

Л.Ф. Матюха, Н.Г. Гойда, К.О. Надутий, В.Г. Слабкий, В.В. Кравченко (Київ)

СТРУКТУРНО-ІНФОРМАЦІЙНА МОДЕЛЬ УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ НА ЗАСАДАХ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ З УРАХУВАННЯМ ІСНУЮЧИХ РИЗИКІВ

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

Визначено вплив різних ризиків на процес управління системою первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейної медицини (СМ). Обґрунтовано регулюючі механізми управління системою для зменшення впливу ризиків.

Ключові слова: первинна медико-санітарна допомога, сімейна медицина, ризики, управління, система.

Відсутність ефективної системи організації та управління ПМСД на усіх рівнях є однією з концептуальних проблем. ПМСД на засадах СМ на сьогодні є інтегрованим сектором, що включає у себе послуги терапевтичного, хірургічного, акушерсько-гінекологічного та інших профілів і формально управляється підрозділами та спеціалістами з управління терапевтичною допомогою дорослому населенню. Держава повинна здійснювати контроль охорони здоров'я з метою підвищення її ефективності та рівноправ'я. Водночас, пошук нових механізмів політичного узгодження між зацікавленими в укріпленні ПМСД сторонами практично не ведеться, а наявність програм боротьби (що здійснюються за міжнародної підтримки) з деякими визначеними захворюваннями «відволікає» МОЗ від його ролі *організатора охорони здоров'я* й ефективного посередника між ПМСД і державою – замовником на здорове населення. Відсутність такого узгодження призвело до надлишкового політичного забарвлення системи управління охроною здоров'я, неефективного розподілу інвестицій та збереження адміністративно-командної моделі управління, яка довела свою надзвичайну спрощеність і неефективність [5]. Отже, застарілі принципи керування в галузі не можуть орієнтуватися на задоволення потреб пацієнта [2].

Проаналізувавши існуючу систему ПМСД на засадах СМ, ми запропонували оптимізовану функціонально-структурну модель системи ПМСД на засадах СМ [3], методику оцінки її ефективності [4]. Важливим є створення моделі управління ПМСД

з урахуванням основних ризиків, що загрожують ефективності управління.

Модель управління системою ПМСД, на нашу думку, повинна складатись з декількох рівнів, кожний з яких має свої складові.

Мета роботи – розробити модель управління системою ПМСД з урахуванням основних ризиків і обґрунтувати регуляторні заходи щодо їх мінімізації.

Матеріали та методи

Для визначення впливу різноманітних ризиків на управління системою ПМСД на засадах СМ використано метод експертних оцінок, основою якого є думка фахівців (експертів). Цей інструмент дає змогу структурувати проблему і кількісно оцінити її складові чинники, що можуть вплинути на процес управління.

Експертами виступили 55 фахівців з різних областей України (м. Києва, Київської, Вінницької, Одеської, Миколаївської, Запорізької, Дніпропетровської, Тернопільської, Харківської, Донецької, Чернівецької областей):

- 19 науковців у сфері охорони здоров'я;
- 18 лікарів загальної практики / сімейної медицини (ЛЗП/СЛ) вищої кваліфікаційної категорії зі стажем роботи на цій посаді понад 5 років;
- 18 організаторів охорони здоров'я вищої кваліфікаційної категорії.

На основі запропонованої нами моделі управління ПМСД на засадах СМ визначено перелік основних ризиків її впровадження та створено анкету, за якою

експерти визначали відносну значущість кожного з можливих ризиків за бальною шкалою (від «0» – ризик відсутній до «10» – ризик максимальний).

Узгодженість думок експертів визначали із застосуванням коефіцієнта конкордації Кендала, який використовують у багатьох випадках, коли необхідно охарактеризувати належність змінних до однієї сукупності. За відсутності зв'язаних оцінок (випадків, коли експерти надають кільком характеристикам однакової значущості та розділяють їх оцінку на рівну кількість однакових величин) коефіцієнт розраховували за виразом:

$$W = \frac{S}{1/12 \cdot m^2 \cdot (n^3 - n)},$$

де S – варіація оцінок відносно середнього значення; m – кількість експертів, які взяли участь в оцінюванні; n – кількість можливих ризиків, які оцінювали експерти.

Значення коефіцієнта конкордації змінювалося від 0 до 1, причому наближеність до 1 свідчила про повну узгодженість думок, а до 0 – про повну відсутність узгодженості.

Для інтерпретації коефіцієнта конкордації надзвичайно важливу роль відігравала оцінка його статистичної значущості. Таку оцінку ми робили із застосуванням статистичного критерію «хі-квадрат». Для цього

розрахункове значення критерію для оцінюваної вибірки, наданих експертами, ми порівняли з табличним значенням для $(n-1)$ ступенів свободи. За методикою визначення статистичної достовірності результатів із використанням критерію «хі-квадрат» результати вважалися значущими з певним рівнем помилки, якщо розрахункове значення критерію перевищило наведене в статистичних таблицях для даної кількості ступенів свободи і для даного рівня помилки.

Оскільки для всіх вибірок оцінок, які надали експерти визначеним групам ризиків, розрахункові значення критерію «хі-квадрат» становили значення, що набагато перевищували табличні значення, то всі розраховані коефіцієнти конкордації були статистично значущими (достовірними) на рівні $p < 0,01$. Це означало, що вірогідність помилки розрахунків в усіх випадках становила не більше 1%.

Результати дослідження та їх обговорення

Проаналізувавши запропоновану нами оптимізовану функціонально-структурну модель системи ПМСД на засадах СМ [3], представляємо структурно-інформаційну модель управління нею з урахуванням основних ризиків управління (рис.).

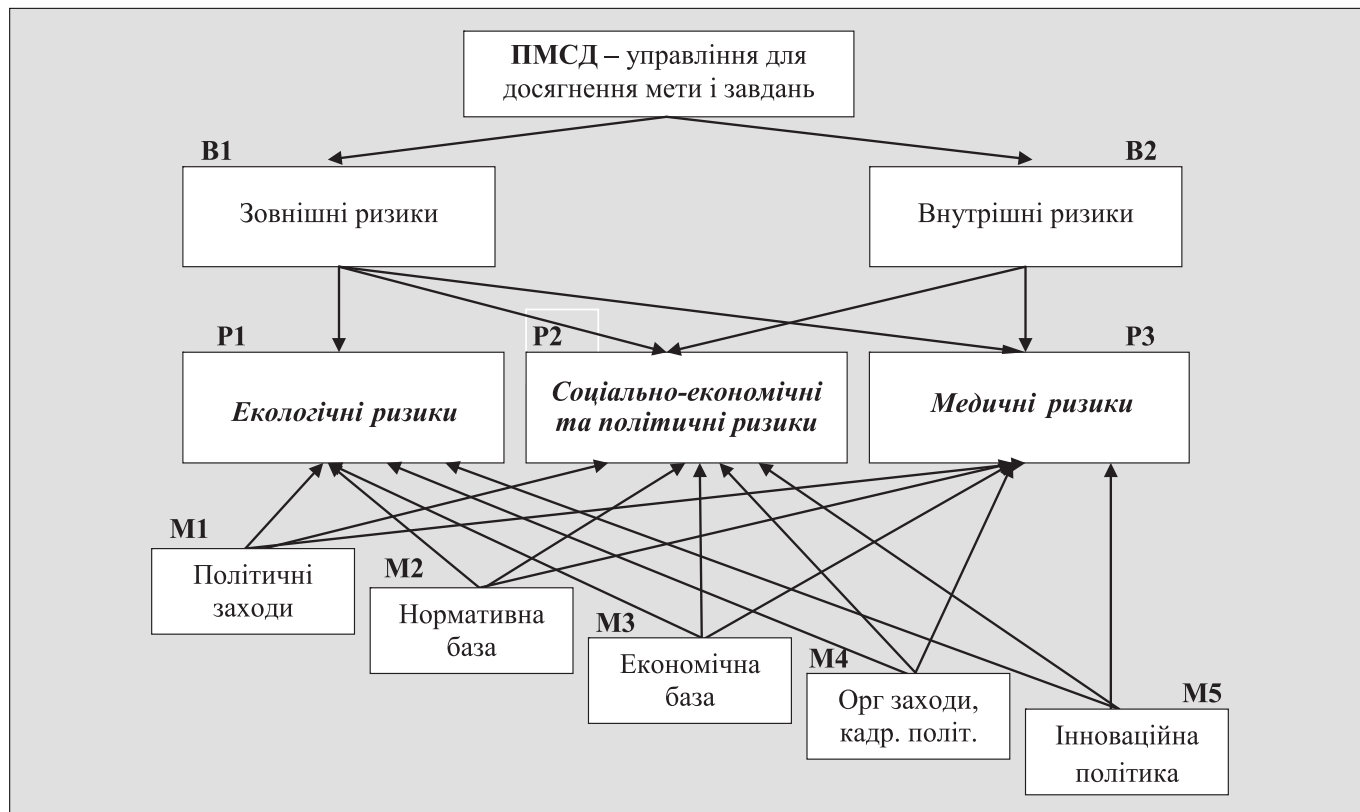


Рис. Структурно-інформаційна модель управління системою первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини (В – фактори впливу; Р – ризики; М – механізми управління системою)

Таблиця

Ризики системи управління первинною медико-санітарною допомогою та їх ранги (у балах)

№	Ризики	Внутрішні (В ₁) / зовнішні (В ₂) відносно системи управління ПМСД	Середній ранг за оцінкою експертів
1	<i>Екологічні</i>		3,9±0,07
1.1	природні катастрофи (повені, землетруси тощо)	В ₁	4,1±0,01
1.2.	пожежі	В ₁	4,0±0,02
1.3	наслідки аварій на виробництвах або енергетичних спорудах	В ₁	3,7±0,02
2	<i>Соціально-економічні та політичні</i>		9,0±0,03
2.1	інфляційні процеси	В ₁	9,0±0,01
2.2	неефективна економічна політика	В ₁	9,0±0,01
2.3	відсутність політичного бачення розвитку системи	В ₁	9,1±0,01
2.4	прийняття неефективних управлінських рішень	В ₁	8,8±0,01
2.5	відсутність моніторингу виконання плану розвитку ПМСД	В ₁	9,3±0,01
2.6	нерівномірність проведення оптимізації системи ПМСД	В ₂	8,6±0,01
2.7	побудова неефективної структури системи ПМСД	В ₂	8,7±0,02
2.8	впровадження неефективного механізму фінансування	В ₂	9,3±0,01
2.9	неефективне матеріально-технічне забезпечення закладів ПМСД	В ₂	9,1±0,01
2.10	недостатня підготовка і формування кадрів	В ₂	9,5±0,01
3	<i>Медичні</i>		5,3±0,34
3.1	смертність	В ₁	2,7±0,03
3.2	захворюваність	В ₁	3,1±0,03
3.3	інвалідизація	В ₁	3,2±0,02
3.4	медичні помилки	В ₂	8,5±0,03
3.5	збільшення навантаження (кількості пацієнтів) на одну посаду лікаря	В ₂	7,5±0,03
3.6	скорочення обсягів послуг на одного пацієнта чи кількості консультацій	В ₂	6,5±0,04
3.7	відбір більш здорових пацієнтів	В ₂	5,8±0,05

Нами сформовано перелік з 20 основних чинників / ризиків, які можуть перешкоджати управлінню системою ПМСД на засадах СМ (табл.). Визначено, що такі ризики можуть бути як внутрішніми (В₁), так і зовнішніми (В₂). До зовнішніх віднесено: Р₁ (екологічні ризики) і, частково, Р₂ (соціально-економічні та політичні ризики) та Р₃ (медичні ризики).

Внутрішніми ризиками запропонованої системи управління є деякі соціально-економічні та політичні ризики (Р₂), а також медичні ризики (Р₃).

Екологічним ризикам експерти надають найменшого значення: середня оцінка становить 3,9±0,07 балу. Водночас, погодженість думок експертів з цього питання є невисокою: значення коефіцієнта конкордації Кендала дорівнює W=0,48 (p<0,01). Найбільш пріоритетними в цій групі ризиків є природні катастрофи (середнє значення оцінки – 4,1±0,01 балу) і пожежі (4,0±0,02 балу).

Соціально-економічні та політичні ризики відіграють роль як зовнішніх, так і внутрішніх чинників, що

впливають на управління системою ПМСД. За оцінками експертів, ця група ризиків є найвагомішою: середня оцінка – $9,0 \pm 0,03$ балу. При цьому слід зазначити, що погодженість думок експертів відносно висока, коефіцієнт конкордації Кендала в цьому випадку становить $W=0,52$; $p<0,01$.

Якщо більш детально розглянути соціально-економічні та політичні ризики, розділивши їх на зовнішні та внутрішні для управління системою ПМСД на засадах СМ чинники, то помітимо, що, на думку експертів, їхній внесок до загальної оцінки значущості приблизно однаковий.

Середня оцінка для сукупності 5 зовнішніх ризиків (інфляційні процеси, неефективна економічна політика, відсутність політичного бачення розвитку системи, низький пріоритет ПМСД для органів влади, прийняття неефективних управлінських (політичних) рішень, відсутність моніторингу виконання плану розвитку ПМСД) становить $9,0 \pm 0,03$ балу. При цьому погодженість думок експертів досить висока: коефіцієнт конкордації $W=0,70$ ($p<0,01$).

Серед зовнішніх ризиків цієї групи найбільшої значущості надають експерти відсутності моніторингу виконання плану розвитку ПМСД ($9,3 \pm 0,01$ балу) і відсутності політичного бачення розвитку системи ($9,1 \pm 0,01$ балу). Найнижчу ж оцінку (однак не низьку порівняно з оцінками інших груп ризиків) має такий зовнішній чинник, як прийняття неефективних управлінських рішень (в середньому $8,8 \pm 0,01$ балу).

Для 5 внутрішніх соціально-економічних і політичних ризиків (нерівномірність проведення оптимізації системи ПМСД, побудова неефективної структури системи ПМСД, впровадження неефективного механізму фінансування, неефективне матеріально-технічне забезпечення закладів ПМСД, недостатня підготовка і формування кадрів) середня оцінка становить $9,1 \pm 0,07$ балу. При цьому погодженість думок експертів є дещо низькою за високого рівня статистичної значущості: коефіцієнт конкордації $W=0,37$ ($p<0,01$).

Найвищою є значущість таких внутрішніх ризиків управління системою ПМСД на засадах СМ, як недостатня підготовка і формування кадрів ($9,5 \pm 0,01$ балу з 10 можливих) і впровадження неефективного механізму фінансування ($9,3 \pm 0,01$ балу). Найнижчої значущості серед внутрішніх соціально-економічних і політичних ризиків управління системою ПМСД експерти надають нерівномірності проведення оптимізації та побудові неефективної структури системи ПМСД ($8,6 \pm 0,01$ і $8,7 \pm 0,02$ балу відповідно). Як бачимо, порівняно з оцінками інших ризиків навіть найнижчі показники значущості соціально-економічних і політичних ризиків управління системою ПМСД є високими.

Медичні ризики також поділені експертами на ризики зовнішнього та внутрішнього походження. Середнє значення оцінки впливу цих ризиків на управ-

ління системою ПМСД на засадах СМ становить $5,3 \pm 0,34$ балу за досить високого значення узгодженості думок експертів ($W=0,63$, $p<0,01$).

До зовнішніх медичних ризиків управління системою ПМСД віднесено захворюваність, смертність та інвалідизацію населення. Середній бал експертної оцінки становить $3,0 \pm 0,08$ за досить високого значення коефіцієнта узгодженості $W=0,65$ ($p<0,01$).

До внутрішніх медичних ризиків віднесено, зокрема, медичні помилки. За даними ВООЗ, 10–12% захворюваності, інвалідизації та летальності спричинені суто медичними ризиками [5]. Але внаслідок різноманітності причин та умов виникнення, до цього часу в медичних нормативних документах України не відпрацьовано єдиного поняття лікарської помилки, а це не дає змоги впровадити медичне та юридичне оцінювання таких помилок. Водночас, експерти вважають ризик медичних помилок найпріоритетнішим серед медичних ризиків управління системою ПМСД і, зокрема, серед внутрішніх ризиків цієї групи – середнє значення експертної оцінки становить $8,5 \pm 0,03$ балу.

Середня оцінка значущості всіх чотирьох внутрішніх медичних ризиків (медичні помилки, збільшення кількості пацієнтів, скорочення обсягів послуг на одного пацієнта чи кількості консультацій, відбір дільниці, де більш здорові пацієнти) складає $7,1 \pm 0,30$ балу, що встановлено за досить високого значення узгодженості думок експертів ($W=0,66$, $p<0,01$).

За аналізом можливих ризиків управління системою ПМСД на засадах СМ нами запропоновано механізми управління, спрямовані на мінімізацію визначених ризиків і, таким чином, на досягнення мети ПМСД – ефективне лікування на первинному рівні медичної допомоги, а також профілактика і раннє виявлення захворювань.

Механізми управління складаються з таких регуляторних заходів, пов'язаних між собою на різних рівнях управління: місцевому, регіональному та державному:

1. M_1 – політичні заходи: місцева програма розвитку ПМСД, яка включає план оптимізації наявної мережі ПМСД на засадах СМ (відповідно до нормативів); матеріально-технічне оснащення закладів; план введення посад і підготовки медичного персоналу (лікарів і медичних сестер зі спеціальності «ЗП/СМ»); забезпечення медичного персоналу житлом, інформаційне забезпечення.

Ця група регуляторних заходів спрямована на запобігання таким групам ризиків – екологічним, соціально-економічним і політичним та медичним. У рамках їх реалізації на рівні адміністративних територій управлінням охорони здоров'я розробляється та впроваджується регіональна програма розвитку ПМСД, в якій висвітлюються такі питання:

- оздоровлення навколишнього середовища в регіоні;
- сприяння здоровому способу життя;

- профілактика найбільш поширених неінфекційних захворювань, інфекційних хвороб та інфекцій, що передаються статевим шляхом і потребують як профілактичних заходів з боку громадського здоров'я, так і підвищення ефективності ПМСД;
- створення відповідних умов для сприятливого існування медичних практик ПМСД на засадах СМ, незалежно від форми власності та відомчого підпорядкування;
- планування перекваліфікації медичних кадрів для роботи в закладах ПМСД на засадах СМ, заохочення до цього спеціалістів через створення мотивації;
- пошук нових методів безперервної підготовки з наближенням до робочого місця через створення навчально-тренінгових центрів при закладах ПМСД на засадах СМ, які стають клінічними базами кафедр;
- стовідсоткове забезпечення підготовлених за державний кошт лікарів і медичних сестер ПМСД на засадах СМ робочими місцями;
- залучення громадськості адміністративної території до участі в підвищенні якості та ефективності ПМСД;
- створення організаційно-фінансових моделей ПМСД з оцінкою їх ефективності тощо.

2. M_2 – нормативно-правове забезпечення, яке робить процес розвитку ПМСД на всіх управлінських рівнях керованим. Цей блок регулюючих заходів реалізується з метою створення відповідного правового поля, в якому діє система ПМСД. За допомогою цього блоку регламентуються всі заходи та взаємовідносини на рівні ПМСД і між рівнями медичної допомоги в конкретній адміністративній території.

Директивні та нормативні документи, що створюються для існування правового поля, направлені проти виникнення груп ризиків: екологічних (P_1), політико-економічних (P_2) та медичних (P_3). Прикладами таких документів є:

- документи щодо захисту довкілля та середовища перебування людини (працоохоронні документи, документи, що регламентують умови праці на рівні ПМСД, забудови, водопостачання, каналізацію тощо);
- документи, що регулюють надання медичної допомоги на засадах СМ усім категоріям населення: матерям і дітям, пенсіонерам та інвалідам, незахищеним верствам населення, іншим категоріям громадян, які потребують пільгової медичної допомоги;
- документи, що регулюють діяльність закладів охорони здоров'я, які надають ПМСД, як юридичних суб'єктів і діяльність системи ПМСД включно з освітніми програмами;
- окреме місце серед директивних і нормативних документів посідають документи, які регламентують надання медичної допомоги – стандарти надання медичної допомоги, індикатори якості.

3. M_3 – економічні механізми управління є одними з найважливіших механізмів регулювання на всіх рівнях управління системою ПМСД, від яких переважно залежить більшість реформ в охороні здоров'я. Залежність економічних важелів управління від економічного стану регіону і держави є об'єктивним фактором. Тому, дотримуючись настанов Всесвітньої організації охорони здоров'я, розвиток ЗП/СМ необхідно зміцнювати, і незалежно від економічного стану держави цей напрямок є найефективнішим [1].

У більшості адміністративних районів України розрахунки реальних фінансових потреб ПМСД зараз не проводяться, і, за відсутності моніторингу фінансових потреб закладів ПМСД, керівництво має недостатнє бачення реальної картини, отже, не відбувається адекватне планування бюджету. Окремий розрахунок видатків ПМСД сприятиме запровадженню більш ефективних методів фінансування в місцевих органах управління, зокрема подушного методу. В Україні механізм подушного фінансування ПМСД лише запроваджується, тому на рівні держави практично немає структури такого нормативу.

4. M_4 – організаційні механізми та кадрова політика направлені на структурну перебудову системи ПМСД. Цей захід спрямований насамперед на мінімізацію медичних ризиків (P_3), тому план оптимізації мережі закладів повинен враховувати наближення і доступність ПМСД на засадах СМ до пацієнтів, щільність проживання населення.

Кадрова політика займає одну з провідних позицій у реалізації механізмів організації та управління ПМСД. Вона направлена на підвищення рівня медичної допомоги через систему післядипломного навчання медичних працівників для закладів ПМСД на засадах СМ і сприяє раціональному використанню кадрових ресурсів в умовах дефіциту фінансування.

Навчання лікарів (6-місячні цикли спеціалізації) потребує планування додаткових витрат. Водночас, на період навчання слід передбачити заміну лікаря без втрати якості та доступності медичної допомоги. Тому планування підготовки кадрів для ПМСД є одним з важливих індикаторів забезпечення системності у реформуванні ПМСД, а наближення навчальних послуг шляхом створення навчально-тренінгових центрів дасть змогу зменшити ризики витрат на відрядження лікарів та медичних сестер і тривалої відсутності медичного персоналу.

Для запобігання ризикам медичного походження впроваджуються стандарти медичної допомоги на рівні ПМСД і контролюється їх виконання. На нашу думку, наслідки лікарських помилок, а також скарги пацієнтів на якість наданої медичної допомоги, необхідно розглядати на клінічних конференціях у професійних асоціаціях і на рівні етичних комісій із залученням місцевих органів управління ПМСД, лікарів та організацій пацієнтів.

5. M_5 – інноваційна політика теж є регулятором всіх груп ризиків (P_1, P_2, P_3). На всіх рівнях управління форма надання медичної допомоги на засадах СМ є інновацією. Інформування громади стосовно оптимізації надання ПМСД, залучення членів громади до участі в управлінні ПМСД (співпраця «лікар–пацієнт», створення груп «Допоможи такому, як ти», груп психологічної підготовки родини до пологів, ведення навчання з підлітками та молоддю тощо) є надзвичайно цінним у плані лобювання принципів сімейної медицини та її профілактичного спрямування – збереження здоров'я здорових.

Інноваційна політика на рівні держави відноситься до усієї соціально-економічної сфери. У центрі функціонально-структурної моделі системи ПМСД, запропонованої нами в рамках впровадження інноваційної політики, вперше постає пацієнт з власними проблемами, і система працює на нього.

Механізм створення і розповсюдження нововведень передбачає систему державної підтримки фундаментальних та пошукових досліджень, різні форми та джерела фінансування і непрямого стимулювання досліджень, максимальну підтримку інновацій. Тому держава, створюючи необхідні умови для розвитку інноваційної політики, може впливати на розвиток не тільки державного сектора ПМСД, але й приватного.

Висновки

Таким чином, визначено три основні групи ризиків управління системою ПМСД на засадах СМ: екологічні, фінансово-економічні, політичні та медичні. Вони є як зовнішніми стосовно системи, так і внутрішніми.

За допомогою експертних оцінок встановлено значущість груп ризиків, а також окремих ризиків. Так, на думку експертів, найбільшу вагу має група соціально-економічних і політичних ризиків: середня оцінка значущості ризиків цієї групи становить $9,0 \pm 0,03$ балу з 10 можливих. Наступне місце за впливом на управління системою ПМСД посідають медичні ризики ($5,3 \pm 0,34$ балу), а останнє – екологічні ($3,9 \pm 0,07$ балу).

За підсумками аналізу ризиків управління системою ПМСД нами визначено основні механізми управління, які складаються з регуляторних заходів, взаємопов'язаних на різних рівнях управління (місцевому, регіональному та державному) і направлених

на мінімізацію ризиків усіх основних груп. Механізми управління являють собою: політичні заходи, створення нормативної та економічної бази, організаційні заходи (зокрема, посилення кадрової політики), впровадження інноваційної політики. Надзвичайно важливою є підготовка та створення ринку компетентних управлінських кадрів, починаючи з місцевого рівня.

Слід зауважити, що основними провідниками механізмів управління системою ПМСД на засадах СМ на регіональному рівні виступають управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій. Безпосереднє втілення регулюючих факторів на розвиток ПМСД у регіоні проводиться через такі механізми, як політичні заходи та регіональні програми, що забезпечують юридичну і економічну підтримку з боку обласних рад, а також через організаційні заходи та кадрову політику. Такі механізми, як створення нормативно-правової бази розвитку охорони здоров'я та контрольні функції, економічні механізми регулювання, інноваційну політику, можна розцінити як своєрідні каталізатори, без яких впровадження перших двох неможливе.

Провідником механізмів управління ПМСД на засадах СМ на державному рівні є МОЗ України, яке визначає медико-соціальну політику, економічні стосунки, виконує законотворчу роботу і виступає ефективним посередником між системою ПМСД і державою як замовником послуг ПМСД.

Механізми управління системою ПМСД на рівні держави реалізуються через низку законів, урядових медичних програм і нормативних документів, які ініціюються МОЗ, а також рішень колегій, наказів по службі, спрямованих на запобігання та усунення негативних факторів, які впливають на здоров'я населення країни, підтримують принцип «збереження здоров'я і рання діагностика захворювань», застерігають ризики з усіх визначених нами груп (P_1, P_2, P_3). На цьому будується вертикаль управління та управлінські, у т.ч. й економічні, взаємини між управлінськими рівнями.

Перспективи подальших досліджень полягають у впровадженні структурно-інформаційної моделі управління системою ПМСД на засадах СМ з урахуванням існуючих ризиків.

Список літератури

1. *Вимоги до розробки стратегічного плану запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування в Україні* / Антоніс Малагардіс, Володимир Рудий, Еєро Ліннакко [та ін.] ; за заг. ред. А Малагардіса, В. Рудого. – К., 2006. – 67 с.: іл., табл. – (Проект ЄС «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я України»; № 2). А668662.

2. *Лехан В. М.* Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – 50 с.
3. *Оптимізація* первинної медико-санітарної допомоги населенню України : метод. рекомендації / Н. Г. Гойда, Л. Ф. Матюха, В. Г. Слабкий, Л. В. Полікова ; ДУ «Укр. ін-т стратег. дослідж. МОЗ України», Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П.Л. Шупика. – К., 2010. – 25 с.
4. *Оцінка* ефективності організації надання первинної медико-санітарної допомоги : метод. рекомендації / Л. Ф. Матюха, Н. Г. Гойда, Г. О. Слабкий [та ін.]. – К., 2011. – 48 с.
5. *Первичная* медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо: доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г / ВООЗ [Электронный ресурс] – Режим доступа : URL : http://www.who.int/whr/2008/whr08_ru.pdf. – Название с экрана.

Дата надходження рукопису до редакції: 17.04.2012 р.

Механизмы управления системой первичной медико-санитарной помощью на принципах семейной медицины с учетом существующих рисков

*Л.Ф. Матюха, Н.Г. Гойда, К.А. Надутый,
В.Г. Слабкий, В.В. Кравченко (Киев)*

Определено влияние разных рисков на процесс управления системой первичной медико-санитарной помощи на принципах семейной медицины. Обоснованы регулирующие механизмы управления системой для снижения влияния рисков.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, семейная медицина, риски, управление, система.

Mechanisms of management system of primary health care on principles of family medicine in view of existing risks

*L.F. Matyukha, N.G. Goyda, K.O. Nadutiy,
V.G. Slabkiy, V.V. Kravchenko (Kyiv)*

Influence of different risks on management process in system of primary health care on principles of family medicine has been determined. Regulating mechanisms of management by system for reduce the impact of risks have been proved.

Key words: primary health care, family medicine, risks, management, system.

Рецензент: д. н. з держ упр., доц. Н.П. Кризина.