

- Закон України від 24.11.2015 року № 817-VIII «Про внесення змін до деяких законів України щодо усунення регуляторних бар'єрів для розвитку державно-приватного партнерства та стимулювання інвестицій в Україні».

Таким чином, інституційне підґрунтя для реформування системи ПМСД на принципах державно-приватного партнерства закладене, а ось наскільки воно буде успішним, значною мірою залежить від здатності керівників ПМСД ефективно використовувати нові можливості та здійснювати необхідні перетворення.

Тому підготовка фахівців з ДПП є особливо актуальною для України, де механізми ДПП тільки починають впроваджуватись у практику та не викликають довіри серед керівників та представників органів регіональної влади.

Мета: Обґрунтувати необхідність підготовки менеджерів для реалізації державно-приватного партнерства у системі ПМСД.

Для досягнення поставленої мети у роботі використані загальнонаукові методи аналізу, а також системний і структурно-функціональний підходи. Інформаційною базою для виконання дослідження стали наукові праці вітчизняних та зарубіжних фахівців із організації та управління охороною здоров'я.

Результати та їх обговорення. Механізм державно-приватного партнерства передбачає, що держава є замовником послуг. Саме вона визначає умови такого співробітництва, створює умови для прийняття управлінських рішень приватним сектором, а також здійснює постійний моніторинг, при цьому об'єкт інвестування залишається у власності держави.

Для реалізації проектів ДПП потрібні підготовлені керівники, які повинні оволодіти знаннями щодо кращого світового досвіду використання ДПП, варіантів адаптації ДПП для імплементації в умовах України, механізмів державно-приватного партнерства як ефективного інструменту залучення інвестицій, інновацій та підвищення якості послуг, які надаються населенню.

В умовах державно-приватного партнерства роль організатора, яка була типовою в умовах централізованого управління, змінюється на роль менеджера, управлінця для умов ринкової економіки, за яких складність управлінських завдань різко

підвищується. Отримання подібної кваліфікації вимагає, як мінімум, спеціальної підготовки.

Існуюча система післядипломної підготовки лікарів передбачає навчання керівників ЗОЗ на циклах спеціалізації за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я». Але короткотривалість такого навчання (2 місяці) не забезпечує фундаментальності підготовки, особливо щодо використання принципів ДПП в системі ПМСД.

Необхідною є сучасна програма підготовки менеджерів ПМСД та перепідготовки управлінського кадрового потенціалу. Така програма повинна навчити менеджерів охорони здоров'я вирішувати завдання організації медичного закладу на базі ДПП, вміло розпоряджатися фінансовими ресурсами, забезпечувати залучення приватних інвестицій для інновацій, формувати ефективний кадровий потенціал.

Вирішення завдання підготовки сучасних менеджерів вимагає компетентного професорського – викладацького складу, сформованого з представників вищої школи менеджменту, які мають досвід роботи з програмами для керівників, а також медичну та бізнес-освіту. Такий склад викладачів буде здатний підготувати менеджерів, як з питань класичної теорії управління, так і з менеджменту, маркетингу, економіки, права, інформаційних технологій; менеджерів, які у своїй діяльності використовують науково-обґрунтовані методи управління, а не тільки інтуїцію та практичний досвід.

Керівник закладу ПМСД повинен направлятися на навчання вже маючи проект розвитку керованого ним закладу та у процесі вивчення навчальних дисциплін його розробляти та захищати у ході підсумкової атестації.

Функціонування системи підготовки менеджерів і використання цих кадрів на практиці дозволить адаптувати заклади ПМСД до роботи на принципах державно-приватного партнерства.

Підготовка для системи ПМСД сучасних менеджерів, які мають алгоритм мислення підприємців і зможуть забезпечити запровадження механізмів ДПП вимагає розробки спеціальних навчальних програм та організації спеціальних циклів для підготовки менеджерів.

Результати дослідження будуть враховані при обґрунтуванні та розробці сучасної моделі медичного закладу на принципах державно-приватного партнерства та механізмів управління нею.

В.Н. Лесовой, Т.Л. Валковская

Остеопонтин и минеральная плотность костной ткани у пациентов на перитонеальном диализе

**Харьковский национальный медицинский университет, м. Харків, Україна
Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В. И. Шановала, м. Харків, Україна**

В течении последних десятилетий благодаря непрерывно развивающимся новым медицинским технологиям существенно улучшается

качество диализной помощи. Однако увеличение продолжительности жизни этих пациентов сопряжено с формированием новых медицинских проблем, одной из

которых является изменение минеральной плотности костной ткани (МПКТ), в следствии нарушений фосфорно-кальциевого обмена (ФКО). Постоянно возрастающее количество больных, страдающих терминальной почечной недостаточностью, распространённость и тяжесть почечных остеодистрофий, осложняющих её течение, обуславливают актуальность всестороннего изучения проблем, ассоциированных с костной патологией при хронической почечной недостаточности (ХПН).

Центральное место в диагностике костных нарушений у диализных больных занимает гистоморфология биоптата гребня подвздошной кости. Однако этот метод не нашёл широкого применения ввиду своей инвазивности. В клинической практике наиболее часто о варианте ренальной остеодистрофии предполагают, основываясь на значении паратиреоидного гормона (ПТГ), щелочной фосфатазы (ЩФ). Несмотря на уже известные механизмы возникновения ренальной остеодистрофии поиск её новых детерминант продолжается. Значительный интерес представляет остеопонтин (ОП) – плейотропный цитокин, который экспрессируется в минерализованных тканях и является главным неколлагеновым матриксным белком кости. Таким образом, этот биологический маркер считаем перспективным для количественного изучения и определения его роли в развитии минерально – костных нарушений у пациентов на ЗПТ.

Материалы и методы. В анализ включено 46 пациентов находившихся в отделении нефрологии и перитонеального диализа Харьковского областного центра урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала. Среди них было 32 мужчины и 14 женщины. Средний возраст больных составил $45,3 \pm 5,2$ лет. В подавляющем большинстве случаев ТПН была исходом хронического гломерулонефрита (у 24-х больных), у 10-ти человек – поликистоз почек, у 4-х диабетический гломерулосклероз и гипертонический нефроангиосклероз у 3-х пациентов.

Диагностику нарушений фосфорно-кальциевого обмена осуществляли методом биохимического исследования уровня общего Са, Р, щелочной фосфатазы в сыворотке крови. Определяли уровни ПТГ и ОП по стандартной методике.

Всем пациентам была выполнена ультразвуковая денситометрия пяточной кости с использованием ультразвукового костного денситометра «Achilles Express Lunar» с оценкой абсолютного значения МПК (в $г/м^2$) и расчётом Т и Z критериев.

Результаты исследования. При оценке состояния фосфорно-кальциевого метаболизма было выявлено, что у 50% больных уровень Са был менее 2,2 ммоль/л (23 чел.), у 14-ти пациентов отмечалась гиперкальциемия (уровень Са более 2,5 ммоль/л) и только у 9-ти пациентов содержание Са находилось в целевом диапазоне 2,2 ммоль/л. Гиперфосфатемия (Р – $2,4 \pm 0,6$) выявлена у 14 пациентов (33%) и напрямую зависела от значений ПТГ ($p < 0,05$). Уровень ПТГ большинства пациентов (65%) укладывался в диапазон 150–600 пг/мл и составлял в среднем 445 ± 24 пг/мл, у 12 пациентов (25%) превышал 600 пг/мл и составлял 1175 ± 368 пг/мл.

Средний уровень ОП у пациентов на перитонеальном диализе в 6–9 раз превышал референсные значения и составлял $248,31 \pm 45,3$. По нашим данным, только у 5–7% пациентов, находящихся на диализе, уровень ОП находился в границах нормы для здоровой популяции.

Анализ результатов костной денситометрии показал, что распространённость сниженной МПК в дистальном отделе лучевой кости до уровня остеопении отмечалась у 32% пациентов, до уровня остеопороза у 30% и нормальная МПК отмечалась у 38% исследуемых.

При сравнительном анализе в подгруппах с нормальной и сниженной МПК установлено, что пациенты со сниженной МПК имели достоверно более высокое содержание ПТГ и ОП.

Выявленные статистически значимые взаимосвязи уровня ОП и показателей остеоденситометрии свидетельствуют, что данный маркер может быть использован для определения степени резорбции костной ткани.

Показатель	Нормальный уровень МПК; n=17	Сниженный уровень МПК; n=31
ПТГ, пг/мл	$238 \pm 28,7$	$745 \pm 64,45$
ОП, пг/мл	$104,5 \pm 78$	$246 \pm 50,31$

В.М. Михальчук, В.М. Пащенко, Я.І. Августиневич

Оренда як організаційно-правова форма трансформації ПМСД

Кафедра управління охороною здоров'я НМАПО імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Сучасний напрямок реформування ПМСД полягає в перетворенні комунальних медичних установ в комунальні неприбуткові підприємства.

Закон України від 06.04.2017 р. № 2002-VII «Про внесення змін до деяких законів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» передбачає перетворення державних та комунальних закладів охорони здоров'я в некомерційні

медичні підприємства. Одночасно Господарський кодекс України та Закон про місцеве самоврядування не обмежують права територіальних громад щодо створення тих чи інших видів комунальних підприємств. Рішення про запровадження таких організаційно-правових змін не потребує погодження Кабінету Міністрів України, Міністерства охорони здоров'я України чи інших органів державної влади України.