

РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я: РОЛЬ МЕДИЧНИХ МЕНЕДЖЕРІВ

Рейчел Крісвел

Україна і деякі інші країни Східної Європи перебувають в унікальному становищі у світі щодо репродуктивного здоров'я. Нині країни СНД, для яких характерні надзвичайно високий рівень абортів і відносно низький рівень використання сучасних контрацептивних засобів порівняно із Західною Європою, стикнулися з серйозною проблемою необхідності підвищення доступності сучасних контрацептивних засобів для задоволення потреб населення, а також покращення обізнаності населення у сучасних методах планування сім'ї і відношення до них. Перед українськими медичними менеджерами відкривається чудова можливість: зробити методи і засоби репродуктивного здоров'я частиною інноваційних змін, що зараз відбуваються у системі охорони здоров'я України, враховуючи, зокрема, той факт, що репродуктивне здоров'я було визначено пріоритетною галуззю ООН, ВООЗ і урядами країн світу.

ЩО ТАКЕ РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я?

За визначенням ВООЗ, під репродуктивним здоров'ям розуміють стан повного фізичного, розумового і соціального добробуту, а не лише відсутність хвороби або недуги в усіх аспектах, що мають відношення до репродуктивної системи, її функцій і процесів. Таким чином, **репродуктивне здоров'я** передбачає можливість людей мати задовільне і безпечне статеве життя разом з можливістю відтворення, а також свободу вирішувати чи варто вдаватися до відповідних дій, а якщо так — то коли і як часто. Репродуктивне здоров'я також включає сексуальне життя, метою якого є підвищення тону життя і особистих стосунків¹.

¹ Всесвітня організація охорони здоров'я. Показники репродуктивного здоров'я: керівництво з розробки, інтерпретації та аналізу з метою здійснення глобального моніторингу. – Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я, 2006, 5.

Окрім вищезазначеного, репродуктивне здоров'я охоплює декілька сфер, що мають відношення до сексуального здоров'я і репродукції людини². Значну частину базового пакета послуг із репродуктивного здоров'я становить задоволення безпосередніх репродуктивних потреб конкретної особи або пари. **Планування сім'ї** дозволяє чоловікам, жінкам і парам отримати доступ до повного спектра добровільних контрацептивних опцій, унаслідок чого можна планувати коли і скільки дітей вони хочуть мати — так, щоб запобігти небажаним вагітностям і абортам. **Обов'язок** постачальників медичних послуг — забезпечити споживачів методів планування сім'ї повним діапазоном доступних методів контрацепції і всією інформацією, потрібною для ефективного вибору методу і його застосування. У той час, як аборт не можна розглядати як метод планування сім'ї, послуги з репродуктивного здоров'я включають **доступ до безпечного аборту і лікування ускладнень, що є його наслідками**. Ще одна базова репродуктивна послуга — **профілактика і лікування безплідних пар**, що включає основні заходи з гінекологічного лікування: профілактика небезпечних супутніх інфекцій (наприклад, запалення органів малого тазу), консультаційні і лікувальні послуги (медикаментозне лікування або штучне запліднення).

Репродуктивне здоров'я також охоплює охорону здоров'я матерів. Пакет головних послуг із репродуктивного здоров'я містить **антенатальну медичну допомогу, кваліфіковану допомогу під час пологів і постнатальну медичну допомогу**. Здоров'я вагітних потребує перевірок з метою моніторингу здоров'я матері і плода до пологів разом з повною інформацією про те, як мати здорову вагітність, чого можна очікувати під час пологів, а також післяпологового догляду як для матері, так і для дитини. Про процес пологів мусить подбати освічений професіонал, який повинен уміти застосовувати сучасні пологові технології: мобільні і партнерські пологи. **Породілля і немовля** потребують належних медичних послуг за мірою необхідності і доступу до послуг, наближених до сім'ї: перебування матері і дитини в одній палаті, **сприяння виключно грудному годуванню за вимогою дитини, а також відповідної освіти і підтримки**. Основні пакети послуг із репродуктивного здоров'я забезпечують **належне лікування акушерських і неонатальних невідкладних станів** у разі виникнення ускладнень.

Ще однією частиною базового пакета послуг з репродуктивного здоров'я є профілактика і лікування репродуктивних хвороб. Медичні заклади можуть здійснювати скринінг ІПСШ і ВІЛ, пропонуючи у разі потреби відповідне консультування, підтримку і лікування. Вони також можуть надавати такі профілактичні послуги, як добровільне консультування і тестування, роздачу презервативів та інформаційних матеріалів, разом з поширенням контрацептивного ме-

² Дана інформація надана Фондом Народонаселення ООН. "Послуги з репродуктивного здоров'я." Репродуктивне здоров'я: Фонд Народонаселення ООН. – 24 жовтня 2008 р. Доступне за електронною адресою <<http://unfpa.org/rh/services.htm>>, 2.

тоту подвійного захисту³. Іншою важливою частиною пакета послуг з охорони репродуктивного здоров'я є **рання діагностика раку грудної залози і шийки матки**, що можуть здійснюватися через клінічний огляд, мамографію і мазки Папаніколау.

І нарешті, медичні заклади, що пропонують пакет головних послуг із охорони репродуктивного здоров'я, повинні запобігати нанесенню репродуктивної шкоди, особливо для уразливих прошарків населення. Такий підхід передбачає не лише надання медичної допомоги, але також установлення і застосування зв'язків із організаціями, що спеціалізуються в наданні юридичної, психологічної і соціальної допомоги і можуть надавати допомогу з питань **профілактики і лікування статевого, домашнього насильства та шкідливих репродуктивних практик (торгівля людьми)**. Проте, навіть у ситуаціях, що не вимагають невідкладної допомоги або не пов'язані з насильством, представники груп ризику потребують особливої уваги у справі задоволення вимог, що мають відношення до репродуктивного здоров'я. Репродуктивне здоров'я молоді, сільського населення, бідних і хронічно хворих людей повинне стати предметом пильної уваги медичних закладів.

РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я НА МІЖНАРОДНІЙ АРЕНІ

Кілька міжнародних угод визнають репродуктивне здоров'я глобальним пріоритетом. Принаймні три з восьми цілі тисячолітнього розвитку (ЦТР) ООН торкаються питань репродуктивного здоров'я: 3, 5 і 6 цілі ставлять завдання сприяти гендерній рівності і більшим повноваженням жінок, покращувати материнське здоров'я, а також боротися з ВІЛ, малярією та іншими хворобами — всіма тими, що безпосередньо пов'язані з покращенням репродуктивного здоров'я. Світові лідери наголосили на цій ініціативі на Всесвітньому саміті у 2005 р., погодившись до 2015 р. зробити універсальний доступ до репродуктивного здоров'я національною стратегією з метою досягнення ЦТР.

Особлива важливість репродуктивного здоров'я в Європі, зокрема, у країнах СНД, висвітлювалась у Регіональній стратегії ВООЗ із питань сексуального і репродуктивного здоров'я за 2001 р., розробленої Регіональним Європейським офісом ВООЗ⁴. У цьому документі підкреслюється потреба у відданості справі «подальшого розвитку і зміцнення <...> програм з репродуктивного здоров'я»⁵. Стратегія ставить собі за мету заповнення прогалін в охороні репродуктивного здоров'я і наданні відповідних послуг, маючи на увазі

³ Контрацептивний метод подвійного захисту використовує такі методи контрацепції або комбінацію контрацептивних методів, які запобігають як небажаним вагітностям, так і ЗПСШ та ВІЛ-інфекції.

⁴ Див. повний текст Регіональної Стратегії ВООЗ із сексуального і репродуктивного здоров'я <http://www.euro.who.int/document/e74558R.pdf>

⁵ Регіональний Європейський офіс ВООЗ. Регіональна стратегія ВООЗ з сексуального та репродуктивного здоров'я. — Копенгаген: Всесвітня організація охорони здоров'я. — Листопад. — 2001.

розрив, що існує між «ринковими економіками Заходу і перехідними економіками Сходу»⁶. Досягнути цього економіка намагається через рекомендацію всім 51 європейським країнам-членам працювати в напрямі покращення репродуктивного здоров'я через здійснення таких заходів:

- зменшення материнської, перинатальної і неонатальної смертності;
- зменшення використання абортів як засобу контролю за народжуваністю;
- зосередження на потребах репродуктивного здоров'я молоді, підлітків і старіючого населення;
- зменшення захворюваності на ІПСШ і ВІЛ/СНІД та покращення лікування цих хвороб;
- превентивні заходи щодо зменшення захворюваності на рак грудної залози і шийки матки разом з покращенням методів ранньої діагностики і лікування вищезазначених типів злоякісних пухлин;
- профілактика зменшення безпліддя і забезпечення лікування для тих пар, які страждають від нього;
- забезпечення репродуктивних потреб біженців, переміщених осіб і мігрантів;
- покращення послуг, спрямованих на профілактику, лікування і припинення сексуального насильства, домашнього насильства і торгівлі людьми⁷.

Здійснювати вищезазначені цілі пропонується через утілення чотирьох основних стратегій, що включають застосування комунікативних технологій та просвітницьких заходів щодо здорового способу життя, покращення структур охорони здоров'я, надання медичних послуг, сприяння партнерству державного і приватного секторів, проведення досліджень статусу репродуктивного здоров'я у Європі та здійснення відповідних публікацій⁸.

Україна вже розпочала реалізацію Регіональної стратегії ВООЗ із репродуктивного здоров'я, використовуючи при цьому як інструмент Національну програму «Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року»⁹. Програма прийнята у 2006 р, спрямовує свої зусилля у стратегічних напрямках, визначених ВООЗ, на гарантування умов для безпечного материнства, формування репродуктивного здоров'я серед молоді, удосконалення системи планування сім'ї в Україні, збереження репродуктивного здоров'я населення і забезпечення ефективного менеджменту вищезазначених програм. Незважаючи на те, що програми з планування сім'ї і репродуктивного здоров'я втілювалися в Україні також у минулому, НПРЗН — одна з перших програм, що містить конк-

⁶ Регіональний Європейський офіс ВООЗ. Регіональна стратегія ВООЗ з сексуального та репродуктивного здоров'я. — Копенгаген: Всесвітня організація охорони здоров'я. — Листопад. — 2001.

⁷ Регіональний Європейський офіс ВООЗ, 2-6.

⁸ Регіональний Європейський офіс ВООЗ, 16-18.

⁹ Повний текст НПРЗН див. у Додатку 1.

ретні показники, поєднує діяльність партнерів з багатьох секторів і фінансову підтримку.

НПРЗН адаптує специфічні рекомендації Стратегії до українських реалій. З метою покращення справи пропаганди здорового способу життя разом з системами і послугами з охорони здоров'я відповідно до Регіональної стратегії, НПРЗН включає до кола своїх питань фінансування, що виділяється на придбання обладнання, забезпечення безкоштовних контрацептивів для незахищених прошарків населення, освітні кампанії з питань здоров'я, навчання сімейних лікарів і середнього медичного персоналу, вдосконалення послуг для молоді і сільського населення та модернізацію чинних медичних протоколів. Для того, щоб створити і зміцнити міжсекторні партнерські зв'язки, що існують на багатьох рівнях, НПРЗН було розроблено як спільну програму, що реалізується Міністерством охорони здоров'я, Міністерством фінансів і Міністерством сім'ї, молоді та спорту за партнерської підтримки соціальних служб і приватного сектору. Обласні і районні адміністрації вже започаткували відповідні доповнюючі програми, що забезпечують партнерські зв'язки на різних адміністративних рівнях. І нарешті, НПРЗН як частина аналізу із репродуктивного здоров'я, побудована на проведенні ґрунтовних досліджень, що мають доказову базу і включають конкретні показники, а також структури моніторингу і оцінювання¹⁰.

ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї В УКРАЇНІ

Утілення НПРЗН — важливий крок на шляху прагнень України до зміцнення національної системи охорони здоров'я. Як уже зазначалося, Україна має високий рівень абортів і низький рівень застосування сучасних контрацептивів порівняно з країнами Західної Європи. Материнська смертність в Україні вдвічі вища за середню материнську смертність у країнах Євросоюзу. В останній час предметом особливої стурбованості у межах країни стали ВІЛ і СНІД унаслідок значного зростання відповідних показників захворюваності¹¹.

Дослідження показало, що населення України недостатньо поінформоване щодо контрацепції, а українські жінки значною мірою покладаються на аборт, як засіб контролю народжуваності. Жінки піддають сумніву доцільність використання контрацепції, запитуючи: «Навіщо мені використовувати контрацептиви? Чому бути, того не обминути». Інформаційно-освітні і комунікаційні канали, включаючи медичні послуги, недостатньо адекватно доносять позитивну, засновану на доказових даних інформацію, що стосується контрацепції. Жінки

¹⁰ Показники репродуктивного здоров'я, що використовуються у міжнародному масштабі взагалі і НПРЗН зокрема див. у Додатку 2.

¹¹ Босерт Т. та ін. Логічне обґрунтування планування сім'ї у колишньому Радянському Союзі: доказові дані з Європи, Євразії та США. — К.: Інститут Досліджень та Тренінгів Джона Сноу, 2008.

стверджують, що контрацептивні засоби є недоступними і часто надто дорогавартісними — настільки, що жінці часто доводиться вибирати між «купівлею контрацептивної пігулки для себе і ковбаси для власної дитини»¹². І якісні, і кількісні аналізи доводять потребу прогресивних заходів, спрямованих на покращення ситуації з репродуктивним здоров'ям і плануванням сім'ї в Україні.

Інвестиції у справу планування сім'ї і репродуктивного здоров'я — важливі для України через такі причини: 1) покращення репродуктивного здоров'я в Україні означає покращення здоров'я українського населення в цілому; 2) доступ до послуг з планування сім'ї є правом людини; 3) у всьому світі уряди різних країн інвестують у справу планування сім'ї і репродуктивного здоров'я, отримуючи при цьому успішні результати¹³.

Завдяки прогресивним зрушенням ситуація у сфері планування сім'ї і репродуктивного здоров'я **покращиться у кількох напрямках**. Якщо завдяки здійсненню програм із планування сім'ї клієнтам надаватиметься можливість планувати час кожної вагітності, це піде на користь як здоров'ю матерів, так і дітей — унаслідок відкладання у часі ранніх вагітностей, зростання інтервалів між народженням кожної дитини, запобігання пізнім вагітностям або таким, що пов'язані з високим ступенем ризику, і внаслідок профілактики небажаними вагітностям. Зростання застосування контрацептивів наочно призвело до зниження рівня медичних абортів серед жінок. Використовуючи презервативи під час статевого акту, жінки і чоловіки захищають себе від ІПСШ і ВІЛ, зменшуючи рівень захворюваності на ці інфекції серед загального населення. Населення країни в цілому лише виграє, якщо чоловіки і жінки, озброєні контрацептивними засобами, приймають інформовані рішення щодо власного майбутнього і майбутнього своїх родин. Репродуктивне здоров'я має вирішальне значення у загальному здоров'ї нації, справляючи позитивний вплив на чоловіків і жінок будь-якого віку з усіх соціально-економічних прошарків суспільства.

Відданість справі прав людини — ще один чинник, що, крім відданості справі репродуктивного здоров'я, тією ж мірою спонукає міжнародну громаду рішуче братися за справу покращення сексуального і репродуктивного здоров'я. Свобода вибору є суттєвою частиною сексуального і репродуктивного здоров'я, особливо коли вона стосується планування сім'ї і вибору контрацептивних засобів. Це право затверджене кількома значними міжнародними деклараціями з прав людини і міжнародними консенсусними документами. Отже, це означає, що кожна особа має право вибирати, чи варто їй використовувати контрацептивні засоби, а якщо так — використовувати саме той метод контрацепції, якому вона віддає перевагу. Окремі особи і пари мають право вирішувати, коли вони хочуть мати дітей і яким саме чином вони хочуть ре-

¹² Крісвел Р. Заплановане батьківство в Україні: мотиваційні фактори та перешкоди на шляху використання абортів та контрацептивних послуг в Україні/ Презентація, зроблена в Університетському коледжі Лондоської школи слов'янських та східноєвропейських досліджень, 15 вересня, 2008.

¹³ Босерт Т., 5.

алізувати свій той чи інший контрацептивний вибір. Окрім вищезазначеного, кожна особа має право обирати собі сексуальних партнерів, а також бути вільною від сексуального примусу. Людина, яка контролює власну сексуальність, контролює і своє майбутнє.

Згідно з даними Фонду народонаселення ООН, репродуктивні права включають:

- репродуктивне здоров'я як компонент загального здоров'я, протягом усього життєвого циклу, як для чоловіків, так і для жінок;
- процес прийняття рішення з приводу питань репродуктивного здоров'я включаючи добровільний вибір брати чи не брати шлюб, створення сім'ї, а також прийняття рішення щодо кількості дітей, часу їхньої появи, переривів між вагітностями і право доступу до тієї інформації чи засобів, що дозволяють здійснювати своє право добровільного вибору;
- рівність і справедливість у відношенні до чоловіків і жінок, що дозволяє окремим особам робити інформований вибір у всіх сферах життя вільними від дискримінації за статевою ознакою;
- сексуальна і репродуктивна безпека, що включає свободу від сексуального насильства і примусу, а також право на конфіденційність¹⁴.

На високопосадовцях, професійних медиках і менеджерах лежить обов'язок інвестувати у справу репродуктивного здоров'я, дотримуючись вищезазначених принципів і забезпечуючи право окремих особистостей не лише на свободу мати репродуктивне здоров'я, але також бути вільними від примусу, страху чи шкоди. Існують різні засоби, через які уряд може надавати підтримку репродуктивним правам особистості:

- створення сприятливого політичного оточення на підтримку поширення репродуктивного здоров'я і пов'язаних з ним прав, включаючи потенціал до зміцнення систем охорони здоров'я, встановлення партнерських зв'язків між громадськими організаціями і організаціями громадянського суспільства, а також здійснення моніторингу бюджетних асигнувань, виділених з метою охоплення сфери репродуктивного здоров'я;
- покращення доступу до широкого обсягу послуг з репродуктивного здоров'я, наголошуючи на потребах незахищених прошарків населення;
- підвищення обізнаності щодо репродуктивних прав жінок, чоловіків і підлітків, щоб вони могли заявляти про свої права стосовно репродуктивного здоров'я;
- стимулювання, залучення і створення потенціалу окремих осіб і громад з метою забезпечення їхньої участі у розробленні, здійсненні, моніторингу і оцінюванні тих програм і послуг з репродуктивного здоров'я, що впливають на їхнє життя¹⁵.

¹⁴ Фонд народонаселення ООН. "Підтримуючи сузір'я репродуктивних прав." Питання, що стосуються населення: права людини. 27 жовтня 2008 року. < <http://www.unfpa.org/rights/rights.htm>>, 1.

¹⁵ Там же.

Уряд України робить вагомі кроки на шляху захисту репродуктивних прав своїх громадян, розробляючи і здійснюючи НПРЗН, але не всю роботу ще виконано у цьому напрямі. Уряд може продовжувати надавати більший доступ до покращених послуг населення через виділення ресурсів для медичних закладів, навчання професійних медиків, налагодження міжсекторальних партнерських зв'язків і забезпечення доступу до вищезазначених послуг для представників груп ризику. Як доповнення до цього, дослідження довело, що багато українців не усвідомлюють своїх репродуктивних прав, на що вказала одна з жінок, яка зазначила: «Нам потрібно працювати над тим, щоб змінювати думку жінок про самих себе, тому що жінки не замислюються ані над своїм здоров'ям, ані над своїм майбутнім»¹⁶. Крім забезпечення репродуктивних прав населення уряду України також потрібно подбати про усвідомлення населенням своїх репродуктивних прав.

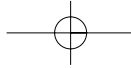
Уряди країн світу демонструють відданість питанням репродуктивного здоров'я у міжнародному масштабі через розвиток, фінансування і здійснення програм, спрямованих на покращення здоров'я своїх громадян. Українська НПРЗН є свідченням визнання важливості питання репродуктивного здоров'я. Проте, вона — лише перший крок на шляху до забезпечення репродуктивного здоров'я українського населення. Контрацепція в Україні легальна, але доступ до неї часто обмежений унаслідок високих цін і недостатньої наявності контрацептивних засобів, особливо для представників груп ризику. Як свідчать дані 2003 р., кошти, виділені українським урядом у цей період, не покрили ані вартість ВМС, ані хірургічної стерилізації, ані оральних контрацептивів¹⁷. Кілька європейських країн мають програми, що покривають вартість послуг із планування сім'ї, а також роблять інвестиції у ці програми, розглядаючи їх як частину зусиль, спрямованих на забезпечення своїх громадян доступом до вдосконалених засобів репродуктивного здоров'я. Україна лише виграє, якщо робитиме подібні інвестиції у справу планування сім'ї, просуваючись на шляху до досягнення міжнародних стандартів у сфері охорони здоров'я XXI ст.

Одна з ключових хибних концепцій, що стосується програм з планування сім'ї, особливо тих, що проводяться в Україні, полягає в тому, що, на думку населення, подібні програми сприяють зниженню фертильності, тому що заважають подружнім парам народжувати дітей. У країнах з високим рівнем народжуваності (Канада, Індія), програми з планування сім'ї і збільшення застосування контрацептивів дійсно вважалися такими, що призвели до зниження рівня народжуваності¹⁸. Проте, досвід країн із низьким рівнем народжуваності, таких як Україна, для якої характерна негативна тенденція зростання населен-

¹⁶ Крісвел Р.

¹⁷ Босерт Т., 24.

¹⁸ Всесвітня організація охорони здоров'я, 11.



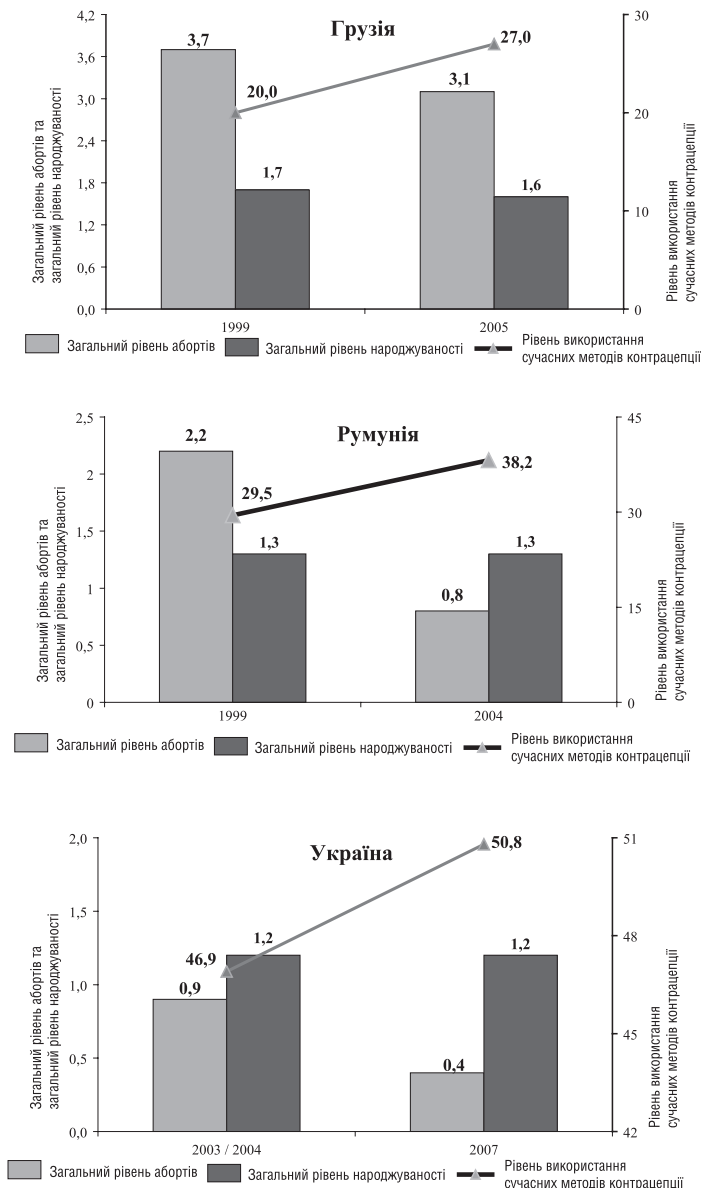
ня¹⁹, наочно доводить, що програми з планування сім'ї не впливають на рівень фертильності. Оскільки у міру того як програми з планування сім'ї підвищують коефіцієнт розповсюдження контрацептивів, рівень абортів зменшується, у той час як рівень народжуваності лишається таким самим. Це свідчить про те, що новими користувачами контрацептивів є не ті, хто у протилежному випадку народжував би дітей, а ті жінки і подружні пари, які до того використовували аборт як метод контролю за народжуваністю. Така тенденція спостерігалася у програмах з планування сім'ї в Україні, Румунії, Грузії та інших країнах, про що свідчить діаграма «Еволюція рівнів абортів, народжуваності і використання контрацептивів у Грузії, Румунії і Україні»²⁰ (див. мал. 1).

Планування сім'ї та репродуктивне здоров'я в Україні має відношення не стільки до демографії, скільки до питань здоров'я, прав людини і міжнародних стандартів. У міру того, як Україна намагається знизити рівень абортів і покращити здоров'я матерів і дітей відповідно до міжнародних і європейських стандартів, суттєве значення мають інвестиції у програми з планування сім'ї і репродуктивного здоров'я. Як зазначається у Регіональній стратегії ВООЗ із сексуального та репродуктивного здоров'я, Україна вже розпочала вирішення вищезазначеного кола питань. Нині вона повинна продовжувати цей процес, використовуючи такі засоби, як підвищення якості послуг з репродуктивного здоров'я і покращення доступу населення (особливо представників груп ризику, зокрема молоді) до цих послуг. При цьому населення потребує не просто покращення доступу до контрацептивів узагалі, а до цілого спектра сучасних контрацептивів усіх цінкових категорій. Крім того потрібно покращувати обізнаність населення з таких питань, як ставлення до планування сім'ї, ІПСШ і ВІЛ, через проведення освітніх кампаній і вдосконалення системи медичного менеджменту, що повинні забезпечувати тривалість таких інновацій.

Проте, репродуктивне здоров'я в Україні не покращиться, якщо медичні менеджери, чиновники, професійні медики та ключові фігури інших секторів на всіх рівнях не розглядатимуть його як пріоритет у сфері охорони здоров'я і прав людини і не будуть продовжувати скоординовані зусилля у належному напрямі. Зокрема, підвищується роль творчо налаштованого і прогресивного керівництва галузі охорони здоров'я у справі здійснення успішних програм репродуктивного здоров'я. Репродуктивне здоров'я значною мірою залежить від профілактичних заходів з охорони здоров'я і консультаційних послуг разом з просвітницької діяльністю серед населення, що займається питаннями самозахисту від ІПСШ і ВІЛ, а також питаннями забезпечення допологового догляду,

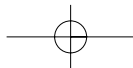
¹⁹ У 2007 р. рівень зростання населення в Україні становив -0.62% згідно з даними Державного статистичного комітету України. Державний статистичний комітет України. "Населення". Статистична інформація. 27 жовтня, 2008 року. < <http://www.ukrstat.gov.ua/> >.

²⁰ Джерела: 1) огляд(и) репродуктивного здоров'я, Румунія 1999 і 2004 роки; 2) 2007 р.; Інститут Гутмаєра, 2007; Дослідження платоспроможності населення (ДПН), 2004; Україна, "Огляд національного здоров'я", 2007 р.; 3) опитування з приводу репродуктивного здоров'я у Грузії, 1999 і 2005 рр.



Мал. 1. Еволюція рівнів абортів, народжуваності і використання контрацептивів у Грузії, Румунії і Україні

потрібного для гарантування безпечних і здорових пологів. Даний навчальний план призначений для того, щоб допомогти українським менеджерам — з використанням українських реалій як прикладів — у справі розроблення і здійснення програм, спрямованих на покращення репродуктивного здоров'я в Україні.

**ПОСТАНОВА КАБІНЕТУ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ**

від 27.12.2006 р., №1849

Київ

*Про схвалення Національної програми
«Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року»*

Постановляю Кабінету Міністрів зробити наступне:

1. Затвердити Національну програму «Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року» (далі — Програма).
2. Міністерства, інші центральні організації виконавчої влади беруть на себе відповідальність за здійснення Програми разом з Академією медичних наук, Академією педагогічних наук, Радою міністрів, Автономною Республікою Крим, областями, Київською і Севастопольською міськими державними адміністраціями, які повинні щорічно до 1 лютого здавати до Міністерства охорони здоров'я інформацію про здійснення Програми для подальшого розгляду у Кабінеті Міністрів, що має відбутися до 20 лютого.

Національна програма**«РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ НА ПЕРІОД ДО 2015 РОКУ»****Загальні характеристики**

Конституція України проголошує, що людина, її життя і здоров'я є найвищими цінностями держави. Майбутнє держави залежить від політичних, економічних і соціальних чинників, які справляють вплив на демографічну ситуацію в країні і стан здоров'я населення. Аналіз кількісної і якісної характеристик населення за останні 10–15 років свідчить про те, що Україна переживає серйозну демографічну кризу, для якої є характерним депопуляція, старіння населення і скорочення тривалості життя. Це справляє негативний вплив на розвиток виробничих сил, добробут населення, а також економічну ситуацію в країні в цілому.

Особливої турботи потребує ситуація з репродуктивним здоров'ям, яке є невід'ємною частиною загального здоров'я нації в цілому, разом з тим є стратегічно важливим для сталого розвитку суспільства. Активності, що нещодавно здійснювались як частина Національної програми з репродуктивного здоров'я на 2001–2005 роки, мали своїми наслідками позитивні зміни у сфері репродуктивного здоров'я — зокрема, була заснована служба з планування сім'ї, зросла свідомість населення в питаннях здорового способу життя, надійної статевої безпеки, відповідального батьківства і контрацепції; крім того підвищився рівень розповсюдження контрацептивів.

Зменшився рівень абортів, материнської і дитячої смертності. Проте, ці показники все ще лишаються високими, перевищуючи подібні середні показники в Європі. Все ще існують проблеми, пов'язані із спонтанними абортами, передчасними пологами і безпліддям, які, внаслідок небезпечної статевої поведінки, призводять до значних репродуктивних втрат.

Дана ситуація потребує здійснення подальших активностей з метою покращення репродуктивного здоров'я українського населення.

Аналіз причин незадовільної поведінки у сфері РЗ:

- соціальний стан населення, брак уваги до ролі сім'ї, втрата сімейних традицій в Україні разом з неспроможністю зберегти цивілізовані стосунки в сім'ї, яка вважається основним елементом суспільства;
- недостатній соціальний і юридичний захист у сфері праці, брак адекватного правозастосування юридичних норм захисту праці і вжиття заходів безпеки праці становить одну з причин незадовільного стану здоров'я жінок. Жінки зазнають дискримінації, особливо ті, хто працює у приватних компаніях; вони змушені займати низькооплачувані робочі місця або шукати роботи в тіньовій економіці чи за кордоном;
- недосконала нормативно-правова база;
- смертність серед чоловіків працездатного віку перевищує смертність серед жінок у 3.6 разів. Непоправні втрати серед чоловічого населення репродуктивного віку впливають на гендерний коефіцієнт суспільства, в той же час призводячи до великої кількості самотніх жінок, неповних сімей і сиріт;
- високий рівень материнської і дитячої смертності пов'язаний з поганим забезпеченням населення інформацією щодо здорового способу життя, відповідальної статевої поведінки, планування сім'ї, сучасних стандартів профілактики, діагностики і лікування захворювань хвороб репродуктивного тракту, разом з поганим забезпеченням медичних закладів технічним обладнанням і низьким рівнем підготовки фахівців призводять до зменшення якісного медичного обслуговування;
- незадовільний стан здоров'я вагітних спричиняє численні випадки ускладнених пологів, що також сприяє високому рівню смертності та інвалідності серед дітей віком молодших 14 років;
- високий рівень штучного переривання вагітності (19,1 на 1000 жінок репродуктивного віку) також впливає на фертильність, разом з відповідною кількістю вагітностей і пологів. Крім цього, штучне переривання вагітності і її наслідки вбивають кожну десяту жінку;
- порнографія, реклама сексуального насильства, масове поширення шкідливих звичок (тютюнопаління, алкоголю і наркотиків) також негативно впливають на репродуктивну поведінку підлітків;

Глава 1. РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я: РОЛЬ МЕДИЧНИХ МЕНЕДЖЕРІВ 23

- високий рівень безпліддя серед українських сімей також може вважатися причиною безпосередніх репродуктивних втрат;
- поширення ракової патології в органах репродуктивного тракту вважається однією з головних причин смерті, що призводить до великої кількості втрат серед молодих жінок, які навіть не використовують свою репродуктивну функцію;
- недостатній рівень матеріально-технічного забезпечення медичних закладів, що надають послуги з РЗ;
- одними з головних чинників розладів репродуктивного здоров'я є ЗПСШ, які спричиняють безпліддя, викидні, онкопатологію і внутрішньоматкове інфікування плода, що тягнуть за собою можливі негативні наслідки і навіть вади у його майбутньому розвитку. Прямі репродуктивні втрати внаслідок викиднів виливаються у втрату 36–40 тис. ненароджених дітей щорічно. ВІЛ-інфіковані жінки є ще однією важливою причиною такої ситуації, тому що, у свою чергу, це призводить до зростання ВІЛ-інфікованих дітей.

Головна мета та основні завдання Програми

Покращити репродуктивне здоров'я українського населення як головного компонента здоров'я взагалі, справити вплив на демографічну ситуацію, забезпечити соціально-економічний потенціал країни.

Основні завдання Програми:

- забезпечити умови для безпечного материнства;
- формувати РЗ у дітей і молоді;
- покращувати систему ПС;
- зберегти РЗ населення;
- забезпечити ефективне керівництво для виконання Програми;
- для забезпечення більш ефективної роботи з метою розв'язання проблем.

РЗ визначити основні цільові групи:

- діти віком до 14 років;
- підлітки віком від 15 до 17 років;
- молодь віком від 18 до 20 років;
- молоді сім'ї віком до 35 років;
- вагітні;
- жінки і чоловіки репродуктивного віку.

Пріоритетними галузями здійснення Програми є:**у соціально-економічній сфері:**

- покращити регулятивну базу системи репродуктивного здоров'я сім'ї;
- поширювати сімейні цінності, гарантувати медико-соціальну підтримку молодим сім'ям;
- захищати здоров'я соціально незахищених груп населення;

у галузі освіти:

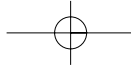
- розробляти і здійснювати багатосекторні стратегії, націлені на поширення, формування і заохочення до здорового способу життя, відповідального батьківства і безпечного материнства;
- інформувати населення щодо питань, пов'язаних з відповідальним ставленням до власного здоров'я;
- здійснювати такі інформаційно-освітні і комунікативні активності з питань здоров'я, які сприяють поширенню здорового способу життя, планування сім'ї, зміцнення репродуктивного здоров'я, захист материнства і профілактику ракових захворювань;
- розробляти стратегію, спрямовану на скорочення тієї шкоди, якої інформаційні технології завдають способу життя дітей і підлітків;

у сфері медицини:

- зміцнювати профілактичний аспект репродуктивної медицини для кожної цільової групи;
- утілювати стратегію, призначену для надання населенню лікарями загальної практики та сімейної медицини послуг із репродуктивного здоров'я;
- забезпечити високу якість медичних послуг із репродуктивного здоров'я і планування сім'ї згідно з відповідними протоколами;
- забезпечити доступ до послуг з репродуктивного здоров'я для чоловіків і жінок;
- покращити доступ до медичних послуг для підлітків і сільського населення;
- продовжувати розробляти і втілювати технології доказової медицини у сфері репродуктивного здоров'я;
- покращувати матеріально-технічне забезпечення медичних закладів, які надають послуги у сфері репродуктивного здоров'я;
- покращити та оптимізувати систему планування сім'ї в Україні;
- розробити систему контрацептивної безпеки;
- розробити і втілити систему навчання сімейних лікарів і лікарів загальної практики у сфері репродуктивного здоров'я і планування сім'ї;
- покращити навчальні плани для вищих навчальних закладів і аспірантур через включення до них питань репродуктивного здоров'я і планування сім'ї;
- підвищити рівень професійної підготовки медичних працівників;
- покращити систему управління медичними закладами;

у науковій сфері здійснювати дослідження, переслідуючи такі цілі:

- виявляти чинники і механізми, що сприяють збереженню і покращенню репродуктивного здоров'я;
- здійснити ситуаційний аналіз туберкульозу у сфері репродуктивного здоров'я;



у сфері співробітництва і координації заходів Програми:

- здійснювати моніторинг і оцінювання виконання активностей Програми.

Очікувані результати

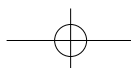
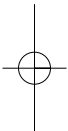
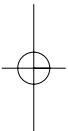
Здійснення Програми дозволить зменшити коефіцієнти таких проблем:

- материнської смертності на 20%;
- захворюваність на анемію серед вагітних на 45%;
- дитячу смертність на 20%;
- гемолітичні розлади новонароджених на 20%;
- рівень абортів серед підлітків на 20%;
- запальні захворювання репродуктивного тракту серед підлітків віком від 15 до 17 років на 20%;
- штучне переривання вагітності серед підлітків віком від 15 до 17 років на 20%;
- штучне переривання вагітності серед дорослих жінок на 20%;
- ЗПСШ на 30%;
- захворюваність на гонорею серед дорослих чоловіків на 10%;
- рак шийки матки на 20%;
- рак грудної залози на 10%;
- дитячу смертність, спричинену розладами респіраторного тракту на 20%;
- підвищити кількість немовлят, які вигодовуються грудним молоком до 6-місячного віку, на 60%;
- забезпечити допологовий догляд для 98 % вагітних;
- запровадити «Клініки, дружні до молоді» у 90% поліклінік і педіатричних медичних закладів;
- підвищити рівень застосування контрацептивів порівняно з незапланованими вагітностями на 20%.

Фінансування Програми

Фінансування Програми і її відповідних активностей планується здійснювати з бюджетів Міністерства охорони здоров'я та інших виконавчих структур, які мають відношення до здійснення Програми, також за рахунок бюджетів Автономної Республіки Крим, різних областей України, міст Києва і Севастополя та інших джерел.

Обсяг фінансування Програми з Державного бюджету становить 455165,7 тис. гривень, з місцевих бюджетів — 295135,2 тис. гривень, з інших джерел — 10709,6 тис. гривень.



ПОКАЗНИКИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я

Не зважаючи на те, що сексуальне і репродуктивне здоров'я може справляти враження такого феномену, який важко піддається вимірюванню, внаслідок того, що його діяльності притаманний особистий характер і вона сягає широкого кола людей, разом з тим, міжнародний консенсус, досягнутий з приводу ряду показників сексуального і репродуктивного здоров'я, дозволяє здійснювати моніторинг і оцінювання таких його показників як статус репродуктивного здоров'я, надання відповідних послуг, наявність необхідних ресурсів, а також тенденції, що панують у цій галузі протягом певного періоду часу. Ці показники, на доповнення до інших, що використовуються МОЗ України, включені до НПРЗН, дозволяючи менеджерам, впливовим політикам та іншим партнерам створювати ґрунтовну картину, яка відображає ситуацію з репродуктивним здоров'ям, що склалася в країні, і яка дозволяє здійснювати моніторинг досягнутих успіхів. У міру того, як медичні менеджери в Україні продовжують розробляти і втілювати на практиці програми з планування сім'ї і репродуктивного здоров'я, дані показники можуть виявитися корисними у справі визначення медичних потреб населення і системи охорони здоров'я разом із здійсненням моніторингу зворотного зв'язку. Також важливо відзначити, що самі по собі покращені показники ще не свідчать про успішність проекту. Зміна показників має супроводжуватися реальними змінами у системі охорони здоров'я.

ПОКАЗНИКИ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї

- **Коефіцієнт використання засобів контрацепції (КВЗК)** може бути визначеним як частка жінок репродуктивного віку (від 16 до 49 років), які особисто або чії партнери користуються будь-яким методом контрацепції у певний момент часу. Цей показник розраховується так:

$$\text{КВЗК} = \frac{\text{Кількість жінок репродуктивного віку, які ризикують завагітніти і які або чії партнери використовують той чи інший метод контрацепції у певний момент часу}}{\text{Кількість жінок репродуктивного віку, які у цей час ризикують завагітніти}}$$

Контрацептивні методи включають усі традиційні і сучасні методи контрацепції. **Сучасні методи контрацепції** охоплюють жіночу і чоловічу стерилізацію, ВМС, методи гормональної контрацепції (таблетки, піхвові кільця, гормональні

пластирі, ін'єкції, імпланти), чоловічі у жіночі презервативи, інші бар'єрні методи у сперміциди. Традиційні методи контрацепції включають календарний метод, переривання статевого акту, утримання від статевого життя у метод лактаційної аменореї. Під жінками, які ризикують завагітніти, маються на увазі жінки, які сексуально активні, але не безплідні або вагітні.

Даний показник використовується з метою виміру використання засобів контрацепції населенням. Порівняно з кількістю жінок, які хотіли б використовувати методи контрацепції (про що свідчать або дані опитувань, або рівень абортів, або рівень народжуваності — залежно від країни і наявних даних), виходячи з цього показника можна судити наскільки успішно система охорони здоров'я задовольняє контрацептивні потреби населення²¹.

У міжнародному масштабі КВЗК найчастіше розраховується за допомогою даних опитування, зокрема «Опитування з питань демографії і здоров'я», так щоб до нього потрапляли або ті жінки, які зазвичай використовують природні методи контрацепції або ті, хто отримує контрацептивні засоби безпосередньо в аптеці. Проте, НПРЗН використовує з метою розрахування КВЗК дані про здоров'я, що надходять з медичних закладів. Таким чином, розрахунки вищезазначеного показника проводяться так:

$$\text{КВЗК}_{\text{нпрзн}} = \frac{\text{Кількість зареєстрованих користувачів ВМС і гормональних контрацептивів}}{\text{Кількість жінок репродуктивного віку}}$$

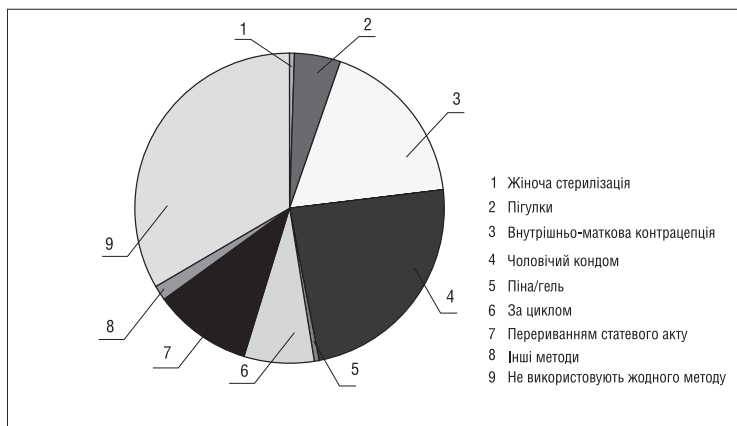
Одна з цілей, яку переслідує НПРЗН, полягає в тому, щоб до 2015 р. підвищити КВЗК на 20%²².

• **Комбінація контрацептивних методів** — це пропорційна класифікація тих методів контрацепції, що застосовують жінки — користувачі контрацептивів, на фоні населення в цілому. Зазвичай даний показник представляється круговою діаграмою, а самі методи контрацепції інколи розподіляються на традиційні і сучасні (мал. 2). Що стосується пропорційної частки кожного з методів, то її розраховують і представляють так:

$$\text{Відсоток жінок, що використовують контрацептивний метод X} = \frac{\text{Кількість жінок, які використовують контрацептивний метод}}{\text{Загальна кількість жінок – користувачів контрацептивів}} \times (100)$$

²¹ Всесвітня Організація Охорони Здоров'я. Керівництво з показників репродуктивного здоров'я: як їх здобувати, інтерпретувати та аналізувати з метою глобального моніторингу. – Женева: Всесвітня Організація Охорони Здоров'я, 2006, 13.

²² Міністерство охорони здоров'я України. "Показники, цілі та визначення Національної Програми". Державна Програма "Репродуктивне здоров'я нації до 2015 року.- Київ, 2006, 2.



Мал. 2. Комбінація контрацептивних методів в Україні, 2007²³

Комбінація контрацептивних методів часто використовується за домовленістю для виміру їхньої наявності або можливості вибору. Якщо комбінація контрацептивних методів показує перевагу конкретного методу, у менеджерів може виникнути бажання проаналізувати причину цієї переваги.

- НПРЗН ставить собі за мету знизити до 2015 р. **рівень підліткової (15–17 років) вагітності** на 20%. Показник підліткової вагітності розраховується таким чином:

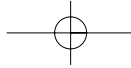
$$\text{Коефіцієнт підліткової вагітності НПРЗН} = \frac{\text{Кількість пологів і абортів серед 15–17-річних жінок}}{1000 \text{ жінок віком від 15 до 17 років}}$$

Вагітність погано піддається вимірюванню через неоднозначність визначень, що беруться за основу: або викидень ембріона, або зроблений аборт, або плід, який було виношено повний термін вагітності. У міжнародній практиці статус підліткової вагітності оцінюється за допомогою комбінації коефіцієнту фертильності підлітків (КФП) (КФП для жінок від 15-річного до 19-річного віку) і коефіцієнта абортів серед підлітків (кількість абортів серед жінок від 15-річного до 19-річного віку на фоні всього населення)²⁴. З метою відповідності цілям і завданням НПРЗН здебільшого бере за основу дані, що надходять з медичних закладів, вагітність опосередковано визначається через народження дитини або медичний аборт²⁵.

²³ Український центр соціальних реформ. Опитування в Україні з питань демографії та здоров'я: оперативна доповідь. – Кальвертон, Меріленд: КРИТЕРІЇ ОЦІНКИ ОПИТУВАННЯ З ПИТАНЬ ДЕМОГРАФІЇ ТА ЗДОРОВ'Я, червень 2008, 9.

²⁴ Комітет ООН з економічних та соціальних питань для Азіатського та Тихоокеанського регіонів. Довідник з показників репродуктивного здоров'я. – Нью-Йорк: Організація Об'єднаних Націй, 2003, 33.

²⁵ Міністерство охорони здоров'я України, 2.



ПОКАЗНИКИ ФЕРТИЛЬНОСТІ

- **Загальний показник фертильності (ЗПФ)** вимірює кількість пологів, що могла б мати жінка до кінця свого репродуктивного життя, за умови якщо вона підпадала б під дію специфічного вікового коефіцієнта народжуваності (СВКН) від 15 до 49 років. Цей показник часто розглядається як приблизна кількість дітей, які приходяться на одну жінку з населення. Формула розрахунку СВКН для будь-якої вікової категорії наведена нижче і зазвичай розраховується на 1000 жінок:

$$\text{СВКН (жінки віку X)} = \frac{\text{Кількість народжень на рік для жінок віку X}}{\text{Кількість жінок віку X даного року}}$$

Заради спрощення процедури СВКН часто розраховується для п'ятирічних вікових груп (15–19, 20–24 і т.д. до 45–49-річного віку). Взявши на озброєння саме таку процедуру і вирішивши, що СВКН розраховується на 1000 жінок, ми отримаємо форму розрахунку ЗПФ:

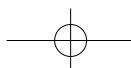
$$\text{ЗПФ (на 1 жінку)} = \frac{\text{Сума СВКН} \times 5}{1000}$$

ЗКФ часто використовується як загальний демографічний показник, що асоціюється з іншими показниками: коефіцієнтом застосування контрацептивних засобів і коефіцієнтом материнської смертності. Як уже зазначалося, у країнах із високими рівнями фертильності зниження ЗКФ може співвідноситися з підвищенням коефіцієнта застосування контрацептивних засобів, проте така ситуація неактуальна для України або для інших країн, для яких характерний низький ЗКФ²⁶.

- Згідно з даними ВООЗ, поширення безпліддя серед жінок визначається як відсоток жінок репродуктивного віку, які мають ризик завагітніти і які доповідають про безуспішні спроби завагітніти протягом 2-х років або більше. Поширення безпліддя серед жінок розраховується так:

$$\text{Поширення безпліддя серед жінок} = \frac{\text{Кількість жінок репродуктивного віку, які мають ризик завагітніти і які доповідають про спроби завагітніти протягом 2-х років або більше}}{\text{Загальна кількість жінок репродуктивного віку, які мають ризик завагітніти}}$$

²⁶ Всесвітня організація охорони здоров'я, 9.



Медичні менеджери можуть використати даний показник як загальне свідчення про ситуацію з сексуальним здоров'ям у країні, тому що інколи безпліддя спричиняють інфекції статевого тракту або ускладнення внаслідок ЗПСШ²⁷.

ПОКАЗНИКИ МАТЕРИНСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

- **Коефіцієнт материнської смертності (КМС)** — це кількість материнських смертей на 100 000 живонароджених дітей. Важливо підкреслити, що показник, який використовується для виміру материнської смертності, є саме коефіцієнтом, а не рівнем. Це зумовлено тим фактом, що знаменник у даному випадку становить не загальну кількість жіночих смертей, а саме загальну кількість живонароджених дітей. КМС розраховується за формулою:

$$\text{КМС} = \frac{\text{Усі материнські смерті, що відбулися у певний період} \times 100\,000}{\text{Загальна кількість живонароджених дітей, які народилися у цей період}}$$

Материнська смерть — це смерть жінки під час вагітності або протягом 42 днів після переривання вагітності за будь-якої причини, що має відношення або що погіршилася внаслідок вагітності або її лікування²⁸.

- **За ВООЗ, живе народження** — «повне виштовхування або витягання з організму матері такого продукту зачаття, який після подібного відділення, незалежно від тривалості вагітності, дихає або показує будь-які інші ознаки життя, такі як биття серця, пульсацію пуповини або очевидні рухи вольових м'язів, незалежно від того, чи була перерізнана пуповина або відділена плацента; кожний продукт подібного народження вважається живонародженим»²⁹.

Таке визначення відрізняється від визначення живого народження, прийнятого у Радянському Союзі і за яким немовля вважалось живонародженим лише у тому випадку, якщо воно дихало. У колишньому Радянському Союзі термін «живий ембріон» застосовувався у відношенні до немовлят, які народилися терміном раніше ніж 28 тижнів вагітності, чия вага була меншою, ніж 1000 г, а зріст — менше ніж 35 см. Ці немовлята вважалися живими лише у випадку, коли вони виживали протягом 7 днів³⁰. Унаслідок цієї розбіжності у визначеннях

²⁷ Всесвітня Організація Охорони Здоров'я, 49.

²⁸ Там само, 16.

²⁹ Там само.

³⁰ Фонд ООН допомоги дітям. Соціальний монітор, 2003. Фонд ООН допомоги дітям, 2003, 37.

Глава 1. РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я: РОЛЬ МЕДИЧНИХ МЕНЕДЖЕРІВ 31

у багатьох країнах — колишніх республіках СРСР, немовляті, яке не дихало під час народження, не надавалася неонатальна невідкладна допомога, навіть у випадку, якщо така дитина виявляла будь-яку ознаку життя, відповідаючи, таким чином, визначенню живого народження ВООЗ і міжнародної громади.

- **Охоплення антенатальним доглядом** вимірює кількість жінок, яких під час вагітності обслуговував професійний медичний працівник принаймні 1 раз, за причин, що мали відношення до їхньої вагітності. Він розраховується так:

$$\text{Охоплення антенатальним доглядом} = \frac{\text{Кількість жінок, яких обслуговував професійний медпрацівник принаймні 1 раз за причин, що мали відношення до їхньої вагітності}}{\text{Загальна кількість живих народжень протягом того самого періоду}}$$

Охоплення антенатальним доглядом указує на пропорцію жінок, які використовують антенатальні послуги. Воно розглядається як загальноприйнятій критерій прогресу, що призводить до зниження материнської смертності внаслідок того, що деякі епідеміологічні дослідження визнають існування зв'язку між антенатальним доглядом і покращенням стану здоров'я матерів після пологів³¹. Цей показник — ефективний засіб оцінювання прогресу, досягнутого тими програмами, що ставлять собі за мету покращення материнського здоров'я. НПРЗН є однією з таких програм: вона повинна до 2015 р. забезпечити антенатальним доглядом 98% вагітних³².

- Іншим показником, що свідчить про якість догляду за здоров'ям матерів, є **рівень антенатальної смертності (РАС)**, завдяки якому вимірюється кількість антенатальних смертей на 1000 живих народжень. Він розраховується за формулою:

$$\text{РАС} = \frac{\text{Кількість смертей} \times 1000}{\text{Загальна кількість народжень}}$$

Антенатальні смерті включають усі випадки смерті ембріона або немовляти, починаючи з 22 тижнів вагітності і кінця 7 повних днів після народження. Цей показник відноситься не стільки до виміру здоров'я немовляти, скільки, здебільшого, до здоров'я матері, тому що він вимірює наслідки вагітності залежно від стану немовляти і тому що ембріональна або неонатальна смертність вимірюється не стільки наданням післяпологових послуг, скільки асоціюється з доглядом за ембріоном, який здійснюється через догляд за матір'ю³³.

³¹ Всесвітня організація охорони здоров'я, 21.

³² Міністерство охорони здоров'я України, 1.

³³ Всесвітня організація охорони здоров'я, 32.

- НПРЗН має завдання скоротити **коефіцієнт смертності новонароджених** у цілому на 20%. Цей показник є прив'язаним до охорони здоров'я як матері, так і дитини³⁴. Смертність визначається як кількість смертей немовлят віком до 1 року на 1000 живонароджених дітей в даному році³⁵.

ПОКАЗНИКИ ІПСШ

- В Україні поняття **«поширення сифілісу серед населення»** використовується як загальноприйнятий вимір з метою оцінювання поширення ІПСШ серед населення віком старше 18 років. У той час, як цей показник є надійною, міжнародною визаною умовною величиною, її використання може бути обмеженим у тих областях, де захворюваність на сифіліс низька³⁶. Коефіцієнт поширення сифілісу розраховується так:

$$\text{Коефіцієнт поширення сифілісу}_{\text{НПРЗН}} = \frac{\text{Кількість виявлених випадків сифілісу серед чоловіків і жінок віком старше 18 років}}{100\,000 \text{ осіб віком старше 18 років}^{37}}$$

У міжнародній практиці дані для цього показника збираються на основі даних медичних закладів. Вони включають кількість вагітних, чий аналіз на сифіліс виявився позитивним, тому що для більшості країн перевірка вагітних на сифіліс є частиною їхнього антенатального медичного догляду³⁸. Проте, відповідні дані реєстрації і аналізу означають, що вони здобуваються як для чоловічої, так і для жіночої статі, а, отже, цей показник розраховується з використанням даної інформації, як це зазначено вище. НПРЗН ставить собі за мету до 2015 р. досягти зниження поширення ІПСШ як серед чоловіків, так і серед жінок на 30%³⁹.

- Термін **«інфікованість вагітних ВІЛ-інфекцією»** зазвичай використовується для вимірювання поширення ВІЛ-інфекції серед усього населення. Цей показник визначається як відсоток жінок віком від 15 до 24 років, чия реакція на ВІЛ виявилася позитивною під час чергового огляду у клініках антенатальної допомоги. Розрахунок цієї величини здійснюється таким чином:

³⁴ Міністерство охорони здоров'я України, 1.

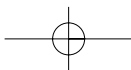
³⁵ Хаупт Артур і Томас Т. Кане. Довідник з питань населення: Міжнародне видання. – Вашингтон, округ Колумбія: Корпорація "Бюро довідок з питань населення", 1980, 39.

³⁶ Всесвітня організація охорони здоров'я, 39.

³⁷ Міністерство охорони одоров'я, 3.

³⁸ Всесвітня організація охорони здоров'я, 39.

³⁹ Міністерство охорони здоров'я, 3.



$$\text{Поширення ВІЛ серед вагітних} = \frac{\text{Число ВІЛ-позитивних проб крові, взятих у жінок віком від 15 до 24 років в обраних клініках антенатальної допомоги} \times 100}{\text{Загальна кількість проб крові, взятих від жінок віком від 15 до 24 років, які здавали аналізи на ВІЛ в обраних клініках антенатальної допомоги}}$$

Цей показник використовується як умовний з метою виміру захворюваності на ВІЛ-інфікованість населення внаслідок того, що дослідження даної вікової групи (вагітні віком від 15 до 24 років) вважається таким, що представляє вікову групу жінок, які перебувають на початку своєї сексуальної активності. Це означає, що всі інфекції, притаманні даній віковій групі, можуть розглядатися як нові. Поширення ВІЛ-інфекції серед вагітних може використовуватися з метою моніторингу динаміки епідемії ВІЛ-інфекції⁴⁰. З плином часу значення цього показника для діяльності медичних менеджерів в Україні зростатиме, тому що, як очікується, епідемія буде поширюватись на все населення — явище, початок якого можна спостерігати вже зараз.

ІНШІ ПОКАЗНИКИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я

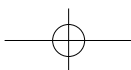
- Двома іншими важливими показниками, що згадуються у НПРЗН, є коефіцієнти захворюваності на рак грудної залози і шийки матки, яким в Україні нині приділяється значна увага. До 2015 р. НПРЗН планує знизити коефіцієнт захворюваності на рак грудної залози на 20%, а коефіцієнт захворюваності на рак шийки матки на 10%⁴¹. Дані показники визначаються як кількість нових випадків захворювання на рак на 100 000 населення. Їхні розрахунки такі:

$$\text{Коефіцієнт захворюваності на рак грудної залози}_{\text{НПРЗН}} = \frac{\text{Кількість нових випадків раку грудної залози}}{100\,000 \text{ представників населення}}$$

$$\text{Коефіцієнт захворюваності на рак шийки матки}_{\text{НПРЗН}} = \frac{\text{Кількість нових випадків раку шийки матки}}{100\,000 \text{ представників населення}}$$

⁴⁰ Всесвітня організація охорони здоров'я, 53.

⁴¹ Міністерство охорони здоров'я, 3.



ВВЕДЕННЯ ДО МЕТОДУ НАВЧАЛЬНИХ ВИПАДКІВ

Марк Мітчелл, Рейчел Крісвел

Численні зміни, що спостерігалися впродовж останнього десятиріччя, спричинили потребу в нових підходах до управління в секторі охорони здоров'я України. Перехід від централізованого планування до ініціативи на місцевому рівні і зміни в моделях захворювань із усе більшою тенденцією до переходу останніх у хронічний стан потребують нового способу мислення щодо медичної допомоги і її надання. У цьому контексті існує чітке розуміння необхідності допомоги управлінцям на всіх рівнях системи дізнатися про підходи до охорони громадського здоров'я, що мають на меті покращення стану здоров'я охоплених ними груп населення і технологій більш ефективного управління системою охорони здоров'я задля досягнення кращих результатів в умовах ресурсних обмежень.

На базі цього й розвинулася модель навчання в сфері управління, що розбудовує спроможність управлінців і системи охорони здоров'я в цілому задля кращого задоволення потреб населення, особливо в послугах із ПС/охорони РЗ.

Метою цієї навчальної програми з управління є переведення на вищий рівень роботи системи охорони здоров'я і надання їй спроможності до задоволення потреб населення у сфері здоров'я в рамках наявних ресурсів, з особливою увагою до ПС та охорони РЗ. Для досягнення цього потрібно:

- 1) щоб управлінці охорони здоров'я зрозуміли, що їхня роль полягає в покращенні здоров'я і переорієнтації системи охорони здоров'я на надання якісної профілактичної і лікувальної допомоги, яка відповідає потребам і очікуванням населення;
- 2) щоб управлінці впровадили до планування підхід громадського здоров'я. Це означає розроблення ініціатив на базі їхнього ймовірного впливу на здоров'я і благополуччя населення, а не на базі потреб закладів, що надають послуги;
- 3) щоб погляди клієнтів були відомі надавачам допомоги й управлінцям і

- поважалися останніми. Для досягнення цього клієнтам повинна надаватися точна і зрозуміла інформація, і вони повинні бути залучені до прийняття рішень щодо допомоги, яку отримуватимуть;
- 4) розуміння управлінцями цінності точної інформації, на якій базуватимуться рішення, і того, що слід застосовувати аналітичний і системний підхід до аналізу даних, при якому перевіряється вірогідність і передумови даних, а не тільки їх джерело;
 - 5) щоб і профілактика, і лікування здійснювалися на засадах доказової медицини задля забезпечення як функціональної, так і економічної ефективності. Це потребує використання точних даних і допомагає уникнути надлишкового використання лікарень, діагностичних аналізів і лікарських засобів;
 - 6) розуміння управлінцями того, що під їхнім контролем перебуває великий обсяг ресурсів, і що змін можна досягти, коли вони (управлінці) бажать взяти на себе ініціативу, а не продовжувати діяти таким самим чином, як це робилося в минулому.

Дана навчальна програма націлена на сприяння досягненню мети покращення ефективності роботи системи охорони здоров'я шляхом навчання управлінців критично-аналітичному мисленню. Це означає, що управлінці не просто прийматимуть як даність те, що вони прочитали чи почули, але оцінюватимуть джерело даних і те, наскільки ці дані збігаються з їхнім власним розумінням того, що відбувається в реальності. Критичне мислення закликає підіймати питання: чи характеризують статистичні дані те, що потрібно; чи можна довіряти джерелу цих даних; наскільки ймовірно, що ці дані точні. Воно потребує від управлінця розуміння того, яким чином можна використати нещодавні глибокі зміни в системі охорони здоров'я України для покращення якості і економічної ефективності послуг, що пропонуються, задля кращого задоволення потреб населення. Це не просто застосування певних знань до нових обставин, а розуміння управлінцями того, що їхня роль полягає в досягненні результатів, а не просто в дотриманні процедур. Таке бачення відрізняється від бачення за часів старої радянської системи, де дотримання правил і процедур було найважливішим, а результати мали другорядне значення. Більше того, за старої системи оцінювання фактичних результатів було менш важливим, ніж підготовка звітів, які показували б, що справи йдуть добре. Таким чином, сьогодні потрібна зміна в управлінському мисленні — перехід від старого стилю дотримання вказівок до нового підходу більшої самостійності. Ця зміна схематично показана на діаграмі нижче.

Зміна управлінського мислення

- робити те, що написано
- говорити, що це спрацьовує



- робити те, що потрібно
- говорити, що реально відбувається

Головна концепція сучасного управлінського мислення полягає в тому, що планування і впровадження повинні бути тісно пов'язані з моніторингом і зворотним зв'язком, щоб була можливість постійно змінювати плани, реагуючи на постійне тестування і оцінювання того, чи досягаються бажані результати. І все ж управлінці в Україні були навчені впроваджувати те, що було написано (часто в формі п'ятирічного плану), а потім звітувати, про те, що це зроблено. Недотримання будь-якої із цих догм мала неприємні наслідки для них, і з часом вони навчилися не відхилятися від цієї формули.

Наразі ми закликаємо управлінців змінити мислення, прийнявши дуже відмінну парадигму активного планування на базі потреб, що спостерігаються в ситуації, з подальшим застосуванням ефективного моніторингу з метою постійної модифікації цих планів задля досягнення певного результату. Цей тип навчання вимагає іншої моделі, ніж традиційна пасивна лекційна модель навчання. Він скоріше потребує навчального процесу з якнайбільшим залученням до участі. Одним із типів навчання з залученням до участі — і таким, що найчастіше застосовується нині в навчанні управлінців — є модель навчання, що базується на використанні навчальних випадків.

Метод навчальних випадків — це система, при якій слухачі активно ставлять себе на місце дійової особи в ситуації у сфері управління, створеній на базі реальних життєвих подій, і практикуються в прийнятті управлінських рішень на базі індивідуального аналізу, групової дискусії і наставництва інструктора. Метод навчальних випадків оптимальний для навчання менеджменту, оскільки його інтерактивна природа відповідає стилю навчання дорослих, допомагає розвивати навички комунікації і надає шанс попрактикуватися в ставленнях і принципах, необхідних для якісного управління.

НАВІЩО ВИКОРИСТОВУВАТИ ВИПАДОК?

Метод навчальних випадків для викладання (і навчання) був розроблений для викладання менеджменту як реакція на потребу надати слухачам, які вивчали менеджмент, можливість проводити аналіз і приймати рішення в реальних ситуаціях у сфері управління.

Основоположна теорія полягає в тому, що менеджмент, на відміну від багатьох інших типів предметів, має дуже ситуаційний характер, тобто на потрібні управлінцям навички і поведінку більш сильний вплив справляє конкретна ситуація, ніж набір правил або теорій універсального застосування. В цьому сенсі це більше нагадує управління автомобілем, ніж дотримання кулінарного рецепта. Менеджмент опановують скоріше через дію, ніж через вивчення матеріалів.

Метод навчальних випадків був започаткований наприкінці XIX ст. у Гарвардській школі права і з тих пір поширився на заклади професійної підготовки в усьому світі, включно з медичними школами, школами бізнесу, менедж-

менту і громадського здоров'я. Крістофер Коламбус Ленгделл, професор права у Гарварді і засновник методу навчальних випадків (Case Method), вважав, що практика права базується на кількох основних теоріях і принципах, і що найкращим способом опанування цими принципами є індукція до них за допомогою первинних матеріалів-джерел — у цій ситуації, випадків із юридичної практики⁴³. Практики індукції і активного навчання можуть застосовуватися до широкого спектра галузей, і особливо до таких, де успіх залежить від застосування стилю мислення в комбінації з певними навичками і знаннями. Випадки надають можливість практикуватися, обговорювати і оцінювати ці стилі мислення в безпечних умовах навчальної кімнати. Багато порівнюють навчання менеджменту методом навчальних випадків до навчання плаванню — ніхто не стрибне до глибокої частини басейну, тільки прочитавши книжки про плавання. Ці навички потребують активної практики, і тому плавці тренуються у плаванні. Оскільки студенти, які вивчають менеджмент, не мають можливості реально практикуватися в своїй дисципліні шляхом управління компанією, метод навчальних випадків надає практичні і ефективні симуляційні вправи⁴⁴.

Таким чином, класичний випадок у стилі Гарвардської школи бізнесу ставить читача на місце управлінця — центральної дійової фігури випадку, і закликає провести аналіз, необхідний для прийняття рішень чи здійснення дій, на які або прямо вказує, або опосередковано натякає представлений матеріал. У центрі випадку цього типу — **управлінець**, і від учасників заняття очікується, що вони візьмуть на себе ролі ключових гравців випадку, і визначать і захищатимуть дії, до яких вони вдалися б з урахуванням представлених обставин.

Проте, оскільки метод навчальних випадків розвивався і застосовувався багатьма закладами, виникли інші варіанти використання випадків. Ще один дуже поширений варіант використання випадків — це надання слухачам можливості **опанувати і застосовувати нову навичку**, таку як, наприклад, аналіз витрат і результатів або статистичний аналіз. Для цих випадків характерні складні масиви даних, якими слід маніпулювати для розуміння ситуації, а наголос у них робиться на використанні і прикладному застосуванні певної аналітичної навички.

Третій варіант використання випадків — це **перевірка на вірогідність нової концепції чи методу аналізу**, що можуть бути незнайомі слухачам. Представлення реальних випадків, до яких застосовується концепція чи аналітичний метод, може полегшити слухачам сприйняття представлених підходів, що не піддаються інтуїтивному розумінню, і випадки можуть стати способом пробитися через їхній природний опір радикально новим концепціям чи аналітичним інструментам. Це особливо корисне, коли учасники запрошуються до обмірковування підходів чи методик аналізу, що ведуть до висновків, які не узгоджуються з їхніми «старими» думками. Наприклад, те, що державний сектор

⁴³ Garvin, David A. Making the Case: Professional Education for the World of Practice. Harvard Magazine, September-October 2008, Volume 106, No. 1. Адреса статті в Інтернеті: <<http://harvardmagazine.com/2003/09/p-making-the-case.html>>.

⁴⁴ Hammond, John S. Learning by the Case Method. Harvard Business School, Cambridge, MA: 1976, rev. 2002, 3.

приносить більше користі заможним, ніж бідним, не є інтуїтивно зрозумілим, тому випадок, який ілюструє це твердження на прикладі В'єтнаму, допомагає перевірити вірогідність методу аналізу.

ЩО ТАКЕ ВИПАДОК?

Оскільки використання випадків має певні цілі, як це було зазначено вище, зміст випадку повинен містити конкретні елементи, що забезпечують реалізацію цих цілей. Є кілька елементів, потрібних для практично всіх випадків, незалежно від підґрунтя чи обставин певного випадку.

Випадок повинен ставити чітке **навчальне завдання** (чого слухачі навчаться з даного випадку?). Загалом, завдання відображає один із описаних вище підходів, але воно повинне бути достатньо конкретним. Навчальне завдання може бути ілюстрацією того, яким чином нова навичка застосовується у реальній ситуації, для представлення чи впровадження нової концепції чи моделі, або ж для того, щоб перенести учасників у реальну управлінську ситуацію, в якій їм доведеться приймати рішення на базі випадкових обставин. Навчальне завдання не повинне обмежуватися просто демонстрацією того, яким чином щось здійснювалося в іншій країні.

Слухачі повинні навчитися з випадку чогось нового, і нерідко це буде, яким чином **застосовувати новий інструмент чи концепцію**, представлені на попередньому занятті. Це може бути застосування вузької навички або дуже широкої концепції, але одним із критеріїв якісного випадку є те, що він веде студентів до нового чи кращого розуміння складного питання. Зазвичай при першому ознайомленні нові концепції представляються ізольовано і спрощено, щоб студентам легше було їх зрозуміти. Проте, в реальному світі, оскільки він населений людьми, а не стимуляційними вправами з підручника, проблеми рідко зустрічаються ізольовано. Часто найскладнішою проблемою в менеджменті є розуміння, з чого почати, що вимагає системного мислення та аналізу. Це один із варіантів використання випадку, що може представити ситуацію з високим ступенем складності і дозволити слухачам системно розібратися, для яких типів підходів існує найвища ймовірність успіху.

Випадки використовуються для сприяння активному навчанню слухачів, тому випадок повинен потребувати певного типу **аналізу слухачами** з допомогою лідера у ролі, скоріше, ведучого-фасилітатора, ніж лектора. Слухачі або практикуються в навичці, або ж відкривають для себе нове розуміння сутності питань, а не просто сидять і слухають. Випадок найвищої якості кидає студентам виклик із широкого спектра рівнів навичок через неодноразовий аналіз залежно від їхнього досвіду і розуміння ними теми, що обговорюється. Для досягнення цього необхідно надати достатньо інформації для того, щоб слухачі змогли зробити потрібний аналіз, проте без перевантаження їх. З іншого боку, ключові послання випадку часто не «опиняються» прямо перед слухачами,

а, скоріше, потребують ретельного оцінювання того, яка інформація потрібна для аналізу, а яка вже є надлишковою.

Уроки, засвоєні з навчального випадку, повинні бути такими, щоб їх **можна було узагальнити** для інших ситуацій, зокрема для тих, у яких слухачі можуть опинитися в майбутньому. Саме в цьому полягає відмінність між навчальним випадком і випадком-прикладом, що просто ілюструє досвід певної країни з застосування певного підходу чи інструмента. Одним із завдань фасилітатора є допомога студентам досягнути, яким чином особливості випадку призвели до нового розуміння, що може бути використане в різних ситуаціях.

Ситуація, що описується у випадку, найчастіше **береться з реального життя**, щоб слухачі набували досвіду в роботі зі складними і нерідко неоднозначними обставинами, з якими стикаються управлінці. Випадок «управлінського» типу — не зразок для дослідження чи приклад із практики управління або уславлений взірець успішного розв'язання проблеми. Будь-яка теорія чи зовнішні приклади повинні надаватися викладачем у лекції, в супутньому стислому матеріалі або в складі допоміжних матеріалів для читання. Випадок окреслює ситуацію і ставить перед студентами проблему для розв'язання. Як і реальне життя, випадки наповнені суперечливою інформацією, неоднозначністю і складними рішеннями. Завдання, що ставить випадок перед слухачами, полягає не в тому, щоб знайти легку відповідь, але у зважуванні всіх «за» і «проти» щодо шляхів розв'язання проблеми і прийнятті рішення про належний на їхню думку спосіб дії. Задля якнайбільш правдоподібної симуляції реальності тексти випадків часто містять певну загальну інформацію щодо дійової особи, компанії та ситуації. Хоча деякі випадки можуть потребувати проведення слухачами додаткового дослідження, вони зазвичай містять усе необхідне і включають кілька фрагментів даних, які слухач у ролі дійової особи випадку може застосувати для аналізу проблеми.

І нарешті, випадок повинен бути **цікавим**. Слухачі циклів менеджменту — дорослі люди, а дорослі вчаться в інший спосіб, ніж діти чи студенти. Слухачі іноді легко відволікаються, недовго сконцентровано уважні і потребують чогось такого, що утримувало б їх від засинання. Оскільки навчання на випадках у своїй більшості здійснюється в індивідуальному режимі чи в малих групах, метод навчальних випадків зосереджує увагу і залучає учасників. А оскільки заняття, під час яких використовується метод навчальних випадків, — інтерактивні, учасники на них схильні залишатися «несплячими».

ЯКИМ ЧИНОМ ВИКОРИСТОВУЄТЬСЯ ВИПАДОК?

Навчання і викладання методом навчальних випадків складається з **чотирьох етапів**. По-перше, слухач готується по випадку поза аудиторією. Цей процес включає читання випадку, визначення ключових проблем і значущих міркувань, проведення належного якісного чи кількісного аналізу і розроблення набору рекомендацій на базі його результатів. Після здійснення такого індивідуального аналізу в багатьох навчальних закладах слухачі заохочуються до об-

говорення випадку в невеликих групах поза аудиторією, щоб кожен міг доопрацювати рекомендації і шліфувати спроможність чітко формулювати і захищати свою позицію.

Шліфування своїх аргументів і тренування навичок комунікації є конче необхідними, оскільки слухачі підтримують **дискусію на занятті**. Слухач презентує основи випадку, а потім інші запрошуються до презентації думок і «кидання викликів» один одному. Роль інструктора полягає в тому, щоб скеровувати дискусію, підіймати питання, робити порівняння з іншими ситуаціями і стимулювати учасників до роздумів. І саме під час цієї дискусії відбувається найважливіше навчання: слухачі мають можливість формулювати свої ідеї, критикувати інших і самі реагувати на критику — у такий самий спосіб, як це відбувалося б у реальній управлінській ситуації. Наприкінці дискусії інструктор **підсумовує загальні теми заняття** і запрошує слухачів також підвести підсумки дискусії⁴⁵. Зрештою, для жодного випадку не існує «правильної» відповіді. Випадки розробляються, аби навчати підходу, і якісний випадок продукує декілька рішень, які всі можна захистити при належному обсязі аналізу і компетентності.

Метод навчальних випадків не підходить для викладання будь-якої інформації. Для подання правил і формул найкращим форматом є лекція. Але він може бути дуже корисним для навчання ідей і ставлень, потрібних для того, щоб бути успішним управлінцем. У той час як універсальної формули успішного управління не існує, є загальний набір знань із менеджменту, і метод навчальних випадків дозволяє студентам практикуватися, застосовуючи ці знання в конкретних ситуаціях. Метод навчальних випадків — корисний у навчанні менеджменту, оскільки він допомагає слухачам розвинути розуміння того, які чинники впливають на певний тип прийняття рішень, дозволяє їм застосувати ці чинники на практиці у безпечному середовищі і обмінюватися ідеями задля розширення об'єму знань. Проте, найважливішим є те, що активне навчання, залучене при застосуванні методу навчальних випадків, допомагає учасникам дійсно засвоїти те, чого вони навчилися. При правильному використанні методу навчальних випадків слухачі набувають досвіду розв'язання проблем, який стане в нагоді, коли вони потраплять до професійного управлінського середовища.

ВИКЛАДАННЯ МЕТОДОМ НАВЧАЛЬНИХ ВИПАДКІВ

Для багатьох викладачів, які звикли до читання лекцій, викладання методом навчальних випадків є стимулюючою і захоплюючою зміною «ритму». На відміну від читання лекцій, при якому викладач є центром уваги і основною фігурою, яка говорить під час заняття, метод навчальних випадків — більш інтерактивний, і при цьому підтримання дискусії залежить від слухачів чи студентів. Викладач усе ще відіграє важливу роль; але більшість роботи, яку інструктор виконує, відбувається поза аудиторією або ж у форматі стислих, але цілеспря-

⁴⁵ Shapiro, Benson P. An Introduction to Cases. Harvard Business School, Cambridge, MA: 1984, rev. 1988, 1.

мованих коментарів і запитань у процесі обговорення на занятті. Інструктор не просто викладає факти, а скеровує слухачів в оволодінні мистецтвом аналізу, оцінювання і дискусії.

Навчання за допомогою випадків **складається з шести основних елементів**: відкриття, вмиле дослідження, постійна практика, контраст і порівняння, залучення і мотивування. Хоча слухачі повинні здійснювати ці елементи самостійно, їх супровід крізь ці процеси є завданням інструктора — як під час заняття, так і поза аудиторією. Викладач може підвести слухача до **відкриття**, обравши для випадку такий матеріал, що спирається на попередні знання, щоб слухач міг використовувати те, що вже знає, для навчання новому. Відкриття також відбуваються і під час заняття, коли слухач ознайомлюється з ідеями і поглядами інших, відмінними від його власних, при обговоренні.

Ефект відкриття посилюється при проведенні **дослідження** в процесі дискусії під час заняття за підтримки інших слухачів та інструктора. Викладач може провести слухача лініями логічного і гострого мислення, задавши низку питань, що спонукають мислити аналітично. Постійне застосування випадків під час заняття надає студентам можливість **практикуватися** в цьому типі мислення. Хоча слухач може небагато запам'ятати зі змісту кожного випадку, управлінський стиль мислення стає звичним після того, як він отримав достатньо можливостей потренуватися. **Контраст і порівняння** — ключові компоненти навчання через індукцію. У міру того, як слухачі ознайомлюються з усе більшою кількістю випадків, у них формується стиль мислення — за підтримки і заохочення з боку викладача.

І нарешті, як згадувалося вище, **залучення** слухача до дискусії є ключем до успішного навчання методом випадків. Хоча ця відповідальність великою мірою лежить на слухачах, викладач може відігравати роль у його **мотивуванні** до глибшого залучення, стимулюючи їх формулювати їхні очікування від заняття і практикувати активне слухання з повагою, коли говорять інші слухачі, а також заохочуючи до участі «тихих» учасників. Кожен із цих елементів потребує від студентів відданості, але викладач відіграє центральну роль у нагляді за процесом і його скеруванні. Наступні рекомендації допоможуть викладачеві методу навчальних випадків більш успішно провести слухачів крізь навчальний процес.

Якою є роль інструктора? Настільки ж важливою, як роль слухачів (підготовка до випадку і участь у обговоренні), є роль інструктора (обирання випадку і керування дискусією).

Хоча інструкторові під час обговорення випадку на занятті слід говорити якомога менше, його робота до початку дискусії є головною при застосуванні методу навчальних випадків. Інструктор повинен мати достатньо знань із теми, щоб знати, які навички потрібні і який випадок із реального життя буде найкращим для оволодіння цими навичками.

Після обрання випадку, що підходить найкраще, інструктор також готується до заняття, проводячи «мозковий штурм» щодо можливих рішень і запитань для подальшої дискусії — пам'ятаючи про те, що випадок має більше однієї відповіді.

Під час дискусії на занятті найважливіша роль, яку відіграє інструктор — це вислуховувати і активно коментувати. Хоча він «залишає відповідальність за навчання за студентом», неупередженість мислення, формулювання запитань з метою дослідження і аналітичне «розслідування» є невід'ємними компонентами процесу навчання⁴⁶. Інструктор може презентувати різні варіації сценарію розвитку випадку, аби підштовхнути слухачів до обмірковування різних аспектів проблеми.

Що найважливіше, інструктор підтримує в собі бажання навчатися від своїх слухачів; особливо під час навчання менеджменту, де слухачі самі мають професійний досвід, кожен учасник заняття може бути цінним учителем. Наприкінці інструктор не допомагає дійти консенсусу, а скоріше підводить підсумки дискусії, виділяє головні уроки і спостереження, що постають із обговорення, і заохочує слухачів застосувати випадок до їхніх власних ситуацій⁴⁷.

На початку курсу інструктор «задає тон», але це особливо важливо при викладанні курсу із застосуванням методу навчальних випадків. Оскільки цей метод ґрунтується на активному обговоренні/дискусії, потрібно, щоб кожен слухач розумів, що для курсу необхідні знання випадку, активна участь і слухання з повагою до інших. На початку курсу викладач може окреслити основні засади методу навчальних випадків і очікування від занять в аудиторії, але також важливо, щоб він сам демонстрував таку поведінку як учасник на занятті. Наприклад, інструктор повинен добре володіти фактажем випадку, щоб помітити неточності у наведенні фактів із боку слухачів і перевести дискусію між ними від простого повторення тверджень до висновків із цієї інформації.

Різні слухачі відчують різний рівень комфорту, коли йдеться про висловлення своєї думки перед усією групою, і навіть якщо слухач не висловлюється вголос під час заняття, він уважно і активно слухає. Інструктор може залучати цих слухачів і заохочувати до такого активного слухання, періодично звертаючись до них із питаннями. Таке залучення забезпечує те, що слухачі залишаються уважними і мислять, навіть коли вони не говорять уголос. Докладання таких зусиль збагачує дискусію під час заняття.

Інструктор також може скеровувати обговорення, виконуючи на початку курсу роль фасилітатора. Оскільки метод навчальних випадків передбачає навчання слухачів один від одного, слід дозволити дискусію для охоплення низки тем, може, навіть з «перескакуванням» від однієї теми до іншої. Це дозволяє слухачам висловлювати їхні ідеї одразу, а не чекати певного моменту. Також це дозволяє здійснювати ретельне дослідження за всіма темами, що включені до випадку. Якщо певну тему не було досліджено достатньо глибоко, викладач мо-

⁴⁶ Corey, E. Raymond. Case Method Teaching. Harvard Business School, Cambridge, MA: 1980, rev. 1998, 2.

⁴⁷ Hammond, John S. Learning by the Case Method. Harvard Business School, Cambridge, MA: 1976, rev. 2002, 3.

же запропонувати, щоб дискусія на невеликий час залишилася сконцентрованою на цій темі.

Найважливіша роль, що її може відіграти викладач у «диригуванні» дискусією під час заняття — це самому бути учасником, який поважає інших. Якщо інструктор розбирає кожен внесок до обговорення і пропонує тільки конструктивну критику, це заохочує решту учасників до активної участі, створює в аудиторії безпечне середовище, де слухачі відчувають, що вони можуть висловлювати свої думки без страху, що з них насміхатимуться.

До початку заняття. Вибір випадку є важливим для визначення, чого навчатимуться слухачі. Як уже згадувалося вище, метод навчальних випадків базується на принципах того, що існують загальні знання з менеджменту і що успішне застосування цих знань залежить від ситуації⁴⁸. Проте, інструктор повинен бути обізнаним із предмету достатньо добре, щоб точно знати, які навички важливі і який випадок найкращий для висвітлення цих навичок. Як пояснив один викладач, випадок — це «цілий світ в одній піщинці», тому інструктор повинен достатньо знати про реальний світ, щоб бути спроможним робити спрощення, не втрачаючи важливих елементів⁴⁹. Таким чином, вибір випадку, за яким буде даватися завдання слухачам, є важливим.

Також важливий обсяг інструктування, який викладач бажає надати, допомагаючи слухачам розбирати випадок. Включення до випадку дуже конкретних питань для дискусії зорієнтує на певний напрям мислення, в той час як надання більш широких дискусійних питань потребує від слухачів дещо більшої ініціативи у розв'язанні того, які управлінські проблеми найсильніше пов'язані з випадком. Для допомоги слухачам в аналізі випадку, для навчання їх певної навички або ж для розширення погляду на дану тему можна застосовувати додаткові матеріали та матеріали для самостійного читання.

Початок заняття. Багато викладачів, які застосовують метод навчальних випадків, повідомляють, що перші 10 хв заняття мають вирішальне значення. Протягом цього часу інструктор чи слухач повинні сформулювати випадок, розклавши його основні деталі, прив'язавши тему випадку до деяких важливих управлінських проблем або до інших випадків, і ставлячи «відкриваючі» питання. Щоб задати тон участі, інструктор може попросити слухача зробити стислу презентацію щодо проведеного аналізу чи з певного аспекту випадку, який особливо важливо обговорити — або ж відповісти на загальне питання викладача. Інструктор може прийняти рішення викликати якогось слухача вибірково без попередження, що означає, що всім слухачам треба бути адекватно підготованими до дискусії на занятті, або ж викликати певного слухача з попередженням заздалегідь — за кілька хвилин до заняття, щоб він міг продивитися свої нотатки.

⁴⁸ Roberts M., Michael J. Developing a Teaching Case (Abridged). Harvard Business School: Cambridge, MA, 2001, 1.

⁴⁹ Roberts M., 2.

З початком заняття починається час, коли закладаються засади обговорення випадку; і важливо, яким чином цей час використовується. Хоча невеликий обсяг загальної інформації до початку дискусії є потрібним, слухач, який розпочинає заняття, повинен надавати не тільки фактаж, але й аналіз, аби заохотити до полеміки. Інструктор повинен орієнтувати слухачів на таку лінію мислення, що розкриває значення кожного факту, щоб вони могли зробити висновки, які врешті призведуть до вироблення рекомендацій і плану дій. Відкриваюча презентація повинна виділити проблему для розв'язання і аспекти, аналіз яких слід провести, щоб подальша дискусія мала чітку мету.

Середина заняття. Після вступної презентації інструктор повинен закликати аудиторію до коментарів — запрошуючи до добровільної участі або ж ставлячи конкретні подальші питання. Коментарі на цій стадії можуть бути нерегулярними, але вони формують загальний перелік ідей, що будуть пророблятися в процесі дискусії. Викладач може здійснювати модерацію, запрошуючи слухачів надати роз'яснення, аналіз чи обґрунтування, або ж може брати участь у процесі, пов'язуючи коментарі одне з одним, фокусуючи увагу аудиторії і відзначаючи подібності і розбіжності. Також він може нотувати на дошці ідеї, що обговорюються, щоб кожна ідея була детально розкрита.

Приблизно на половині дискусії викладач може попросити провести подальше обговорення за певними питаннями, що, на його думку, не були належно досліджені. Це питання, що їх слухачі вже підіймали, але не проробили до кінця, або ж нові концепції. На цій стадії, замість задавання конкретних питань, інструкторові слід сконцентруватися на напрямках дискусії. Як тільки обговорення напряму повністю завершується, слухачів слід скеровувати до переходу до іншої теми, щоб заняття рухалося далі. Як уже зазначалося раніше, ставлення викладача має вирішальне значення для забезпечення того, щоб дискусія залишалася відкритою і проходила з повагою. Це можна передавати через коментарі, запитання мовою тіла.

Завершення заняття — це час, коли слухачі підводять підсумки того, чого вони навчилися, і намагаються застосувати ці концепції в більш загальному сенсі. Інструктор може попросити слухача підсумувати дискусію, або ж може сам прокоментувати обговорення і виділити певні концепції, що є більш значущими, ніж інші. Важливо, щоб таке резюме базувалося скоріше на тому, що слухачі вже казали раніше, а не впроваджувало нічого нового. Це не тільки зміцнить самостійно набуті знання слухачів, але також винагородить кожну особу за внесок, зроблений на занятті. Як альтернатива, інструктор може попросити обговорити заняття по завершенні дискусії, залишаючи за слухачами свободу засвоювати власні уроки і робити власні висновки.

Інструктор може також скористатися цим шансом, щоб узагальнити навички і концепції, засвоєні на даному конкретному випадку. Це можна зробити, запросивши слухачів застосувати ці концепції до їхнього власного управлінського досвіду, або ж процитувавши досвід інших закладів/організацій з

подібними проблемами. Щоб допомогти процесу, інструктор повинен мати при собі постійно поповнювану папку статей і нотаток про такі заклади, що потрапили в ситуації, схожі до розглянутих у випадку.

Після того, як заняття закінчилося, слухачів можна попросити залишитися на кілька хвилин, якщо дискусія особливо цікава, або слухачі потребують роз'яснення чи бажають поговорити з інструктором особисто. Також рекомендовано після заняття робити нотатки щодо того, як протікала дискусія і що могло б її вдосконалити для застосування на подальших заняттях.

Оцінка і екзамени. У навчальному курсі, що базується на випадках, слухачі оцінюються за ступенем їхньої участі в занятті і за результатами екзамену. Щоб оцінити роботу на занятті, інструктор може викликати слухачів і задавати їм питання. Можна також оцінити їхні відповіді. Активне викликання викладачем корисне для «тихих» слухачів, які можуть занадто сильно нервувати за потреби самостійно висловити свої погляди перед великою групою. Загалом, прийнятною є частота виклику слухача 3–4 рази за 60–80-хвилинний період заняття, одночасно з залишенням місця для добровільних коментарів (які теж можна оцінити). Щоб вести послідовну реєстрацію роботи слухачів на заняттях, інструкторові слід після кожного заняття робити нотатки щодо продуктивності роботи кожного слухача.

Екзамени в навчальному курсі, що базується на випадках — це випадки, що слухачі повинні прочитати, оцінити і розв'язати на папері. Якісний екзаменаційний випадок мусить спиратися на охоплені курсом знання і не повинен потребувати набуття нових навичок. Він повинен включати кілька прямо зазначених питань, але також і широкі питання, не зазначені прямо, щоб слухачі могли ідентифікувати його як тло, на якому відбувається випадок. А також мусить включати певний обсяг кількісного аналізу. При цьому випадок повинен бути стислим, щоб більшість часу слухачі витрачали на опрацювання випадку, а не на його читання. Випадок повинен також мати відносно відкритий кінець, тобто, не мати єдиної правильної відповіді. Слухачів треба оцінити в балах не тільки за їхні рекомендації і план дій, але також і за процес мислення, що привів їх до цих відповідей.

Метод навчальних випадків — цікавий і ефективний спосіб викладання менеджменту, і інструктор є невід'ємною частиною цього. Викладач може надавати слухачам можливість прийняти відповідальність за власне навчання і відкриття. Найкращим способом зробити це під час усіх фаз викладання методом навчальних випадків є навчання власним прикладом. Якщо викладач сам зацікавлений у матеріалі, активно слухає і реагує на ідеї слухачів, поважає думки інших і ставиться до занять в аудиторії як до досвіду одночасно викладання і власного навчання, слухачі будуть заохочені робити так само.

У «найкращому сценарії» випадку і викладач, і слухач виходять із заняття, навчившись чогось нового.

ОСОБЛИВОСТІ КОРИСТУВАННЯ ЗАПРОПОНОВАНИМ НАВЧАЛЬНИМ КУРСОМ

Рейчел Крісвел, Марк Мітчелл

«Разом до здоров'я» — п'ятирічний проект, що фінансується Агентством США з міжнародного розвитку (USAID). Його діяльність спрямована на поліпшення здоров'я чоловіків, жінок і сімей України шляхом зниження рівня абортів, незапланованої вагітності та ІПСШ. Мета проекту полягає в підвищенні попиту і пропозиції послуг з планування сім'ї і репродуктивного здоров'я. Існує потреба в удосконаленні системи надання послуг і її нагляду в рамках громадського сектору і приватного сектору, виходячи з запитів населення. Для зміцнення цієї системи, колектив професорів і експертів з громадського здоров'я та інформатизації охорони здоров'я НМАПО імені П.Л.Шупика, представників проекту «РдЗ» і Школи громадського здоров'я Гарвардського університету (США) співпрацювали над створенням навчального курсу, спираючись на управлінський і викладацький досвід українських фахівців. Після багатьох місяців досліджень, написання і редагування, навчальний курс почали викладати в НМАПО на пілотному тренінгу для спеціалістів з управління охороною здоров'я. Ці практичні випадки можна використовувати як інструменти, щоб показати лікарям-управлінцям, що зміни у ставленні і підході до громадського здоров'я можливі та корисні.

Існує два види знань, які слухачі можуть отримати на лекціях. Перший вид знань — навички, терміни і концепції. Ці знання здобуваються на лекціях, де інформацію можна отримати одразу. На другому рівні слухачі вчать застосовувати ці навички, терміни, концепції і знання на практиці, а саме на прикладі практичних випадків. Таким чином, слухачі можуть практикувати навички і концепції, які вони вивчили на лекціях, щоб застосувати їх в своєму професійному оточенні.

Кожен модуль цього навчального курсу складається з **трьох** частин. **Перша частина** розкриває нові терміни і концепції завдяки традиційним методам нав-

чання: лекції і матеріалу для читання за темою. **Друга частина** дозволяє слухачам застосувати навички і концепції в рамках практичного курсу на прикладі практичних випадків. Практичний випадок повинен змусити слухачів до пошуку відповіді для розв'язання тієї чи іншої проблеми в процесі навчання, щоб потім уміти використовувати ці знання в роботі. Практичні випадки не мають правильних відповідей — слухач повинен уміти користуватися знаннями, щоб самостійно дійти висновків.

Кожен практичний випадок має нотатки для викладача. **Третя частина** модуля з нотатками для викладача про те, як вести дискусію, на які пункти потрібно звернути увагу і до яких висновків повинен дійти слухач. Підкреслимо, що практичний випадок не має правильної відповіді, але нотатки для викладача повинні подати інструкторові загальну ідею того, що повинна охоплювати дискусія. Ці три компоненти модуля повинні представити комплексний підхід до навчання і викладання практичних навичок управління.

Протягом останнього десятиліття потрібно було багато змінити в сфері управління охорони здоров'я в Україні, перейти від централізованого планування до місцевих ініціатив і зміни підходів у лікуванні гострих і хронічних хвороб, де треба було нове мислення в плані самого надання цих послуг. У такому контексті стає зрозумілим, що потрібно допомогти управлінцям-лікарям на всіх рівнях системи здобути знання про підходи в сфері громадського здоров'я, що спрямовані на поліпшення здоров'я населення, засвоєння нових технік управління системою охорони здоров'я для того, щоб отримати потрібний результат, маючи обмежені ресурси.

Тому, дизайн тренінгу з менеджменту було вдосконалено, щоб допомогти спеціалістам керівної ланки системи охорони здоров'я вирішити потреби населення, особливо в сфері надання послуг із планування сім'ї і репродуктивного здоров'я. Основна мета тренінгу полягає в тому, щоб допомогти управлінцям зрозуміти те, як можна знайти рішення проблем, і розробити систему, в рамках якої управлінці з області і району можуть активно контролювати свої ресурси. Відповідь полягає в переході від того, що формально визначено інструкціями, до того, що дійсно потрібно робити, використовуючи інформацію як інструмент управління, а не як засіб звітування.

Кожен із семи модулів навчального курсу спрямований на вирішення цих потреб шляхом навчання лікарів-управлінців на основі методу практичних випадків і прикладів з української практики. Якщо треба досягнути поліпшення рівня репродуктивного здоров'я і здоров'я загалом, лікарям-управлінцям по всій країні потрібно буде змінити відношення і набір інструментів, що дадуть їм можливість бути ефективними агентами змін.

Мета програми тренінгу з менеджменту полягає в тому, щоб показати лікарям-управлінцям ситуаційні приклади у сфері менеджменту, де застосовується підхід громадського здоров'я для удосконалення системи охорони здоров'я в Україні.

Даний навчальний курс не є вичерпним, але представлені в ньому теми є важливими для зміцнення системи управління в охороні здоров'я. Теми курсу — міцний фундамент для покращення підходів громадського здоров'я і допомоги, спрямованої на пацієнта, а також модель для майбутніх навчальних курсів із менеджменту. Ці практичні випадки можуть допомогти управлінцям, які працюють у програмах із планування сім'ї і репродуктивного здоров'я, тому що багато практичних випадків сфокусовані саме в цій сфері.

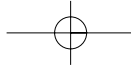
Із-за значних змін, що відбуваються в системі охорони здоров'я України, існує декілька аудиторій, яким буде корисно пройти навчання за цією програмою з управління. Лікарі керівної ланки обласного, районного і міського рівнів — це та група фахівців, яка потребує як практичних навичок і компетенції, так і переосмислення своєї ролі як управлінця. Але, оскільки можливість ефективного реформування вирішується певними законами, існує потреба поширення інформації серед інших груп щодо аспектів управління в охороні здоров'я. До цієї категорії можна віднести місцеві адміністрації, а також службовців, які співпрацюють з фахівцями системи охорони здоров'я і мають повноваження дозволити або не дозволити зміни в бюджеті та інші фінансові чи організаційні заходи, що відповідають потребам ефективного реформування медицини.

Тренінг також потрібен для лікарів-управлінців і головних лікарів, які можуть не сприймати зміни або сповільнювати чи робити процес реформування не-ефективним.

Беручи до уваги неоднорідність аудиторії, зрозуміло, що як самі теми, так і глибина їх висвітлення під час тренінгу буде відрізнятися залежно від потреб груп. Ці **сім модулів** — **десятиденний тренінг із менеджменту у сфері охорони здоров'я, але модулі і практичні випадки можна використовувати окремо для викладання тієї чи іншої теми.** Спрямованість методу практичних випадків на громадське здоров'я, інноваційні підходи і ентузіазм викладачів робить цей навчальний курс із менеджменту активним допоміжним інструментом у засвоєнні управлінцями творчого і відкритого підходу для розв'язання проблем у рамках системи охорони здоров'я загалом і зокрема, в сфері ПС і РЗ.

Модуль 1 містить уведення до громадського здоров'я і надає пояснення тому, яким чином його концепції можна використовувати як інструмент управління. Планування в Україні — це не копіювання планів минулих років і додавання невеликого відсотка на інфляцію. Ключем до планування є: а) розуміння проблем здоров'я населення; б) розв'язання проблем, і в) ефективне використання ресурсів для вирішення цих питань. До модуля увійшли такі поняття, як баланс між профілактикою і лікувальними послугами в репродуктивному здоров'ї та інших видах медичних послуг.

Модуль 2 ознайомлює управлінців із комунікативними технологіями і просвітницькими заходами щодо здоров'я населення, практиками

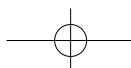
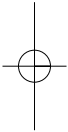
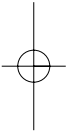


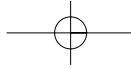
поширення здорового способу життя і тим, як профілактичні кампанії можуть поліпшити здоров'я загалом. Для багатьох лікарів України громадське здоров'я означає лікування хвороби (амбулаторно або в клініці). Вони не бачать себе в ролі тих, хто формує громадську політику в питаннях здорового способу життя, маючи значний вплив на здоров'я в цілому. Лікарі повинні усвідомити своє вирішальне значення в поширенні здоров'я, а не лікування хвороб, і повинні допомагати людям і громаді брати активну участь у поліпшенні здоров'я населення.

Модуль 3 фокусується на тому, як використовувати інформацію для прийняття рішень і ефективного моніторингу для застосування підходу громадського здоров'я в рамках децентралізованої системи, де управлінці середнього рівня разом із місцевими управлінцями будуть мати більше влади для ухвалення рішень. Для того, щоб змінити мислення управлінця, досліджуються основи моніторингу і оцінювання, а також більш фундаментального системного аналізу. Вміння використовувати неоднорідну інформацію як інструмент планування забезпечує розуміння потреби в її вчасному збиранні і адекватному оцінюванні.

Модуль 4 розглядає нову роль управлінця в рамках більш децентралізованої системи охорони здоров'я. Зміна відношення, яка потрібна управлінцям для того, щоб бути ефективними, а не просто бути адміністраторами, виконувати накази, підводити підсумки, стратегії і тактики для забезпечення повсякденних результатів в роботі. Припускається, що управлінець у сфері охорони здоров'я буде лідером, людиною, яка стратегічно планує, представником медичних потреб населення.

Модуль 5 присвячений лікуванню, що сконцентроване на пацієнті як головному елементі якісного управління в сфері охорони здоров'я, оскільки пацієнт, а не лікар вирішує питання здоров'я. Лікар може призначити ліки, але пацієнт може їх не приймати. Лікар може лікувати лише того пацієнта, який прийде до нього, проте існує багато пацієнтів, які займаються самолікуванням або обирають альтернативну медицину, що дешевша і може бути, на їх думку, так само ефективною. Тільки коли бажання пацієнта поважають лікарі і управлінці, тоді спеціалісти зможуть вплинути на поведінку пацієнтів і в результаті на їхнє здоров'я. Це дуже важливо в сфері планування сім'ї, де методи, що обирає і використовує пацієнт, а не методи, що обирає лікар, стануть більш прийнятними для жінок і чоловіків. Цей модуль описує учасникам техніки запровадження лікування, що сконцентроване на пацієнті для поліпшення якості, тим самим націлює сприйняття пацієнта на якість.





Модуль 6 розкриває потреби тих, хто працює в системі надання медичних послуг, представляючи слухачам, які вивчають менеджмент, активний і творчий підхід до управління людськими ресурсами. В рамках старої системи цей елемент не був під контролем управлінців, але нині розмір і роль робочого колективу можна змінити в багатьох випадках, якщо виникне в тому потреба. Багато управлінців не знають усіх тонкощів такої практики, наприклад, як змінити чисельність свого персоналу, щоб відповідати потребам медичних закладів і проблемам здоров'я і як можна використовувати цей персонал в інших цілях.

Модуль 7 досліджує фінансування — важливу проблему менеджерів, які працюють в українській системі охорони здоров'я. Не зважаючи на те, що нові моделі генерування доходів уже використовуються в Україні (страхова медицина, партнерство з приватними компаніями, оренда вільного місця в аптеках та інших медичних закладах, плата за використання), ці моделі малопоширені і незрозумілі. Згідно з новою контрактною моделлю, управлінці області, району разом із тими, які працюють у лікарнях, будуть мати більше гнучкості для переведення ресурсів, базуючись на ефективності і потребі, а не старій формулі і бюджетній системі категорій. Таким чином, їм треба оволодіти навичками асигнування ресурсів, балансування стаціонарних і амбулаторних закладів, планування ліжок-місць і одиниць персоналу, потрібних для населення, а також переходу від лікувальних послуг до профілактичних з наголосом на громадському здоров'ї.

