медичного Університету імені О.О. Богомольця. Клінічна та профілактична медицина. 2023;2: 6-13. Доступно з: [https://doi.org/10.31612/2616-4868.2\(24\).2023.01](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(24).2023.01)

2. Красюк СП. Визначення задоволеності студентів III–VI курсів проходженням практики на клінічних базах кафедр і в університетській клініці НМУ імені О. О. Богомольця. Медична наука України. 2024;20(2):106-114. <https://doi.org/10.32345/2664-4738.2.2024.13>

3. Красюк СП. Соціологічне опитування пацієнтів консультативно-діагностичної поліклініки університетської клініки Національного медичного університету імені О. О. Богомольця. Вісник морської медицини, 2024;4:30-35. <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.14567200>

РОЗДІЛ 5

НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ КОНЦЕПТУАЛЬНОЇ ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ КЛІНІКИ

5.1. Організаційні засади діяльності університетських клінік в Україні

Організаційні засади діяльності університетських клінік в Україні насамперед передбачають:

- виконання державних нормативно-законодавчих положень у медичній галузі, та зокрема вищій медичній освіті,
- надання медичної допомоги населенню,
- підготовка студентів-медиків,
- післядипломна підготовка лікарів, наукова робота,
- наукова робота,
- вирішення джерел фінансування щодо утримання приміщення, забезпечення новітнім медичним устаткуванням, оплати праці лікарів та іншого медичного персоналу,
- вивчення передового світового та українського досвіду з організації, менеджменту та освітньо - лікувально-діагностичної діяльності УК .

Досить ґрунтовно концепцію створення УК за моделлю державної кооперації, як найбільш прийнятної в Україні, розкрито у науковій публікації Т.М. Бойчук та О.М. Юзько. Апелюючи до Наказу МОЗ та АМН України від 12.09.2008. № 522/51, автори статті відмічають необхідність функціонування таких установ для покращання якості практичної підготовки медичних фахівців та їх конкурентоспроможності на міжнародному ринку праці [7].

Вони виділяють три моделі існування університетських лікарень:

1. Окремі медичні підрозділи або юридичні особи в структурі університетів (США, Німеччина, Франція);

2. Федеральні або комунальні багатoproфільні заклади охорони здоров'я (госпіталі), на базі яких розташовані клінічні кафедри медичних факультетів європейських університетів (Нідерланди, Австрія тощо);

3. Державні кооперації (об'єднання) (Україна). Усі УК в Україні створено на базах вже існуючих багатoproфільних лікувально-профілактичних закладів, як наприклад обласних, міських чи відомчих лікарень.

На жаль, в Україні на даний час немає єдиної державної політики щодо врегулювання механізмів фінансування університетських клінік. Фінансування УК у країні застосовується ситуативно без чітко визначеної стратегії управління та відповідного регулювання з боку МОЗ України.

За даними експерта УІАМП Данила Богатирьова, незважаючи на зростання витрат із державного бюджету України на систему охорони здоров'я у 2018 р., порівняно із 2013 р., у доларовому еквіваленті вони скоротились майже у 2 рази – з 7,6 до 3,9 млрд. На охорону здоров'я витрачають 2,6 % ВВП України. В країні існує проблема недофінансування високоспеціалізованих закладів системи охорони здоров'я і низьких зарплат лікарів.

Практично всі університетські клініки України останнім часом перебувають у стані хронічного недофінансування. Існування ряду проблем в організації роботи університетських клінік, які є однією з причин зниження якості навчання, розвитку медичної науки і незадоволеності населення наданою медичною допомогою, зумовлює необхідність обґрунтування можливостей оптимізації діяльності університетських клінік.

Результати досліджень засвідчили, що для вирішення проблеми збереження здоров'я населення необхідно оптимізувати діяльність університетських клінік, підпорядкувати організацію і управління в них економічним цілям.

Університетські клініки мають стати центральною ланкою у системі медичної освіти, що функціонує як господарсько і фінансово самостійний

заклад та забезпечує організацію сучасних форм освітньої, наукової роботи і надання якісної медичної допомоги.

На нашу думку, установи вищої медичної освіти та університетські клініки мають діяти як окремі юридичні особи, суб'єкти права.

Між ними передбачається підписання договору про взаємодію, фінансово-управлінську складову, формат участі професорсько-викладацького складу та студентів у профілактичному, діагностичному та лікувальному процесі, випробуванні та впровадженні новітніх методик лікування та медичних технологій.

Договір має передбачати створення спеціальної наглядової ради, членами якої можуть бути представники МОЗ України, місцеві органи державної влади, які безпосередньо відповідають за розвиток медичної системи та громадські організації. До ради повинні увійти ректор університету (засновника УК), генеральний директор УК. Діяльність УК здійснюється відповідно до розробленого та затвердженого «Статуту» для керівництва підрозділами, що створюються на базі УК.

Концептуально фінансування УК можливе із різних джерел. За існуючої в Україні тенденції скорочення фінансових можливостей державного сектора, лідируюче місце у забезпеченні УК гідним фінансуванням, з метою забезпечення її інноваційним медичним та технологічним обладнанням, сучасними лабораторними приладами для наукової діяльності професорсько-викладацького складу зайнятого в УК, необхідними засобами для навчання студентів, слід вважати три джерела – це Університет – засновник УК, НЗЗУ та місцеві органи влади.

Така модель фінансування, що об'єднує можливості трьох джерел, сприятиме стійкій економіці УК. Механізм запропонованого фінансування надасть можливість Університету засновник УК, забезпечити навчальний та науковий процес в УК, впровадження новітніх технологій у медичну практику, НЗЗУ зберегти доступність приписного населення до отримання

високоспеціалізованих медичних послуг, органам місцевої влади взяти на свій баланс будівлі та споруди УК та забезпечити їх утримання та ремонти.

Економічну стійкість УК в умовах конкуренції, значною мірою можуть забезпечити і комерційні підрозділи УК, благодійні внески, приватні інвестори та інші джерела фінансування.

Менеджмент в охороні здоров'я – це діяльність, спрямована на підвищення ефективності за допомогою сукупності принципів, методів і засобів, які активізують трудову діяльність, інтелект і мотиви поведінки як окремих медичних працівників, так і всього колективу. Для реалізації ідеології менеджменту необхідними є дві взаємопов'язані складові.

По-перше, формування та використання в управлінні пріоритетних економічних відносин, поступовий перехід від інтуїтивних, досвідно-прагматичних методів управління до дійсно науково обґрунтованих методів і форм класичного менеджменту.

По-друге, підвищення інтелектуальної складової керівників університетських клінік і формування якісно нового кадрового ресурсу менеджерів.

Університетські клініки як центри академічної медицини, які проводять наукові дослідження, повинні мати клініко-діагностичні лабораторії (КДЛ), оснащені передовим медичним обладнанням та новітніми технологіями для наукової діяльності, для проведення клінічних досліджень, для впровадження результатів у практику медицини.

Університетські клініки Угорщини, Польщі, США, Чехії та ін. розвинених країн, оснащена сучасним лабораторним обладнанням, тому вони встановлюють високі стандарти якості лабораторних досліджень та навчання студентів.

Проблемою є те, що практична діяльність сучасного медичного працівника ніяк не пов'язана з наукою, вчений та медик працюють ізольовано один від одного. Важливо поєднувати клінічні та експериментальні дисципліни в одному пакеті. Поділ теоретичної та клінічної медицини веде до

їхнього взаємного відчуження, а це дуже шкідливо для прогресу в медицині. Воно зумовлене дотриманням класичного постулату — від загального до приватного.

Прив'язка теорії до практики підвищує студентську мотивацію та допомагає учням відчувати професійну ідентичність.

5.2. Концептуальні організаційно-методологічні напрямки до обґрунтування сучасної функціонально- організаційної моделі УК

Університетська клініка в усьому світі є загальноприйнятим форматом клініки, де є базові кафедри медичного університету, де навчаються студенти та інтерни. Це клініки з передовими технологіями, де викладачі, студенти та інтерни також долучаються до наукових досліджень. Сьогодні в Європі всі відомі та топові клініки є університетськими, бо вони, окрім клінічної роботи, займаються ще й науковою. Викладають та навчають не на книгах, не на муляжах, а на реальних клінічних випадках, на реальних пацієнтах та в реальному часі. Медицина — це наука, яка особливо потребує практики.

Доцільність розробки концептуальних напрямів розвитку університетських клінік України, обумовлена тим, що УК у нас організовані у спотвореному вигляді та мають безліч не вирішених проблем, це:

- Відсутність ефективної взаємодії клінічних баз та ЗВО у всіх напрямках діяльності;
- Низький рівень залучення професорського викладацького складу клінічних кафедр до клінічної практики, а співробітників клініки до освітнього процесу;
- Низький рівень наукової активності та впровадження нових медичних технологій;
- Відсутність гнучкості у розподілі навантажень викладачів клінічних кафедр;
- Відсутність інтегрованого механізму фінансування клінічної діяльності;

- Недосконала система оплати праці працівників університетів та клінічних баз.

Практика використання існуючих баз міських стаціонарів для медичних інститутів хибна, оскільки жодна лікарня не здатна надати експериментальний майданчик для інновацій з урахуванням міждисциплінарного співробітництва. У існуючих клінічних та навчальних базах УК немає сучасного обладнання, інноваційних технологій.

Наше дослідження проведено на базі вивчення іноземних та вітчизняних літературних джерел з питань університетських клінік, вивчення здоров'я киян, аналізу результатів соціологічного дослідження, аналізу діяльності УК НМУ імені О.О. Богомольця за 2021-2023 роки.

Сучасна концептуальна інноваційна модель УК нами обґрунтовується виходячи з того, що в Україні спостерігається низький рівень практичної підготовки медиків, низький рівень впровадження інновацій у клініках, низький рівень залучення клінік до наукових проектів та розробки не відображають потреби практичної охорони здоров'я, що в найближчому майбутньому на перший план вийде генна діагностика, генна хірургія. У зв'язку з цим будуть потрібні нові медичні та технічні засоби, впровадження медичними організаціями цифрових технологій, роботизована техніка тощо.

В даний час наші лікарні в основному використовують у своїй практиці досягнення зарубіжних науковців, обладнання та медикаменти. Таким чином, наша медицина знаходиться у заручниках у виробників сучасних західних технологій у галузі медицини.

У той час, як світові університетські лідери, які використовують базу університетських клінік, створюють нові напрямки в медицині, розробляють сучасну медичну техніку, лікарські засоби, нові медичні технології для усіх сфер охорони здоров'я.

Сучасна концепція університетської клініки та нові організаційно-правові її принципи побудови та функціонування мають сприяти подоланню відставання вітчизняної медичної науки від кращих світових досягнень.

Сучасна українська медична наука, маючи певні успіхи, таки суттєво відстає від світових лідерів — Німеччини, США, Франції, Ізраїлю та ін. Для подолання відставання необхідно створювати перспективні наукові центри передової науки, що можливо лише в університетських клініках нового типу.

Ми вважаємо, що університетська клініка не може бути копією багатопрофільної клініки.

Діяльність університетської клініки майбутнього має реалізовуватись у трьох головних напрямках: надання медичної допомоги, підготовка студентів-медиків та післядипломна підготовка лікарів, наукова робота.

УК має об'єднати техногенний підхід лікарів до пацієнтів та комплексний системний індивідуальний погляд на пацієнта як складну психобіологічну систему, а це можливо лише шляхом застосування нових принципів підготовки медичного персоналу, що ґрунтуються на міждисциплінарній кооперації та співпраці на базі університетської клініки.

У зв'язку з прогресом у розвитку медичної науки і техніки лікарі, які працюють у лікарнях, стали потребувати нової освіти та підвищення кваліфікації. У зв'язку з переходом країни на ринкову економіку відбувається залучення медичних організацій до ринкової конкуренції. Лікувальні заклади змушені залучати найкращі кадри на медичному ринку праці. А все це вимагає якості підготовки медичних кадрів, що поки що бажає кращого.

У ринкових умовах організаційно-правові форми лікарняних закладів мало змінилися. Багато вчених та практик пов'язують це з недосконалістю законодавства, що регулює функціонування сучасної системи охорони здоров'я України. Нове (ринкове) законодавство має не гальмувати прогрес, а сприяти йому.

В даний час у лікарняних організаціях немає місця науковим дослідженням, відсутні стимули для практичної охорони здоров'я у розвитку науки. Старі лікарняні простори не пристосовані для наукових досліджень, а відсутність міждисциплінарної кооперації робить це нездійсненним.

Таким чином, ґрунтуючись на історії питання, на змінах в економіці, медичній науці, техніці та юридичному праві можна стверджувати, що потрібне обґрунтування концепції розвитку університетських клінік майбутнього для України.

Університетські клініки Європи Німеччини, Ізраїлю, США та інших країн є центрами світової медичної науки та інновацій, але вони ще лікують більшу частину населення. Для університетських клінік дуже важливі не лише результати в галузі клінічної медицини, а й дослідні та освітні процеси.

Потрібно створення сучасних експериментальних баз у медицині, і такими структурами мають бути університетські клініки нового типу, що створюються на базі класичного університету та засновані на міждисциплінарній співпраці з практичною охороною здоров'я.

Необхідно слідувати сучасним світовим тенденціям і створювати міждисциплінарні функціонали (клінічне лікування - реабілітація; наукові розробки, які впроваджуються в клініці та навчання студентів).

У цьому розділі ми обґрунтовуємо концептуальні організаційно-методологічні напрямки для розробки сучасної концептуальної функціонально-організаційної моделі УК, як юридично самостійного суб'єкта.

До основних концептуальних напрямів, що формують модель УК, можна віднести такі:

1. Визначення головної мети моделювання: - інтеграція баз освіти, науки та клінічної практики з міждисциплінарною їх кооперацією.
2. Кооперація між клінічною та теоретичною медициною, дотримання державних інтересів у розвитку медичної науки та впровадження нових медичних технологій у практику.
3. Інтеграція всередині клінічної бази первинної, вторинної та третинної медичної допомоги за допомогою телемедицини, цифрових технологій, державної системи електронної історії хвороби тощо.

4. Системний підхід при обґрунтуванні моделі організаційно-технічних, економічних, юридичних управлінських, фінансово-економічних, кадрових процесів:

5. Надання концептуальної функціонально-організаційної моделі УК права юридично самостійного суб'єкта та забезпечення моделі багатоканальним фінансуванням.

6. Використовувати методи економіки як науки про правильне використання ресурсів при визначенні реальної потреби в матеріально-технічних, фінансових та кадрових ресурсах моделі:

7. Розробка організаційно-методичного та інформаційного супроводу діяльності служб моделі УК.

8. Розробка ефективної системи управління на основі стандартизації, ліцензування та сертифікації, технології управління якістю медичних послуг.

9. Передбачити безперервне вдосконалення професійної підготовки та підвищення кваліфікації керівних кадрів та медичного персоналу.

10. Розробка на базі університетської клініки програми підготовки медичних кадрів за участю фахівців з різних галузей науки та практики – економістів, менеджерів, програмістів, психологів та ін.

11. Моніторинг та аналіз світової наукової діяльності УК та їх розробок. Розвиток неформальних взаємозв'язків з УК заходу та США, орієнтованих отримання нових знань, рекомендацій та інше.

У концептуальній функціонально-організаційній моделі УК фінансування має утворюватися з різних джерел з урахуванням потреб населення певної місцевості.

Для того, щоб УК могла мати сучасне медичне обладнання, кращі моделі раціонального менеджменту, орієнтацію в навчанні студентів, інтернів, лікарів на найсучасніші світові стандарти, необхідна економічна стійкість УК, гідне її фінансування. Фінансування концептуальної моделі УК, в основному може реалізуватися за рахунок трьох джерел – це університету (гроші університету слідують за студентом та забезпечують розвиток наукових

досліджень), НСЗУ (гроші слідують за пацієнтом та забезпечують лікувально-діагностичний процес основних захворювань) та бюджету місцевих органів влади (забезпечують утримання будівель та приміщень УК).

5.3. Концептуальна функціонально-організаційна модель УК

Метод моделювання в теорії управління забезпечує побудову моделі, що відображає інноваційні властивості, взаємозв'язки, структурні та функціональні характеристики об'єкта, необхідні для організації сучасної моделі.

Концептуальне моделювання діяльності університетської клініки, з технологічної точки зору – це абстрактне її подання як концептуальної системи взаємопов'язаних та взаємодіючих процесів, на основі якого формується сукупність системи, яка становить тріаду: надання медичної допомоги, підготовку студентів-медиків та післядипломну підготовку лікарів, наукову роботу.

Концептуальну функціонально-організаційну модель УК ми обґрунтовуємо як систему, що інтегрує клінічну, освітню та наукову базу Університету, яка є юридично самостійною медичною організацією практичної охорони здоров'я та дочірньою організацією Університету на основі установчого договору про взаємодію, фінансово-управлінську складову (з видачою їй генеральної довіреності, з правом окремого балансу, свого тенгового та валютного рахунків), про формат участі професорсько-викладацького складу та студентів у профілактичному, діагностичному та лікувальному процесі, випробуванні та впровадженні новітніх методик лікування та медичних технологій.

З економічної точки зору модель УК як дочірня організація Університету є організацією, створеною як юридична особа засновником (Університетом) шляхом передачі УК частини свого майна в повне господарське відання.

Засновник дочірнього підприємства затверджує статут УК, призначає її керівника та здійснює щодо УК інші дії, передбачені законодавчими актами.

З позиції системного підходу концептуальна функціонально-організаційна модель УК розглядається нами як інтегрований академічний медичний центр, що організаційно інтегрує сукупність: клінічну базу, базу організації медичної освіти, наукову базу, що забезпечує умови для триєдності клінічної практики, медичної освіти та наукової діяльності (Рис. 5.1).

У процесі організації УК обов'язково слід враховувати особливості та потреби кожного регіону.

Концептуальна модель УК нами розглядається як сучасна, інтегрована освітня, наукова та клінічна база університету, що представляє юридично самостійний суб'єкт права, має свої організаційно-методичні аспекти, бізнес-структуру.

Таким чином, УК це інтегрований академічний медичний центр, з інтеграцією баз освіти, наукових досліджень та клінічної практики з кооперацією та спільним використанням ресурсів для покращення якості медичних послуг, освіти та наукових досягнень у всіх галузях медицини.

Цілі створення концептуальної моделі УК як інтегрованого академічного медичного центру такі:

- сприяння розвитку медицини та охорони здоров'я в Україні шляхом реалізації проривних наукових відкриттів, впровадження інноваційних технологій діагностики та лікування, підготовки майбутніх лідерів науки та практики в УК для покращення здоров'я, якості життя населення;
- об'єднання зусиль лікарського персоналу клініки та професорсько-викладацького складу Університету у підвищенні якості надання медичної допомоги, а також підвищення професійного рівня лікарського складу та кваліфікованої підготовки лікарських кадрів для лікарні;
- інтеграція освіти, науки та практики за рахунок використання результатів наукових досліджень у навчальному та клінічному процесі;

- спільне використання ресурсів для підвищення ефективності наукової, освітньої та клінічної діяльності;
- створення єдиного інформаційного середовища для забезпечення освітньої, наукової та клінічної діяльності;
- реалізація з урахуванням об'єднання єдиної системи підготовки, перепідготовки, підвищення кваліфікації кадрів;
- ефективне перенесення результатів наукових досліджень у освітній процес та практику;
- створення сучасної бази для підготовки фахівців із пріоритетних напрямів охорони здоров'я;
- формування ефективної корпоративної системи управління шляхом підвищення транспарентності при обміні інформацією та прийнятих рішень, розподілу повноважень та обов'язків;
- формування персоналу соціальної відповідальності, професіоналізму, інноваційності.

Принципи роботи концептуальної моделі УК

- Інтеграція структур, процесів та систем,
- Спільна розробка стратегій та планів,
- Спільна оцінка ринку послуг, що надаються,
- Спільна кадрова політика,
- Спільний вибір партнерів.

Завдання, які вирішуються в рамках концептуальної функціонально-організаційної моделі УК:

- надання юридичного права професорсько-викладацькому складу Університету у виконанні лікувально-діагностичного процесу;
- формування в моделі УК ефективного управління академічними та виробничими процесами на основі єдності стратегічних цілей та завдань;
- безперервне підвищення професійного рівня лікарів у рамках консиліумів, клінічних конференцій, спільних науково-практичних конференцій та майстер-класів;

- координація діяльності співробітників кафедр із практичними лікарями у виконанні наукових досліджень, у тому числі в рамках дисертаційних робіт;
- формування та розвиток якісної медичної освіти на основі здобуття сучасних теоретичних знань та реальних практичних навичок в умовах університетської клініки;
- розвиток ефективної співпраці структурних підрозділів та окремих фахівців;
- створення єдиної інформаційної платформи всередині моделі УК;
- створення єдиного освітнього простору (вільний доступ до інфраструктури та ресурсів для цілей освіти);
- стійке підвищення якості медичної допомоги на основі доступу до передових технологій та наукових розробок;
- впровадження нових медичних технологій – передових зарубіжних та вітчизняних розробок;
- розвиток клінічних та лабораторних баз для проведення актуальних наукових досліджень з негайним трансфертом їх результатів у практичну охорону здоров'я;
- забезпечення умов для ефективного перенесення результатів наукових досліджень у сферу клінічної практики та освіти;
- забезпечення доступності клінічних та лабораторних баз для користування фахівців усіх підрозділів концептуальної моделі та студентів;
- підвищення фінансової стійкості та ефективності діяльності в моделі УК на основі фінансування з різних джерел;
- Стандартизація та оптимізація всіх бізнес-процесів у моделі УК.

Очікувані результати розробки сучасної концептуальної функціонально-організаційної моделі УК:

- створено інноваційну біомедичну галузь економіки;
- забезпечено постійний випуск інтелектуальної продукції з високою додатковою вартістю;

- забезпечено покращення здоров'я та якості життя та збільшення тривалості життя населення;
- забезпечений доступ до високотехнологічної та безпечної медицини для пацієнтів;
- нівельовано відтік пацієнтів за кордон, залучено пацієнтів з-за кордону;
- підготовлені висококваліфіковані кадри у галузі клінічної практики та біомедичної науки;
- досягнуто регіонального лідерства в біомедичній науці та високотехнологічній медицині.

Характер взаємодії концептуальної моделі університетської клініки із Університетом

УК – як юридично самостійний, інтегрований академічний високоспеціалізований лікувально-профілактичний заклад, який є дочірнім закладом Університету, забезпечує з Університетом партнерство шляхом узгодження стратегії, цілей, завдань, процесів управління, планів роботи.

УК у клінічній діяльності: надає усі види медичної допомоги.

Роль УК у медичній освіті – на базі УК проводиться підготовка студентів, перепідготовка та підвищення кваліфікації медичних кадрів Університету на основі сучасних досягнень науки та практики.

Роль у науці - на наукових базах УК проводяться самостійні наукові дослідження.

Запропонована концептуальна модель університетської клініки вимагатиме впровадження сучасних технологій діагностики, лікування та медичної реабілітації, наявності спеціального високотехнологічного обладнання, а також висококваліфікованих кадрів, забезпечення успішної взаємодії викладацького складу та клініцистів УК. Професорсько-викладацький склад в УК не втрачатиме зв'язку з практичною медициною, а лікарі, що лікують, зможуть впливати на навчальні, лікувально-діагностичні та наукові процеси Університету.

Поєднання лікувального, навчального та наукового процесу в УК сприятиме підвищенню якості освіти та покращенню якості медичної допомоги, пацієнти отримають сучасне лікування, що відповідає міжнародним стандартам.

Організаційно концептуальна модель Університетської клініки інтегрує три самостійних складових: клінічну базу, базу медичної освіти та наукову базу (рис. 5.1).

Клінічна база. Однією з головних функцій УК є надання спеціалізованої, первинної та невідкладної медичної допомоги населенню, а також консультативно-діагностичної допомоги іншим ЗОЗ. Тому клінічна база УК має формуватися з окремих спеціалізованих клінік (терапевтична, хірургічна, кардіологічна тощо), не поєднуючи їх у багатoproфільні заклади, консультативно-діагностичній поліклініці, амбулаторії лікарів загальної практики, підрозділу екстреної медичної допомоги.

Інтеграція в клінічній базі первинної медичної практики, спеціалізованої допомоги, підрозділів екстреної медичної практики забезпечить наступність та взаємодію даних структур, якість медичної допомоги та сприятиме якості підготовки студентів через їх доступ до всього спектру медичних послуг.

База медичної освіти (база практичних компетенцій) – це самостійний освітній підрозділ УК зі спеціалізованими лікувально-профілактичними кафедрами, які здійснюють навчальну, методичну діяльність з однієї або кількох дисциплін, проводять навчальну роботу зі студентами, а також підготовку науково-педагогічних кадрів та підвищення їх кваліфікації та надають медичні послуги згідно профілю клініки.

Наукова база УК – це самостійний науковий підрозділ УК, що має клінічні та лабораторні відділи, що займається науковими дослідженнями, проведення актуальних наукових досліджень з негайним трансфертом їх результатів у практичну охорону здоров'я. Вивченням, узагальненням та поширенням досвіду медичних організацій у різних галузях медицини науки та практики, здійсненням інноваційної діяльності та впровадженням нових

медичних технологій, підтримкою міжнародного співробітництва з провідними світовими науковими та лікувальними установами.

Побудова концептуальної моделі УК на принципі інтеграції: самостійних клінічних, наукових та освітніх баз, створює в УК інтегрований академічний медичний центр, забезпечує міждисциплінарну кооперацію та співпрацю баз освіти та науки на платформі клінічної практики. У моделі УК створюється єдина технологічна система взаємодії тріади баз (надання медичної допомоги, підготовки студентів-медиків та наукової роботи) їх структурних та функціональних процесів.

А з наданням концептуальної моделі УК статусу юридично та господарсько самостійного суб'єкта з'являється можливість багатоканального фінансування з міського бюджету, державних, університетських та приватних фінансових ресурсів. З'являється право на укладення договорів: з Університетом установчого та про фінансування наукового та освітнього процесів, з місцевими органами самоврядування на утримання будівель УК, які перебувають на балансі міста, НСЗУ та приватними організаціями щодо фінансування послуг, що надаються УК.

За програмою медичних гарантій заплановано заключити більше 15 договорів з НСЗУ, що повинно забезпечити неменш 50% від потреб фінансування УК.

З появою статусу суб'єкта права та права на укладення договорів концептуальна модель УК зі сфери громадського споживання переходить у сферу відтворення та у неї з'являється можливість планування діяльності клінічної, наукової та освітньої баз відповідно до очікуваних надходжень фінансових ресурсів за укладеними договорами. З появою гідного фінансування з'явиться можливість забезпечення моделі сучасним обладнанням, технологіями та високопрофесійним персоналом.

Так фінансові можливості спонукають Наукову базу УК не тільки створити високотехнологічні дослідницькі центри, а й міжнародний підрозділ, який буде опрацьовувати новітні стандарти, клінічні настанови з їх

наступною адаптацією та перекладом для всіх співробітників УК, шукати гранти за завданнями науковців.

Система Громадського здоров'я, яка відповідає за профілактичну медицину, співпрацює з УК по програмах вакцинації населення та інше через створені центри первинної медико- санітарної допомоги. Сімейні лікарі відповідальні за пропагандування здорового способу життя: відмова від тютюнопаління, вживання алкоголю, наркотиків.

Відділення екстреної медичної допомоги буде забезпечувати бригадами оперативне реагування на виклики та виїжджати до пацієнтів у критичних станах. Так з'явиться можливість забезпечити УК пацієнтами на госпіталізацію до спеціалізованих клінік(стаціонарного відділення на сьогодні).

Пацієнти, які заключають договори з сімейними лікарями ЦПМСД УК, стануть головними отримувачами медичних послуг як в консультативно-діагностичній поліклініці так і в стаціонарному відділенні УК, що забезпечить стабільність клієнтської бази пацієнтів УК та приведе до стабільності фінансових надходжень.

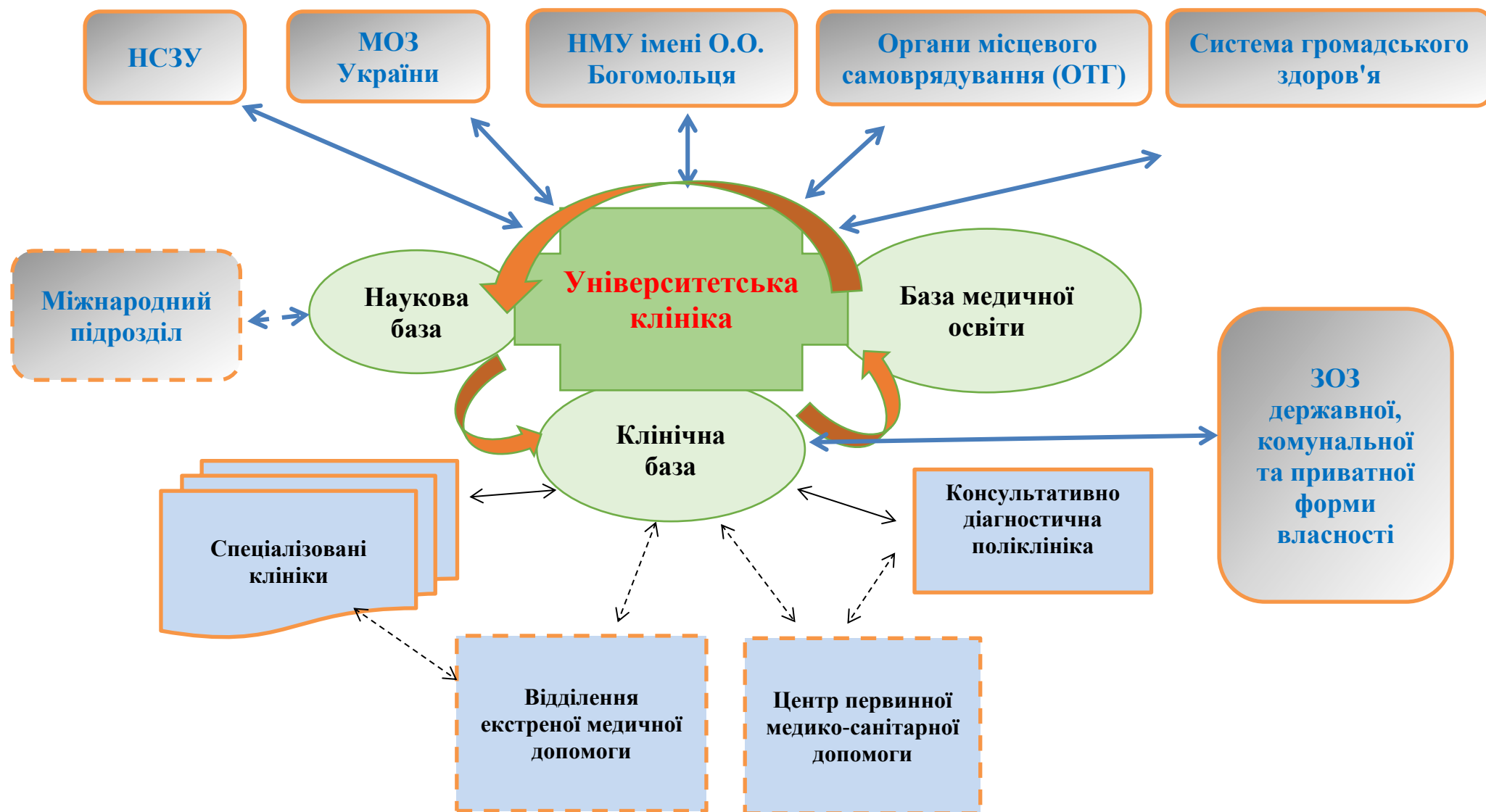


Рис. 5.1 — Концептуальна функціонально-організаційна модель Університетської клініки

5.4. Управління концептуальною функціонально-організаційною моделлю УК

Жодна держава у світі не здатна виключно за рахунок державних джерел утримувати університетські клініки. Забезпечувати населення якісною та сучасною медичною допомогою, виділяти необхідні кошти на інноваційне медичне та технологічне обладнання, на сучасні лабораторні прилади для наукової діяльності професорсько-викладацького складу, засоби для навчання студентів, на утримання наукових та освітніх комплексів, будівель та споруд.

Динаміка розвитку УК у світі здійснюється за рахунок багатоканального фінансування, це багато в чому визначає застосування ефективних моделей управління, що формують як внутрішні бізнес-процеси, і всю економіку їхньої діяльності.

На нашу думку університетські клініки України повинні створюватися органами центральної влади, місцевого самоврядування, вищими навчальними та науковими закладами, підпорядкованими МОЗ та НАМН України з участю останніх.

Стратегічне партнерство держави в особі МОЗ України та НСЗУ, місцевих органів влади, університетів, бізнесу, їх ресурсів може стати одним з основних інструментів досягнення успіху у розвитку університетських клінік.

Обґрунтування управління моделлю УК через оптимізацію механізмів управління забезпечує комплексний підхід до управління моделлю, моніторинг та контроль за забезпеченням кінцевих результатів діяльності УК, участь в управлінні представників місцевих органів влади (Департаменту охорони здоров'я) та громадськості.

В економічному плані в управлінні моделлю УК має формуватися «змішана економіка», що відображає тенденцію до підтримки розумного балансу між різними типами оплати медичних послуг через НСЗУ та з кишені пацієнта. Практично в УК певною мірою діятиме принцип – багатий платить за бідного. На сьогоднішній день в УК західних країн повністю сформувалася тенденція до організацій «змішаної економіки». Економічний менеджмент в

УК постає як технологія, здатна забезпечити раціональне використання обмежених ресурсів, допомогти подолати проблеми, які є у соціальному секторі.

Основні завдання управління УК.

- Створення в УК інтегрованого середовища, для формування ефективного управління академічними та виробничими процесами на основі єдності стратегічних цілей та завдань, спільної реалізації основних напрямів діяльності (освітньої, наукової, клінічної).

- Самостійне планування діяльності УК.

- Формування та розвиток якісної медичної освіти на основі створення єдиної інформаційної платформи, здобуття сучасних теоретичних знань та реальних практичних навичок.

- Досягнення високого рівня залучення професорського викладацького складу клінічних кафедр до клінічної практики, а співробітників клініки до освітнього процесу.

- Забезпечення якості медичних послуг через інтегрований пацієнт - орієнтований та доказовий підхід, міждисциплінарні консиліуми та індивідуальний підхід до кожного пацієнта, доступ до передових технологій та наукових розробок.

- Розвиток клінічних та лабораторних баз УК для проведення актуальних наукових досліджень, нарощування дослідницького та інноваційного потенціалу. Постійна участь у міжнародних дослідженнях та конференціях.

- Забезпечення високої кваліфікації та компетентності керівника УК.

- Підбір висококваліфікованого персоналу та економічно грамотних менеджерів.

- Науковий стиль роботи менеджерів.

- Комплексний процес управління (кваліфіковане та ефективне виконання функцій управління).

- Відповідність структури управління, функціональній структурі УК.

- Підвищення фінансової стійкості та ефективності УК.

- Забезпечення технічних та ресурсних можливостей УК.
- Стандартизація та оптимізація всіх бізнес-процесів в УК.
- Створення умов та механізмів для формування гідної системи оплати праці персоналу УК, що мотивує медичний персонал до якісного виконання своїх функцій.

Також необхідне впровадження в УК цільового управління, спрямованого на підвищення виробничої ефективності медичної діяльності. В основі це:

- Підвищення продуктивності праці медичного персоналу.
- Підвищення ефективності використання медичних площ.
- Підвищення ефективності використання медичного обладнання.
- Оптимізація умов праці медичного персоналу.
- Моніторинг ефективності виробництва, прибутку, рентабельності.
- Запровадження стимулюючої система оплати праці персоналу у вигляді відсотків від наданих і оплачених послуг.
- Контроль економічної ефективності діяльності УК за середньою кількістю призначень/прийомів та контроль управління прийомами.

Оперативне управління моделлю УК здійснює її керівник, призначений ректором університету. У керівництві УК йому допомагають його заступники, керівники лікувально-профілактичної, освітньої та наукової бази клініки; медична рада та керівники підрозділів (Рис. 5.2).

При УК створюється координаційна рада (КР) з функціями наглядової ради. Наглядова рада формується у відповідності до Основ законодавства України з охорони здоров'я. Стаття 24. - «При державних та комунальних закладах охорони здоров'я, що надають медичну допомогу вторинному та третинному рівням, з якими головними розпорядниками бюджетних коштів укладені договори про медичне обслуговування населення, за рішенням власника закладу охорони здоров'я (уповноваженого ним органу) утворюються спостережні ради, за умов обов'язкового залученням представників громадськості (за їхньою згодою).»

КР об'єднує представників незалежних організацій з метою допомоги УК у виконанні певних завдань, досягнення основних цілей та контролю за її діяльністю.

Відносини між учасниками КР будуються на договірній основі про спільну діяльність, яка допомагає УК забезпечити раціональне використання ресурсів та матеріально-технічної бази, якісний та фінансовий ефект при управлінні, у плануванні потреби в медичному персоналі, в обслуговуванні обладнання та ін..

В КР входять: Ректор університету, проректор з науково-педагогічної та лікувальної роботи, проректор з наукової роботи та інновацій, проректор з науково-педагогічної роботи, керівник УК, представник МОЗ України, представник департаменту охорони здоров'я Києва, представники громадськості, представник НСЗУ, представник Громадського здоров'я, приватні інвестори (меценати).

Управління КР здійснюється відповідно до угоди учасників КР. Очолює КР перший проректор університету з науково-педагогічної та лікувальної роботи. КР затверджує склад контролюючого підрозділу – відділу внутрішнього аудиту, призначає його керівника. Учасники КР несуть солідарну відповідальність за зобов'язаннями, пов'язаними з діяльністю та розвитком УК.

Рівні відповідальності у системі управління УК.

Ректор Університету:

- Здійснює загальний патронаж над університетською клінікою;
- Узгоджує для УК як дочірньої організації - структуру, профіль, потужність підрозділів та штатну чисельність з урахуванням:
 - цілей, завдань та функцій УК, передбачених Положенням;
 - стратегії розвитку, поточних та перспективних планів діяльності Університету та університетської клініки;
 - потреб освітнього, лікувального та науково-дослідного процесів;
 - джерел фінансування діяльності Університетської клініки.

Проректор з науково-педагогічної та лікувальної роботи, проректор з науково-педагогічної роботи:

- Контролюють діяльність університетської клініки за відповідним напрямом;
- Узгоджують проведення заходів на базі університетської клініки з відповідного спрямування.

Керівник університетської клініки

- керує лікувально-профілактичною, педагогічною та науковою діяльністю УК;
- створює умови для ефективної організації виробничого процесу у лікувально-профілактичній, освітній та науковій базах УК;
- бере активну участь у процесі планування лікувально-профілактичного, освітнього, наукового процесу;
- координує роботу баз, кафедр/курсів з питань їхньої діяльності спільно з керівниками баз, кафедр/курсів;
- контролює обсяг виконаної лікувально-консультативної, освітньої та наукової роботи працівниками баз, кафедр/курсів;
- здійснює підбір до УК керівників виробничої практики, наставників за погодженням з проректором клінічної роботи;
- керується у своїй роботі нормативними правовими актами України в галузі охорони здоров'я громадян та освіти, статутом Університету та посадовою інструкцією.

Керівники клінічної, наукової та освітньої баз УК

- здійснюють керівництво педагогічною, організаційно-методичною, науково-дослідною та лікувально-діагностичною діяльністю підлеглих їм баз;
- проводять планові обходи своїх підрозділів, консультують хворих, планують їх обстеження та лікування;
- розподіляють лікувальне навантаження та педагогічне навантаження, наукове навантаження між працівниками;

- проводять організаційно-методичну роботу щодо підвищення професійного рівня персоналу своїх баз;
- беруть участь у складі лікувально-консультативної комісії у дослідженні результатів лікування, складних клінічних випадків, а також у розгляді скарг та заяв пацієнтів, які проходять лікування в УК;
- беруть участь у розробці сучасних науково обґрунтованих методів діагностики та лікування, забезпечує їх впровадження у повсякденній діяльності УК;
- планують програму обстеження та лікування хворих, залучають з цією метою професорів, доцентів, які навчають;
- здійснюють контроль за виконанням лікувальної роботи лікарями бази або кафедри/курсу, затверджують таблиці обліку робочого часу лікарів, науково-педагогічних працівників;
- забезпечують участь лікарів та науково-педагогічних працівників у наукових дослідженнях;
- подають звіти щодо діяльності підпорядкованих їм баз університетської клініки.

Спільно з керівником університетської клініки

- планують програму обстеження та лікування хворих, залучають з цією метою професорів, доцентів, які навчають;
- здійснюють контроль за виконанням лікувальної роботи працівників баз та кафедри/курсу, затверджують таблиці обліку робочого часу лікарів, науково-педагогічних працівників;
- забезпечують участь лікарів та науково-педагогічних працівників у наукових дослідженнях;
 - подають спільний звіт щодо діяльності університетської клініки до вищих органів.



Рис. 5.2 — Система управління концептуальною моделлю УК

5.5. Експертна оцінка концептуальної функціонально-організаційної моделі УК

У процесі дослідження було здійснена експертна оцінка розробленої концептуальної функціонально-організаційної моделі університетської клініки.

До експертної оцінки моделі були залучені керівники служб УК, фахівці з організації і управління охороною здоров'я. У експертній оцінці моделі УК взяло участь 20 експертів, з них 2 доктори, 4 кандидатів медичних наук, 14 організаторів охорони здоров'я вищої категорії.

Експертна оцінка проводилася за спеціально розробленою програмою експертизи, яка містила перелік основних параметрів розробленої моделі УК. Експертна оцінка здійснювалася у декілька етапів. Спочатку був складений перелік основних параметрів моделі, які підлягали оцінці. Проведена їх експертна оцінка за методом Дельфі. Потім у три етапи здійснювалася сама експертна оцінка. На першому етапі кожен з експертів виставляв незалежні оцінки (за десятибальною шкалою) за кожним з параметрів затвердженого переліку. На другому і третьому етапах експерти порівнювали свою думку з колективною оцінкою всієї експертної групи, при цьому вони могли змінити або скоректувати свою позицію.

За результатами третього етапу експертної оцінки, крім середніх значень кожного показника у балах, були розраховані коефіцієнти варіації, за допомогою яких визначався ступінь варіабельності думки експертів за кожним параметром оцінки (Табл. 5.1).

Таблиця 5.1

Результати експертної оцінки концептуальної функціонально-організаційної моделі УК
($W=0,74$, $p<0,05$).

Основні параметри оцінки концептуальної моделі УК.	Середній бал	Cv (%)
1. Розробка концептуальної моделі УК за принципами інтеграції: - клінічної, наукової та освітньої баз університету.	9,90±0,07	3,11
2. Створення в УК інтегрованого академічного медичного центру за рахунок міждисциплінарної кооперації та співпраці баз освіти та науки на платформі бази клінічної практики.	9,95±0,05	2,25
3. Надання концептуальної моделі УК статусу юридично та господарсько самостійного суб'єкта.	9,85 ±0,08	3,72
4. Організація для моделі УК багатоканального фінансування за рахунок державних, університетських, міського бюджету та приватних фінансових ресурсів.	9,75±0,10	4,56
5. Отримання моделлю УК права на укладення договорів: з Університетом установчого та фінансування, з місцевими органами на утримання будівель УК, НСЗУ, приватними організаціями про фінансування послуг, що надаються УК	9,7±0,11	4,85
6. Перехід моделі УК зі сфери громадського споживання у сферу відтворення, та поява можливості планування роботи клінічної, наукової та освітньої баз відповідно до очікуваних надходжень фінансових ресурсів за укладеними договорами;	9,6±0,12	5,24
7. Впровадження індивідуальної методики розрахунків клінічної наукової та освітньої баз УК за рахунок базового - модульного підходу при моделюванні УК.	9,65±0,11	5,07
8. Обґрунтування єдиної технологічної системи взаємодії в моделі УК тріади баз (надання медичної допомоги, підготовки студентів-медиків та наукової роботи) їх структурних та функціональних процесів..	9,5±0,12	5,40
9. Забезпечення моделі УК для її успішної діяльності, сучасним обладнанням, технологіями, стандартами якості та високопрофесійним персоналом	9,5±0,12	5,40
10. Обґрунтування управління моделлю УК через оптимізацію механізмів управління, що забезпечує комплексний підхід до управління моделлю, моніторинг та контроль за забезпеченням кінцевих результатів діяльності УК, участь в управлінні представників місцевих органів влади (департаменту охорони здоров'я) та громадськості.	9,60±0,12	5,24

Аналіз результатів експертних оцінок дозволив виділити основні переваги моделі, які засвідчують відповідність розробленої моделі сучасним вимогам науки і практики.

У таблиці результатів експертної оцінки значення коефіцієнтів варіації (C_v) за всіма виділеними перевагами моделі, які оцінювались у ході експертизи, не перевищували 10,0 %, що свідчить про низький ступінь варіабельності та одностайність оцінок експертів. Високий ступінь узгодженості думок експертів підтвердило також високе значення коефіцієнта конкордації ($W=0,74$, $p<0,05$).

З таблиці результатів експертної оцінки видно, що розробка концептуальної функціонально-організаційної моделі УК на засадах інтеграції: - клінічної, наукової та освітньої баз університету оцінено експертами на $9,90\pm0,07$ балу, а як результат створення з УК інтегрованого академічного медичного центру за рахунок міждисциплінарної кооперації та співпраці баз освіти та науки на платформі клінічної практики на $9,95\pm0,05$ балу. Також, надання моделі УК статусу юридично та господарсько самостійної установи в середньому оцінено експертами на $9,85\pm0,08$ балу. Ці три високі оцінки підтверджують, що принцип інтеграції, створення міждисциплінарної кооперації та отримання моделлю самостійного статусу сприятимуть якісній реалізації надання медичних послуг, здійсненню освітньої та наукової діяльності у розробленій концептуальній моделі УК.

Високі оцінки експертів — $9,75\pm0,10$ одержало забезпечення для моделі УК багатоканального фінансування за рахунок державних, університетських, міського бюджету та приватних фінансових ресурсів;

- $9,6 \pm 0,12$ — перехід моделі УК зі сфери громадського споживання у сферу відтворення, та поява можливості планування роботи клінічної, наукової та освітньої баз відповідно до очікуваних надходжень фінансових ресурсів за укладеними договорами;

- $9,65\pm0,11$ — впровадження індивідуальної методики розрахунків клінічної наукової та освітньої баз УК за рахунок базового - модульного підходу при моделюванні УК;

- $9,5 \pm 0,12$ — обґрунтування єдиної технологічної системи взаємодії структурних та функціональних процесів тріади баз (надання медичної допомоги, підготовки студентів-медиків та наукової роботи);

- $9,5 \pm 0,12$ — забезпечення моделі УК для її успішної діяльності, сучасним обладнанням, технологіями, стандартами якості та високопрофесійним персоналом;

- $9,6 \pm 0,12$ — обґрунтування управління моделлю УК через оптимізацію механізмів багаторівневого управління, участь в управлінні представників місцевих органів влади (департаменту охорони здоров'я) та громадськості.

Таким чином, проведена експертиза розробленої концептуальної функціонально-організаційної моделі УК дозволила виділити основні переваги моделі, відповідність розробленій моделі сучасним вимогам науки та практики. Отримані експертні оцінки параметрів моделі підтверджують прогнозовану, медико-соціальну та економічну ефективність розробленої концептуальної моделі УК. Діяльність такої моделі безсумнівно сприятиме наданню якісних медичних послуг, оптимізації навчального та наукового процесів.

Розробка моделі виконана відповідно до схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 17 січня 2025 р. № 34-р — Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року в пункті 64. «Забезпечення створення умов для підвищення якості організації та здійснення практичної (клінічної) підготовки здобувачів медичної освіти шляхом утворення багатопрофільних університетських лікарень, оптимізації використання потенціалу діючих університетських клінік та клінічних баз кафедр медичних закладів вищого освіти ...»

Все це говорить про доцільність використання концептуальної основи розробленою моделі під час моделювання сучасних університетських клінік в Україні, оптимізації діючих університетських клінік та клінічних баз.

Наприкінці можна констатувати, що концептуальна модель УК характеризується новизною розробки та практичною цінністю, а її впровадження стимулюватиме розвиток університетських клінік України.

Висновки до п'ятого розділу

1. Розроблено концептуальні організаційно-методологічні напрями розвитку функціонально-організаційної моделі УК.

2. Покладено в основу нашого підходу до розробки моделі УК досягнення сучасної зарубіжної практики з організації університетських кластерів, стратегія розвитку системи охорони здоров'я України до 2030 року, метод моделювання та основи сучасної теорії управління.

3. Визначено з позиції системного підходу, що концептуальна функціонально-організаційна модель УК розглядається як інтегрований університетський медичний центр, що інтегрує освітню, наукову та клінічну бази лікарів загальної практики, відділення екстреної медичної допомоги.

4. Клінічна база поєднує спеціалізовані клінічні підрозділи (хірургічний, терапевтичний, урологічний, стоматологічний тощо), консультативно – поліклінічний підрозділ, центр первинної медико-санітарної допомоги, відділення екстреної медичної допомоги.

5. Представлено з технологічної точки зору, що концептуальна функціонально-організаційна модель УК як інтегрована система взаємопов'язаних та взаємодіючих освітніх, клінічних та наукових технологічних процесів, що забезпечує єдність стратегічних цілей та завдань, спільну реалізацію основних напрямів діяльності, умови для підвищення якості практичної (клінічної) підготовки претендентів медичної освіти.

6. Обгрунтовано з економічної точки зору модель УК як дочірню організацію Університету, юридично самостійну організацію практичної охорони здоров'я. Фінансування концептуальної моделі УК, реалізується в основному за рахунок трьох джерел – університету (гроші університету слідує за студентом та забезпечують розвиток наукових досліджень), НСЗУ

(гроші слідують за пацієнтом та забезпечують лікувально-діагностичний процес основних захворювань) та бюджету місцевих органів влади (забезпечують утримання будівель та приміщень УК).

7. Надано наукове обґрунтування формування інтегрованої концептуальної моделі УК з позицій системного, технологічного та економічного підходів.

8. Обґрунтовано схему управління моделлю УК за допомогою оптимізації механізмів управління через комплексний підхід до управління.

9. Проведено експертну оцінку концептуальної функціонально-організаційної моделі УК. Розроблена концептуальна функціонально-організаційна модель УК, яка високо оцінена експертами (за 10-бальною шкалою).

Наприкінці можна констатувати, що концептуальна модель УК характеризується новизною розробки та практичною цінністю для УК регіонів країни, її впровадження стимулюватиме впровадження сучасних організаційних технологій у сферу діяльності УК, сприятиме розвитку освітньої, клінічної та наукової діяльності УК.

Результати досліджень, наведені в даному розділі, висвітлені в наступних наукових публікаціях:

1. Красюк СП. Концептуальні напрями розвитку університетських клінік України. Вісник морської медицини, 2025;1:5-10. Доступно з: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.15094157>.

2. Красюк СП. Наукове обґрунтування концептуальної функціонально-організаційної моделі університетської клініки. В: Current questions of modern science. XV international scientific conference, January 16-17, 2025, Vienna, Austria, 2025. p. 62-64.

ВИСНОВКИ

У дисертаційному дослідженні вирішено актуальну науково-практичну проблему охорони здоров'я – обґрунтовано та розроблено концептуальну функціонально-організаційну модель університетської клініки, як сучасний академічний медичний центр, що інтегрує освітню, наукову та клінічну бази, як систему взаємопов'язаних клінічних, освітніх та наукових технологій, стратегічних цілей, спільну реалізацію напрямів діяльності як юридично самостійна організація практичної охорони здоров'я з багатоканальним фінансуванням.

1. Здійснено системно-історичний аналіз світових та вітчизняних наукових джерел щодо організації університетських клінік за кордоном та в Україні.

На підставі проведеного аналізу з'ясовано, що в основі УК є існування інтегрованого середовища для формування спільної реалізації основних напрямів діяльності (освітньої, наукової, клінічної), необхідність розвитку зв'язків УК із зарубіжними УК, розвитку наукових досліджень з урахуванням світових досягнень, забезпечення економічної стійкості УК, що слугуватиме підставою для розробки концептуальної функціонально-організаційної моделі університетської клініки в Україні.

2. Проведено комплексний аналіз стану громадського здоров'я у м. Києві за 2014-2023 роки, результати якого засвідчують, що актуальними медико-демографічними проблемами столиці є скорочення чисельності населення працездатного віку та надзвичайно високий ступінь демографічного старіння населення, негативний природний приріст населення за рахунок низької народжуваності та високої смертності, зниження СОТЖ та відставання від країн ЄС за цим ключовим показником на 9 років. Визначено, що неінфекційні захворювання становлять основну загрозу для громадського здоров'я. Серед усіх НДЗ найбільш актуальну проблему становлять ХСК та ДТ, відносна частка яких у структурі смертності становить 53,9 % та 11,9 % відповідно, а у структурі первинної інвалідності дорослого населення – 24,4 %

та 24,0 % відповідно. Встановлено, що вимагає удосконалення система організації безперервного динамічного спостереження хворих ХСК т. як. сьогодні диспансерним спостереженням охоплено лише 56,8 % хворих на ГХ, 53,8 % хворих на ІХС, 39,2 % хворих на ЦВХ. Потрібний розвиток сучасної реабілітаційної допомоги інвалідів т. к. протягом 2014-2023 рр. виявлено зростання рівнів первинної інвалідності як серед дитячого (в 1,7 рази), так і дорослого населення (в 1,5 рази) столиці.

3. Отримано комплексну медико-соціальну характеристику стану ресурсного забезпечення та організації діяльності УК Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця за матеріалами анкетування пацієнтів, лікарів, студентів за методикою SWOT-аналізу та експертної оцінки. З аналізу анкетування 409 пацієнтів виявлено, що тільки $46,9 \pm 2,5$ %, пацієнтів задоволені якістю наданої медичної допомоги, $42,3 \pm 2,4$ % роботою реєстратури, $49,2 \pm 2,5$ % графіком роботи лікарів. Не були обстежені в тому обсязі, який призначив лікар $54,2 \pm 2,5$ % респондентів. Звернуться повторно в КДП згодні тільки $43,2 \pm 2,4$ % відвідувачів. Медико-соціологічне опитування 101 лікаря КДП, які знають проблеми зсередини, показало, що лише $49,6 \pm 5,0$ % позитивно оцінили їх умови праці, $87,6 \pm 3,3$ % респондентів вважають за необхідне оновлення медичного обладнання, матеріалів, інструментів, $57,5 \pm 4,9$ % підвищення якості медичної допомоги. На думку $87,2 \pm 3,3$ % опитаних лікарів вони не мають економічної мотивації праці, наявності механізмів матеріальної зацікавленості у поліпшенні якості роботи. Систему оплати праці КДП негативно оцінили $57,8 \pm 4,9$ % лікарів.

Медико-соціологічне опитування 407 студентів шостих курсів показало, що $72 \pm 2,2$ % опитаних загалом задовольняє організація процесу навчання та практичних занять в УК $64,1 \pm 2,4$ % студентів задовольняє матеріально-технічне забезпечення навчального процесу. Проте $49,9 \pm 2,5$ % не задовольняє організація самостійної роботи біля ліжка пацієнта, $62,7 \pm 2,4$ % респондентів вважають, що мало часу виділяється для оволодіння практичними навичками на медичному устаткуванні. З міжнародними вимогами доказової медицини у

практиці лікаря було ознайомлено лише $39,2 \pm 2,4$ % студентів. За покращення інформаційного забезпечення під час навчання висловилися $67,1 \pm 2,3$ % респондентів. Отримували інформацію про основні засади роботи УК в Європі лише $45,8 \pm 2,5$ % опитаних. За створення в УК програми міжнародного обміну студентів-медиків із західними УК висловилися $89,7 \pm 1,5$ % респондентів. Аналіз отриманих результатів соціологічного дослідження позначив організаційні проблеми УК, які вимагають уваги.

4. Науково обґрунтовано концептуальні організаційно-методологічні напрямки для розробки сучасної моделі УК, які представлені як сукупність взаємозалежних напрямів для моделювання сучасної моделі УК. Основні з них інтеграція та міждисциплінарна кооперація освіти, науки та клінічної практики, надання УК права самостійного юридичного та господарського суб'єкта, забезпечення УК багатоканального фінансування.

5. Науково обґрунтовано та розроблено концептуальну функціонально-організаційну модель УК, як систему взаємопов'язаних та взаємодіючих освітніх, клінічних та наукових технологічних процесів, що забезпечує єдність стратегічних цілей та завдань, спільну реалізацію основних напрямів діяльності, умови підвищення якості практичної (клінічної) підготовки претендентів на медичну освіту, що відповідає міжнародним підходам. Особливостями моделі стала інтеграція до єдиної системи УК освітньої, наукової та клінічної баз. Клінічна база поєднує спеціалізовані клінічні підрозділи (хірургічний, терапевтичний, урологічний, стоматологічний тощо), консультативно-поліклінічний підрозділ, амбулаторію лікарів загальної практики, відділення екстреної медичної допомоги. Концептуальна модель УК є дочірньою організацією Університету юридично та господарсько самостійною організацією практичної охорони здоров'я має багатоканальне фінансування.

6. Для розробленої концептуальної функціонально-організаційної моделі УК обґрунтовано управління моделлю, яке забезпечує комплексний підхід до управління моделлю, оптимізацію механізмів управління,

моніторинг та контроль за забезпеченням кінцевих результатів діяльності УК, участь в управлінні представників місцевих органів влади (департаменту охорони здоров'я) та громадськості.

7. Проведена експертна оцінка розробленої концептуальної функціонально-організаційної моделі університетської клініки. За основними пунктами експертизи: розробка концептуальної моделі за принципами інтеграції: клінічної, наукової та освітньої баз університету експерти виставили $9,90 \pm 0,07$ балів; створення в УК інтегрованого академічного медичного центру за рахунок міждисциплінарної кооперації та співробітництва клінічної бази та баз освіти та науки — $9,95 \pm 0,05$ балів; надання концептуальної моделі УК статусу юридично та господарсько самостійного суб'єкта — $9,75 \pm 0,10$ балів; обґрунтування управління моделлю УК через оптимізацію механізмів управління — $9,60 \pm 0,12$ балів. Значення коефіцієнтів варіації (CV) за всіма виділеними перевагами моделі, які оцінювались у ході експертизи, не перевищували 10,0 %, що свідчить про низький ступінь варіабельності та однотайності оцінок експертів. Високий ступінь узгодженості думок експертів підтвердило також високе значення коефіцієнта конкордації ($W=0,74$, $p<0,05$).

Концептуальна модель УК з притаманними їй принципами інтеграції, юридичної самостійності та багатоканального фінансування забезпечить медичну, соціальну та економічну ефективність, інноваційну складову у реалізації проекту стратегії розвитку системи охорони здоров'я України, удосконалення вищої медичної освіти та зміцнення здоров'я населення.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Розроблена в ході наукового дослідження концептуальна функціонально – організаційна модель УК, особливостями якої стала інтеграція в єдину систему УК освітньої, наукової та клінічної баз, кооперація взаємопов'язаних та взаємодіючих освітніх, клінічних та наукових технологічних процесів, юридична самостійність та багатоканальне фінансування дозволяють рекомендувати цю модель як приклад, при організації та формуванні регіональних УК.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамович ВЄ. Науково-дослідна підготовка у вищій медичній освіті на до дипломному етапі. Сучасні стратегії розвитку університету в контексті євроінтеграції. 2020;169-174. Доступно з: <https://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi67/0049395.pdf#page=170>
2. Андріяш В, Козлова Л, Малікіна О, Полякова Є. Особливості державної політики регулювання медичних послуг в Україні. Публічне управління та регіональний розвиток. 2020; 9: 689-713. Доступно з: <https://pard.mk.ua/index.php/journal/article/view/200>
3. Берегова КВ, Бусел СВ. Роль університетських клінік у розвитку вищої медичної освіти в Україні. Міжнародна наукова інтернет-конференція. Дата публікації: 29.11.2023. Доступно з: <https://repo.odmu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/14395?locale-attribute=en>
4. Богачова ОС. Публічне управління розвитком вищої медичної освіти [магістерська робота]. Харків, 2022. 69 с. Доступно з: https://repo.knmu.edu.ua/items/93c4a0e6-c31e-4194-b1a8-a02bb_1050_ea3_content
5. Боднар І, Антонова С, Клімова А. Зарубіжний досвід організації системи стоматологічної допомоги населенню. Вісник Національного університету водного господарства та інженерії природокористування. 2023;3(103):76-84. Доступно з: <https://visnyk.nuwm.edu.ua/index.php/econ/article/view/1317>
6. Бойко ІЙ. Європейська соціальна хартія: історія прийняття та значення для України. В: Актуальні проблеми соціального права. Випуск 10. Матеріали міжнародної науково-практичної конференції “Європейська соціальна хартія та проблеми реалізації соціальних прав в умовах глобалізації” (до 25-річчя Європейської соціальної хартії (переглянутої) 23 квітня 2021 року. – Львів, «ГАЛИЧ-ПРЕС», 2021, с. 13-21. Доступно з: <http://lib.pu.if.ua:8080/bitstream/123456789/15686/1/YEvropeyska-sotsialna-khartiia-ta-problemyrealizatsii-sotsialnykh-prav-v-umovakh-hlobalizatsiido-25->

richchia-YEvropeyskoi-sotsialnoi-khartii-perehlianutoi-23-kvitnia-2021-roku%20%281%29%D0%BE%D0%B1%D1%80%D1%96%D0%B7%D0%B0%D0%BD%D1%96.pdf

7. Бойчук ТМ, Юзько ОМ. Концепція створення університетської лікарні (клініки). Буковинський медичний вісник. 2014;18(3):71. Доступно з: <https://core.ac.uk/download/pdf/144960006.pdf>

8. Булах ІВ. Архітектурно-містобудівна організація закладів охорони здоров'я Німеччини та Великобританії. Сучасні проблеми архітектури та містобудування. 2019;53:126-134. Доступно з: <https://repository.knuba.edu.ua/server/api/core/bitstreams/8e2055cb-8f94-494d-bc4c-1c8c5dbcb476/content>

9. Булах ІВ. Особливості проектування університетської лікарні. В: Містобудування та територіальне планування : наук.-технічний збірник. 2020. Київ: КНУБА; 2020;73:21-28. Доступно з: <https://repository.kn>

10. Булах ІВ. Синтез організації лікування, досліджень і навчання (ключ університетської лікарні в Аахені). Сучасні проблеми архітектури та містобудування. 2021;61:349-58. DOI: <https://doi.org/10.32347/2077-3455.2021.61.349-358>

11. Бульба ОВ, Острогляд ОВ. Право на безоплатну медичну допомогу: реалії сьогодення. В: Особливості формування законодавства України: філософсько-правові, історичні та прикладні аспекти: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (6 березня 2014 року). Івано-Франківськ, 2014, с. 330-334. Доступно з: <https://library.n>

12. Бусел СВ, Дробко АЮ. Автоматизовані інформаційні системи та телемедицина в університетських клініках. 2023. Доступно з: <https://repo.odmu.edu.ua:443/xmlui/handle/123456789/14396>

13. Бусел СВ, Дружкова ІС. Медичні інновації та правовий ландшафт в Україні: роль захисту інтелектуальної власності в закладах вищої медичної освіти. Ch 11, с. 176-191 Доступно з:

<http://baltijapublishing.lv/omp/index.php/bp/catalog/download/503/13386/28035-1?inline=1>

14. Бусел СВ, Хлібородова ІВ, Берегова КВ. Університетські клініки як лідери у впровадженні передових медичних технологій та практик. В: 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, с. 104-106. Доступно з: <https://repo.odmu.edu.ua:443/xmlui/handle/123456789/15804>

15. Вознюк В, Красюк С. Організація і діяльність університетських клінік: минуле і сьогодення. УНММЖ. 2022;4(134):44-52. DOI: [https://doi.org/10.32345/USMYJ.4\(134\).2022.44-52](https://doi.org/10.32345/USMYJ.4(134).2022.44-52)

16. Волкова АВ, Болдарь ГЄ, Рищенко ОО, Болдарь ГЄ. Аналіз стану правового регулювання системи охорони здоров'я в контексті реалізації сучасної медичної реформи в Україні. В: Збірник матеріалів XIV науково-практичної конференції "Управління якістю в фармації" 22.05.2020, с. 22-23. Доступно з: <https://dspace.nuph.edu.ua/bitstream/123456789/23780/1/22-23.pdf>

17. Волосовець ОП, Дзюба ОЛ, Кузьменко АЯ, Кривопустов СП, Прохорова МП, Логінова ІО, Слюсар НА та ін. Університетські дитячі лікарні. 2017, с. 320. Доступно з: http://ir.librarynmu.com/bitstream/123456789/4949/1/%D0%A2%D0%B5%D1%80%D0%BD%D0%BE%D0%BF%D1%96%D0%BB%D1%8C-2017_2_%D1%82%D0%BE%D0%BC%20320-322.pdf

18. Вороненко ЮВ. Напрями розвитку системи медичної освіти в Україні: погляд у майбутнє. Медична освіта. 2017;(3):32-5. Доступно з: https://repository.tdmu.edu.ua/bitstream/handle/1/8509/2017%20bolon-1_sektsia-.pdf?sequence=1&isAllowed=y#page=23

19. Вороненко ЮВ, Вдовиченко ЮП, Вернер ОМ, Малецька ЗВ, Проценко ВМ. Шляхи впровадження європейських принципів і підходів у стратегії розвитку вищої медичної післядипломної освіти в Україні. Збірник

наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика. 2017;(27):5-9.
Доступно з: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Znpsnmapo_2017_27_3

20. Вороненко ЮВ, Гойда НГ, Мурзіна ЄО, Бутро ВІ, Крижевський ВВ. Міська лікарня інтенсивного лікування як зразок корпоративної моделі академічної клініки. Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика. 2015; 24 (4): 124-31. Доступно з: [http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/Znpsnmapo_2015_24\(4\)_21.pdf](http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/Znpsnmapo_2015_24(4)_21.pdf)

21. Глушко ОО, Кривуля ЮМ, Лисенко ВВ, Марченко ОО, Тригуб ІМ, Гавловський ОД. Про основні аспекти медичного забезпечення учасників антитерористичної операції із числа працівників правоохоронних органів Полтавської області. В: Ждан ВМ, Голованова ІА. (ред.) Громадське здоров'я в Україні: реалії, тенденції та перспективи : кол. монографія. Полтава; 2020: 113-120.

22. Годлевська НА, Старовер АВ. Особливості практичної підготовки студентів медичних вузів в Україні та Європі. In: The II International Scientific and Practical Conference, Vancouver (Canada). 2019, p. 511-514 Доступно з: <https://dspace.vnmu.edu.ua/123456789/4302>

23. Горобейко МБ, Дінець АВ. Медична освіта в Україні: системні проблеми і можливості шляхи їх вирішення. Український медичний часопис. 2022;(5):1-3 Доступно з: <https://umj>

24. Горпініч ТІ. Проблеми використання досвіду США з організації професійної підготовки майбутніх лікарів: український контекст. Медична освіта. 2019;(2):156-61. Доступно з: https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/med_osvita/article/view/10358

25. Гребенник НГ. Роль наукових парків у комерціалізації університетських інновацій та підтримці сталого розвитку національної медичної індустрії. В: 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, с. 118-121.
Доступно з: <https://repo.odmu.edu.ua:443/xmlui/handle/123456789/15805>

26. Гринюк Д. Європейські лідери ринку медичних послуг та медичного туризму у розвитку громадського здоров'я в часі небезпеки: Досвід Чехії. Суспільство та національні інтереси. 2024;(4(4)):33-50.
<http://perspectives.pp.ua/index.php/sni/article/view/13888/13954>

27. Гуторова НО, Руднева ОМ. Порухення права на безоплатну медичну допомогу. Матеріали вебінару Кримінальні-правопорушення. 25.05.21. 2021;45-48. Доступно з: https://ivpz.kh.ua/wp-content/uploads/2021/07/%D0%9C%D0%B0%D1%82%D0%B5%D1%80%D1%96%D0%B0%D0%BB%D0%B8-%D0%B2%D0%B5%D0%B1%D1%96%D0%BD%D0%B0%D1%80%D1%83-%D0%9A%D1%80%D0%B8%D0%BC%D1%96%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%96-%D0%BF%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BE%D0%BF%D0%BE%D1%80%D1%83%D1%88._25.05.21.pdf#page=45

28. Демченко АВ, Котляревська ЕВ. Організація роботи клініко-діагностичної лабораторії в університетській клініці. В: Сучасні досягнення та перспективи клінічної лабораторної медицини у діагностиці хвороб людини та тварин: матеріали IV науково-практичної міжнародної дистанційної конференції, м. Харків, 28 березня 2024. Харків; 2024, с. 29-30. Доступно з: <http://dspace.zsmu.edu>

29. Демченко ІС. Охорона здоров'я та права людини у практиці Конституційного суду України . С. 52-58.
<http://ir.librarynmu.com/bitstream/123456789/2007/1/DemchenkoOkhoronazdorovyaupraktitsikonstututsiinogosuduukraini.pdf>

30. Дерпак КЮ. Модернізація організаційного забезпечення закладу охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи [магістерська робота]: спец. Публічне управління та адміністрування. Тернопіль: ЗУНУ;

2023. Доступно з: <https://scholar.google> [ЗАХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ МОДЕРНІЗАЦІЯ ОРГАНІЗА](#)

31. Долбешко МО. Управління розвитком кадрового потенціалу підприємницьких структур сфери послуг (на прикладі Університетської клініки Сумського державного університету) :[магістерська робота]: спец. 076 - підприємництво, торгівля та біржова діяльність. Суми: Сумський державний університет; 2023. 43 с. Доступно з: <https://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/94284>

32. Дубенко ДЄ. Перехресні стежки київської хірургії (частина 1). Університетська клініка. УНММЖ; 2020;3(117):4-9 Доступно з: <https://mmj.nmuofficial.com/index.php/journal/article/view/315/284>

33. Дубініна ВГ. Університетська клініка: яку модель візьме за взірць Україна?. *Ваше здоров'я*. 2015; 33–34. Доступно з: <https://www.vz.kiev.ua/universitetska-klinika-yaku-model-vizme-za-vzirec-ukrayina/>

34. Дубровіна ОВ, Борисова ЗО, Горбаченко ОБ, Швець АІ, Варданян АО, Дігтяр НІ. Нові тренди у викладанні у вищій медичній школі України. В: Сучасні тренди розвитку медичної освіти: перспективи і здобутки : матеріали навчально-наукової конференції з міжнародною участю, 26 березня 2022. Полтава: Полтавський державний медичний університет; 2022, с. 98-99. Доступно з: <https://repository.pdmu.edu.ua/handle/123456789/17903>

35. Дюдіна ІЛ, Томілін ВГ, Перешивайлова ІО. Освітній процес та університетська клініка. 2017. Доступно з: <https://repo.knmu.edu.ua/items/3e656846-aa53-4864-bc2d-f696fe10f2e8>

36. Жуковська АЮ, Чигур ОВ. Інноваційні технології надання медичних послуг. Інноваційна економіка. 2022; (1): 60-66. Доступно з: <http://188.190.43>

37. Запорожан ВМ, Каштальян ММ, Чернецька ОВ. Сучасні підходи до освітнього процесу з підготовки високопрофесійних фахівців. Медична освіта. 2017;(3):27-31. Доступно з: <https://repository.tdmu>

38. Зубарева ОІ. Медична реформа в Україні: оцінки українців та досвід регіонального дослідження. Грані. 2019; 22 (4): 54-63. Доступно з: [268619746.pdf](https://doi.org/10.26861/9746.pdf)

39. Іваницька ОС, Іваницький ІО. Практико-орієнтований підхід до організації навчального процесу як умови ефективної професійної підготовки іноземних студентів. В: Актуальні питання медичної (фармацевтичної) освіти іноземних громадян: проблеми та перспективи: збірник статей навч.-наук. конф. з міжнар. участю, м. Полтава, 22 листопада 2018 р. Полтава; 2018, с. 37–39. Доступно з: <https://repository.pdmu.edu.ua/handle/123456789/9134>

40. Іванькова НА. Структурні компоненти хмарного середовища навчання майбутніх лікарів. В: Звітна науково-практична конференція Інституту інформаційних технологій і засобів навчання НАПН України : матеріали наук.-практ. конф. (11 лютого 2021 р., м. Київ). Київ : ІТЗН НАПН України; 2021, с. 46-48 Доступно з: <http://dspace.zsmu.edu.ua/handle/123456789/13473>

41. Каніковський ОЄ, Шапринський ЄВ, Павлик ІВ, Мосьондз ВВ. Методологічні аспекти підготовки студентів медичного університету як майбутніх фахівців охорони здоров'я. Міжнародна науково-методична конференція «Сучасний підхід до викладання дисциплін» Вінниця: ВНМУ ім. М.І. Пирогова; 2018.с. 26-28. Доступно з: <https://dspace.vnmu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/3735/PDF.pdf?sequence=1>

42. Кінаш НМ. Напрямки реорганізації вищої медичної освіти в Україні. Архів клінічної медицини. 2015;(2):77-80. Доступно з: https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:UwjVqdlurYJ:scholar.google.com/&hl=uk&as_sdt=0,5&scioq=%D0%A3%D0%B%D1%96%D0%B2%D0%B5%D1%80%D1%81%D0%B8%D1%82%D0%B5%D1%82%D1%81%D1%8C%D0%BA%D1%96+%D0%BA%D0%BB%D1%96%D0%BD%D1%96%D0%BA%D0%B8

43. Кліщ ГІ. Форми організації навчання в медичних університетах Австрії. Медична освіта. 2014;(4):56-59.

<https://repository.tdmu.edu.ua/handle/123456789/11402>

44. Ключкова МВ. Автономізація медичних закладів в умовах реформування системи охорони здоров'я. 2024. Доступно з: <https://journal.odmu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/15786>

45. Кнейслер ОВ, Шупа ЛЗ. Вектор розвитку медичного страхування в контексті сучасної медичної реформи в Україні. Світ фінансів. 2019;4(57):148-56. Доступно з: <http://sf.wunu.edu.ua/index.php/sf/article/view/1077>

46. Князькова ВЯ, Бондаренко ВГ. Просування нових медичних послуг як складова маркетингової стратегії медичного закладу. В: 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, с. 36-40. Доступно з: <https://repo.odmu.edu.ua>

47. Коваль АМ. "Медична допомога" і "медична послуга": питання нормативної фіксації. Юридична наука і практика: виклики часу: Матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції; 2015 Бер 12; Київ. Київ: ТОВ «МП ЛЕСЯ»; 2015, с. 157-159.

48. Колесник ЮМ, Кривенко ВІ. Актуальні питання розбудови університетської клініки на етапі реформування вищої освіти та системи охорони здоров'я в Україні. В: Реалізація Закону України «Про вищу освіту» у вищій медичній та фармацевтичній освіті України (з дистанційним під'єднанням ВМ(Ф)НЗ України за допомогою відеоконференц-зв'язку) : матеріали Всеукр. навч.-наук. конф. з міжнар. участю, 21-22 травня 2015, м. Тернопіль. Тернопіль : ТДМУ, Укрмедкнига; 2015, с.503-505. Доступно з: <http://dspace.zsmu.edu.ua/handle/123456789/11860>

49. Колесник ЮМ, Кривенко ВІ, Демченко АВ, Котляревська ЕВ. Університетська клініка: 10 років розвитку. В: Актуальні питання сучасної медицини і фармації : тези доп. Всеукр. наук.-практ. конф. (до 50-річчя

заснування ЗДМУ), 18-25 квіт. 2018 р., 30 трав. 2018 р. Запоріжжя: ЗДМУ; 2018, с. 65-66. Доступно з: <http://dspace.zsmu.edu.ua/ha>

50. Користій ВІ, Платинюк ОБ. Комплексна реабілітація внутрішньо переміщених осіб в умовах університетської клініки. In: Psychosocial rehabilitation injured and displaced from the zone ato based on the psychosocial center rehabilitation of children and adolescents "Feldman Ecopark" II International scientific and practical conference on psychosocial rehabilitation children and teenagers: materials of scientific and practical conferences. 2016, р. 27-28. Доступно

3: https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:pWcsdwqErDkJ:scholar.google.com/+%D0%9E%D1%80%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D1%96%D0%B7%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%8F+%D1%83%D0%BD%D1%96%D0%B2%D0%B5%D1%80%D1%81%D0%B8%D1%82%D0%B5%D1%82%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%B8%D1%85+%D0%BA%D0%BB%D1%96%D0%BD%D1%96%D0%BA+%D1%83+%D1%81%D0%B2%D1%96%D1%82%D1%96&hl=uk&as_sdt=0,5

51. Корнілова ОБ, Корнілова ОБ. Щодо визначення поняття «медична допомога» та «медичні послуги». Правові та інституційні механізми забезпечення розвитку України в умовах європейської інтеграції. 2018:511. Доступно з: <https://dspace.onua.edu.ua/server/api/core/bitstreams/88cc026a-7c09-4dff-b0ae-07d1f960ca52/content>

52. Костенко ЄЯ. Засади створення університетської клініки з огляду на євроінтеграцію. Україна. Здоров'я нації. 2015;(3):109-111. Доступно з: <https://s>

53. Красюк СП. Визначення задоволеності студентів III–VI курсів проходженням практики на клінічних базах кафедр і в університетській клініці НМУ імені О. О. Богомольця. Медична наука України. 2024;20(2):106-114. <https://doi.org/10.32345/2664-4738.2.2024.13>

54. Красюк СП. Визначення прихильності до Університетської клініки Національного Медичного Університету імені О.О. Богомольця. Клінічна та

профілактична медицина. 2023;2: 6-13. Доступно з:
[https://doi.org/10.31612/2616-4868.2\(24\).2023.01](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(24).2023.01)

55. Красюк СП. Концептуальні напрями розвитку університетських клінік України. Вісник морської медицини, 2025;1:5-10. Доступно з:
<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.15094157>

56. Красюк СП. Наукове обґрунтування концептуальної функціонально-організаційної моделі університетської клініки. В: Current questions of modern science. XV international scientific conference, January 16-17, 2025, Vienna, Austria, 2025. р. 62-64.

57. Красюк СП. Оцінка лікарями проблем та шляхів удосконалення організації роботи університетської клініки. В: Students and teachers of universities: learning trends. XVII International scientific and practical conference, December 23-25, 2024, Zaragoza, Spain, р.89-91.

58. Красюк СП. Проблеми своєчасності діагностики неінфекційних захворювань у м. Києві. В: New ways of improving outdated methods and technologies. 16th International scientific and practical conference, Desember 17–20, 2024. Copenhagen, Denmark, 2024, р. 222-225.

59. Красюк СП. Соціологічне опитування пацієнтів консультативно-діагностичної поліклініки університетської клініки Національного медичного університету імені О. О. Богомольця. Вісник морської медицини, 2024;4:30-35. <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.14567200>

60. Красюк СП. Сучасні особливості епідеміології та проблеми своєчасності діагностики неінфекційних захворювань у м. Києві. Актуальні проблеми транспортної медицини. 2024;4:111-119. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.14539197>

61. Кривенко ВІ, Радомська ТЮ, Пахомова СП, Федорова ОП, Колесник МЮ, Качан ІС, Непрядкіна ІВ. Значення університетської клініки у підготовці лікарів-інтернів за фахом "Внутрішні хвороби" та "Загальна практика-сімейна медицина". В: Актуальні питання вищої медичної освіти в Україні (з дистанційним під'єднанням ВМ(Ф)НЗ України за допомогою відеоконференц-

зв'язку) : матеріали XV Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю (Тернопіль, 17–18 трав. 2018 р.). Тернопіль : ТДМУ; 2018, с. 463-464. Доступно з: <http://dspace.zsmu.edu.ua/handle/123456789/9373>

62. Кривобок ВІ, Рогожин БА. Функції клінічної складової післядипломної освіти та безперервного професійного розвитку лікарів. Проблеми безперервної медичної освіти та науки. 2018;(4):69-72. Доступно з: <https://scholar>

63. Крижко ДП. Чинники формування ринку надання медичних послуг. 78-ма студентська науково-технічна конференція. 2020;108-109. Доступно з: <https://lpnu.ua/sites>

64. Криничко ЛР, Крикун ОД, Малігон ЮМ. Зарубіжний досвід державного регулювання ринку приватних медичних закладів. Інвестиції: практика та досвід. 2020;24:159-164. Доступно з: <http://ir.librarynmu.com/handle/123456789/4838>

65. Кульбашна ЯА, Маланчук ВО, Скрипник ІЛ. Теоретичні аспекти професійної підготовки майбутніх лікарів в умовах університетської клініки. Вища освіта України в контексті інтеграції до європейського освітнього простору. 2018;82(4):251-9. Доступно з: <https://osv>

66. Кульгінський Є. Пріоритетні напрями державної політики збереження громадського здоров'я України. Державне управління та місцеве самоврядування. 2016;(3):84-91. Доступно з: <https://schola>

67. Кусик НЛ, Яблончук ВГ. Деякі тенденції розвитку ринку приватних медичних послуг в Україні. Сучасні напрями змін в управлінні охороною здоров'я: модернізація, якість, комунікація, 2024:97-100. Доступно з: [PDF view of the file omptestuser, 26.pdf](#)

68. Кучумова Н, Шапран ОІ. Порівняльний аналіз системи реформування вищої медичної освіти в німецькомовних країнах Європи та в Україні. В: Проблеми та перспективи розвитку української науки на початку третього тисячоліття: Матеріали III Всеукраїнської науково-практичної

інтернет-конференції. Збірник наукових праць. Переяслав-Хмельницький, 2011 р., с. 84-86. http://neasmo.org.ua/zbirnuk_final_20_2011.pdf#page=84

69. Кшановська ГІ, Борејко ЛД, Каратьєва СЮ. Інтеграція науки і практики як механізм формування висококваліфікованих спеціалістів в області сучасної медицини. В: Pedagogika. Priorytetowe obszary badawcze: od teorii do praktyki. Zbiór artykułów naukowych. 2016, р. 88-92. Доступно з: <https://core.ac.uk/download/pdf/144958709.pdf>

70. Лазоринишець ВВ. Університетські лікарні та клініки в Україні. Досвід та шляхи створення. Матеріали III Всеукраїнської фармацевтичної конференції "АПТЕКА-2008 Осінь". <https://www.slideshare.net/slideshow/ss-presentation-787017/787017>

71. Лєнкова М, Булах І. Порівняльний аналіз містобудівного розташування університетських лікарень Німеччини. Містобудування та територіальне планування. 2022; (79): 236-48. Доступно з: <http://mtp.knuba.edu.ua/article/view/256281> 62.

72. Лєнкова МВ, Булах ІВ. Синтез організації лікування, дослідження і навчання (кейс Університетської лікарні в Аахені). Сучасні проблеми архітектури та містобудування. 2021;61:349-358 DOI: <https://doi.org/10.32347/2077-3455.2021.61.349-358>

73. Литвин НА, Мацелюх ІА, Артеменко ОВ. Сучасний стан нормативно-правового забезпечення прав медичних працівників в Україні. Науковий вісник Ужгородського університету: серія: Право. 2023; 1(76):230-235. Доступно з: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/54371>

74. Лісовий ВМ, Капустник ВА, Перцева ЖМ.; укл. : Перцева ЖМ, Киричок ІВ, Семененко ОВ. Керівники вищої медичної школи: Харківський національний медичний університет. Харків : ХНМУ; 2020. 180 с. Доступно: <https://repo.knmu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/f1c49ad1-d936-434a-9f69-f91079778633/content>

75. Лісовий ВМ, Капустник ВА, Резуненко ЮК, Коростій ВІ. Університетські клініки в розвитку вищої медичної освіти. Медична освіта. 2017;3:55-58. Доступно з: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mosv_2017_3_13

76. Логущ ЛГ. Тенденції розвитку медичної освіти в освітній політиці Європейського Союзу [Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук]. Київ: Київський університет імені Бориса Грінченка; 2016. Доступно з: <https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/14568/>

77. Лупальцов ВІ. Роль університетських клінік в підготовці студентів-медиків на додипломному етапі Терноп. нац. мед. ун-т імені ІЯ Горбачевського). В: Інновації у вищій медичній та фармацевтичній освіті України (з дистанційним під'єднанням ВМ(Ф)НЗ України за допомогою відеоконференц-зв'язку) : матеріали XVI Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю (Тернопіль, 16–17 трав. 2019 р.). Тернопіль : ТНМУ; 2019, с. 290
Доступно з: <https://repo.knmu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/af1daea2-d595-4228-b2f3-acfeaa7e0f25/content>

78. Лупальцов ВІ. Роль університетської клініки в реформуванні медичної освіти. В: Актуальні питання якості медичної освіти (з дистанційним під'єднанням ВМ(Ф)НЗ України за допомогою відеоконференц-зв'язку) : матеріали XIII Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю (Тернопіль, 12–13 трав. 2016 р.). Тернопіль : ТДМУ; 2016. Т. 2, с. 338-339. Доступно з: https://dspace.vnmu.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/2653/%D0%97%D0%91%D0%86%D0%A0%D0%9D%D0%98%D0%9A_2_%D1%82%D0%BE%D0%BC.pdf?sequence=1&isAllowed=y#page=338

79. Луценко ОС, Коляда ТА. Зарубіжний досвід державного регулювання ринку приватних медичних закладів. <https://dspace.nuph.edu.ua/bitstream/123456789/27901/1/297-299.pdf>

80. Любивая ОА. Аналіз наявних телемедичних сервісів надання медичних послуг. В: Радіоелектроніка та молодь у XXI столітті. 27-й Міжнародний молодіжний форум: зб. матеріалів форуму. Т. 1. Харків: ХНУРЕ; 2023, с. 101-102
Доступно з:

<https://openarchive.nure.ua/server/api/core/bitstreams/ac34ccb2-d60f-4cf2-bcc9-0574caee70c7/content>

81. Ляшенко ОО. Особливості управління корпоративною культурою медичного закладу (на прикладі Університетської клініки Сумського державного університету): [магістерська робота]: спец. 281 – публічне управління та адміністрування. Суми : Сумський державний університет, 2022. 41 с. Доступно з: <https://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/87736>

82. Махінчук Н. Державно-приватне партнерство як інструмент інноваційного розвитку стоматологічної допомоги населенню в Україні. Наукові перспективи, 2021;(4(10)): 123-137 DOI: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2021-4\(10\)-123-137](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2021-4(10)-123-137)

83. Мирко Т, Лучко М. Етапи створення приватного медичного закладу. В: Облік, оподаткування і контроль: теорія та методологія. XI Міжнародна науково-практична Інтернет-конференції 1 грудня 2022 року, м. Тернопіль, 2022, с. 131-134. Доступно з: <http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/50072/1/%D0%9E%D0%B1%D0%B%D1%96%D0%BA%2C%20%D0%BE%D0%BF%D0%BE%D0%B4%D0%B0%D1%82%D0%BA%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F%20%D1%96%20%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%BB%D1%8C...1.12.2022%D1%80.pdf#page=131>

84. Міська цільова програма "Громадське здоров'я" на 2022 -2025 роки Доступно з: <https://health.kyivcity.gov.ua/tsilovi-prohramy-departamentu>

85. Міщук ВГ, Венгрович ОЗ, Григорук ГВ, Капечук ВВ. Шляхи удосконалення підготовки лікарів загальної практики–сімейної медицини на додипломному рівні, роль університетської клініки. Сімейна мед. 2015;(2):176-178. Доступно з: http://nbuv.gov.ua/UJRN/simmed_2015_2_39

86. Моїсеєнко ІО. Удосконалення системи розробки та прийняття управлінських рішень у закладах охорони здоров'я (на прикладі "Університетської клініки Сумського державного університету") [магістерська робота] ; спец.: 281 - публічне управління та

адміністрування Суми: СумДУ; 2021. 71 с. Доступно з:
<https://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/82739>

87. Мороз ВМ, Гумінський ЮЙ, Фоміна ЛВ. Актуальні проблеми сучасної вищої медичної освіти: національний досвід та світовий вимір. Тези доповідей навчально-методичної конференції м. Вінниця, 7 лютого 2019 року. Вінниця; 2019. Доступно з: <https://dspace.vnmu.edu.ua/handle/123456789/6223>

88. Москаленко ВФ, Свінціцький АС, Дубров СО, Хайтович МВ. Організаційно-методичні та правові засади створення університетських клінік у сучасних умовах. Запорізький медичний журнал. 2010;6:6–9. Доступно з: <http://ir.library.vnmu.com/handle/123456789/4105>

89. Незгода ІІ, Науменко ОМ. Сучасні підходи організації навчального процесу в клініці дитячих інфекційних хвороб. В: Актуальні проблеми сучасної вищої медичної освіти: національний досвід та світовий вимір : тези доповідей навчально-методичної конференції м. Вінниця, 7 лютого 2019 року С. 153 https://www.vnmu.edu.ua/downloads/pdf/tezy_n-m_konf_2019.pdf

90. Оганезова АВ. Університетська клініка як інноваційна форма розвитку охорони здоров'я. Бізнес Інформ. 2017;11(478):146-152. Доступно з: ЖУРНАЛ БІЗНЕС ІНФОРМ. Анотований каталог (2024)

91. Оголь А. SWOT-аналіз із прикладами. 23 січня 2021. Доступно з: <https://esputnik.com/uk/blog/swot-analiz-iz-prikladami>

92. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII [зі змінами і доповненнями]. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>

93. Основні показники здоров'я та медичної допомоги населенню м. Києва за 2014-2023 рр. Статистичні довідники Міського інформаційно-аналітичного центру медичної статистики м. Києва. Доступно з: <https://medstat.kiev.ua/dovidniki/>

94. П'ятикоп ВО, Резуненко ЮК, Білоконь СВ, Кутовий ІО. (. До історії про створення університетських клінік. В: Актуальні питання якості медичної

освіти (з дистанційним під'єднанням ВМ(Ф)НЗ України за допомогою відеоконференц-зв'язку) : матеріали XIII Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю (Тернопіль, 12–13 трав. 2016 р.). Тернопіль : ТДМУ; 2016. Т. 2, с. 340–341. Доступно з:

https://dspace.vnmu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/2653/%D0%97%D0%91%D0%86%D0%A0%D0%9D%D0%98%D0%9A_2_%D1%82%D0%BE%D0%BC.pdf?sequence=1&isAllowed=y#page=340

95. Панченко ГЮ, Зайченко ОС, Кліменко МІ, Просоленко КО, Фролова-Романюк ЕЮ. Новації медичного післядипломного навчання (в рамках обговорення стратегії розвитку медичної освіти в Україні). В: Освіта і наука в умовах глобальних трансформацій : матеріали II Всеукраїнської наукової конференції, Дніпро, 26–27 жовтня 2018 р. Дніпро; 2018. Ч. 1, с. 92–94. Доступно з: <https://repo.knmu.edu.ua/items/3982016f-6afb-4a49-8cad-0531225844d2>

96. Пасієшвілі ЛМ. Університетська клініка. Мультиморбідність і коморбідність у поліпрофільній лікарні. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Харків, 22 травня 2020 року 2020). Доступно з: https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:ZRLMhrvrZykJ:scholar.google.com/+%D0%A3%D0%BD%D1%96%D0%B2%D0%B5%D1%80%D1%81%D0%B8%D1%82%D0%B5%D1%82%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%B0+%D0%BA%D0%BB%D1%96%D0%BD%D1%96%D0%BA%D0%B0&hl=uk&as_sdt=0,5

97. Пасько МІ. Особливості надання медичної допомоги та медичної послуги в умовах формування ринку послуг. Глобальні та національні проблеми економіки. 2017;15:117-121. Доступно з: <http://repository.hneu.edu.ua/handle/123456789/16945>

98. Пацієнт має право: Як кожен українець може реалізувати своє право на доступність у галузі охорони здоров'я. Доступно з:

<https://moz.gov.ua/uk/pacient-mae-pravo-jak-kozhen-ukrainec-mozhe-realizuvati-svoe-pravo-na-dostupnist-u-galuzi-ohoroni-zdorovja>

99. Петрихін ВП. Медико-правове трактування терміну безоплатна медична допомога. В: Соціальні, правові та управлінські аспекти розвитку охорони здоров'я: проблеми, перспективи, світовий досвід : зб. матеріалів міжнар. наук.-практ. конференції, м. Льорет-де-Мар, 05 лютого 2021 р. Льорет-де-Мар, 2021, с. 111-112. Доступно з: <http://dspace.zsmu.edu.ua/handle/123456789/14704>

100. Піча ВМ (ред.) Соціологія: підручник. 4-те вид., випр. Львів: Новий Світ-2000; 209. 296 с. Доступно: <https://library.kre.dp.ua/Books/2-4%20kurs/%D0%A1%D0%BE%D1%86%D1%96%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%8F/%D0%9F%D1%96%D1%87%D0%B0%20%D0%92.%D0%9C.%20%D0%A1%D0%BE%D1%86%D1%96%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%8F.pdf>

101. Полушкіна ІО. Автоматизована інформаційна система онлайн-консультацій для університетської клініки СумДУ. робота на здобуття кваліфікаційного ступеня бакалавра; спец.: 122 - комп'ютерні науки та інформаційні технології. Суми: СумДУ; 2020. 57 с. Доступно з: <https://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/79607>

102. Пошукова система Google. Доступно з: <http://www.google.com.ua>

103. Прасол В. Аналіз ринку недержавних медичних послуг в Україні. Theory and Practice of Public Administration. 2019;2(65):183-190. DOI: 10.34213/tp.19.02.23

104. Приболовець КО, Рудінська ОВ. Ефективність медичного персоналу в університетських клініках як запорука впровадження сучасних технологій в сфері громадського здоров'я. В: 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, с. 101-103. Доступно з: <https://repo.odmu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/15803>

105. Про внесення змін до деяких законів України щодо вдосконалення освітньої діяльності у сфері вищої освіти : Закон України від 18.12.2019 № 392-IX. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/392-20#Text>

106. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо невідкладних заходів у сфері охорони здоров'я: Закон України від 20.12.2019. № 421-IX. [Із змінами, внесеними згідно із Законом № 1053-IX від 03.12.2020 - вводить в дію з 30.06.2021]. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/421-20>

107. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України від 01.07.2022 № 2347-IX. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/2347-20>

108. Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських посад, посад фармацевтів, посад фахівців з фармацевтичною освітою, посад професіоналів у галузі охорони здоров'я, посад фахівців у галузі охорони здоров'я, посад професіоналів з вищою немедичною освітою у закладах охорони здоров'я та посад професіоналів з вищою немедичною освітою, залучених до надання реабілітаційної допомоги у складі мультидисциплінарних реабілітаційних команд в закладах охорони здоров'я : наказ МОЗ України від 28.10.2002 № 385 [зі змінами і доповненнями]. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0892-02#Text>

109. Про затвердження Положення про організацію освітнього процесу у закладах охорони здоров'я за участю науково-педагогічних працівників закладів вищої освіти, що здійснюють підготовку здобувачів вищої освіти у сфері охорони здоров'я : постанова КМ України від 28 грудня 2020 р. № 1337. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1337-2020-%D0%BF#Text>

110. Про затвердження Типового положення про університетську клініку вищого навчального закладу (закладу післядипломної освіти): наказ

МОЗ України від 06.07.2015 р. № 408. Доступно з:
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1104-15#>

111. Про схвалення Стратегії розвитку медичної освіти в Україні: розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 лютого 2019 р. № 95-р. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/95-2019-p#Text>

112. Радзієвська І. Історіографія дослідження засад розвитку медичної та фармацевтичної освіти молодших спеціалістів в Україні. *Укр педагог журнал*, 2021;2:121-135. <https://doi.org/10.32405/2411-1317-2021-2-121-135>

113. Рожковська НМ, Попова ЛМ, Шевченко ОІ. Професійні та комунікативні компетентності здобувачів вищої медичної освіти. В: 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, с. 151-154. Доступно з: <https://repo.odmu.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/15812/Rozhkovska.pdf?sequence=1>

114. Рошиян Н О, Аніщенко МА. Антикорупційна діяльність у закладах вищої медичної освіти: основні напрями. В: Колесник ЮМ. (ред.) Правові проблеми сучасної трансформації охорони здоров'я: зб. матеріалів науково-практ. круглого столу (м. Запоріжжя, 23 травня 2019 р.) Запоріжжя: ЗДМУ, 2019, с. 118-121. Доступно з: <http://dspace.zsmu.edu.ua/handle/123456789/10294>

115. 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):1-8. DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2023-55-104>

116. Саркіс-Іванова ВВ. Публічне управління якістю медичних послуг: [магістерська робота]; спец.: 281- Публічне управління та адміністрування. Харків : ХНМУ; 2022. 78 с. Доступно з: <https://repo.knmu.edu.ua/handle/123456789/32650>

117. Сенюта ІЯ. Цивільно-правове регулювання відносин у сфері надання медичної допомоги (питання теорії і практики) : монографія Львів :

Медицина і право; 2018. 640 с. Доступно з: <http://library.megu.edu.ua:8180/jspui/handle/123456789/2915>

118. Сердюк АМ, Полька НС. Історія медичної науки, практики та освіти : збірка статей та тез науково–практичної конференції, 26-27 квітня 2018 р. м. Київ. Київ; 2018. 428с. Доступно з: https://health.gov.ua/wp-content/uploads/2024/02/proceedings_history_of_medicine_science_practice_and_education_conference_2018.pdf

119. Січкоріз ОЄ. Аналітичне дослідження міжнародного досвіду організації медичної післядипломної освіти. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2017;(4):88-96. Доступно з: <https://core.ac.uk/download/pdf/276629149.pdf>

120. Скікевич МГ, Волошина ЛІ. Створення університетської клініки. В: Актуальні питання вищої медичної (фармацевтичної) освіти (в онлайн режимі за допомогою системи Microsoft Teams) : матеріали XVII Всеукр. наук.-практ. конф. (Тернопіль, 05–06 лист. 2020 р.). Тернопіль : ТНМУ, 2020. 243-244. Доступно з: [Preparation-for-the-Olympiad-in-Pharmaceutical-Botany-as-a-means-of-improving-the-students-professional-competencies-Pidgotovka-do-olimpiadi-z-farmaceuticnoi-botaniki-ak-zasib-udoskonalenna-profesij.pdf](https://www.researchgate.net/publication/354111111-Preparation-for-the-Olympiad-in-Pharmaceutical-Botany-as-a-means-of-improving-the-students-professional-competencies-Pidgotovka-do-olimpiadi-z-farmaceuticnoi-botaniki-ak-zasib-udoskonalenna-profesij)

121. Смородський ВО. Державна політика вдосконалення стоматологічної допомоги населенню України : [магістерська робота] : 281 – Публічне управління та адміністрування. Харків : ХНМУ; 2023. 92 с. Доступно з: <https://repo.knmu.edu.ua/items/5fe4af16-ecaf-48f2-8751-3d5e6033c421>

122. Снісар О. Європейський досвід впровадження технології проблемного навчання у медичну освіту. В : Актуальні проблеми сучасної освіти та науки в контексті євроінтеграційного поступу: матеріали VI Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції, присвяченої 20-ти річчю інституту (м. Луцьк, 21–22 травня 2020 року). Луцьк: Вежа-Друк, 2020, с. 75-76. Доступно з: https://lutsk.uu.edu.ua/wp-content/uploads/2020/11/%D0%97%D0%B1_%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0

[%BA-13-%D0%AE%D0%92%D0%86%D0%9B%D0%95%D0%99-.pdf#page=70](#)

123. Солодовникова ІЛ, Нурулаєв ША. Перспективи та проблеми медичного страхування в Україні. В: Фінанси, банківська система та страхування в Україні: стан, проблеми та перспективи розвитку в кризовій економіці: Збірник матеріалів Міжнародної науково-практичної конференції, 02-03 березня 2021р. Дніпро: ДДАЕУ; 2021, с. 202-206. Доступно з: [<4D6963726F736F667420576F7264202D20C7E1B3F0EDE8EA20F2E5E72C20C4C4C0C5D32E646F6378>](#)

124. Сорока ОЯ. Державне регулювання вищої медичної освіти крізь призму функціонування клінічних баз та університетських клінік. В: Кіреєва О. Б. (ред.) Проблеми управління соціальним і гуманітарним розвитком: матеріали XIV наук.-практ. конф. за міжнар. участю. Дніпро : ДРІДУ НАДУ: 2020, с. 282-84. Доступно з: https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/36792/1/2020_Material_Social_develop.pdf#page=283

125. Сотніков ДД. Оцінка конкурентоспроможності університетських клінік у сучасних умовах реформування галузі охорони здоров'я: [магістерська робота]; спец. 281- публічне управління та адміністрування. Суми : Сумський державний університет; 2021. 44 с. Доступно з: <https://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/82430>

126. Терентьєва НО. Тенденції розвитку університетської освіти в Україні (друга половина ХХ–початок ХХІ століття): дис. на здобуття наук. ступ. доктора пед. наук; 13.00.01 – загальна педагогіка та історія педагогіки. Київ; 2016. 567 с. Доступно з: <https://epub.chnpu.edu.ua/jspui/handle/123456789/4031>

127. Терзі ОО. Нормативно-правове регулювання у сфері надання медичних послуг населенню. Наукові записки. Серія: Право. 2021;10:55-60. Доступно з: <https://pravo.cusu.edu.ua/index.php/pravo/article/view/59>

128. Ткаченко ЛА, Ярмола ТІ, М'якінькова ЛО. Роль університетських клінік у розвитку вищих медичних закладів України. 2014. Доступно з: <https://repository.pdmu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/7b6d1ce0-c059-4a42-8143-101a4c1e29b0/content>

129. Тодоріко ЛД, Підвербецька ОВ, Підвербецький ОЯ, Сем'янів ІО, Єременчук ІВ, Сливка ВІ. Перспектива вищої медичної освіти в Україні в епоху реформ. Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. 2021;(1):100-106. Доступно з: <http://tubvil.com.ua/article/download/226791/226278>

130. Тонне ДМ. Аналіз інструментів державного регулювання сфери приватної медицини. В: Правові, управлінські та економічні аспекти Кформації сучасного громадянського суспільства: тези допов. Всеукр. наук. – практ. конф., Київ 25 березня 2016 р. Київ: Видав. Центр КНУКіМ; 2016, ч. 1, с. 717. Доступно з: <http://repositsc.nuczu.edu.ua/bitstream/123456789/5782/1/Sektsiya-1-3.pdf#page=717>

131. Хаустов ММ, Гордієнко НО, Поручіков ВВ, Колотілов ОВ. Нова стратегія розвитку медичної освіти в Україні: інтеграція досвіду лідерів галузі. В : Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення : матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю (до 95-річного ювілею з дня заснування кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я ХНМУ), Харків, 24 жовтня 2018 р. Харків; 2018, с. 139–140. Доступно з: <https://repo.knmu.edu.ua/handle/123456789/21858>

132. Хлібородова ІВ, Шахов ВВ, Лінькова ТВ. Пріоритетність доступності медичних послуг в умовах сучасної реформи та воєнного стану. В: Сучасні напрями змін в управлінні охороною здоров'я: модернізація, якість, комунікація : Міжнар. наук. конф., 31 трав. 2024 р., м. Одеса ; Львів–Торунь : Liha-Pres, 2024. С. 55–58 (2024). Доступно з: <https://repo.odmu.edu.ua:443/xmlui/handle/123456789/15792>

133. Черняк ВА, Буцька ЛВ, Древіцька ОО. Роль університетської клініки у відродженні медичної освіти. Університет Святого Володимира–

Київський національний університет імені Тараса Шевченка. Ch 25. С. 433-452. DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-466-5-25> Доступно з: <http://www.baltijapublishing.lv/omp/index.php/bp/catalog/download/503/13400/28049-1?inline=1>

134. Чопчик В. Державно-приватне партнерство—модель для реформування університетської клініки. УНММЖ, 2019; 4(112):47-53. DOI: 10.32345/USMYJ.4(112).2019.47-53 Доступно з: <http://ir.librarynmu.com/handle/123456789/2448>

135. Чопчик В. Інвестування в університетські клініки на основі механізму державно-приватного партнерства. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2019;3:109-113. Доступно з: <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/visnyk-gigieny/article/view/10602/10086>

136. Чопчик В. Пріоритетні напрямки розвитку університетських клінік. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України, 2019;(4): 68-72. DOI 10.11603/1681-2786.2019.4.10951

137. Чопчик В. Роль інноваційного бізнесу в модернізації університетських клінік України. УНММЖ. 2019;111(3):40-46. [https://doi.org/10.32345/USMYJ.3\(111\).2019.40-46](https://doi.org/10.32345/USMYJ.3(111).2019.40-46)

138. Чопчик ВД. Державно приватне партнерство у сфері розвитку університетських клінік. Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник української медичної стоматологічної академії. 2020;20(1(69)):181-185. DOI 10.31718/2077-1096.20.1.181 [content](#)

139. Чопчик ВД. Медико-соціальне обґрунтування концептуальної моделі університетської стоматологічної клініки на принципах державно-приватного партнерства. Дисертація на здобуття ступеня доктора наук Київ; 2021. Доступно з: <https://uacademic.info/ua/document/0521U100864>

140. Чопчик ВД. Проблеми та шляхи удосконалення організації роботи університетського стоматологічного центру за матеріалами соціологічного опитування лікарів. Медичні перспективи. 2019;24(3):122-129. DOI: <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2019.3.181895>

141. Чопчик ВД. Шляхи вирішення проблем кадрової політики в університетській клініці на принципах державно-приватного партнерства. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2020;1:88-91. Доступно з:

<https://core.ac.uk/download/pdf/328038269.pdf>

142. Чопчик ВД, Канюра ОА. Методологія формування університетської клініки на базі державно-приватного партнерства. Вісник морської медицини. 2020 (1 (86)), 9-15. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.3772951>

143. Чопчик ВД, Орлова НМ. Значення приватних медичних закладів у забезпеченні населення м. Києва стоматологічною допомогою. Україна. Здоров'я нації. 2018;(4):44-50. Доступно з:

<http://ir.librarynmu.com/handle/123456789/1284>

144. Шевченко АЄ, Кудін СВ. Конституційні засади забезпечення права людини на здоров'я: порівняльно-правове дослідження. Права людини в Україні та у зарубіжних країнах: проблеми теорії та нормативно-правової регламентації. 2020; с. 369-391. Доступно з:

https://ccu.gov.ua/sites/default/files/library/116-chapter_manuscript-3010-1-10-20200710.pdf

145. Штанько ВА, Тихонова СА. Університетська клініка як центр інтеграції медичної науки, освіти та практичної діяльності. Одеський мед журнал. 2018;(3):7-11. Доступно з:

<https://core.ac.uk/download/pdf/237164618.pdf>

146. Яковенко О, Овдій М, Волянський О, Кіх А, Красюк С. Застосування мультидисциплінарного методичного підходу до підготовки фізичних терапевтів у процесі реабілітації хворого з вогнепальним пораненням спинного мозку. УНММЖ. 2023;141(3):131-7. Доступно з: [https://doi.org/10.32345/USMYJ.3\(141\).2023.131-137](https://doi.org/10.32345/USMYJ.3(141).2023.131-137)

147. Agrawal AD, Banerjee A. Free medical care and consumer protection. Indian J Med Ethics. 2011 Oct-Dec;8(4):240-2. doi: 10.20529/IJME.2011.089.

148. Almomani I, AlSarheed A. Enhancing outpatient clinics management software by reducing patients' waiting time. *J Infect Public Health*. 2016 Nov-Dec;9(6):734-743. doi: 10.1016/j.jiph.2016.09.005.

149. Arenas DJ, Lett E, Klusaritz H, Teitelman AM. A Monte Carlo simulation approach for estimating the health and economic impact of interventions provided at a student-run clinic. *PLoS One*. 2017 Dec 28;12(12):e0189718. doi: 10.1371/journal.pone.0189718.

150. Bai J, Cui J, Shi F, Yu C. Global Epidemiological Patterns in the Burden of Main Non-Communicable Diseases, 1990-2019: Relationships With Socio-Demographic Index. *Int J Public Health*. 2023 Jan 16;68:1605502. doi: 10.3389/ijph.2023.1605502. PMID: 36726528; PMCID: PMC9884670.

151. Batyrgareieva VS, Babenko AM, Kaija S. Corruption in medical sphere of Ukraine: current situation and ways of prevention. *Wiad Lek*. 2019;72(9 cz 2):1814-1821. PMID: 31622272.

152. Batyuk L, Chovpan G. Adapting to the conditions of Ukraine the best world experience in the health of the nation: challenges and prospects. В: Турчин Я, Астратович-Лейк Т., Горбач О. (ред). *Східна політика Європейського Союзу: здобутки, виклики та перспективи : монографія*. Львів ; Olsztyn : РОМУС-ПОЛІГРАФ; 2021, с. 189–199. <https://repo.knmu.edu.ua/handle/123456789/30320>

153. Birs A, Liu X, Nash B, Sullivan S, Garriss S, Hardy M, Lee M, Simms-Cendan J, Pasarica M. Medical Care in a Free Clinic: A Comprehensive Evaluation of Patient Experience, Incentives, and Barriers to Optimal Medical Care with Consideration of a Facility Fee. *Cureus*. 2016 Feb 19;8(2):e500. doi: 10.7759/cureus.500.

154. Bulakh I. The medicine and architecture of healthcare institutions at contemporary times in Ukraine. *Вісник Одеської державної академії будівництва та архітектури*. 2018; 1(73), 9-16. <https://europub.co.uk/articles/-A-512345>

155. Buletsa S. Features of the reforms of united medical area in eu countries and Ukraine. *Euromentor Journal-Studies about education*. 2020;11(4): 75-91. Available at: <https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=938152>
156. Burger M, Taddeo MS, Hushla D, Pasarica M. Interventions for Increasing the Quality of Preventive Care at a Free Clinic. *Cureus*. 2020 Jan 4;12(1):e6562. doi: 10.7759/cureus.6562.
157. Chang JE, Lindenfeld Z, Hagan H. Integrating Harm Reduction into Medical Care: Lessons from Three Models. *J Am Board Fam Med*. 2023 May 8;36(3):449-461. doi: 10.3122/jabfm.2022.220303R3.
158. Chernysh T, Opitz L, Riabtseva N, Raab M, Pavlova M. Experience with the Implementation of Continuous Medical Education among Mother-and-Child Healthcare Providers in Ukraine: A Case Study Based on Two International Collaboration Initiatives. *Healthcare (Basel)*. 2023 Jul 7;11(13):1964. doi: 10.3390/healthcare11131964.
159. Crilly J, Huang YL, Krahe M, Wilhelms D, Ekelund U, Hörlin E, Hayes J, Keijzers G. Research priority setting in emergency care: A scoping review. *J Am Coll Emerg Physicians Open*. 2022 Dec 12;3(6):e12852. doi: 10.1002/emp2.12852.
160. Csanádi M, Inotai A, Oleshchuk O, Lebega O, Alexandra B, Piniashko O, Németh B, Kaló Z. Health Technology Assessment Implementation in Ukraine: Current Status and Future Perspectives. *Int J Technol Assess Health Care*. 2019;35(5):393-400. doi: 10.1017/S0266462319000679.
161. Cullen L, Hanrahan K, Farrington M, Tucker S, Edmonds S. Evidence-based practice in action: Comprehensive strategies, tools, and tips from University of Iowa Hospitals & Clinics. Sigma Theta Tau; 2022. Available at: https://books.google.com.ua/books?hl=uk&lr=&id=QU5-EAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Priority+areas+in+the+organization+of+university+clinics&ots=LWEDblcpfv&sig=7KTdlAmyyGpZywNQRuuyTUz-FjE&redir_esc=y#v=onepage&q=Priority%20areas%20in%20the%20organization%20of%20university%20clinics&f=false

162. Demikhov O, Dehtyarova I, Demikhova N. Actual aspects of public health policy formation on the example of Ukraine. Bangladesh J Med Sci [Internet]. 2020 Mar. 10;19(3):358-64. Available from: <https://www.banglajol.info/index.php/BJMS/article/view/45850>

163. Diem G, Brownson RC, Grabauskas V, Shatchkute A, Stachenko S. Prevention and control of noncommunicable diseases through evidence-based public health: implementing the NCD 2020 action plan. Glob Health Promot. 2016 Sep;23(3):5-13. doi: 10.1177/1757975914567513. Epub 2015 Mar 10. PMID: 25758171; PMCID: PMC4762750.

164. Falko N, Zhukov O. Transition from hierarchy to adhocratic organizational culture in a Ukrainian university: From survival to successful development in the conditions of war. Problems and Perspectives in Management. 2023;21(2):15. DOI:10.21511/ppm.21(2-si).2023.03

165. Gaidar M. Problems of ensuring human rights to public services for the residents of the united territorial communities of Ukraine. SJPU. 2022Apr.28;50(1):165-70. DOI:10.23856/5020

166. Goodall R, Alazawi A, Hughes W, Bravis V, Saliccioli JD, Marshall DC, Crowley C, Shalhoub J. Trends in type 2 diabetes mellitus disease burden in European Union countries between 1990 and 2019. Sci Rep. 2021 Jul 28;11(1):15356. doi: 10.1038/s41598-021-94807-z. PMID: 34321515; PMCID: PMC8319179.

167. Hutchison J, Thompson ME, Troyer J, Elnitsky C, Coffman MJ, Lori Thomas M. The effect of North Carolina free clinics on hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions among the uninsured. BMC Health Serv Res. 2018 Apr 12;18(1):280. doi: 10.1186/s12913-018-3082-1.

168. Khozhylo I, Nadyuk Z, Antonova O, Tarasenko T, Serohina T. Local self-government in the focus of the medical reform in Ukraine. *Theoretical and Empirical Researches in Urban Management*. 2020;15(2): 22-38. Available at: <https://www.jstor.org/stable/26915288>

169. Kleefstra SM, Kool RB, Veldkamp CM, Winters-van der Meer AC, Mens MA, Blijham GH, de Haes JC. A core questionnaire for the assessment of patient satisfaction in academic hospitals in The Netherlands: development and first results in a nationwide study. *Qual Saf Health Care*. 2010 Oct;19(5):e24. doi: 10.1136/qshc.2008.030825.

170. Kobushko YaV, Letunovska NYe, Khrystiy VYu. Basic determinants of effective health institutions management as an element of social and medical provision in a region. *Management of change and innovation*, 2022;3:33-38. DOI: <https://doi.org/10.32782/CMI/2022-3-6>

171. Lawlor R. Procuring Health Equity: Treatment Activists Fighting for Access to Medicines in Ukraine [Doctoral dissertation]. Dublin: Dublin City University; 2024. Available from: <https://doras.dcu.ie/30225/1/Robbie%20Lawlor%20PhD%20Thesis%20August%202024%20DCU%20DORAS-%20FINAL.pdf>

172. Lazar M, Thomas S, Davenport L. Seeking Care at Free Episodic Health Care Clinics in Appalachia. *J Appalachian Health*. 2020;2(2):67-79. Available from: <https://uknowledge.uky.edu/jah/vol2/iss2/7/>

173. Lekhan V, Rudiy V, Shevchenko M, Nitzan Kaluski D, Richardson E, World Health Organization. Ukraine: health system review. 2015 ; 17(2). Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/176099>

174. Lytvyn N, Artemenko O, Melnyk A, Kokoshko M, Yarosh A. Status and prospects of improvement of health care in Ukraine: Legal aspects. *Kontakt*. 2024;26(2):160. Available from: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2024/02/10.pdf>

175. Marichereda VG, Melnyk SB, Borshch VI, Terzi OO, Lyakhova NA. Organizational, regulatory and legal aspects of European integration of higher medical education in Ukraine: a critical review. 2020. Available from: <https://repo.odmu.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/8109/Marichereda.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

176. Marshall DC, Al Omari O, Goodall R, Shalhoub J, Adcock IM, Chung KF, Saliccioli JD. Trends in prevalence, mortality, and disability-adjusted life-

years relating to chronic obstructive pulmonary disease in Europe: an observational study of the global burden of disease database, 2001-2019. *BMC Pulm Med.* 2022 Jul 28;22(1):289. doi: 10.1186/s12890-022-02074-z. PMID: 35902833; PMCID: PMC9336030.

177. Melnychenko OA, Chovpan GO, Udovychenko NM, Muratov GR, Kravchenko ZD, Rohova OG, Kutuzyan ZM. The medical reform: realities and prospects for Ukraine. *Wiad Lek.* 2021;74(5):1208-1212. PMID: 34090292.

178. Mian A, Khan S. Medical education during pandemics: a UK perspective. *BMC Med.* 2020;18:1-2. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12916-020-01577-y>

179. Modi A, Fascelli M, Daitch Z, Hojat M. Evaluating the relationship between participation in student-run free clinics and changes in empathy in medical students. *J Prim Care Community Health.* 2017;8(3):122-6. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2150131916685199>

180. Mootz A, Price A, Elahi C, Steffen K, de Santiago AB, Gutierrez J, et al. Retrospective analysis of population demographic characteristics, medical interventions, and resource use at a medical student-run clinic on the Texas-Mexico border. *J Health Care Poor Underserved.* 2019;30(2):519-31. Available from: <https://muse.jhu.edu/pub/1/article/724522/summary>

181. Mykhailovska NS, Grytsay AV, Miniailenko LE. Organizational aspects of primary health care system in Ukraine. 2018. Available from: <http://dspace.zsmu.edu.ua/handle/123456789/8003>

182. Nishioka D, Tamaki C, Furuuta N, Nakagawa H, Sasaki E, Uematsu R, et al. Changes in Health-related Quality of Life Among Impoverished Persons in the Free/Low-Cost Medical Care Program in Japan: Evidence From a Prospective Cohort Study. *J Epidemiol.* 2022;32(11):519-23. Available from: https://www.jstage.jst.go.jp/article/jea/32/11/32_JE20210005/_pdf/-char/en

183. Niv G. Organization as a system. *Edwards Deming's Principles for Building a Sustainable Business.* Publisher: Alpina Publisher. 2014

184. Radziievska I, Trepet G, Radzikhovska N, Sukhostavets N, Yuryk O, Saienko V. Modern achievements and prospects for the development of higher medical education: Ukrainian realities. *Amazonia Investiga*. 2022;11(55):114-23. Available from: <https://amazoniainvestiga.info/index.php/amazonia/article/view/2081>
185. Romaniuk P, Semigina T. Ukrainian health care system and its chances for successful transition from Soviet legacies. *Global Health*. 2018;14:1-11. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12992-018-0439-5>
186. Rupert DD, Alvarez GV, Burdge EJ, Nahvi RJ, Schell SM, Faustino FL. Student-Run Free Clinics Stand at a Critical Junction Between Undergraduate Medical Education, Clinical Care, and Advocacy. *Acad Med*. 2022;97(6):824-31. Available from: https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2022/06000/student_run_free_clinics_stand_at_a_critical.39.aspx
187. Schmidt M, Schmidt SAJ, Adelborg K, Sundbøll J, Laugesen K, Ehrenstein V, Sørensen HT. The Danish health care system and epidemiological research: from health care contacts to database records. *Clin Epidemiol*. 2019 Jul 12;11:563-591. doi: 10.2147/CLEP.S179083.
188. Stepurko T, Pavlova M, Gryga I, Murauskiene L, Groot W. Informal payments for health care services: the case of Lithuania, Poland and Ukraine. *Journal of Eurasian Studies*. 2015;6(1):46-58. Available at: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1016/j.euras.2014.11.002>
189. Teremetskyi VI, Knysh SV, Stratonov VM, Khramtsov OM, Stashchak MV. Organizational and legal determinants of implementing international experience in the health care sector of Ukraine. *Wiad Lek*. 2019;72(4):711-715. PMID: 31055562.
190. Valakh VV, Alimov O. Comparative analysis of risk management in the health systems in Ukraine and the republic of Kazakhstan. В: 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, с. 15-18. DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-406-4-3> Доступно з: <https://repo.odmu.edu.ua:443/xmlui/handle/123456789/15815>

191. World Health Organization. Situation assessment of rehabilitation in Ukraine. 2021. Available at: <https://iris.who.int/handle/10665/349595?ref=disabilitydebrief.org>

192. World Health Organization. Situational assessment report: quality improvement and patient safety: Tellewoyan Memorial Hospital and Lofa County Health System. 2017. Available at: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/253523/9789241511872-eng.pdf>

ДОДАТКИ

Додаток А

1. Вознюк В, Красюк С. Організація і діяльність університетських клінік: минуле і сьогодення. УНММЖ. 2022;4(134):44-52. Доступно з: [https://doi.org/10.32345/USMYJ.4\(134\).2022.44-52](https://doi.org/10.32345/USMYJ.4(134).2022.44-52) (Особистий внесок здобувача: дисертанту належить ідея написання статті, розробка програми дослідження та аналіз результатів, формулювання висновків).
2. Красюк СП. Визначення прихильності до Університетської клініки Національного Медичного Університету імені О.О. Богомольця. Клінічна та профілактична медицина. 2023;2: 6-13. Доступно з: [https://doi.org/10.31612/2616-4868.2\(24\).2023.01](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(24).2023.01)
3. Красюк СП. Визначення задоволеності студентів III–VI курсів проходженням практики на клінічних базах кафедр і в університетській клініці НМУ імені О. О. Богомольця. Медична наука України. 2024;20(2):106-114. Доступно з: <https://doi.org/10.32345/2664-4738.2.2024.13>.
4. Красюк СП. Соціологічне опитування пацієнтів консультативно-діагностичної поліклініки університетської клініки Національного медичного університету імені О. О. Богомольця. Вісник морської медицини, 2024;4:30-35. Доступно з: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.14567200>.
5. Красюк СП. Сучасні особливості епідеміології та проблеми своєчасності діагностики неінфекційних захворювань у м. Києві. Актуальні проблеми транспортної медицини. 2024;4:111-119. Доступно з: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.14539197>
6. Красюк СП. Концептуальні напрями розвитку університетських клінік України. Вісник морської медицини, 2025;1:5-10. Доступно з: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.15094157>.

Публікації, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

7. Красюк СП. Проблеми своєчасності діагностики неінфекційних захворювань у м. Києві. В: New ways of improving outdated methods and technologies. 16th International scientific and practical conference, Desember 17–20, 2024. Copenhagen, Denmark, 2024, p. 222-225

8. Красюк СП. Оцінка лікарями проблем та шляхів удосконалення організації роботи університетської клініки. The XVII International scientific and practical conference «Students and teachers of universities: learning trends», December 23-25, 2024, Zaragoza, Spain. p. 89-91.

9. Красюк СП. Наукове обґрунтування концептуальної функціонально-організаційної моделі університетської клініки. В: Current questions of modern science. XV international scientific conference, January 16-17, 2025, Vienna, Austria, 2025. p. 62-64.

Основні положення дисертаційної роботи та результати проведених досліджень доповідались на:

1. Красюк СП. Проблеми своєчасності діагностики неінфекційних захворювань у м. Києві. В: New ways of improving outdated methods and technologies. 16th International scientific and practical conference, Desember 17–20, 2024. Copenhagen, Denmark, 2024, p. 222-225
2. Красюк СП. Оцінка лікарями проблем та шляхів удосконалення організації роботи університетської клініки. The XVII International scientific and practical conference «Students and teachers of universities: learning trends», December 23-25, 2024, Zaragoza, Spain. p. 89-91.
3. Красюк СП. Наукове обґрунтування концептуальної функціонально- організаційної моделі університетської клініки. В: Current questions of modern science. XV international scientific conference, January 16-17, 2025, Vienna, Austria, 2025. p. 62-64.

Додаток В**А Н К Е Т А****Шановний Пацієнт!**

Проводиться соціологічне дослідження, результати якого будуть використані при удосконаленні організації медичної допомоги населенню в Університетській клініці (УК). Ми просимо Вас ознайомитися з анкетною і відповісти на запитання. Анкета є анонімною тому жодних посилань на Вас як на автора відповідей зроблено не буде. Заповнення анкети проводиться виключно за Вашим бажанням.

Заздалегідь дякуємо Вам за участь.

№ п/п	Питання	Варіант відповідей	
1	2	3	
1	Ваша стать?	1.1. – чоловік	
		1.2 – жінка	
2	Ваш вік?	2.1. - 18 - 30 років	
		2.2 – 31 - 59 років	
		2.3 – 60 років і старше	
3	Ваша освіта?	3.1.- вища	
		3.2. середня спеціальна	
		3.3. - середня	
		3.4. – початкова	
4	Ваш вид діяльності за останні 12 місяців?	4.1. робітник	
		4.2. працівники офісів	
		4.3. підприємець	
		4.4. безробітний	
		4.5. домогосподарка	
		4.6. пенсіонер	
		4.7. студент	
		4.8. інший вид діяльності	
5	Ким Ви були направлені до УК?	5.1. лікарем	
		5.3. звернувся самостійно	
		5.4. Співробітником кафедри НМУ	
		5.5. Як закріплений за УК	

6	Скільки часу Ви витратили в очікуванні прийому лікаря?	6.1. - до 15 хвилин	
		6.2. -від 15 до 30 хвилин	
		6.3. від 30 до 60 хвилин	
		6.4 не очікував	
7	Чи є у УК наявність лікарів, які за фахом можуть надати медичну допомогу при Вашому захворюванні?	7.1. так	
		7.2. ні	
8	Чи є можливість бути обстеженим у визначеному лікарем обсязі?	8.1. так	
		8.2. ні	
9	Ви задоволені якістю наданої медичної допомоги?	9.1. так	
		9.2. не зовсім	
		9.3. ні	
10	Ви задоволені графіком роботи лікарів?	10.1. так	
		10.2. ні	
11	Ви задоволені роботою реєстратури	11.1. так	
		11.2. ні	
12	Ви задоволені ставленням до вас персоналу?	12.1. так	
		12.2. не зовсім	
		12.3. ні	
13	Чи знайомив вас лікар з шляхами і методами профілактики Вашого захворювання?	13.1. так	
		13.2. ні	
14	Чи влаштовує Вас рівень сервісу кабінетів, естетика оформлення УК?	14.1. – так	
		14.2. - ні	
15	Наскільки комфортні умови перебування в стаціонарі?	15.1 -задовільні	
		15.2. - не зовсім	
16	Чи звернеться ли Ви повторно(при необхідності)до УК з метою обстеження та лікування?	16.1. - обов'язково	
		16.2 - ймовірно	
		16.3.- ні	
17	Чи рекомендуєте Ви своїм родичам чи колегам Вашого лікаря та УК в цілому?	17.1. - так	
		17.2 - ймовірно	
		17.3.- ні	

Додаток Г

А Н К Е Т А

Шановний колего!

Висловіть, будь-ласка, свою думку за для удосконалення і розвитку Університетської клініки (надалі -УК) Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. Всі відповіді будуть використані в узагальненому вигляді лише в рамках даного дослідження, без посилання на Вас особисто.

№ з/п	Запитання	Варіанти відповіді	
1	Ваша стать?	1.1. чоловіча	
		1.2. жіноча	
2	Ваш вік?	2.1 до 30 років	
		2.2. від 31 до 59	
		2.3. 60 та більше	
3	Ваш загальний лікарський стаж роботи?	3.1. до 5 р.	
		3.2. 5-15 р.	
		3.3. понад 15р.	
4	Ваша кваліфікаційна категорія за спеціальністю?	4.1. вища	
		4.2. перша	
		4.3. друга	
		4.4. без категорії	
5	Як Ви оцінюєте систему оплати праці, що діє у Вашому закладі?	5.1. позитивно	
		5.2. негативно	
		5.3. важко відповісти	
6	Як Ви оцінюєте умови праці (управлінський регламент та адміністративні впливи)?	6.1. позитивно	
		6.2. негативно	
		6.3 важко відповісти	
7	Чи необхідні, на Вашу думку, організаційні зміни у закладі, спрямовані на ?	7.1 оновлення медичного обладнання, матеріалів, інструментів;	
		7.3 підвищення якості медичної допомоги	

8	Для забезпечення якості надання медичної допомоги:		
8.1	Чи має Ваш кабінет медичне обладнання та матеріали, що відповідають сучасному науково-технічному рівню?	Так	
		Ні	
		важко відповісти	
8.2	Чи є позитивна динаміка в оснащенні закладу сучасним діагностичне - лікувальним обладнанням (щорічна) ?	Так	
		Ні	
		важко відповісти	
8.3	Чи є у вашому відділенні механізми матеріальної зацікавленості лікарів з метою підвищення якості обслуговування пацієнтів?	Так	
		Ні	
8.4	Чи введено у вашому відділенні систему моніторингу якості медичної допомог?	Так	
		Ні	
		важко відповісти	
9	Для підвищення Вашої кваліфікації		
9.1	Чи маєте Ви систематичну інформацію про нові методи лікування, діагностики та лікарські препарати, фармацевтичні новини з провідних наукових установ?	Так	
		Ні	
		важко відповісти	
9.2	Чи проходили ви курси підвищення кваліфікації ?	так	
		Ні	
9.3	Чи читаєте ви медичну літературу за фахом ?	так	
		Ні	
9.4	Чи брали ви участь у конференціях, відеоконференція ?	так	
		Ні	
9.5	Чи брали ви участь у наукових семінарах і симпозіумах ?	так	
		Ні	
10	Чи є у вашому відділенні для вас можливість кар'єрного зростання?	Так	
		Ні	
11.	Чи створена у вашому колективі сприятлива атмосфера для роботи?	Так	
		Ні	
12.	Чи влаштує Вас кваліфікація середнього медичного персоналу, який працює з вами?	Так	
		Ні	

Додаток Д

АНКЕТА

Шановний студент 6 курсу НМУ імені О.О. Богомольця!

Метою опитування є встановлення рівня задоволеності здобувачами освіти щодо отримання знань і напрацювання практичних навичок в Університетській клініці Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. Анкета анонімна. Всі відповіді будуть використані лише в рамках даного дослідження, без посилання на Вас особисто.

№ п/п	Питання	Варіант відповідей	
1	2	3	4
1	Ваша стать?	чоловіча	
		жіноча	
2	Чи задовольняє Вас організація процесу навчання та проходження практичних занять в Університетській клініці?	Так	
		Ні	
3	Чи задовольняє Вас організація процесу напрацювання практичних навичок "у ліжка пацієнта"?	Так	
		Ні	
4	Чи достатньо часу було виділено для оволодіння практичними навичками використання медичного обладнання?	Так	
		Ні	
5	Чи вважаєте Ви за необхідне удосконалення підготовки студентів на базі УК у плані їх інформаційного забезпечення ?	Так	
		Ні	
6	Чи задовольняє Вас матеріально-технічне забезпечення навчального процесу на базі УК?	Так	
		Ні	
7	Чи використовувалися під час практичних занять сучасні діагностичні технології?	Так	
		Ні	
8	Чи знайомили вас у процесі навчання в УК з міжнародними вимогами практики доказової медицини у повсякденній роботі лікаря?	Так	
		Ні	
		Не пам'ятаю	

9	Чи мали Ви достатню кількість годин практичної роботи в клінічній та біохімічній лабораторії для оволодіння необхідними навичками?	Так	
		Ні	
10	Чи знайомили вас з основними принципами роботи університетських клінік в Європі?	Так	
		Ні	
11	Чи задоволені Ви навчанням з проведення функціональної діагностики (електрокардіографія) в Університетській клініці?	Так	
		Ні	
12	Чи навчались Ви самостійно вимірювати параметри життєдіяльності пацієнта?	Так	
		Ні	
13	Чи вважаєте Ви достатньою кількість годин, що було виділено на опанування високо функціональних обстежень (електрокардіографія, ендоскопічні дослідження, спіральна комп'ютерна томографія, УЗД-дослідження, тощо)?	Так	
		Ні	
		Важко відповісти	
14	Чи підтримуєте Ви створення УК програми міжнародного обміну студентів-медиків з західними УК?	Так	
		Ні	
15	За час Вашого навчання чи задоволені Ви організацією самостійної роботи на практичних заняттях	Так	
		Ні	

Щиро вдячні Вам за співпрацю!

ДОДАТОК Е

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з наукової роботи
НУОЗ України імені П.Л. Шупика,
Д.мед.н, професор



Н.О. Савичук

" березня 2025 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

- 1. Найменування пропозиції для впровадження:** Концептуальні напрями розвитку університетських клінік України.
- 2. Установа, яка пропонує впровадження, ПІБ авторів:** Національний медичний університет імені О.О. Богомольця 01601Київ, бульвар Тараса Шевченка, 13. Красюк С.П.
- 3. Джерело інформації:** результати наукового дослідження Красюка Сергія Петровича «Наукове обґрунтування концептуальної функціонально- організаційної моделі університетської клініки в сучасних умовах України»; Красюк С.П. Концептуальні напрями розвитку університетських клінік України //Вісник морської медицини, 2025, №1(106). С. 5-10. Доступно з: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.15094157>.
- 4. Впроваджено:** на кафедрі управління охороною здоров'я НУОЗ України імені П.Л. Шупика.
- 5. Термін впровадження:** 2025-2026 роки.
- 6. Ефективність впровадження:** удосконалення викладання теми «Основні напрями реформування системи охорони здоров'я в Україні». Підвищення рівня теоретичної підготовки студентів та курсантів НУОЗ України імені П.Л. Шупика щодо використання механізмів формування УК у системі охорони здоров'я.
- 7. Зауваження, пропозиції:** продовжити використовувати дані матеріали у начальному процесі на кафедрі управління охороною здоров'я.

В.о. завідувача кафедри управління
охороною здоров'я НУОЗ України
імені П.Л. Шупика

М.В. Голубчіков

Підпис

" 21 " березня 2025 р.



ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з наукової роботи
та інновацій Національного медичного
університету імені О.О. Богомольця,
Доктор медичних наук, професор,
С.В. Земсков 2025 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** удосконалення організації медичної допомоги населенню за рахунок впровадження пропозицій та практичних рекомендацій щодо формування національної лікарської політики в частині забезпечення належного рівня доступності та якості медичних послуг для всіх верств населення в умовах Університетської клініки НМУ імені О.О. Богомольця.
2. **Установа, яка пропонує впровадження, ПІБ авторів:** Національний медичний університет імені О.О. Богомольця 01601Київ, бульвар Тараса Шевченка, 13. Красюк С.П.
3. **Джерело інформації:** результати наукового дослідження Красюка Сергія Петровича «Наукове обґрунтування концептуальної функціонально- організаційної моделі університетської клініки в сучасних умовах України»; Красюк С.П. Сучасні особливості епідеміології та проблеми своєчасності діагностики неінфекційних захворювань у м. Києві// Актуальні проблеми транспортної медицини, 2024, №4(78). С. 111-119. Доступно з: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.14539197>; Красюк С.П. Концептуальні напрями розвитку університетських клінік України //Вісник морської медицини, 2025, №1(106). С. 5-10. Доступно з: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.15094157>.
4. **Впроваджено:** в Університетській клініці НМУ імені О.О. Богомольця.
5. **Термін впровадження:** 2024-2025 роки.
6. **Ефективність впровадження:** внесення змін до Положення про УК(затверджено наказом ректора від 13.09.2024р. №1143), розширення ліцензії з медичної практики(Ліцензія МОЗ від 16.09.2010 серії АВ № 565886 зміни від 11.12.2024р.) загальна практика- сімейна медицина, внесення змін до структури та штатного розпису УК, відкриття амбулаторії загальної практики- сімейної медицини(наказ НМУ імені О.О. Богомольця від 24.10.2024 року №1320 «Про реорганізацію структурних підрозділів».
7. **Зауваження, пропозиції:** продовжити використовувати дані матеріали для створення відділення екстреної медичної допомоги УК.

Генеральний директор УК
НМУ імені О.О. Богомольця _____

Ніна ПРОЩЕНКО

Підпис

“ 21 ” березня 2025 р.