



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА
ВСЕУКРАЇНСЬКА ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ
«АСОЦІАЦІЯ СПЕЦІАЛІСТІВ З МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАТИКИ,
СТАТИСТИКИ ТА БІОМЕДИЧНОЇ ТЕХНІКИ»
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ
«КОМП'ЮТЕРНА МЕДИЦИНА»

МАТЕРІАЛИ

ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-МЕТОДИЧНОЇ
ВІДЕОКОНФЕРЕНЦІЇ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ

«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ДИСТАНЦІЙНОЇ
ОСВІТИ ТА ТЕЛЕМЕДИЦИНИ 2020»

ЗАПОРІЖЖЯ - 2020

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА
ВСЕУКРАЇНСЬКА ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «АСОЦІАЦІЯ
СПЕЦІАЛІСТІВ З МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАТИКИ, СТАТИСТИКИ ТА
БІОМЕДИЧНОЇ ТЕХНІКИ»
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ
«КОМП'ЮТЕРНА МЕДИЦИНА»

МАТЕРІАЛИ

ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-МЕТОДИЧНОЇ
ВІДЕОКОНФЕРЕНЦІЇ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ
«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ДИСТАНЦІЙНОЇ
ОСВІТИ ТА ТЕЛЕМЕДИЦИНИ 2020»

19-20 листопада 2020 року, м. Запоріжжя

Запоріжжя, 2020

УДК 61(477)

A43

Рекомендовано до друку Вченою радою Запорізького державного медичного університету Міністерства охорони здоров'я України (Протокол № 5 від 24.11.2020 р.)

Голови редакційної колегії: проф. Ю.М. Колесник (Запоріжжя)
академік НАМН України, проф. Ю.В. Вороненко (Київ)

Редакційна колегія:

доц. М. О. Авраменко (Запоріжжя)	проф. В. П. Марценюк (Польща)
акад. НАМН України, проф. В.Ю. Биков (Київ)	доц. С. А. Моргунцова (Запоріжжя)
проф. І. В. Бушуєва (Запоріжжя)	проф. О. П. Мінцер (Київ)
проф. О.В. Висоцька (Харьків)	проф. Л. С. Рибалко (Харьків)
проф. В. А. Візір (Запоріжжя)	проф. Ю. А. Прокопчук (Дніпро)
проф. Л. С. Годлевський (Одеса)	проф. О. А. Рижов (Запоріжжя)
проф. О. С. Коваленко (Київ)	проф. С. О. Суботін (Запоріжжя)
проф. В. В. Краснов (Київ)	проф. В. О. Туманський (Запоріжжя)
проф. Ю. Є. Лях (Луцьк)	чл-кор. НАПН України А.Г. Шевцов (Київ)
проф. О. Ю. Майоров (Харьків)	

A43 **Актуальні питання дистанційної освіти та телемедицини 2020 :**
матеріали Всеукраїнської науково-методичної відеоконференції з міжнародною участю (19-20 листопада 2020 року, м. Запоріжжя). – Запоріжжя, 2020. – 161 с.

ISBN 978-966-417-194-8

*Матеріали видаються мовою оригіналу.
За достовірність матеріалів відповідальність несуть автори.*

УДК 61(477)

ISBN 978-966-417-194-8

© Запорізький державний медичний університет, 2020
© Видавництво ЗДМУ

ЗМІСТ

ТЕХНОЛОГІЇ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ В МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ	3
КРОКИ ТРАНСФОРМАЦІЇ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ ДО ДИСТАНЦІЙНОЇ ФОРМИ НАВЧАННЯ У ЗДМУ Колесник Ю.М., Авраменко М.О., Моргунцова С.А., Рижов О.А.	3
РЕФОРМУВАННЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ. КАПІТАЦІЙНИЙ ПРИНЦИП ФІНАНСУВАННЯ ТА ЛОГІКА КОРРОБОРАЦІЇ Вороненко Ю.В., Мінцер О.П.	6
ПРО ДОСЛІДЖЕННЯ СТІЙКОСТІ БАГАТОКОМПАРТМЕНТНИХ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ МОДЕЛЕЙ Марценюк В.П., Сверстюк А.С., Вегера І.А.	10
МОДЕЛЬ ПЕДАГОГІЧНОЇ СИСТЕМИ ДЛЯ РОЗРОБКИ АЛГОРИТМІВ АДАПТАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО СЕРЕДОВИЩА У E-LEARNING СИСТЕМАХ Рижов О.А.	11
РОЛЬ СИМУЛЯЦІЙНОГО ЦЕНТРУ В УМОВАХ ЗМІШАНОГО НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ У МЕДИЧНОМУ ВИШІ Кисельов С.М., Назаренко О.В., Романова К.Б.	15
ДИСТАНЦІЙНЕ НАВЧАННЯ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАТИКИ В УМОВАХ СОЦІАЛЬНОГО ДИСТАНЦІЮВАННЯ Чалий О.В., Кривенко І.П., Чалий К.О.	17
ПРО ДОСВІД КЛАСТЕРИЗАЦІЇ СДО MOODLE В ТНМУ Семенець А.В., Ковалок В.Ю., Людкевич В.Я., Чернецький А.В.	20
ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ СИЛАБУСІВ НАВЧАЛЬНИХ ДИСЦИПЛІН З НАПРЯМКУ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У НАЦІОНАЛЬНОМУ ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ Погорелов С.В., Пенкін Ю.М., Нессонова М.М.	23
ВИКОРИСТАННЯ КЕЙС-МЕТОДИК У ФОРМУВАННІ КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ СТУДЕНТІВ ВИПУСКНОГО КУРСУ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ Тарнавська С.І., Шахова О.О.	25
ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ МЕТОДУ ПРОБЛЕМНО-ОРІЄНТОВАНОГО НАВЧАННЯ В ПЕДІАТРІЮ У СТУДЕНТІВ СТАРШИХ КУРСІВ Білик Г.А.	27
ТРАНСФОРМАЦІЯ ФАХОВОЇ (КОМУНІКАТИВНОЇ) ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ У США ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ COVID-19 Гутор Л.В., Содомора П.А.	28
КОГНІТИВНИЙ ПОВОРОТ СУЧАСНОЇ НАУКИ, ОСВІТИ ТА ПРАКТИКИ Прокопчук Ю.О.	30
АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМНО-ОРІЄНТОВАНОГО НАВЧАННЯ З ВИКОРИСТАННЯМ ВІРТУАЛЬНИХ ПАЦІЄНТІВ Авраменко М.О., Фурик О.О., Павленко А.С., Оніщенко Т.Є.	31
ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ КЛІНІЧНИХ СЦЕНАРІЇВ ПРОБЛЕМНО-ОРІЄНТОВАНОГО НАВЧАННЯ НА ПЛАТФОРМІ OPENLABYRINTH ПІД ЧАС	

РЕФОРМУВАННЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ. КАПІТАЦІЙНИЙ ПРИНЦИП ФІНАНСУВАННЯ ТА ЛОГІКА КОРРОБОРАЦІЇ

Вороненко Ю.В., Мінцер О.П.

Національна медична академія післядипломного навчання імені П. Л. Шупика

Ключові слова: реформування післядипломної медичної освіти, капітаційний принцип фінансування, коригування ризиків, логіка корроборації, моделі медичної освіти.

Вступ. Масштабне реформування галузі охорони здоров'я та медичної освіти обумовлює група глобальних чинників. Більшість експертів до них відносять: необхідність різкого підвищення якості надання медичної допомоги, глобальну інформатизацію, нестримне зростання обсягів інформації, з яким доводиться мати справу лікарям, масивне забруднення навколишнього середовища та багато інших. Останнім часом до зазначених факторів додалися проблеми, зумовлені пандемією коронавірусу. Частковий перехід медицини та медичної освіти у віртуальний простір ще більше поглибив проблеми трансформації та трансферу знань, логіку взаємодії закладів освіти та осіб, які навчаються, й, що найважливіше, оцінювання якості підготовки медичних кадрів.

Подібне становище поставило, як ніколи, гострі питання: які конкретно знання лікарям і провізорам та в якому обсязі передавати? Які технології використовувати для найкращого забезпечення контролю засвоєння, постійного оновлення та корекції знань? Нарешті, яким чином забезпечити оптимальне фінансування трансферу знань?

Мета дослідження: оцінити ризики зниження якості підготовки медичних працівників при трансформації медичної освіти. Визначити стратегію фінансування подальшого розвитку системи медичної освіти з мінімізацією ризиків зниження її якості.

Основна частина. З 2018 року основним принципом фінансування первинної медичної допомоги стало фінансування на основі **капітаційної ставки** — єдиного тарифу за медико-санітарне обслуговування однієї людини, яка уклала із закладом охорони здоров'я відповідний договір.

Передбачалося, що капітаційна ставка буде єдиною для всієї України, але буде коригуватися за допомогою коефіцієнтів для врахування ризиків, обумовлених статевовіковою структурою пацієнтів, характером місцевості, що ускладнює умови надання допомоги (гірські населені пункти) тощо. Капітаційний принцип уже давно застосовується в багатьох країнах світу. Вважається, що призначення політики капітації направлено як на досягнення цілей справедливості (має велике значення в системах охорони здоров'я, що фінансуються державою), так і на досягнення цілей ефективності (домінації на конкурентних страхових ринках). Проте, на практиці встановлення капітаційних

виплат дотепер сильно стримується слабкою доступністю даних і незадовільною аналітичною методологією. В той же час, потреби громадян у медичній допомозі значно різняться, залежно від особистих факторів, таких як вік, захворюваність, соціальні фактори. Тому великі зусилля витрачаються на процес, відомий як "коригування ризику", що прагне до об'єктивного оцінювання очікуваних відносних витрат громадянина до охорони здоров'я особи.

Якщо загальний бюджет встановлений на нереально низькому рівні (має місце в дійсності в Україні), потрібно постійне коригування ризиків, яке пов'язано з моніторингом надто великої кількості факторів (демографічні, етичні проблеми, статус зайнятості, інвалідність, регіональні особливості тощо — всього понад 40). Однак, подібний моніторинг можливий лише при досконалій інформатизації системи охорони здоров'я та професіональній статистиці. В іншому випадку це навіть теоретично неможливо. Крім того, **капітаційна модель** зменшує властиву їй проблему морального ризику в системі "плати за послугу", але збільшує стимул лікаря уникати "дорогих" пацієнтів і надавати якомога менше допомоги.

Капітаційний принцип розпочали впроваджувати й для фінансування процесів безперервного професійного розвитку (БПР) лікарів і провізорів. Для всіх закладів і факультетів післядипломної освіти (ПДО) діє доповнення до постанови КМУ від 28.03.2018 № 302, прийняте 21.08.2019 постановою КМУ № 798. Відповідно до думки авторів цього документу заміна неефективного інституційного фінансування професійного вдосконалення лікарів на фінансування БПР окремої особи за капітаційним принципом забезпечить реалістичність імплементації запропонованих у професійному вдосконаленні змін і сприятиме розвитку ринку освітніх послуг. Передбачалось також, що одночасно відкриття ринку післядипломних освітніх медичних послуг для суб'єктів господарювання різної форми власності та відмова від державної монополії на професійне вдосконалення медиків вимагатиме ретельної підготовки вимог до освітніх заходів, які є компонентами БПР та запровадження інституції, що контролюватиме якість роботи надавачів цих освітніх послуг.

У дійсності, перспективи швидкого запровадження нового механізму фінансування досить примарні, адже порядок використання коштів на БПР потребує серйозного доопрацювання. Він не містить часових орієнтирів, починаючи від строків подання відомостей та заявок і до виділення та отримання коштів капітаційного фінансування; не визначено структурні підрозділи обласних і міських державних адміністрацій, що мусять бути юридичними особами та повинні входити до реєстру розпорядників бюджетних коштів нижчого рівня. Окрім того, в Податковому кодексі відсутній термін "капітаційні виплати", тому незрозуміло чи будуть доходи, що отримуватимуть лікарі, включатися до розрахунку загального місячного та річного оподатковуваного доходу, чи будуть із них утримуватися податки. Натомість з'являються десятки організацій, що

безконтрольно пропонують лікарям освітні послуги в умовах повної відсутності механізму акредитації провайдерів освітніх послуг, методик визначення їхньої якості та можливої кількості наданих такими провайдерами балів.

Підкреслимо, що в провідних країнах світу широко використовується капітаційний принцип фінансування для державних освітніх програм (наприклад, для дітей із інвалідністю) [1]. Проте кожного разу підкреслюється, що обсяги фінансування залежать від ідентифікаційних характеристик дітей (загальний рівень інвалідності, поєднання інвалідності, частка фінансування з різних рівнів управління, показник за межами розміщення в школі, а також потенційно швидкість виходу з програми, запити на вирішення суперечок тощо) [2]. Інакше капітаційний принцип **не працює**. Виникає ефект знецінення навчальних циклів у закладах ПДО, адже з'являється можливість просто домовитися з певними провайдерами таких "послуг" про отримання сертифікату з потрібними балами навіть без відвідування заходу — є небезпека, що лікарі скористаються набагато простішим для них способом отримання необхідних 50 балів, не приїжджаючи на цикли тематичного вдосконалення. Лікарям треба буде їхати на навчання за власний кошт із надією, що їм ці гроші повернуть, коли буде впроваджено на місцях новий механізм фінансування БПР. Може виникнути ефект вакууму в закладах ПДО. Не розроблено також механізм розподілу путівок на місцях — хто їде на навчання за безкоштовними путівками, а хто — "кавітаційними" — виникають суттєві ризики корупції.

В Україні досі не створена діюча система лікарського самоврядування. В розвинених країнах саме органи самоврядування лікарів визначають, якому провайдеру послуг БПР можна довіряти, який потрібен перелік послуг і їхня цінність у балах. Органи самоврядування, навіть, можуть частково фінансувати БПР. Отже, впровадження в країні таких соціально відчутних інновацій мусить бути не тільки поступовим, але й ретельно підготовленим.

Одним із механізмів оцінювання підготовленості реформ може служити теорія корроборації. Корроборація (від англ. corroboration — "підкріплення", "підтвердження") — означає підкріплення теорій різними науковими фактами, свідченнями та експериментами. Якщо на основі висунутої теорії встановлено серію експериментів, що пройшла успішно, значення теорії вважається "підкріпленою". Однак корроборованість теорій не впливає на шанс її спростування. Іншими словами, навіть якщо теорія була підтверджена багатьма методами, то навіть один експеримент у змозі цю теорію спростувати. Наукова теорія піддається справжній перевірці тоді, коли заздалегідь визначаються умови, при яких ця сама теорія може існувати чи бути спростована. Іншими словами, корроборована теорія — це не та, що просто підтверджується багатьма фактами, а та, що підтверджується шляхом відсутності фактів, які її спростовують. Ідея підтвердження є центральною для емпіричної науки. "Корроборація", на відміну від "простого підтвердження", несе в собі визнання того, що наука передбачає

можливість перевірити домисли. Нові знання (технології, гіпотези) є орієнтовними та призначені для можливої заміни новими думками або гіпотезами, що можуть бути також легко перевірені та підтверджені.

Перший автор підходу (Popper K. R., 2002) розглядав підтвердження теорії (або гіпотези, *h*) за допомогою доказів як континуум, що коливався в ступенях від спростування до незалежності або від неактуальності до підтвердження [3]. В більшості досліджень багато разів підкреслювалось, що в принципі капітаційного фінансування є багато невизначеностей. Так, потребує підтвердження логіка "усереднення" важкості захворювань — лікар отримує заздалегідь визначені гроші за пацієнта (що призводить до явного небажання лікаря в ряді випадків ретельно спостерігати за важким пацієнтом), не сформовані та не затверджені алгоритми ведення пацієнтів, що укладаються у визначені фінансові діапазони, отже, не приймається до уваги теза, що охорона здоров'я — галузь економіки, яка, значною мірою, залежить від наукових і технологічних інновацій тощо.

Логіку капітаційного принципу фінансування охорони здоров'я та медичної освіти в нашій країні спростовують не один, а десятки фактів. Відповідно зазначений принцип має пройти модернізацію, отримати корроборацію та лише потім може бути запропонований у широку практику в державі.

Висновки. 1. Перспективи швидкого запровадження капітаційного механізму фінансування БПР лікарів і провізорів досить примарні, адже порядок використання коштів потребує серйозного доопрацювання. Він не містить часових орієнтирів, починаючи від строків подання відомостей та заявок і до виділення та отримання коштів капітаційного фінансування.

2. Впровадження в країні соціально відчутних інновацій мусить бути не тільки поступовим, але й ретельно підготовленим. Одним із механізмів оцінювання підготовленості реформ може служити логіка корроборації.

Література

1. Rice N., Smith P. (2001). — Режим доступу: <http://www.jstor.org/stable/3350582>.

2. Dhuey E., Lipscomb S. (2011). Funding Special Education by Capitation: Evidence from State Finance Reforms. *Education Finance and Policy*, 6, № 2, 168-201 с.

3. Popper K. R. (2002). *The logic of scientific discovery*. London: Routledge Classics.