УДК 616/618.2

Н.Г. ГОЙДА (Київ)

ВПЛИВ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТА ПОШИРЕНОСТІ ХВОРОБ У ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ НА ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'Я ЖІНОК УКРАЇНИ

Міністерство охорони здоров'я України

Відомо, що екстрагенітальна патологія матері, частота якої останнім часом зростає [1], значно впливає на стан плода, здоров'я новонародженого, підвищує ризик виникнення перинатальних патологічних станів [5]. Однак вирішення проблеми поліпшення здоров'я жінок та організації медичної допомоги можливе лише з позиції системного підходу, основою якого є концепція життєвого циклу, тобто турбота про здоров'я жінки протягом формування її генеративної функції та в репродуктивному періоді.

Для створення нових підходів до організації медичної допомоги жінкам з екстрагенітальною патологією, а також під час вагітності та пологів був проаналізований стан здоров'я дітей (0–14 років) і підлітків (15–17 років) на підставі їх захворюваності і поширеності хвороб, розрахованих за даними "Звіту про число захворювань, зареєстрованих у хворих, які проживають в районі обслуговування лікувального закладу"(ф.12) за 1994–1998 рр.

Результати аналізу свідчать, що рівні захворюваності і поширеності хвороб у дітей є високими (табл.1,2). Найбільшу питому вагу серед усіх захворювань мають хвороби органів дихання, нервової системи і органів чуття, шкіри і підшкірної клітковини, інфекційні хвороби, хвороби органів травлення, травми та отруєння.

Таблиця 1. **Характеристика захворюваності дітей віком від 0 до 14 років у 1995–1997 рр.**

Хвороби (стани, аномалії, нещасні випадки)	1995 р.		1996 р.		1997 р.		Середня за 3 роки		Приріст захворюваності, %
	Рівень, на 1000 дітей	Питома вага серед усіх хвороб, %	Рівень, на 1000 дітей	Питома вага серед усіх хвороб, %	Рівень, на 1000 дітей	Питома вага серед усіх хвороб, %	Рівень, на 1000 дітей	Питома вага серед усіх хвороб, %	
Всього	1037,6	100	959,9	100	1045,2	100	1014,2	100	0,7
Інфекційні та паразитарні хвороби	59,3	5,7	55,5	5,8	53,7	5,1	56,2	5,5	-9,4
Новоутворення	1,3	0,1	1,4	0,2	1,7	0,2	1,5	0,2	30,8
Ендокринні хвороби	9,6	0,9	10,4	1,1	11,4	1,1	10,5	1	18,8
Хвороби крові та кровотворних органів	13,2	1,3	14,2	1,5	15,7	1,5	14,4	1,4	18,9
Психічні розлади	5,8	0,6	6,3	0,7	6,5	0,6	6,2	0,6	12,1
Хвороби нервової системи та органів чуття	71,5	6,9	73,9	7,7	77,3	7,4	74,2	7,3	8,1
Хвороби системи кровообігу	4,9	0,5	5,2	0,5	5,9	0,6	5,3	0,5	20,4
Хвороби органів дихання	683,9	65,9	598,2	62,3	665,7	63,7	649,3	64	-2,7
Хвороби органів травлення	39,2	3,8	41,1	4,3	42,4	4,1	40,9	4,1	8,2
Хвороби сечостатевої системи	12,3	1,2	13,7	1,4	15,7	1,5	13,9	1,4	27,6
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	63,4	6,1	63,8	6,6	65,5	6,3	64,2	6,3	3,3
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	14,4	1,4	16	1,7	19,1	1,8	16,5	1,6	32,6
Уроджені аномалії	3,9	0,4	4,2	0,4	4,5	0,4	4,2	0,4	15,4
Окремі стани перинатального періоду	10,9	1	11,3	1,2	12	1,1	11,4	1,1	10,1
Симптоми, ознаки та неточно визначені стани	4,6	0,4	4,7	0,5	5,1	0,5	4,8	0,5	10,9
Нещасні випадки, травми та отруєння	39,4	3,8	40,2	4,2	43,2	4,1	40,9	4,0	9,6

© Н.Г. Гойда, 2000

Таблиця 2. **Поширеність хвороб у дітей віком від 0 до 14 років у 1995–1997 рр.**

Хвороби (стани, аномалії, нещасні випадки)	1995 р.		1996 р.		1997 р.		Середня за 3 роки		Приріст поширеності хвороб, %
	Рівень, на 1000 дітей	Питома вага серед усіх хвороб, %	Рівень, на 1000 дітей	Питома вага серед усіх хвороб, %	Рівень, на 1000 дітей	Питома вага серед усіх хвороб, %	Рівень, на 1000 дітей	Питома вага серед усіх хвороб, %	
Всього	1335,8	100	1266,4	100	1355	100	1319	100	1,4
Інфекційні та паразитарні хвороби	67,6	5,1	61,1	5	60,9	4,5	63,2	4,9	-9,9
Новоутворення	3	0,2	3,2	0,3	3,6	0,3	3,3	0,2	20
Хвороби ендокринної системи	26,8	2	2709	2,2	29	2,1	921,6	2,1	8,2
Хвороби крові та кровотворних органів	30,7	2,3	33,7	2,7	36	2,7	33,5	2,5	17,3
Психічні розлади	29,2	2,2	30,3	2,4	30,4	2,2	30	2,3	4,1
Хвороби нервової системи та органів чуття	123,4	9,2	127	10	132	9,7	127,4	9,7	6,8
Хвороби системи кровообігу	16,6	1,2	17,3	1,4	18,5	1,4	17,5	1,3	11,4
Хвороби органів дихання	734,6	55	650,2	51,3	716	52,9	700,4	53,1	-2,5
Хвороби органів травлення	95,4	7,1	98,5	7,8	99,5	7,3	97,8	7,4	4,3
Хвороби сечостатевої системи	23,6	1,8	25,3	2	27,9	2,1	25,6	1,9	18,2
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	73,1	5,5	73,8	5,8	75,1	5,5	74	5,6	2,7
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	36,1	2,7	38,6	3	42,6	3,1	39,1	3	18
Уроджені аномалії	15	1,1	15,9	1,3	16,7	1,2	15,9	1,2	11,3
Окремі стани перинатального періоду	12,9	1	12,8	1	13,5	1	13,1	1	4,7
Симптоми, ознаки та неточно визначені стани	7,4	0,6	7,6	0,6	7,9	0,6	7,6	0,6	6,8
Травми та отруєння	40,4	3	41,4	3,3	44,7	3,3	42,2	3,2	10,6

Рівень загальної захворюваності дітей віком від 0 до 14 років (див.табл.1) за період, що вивчався, практично не змінився. Перші місця в структурі захворюваності посідають хвороби органів дихання (64 % за три роки спостереження), нервової системи і органів чуття (7,3 %), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (6,3 %), інфекційні і паразитарні хвороби (5,5 %), хвороби органів травлення (4,1 %), нещасні випадки, травми і отруєння (4%). Структура захворюваності дітей за останні три роки залишається незмінною, але збільшилася частота розвитку окремих класів хвороб, наприклад, кістково-м'язової системи (на 32,6 %), новоутворень (30,8 %), хвороб сечостатевої системи (27,6 %), системи кровообігу (20,4 %), крові та кровотворних органів (18,9 %), вроджених аномалій (15,4 %). Проте в 1998р. порівняно з 1995 зменшилася захворюваність на інфекційні хвороби (на 9,4 %) та хвороби органів дихання (2,7 %). Протягом 1998 р. ситуація не змінилася.

У структурі поширеності хвороб перші два рангові місця, як і в структурі захворюваності, посідають хвороби органів дихання (53,1% за середніми даними за 3 роки), нервової системи і органів чуття (9,7%). Третє місце належить хворобам органів травлення (7,4%) (табл.2). У 1997 р. порівняно з 1995 поширеність інфекційних і паразитарних хвороб зменшилася на 9,9 %, хвороб органів дихання – на 2,5 %. Проте на 20 % збільшилася кількість новоутворень, 18,2 – хвороб сечостатевої системи, 17,3% – хвороб крові та кровотворних органів. Ці самі тенденції збереглись і в 1998 р.

Вплив негативних соціально-економічних і екологічних чинників, а також спадковості сприяли зростанню рівня поширеності хвороб у цілому і за окремими класами, особливо тих, що мають хронічний перебіг і формують рівень здоров'я жінки в підлітковому та дітородному віці. Хронічні захворювання, в свою чергу, зумовлюють значно більші материнські та перинатальні втрати під час вагітності і пологів, ніж у загальній когорті вагітних [4]. Сьогодні поширеність хвороб сприяє формуванню контингента дітей із хронічним перебігом, які стають їх супутниками протягом усього життя.

Із 1996 р. на державному рівні запроваджено звітність залежно від статі, що дало змогу проаналізувати стан здоров'я дівчаток віком від 0 до 14 років як потенційних матерів.

Дані за 1997р. щодо рівнів і структури захворюваності і поширеності хвороб серед хлопчиків і дівчаток віком 0–14 років наведені у табл. 3,4. Провідні місця в структурі захворюваності дівчаток займають хвороби органів ди-

Таблиця 3. **Захворюваність дітей віком від 0 до 14 років залежно від статі у 1997 р.**

Хвороби (стани, аномалії, нещасні випадки)	Хлопчики		Дівчатка	
	Питома вага серед усіх хвороб, %	Рівень, на 1000 дітей	Питома вага серед усіх хвороб,%	Рівень, на 1000 дітей
Всього	100	1047,6	100	1042,6
Інфекційні та паразитарні хвороби	5	52,2	5,3	55,3
Новоутворення	0,15	1,6	0,17	1,8
Ендокринні хвороби	1	11	1,1	11,7
Хвороби крові та кровотворних органів	1,5	15,7	1,5	15,7
Психічні розлади	0,77	8,0	0,46	4,8
Хвороби нервової системи та органів чуття	7,3	7,64	7,5	78,3
Хвороби системи кровообігу	0,57	5,9	0,55	5,8
Хвороби органів дихання	63,3	662,7	64,1	668,8
Хвороби органів травлення	3,8	40,1	4,3	44,7
Хвороби сечостатевої системи	1,4	14,6	1,6	16,8
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	6,1	63,7	6,4	67,3
Хвороби кістково-м`язової системи та сполучної тканини	1,9	19,7	1,8	18,4
Уроджені аномалії	0,48	5	0,39	4,1
Окремі стани перинатального періоду	1,2	12,4	1,1	11,5
Симптоми, ознаки та неточно визначені стани	0,5	5,2	0,47	4,9
Нещасні випадки, травми та отруєння	5,1	53,3	3,1	32,7

Таблиця 4. **Поширеність хвороб серед дітей віком від 0 до 14 років залежно від статі у 1997 р.**

Хвороби (аномалії, стани, нещасні випадки)	Хлопчики		Дівчатка	
	Рівень, на 1000 дітей	Питома вага серед усіх хвороб; %	Рівень, на 1000 дітей	Питома вага серед усіх хвороб, %
Всього	1344,1	100	1365,8	100
Інфекційні та паразитарні хвороби	58,9	4,4	63,1	4,6
Новоутворення	3,3	0,3	3,9	0,28
Ендокринні хвороби	27,3	2	30,8	2,2
Хвороби крові та кровотворних органів	35,6	2,7	36,6	2,7
Психічні розлади	37,6	2,8	22,8	1,7
Хвороби нервової системи та органів чуття	127,8	9,5	136	10
Хвороби системи кровообігу	17,9	1,3	19,2	1,4
Хвороби органів дихання	712,6	53	720,3	52,7
Хвороби органів травлення	90,4	6,7	109	8
Хвороби сечостатевої системи	22,6	1,7	33,5	2,4
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	72,9	5,4	77,5	5,7
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	42,5	3,2	42,7	3,1
Уроджені аномалії	17,4	1,3	15,9	1,2
Окремі стани перинатального періоду	14,1	1	12,8	0,94
Симптоми, ознаки та неточно визначені стани	8,2	0,6	7,6	0,56
Травми та отруєння	54,9	4,1	34,1	2,5

хання (64,1%), нервової системи та органів чуття (7,5%), інфекційні та паразитарні хвороби (5,3%) і захворювання органів травлення (4,3%). Щодо поширеності хвороб, то перші три рангових місця у дівчаток належать хворобам органів дихання (52,7%), нервової системи та органів чуття (10%), органів травлення (8%).

Представлений матеріал вказує на статеві відмінності в рівнях захворюваності та поширеності психічних розладів, хвороб сечостатевої системи, нещасних випадків, травм та отруєнь.При цьому слід зазначити, що кожен віковий відрізок життєвого циклу жінки характеризується певним рівнем і структурою захворюваності та поширеності хвороб, але основною рисою є збільшення "навантаження" хвороб на здоров'я з віком. Підтвердженням цьому є результати аналізу захворюваності і поширеності хвороб серед підлітків (табл.5,6).

Аналіз захворюваності і поширеності хвороб у юнаків і дівчат за 1994–1998рр. (див.табл.5) показав відмінності в цих показниках залежно від статі. Так, рівень захворюваності хвороб у дівчат за цей період зріс на 31%, а у юнаків – на 27,5 %, поширеності хвороб у дівчат– на 32,2 %, у юнаків – на 30,6 %.

У 1998 р. найбільшу питому вагу серед усіх хвороб у дівчат мали хвороби органів дихання (33,1%), нервової системи та органів чуття (17,8%), органів травлення (10,9%) і сечостатевої системи (9,2%), що становить понад 70% (див.табл.6).

Таблиця 5. **Динаміка показників здоров'я підлітків 15-17 років у 1994–1998 рр.**

Показник	Стать	Роки				
		1994	1995	1996	1997	1998
Поширеність, на 10 000 чоловік	Дівчата	9607,7	10466,7	10522,4	11706,6	12702,5
	Юнаки	10035,5	10750,2	10745,4	12057	13106,9
Захворюваність, на 10 000 чоловік	Дівчата	5850,6	6403,4	6243,7	7065,4	7664,2
	Юнаки	6137,4	6578	6295,6	7233,6	7826,3

Таблиця 6. **Динамика показників здоров'я дівчат 15–17 років у 1994–1998 рр.**

Клас хвороб	Показник	1994 р.		1998 р.		Приріст, раза
		Рівень, на 10 000 дівчат	Питома вага серед усіх хвороб, %	Рівень, на 10 000 дівчат	Питома вага серед усіх хвороб, %	
Всього	Захворюваність	9607,7	100	12702,5	100	1,3
	Поширеність	5850,6	100	7664,2	100	1,3
Хвороби нервової системи та органів чуття	Захворюваність	1642,2	17,1	2258,6	17,8	1,38
	Поширеність	526,9	9	807,9	10,5	1,53
Хвороби системи кровообігу	Захворюваність	195,7	2	246,9	1,9	1,26
	Поширеність	44,3	0,8	63,7	0,8	1,43
Хвороби органів дихання	Захворюваність	3418,9	35,6	4202	33,1	1,22
	Поширеність	2677,2	50,9	3595,5	46,9	1,34
Хвороби органів травлення	Захворюваність	1094,7	11,4	1383,5	10,9	1,26
	Поширеність	332,1	5,7	386,1	5	1,16
Хвороби сечостатевої системи	Захворюваність	679,1	7,1	1164,1	9,2	1,7
	Поширеність	372	6,3	708,2	9,2	1,9
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	Захворюваність	509,3	5,3	771,2	6,1	1,51
	Поширеність	214,4	3,7	313,7	4,1	1,46

За період з 1994 по 1998 р. відбулося зростання рівня як захворюваності, так і поширеності хвороб у цілому (в 1,3 раза) і майже за кожним класом хвороб (див. табл.6). Найбільше зростання спостерігалося за класом хвороб сечостатевої системи (відповідно в 1,7 і 1,9 раза), а також кістково-м'язової системи та сполучної тканини (в 1,51 і 1,46 раза). Підвищилися рівні захворюваності та поширеності хвороб нервової системи і органів чуття (в 1,38 і 1,53 раза), хвороб системи кровообігу (в 1,26 і 1,43 раза), органів дихання (в 1,22 і 1,34 раза відповідно).

Особливе занепокоєння викликає збільшення захворюваності і поширеності хвороб сечостатевої системи. При цьому слід підкреслити, що хоча в структурі причин захворюваності та поширеності хвороби сечостатевої системи займають не перше місце, проте ці хвороби, практично, має кожна десята дівчина, тоді як частота даного класу хвороб у юнаків в 4 рази менша. Ймовірно, суттєвий вплив на частоту розвитку цих хвороб має більш раннє формування генеративної функції, настання статевої зрілості і зумовлений цим початок статевих стосунків [4].Однак незалежно від причин, які призвели до зростання рівнів захворюваності та поширеності хвороб у дівчат-підлітків, зазначені хвороби створюють серйозну загрозу для матері та плода під час вагітності і пологів, особливо враховуючи те, що частота вказаного класу хвороб у поєднанні з вагітністю за останні 10 років (з 1989 р. по 1998 р.) збільшилася в 4 рази.

Висновки

Щорічно значна кількість дівчат, які мають ту чи іншу соматичну патологію, вступають в репродуктивний вік. Тому, враховуючи складну демографічну ситуацію в країні, різке погіршення показників здоров'я, виникла потреба в нових підходах до організації роботи підліткової медичної служби в Україні. Протягом десятків років переваги в медичному обслуговуванні надавались юнакам, що було обов'язковим компонентом їх підготовки до служби в армії. Сьогодні ж організація медичної допомоги повинна бути зорієнтована на профілактику захворювань у дівчат та надання їм необхідної медичної допомоги в разі виявлення захворювань.

Потрібна також більш чітка спадкоємність педіатричної та підліткової служб під час диспансеризації дітей і підлітків з соматичною патологією. Найефективніше це можна реалізувати при реформуванні первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. На перехідному ж етапі бажано активніше впроваджувати модель акушерсько-педіатрично-терапевтичного комплексу, що передбачає підвищення якості лікувально-профілактичної допомоги населенню, вдосконалення профілактичної роботи з жінками фертильного віку, вагітними, дітьми і підлітками на сімейній основі. Крім того, необхідно завершити формування мережі служби дитячої та підліткової гінекології.

Список літератури

1. *Здоров'я* населення України та діяльність лікувально-профілактичних заходів системи охорони здоров'я (щорічна доповідь, 1997 р.). – К.:Б.в., 1998. – 384 с.
2. *Населення* України: Демографічний щорічник.–1997.–К.: МОЗ України.–1998. –580 с.
3. *Організація* роботи акушерсько-педіатрично-терапевтичного комплексу в територіально-медичному об'єднанні: Метод. рек.–К.:Б.в., 1997. –16 с.
4. *Репродуктивне* та статеве здоров'я підлітків в Україні (ситуаційний аналіз) / Р.Богатирьова, Б.Венцковський, І.Вовк та ін. – К., 1999.–92 с.
5. *Серов В.Н., Бурдули Г.М.,Фролова О.Г. и др.* Репродуктивные потери.–М.:Триада-Х, 1997.–188 с.

ВЛИЯНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ БОЛЕЗНЕЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН

Н.Г.Гойда (Киев)

Для создания новых подходов к организации медицинской помощи женщинам с экстрагенитальной патологией, а также во время беременности и родов проанализирована заболеваемость и распространенность болезней у детей от 0 до 14 лет и подростков 15-17 лет за 1994–1998 гг.

Установлены высокие уровни заболеваемости и распространенности болезней у детей 0-14 лет, особенно психических расстройств, несчастных случаев, травм и отравлений у мальчиков и болезней мочеполовой системы у девочек и девочек-подростков 15-17 лет, что может явиться серьезной угрозой для матери и плода во время беременности и родов.

Рекомендовано активное внедрение модели акушерско-педиатрическо-терапевтического комплекса, предусматривающего лечебно-профилактическую помощь населению на семейной основе.

MORBIDITY AND PREVALENCE OF DISEASES IN CHILDREN AND ADOLESCENCE POPULATIONS IN UKRAINE: THEIR IMPACT ON HEALTH FORMATION OF REPRODUCTIVE AGE WOMEN

N.H. Hoyda (Kyiv)

Morbidity and various diseases prevalence among children aged 0-14 yrs and teenagers aged 15-17 yrs have been analysed for 1994-1998. This was done for elaboration of new approaches in organization of medical care provision to women with extragenital pathology as well as for follow-up pregnancy and carrying delivery. There were revealed high morbidity and prevalence rates of some diseases among children in age group 0-14 yrs. Mental and emotional problems as well as accidents, injuries and poisonings were relatively more frequent among boys in this age group, but diseases of urinary/sexual system have been prevailed among girls in age group 15-17 yrs. These could be seen as a threat for future pregnancy, delivery course as well as for mother's and newborn's health. As a result of this study some recommendations have been made for introduction into Ukrainian PHS a new model (so-called "obstetrical-pediatrical-internist's complex") of health care provision based on the principles of family medicine.

УДК 312.6:314.3(477)

М.Ю.ПОТАПОВА, Ю.В.БУБОН

ОЧІКУВАНА ТРИВАЛІСТЬ ЖИТТЯ ПРИ НАРОДЖЕННІ ЯК ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ

Київський міський науковий інформаційно-аналітичний центр медичної статистики

Кінцева мета розвитку будь-якого прогресивного суспільства – створення сприятливих умов для тривалого, здорового і благополучного в матеріальному відношенні життя людей. Аналіз тенденцій у зміні рівня життя населення дозволяє судити, наскільки ефективно суспільство вирішує це завдання.

Спроби створення комплексного показника, який би в достатній мірі відображав найважливіші особливості розвитку суспільства і був би критерієм його оптимальності, розпочиналися багатьма економістами. Однією з найбільш вдалих спроб можна вважати розроблений спеціалістами Програми розвитку ООН (ПРООН) індекс людського розвитку (індекс розвитку людського потенціалу). Будучи засобом визначення можливостей задоволення матеріальних і духовних потреб людей, цей показник використовується спеціалістами для спостереження за соціальним прогресом окремих країн і людства в цілому.

Індекс людського розвитку ($I_{лр}$) відображає як величину добробуту, так і якість життя населення тієї чи іншої країни, є середньою арифметичною з трьох найбільш наочних показників (індикаторів) рівня життя:

$$I_{лр} = 1/3 \cdot (\sum_{1}^{3} I_{x_i}),$$

де I_{xi} – індекс відповідного показника; I_{x1} – індекс очікуваної тривалості життя (ОТЖ) населення при народженні; I_{x2} – індекс рівня освіти населення (комбінований показник, який розраховується як індекс грамотності дорослого населення та індекс сукупної частки учнів, що отримують початкову, середню і вищу освіту); I_{x3} – індекс реального валового внутрішнього продукту (ВВП) на душу населення, який розраховується згідно з паритетом купівельної спроможності (ПКС) валют різних країн у доларах США.

Згідно з методологією ПРООН, під час розрахунку кожного із складників зведеного індексу (I_{xi}) використовують фіксовані стандарти мінімального і максимального значень, з якими порівнюють фактичні показники по тій чи іншій країні:

$$I_{xi} = \frac{\text{фактичне значення } x_i - \text{мінімальне значення } x_i}{\text{максимальне значення } x_i - \text{мінімальне значення } x_i}.$$

Для індексу очікуваної тривалості життя при народженні за максимальний рівень прийнято вік 85 років, за мінімальний – 25 років, для індексу рівня освіти населення стандарти становлять відповідно 0 і 100 %, для індексу реального ВВП на душу населення – 100 і 40 000 доларів ПКС.

Компоненти зведеного індексу є найбільш значущими характеристиками рівня і умов життя населення, що відображають основні процеси, що відбуваються в економічному і соціальному житті країни чи регіону.

Людські потреби не обмежуються тільки економічним добробутом. Здоров'я – одна з найсуттєвіших потреб людей, необхідна умова їх активної та плідної життєдіяльності. Показник очікуваної тривалості життя при народженні найкращим чином характеризує стан здоров'я нації, оскільки він залежить як від рівня економічного розвитку, так і від соціальної політики, що проводиться, якості медичного обслуговування, навколишнього середовища тощо.

Аналіз даних останньої (1998 р.) доповіді ООН про тенденції людського розвитку в 1960–1995 рр. свідчить, що за 35 років людство досягло в своєму розвитку безумовного прогресу. При цьому очікувана тривалість життя середньостатистичного жителя Землі зросла з 50 до 64 років. Найбільш неблагополучними в соціальному відношенні, як і 35 років тому, залишаються африканські держави – Малі, Нігер та ін., де тривалість життя становить усього 35–47 років.

Недаремно очікувана тривалість життя при народженні входить до складу показників, запропонованих ВООЗ для оцінки стану здоров'я населення. Так, серед наведених Європейським бюро ВООЗ (Копенгаген) та деякими іншими джерелами даних очікувана тривалість життя при народженні жінок різних регіонів світу у 1994 р. (48 регіонів) коливалася від 66,58 до 82,83 року, у 1996 (35 регіонів) – 70,33–82,9 року (табл. 1).

Як бачимо із таблиці, у 1994 р. кількість регіонів з найменшою очікуваною тривалістю життя при народженні жінок становила 16,7%, а в 1996 р. – 28,6%. Найбільша очікувана тривалість життя при народженні серед жінок в даних регіонах спостерігається у Франції, найменша – у Туркменістані та Казахстані.

© М.Ю.Потапова, Ю.В.Бубон, 2000

Таблиця 1. **Очікувана тривалість життя при народженні жінок різних регіонів світу у 1994 і 1996 рр.**

1994 р.			1996 р.		
Віковий інтервал ОТЖ, років	Кількість регіонів		Віковий інтервал ОТЖ, років	Кількість регіонів	
	абс.	%		абс.	%
<71,98	8	16,7	<74,52	10	28,6
71,98–77,38	18	37,5	74,52–78,71	13	37,1
>77,38	22	45,8	>78,71	12	34,3

Таблиця 2. **Очікувана тривалість життя при народженні чоловіків різних регіонів світу у 1994 і 1996 рр.**

1994 р.			1996 р.		
Віковий інтервал ОТЖ, років	Кількість регіонів		Віковий інтервал ОТЖ, років	Кількість регіонів	
	абс.	%		абс.	%
<64,13	13	27,1	<64,85	9	25,7
64,13–70,64	15	31,2	64,85–70,77	12	34,3
>70,64	20	41,7	>70,77	14	40

У чоловіків спостерігається наступна картина (табл. 2).

Як відомо, очікувана тривалість життя при народженні – це кількість років, яку в середньому належить прожити даному поколінню народжених за умови, що протягом усього життя цього покоління (переходячи з одного віку до другого) рівень смертності буде дорівнювати сучасному рівню смертності населення в окремих вікових групах. Отримують її шляхом обчислення таблиць смертності та очікуваної тривалості життя.

З демографічної статистики населення відомо, що для побудови таблиць смертності застосовують непрямий метод. Складені за цим методом таблиці відображають той порядок вимирання покоління народжених, який існував би, коли б протягом життя всього покоління збереглися ті самі санітарні умови життя, як і в роки, до яких прив'язане складання таблиць.

Дані статистичного щорічника Державного комітету статистики України вказують на пік очікуваної тривалості життя при народженні в 1965–1966 рр., яка становила 72 роки для всього населення України, 68 – для чоловіків, 75 років – для жінок. У 1996–1997 рр. цей показник становив 67 років для всього населення, 62 – для чоловіків, 73 роки – жінок. Звертає на себе увагу більша біологічна стійкість жінок, причому різниця в роках зростає.

Місто Київ – столиця України. Воно постійно привертає увагу вчених-демографів і медичних працівників як держави, так і світу. Якщо на 01.01.89 в ньому налічувалося 2595 тис.чоловік, на 01.01.91 – 2635 тис., то на 01.01.99 – 2618 тис.чоловік.

Побудовані в міському центрі медичної статистики таблиці смертності дозволили розглянути динаміку очікуваної тривалості життя при народженні населення м.Києва в 1985–1998 рр. (рис.).

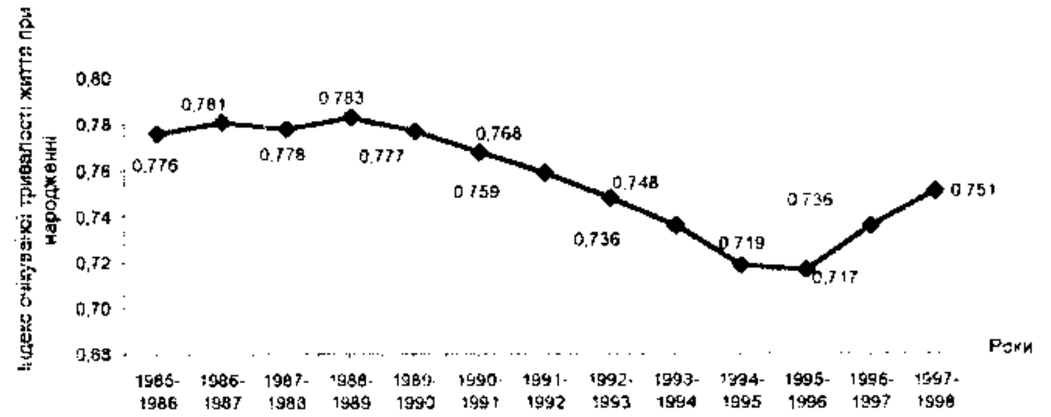

Рис. Динаміка очікуваної тривалості життя при народженні населення м.Києва в 1985–1998 рр.

З рисунка видно, що, починаючи з 1996–1997 рр., очікувана тривалість життя при народженні почала зростати, а 1995 р. недаремно вважають роком призупинення економічного спаду в Україні. Чи означає це, що в 1996–1997 рр. стан здоров'я населення України покращився, чи були для цього передумови в попередні роки? Для ствердження цього потрібне комплексне вивчення стану здоров'я, а даний показник лише наштовхує на подальші шляхи дослідження. Безперечно, індекс людського розвитку заслуговує уваги. На наш погляд, його доцільно розраховувати на макрорівні, він потрібен для міжнародних порівнянь. На регіональному рівні, такому як м.Київ, важко отримати такий узагальнюючий показник, і користуються, в основному, різноманітною інформацією демографічного і економічного характеру. Тому вдосконалення існуючих і розробка нових показників рівня життя населення заслуговуватиме на увагу і в майбутньому.

Список літератури

1. *Кузнецова Е.В.* Индекс человеческого развития и тенденции его изменения в Росии и зарубежных странах // Вопр. статистики. – 1999.–№2.–С.21–24.
2. *Мерков А.М., Поляков Л.Е.* Санитарная статистика. –Л.: Медицина, 1974.– 384 с.

3. *Статистичний* щорічник України за 1997 рік /За ред. О.Г.Осауленка. – К.: Укр. енциклопедія, 1999. – 624 с.
4. *Стеценко С.Г., Козаченко И.В.* Демографическая статистика. – К.:Вища шк. Головное изд-во,1984.–408 с.
5. *Україна* у цифрах у 1998 році: Корот.стат.довід. / За ред.О.Г.Осауленка. – К.: Держкомстат України, 1999.–212 с.

ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПРИ РОЖДЕНИИ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ

М.Ю.Потапова, Ю.В.Бубон (Киев)

Сделана попытка проанализировать состояние здоровья населения г.Киева и в целом в мире (по различным регионам) на основании такого показателя, как ожидаемая продолжительность жизни при рождении.

LIFE EXPECTANCY AT BIRTH AS THE INDICATOR OF THE HEALTH STATUS OF NATION

M.Yu. Potapova, Yu.V. Bubon (Kyiv)

The attempt to analyse the health status of the Kyiv population and in the whole world (in different regions) on the base of such indicator as the life expectancy at birth has been made.

УДК 616/618:616.89.

О.І.СЕРДЮК

ХРОНІЧНЕ СОМАТИЧНЕ СТРАЖДАННЯ ЯК ЧИННИК ПСИХО- ТА СОЦІОТРАВМАТИЗАЦІЇ ХВОРОЇ ЛЮДИНИ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Будь-яке соматичне захворювання, особливо хронічне і таке, що створює потенційну загрозу для життя хворої людини, навіть якщо в його виникненні психогенні чинники і не відіграють значної ролі, є могутнім психотравмуючим чинником і не може бути незначущим для людини [1,5]. То ж особливості особистісного реагування хворої людини на соматичне страждання здавна привертають увагу клініцистів [13]. Не втрачає актуальності ця тема і в сучасних умовах, оскільки особливості сприйняття хворими соматичного страждання суттєво впливають на ефективність терапевтичних заходів [9,11]. Важливим є і те, що одним із характерних проявів хронізації захворювань є зневіра хворої людини в своє одужання, що ускладнює її лікування [10,12], а невротизовані особи більш сприйнятливі до болю [8], що, в свою чергу, посилює їх невротизацію, призводить до формування своєрідного замкненого кола [6].

У сучасних соціально-економічних умовах особливого значення набувають соціальні аспекти реакції особистості на захворювання [3,4]. Між тим саме ці аспекти до цього часу залишаються найменш вивченими і майже не враховуються під час лікування хворих на хронічні соматичні захворювання [7,17].

Для вивчення особливостей психо- та соціотравмуючого впливу хронічного соматичного страждання на людину нами обстежено 318 хворих на хронічні хвороби серцево-судинної, ендокринної, дихальної та сечовидільної систем і органів травлення. Серед обстежених було 192 жінки та 126 чоловіків віком від 20 до 60 років.

Для порівняння результатів хворі на хронічні хвороби залежно від клінічних особливостей психоемоційних порушень були поділені за встановленими нами в попередніх дослідженнях диференціально-діагностичними критеріями [15] на три основні групи: перша – з явищами сформованої соматогенної астенії – 151 чоловік; друга – з гострими неврозами – 99 чоловік; третя – із затяжними невротичними розладами, на тлі яких розвинулося соматичне захворювання, – 68 чоловік.

Для дослідження загальних особливостей реагування на захворювання було використано особистісний опитувальник, розроблений у Психоневрологічному інсти-

© О.І.Сердюк, 2000

туті ім.В.М.Бехтерєва у Санкт-Петербурзі (ООБІ), що дозволяє діагностувати 12 типів ставлення до хвороби, які Л.І.Вассерман із співавт. [2] об'єднав за ступенем і характером соціальної дезадаптації у 3 блоки: 1) типи ставлення до хвороби, при яких соціальна адаптація хворих істотно не порушується (гармонійний, ергопатичний та анозогнозичний); 2) типи дезадаптивного реагування з інтрапсихічною спрямованістю (тривожний, іпохондричний, неврастенічний, обсесивно-фобічний та апатичний); 3) типи дезадаптивного реагування з інтерпсихічною спрямованістю (сенситивний, егоцентричний, ейфоричний і паранойяльний).

З метою вивчення психотравмуючого впливу соматичного захворювання нами був доповнений опитувальник J. M.Sackset et S. Sidney (стандартні 60 незакінчених речень) 4 додатковими реченнями, які склали 16-у систему ставлень особистості - "Ставлення до захворювання" [16].

Для визначення соціальної значущості соматичного страждання та його соціотравмуючого впливу був використаний спеціальний опитувальник, розроблений нами раніше [14] і який охоплює 10 сфер соціотравматизації: 1) ослаблення сили та енергії; 2) погіршення ставлення до хворої людини в сім'ї; 3) обмеження задоволень, утіх; 4) погіршення ставлення до хворої людини на роботі; 5) обмеження вільного часу; 6) обмеження кар'єри; 7) зменшення фізичної привабливості; 8) формування відчуття обмеженості; 9) обмеження спілкування; 10) матеріальні збитки.

За даними ООБІ, в цілому у хворих на соматичні захворювання відзначалося переважання типів дезадаптивного реагування (3-го блоку) інтерпсихічної спрямованості [(39,31±1,08)%], а також типів реагування 2-го блоку, для яких характерна соціальна дезадаптація з інтрапсихічною спрямованістю [(33,65±1,08)%]. Тобто для (72,96±0,86)% хворих соматичне страждання було значущим чинником соціальної дезадаптації. Частота ж реєстрації типів ставлення до хвороби першого блоку (без істотного порушення соціальної адаптації) становила лише (27,04±1,67)%, причому суто гармонійний тип діагностувався лише у (4,09±1,14)% хворих.

При дослідженні соціотравмуючого впливу соматичного страждання виявилося, що більше 80% хворих скаржилися на негативний вплив хвороб на якість їхнього життя та положення в суспільстві.

Найчастіше хворі відзначали як небажаний результат захворювання обмеження кар'єри, можливості вибирати місце роботи, зайняти більш високе положення в суспільстві [(80,50±1,19)%], погіршення ставлення до них на роботі [(78,30±1,19)%], обмеження спілкування, формування відчуття вимушеної ізоляції [(73,90±1,19)%], дещо рідше – ослаблення життєвої сили, енергії [(58,80±1,53)%], формування відчуття обмеженості, дискримінації [(56,60±1,53%] та погіршення ставлення до них у сім'ї [(52,20±1,53)%].На значущість впливу хвороби на можливість отримання задоволення, втіх, матеріальний стан, добробут, вільний час та зовнішню привабливість вказували лише (20,16±2,32) - (8,49±3,22)% хворих.

Під час вивчення міжособистісних відносин у соматичних хворих за методикою незакінчених речень J. M.Sacks et S. Sidney психотравмуючі конфліктні ситуації частіше реєструвалися в сфері ставлення до статевого життя [(36,16 ±2,12)%], сім'ї [(27,99±2,38)%], вищестоячих осіб на роботі [(23,90±2,43)%] і батьків [(22,33±2,43)%]. Однак найчастіше у соматичних хворих порушення адаптації відзначалися в системі "Ставлення до захворювання" [(51,26±1,63)%].

Після порівняння отриманих результатів у трьох зазначених вище групах соматичних хворих з різними порушеннями психоемоційної сфери було виявлено низку особливостей. Для **хворих з явищами соматогенної астенії** найбільш характерними, за даними ООБІ, виявився сенситивний [(63,58±1,41)%] та ергопатичний [(50,99±1,69)%] типи реагування на хворобу, що проявлялися побоюваннями, що оточуючі стануть їх уникати, вважати неповноцінними, зневажливо або з побоюванням ставитися до них, розпускати плітки або несприятливу інформацію про їхню хворобу. Характерною для цієї категорії пацієнтів була також "втеча від хвороби в роботу". Навіть при значному ступені тяжкості захворювання і стражданнях вони намагалися будь за що продовжувати працювати, часто із ще більшою старанністю, ніж до хвороби. Найбільш значущими сферами соціотравматизації у цих хворих було відчуття ослаблення життєвої сили та енергії [(68,21±1,37)%], погіршення ставлення до них на роботі [(39,07±2,13%], а також обмеження кар'єри [(31,12±2,16)%].

Дослідження системи відносин особистості в цій групі показало переважання порушень у сфері ставлення до майбутнього [(27,15±2,48)%], статевого життя [(23,19±2,53)%] та вищестоячих осіб на роботі [(17,22±2,74)%].

Соматичне захворювання як чинник психотравматизації виступало у (51,65±3,44)% випадків.

У групі **соматичних хворих з гострими невротичними розладами** результати дослідження відрізнялися за формою неврозу. Так, для соматичних хворих із супутньою ***неврастенією*** найбільш характерними типами реагування були: неврастенічний [(65,22±2,35)%], тривожний [(34,78±2,63)%] та ергопатичний [(25,09±2,97)%], що проявлялися поведінкою за типом дратівливої слабкості, спалахами роздратування, особливо під час болю, неприємних відчуттів, невдалого лікування, несприятливих даних обстеження, а також безупинним занепокоєнням стосовно несприятливого перебігу хвороби, можливих ускладнень, неефективності і навіть небезпеки лікування.

Разом з тим ці хворі виявляли значну трудову домінанту, яка виливалася навіть у "втечу від хвороби в роботу". Найбільш значущим вплив хвороби на свій соціальний статус вони відзначали у сфері

відносин у трудовому колективі [(54,35±3,27)%], обмеження кар'єри, неможливості зайняти більш високе положення в суспільстві [(36,96±3,31)%].

У *соматичних хворих з дисоціативними та конверсійними розладами* (істерією) частіше зустрічався егоцентричний [(65,62±2,51)%], сенситивний [(43,75±3,06)%] та ейфоричний[(31,25±3,32)%] типи реагування на захворювання. Характерною для них була "втеча у хворобу", демонстрація близьким та оточенню своїх страждань і переживань, вимоги вияткової турботи. В інших людях, які також потребують уваги та турботи, вони вбачали тільки конкурентів і ставилися до них агресивно. При цьому у частини цих хворих відзначалася також хвороблива підозрілість і надмірна занепокоєність щодо негативного ставлення до них оточуючих через хворобу, побоювання, що вони стануть їх уникати, вважати неповноцінними. Для іншої ж частини хворих характерним був необгрунтовано підвищений настрій, нерідко напраний, зневага, легковажне ставлення до хвороби і лікування, сподівання на те, що саме все обійдеться. Соціальний вплив захворювання ці хворі відзначали переважно в сфері сімейних відносин [(59,37±3,96)%] та у формуванні відчуття обмеженості [(40,62±4,04)%].

У разі *обсесивно-компульсивних розладів (неврозу нав'язливих станів)* у соматичних хворих частіше реєструвався тривожний [(57,14±4,02)%], обсесивний і паранойяльний [(по 42,86±4,21)%] типи реагування на захворювання, характерним для яких є постійне занепокоєння щодо несприятливого перебігу і можливих ускладнень захворювання, недостатньої ефективності лікування. Однак, на відміну від хворих з іпохондричним типом реагування на хворобу, цю категорію хворих більше цікавили об'єктивні дані (результати аналізів, висновки спеціалістів), ніж власні відчуття. Тривожне занепокоєння у них насамперед виникало стосовно побоювань невдач під час лікування, а також можливих невдач у житті, роботі, сімейних взаємовідносинах.

Найбільш значущим із соціальної точки зору для цих хворих був вплив захворювання на обмеження спілкування, формування відчуття ізоляції [(42,86±4,21%].

Дослідження міжособистісних відносин у соматичних хворих з неврозами показало більш часті порушення у сфері ставлення до сім'ї [(34,34±1,82)%], стосовно страхів і побоювань [(29,29±1,84)%], ставлення до себе [(24,24±2,19)%] і до батьків [(22,22±2,24%], мети [(19,19±2,27)%].

Однак, соматичне захворювання в цій групі хворих виступало в ролі психотравмуючого чинника лише в (32,32 ±2,12)% випадків.

Для ***хворих із невротичними розладами із затяжним перебігом***, на тлі яких розвинулося соматичне захворювання, найбільш характерним виявився сенситивний [(61,76±2,74)%], паранойяльний [(57,35±2,82)%], тривожний [(41,18±2,85)%], іпохондричний [(23,53±3,23)%] та обсесивний [(22,06±3,31)%] типи реагування на хворобу, що супроводжувалися неадекватною чутливістю, занепокоєнням станом свого здоров'я, перекладанням відповідальності за хворобу та лікування на оточення. Як правило, спостерігалася впевненість, що хвороба є наслідком чийогось поганого наміру, підозрілість до ліків і процедур, прагнення приписувати можливі ускладнення лікування або побічні дії лікарських засобів халатності лікарів і персоналу, обвинувачення і вимоги покарань у зв'язку з цим.

Ці хворі постійно були зайняті пошуками нових засобів лікування, потребували додаткової інформації про хворобу, ймовірні ускладнення, методи лікування, безупинно вели пошук авторитетів. Вони зосереджувалися на суб'єктивних хворобливих та інших неприємних відчуттях, прагнули постійно розповідати комусь про них, демонстрували схильність до перебільшення тяжкості захворювання, побічної дії лікарських засобів.

Найбільш значущим вони вважали вплив хвороби на ставлення до них у трудовому колективі [(45,59±2,96)%], сім'ї [(42,65±2,91)%], обмеження спілкування, формування відчуття змушеної ізоляції [(39,70±2,82)%].

У галузі міжособистісних відносин частіше виявлялося дисгармонічне ставлення до статевого життя [(60,29±3,82)%], батьків [(55,88±2,94)%], до сім'ї [(47,06±3,02)%], вищестоячих осіб на роботі [(44,12±2,96)%] та усвідомлення провини [(41,18±2,85)%]. Порушення адаптації в системі "Ставлення до захворювання" найчастіше зустрічалося саме в цій групі хворих [(77,94±1,03)%].

Висновки

1. Під час експериментально-психологічного дослідження у 73% хворих на хронічні соматичні захворювання виявлялися дезадаптивні типи реагування на хворобу і лише 27% хворих реагували на неї без суттєвої соціальної дезадаптації, причому суто гармонійний тип діагностувався лише у 4% хворих.

2. Понад 80% хворих на хронічні соматичні захворювання відзначали негативний соціотравмуючий вплив хвороби на якість їхнього життя та положення в суспільстві, найчастіше - обмеження кар'єри, погіршення ставлення до них на роботі, обмеження спілкування, формування відчуття вимушеної ізоляції.

3. У сфері міжособистісних відносин хворих хронічне соматичне страждання у 51% випадків створює конфліктну психотравмуючу ситуацію.

4. Найчастіше психотравмуючий вплив соматичного захворювання спостерігався у хворих із соматогенною астенією (68%), соціотравмуючий - хворих із невротичними розладами із затяжним перебігом, на тлі яких розвинулося соматичне страждання (78 %).

Список літератури

1. *Бачериков Н.Е., Воронцов М.П., Петрюк П.Т., Цыганенко А.Я.* Эмоциональный стресс в этиологии и патогенезе психических и психосоматических заболеваний. – Харьков: Основа, 1995. – 276 с.
2. *Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б.* Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни: Метод.реком. –Л.:Б.и., 1987. – 27 с.
3. *Голованов Б.Д.* Психическое здоровье и социализация // Актуальні питання практичної психології та логопедії в закладах освіти та охорони здоров'я: Матеріали міжгалузевої наук.-практ. конф. –Харків, 1998. –С.22–23.
4. *Кутько И.И., Долганов А.И.* Характеристика социально-психологических факторов формирования невротических расстройств // Укр. вісн. психоневрології. -1994. –Вип.3. – С. 187– 190.
5. *Лапин И.П., Анналова Н.А.* Соматические заболевания и психические расстройства // Харьк. мед. журн. –1996. – № 3.–С. 9 –12.
6. *Марута Н.А.* Невротическая болезнь // Междунар. мед. журн. – 1997. – Т. 3, № 3. – С. 16 – 19.
7. *Михайлов Б.В.* Сучасний стан і перспективи розвитку соціальної психіатрії, психотерапії і медичної психології в Україні // Укр. вісн. психоневрології. –1998. –Т.6, вип.1(16). –С.12–14.
8. *Напреєнко О.К.*Соматопсихічні розлади // Укр. вісн. психоневрології. -1996. - Т. 4, вип. 5 (12). – С. 292 – 294.
9. *Палеев Н.Р., Краснов В.Н., Подрезова Л.А., и др.* Проблемы психосоматики и соматопсихиатрии в клинике внутренних болезней // Вестн. Рос. АМН. –1998. –№ 5. –С.3–7.
10. *Прокудин В.Н., Шараев П.И., Капкаева А.Я., и др.* О психотерапевтической и психиатрической службе в соматическом стационаре // Независимый психиатрический журн. –1998 .–№11. –С.62 – 66.
11. *Пхиденко С.В.* Опыт коррекции внутренней картины болезни в психосоматической практике // Лікар. справа. Врачеб.дело.–1993. –№ 5–6. –С.135–137.
12. *Самохвалов В.П.* Больное общество и больной в обществе (проблема социальной депрессии) // Діагностика та лікування психічних захворювань в Україні: Матеріали міжнар. конф. –К.: Акміс,1995. –С.35–36.
13. *Селесник Ш., Александер Ф.* Человек и его душа : познание и врачевание от древности и до наших дней. –М.: Прогресс – Культура, 1995. – 608 с.
14. *Сердюк А.И.* Новая методика самооценки больными влияния заболевания на их социальный статус // На грани нормы и патологии: Материалы обл. науч.- практ. конф. – Стрелечье.:Б.и., 1994. –С.173 –174.
15. *Сердюк А.И.* Особенности непсихотических расстройств психической сферы у соматических больных // Таврический журн. психиатрии. –1998. –Т.2, № 4 (7) – С. 64 – 67.
16. *Сердюк А. И., Михайлов Б. В., Чугунов В. В.* Экспериментально-психологическое исследование в клинике соматических заболеваний: Метод. рек. –Харьков.:Б.и., 1997. –41 с.
17. *Смулевич А.Б., Тхостов А.Ш., Сыркин А.Л. и др.* Клинические и психологические аспекты реакции на болезнь (к проблеме нозогений) //Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. –1997. –Т.97, вып.2. –С.4–9.

ХРОНИЧЕСКОЕ СОМАТИЧЕСКОЕ СТРАДАНИЕ, КАК ФАКТОР ПСИХО- И СОЦИОТРАВМАТИЗАЦИИ БОЛЬНОГО ЧЕЛОВЕКА

А.И.Сердюк (Харьков)

Для изучения особенностей психо- и социотравмирующего влияния хронического соматического страдания на человека с помощью личностного опросника, разработанного в Психоневрологическом институте им. В.Н.Бехтерева, модифицированной методики незаконченных предложений J.M.Sacks et S.Sidney и авторского опросника для установления социальной значимости болезни обследовано 318 больных хроническими болезнями сердечно-сосудистой, эндокринной, дыхательной и мочевыделительной систем и органов пищеварения.

Установлено: 1) у 73% больных хроническими соматическими заболеваниями наблюдались дезадаптивные типы реагирования на болезнь, причем собственно гармонический тип диагностировался лишь у 4% больных; 2) более 80% больных хроническими соматическими заболеваниями отмечали негативное влияние болезни на качество их жизни и положение в обществе; 3) в системе межличностных отношений больных хроническое соматическое страдание в 51% случаев создает конфликтную психотравмирующую ситуацию; 4) психотравмирующее воздействие заболевания чаще всего (68%) отмечали больные с соматогенной астенией, социотравмирующее – больные с невротическими расстройствами с затяжным течением , на фоне которых развилось соматическое страдание (78 %).

CHRONIC SOMATIC SUTTERING AS FACTOR OF MENTAL AND SOCIAL TRAUMATIZING OF THE SICK PERSON

A.J.Serdiuk (Kharkiv)

To study features of mental and social traumatizing influence of chronic somatic suffering upon the person with help of the Bekhterev Institute Questionnaire, the modified scheme of unfinished sentences by J.M.Sacks and S.Sidney and the autor questionnaire of defining the social significance of diseases 318 sick persons with chronik diseases (cardiovascular, endocrinologic, respiratory, digestive and urinary ones).

The following was noted: 1) Among patients with chronic somatic diseases 73% were with desadaptive type of disease reactivity, the harmonious type was diagnosted among 4% of patients; 2) More than 80% patients with chronic somatic diseases remarked the negative influence of disease on their quality life and their social status; 3) In the system of interpersonal relationships the chronic somatic suffering initiated the conflict mental damaged situation in 51% of all cases; 4) The mental damaged disease effect is notified by patients with somatogetic asthenia (68%), the social damadeg disease effect is notified by patients with neurotical disorders of chronic character that initiated the somatic suffering.

УДК 618.1-073.432.19-06:618.13-002.3]-036.8

Л.М. МАЛАНЧУК

ЗАСТОСУВАННЯ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОЇ ДОПЛЕРОСОНОГРАФІЇ ПРИ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ПРИДАТКІВ МАТКИ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я.Горбачевського

Прогрес у вивченні проблеми гнійно-запальних захворювань придатків матки тісно пов'язаний з впровадженням у клінічну практику сучасних інструментальних методів дослідження, таких як трансвагінальне ультразвукове сканування, лапароскопія, комп'ютерна томографія, ядерно-магнітний резонанс [3].

На думку більшості спеціалістів, раціональне використання цих методів не лише розширює можливості топічної та нозологічної діагностики, але й відкриває нові перспективи в лікуванні запальних захворювань внутрішніх статевих органів.

Одним з таких методів є лапароскопічна доплеросонографія. Проведене нами дослідження було спрямоване на вивчення інформативності застосування цього методу у хворих з гнійно-запальними захворюваннями придатків матки.

Інтраопераційна лапароскопічна доплеросонографія (УЗО-дослідження) проводилась в комплексному обстеженні 77 жінок з гнійно-запальними захворюваннями придатків матки, серед яких у 55 жінок спостерігався гострий перебіг, а у 22 – хронічний.

Доплеросонографію проводили за допомогою спеціального відеокомплексу фірми Олімпус, у який входив потужний ультразвуковий томограф та гнучкий зонд-датчик. За допомогою останнього було можливо отримати зображення ділянок, які не візуалізувались через телескоп під час діагностичної лапароскопії.

Особливість конструкції датчика дозволила підключити його через адаптер до стаціонарної УЗ-установки. Протипоказань до лапароскопічного УЗ-дослідження на сьогоднішній день не існує.

Результати проведеного дослідження показали, що інтраопераційне УЗ-дослідження в першу чергу дає уявлення про анатомію внутрішніх статевих органів. При цьому оцінювались розміри органів, їх контури і форма, стан капсули і паренхіми, стінок порожнистих органів, розміщення і відношення до сусідніх утворів, прохідність маткових труб, наявність утворів у середині яєчників, стан кровоносних судин і кровообіг у них.

Після вирішення питання про необхідність проведення лапароскопічної доплеросонографії через додатковий отвір у черевній порожнині вводили ультразвуковий датчик. Конструкція останнього дозволяє в замкненому просторі черевної порожнини виконувати чотиривимірні повороти робочою частиною, розміщувати його на органі в потрібному положенні.

Лапароскопічну доплеросонографію починали з матки. Оцінювали її форму, розміри, ультразвукову щільність стінок. У разі потреби виконували кольорову доплеросонографію або пауердоплеросонографію, записували та вимірювали параметри кровообігу в судинах. Далі проводили дослідження придатків матки. При цьому датчик розміщували на передньо-внутрішній поверхні маткової труби, намагаючись її не притискати. Сканування проводилось у двох площинах.

Під час сканування яєчників визначали їх форму, розміри, щільність паренхіми, наявність порожнистих утворів, кровообіг. Дослідження проводили, розміщуючи датчик на поверхні яєчника в поздовжньому та поперечному напрямках.

© Л.М.Маланчук, 2000

Доплеросонографію краще виконувати в безпосередній близькості датчика з органом. У випадку перешкоди (спайковий процес, інфільтрат) ультразвукове дослідження виконували через навколишні анатомічні утвори. Проте це не відображалось на якості застосовуваного методу.

У всіх випадках інтраопераційна лапароскопічна доплеросонографія дала можливість верифікувати діагноз, а у 42 пацієнтів вирішити питання про необхідність та обсяг оперативного втручання. Слід зазначити, що у цих хворих після діагностичної лапароскопії були виконані малоінвазивні оперативні втручання, що сприятливо позначилось на перебігу післяопераційного періоду.

Висновки

Отже, результати дослідження свідчать про високу інформативність лапароскопічної доплеросонографії та її цінність при уточненні діагнозу під час виконання лапароскопічних операцій.

Список літератури

1. *Давыдов А.И.* Оперативная лапароскопия в гинекологии. – М.: Медицина, 1995. – 184 с.
2. *Стрижаков А.Н., Давыдов А.И.* Трансвагинальная эхография. М.: Медицина, 1994. – 184 с.
3. *Стрижаков А.Н., Подзолкова Н.М.* Гнойные воспалительные заболевания придатков матки. – М.: Медицина, 1996. – 256 с.
4. *Эндоскопия* в гинекологии /Под ред. Г.М.Савельевой. – М.: Медицина, 1983. – 200 с.
5. *Gomel V.* Operativ Laparoscopy: time for acceptance // Fertil. Steril. – 1989. – Vol. 52, N 1-2. – P. 1-11.
6. *Reich H., McGlynn F.* Laparoscopic treatment of tuboovarian and pelvic abscess // J. reprod. Med. – 1987. – Vol. 32, N 10. – P. 747-752.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСОЙ ДОПЛЕРОСОНОГРАФИИ ПРИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Л.М.Маланчук (Тернополь)

На основании результатов обследования 77 женщин с гнойно-воспалительными заболеваниями придатков матки с помощью лапароскопической доплеросонографии сделан вывод о высокой информативности и достоверности этого метода исследования. Доплеросонография дает возможность уточнять клинический диагноз заболевания, решать вопрос о необходимости и объеме оперативного вмешательства.

APPLICATION OF INTRAOPERATIONAL LAPEROSCOPIC DOPPLEROSONOGRAPHY IN PURULENT INFLAMMATORY DISEASES OF UTERUS APPENDAGES

L.M.Malanchuk (Ternopil)

Laparoscopic dopplersonography has been performed in 77 women with suppuratove inflammatory diseases of uterine appendages. The results were both of high informativiry and diagnostics reliability. The dopplersonography examination of these patients gives opportunity to define more precisely diagnosis and to make decision about the need to perform surgery and its size.

УДК 612.12-008.331.1:615.84

І.Н. ШУВАЛОВА, І.Т. КЛИМЕНКО (Ялта)

ЗМІНА ЦЕНТРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ПІД ВПЛИВОМ ГІДРОЛАЗЕРНОЇ ТЕРАПІЇ

Санаторій "Дніпро"

У хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) I ст. часто спостерігається гіпертонічний тип порушення кровообігу, що зумовлено активністю симпатичної частини вегетативної нервової системи (ВНС).

Для корекції артеріальної гіпертензії такого рівня рекомендують застосовувати немедикаментозні методи лікування [5,7], серед яких тепер на особливу увагу заслуговує низькоінтенсивне лазерне випромінювання (НІЛВ). Підгрунтям до використання НІЛВ червоного та ІЧ-діапазонів стали дані щодо сприятливих нервово-рефлекторних і гемореологічних дій, можливості мобілізації антистресових механізмів, стимуляції антиоксидантної системи [2]. Гідролазерна терапія краще реалізує саногенетичні ефекти лазерної терапії [6,8,9].

Останнім часом широко використовують диференційований підхід до лікування хворих на АГ з урахуванням вихідного типу гемодинаміки [4,1].

Метою нашого дослідження стало вивчення можливості використання гідролазерної терапії у хворих на АГ I ст. при гіперкінетичному типі гемодинаміки. Обстежено 185 хворих на АГ I ст., які пройшли курсове санаторно-курортне лікування, що складалося з адекватного кліматорухового режиму, дієтотерапії, масажу, ЛФК, аеро- та фітотерапії. У 95 осіб (51,3%) (з них 52 чоловіки і 43 жінки), виявлено гіперкінетичний тип гемодинаміки. Для корекції артеріального тиску використовувалася гідролазерна терапія на основі лазерного випромінювання червоного та ІЧ-діапазону з довжиною хвилі 632 та 890 нм.

За використовуваним методом корекції артеріального тиску (АТ) усі пацієнти були розподілені за допомогою "сліпого" методу на три групи. До першої групи ввійшли 30 хворих із тривалістю захворювання (3,6±0,42) року, середнім віком (36,2±3,1) року. Пацієнти цієї групи приймали дощовий душ без лазерного випромінювання.

У другу групу ввійшли 32 хворих, тривалість захворювання яких становила (3,4±0,3) року, середній вік – (38,2±2,34) року. Хворим цієї групи призначали гідролазерний душ із лазерним випромінюванням інфрачервоного діапазону і з довжиною хвилі 890 нм. Потужність випромінювання на виході становила 15 мВт, загальна доза за сеанс – 12 Дж щоденно, на курс – 10 процедур. Температура води мала 36°С, відстань від душора до поверхні тіла пацієнта близько 5 см.

Третя група складалася з 33 хворих; тривалість захворювання – (3,2±0,6) року, середній вік – (37,1±2,3) року. Цим хворим призначали гідролазерний душ із лазерним випромінюванням червоного діапазону і з довжиною хвилі 632 нм, потужністю на виході 15 мВт, загальною дозою за сеанс – 12 Дж щоденно, на курс – 10 процедур. Температура води становила 36°С, відстань від душора до поверхні тіла – близько 5 см.

Групи були порівнянні за всіма параметрами, що вивчались.

Показники центральної гемодинаміки, а саме: серцевий (СІ) та ударний (УІ) індекси, загальний периферичний опір судин (ЗПОС), вивчали за допомогою тетраполярної грудної реографії [3].

Стан ВНС досліджували за даними вегетативного тонусу та вегетативного забезпечення діяльності. Для оцінки вегетативного статусу записували не менш як 150 кардіоінтервалів.

У крові визначали показники ліпідного обміну: вміст загального холестерину, а- і b-ліпопротеїдів, тригліцеридів, коефіцієнт атерогенності.

Психофізіологічний стан оцінювали за методикою Люшера, Спілберга, а фізичний стан – за методикою Апанасенка.

Показники центральної гемодинаміки, ліпідного обміну, функції вегетативної нервової системи та психофункціональний резерв визначали на початку та після завершення курсового лікування. Віддалені результати лікування оцінювали за даними катамнезу.

Під впливом санаторно-курортного лікування вже на 2–3-ю добу вірогідно знижувався середньодобовий АТ, а на 5–7-у – наближався у більшості пацієнтів до нормального рівня. Виявлено поліпшення суб'єктивного стану хворих усіх трьох груп. На головний біль скаржилися 85% пацієнтів до лікування, після лікування 36% першої групи, 9 – другої і 6% – третьої групи. Запаморочення спостерігалося в 69% пацієнтів до лікування, після лікування – у 21% першої групи, 3 – другої, 5% – третьої групи. Шум у голові та порушення сну виявлено у 48 і 53% хворих до лікування. Після лікування вони залишалися відповідно у 23; 12; 16% та 18, 11 і 5% обстежених груп.

© І.А.Шувалова, І.Т.Клименко, 2000

Зменшення тяжкості клінічних проявів захворювання сприяло покращанню самопочуття, підвищенню активності та настрою хворих, що підтверджувалося вірогідною нормалізацією психофізіологічних показників. До лікування ознаки нервово-психічної дезадаптації спостерігались у 98,1% обстежених. Результати кольорового тесту Люшера вказували на підвищену тривожність, настороженість, ранимість. Після курсового лікування у першій групі покращання досягнуто у 32% випадків, у другій – 41, третій групі – у 43%. Ступінь тривожності за Спілбергом у обстежених хворих до початку лікування був високим за градаціями, реактивним та особистісним – у 50% хворих. У 41% хворих ступінь тривожності за градаціями був середнім.

Комплексне санатарно-курортне лікування та лазеротерапія спричинюють загальну адаптаційну перебудову організму, в тому числі психічного статусу. Ступінь реактивної та особистісної тривожності мав тенденцію до зниження. Після лікування високий ступінь тривожності залишався у 30% хворих першої групи, 16 – другої, 14% – третьої групи, але він був значно нижчим порівняно з вихідним рівнем.

Вихідний рівень здоров'я у обстежених хворих за методикою Апанасенка становив (5,5±0,3) ум.од. Після курсового лікування він збільшувався до (6,3±0,4) ум. од. у першій групі, (7,8±0,3) та (7,2±0,5) ум. од. (p<0,02) відповідно у другій і третій групах.

Не виявлено істотних змін скоротливої функції міокарда лівого шлуночка у 83,3% хворих першої групи з гіперкінетичним типом гемодинаміки (табл.), у 16,7% спостерігалося зменшення (CI) до 2 л□(м^{2}□хв$^{-1}$) що свідчить про перехід до сукинетичного типу кровообігу. У 50% хворих другої групи та 80% третьої також спостерігався перехід до еукінетичного типу кровообігу. При цьому у пацієнтів першої групи систолічний АТ (САТ) знизився на 5,3%, діастолічний (ДАТ) – на 2,2%, другої – відповідно на 12,2 і 10,5%, третьої – на 14,5 і 9,5%.

Показники центральної гемодинамики у пацієнтів першої групи істотно не змінилися як до лікування, так і після нього; у них були великими частота скорочень серця (ЧСС) і значення СІ та УІ. У пацієнтів другої групи до закінчення курсового лікування спостерігалось зменшення ЧСС порівняно з вихідною на 8,9%, УІ – на 9,7%, СІ – на 11,8%, що статистично вірогідно. У пацієнтів третьої групи після курсу гідролазерної терапії ЧСС зменшилася на 12%, УІ – на 9,8, СІ – на 13,8%.

Динаміка показників центральної гемодинаміки у хворих на артеріальну гіпертензію під впливом гідролазерної терапії

Показник	Величина показника у групах (M±m)					
	I (n=30)		II (n=32)		III (n=33)	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
ЧСС, уд. хв	77,5±2,7	73,6±2,6	78,2±2,3	69,5±4,3	78,5±3,2	67,3±2,8*
УІ, мл·м$^{-2}$	55,3±3,1	52,7±3,8	61,8±2,8	51,6±2,6*	64,7±3,2	54,8±1,9
СІ, л·м$^{-2}$хв$^{-1}$	4,1±0,12	4,13±0.81	4,18±0.16	3,72±0,13*	4,29±0.12	3,78±0.12*
ЗПОС, кПа·с·л$^{-1}$	135,6±64	125,4±74,5	137,3+57.3	112,4±63,4*	140,6±65,3	120,6±71.4*
САТ, мм рт.ст.	153,3±2,5	145,2±3,8	158,5±3,6	139,3±2,7*	157.3±2,2	134.5±2.1*
ДАТ, мм рт.ст.	97.2±1,7	95,1±2,2	96,3±3,5	86,2±1,2*	96,4±3,1	87,3±2,7*

* Різниця показників у порівнянні з вихідними вірогідна (P<0,05)

За даними варіаційної пульсотахометрії, в усіх хворих виявлено переважання тонусу симпатичної частини ВНС, про що свідчили збільшення амплітуди реакції та часу первісного почастішання пульсу, а також зменшення висоти хвилі перерегулювання і часу наступного уповільнення пульсу. Це підтверджувало надмірне забезпечення ортостазу за рахунок переважання ерготропної системи. Вірогідне зменшення індексу напруження в ортостазі у 84% пацієнтів другої та 82% третьої груп відповідно з 184,3±10,4 до 141,3±11,2 і 179,5±11,3 до 137,6±10,8 (P<0,05) свідчило про зменшення напруженості адаптаційних механізмів і позитивні динамичні зміни показників ВНС. Виявлені у обстежених хворих незначне збільшення вязкості крові та дисліпідемія у процессі лікування істотно не змінилися.

За даними катамнезу, добрий лікувальний ефект протягом року спостерігався у 46% пацієнтів першої групи, 78 – другої, 82% – третьої групи. Через 5–7 місяців після завершення курсу гідролазерної терапії у 43 і 45% хворих другої та третьої груп періодично підвищувався АТ, що супроводжувалося у декого з них головним болем і запамороченням. У цих випадках вони застосовували гіпотензивні засоби, але зменшували їх дозу та частоту прийому.

Висновки

1. Під впливом гідролазерної терапії у хворих на аретріальну гіпертензію I ст. виявлено можливість змінити тип центральної гемодинаміки.

2. У разі використання гідролазерної терапії із НІЛВ червоного діапазону трансформація несприятливого гіперкінетичного типу гемодинаміки у еукінетичний більш ймовірна, ніж із НІЛВ ІЧ–діапазону.

3. Гідролазерна терапія є високоефективний метод лікування хворих на АГ І ст., що дозволяє рекомендувати її як альтернативний метод. Для досягнення тривалої ремісії захворювання рекомендується повторювати курси гідролазерної терапії.

Список літератури

1. *Алмазов В.А., Шляхто Е.В.* Пограничная артериальная гипертензия.–С-Пб.: Гиппократ, 1992.–192 с.
2. *Гончарова Л.Н., Покровская Л.А., Малькова Н.Ю.* // Междунар. мед. обзоры.–1994.–Т.2.–№1.–С. 15–19.
3. *Гундаров И.А., Пушкарь Ю.Т., Константинов Е.Н.* О нормативах центральной гемодинамики, определяемой методом тетрополярной грудной реографии // Терапевт. арх.–1983.–№4.–С. 26–28.
4. *Лапшина А.А., Старченко Т.Г., Волос Б.Е. и др.* Состояние центральной гемодинамики при пограничной артериальной гипертонии // Терапевт. арх.– 1986.–№5.–С. 17–21.
5. *Міхно Л.Е.* Природні курортні чинники в реабілітації хворих із серцево-судинними захворюваннями // Мед. реабилитация, курортология, физиотерапия.–1997.–№3.–С. 83–85.
6. *Попов В.Д.* Гидролазерная терапия: Метод. пособие.–К.:Б.и., 1998.–68 с.
7. *Самосюк И.З., Лысенюк В.П., Лобода М.В.* Лазеротерапия и лазеропунктура в клинической и курортной практике.–К.: Б.и., 1997.–240 с.
8. *Самосюк И.З., Фисенко Л.И., Чухраев В.Н.* Применение гидролазерного массажа в профилактических и лечебных целях.–К.: Б.и., 1998.–40 с.
9. *Шувалова И.Н.* Роль включения гидролазерной терапии в комплексное санаторно-курортное лечение больных гипертонической болезнью // Мед. реабилитация, курортология, физиотерапия.–1999.–№3(19).–С. 49–50.

ИЗМЕНЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ ГИДРОЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ

И.Н.Шувалова, И.Т.Клименко (Ялта)

Изучены по показателям гемодинамики (ЧСС, УИ, СИ, ОПСС, САД, ДАД) возможности применения гидролазерной терапии у 95 больных (распределенных на 3 группы) артериальной гипертензией I ст. с гиперкинетическим типом гемодинамики. Больные первой группы (30 чел.) принимали гидропроцедуры, второй (32 чел.) и третьей (33 чел.) – гидропроцедуры с лазерным излучением инфракрасного диапазона (l=890 нм, Р на выходе 15 мВт, общая доза за сеанс 12 Дж) и гидропроцедуры с лазерным излучением красного диапазона (l=632 нм, Р на выходе 15 мВт, общая доза за сеанс 12 Дж) соответственно. В результате проведенного курса лечения (10 сеансов) значительное улучшение показателей гемодинамики и ремиссия в течение года наблюдалось у больных второй и третьей групп. Трансформация гиперкинетического типа гемодинамики в эукинетический была более вероятной у больных третьей группы.

EFFECTS OF HYDROLASER THERAPY ON CENTRAL HEMODYNAMICS IN PATIENTS WITH ARTERIAL HIGH BLOOD PRESSURE

I.N.Shuvalova, I.T.Klimenko (Yalta)

The effectiveness of hydrolaser therapy has been studied on 95 patients with arterial hypertension I gr. hyperkinetic type of hemodynamics. During the trial such indexes were measured: frequency of heart beating, heart contraction index, heart index, the overall resistance of peripherial vessels system, systolic and diastolic arterial pressure. The patients have been divided into three groups. The group I (30 patients) was taken only hydrotherapy, the group II (32 patients) and the group III (33 patients) were taken hydrotherapy plus laser radiation in range of infrared rays (l=890 nm, P on exit 15 mVt, summary dose - 12 J per 1 procedure) and hydroprocedures with laser radiation in range of red rays (l=632 nm, P on exit 15 mVt, summary dose - 12 J per 1 procedure) respectively. As the result of provided treatment course (10 procedures) some progress in improvement of hemodynamics indexes and remission during the first year follow-up have been seen in patients of II and III groups. There was seen evidently hemodynamics transformation from previously hyperkinetic type to eukinetic one in patients of group III.

УДК 614.87:314.4(1-21)

О.Н.ЛИТВИНОВА

ПОЄДНАНИЙ ВПЛИВ СОЦІАЛЬНИХ ТА ЕКОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ НА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ МЕШКАНЦІВ ВЕЛИКОГО МІСТА І УПРАВЛІННЯ ЦИМИ ПРОЦЕСАМИ

Тернопільська державна медична академія

Невпинне погіршення здоров'я людей є прикрою реалією України. Досі охорона здоров'я в Україні, як і загальний соціально-економічний стан суспільства, перебуває у глибокій кризі. Держава не взмозі забезпечити здоров'я нації на рівні "повного фізичного, психічного та соціального благополуччя...". Більше того, здоров'я мешканців України, усіх її регіонів, зокрема і міста Тернополя, невпинно погіршується. Свідченням цього є тривале падіння народжуваності, зростання смертності і захворюваності як загальної, так і за окремими захворюваннями.

Причинами погіршення здоров'я людей є різноманітні чинники соціального, екологічного, психологічного та політичного характеру. Серед них зростаюче психоемоційне навантаження, збільшення концентрації хімічних сполук у довкіллі, житлова проблема, незбалансованість харчування, невизначеність, а також невпевненість у завтрашньому дні тощо. Тому визначення поєднаного впливу на здоров'я людей зовнішніх чинників є сьогодні найважливішою проблемою охорони здоров'я в Україні. Оскільки рівень громадського здоров'я висвітлює не тільки суто медичні питання, а є й одним із інтегральних показників розвитку суспільства, то ця проблема носить державний, а не лише галузевий характер.

Більшість досліджень стану громадського здоров'я, що проводились до сих пір, присвячено вивченню впливу окремих чинників (соціальних, економічних, екологічних, психологічних та ін.) на показники здоров'я. Що стосується поєднаної дії соціальних та екологічних чинників, то подібних робіт виконано буквально одиниці.

Дані літератури однозначно свідчать, що, не дивлячись на численні публікації про шкідливий вплив забрудненого довкілля на здоров'я, залишаються невирішеними проблеми порівняння захворюваності в динаміці, враховуючи динамічні зміни довкілля; немає досконалих методик для визначення поєднаної дії соціальних та екологічних чинників на здоров'я особи. У зв'язку з цим методи прогнозування в біології та медицині видаються недостатньо ефективними, а це потребує пошуків нових підходів до розв'язання проблем екології людини. Потрібно створити таку інформаційну систему, яка описувала б аналіз та обробку результатів досліджень (в умовах слабкої лабораторної бази), давала б змогу імітувати різні ситуації з екології та соціальної сфери, прогнозувати здоров'я населення, розробляти рекомендації щодо корекції поєднаного несприятливого впливу цих чинників на здоров'я населення.

Оскільки соціоекологічні чинники динамічно впливають на здоров'я та один на одного, а система людина — довкілля складається з численних чинників невизначеності, то процес вивчення їх поєднаної дії значно ускладнюється. Для цього ми використали нечіткий опис чинників невизначеності та методику формалізації нечітко описаних даних, які використовуються тоді, коли параметри моделі описуються експертами природною мовою, словесно. Як відомо, формалізація нечітких описів здійснюється на основі теорії нечітких множин і передбачає множинне подання даних.

Для оцінки загальної медико-екологічної ситуації з урахуванням соціоекологічних чинників виникає потреба спільної обробки даних (якісних і кількісних), яка виконується поетапно. Спочатку оцінюють якісні дані за допомогою комп'ютерної інформаційно-аналітичної системи підтримки прийняття рішення (КІАС ППР), внаслідок чого формують одиничні інтервали інтегральних оцінок чинників із заданими функціями відповідності значень з інтервалу, що відповідає деякому терміну – характеристиці екологічної ситуації. На наступному етапі визначені інтервальні оцінки чинників з характерними для них функціями максимально відповідних значень інтервалів використовують як вихідні дані для інтервальної моделі (типу "input–output", або "вхід–вихід") прогнозування медико-екологічної ситуації з урахуванням соціальних чинників. У робочому режимі дії системи при незмінному визначеному експертною системою значенні екологічного показника складають прогноз кількості захворювань для дискретно визначених можливих значень соціального показника рівня життя населення району, що зображають у вигляді графіка.

Ми вивчали поєднану дію соціоекологічних чинників сучасного міста на здоров'я його мешканців, складали прогноз та обгрунтування необхідних за-

© О.Н.Литвинова, 2000

ходів щодо збереження або поліпшення цього здоров'я. Визначали економічну ефективність від зниження рівня захворюваності шляхом зменшення впливу соціальних та екологічних чинників. Крім того, вивчались територіальні особливості здоров'я населення України на рівні держави (в межах областей), області (в межах районів) і міста (в межах соціоекологічних зон). Ці особливості на рівні держави і областей (перший і другий рівні дослідження) були своєрідним тлом для поглибленого розкриття проблеми, а на рівні міста досліджувалися територіальні закономірності таких показників здоров'я, як первинна і загальна захворюваність усього населення і окремо дітей (0-14 років), загальна смертність, дитяча смертність і тимчасова непрацездатність протягом 10 років (1980–1989 рр.). Проводилася також інтегрована оцінка здоров'я за допомогою нормування інтенсивних показників.

Умовно територію держави було поділено (за даними нормованих інтенсивних показників - НІП) на три зони: з незадовільним рівнем здоров'я (оцінки більше 1), задовільним (оцінки від 0,9 до 1) і вище задовільного (оцінки менше 0,9).

Соціоекологічний вплив оцінювався за допомогою інтегрального показника екологічного навантаження та соціального рівня, за яким було виділено шість типів соціоекологічних зон зі шкалою характеристик від "дуже добра" до "незадовільна". Завдяки найбільшому екологічному благополуччю та найвищому соціальному рівню одну із зон (I тип) було обрано за контрольну (з якісними характеристиками "нейтральна" і "дуже добра"). Найнеблагополучнішою зоною (VI тип) з екологічною характеристикою "незадовільна" стала зона, що є центром промислових і транспортних розв'язок, джерелом великого забруднення, з майже відсутнім озелененням, найбіднішим соціальним рівнем, старою забудовою та найнижчим матеріальним забезпеченням мешканців.

Третій рівень дослідження охоплював спостереження за здоров'ям населення на рівні соціоекологічних зон міста. Для цього проводили аналіз рівнів загальної захворюваності та загальної смертності соціоекологічних зон міста Тернополя.

Для розв'язання даної проблеми силами науковців Інституту комп'ютерних інформаційних технологій Тернопільської академії народного господарства, кафедри соціальної медицини Тернопільської медичної академії та співробітниками міської санепідстанції була розроблена методика побудови багатомірної факторної інтервальної моделі, що дає змогу визначати кількісно поєднаний вплив соціальних та екологічних чинників на стан здоров'я мешканців міста, розробляти прогнозні моделі залежності здоров'я людей від заданої ситуації зовнішнього середовища. Інтервальний метод грунтується на даних із похибками в загальному випадку невідомої природи, про які вимагається тільки знання інтервалу можливих значень, тобто використовується властивість похибок бути обмеженими, що найхарактерніше для захворюваності та характеристик зовнішнього середовища.

Аналіз результатів проведеної роботи показав, що здоров'я населення України має суттєві регіональні відмінності. Найгіршим здоров'ям вирізняється східний регіон України та ряд центральних областей, найкращим - деякі західні області. Рівень здоров'я, наприклад, мешканців Вінницької області (один з найгірших показників) в 1,22 раза нижчий у порівнянні з таким у мешканців Тернопільської (найкращий показник) області. Таке коливання рівня здоров'я в одному географічному регіоні держави з приблизно однаковим статево-віковим складом населення, медичним забезпеченням і часткою сільських мешканців свідчить передусім про можливу соціальну зумовленість. Ваговий індекс, який характеризує величину розкиду між мінімальним і максимальним значеннями НІП і визначається шляхом обчислення питомої частки найменшого значення показника від найбільшого, становить 1,29.

Інтегрована оцінка загальної захворюваності дала картину диференціації рівнів її за окремими областями. Так, найвищий рівень загальної захворюваності спостерігався в Черкаській області, де НІП становить 1,168, найнижчий - у Миколаївській області (НІП=0,848). Як бачимо, географічне положення цих областей близьке, то цілком можливо, що впливаючим і визначальним чинником здоров'я населення цих областей був соціальний.

Інтегрована оцінка загальної смертності, як і захворюваності, теж виявила диференціацію рівнів її за окремими областями. Так, найвищий рівень загальної смертності спостерігався в Чернігівській області, де НІП становив 1,22, найнижчий – у Закарпатській області (НІП=0,8). Ваговий індекс при цьому дорівнював 1,53.

Аналогічний аналіз було проведено в районах деяких областей, де також спостерігалася суттєва різниця в рівнях захворюваності та смертності. Так, найнижчий рівень (другий рівень дослідження) захворюваності населення виявився в Тернопільському районі Тернопільської області (НІП дорівнює 0,67), найвищий – у Козівському районі (НІП дорівнює 1,15, ваговий індекс – 1,72). Як бачимо, розкид значення НІП більший, ніж у областях України.

Аналіз загальної смертності показав ще більший розкид значень; ваговий індекс дорівнює 3,27. Найвищий рівень смертності був у Лановецькому районі (НІП=1,33), найнижчий - у Бучацькому (НІП=0,92). Це свідчить про можливий суттєвий вплив соціальних чинників на значення даних показників.

Встановлено, що рівень захворюваності населення був нижчий в соціоекологічній зоні I типу (410,73 ± 18,02)‰, найвищий - у зоні з високими показниками екологічного забруднення та низьким соціальним рівнем (VI тип) (1420,13 ± 27,40)‰, що підтверджується статистично вірогідною різницею рівнів захворюваності між окремими зонами (P<0,05–0,01), а також вірогідною різницею інтегральних оцінок екологічного (P<0,05–0,01) та соціального (P<0,05–0,01) чинників.

Внаслідок аналізу встановлена також суттєва різниця у співвідношенні показників здоров'я (за ваговими індексами) на різних рівнях спостереження (табл.).

Середнє значення вагових індексів загальної захворюваності та смертності населення України становило відповідно 1,41±0,18 та 1,74±0,04, окремих областей - 1,75±0,05 та 2,33±0,19.

Співвідношення показників здоров'я населення України на різних рівнях спостереження за 1981-1992 рр.

Показник здоров'я	Рівень спостереження	
	Область	Район
Смертність загальна	1,53	1,67
Захворюваність первинна	1,59	1,92
Захворюваність загальна	1,41	1,57

Аналіз загальної захворюваності соціоекологічних зон Тернополя показав, що найвищий її рівень спостерігався в районі VI типу, де НІП дорівнює 1,592, найнижчий – I типу (НІП=0,461). Ваговий індекс тут становив 3,453, що свідчить про значно більший розкид значень, ніж по Україні, та більший, ніж в окремих областях.

Аналіз загальної смертності показав, що ваговий індекс дорівнює 5,79. Найвищі рівні смертності встановлені в районі вулиці VI типу (НІП=3,068), найнижчі – IVтипу (НІП=0,531). Серединне значення займає вулиця I типу - НІП=1,108.

Із аналізу бачимо, що чим ближче в дослідженні ми наближаємося до конкретної особи, тим виразніший вплив соціоекологічних чинників, що зумовлюють стан здоров'я населення даної території. Саме цей вплив і формує ступінь прояву різноманітності досліджуваних показників, визначає рівень здоров'я людей, які проживають у тому чи іншому регіоні.

На рівні соціоекологічних територій Тернополя найбільші відмінності спостерігаються в рівнях загальної захворюваності на хвороби органів дихання (3,19 раза, $P<0,05–0,01$), системи кровообігу (5,46 раза, $P< 0,05–0,01$), нервової системи (8,53 раза, $P<0,05–0,01$).

Серед соціальних чинників за переважаючим впливом на стан здоров'я людей виділяються такі, як вища освіта (сила впливу становить 0,313), вживання тютюну та алкоголю (0,211 і 0,499 відповідно), неповноцінність харчування (0,287), місячні доходи на одного члена сім'ї в розмірі 50-100 грн (0,431), житло менше ніж 13 м^2 на одного мешканця (0,76). Це дозволяє вважати наведені чинники визначальними у формуванні рівня здоров'я населення.

Хоча соціальні та екологічні чинники діють на здоров'я людей у поєднанні, однак на різних соціоекологічних територіях спостерігається переважаючий вплив однієї або іншої групи чинників. Це можна виявити за допомогою КІАС ППР, яка дає змогу графічно складати модель прогнозу залежності рівня здоров'я від довільно заданої величини соціального чи екологічного впливу. В разі фіксації одного із них дана модель дозволяє проаналізувати зміну рівнів захворюваності залежно від зміни іншого впливу. Так, при фіксації соціального чинника за допомогою КІАС ГІПР можна змоделювати зміни в здоров'ї людей залежно від змін екологічного впливу і прогнозувати здоров'я даної групи на певну соціоекологічну ситуацію (рис.).

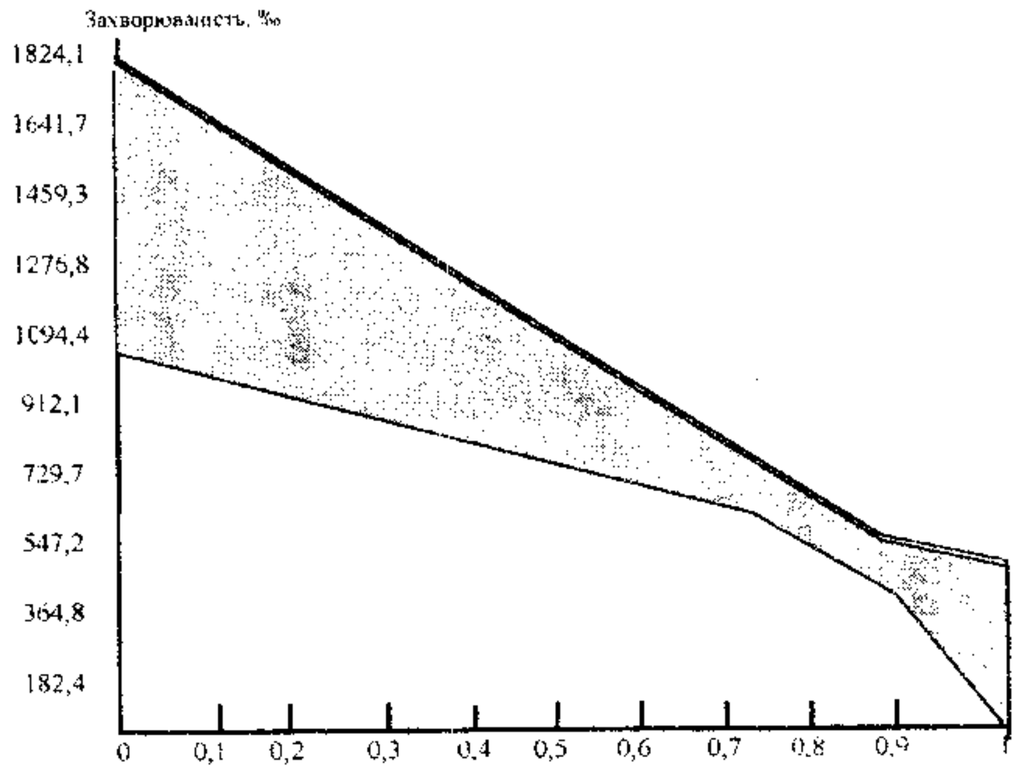

Рис. Прогноз залежності рівня здоров'я людей від впливу соціоекологічних чинників.

Змінюючи значення екологічного та соціального чинників можна прогнозувати рівень захворюваності залежно від зміни стану навколишнього середовища, що особливо важливо для проведення широких соціально-гігієнічних оздоровчих заходів. Такі графіки дозволяють також визначити переважаючу силу впливу того чи іншого чинника. При незначній зміні величини інтегрального показника значно змінюється прогнозний коридор захворюваності. Прогноз захворюваності, знання чинників, що впливають на нього і визначають економічні наслідки, дадуть можливість цілеспрямовано покращити здоров'я людей. В соціоекономічних планах розвитку міста ці дані повинні мати переважаючий характер. Дана система дає досить точні межі прогнозу захворюваності в разі моделювання змін соціальних та екологічних чинників, можливість враховувати множину всіх її можливих значень.

Отже, дану методику можна сміливо використовувати для моделювання соціально-екологічної ситуації з визначенням рівнів захворюваності для певної групи населення в певній соціоекологічній зоні, а також прийняття найоптимальніших управлінських рішень щодо покращання умов проживання людей та збереження їхнього здоров'я.

Економічні збитки від захворюваності в різних соціоекологічних зонах Тернополя коливались від 2,29 ум. од. до 14,04 із розрахунку на одного жите-

ля. Зменшення захворюваності до рівня найсприятливішої соціоекологічної території дає економічний ефект в 2,74 ум. од. із розрахунку на одного мешканця протягом року.

Підсумовуючи наведене вище, можна зробити такі висновки:

1. Здоров'я населення України характеризується суттєвими регіональними відмінностями. Так, у разі умовного поділу території держави за рівнями здоров'я (0,9<НІП>1) на три зони визначено, що до областей із незадовільним рівнем здоров'я (оцінка >1) належать: Харківська, Луганська, Запорізька, Донецька, Дніпропетровська, Чернігівська і Черкаська; із задовільним (оцінки від 0,9 до 1): Львівська, Волинська, Житомирська, Хмельницька, Чернівецька, Київська, Полтавська, Сумська, Кіровоградська, Миколаївська, Одеська, Херсонська, Автономна Республіка Крим; із вище ніж задовільним (оцінки< 0,9): Тернопільська, Рівненська, Івано-Франківська, Закарпатська.

2. Дія соціоекологічних чинників на здоров'я людей поєднана і взаємовпливаюча. При цьому чим менша чисельність людей і територія їх проживання, тим конкретніше проявляється вплив діючих чинників. А в конкретних соціоекологічних зонах на перший план виступає той чи інший (соціальний чи екологічний) чинник, який і визначає розбіжності в здоров'ї. Підтвердженням цьому є середні значення вагових індексів загальної захворюваності та смертності, які по Україні становили відповідно 1,41±0,18 та 1,74±0,04, по окремих областях - 1,75±0,5 та 2,3±0,19, по конкретних соціоекологічних зонах м.Тернополя - 3,45±1,11 та 5,79±1,13.

На рівні locus morbi виявляється, що серед соціальних чинників за переважаючим впливом на стан здоров'я людей виділяються такі: освіта вища (0,313), вживання тютюну та алкоголю (0,211 і 0,499 відповідно), неповноцінність харчування (0,287), місячні доходи на одного члена сім'ї в розмірі 50–100 грн (0,431), житло менше ніж 13 м^2 на одного проживаючого (0,76). Це дозволяє вважати наведені соціальні чинники визначальними у формуванні рівня здоров'я населення.

3. Між різними соціоекологічними зонами в межах одного міста, зокрема Тернополя, існує статистично вірогідна різниця за рівнем і структурою захворюваності населення. Найвразливішими до впливу соціоекологічних чинників є хвороби органів дихання (розкид рівнів захворюваності в 3,19±1,46 раза), системи кровообігу (5,46±1,9 раза), нервової системи (8,53±2,53 раза). Виходячи із специфіки locus morbi, виникає потреба в профільній кадровій модифікації лікувально-профілактичних закладів.

4. Розроблену методику моніторингу і графічного моделювання прогнозу захворюваності за соціоекологічними чинниками у вигляді КІАС ППР, яка є динамічною, математично забезпеченою, сервісною, дозволяє отримувати інтервальний коридор рівнів захворюваності на заданій території залежно від моделюючої ситуації, можна використовувати для прийняття управлінських рішень відповідно до будь-якої ситуації.

5. Покращання соціально-екологічної ситуації на певній території до найсприятливішої приведе до зменшення захворюваності, дасть можливість стабілізувати демографічну ситуацію з економічним ефектом у 2,4 ум. од. з розрахунку на одного мешканця на рік.

СОЧЕТАННОЕ ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ И ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЖИТЕЛЕЙ БОЛЬШОГО ГОРОДА И УПРАВЛЕНИЕ ЭТИМИ ПРОЦЕССАМИ

О.Н.Литвинова (Тернополь)

Отражено сочетанное влияние социальных и экологических факторов на заболеваемость жителей большого города, показана возможность управления этими процессами. Определено экономическую эффективность от снижения заболеваемости путем уменьшения влияния социальных и экологических факторов. Показано, что здоровье населения Украины характеризуется существенными региональными отличиями. Чем ближе в исследовании приближались к конкретной личности, тем выразительнее становилось влияние факторов, формирующих состояние здоровья жителей данной территории. Именно это влияние и обусловливает проявления разнообразия исследуемых показателей, определяет уровень здоровья в том или ином регионе. Предложено с помощью КИАС ППР строить графические модели прогнозирования зависимости уровня здоровья от произвольно заданной величины социального или экологического влияния.

INTERACTION OF SOCIAL AND ECOLOGICAL FACTORS ON MORBIDITY OF URBAN POPULATION AND THE MANAGEMENT OF THESE PROCESSES

O.N.Litvinova (Ternopil)

Mutual influence of social and ecological factors on morbidity of people which lives in cities and the possibility to administrate these processes have been revealed in this article. Economical effectivness defined from decreasing of morbidity by means of reducing social and ecologica factors. The population health in Ukraine is characterized by essential regional differences. As close the research have approached to the concrete personality, as the influence of factors forming the health status of citizens in some areas became more visible. This influence is displaying the variety of indices and defines the health level in either region. Also being suggested with help of PC info- analytical support system of decision making to form a diagram models, which will predict the health level dependence from the free given quantity of social or economical factor.

УДК 614.2.000.34(477)

В.Ф. МОСКАЛЕНКО

СТАН ФОРМУВАННЯ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЇ БАЗИ З ПИТАНЬ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ТА ВІДПОВІДНІСТЬ НАКАЗІВ МОЗ ЧИННОМУ ЗАКОНОДАВСТВУ

Міністерство охорони здоров'я України

В умовах формування в Україні правової державності особливої актуальності набуває правове регулювання суспільних відносин, у тому числі в галузі охорони здоров'я. Цьому сприяє також усвідомлення людством серйозності соціальних наслідків, пов'язаних з результатами медичної діяльності.

Регулюючий вплив права на суспільні відносини в охороні здоров'я полягає в тому, що воно в своїх нормах контролює модель обов'язкової або дозволеної поведінки різних учасників цих відносин, що знаходить своє відображення в наданні пацієнтам певних прав і накладенні на лікарів певних обов'язків.

Законодавство — це система, якість якої залежить від взаємоузгодження її складових елементів. Вершиною цієї системи є закон, наділений, за чинною конституцією, найвищою юридичною силою. Сьогодні діяльність охорони здоров'я регулюється окремими законами та відомчими нормативними актами, що потребує розвитку такої моделі правового забезпечення, яка складалася б із систематизованих законів, уточнених і доповнених підзаконними нормативними актами.

Законодавство України про охорону здоров'я грунтується на Конституції України і Основах законодавства України про охорону здоров'я населення та прийнятих відповідно до них нормативних актах, що регулюють суспільні відносини в галузі охорони здоров'я.

Нормативно-правова база МОЗ України (закони України, Укази Президента, постанови КМУ, накази МОЗ) формувалась відповідно до Основ законодавства України про охорону здоров'я за трьома основними напрямами: медико-санітарна допомога населенню, матеріально-фінансові ресурси системи охорони здоров'я, кадрове та наукове забезпечення галузі.

Основи передбачають державну гарантію прав громадян на охорону здоров'я, багатоукладність форм медичної допомоги, в тому числі й страхову.Цей документ уперше юридично розмежовує поняття охорони здоров'я та медико-санітарної допомоги, виходячи з міжнародного розуміння поняття здоров'я, вводить поняття гарантованого рівня надання медико-санітарної допомоги, яке, на жаль, і досі не впроваджене. Більшість положень Основ мають декларативний характер.

Нині положення Основ доповнюються Законами "Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення", "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення", "Про донорство крові та її компоненти", "Про лікарські засоби", "Про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів та зловживання ними", "Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини" та іншими законами, положення яких стосуються питань охорони здоров'я.

Однак, незважаючи на те, що в Україні йде активний процес правотворчості та прийнято низку нормативно-правових актів з питань охорони здоров'я, стан справ у цій сфері відстає від потреб життя. Зміни політичних та економічних умов в Україні, а також концептуальних підходів до розвитку охорони здоров'я вимагають юридичного визначення принципово нових явищ, таких як приватна медична практика, страхова медицина, ліцензування та акредитація медичних закладів, гарантований рівень медичної допомоги. При цьому наведені поняття вимагають не лише їх термінологічного визначення, але й законодавчого врегулювання суспільних відносин, що складатимуться навколо них. Коло питань, які потребують врегулювання і відповідного наукового обгрунтування, велике і має тенденцію до збільшення у зв'язку з поглибленням процесу реформування.

Деякі проекти законів перебувають на різних стадіях розробки та впровадження. Протягом 1998 р. МОЗ України підготувало 6 проектів Указів Президента України, 6 проектів законів України, 39 проектів постанов КМУ, спрямованих на подальше вдосконалення системи охорони здоров'я і реформування галузі. На 1999 р. заплановано 9 законопроектів і 9 проектів постанов КМУ. А з питань, що на цей час не забезпечені новим законодавством, використовуються нормативні акти колишніх СРСР та УРСР, які поступово приводяться у відповідність чинному законодавству України.

© В.Ф.Москаленко, 2000

Щоб вирішити питання вдосконалення правового забезпечення охорони здоров'я, потрібно проаналізувати, чому її нормативна база не зовсім відповідає вимогам сьогодення. Так, ефективність правового регулювання залежить від такого чинника, як відповідність норм права рівню соціально-економічного розвитку суспільства. Звичайно, в нових політико-економічних умовах більшість прийнятих раніше законодавчих актів вже не відповідають завданням правового регулювання відносин в охороні здоров'я України, тому що кожний регіон має свої територіальні особливості.

На правове регулюзання впливає також рівень досконалості законодавства та правової культури громадян, сутність якої полягає в тому, що всі учасники суспільних відносин повинні знати правові норми, що регулюють ці відносини, чітко уявляти свої права та юридичні обов'язки і неухильно дотримуватись їх. Якщо ж у праві є протиріччя, неузгодженість окремих норм, а деякі норми не мають реальних санкцій, то все це суттєво впливає на рівень ефективності правового регулювання. Однак чинні законодавчо-нормативні акти недостатньо впливають на практичну охорону здоров'я та раціональне формування фінансових ресурсів, оскільки наше законодавство є суперечливим , нестабільним, без чітких механізмів його реалізації. Громадяни України, звертаючись до лікарів, погано знають свої права та обов'язки, оскільки стосунки між лікарем і пацієнтом регулюються, в основному, відомчими нормативними актами, що видаються для службового [illegible] і малодоступні для населення.

[illegible], необхідно доопрацювати законодавчу базу охорони здоров'я так, щоб вона забезпечила еволюційний перехід до нових форм і методів здійснення державної політики в цій сфері, враховувала б потребу входження нашої країни у міжнародну діяльність як із питань охорони здоров'я, так і з захисту прав людини.

Як відомо, нормативно-правові акти втрачають свою силу після закінчення строку чинності, на який вони були прийняті, в разі зміни обставин, для врегулювання яких вони були призначені, скасування даного акта іншими чи спеціально призначеними актами. Тому програма нормотворчої роботи поряд з розробкою та прийняттям нових документів має охоплювати перегляд та експертизу чинних нормативних актів, щоб з'ясувати їх відповідність новим цілям і завданням охорони здоров'я населення України.

Нормативно-правова база галузі вже не раз підлягала перегляду у зв'язку з прийняттям Конституцій 1936, 1978, 1996 років, Основ законодавства України про охорону здоров'я 1992 р. та профільних законів. За сучасних умов був проведений аналіз, первинна та експертна оцінки понад 2000 нормативних актів з охорони здоров'я, починаючи з 1919 р., фахівцями управлінь МОЗ України, КМУ, Міністерства юстиції та Українського інституту громадського здоров'я. В результаті роботи були підготовлені переліки нормативно-правових актів КМУ з питань охорони здоров'я, що втратили чинність, сформована функціонуюча нормативна база МОЗ України, аналізувалися накази МОЗ СРСР, МОЗ УРСР і МОЗ України для виявлення відмінених ними нормативних актів. На другому етапі цієї роботи спеціалісти структурних підрозділів МОЗ України та підпорядкованих йому організацій виявляли накази, які втратили чинність.

Внаслідок експертної оцінки функціонуючої нормативної бази МОЗ України на її відповідність реформуванню галузі та діючому законодавству були визначені потреби управлінь МОЗ, а також науково-практичних об'єднань, підпорядкованих міністерству, в частковій або повній переробці наказів, які стосуються їх діяльності.

Створена інформаційно-пошукова система "База нормативних актів МОЗ", що налічує 5055 записів, дозволяє відслідковувати чинність нормативних актів, зміни та доповнення до них, проводити реєстрацію їх у Міністерстві юстиції України.

Згідно з дорученням Президента України від 02.08.99 №1-14/885, проаналізовано відомчу нормативно-правову базу за 1993-1998 рр. Визначено, що в системі МОЗ України за цей період близько 600 наказів нормативного характеру врегульовують найактуальніші, пріоритетні та ситуаційні проблеми в розвиток законів України, Указів Президента і рішень уряду. З них 56 наказів було скасовано у зв'язку зі змінами у чинному законодавсті.

За результатами експертизи підлягали переробці 384 накази МОЗ СРСР та МОЗ УРСР, видані до 1991 р. Нині підготовлено та видано 75 проектів і нових наказів, 32 накази опрацьовуються в структурних підрозділах МОЗ, 218 - в науково-дослідних інститутах, вищих навчальних закладах та інших організаціях, підпорядкованих МОЗ України. До скасування рекомендовано 59 наказів як таких, що не відповідають чинному законодавству.

Отже, система відомчих нормативно-правових актів МОЗ України врегульовує правові відносини з питань охорони здоров'я, які регламентуються чинним законодавством.

СОСТОЯНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЙ БАЗЫ УКРАИНЫ ПО ВОПРОСАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СООТВЕТСТВИЕ ПРИКАЗОВ МЗ ДЕЙСТВУЮЩЕМУ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВУ

В.Ф. Москаленко (Киев)

Освещены вопросы научного обоснования усовершенствования правового обеспечения системы здравоохранения Украины. Доказана необходимость доработки существующей законодательной базы отрасли, чтобы она отвечала требованиям сегодняшенего дня, обеспечивала эволюционный переход к новым формам и методам осуществления государственной политики в сфере здравоохранения.

FORMATION STAGE OF LEGAL BASE OF UKRAINE IN THE PUBLIC HEALTH AND THE ADEQUACY OF HEALTH MINISTRY'S ORDERS TO ACTIVE LEGISLATION

V.F.Moskalenko (Kyiv)

The questions of scientific substantiation for the legal support improvement of public health system in Ukraine are under consideration. The necessity to improve the active legislation of PHS according to nowaday requirements is adduced to ensure the evolutionary transition to new forms and methods of the PHS state policy.

УДК 614.23.000.34

Г.М.МОСКАЛЕЦЬ, В.М.ЩЕПАНЯК, В.Б.ПОДРУШНЯК, А.Л.КАРЛОВА, Т.М. СМІРНОВА, Л.Д.ІВАНЕНКО, Н.В.ЯКУТОВИЧ, В.І.АКСЕНОВА, Н.М.ЛЕЩУК (Київ)

ПОТРЕБИ ЛІКАРІВ У НОРМАТИВНО-ПРАВОВІЙ ІНФОРМАЦІЇ ТА ШЛЯХИ ЇХ ЗАДОВОЛЕННЯ

Український інститут громадського здоров'я

Важливими складниками правової політики у демократичних країнах є створення умов для реалізації громадянами своїх прав і свобод, забезпечення їм доступу до права, що означає можливість отримання ними широкої правової інформації та належної юридичної допомоги. Кожен із цих складників має своє юридичне підгрунтя, форми і механізми реалізації. Необхідним засобом доступу громадян до права у демократичних країнах є правова просвіта, яка має насамперед правозахисний характер, формує позитивне ставлення громадян до державних інститутів, поширює популярні знання. Правова просвіта – це набуття громадянами необхідних для життєзабезпечення правових знань.

Питання про правову просвіту громадян України є особливо актуальним у зв'язку з потребою виховання законослухняних громадян та активної їх участі у формуванні правової держави, забезпечення інформацією з чинного законодавства і практики його застосування задля компетентного вирішення приватних і публічних питань, ефективної профілактики правопорушень, формування правової культури європейського типу, яка дозволить громадянам , а разом з ними і державі інтегруватись з європейським і світовим правовим простором. В умовах реформування українського суспільства, його правової системи правова просвіта громадян є інноваційним інструментом, засобом, що прискорює модернізацію застарілих правових форм регулювання суспільних відносин [1].

Правова інформація в розумінні норм права – це те, що усуває невизначеність, це знання, відомості, які можуть бути практично використані для орієнтації в певній ситуації, для вибору варіанта поведінки, що веде до мети. Цінність інформаційного підходу до норм права полягає насамперед у тому, що він дозволяє немовби поєднати в межах загальної моделі різнорідні явища – право, управління, правосвідомість, правозастосовчу діяльність – і підвести їх під своєрідний загальний знаменник – інформацію. Це дозволяє в теорії створити досить стрункy модель системи, виявити раніше непомічені зв'язки і закономірності, а на практиці – розрахувати в майбутньому оптимальний режим функціонування тієї чи іншої підсистеми, зокрема права. Правова інформація має два аспекти: загальну інформаційну дію права та інформаційну дію, що здійснюється через систему юридичних засобів, тобто через механізми правового регулювання.

Проблемним залишається питання доцільності єдиного джерела офіційної публікації нормативно-правових актів різних рівнів. Розрізнена форма правової інформації створює певні труднощі щодо її використання громадянами і застосування виконавчим органом, а також іншими суб'єктами права.

Невирішеною залишається проблема забезпечення правовою інформацією громадян СНД. Обмін офіційними виданнями незалежних держав проводиться на низькому рівні, що, в свою чергу, створює труднощі у реалізації прав і свобод громадянами, які раніше проживали в єдиній державі.

Гостро відчувається потреба в посиленні правової освіченості населення і медичних працівників, активізації профілактики правопорушень у медичних колективах, створенні громадських організацій, що відстоюють інтереси пацієнтів, участі громадськості в управлінні закладами охорони здо-

© Г.М.Москалець, В.М.Щепаняк, В.Б.Подрушняк та ін., 2000

ров'я. Медичні заклади мають бути відкритими для громадського контролю.

Потреба в правовій допомозі у сфері охорони здоров'я зростає з кожним днем. Пацієнти потребують правової підтримки своїх майнових вимог до медичних організацій, що витікають із спричиненої шкоди здоров'ю, втрат, моральних збитків під час отримання медичних послуг чи медичної допомоги. Медичні організації зацікавлені у забезпеченні спокійної практичної діяльності, що стає можливим тоді, коли вона захищена юридичними засобами. І пацієнтам, і лікарям потрібно, щоб їх проблеми вирішувалися з професійним розумінням сутності медичної практики і на основі виваженого ставлення до вимог закону і наявних правових питань [2].

Досвід розвинутих країн свідчить про існування такої закономірності: чим вище культура людей, тим краще їх життя. Особливу роль у визначенні характеру соціального життя відіграє соціальна культура людей, тобто культура суспільних відносин між людьми, складником якої і є правова культура. Відповідно до цієї концепції принцип верховенства права є непродуктивним і має бути замінений на принцип верховенства культури, в тому числі й правової, бо саме соціальна культура визначає, яким буде закон і як він буде використовуватись.

Отже, виходячи з принципу верховенства правової культури, для забезпечення економічного благополуччя потрібно насамперед сприяти формуванню правової культури, спрямовуючи зусилля на розвиток в Україні просвітництва і ринку [3].

Нами проводилось соціологічне дослідження потреб лікарів у нормативно-правовій інформації та шляхів їх задоволення.

Мета дослідження – шляхи задоволення потреб лікарів центральних районних (ЦРЛ), міських та обласних лікарень, НДІ в нормативно-правовій інформації.

Методом анкетування було проведено опитування 429 лікарів лікувальних закладів і наукових співробітників НДІ, що відповідає вимогам репрезентативності вибіркової сукупності.

Під час проведення соціологічного дослідження вивчалися потреби лікарів і наукових співробітників у юридичних консультаціях залежно від таких чинників, як місце роботи (ЦРБ, міська й обласна лікарні, НДІ), спеціальність ("Організація й управління охороною здоров'я", "Терапія", "Хірургія", "Педіатрія" та ін.), посада (головний лікар, завідувач відділення, лікар-спеціаліст, науковий співробітник), трудовий стаж (<10 років, 10–20 років, >20).

Як свідчать одержані дані, потреба лікарів у юридичних консультаціях найбільше проявляється у тих фахівців, які працюють в обласних лікарнях, ЦРЛ (відповідно у 70,1і 69,4% лікарів-респондентів). Набагато менший цей показник у лікарів, що працюють в НДІ (51,3%) і міських лікарнях (54,9%).

Виявлена закономірність пояснюється тим, що фахівці як ЦРЛ, так і обласних лікарень мають об'єктивну потребу в правовідносинах з колегами цілої мережі дільничних і центральних районних лікарень, що, в свою чергу, зумовлює потребу в юридичних консультаціях. При цьому слід зазначити, що потреби в юридичних консультаціях у лікарів ЦРЛ пов'язані більшою мірою з роз'ясненням правових норм у нормативних актах, ніж із наявністю та змістом зазначених документів (41,2% проти 30,6), в той час як у їх колег, які працюють в НДІ, спостерігається зворотна залежність – вони більшу зацікавленість проявляють щодо наявності та змісту нормативних документів (46,7% проти 34,7). Цей факт можна пояснити тим, що співробітники НДІ мають значно більшу можливість ознайомитися з потрібними їм нормативно-правовими актами як у бібліотеці своєї установи, так і в обласній чи державній (як це, наприклад, є в Києві) медичній бібліотеці.

Щодо лікарів міських і обласних лікарень, то вони мають в рівних пропорціях потребу в юридичних консультаціях як з наявності та змісту нормативних актів, так і з роз'яснення правових норм у нормативних актах. Лікарі, що працюють в ЦРЛ і обласних лікарнях, більшою мірою, ніж їх колеги із міських лікарень і НДІ, мають потреби в юридичних консультаціях з рекомендацій щодо організації діяльності. Це явище пояснюється тим, що питання організації профільних медичних служб відображені у відомчих нормативно-правових актах (наказах) Міністерства охорони здоров'я України, які надсилаються управліннями охорони здоров'я держадміністрацій в обов'язковому порядку в обласні лікарні, і не завжди їх отримують міські і, особливо, центральні районні лікарні.

Потреби в юридичних консультаціях найбільше задовольняються шляхом звертання до юриста у межах галузі у фахівців, які працюють в НДІ (33,3%), оскільки вони мають більше можливостей одержати консультацію у юриста апарату МОЗ України. Аналогічний показник у лікарів міських лікарень має найменшу величину (18,3%). Майже однакові величини мають показники задоволення потреб лікарів різних типів лікувальних закладів у юридичних консультаціях шляхом звертання до юристів за межами галузі (від 25,6 до 27,1 %). Виняток становлять лікарі, які працюють у клініках НДІ. Вони дещо рідше звертаються до юристів за межами галузі (21,3%), проте частіше, ніж колеги, які працюють в ЦРЛ і міських лікарнях, задовольняють потреби в юридичних консультаціях іншим шляхом (в бібліотеці, передплачують юридичні видання тощо). В поодиноких випадках іншим шляхом одержують знання з питань правового забезпечення охорони здоров'я лікарі обласних лікарень.

На потребу лікарів в юридичних консультаціях чітко проявила вплив їх спеціальність. Причому цей вплив має два аспекти. По-перше, зазначений показник у більшості респондентів різних спеціальностей високий (від 63,6% серед лікарів хірургічного профілю до 73,1% – фахівців за спеціальністю "Ор-

ганізація та управління охороною здоров'я"). Найбільша потреба в юридичних консультаціях у лікарів-організаторів охорони здоров'я пояснюється тим, що вони повинні мати правові знання не тільки управлінського напряму, а й з організації та специфіки технології лікувально-профілактичних процесів за основними лікарськими спеціальностями.

Слідом за попередньою групою респондентів за величиною досліджуваного показника ідуть фахівці-терапевти (66,7%). Даний факт пов'язаний з тим, що група спеціальностей терапевтичного напряму складається з таких похідних спеціальностей, як пульмонологія, кардіологія, ревматологія, гастроентерологія, ендокринологія, нефрологія, алергологія, гематологія, дієтологія, фізіотерапія, лікувальна фізкультура та спортивна медицина, функціональна та ультразвукова діагностика, швидка медична допомога, генетика, імунологія. А діяльність спеціаліста з будь-якої з наведених спеціальностей регламентується нормативно-правовими актами, зміст яких потрібно добре знати. Аналогічна картина спостерігається в групі лікарів-хірургів, до якої входять фахівці таких похідних спеціальностей: серцево-судинна хірургія, торакальна хірургія, нейрохірургія, анестезіологія, ортопедія і травматологія, урологія, ендоскопія, проктологія, онкологія, онкологічна хірургія, онкологічна гінекологія, онкологічна оториноларингологія.

По-друге, величина потреб в юридичних консультаціях перебуває в прямо пропорційній залежності від кількості похідних спеціальностей розглянутих вище груп лікарів. Виявлену закономірність також засвідчує зазначений показник у групі інших спеціальностей, величина якого (60%) більша, ніж у групі педіатрів, оскільки респонденти першої групи були лікарями таких спеціальностей, як "Офтальмологія", "Оториноларингологія", "Фтизіатрія", "Неврологія", "Дерматовенерологія", "Рентгенологія", "Стоматологія", "Медико-профілактична справа", діяльність яких урегульована значно більшою кількістю нормативно-правових актів.

Спеціалісти з організації та управління охороною здоров'я мають також найвищі в порівнянні з іншими групами спеціальностей потреби в юридичних консультаціях з наявності та змісту нормативних актів, роз'яснення правових норм у нормативних актах, рекомендацій щодо організації діяльності (відповідно 57,7; 53,8; 42,3%).

Слід зазначити, що останній вид потреб найменше проявляється у групі лікарів-хірургів (19,5%) та інших спеціальностей, що, на наш погляд, пояснюється більшими потребами в методичних посібниках з проведення хірургічних операцій і різних лікувальних процедур, ніж рекомендаціях стосовно організації їх діяльності. Задоволення потреб в юридичних консультаціях шляхом звертання до юриста як у межах галузі, так і за її межами, а також іншим шляхом найбільше спостерігається у лікарів з організації та управління охороною здоров'я. Щодо інших груп фахівців, то слід зазначити, що спеціалісти з педіатрії майже в 2 рази рідше в порівнянні з терапевтами і хірургами звертаються за консультаціями до юриста у межах галузі.

Як показали результати дослідження, на потребу в юридичних консультаціях виразно впливає посада лікарів. Зокрема, категорія лікарів-керівників (головні лікарі, їх заступники, завідувачі відділень) статистично вірогідно більше, ніж лікарі-спеціалісти, мають зазначену потребу (χ^2 дорівнює 86,81 проти його критичного значення, рівного 3,84). Переважання цього показника у керівників закладів охорони здоров'я та структурних підрозділів пов'язане з потребою зазначеної категорії лікарів знати правове врегулювання відносин пацієнта не тільки з лікарями-лікувальниками, а й з адміністрацією лікувальних закладів. Меншу потребу в юридичних консультаціях серед наукових співробітників (53,8%) можна пояснити тим, що правові знання одержують вони насамперед із друкованих наукових джерел, що є головним атрибутом підвищення рівня професійних знань і правової культури.

Лікарі-організатори охорони здоров'я мають найбільшу потребу в юридичних консультаціях з наявності та змісту нормативних актів, роз'яснення правових норм у нормативних актах, рекомендацій щодо організації діяльності. Саме з останнього виду потреб лікарі-керівники закладів охорони здоров'я та їх структурних підрозділів найбільше відрізняються від наукових співробітників (відповідно 52,6% проти 11,5%, χ^2 дорівнює 19,16 проти його критичного значення, рівного 3,84). Слід зазначити, що наукові співробітники серед потреб в юридичних консультаціях віддають перевагу питанням наявності та змісту нормативних актів у порівнянні з роз'ясненням правових норм у нормативних актах і рекомендаціями щодо організації діяльності (відповідно 44,2% проти 26,9 і 11,5%). Організатори охорони здоров'я в порівнянні з лікарями-спеціалістами і науковими співробітниками в 2–2,5 раза більше задовольняють потреби в юридичних консультаціях звертанням до юриста як у межах галузі, так і за її межами.

На потреби лікарів у юридичних консультаціях під час виконання службових обов'язків певною мірою впливає трудовий стаж. Зокрема, у лікарів з трудовим стажем 10–20 років потреба в юридичних консультаціях була найбільшою (66,6%). Даний факт можна пояснити тим, що серед цієї групи лікарів-респондентів було більше організаторів охорони здоров'я, ніж у групах лікарів з трудовим стажем до 10 років і більше 20. У порівнюваних групах значної різниці не виявлено в потребах в юридичних консультаціях із наявності та змісту нормативних актів, роз'яснення правових норм у нормативних актах і рекомендацій щодо організації діяльності. В той самий час лікарі з трудовим стажем більше 20 років у порівнянні з іншими групами мають більшу потребу в юридичних консультаціях з рекомендацій щодо організації діяльності.

Задоволення потреб в юридичних консультаціях найбільш пасивно здійснюють лікарі з трудовим

стажем до 10 років. Вони в 2 рази рідше, ніж представники інших двох категорій, звертаються до юриста у межах галузі, а також мають менші потреби щодо консультацій у юриста за межами галузі. Це явище, можливо, пов'язане з тим, що представники наймолодшої за трудовим стажем групи лікарів консультуються з правових питань зі своїми старшими колегами.

Одним із нормативних показників правової культури лікарів і наукових співробітників є їх участь у підготовці нормативно-правових актів. Отримані в дослідженні дані свідчать, що на зазначений процес впливає рівень закладу охорони здоров'я, в якому працюють лікарі-респонденти. Зокрема, найчастіше беруть участь у підготовці нормативно-правових актів лікарі, що працюють в НДІ (58,7%). Об'єктивність приведених даних підтверджують матеріали одного з фрагментів дослідження динаміки переробки наказів МОЗ СРСР і МОЗ УРСР, які показують, що управління МОЗ України більшу частину відомчих нормативних актів надсилали на переробку саме в НДІ. Різниця величин показників, що характеризують участь у підготовці нормативно-правових актів спеціалістів ЦРЛ, міських і обласних лікарень у порівнянні з лікарями з НДІ, статистично вірогідна (значення χ^2 в межах 11,30–24,56 проти його критичного значення, рівного 3,84).

Лікарі, що працюють в НДІ як установі найвищого рівня системи охорони здоров'я, мають найбільшу потребу в інформації з правових питань, яка була підсилена завданням МОЗ України щодо підготовки проектів законів України та переробки чинних відомчих нормативних актів. В результаті переважна більшість (68%) співробітників НДІ констатувала зазначену потребу. Згідно з робочою гіпотезою, лікарі ЦРЛ рідше залучаються до підготовки наказів свого закладу, що розробляються в розвиток відомчих нормативних актів МОЗ України. Цю гіпотезу було підтверджено результатами даного соціологічного дослідження. Фахівці ЦРЛ мають найменшу потребу в інформації з правових питань (28,2%) в порівнянні зі своїми колегами, що працюють у міських і обласних лікарнях, і, тим більше, в НДІ. Відмінності у величинах досліджуваних показників статистично вірогідні (значення χ^2 дорівнює 12,70 проти його критичного значення, рівного 3,84). Слід зазначити, що частині лікарів-респондентів (від 4,7% серед працюючих в ЦРЛ до 14,6% серед опитаних із міських лікарень) важко відповісти щодо наявності в них потреб підвищувати рівень своєї правової культури. Хоча й високі, але незначно відрізняються між собою показники щодо доцільності, на думку лікарів-респондентів, розробки методичних рекомендацій з питань нормативно-правового забезпечення системи охорони здоров'я.

Спеціальність лікарів мала чіткий вплив на їх участь у підготовці нормативно-правових актів. Найбільшу величину цього показника мають фахівці за спеціальністю "Організація і управління охороною здоров'я" (92,3%). Даний факт пояснюється тим, що підготовку місцевих нормативних документів, а також відомчих правових актів за завданням МОЗ України на заключному етапі завжди контролює й узгоджує організатор охорони здоров'я в особі керівника закладу охорони здоров'я чи його структурного підрозділу. Фахівці за спеціальністю "Терапія", "Хірургія", "Педіатрія" в порівнянні зі спеціалістами з організації та управління охороною здоров'я в 8 разів ($\chi^2 = 26,42$) рідше беруть участь у підготовці проектів законів України, наказів МОЗ та інших нормативних актів. Більші показники зазначеної діяльності, наприклад спеціалістів з терапії, ніж з хірургії, пов'язані певною мірою з тим, що МОЗ України направило на переробку накази МОЗ СРСР і МОЗ України, які здебільшого стосуються терапевтичного профілю.

Така сама закономірність, як і в підготовці нормативних актів, спостерігається щодо потреб в інформації з правових питань. Питома вага лікарів, які відчувають зазначену потребу, поступово зменшується (від 88,5% серед фахівців за спеціальністю "Організація і управління охороною здоров'я" до 27,8% серед спеціалістів-педіатрів, χ^2 в межах 4,60 – 19,20). Досить високі показники (в діапазоні 72,2–90%) стосовно думки лікарів-респондентів про доцільність розробки методичних рекомендацій з правових питань у фахівців усіх спеціальностей.

Результати досліджень щодо впливу посади лікарів на їх участь у підготовці нормативно-правових актів показали, що найбільше зазначеним видом діяльності займаються керівники (головні лікарі, завідувачі відділень). Особливо відрізняються показники у лікарів-керівників і рядових лікарів-спеціалістів. Частіше беруть участь (більше ніж у 3 рази) у підготовці нормативно-правових актів наукові співробітники в порівнянні з лікарями-спеціалістами. Виявлена закономірність також характерна й для потреб в інформації з правових питань, хоча їх величини дещо більші, ніж участі трьох порівнюваних за посадою груп лікарів у підготовці нормативно-правових документів. Переважна більшість лікарів незалежно від їх посади вважають доцільними розробки методичних рекомендацій з правового регулювання відносин у системі охорони здоров'я. Показники із зазначеного питання коливаються в межах 83–96,2%. Проте найбільша питома вага респондентів, які вважають за доцільне розробку методичних рекомендацій з питань правового забезпечення системи охорони здоров'я, серед наукових співробітників (96,2%).

Результати дослідження підтвердили робочу гіпотезу щодо прямо пропорційної залежності участі лікарів у підготовці нормативно-правових актів від їх трудового стажу. Зокрема, фахівці з трудовим стажем більше 20 років мають показники з цього виду діяльності статистично вірогідно вищі, ніж лікарі, які працюють за спеціальністю менше 10 років (χ^2 дорівнює 30,87 проти його критичного значення, рівно-

го 3,84). Це пов'язано з тим, що представники першої групи мають більший досвід професійної діяльності, і тому керівники закладів охорони здоров'я частіше доручають їм розробляти проекти як законодавчих, так і підзаконних актів. Логічно, що лікарі з трудовим стажем 10–20 років більшою мірою в порівнянні з фахівцями інших стажових груп фахівців мають потребу в інформації з правових питань. Особливо відрізняються показники з цього виду потреб даної групи в порівнянні з лікарями, трудовий стаж яких становить менше 10 років (55,1% проти 38,1%). Майже одностайно думають лікарі-респонденти всіх стажових груп щодо доцільності розробки методичних рекомендацій нормативно-правового характеру, про що свідчать величини показників з цього питання (86,4–88,8%).

Аналіз даних про обсяг нормативно-правової інформації, яку одержують лікарі, свідчить, що з трьох відповідей– достатній для роботи, більш ніж достатній, недостатній – найчастіше зустрічалась остання незалежно від місця роботи, типу лікарняного відділення, спеціальності, посади і трудового стажу лікарів-респондентів.

Під час розгляду оцінок лікарями обсягу правової інформації залежно від їх місця роботи з'ясувалось, що найбільшу питому вагу фахівців, які одержують скоріше недостатній для роботи обсяг нормативно-правової інформації, мають лікарі, що працюють у ЦРЛ (52,9%), а найменшу – обласних лікарень. Це пояснюється тим, що у першої категорії лікарів є менша можливість ознайомитися з правовою інформацією в обласних медичних бібліотеках, а також одержати відомчі нормативні акти від управлінь охорони здоров'я обласної держадміністрації.

Аналіз даних щодо обсягу правової інформації, яку одержують лікарі залежно від їхньої спеціальності, показав, що про недостатній для роботи обсяг інформації з правового врегулювання функціонування галузі найчастіше зазначають фахівці з організації та управління охороною здоров'я (61,6%), оскільки саме їм як керівникам закладів охорони здоров'я доводиться розробляти й узгоджувати проекти нормативно-правових актів. Різниця між показниками щодо недостатнього обсягу правової інформації у фахівців з організації та управління охороною здоров'я в порівнянні з такими за спеціальністю "Терапія" статистично вірогідна (значення χ^2 становить 18,89 проти його критичного значення, рівного 3,84). Майже кожний п'ятий лікар-респондент усіх категорій за спеціальністю зазначив, що одержує більше ніж достатній обсяг інформації з питань правового забезпечення функціонування системи охорони здоров'я.

Внаслідок аналізу даних щодо обсягу правової інформації, яку одержують лікарі залежно від їх посади, виявлено, що найбільшу питому вагу осіб, які одержують недостатній для роботи обсяг інформації з питань правового врегулювання системи охорони здоров'я (61,6%), становлять наукові співробітники. Зазначений показник статистично вірогідно вищий у головних лікарів, їх заступників, завідувачів відділень у порівнянні з науковими співробітниками (значення χ^2 становить 6,97 проти його критичного значення, рівного 3,84). Це підтверджується й тим, що серед наукових співробітників найменша кількість респондентів, які зазначили, що обсяг правової інформації, яку вони одержують, більше ніж достатній (7,7%) і достатній для роботи (1,9%). Приведені дані пояснюються тим, що науковим співробітникам, так само як і організаторам охорони здоров'я, у порівнянні з представниками інших посад доводиться виконувати найбільші за обсягом роботи з підготовки проектів законів України, наказів МОЗ України, переробляти накази МОЗ СРСР і МОЗ УРСР. Це потребує постійного отримання інформації про нові закони і підзаконні акти, відповідно до яких мають вноситися зміни й доповнення у чинні нормативно-правові акти.

На обсяг правової інформації, яку отримують лікарі, певною мірою впливає трудовий стаж за спеціальністю. Про найбільш недостатній для роботи обсяг інформації з питань правового забезпечення галузі свідчать фахівці з 10–20-річним стажем (54,2%). Пояснюється це тим, що молоді лікарі зі стажем роботи до 10 років більше проявляють ініціативи щодо підвищення свого професійного та правового рівня, а серед спеціалістів зі стажем понад 20 років значна частина організаторів охорони здоров'я, яким за функціональними обов'язками доводиться більше, ніж іншим категоріям лікарів, приділяти увагу набуттю правових знань.

Рівень правових знань лікарів під час соціологічного дослідження оцінювався як високий, добрий, задовільний і незадовільний. Переважна більшість лікарів-респондентів усіх категорій, на які вони були розподілені в процесі дослідження, оцінювали свій рівень як задовільний, і тільки в поодиноких випадках – як високий.

Як свідчать результати дослідження, на рівень правової культури лікарів впливає їхнє місце роботи. Так, фахівці, що працюють в ЦРЛ, частіше, ніж їх колеги з інших місць роботи (міська та обласна лікарні, НДІ), оцінювали рівень своїх правових знань як задовільний (відповідно 58,8% проти 36,6; 34,3; 54,7%) і добрий (відповідно 15,3% проти 8,6, 13,4; 8%). Це, можливо, пояснюється тим, що для участі лікарів ЦРЛ у підготовці наказів чи інших документів місцевого значення їх правозих знань було певною мірою достатньо. Дані щодо підвищення правовової культури лікарів свідчать, що понад 2/3 респондентів вважають найефективнішим заходом прослуховування лекцій (від 65,3% серед співробітників НДІ до 74,6% серед лікарів обласних лікарень). Значно менше респондентів, за винятком лікарів ЦРЛ, вважають, що підвищити рівень правової культури можна шляхом проходження післядипломної освіти (від 28% до 36,6). Слід зазначити, що співробітники НДІ вважають прийнятними також для підвищення рівня правової культури й інші заходи (робота з нормативно-правовими документами в бібліотеках, базах даних тощо).

Дані дослідження щодо рівня правових знань лікарів залежно від їхньої спеціальності показують, що задовільну самооцінку найчастіше давали фахівці з організації та управління охороною здоров'я (61,5%) в порівнянні з лікарями за спеціальністю "Терапія", "Хірургія", "Педіатрія". Лікарі-респонденти всіх груп, на які вони були розподілені за спеціальністю, серед заходів підвищення правової культури одностайно віддають перевагу прослуховуванню лекцій (67,5–72,2%). Крім того, вони вважають також ефективним заходом для збагачення знань із питань правового забезпечення охорони здоров'я проходження післядипломної освіти.

Під час дослідження виявлено певний вплив посади лікарів-респондентів на самооцінку рівня правових знань. Керівники закладів охорони здоров'я та їх структурних підрозділів статистично вірогідно частіше порівняно з рядовими лікарями-спеціалістами оцінюють свій рівень правової культури як задовільний (χ^2 дорівнює 21,82 проти його критичного значення, рівного 3,84). Головні лікарі, їх заступники, завідувачі відділень також частіше, ніж лікарі-спеціалісти і наукові співробітники, дають оцінку свого рівня правових знань як добрий. За даними дослідження, серед організаторів охорони здоров'я питома вага осіб, які вважають одним із заходів підвищення правової культури прослуховування лекцій, значно більша, ніж серед лікарів-спеціалістів і наукових співробітників (відповідно 86% проти 67,5 і 65,4%). Найбільші показники щодо проходження післядипломної освіти як заходу підвищення правової культури мають лікарі-спеціалісти в порівнянні з керівниками закладів охорони здоров'я та науковими співробітниками (відповідно 45,5% проти 40,4 і 34,6%).

Як свідчать результати дослідження, рівень правових знань певною мірою залежить від трудового стажу лікарів. Так, лікарі-респонденти, які мають трудовий стаж більше 20 років, частіше, ніж лікарі з трудовим стажем до 10 років і 10–20 років, оцінюють свій рівень правової культури як добрий (відповідно 16,9% проти 8,3 і 7,5%). Дещо більша питома вага фахівців, які оцінили свій рівень правових знань як незадовільний, серед лікарів, що мають трудовий стаж до 10 років, ніж у групах з більшим трудовим стажем. Приведені приклади підтвердили робочу гіпотезу відносно прямо пропорційної залежності рівня правових знань від трудового стажу. Лікарі всіх розділених за трудовим стажем груп віддали перевагу прослуховуванню лекцій перед проходженням післядипломної освіти як заходу підвищення правової культури. Слід зазначити, що серед лікарів, які мають трудовий стаж до 10 років, найбільше респондентів, які вважають прийнятними також інші заходи підвищення правової культури, такі як самоосвіта в медичних бібліотеках, використання баз даних нормативно-правових документів.

Список літератури

1. *Годованець В., Кампо В., Тертичний В.* Правова просвіта громадян України: методологічні проблеми розроблення концепції //Право України. – 1999. – №1. –С.27–30.
2. *Тихомиров А.* Права и обязанности медика: по професии или по месту работы // Мед.газ. – 1998. – 4 февр.
3. *Костенко О.* Правова культура і економічна безпека // Право України. – 1999. –№3.–С.85–86.

ПОТРЕБНОСТИ ВРАЧЕЙ В НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЙ ИНФОРМАЦИИ И ПУТИ ИХ УДОВЛЕТВОРЕНИЯ

Г.М.Москалец, В.М.Щепаняк, В.Г.Подрушняк, А.Л.Карлова, Т.Н.Смирнова, Л.Д.Иваненко, Н.В.Якутович, В.И.Аксенова, Н.М.Лещук (Киев)

Представлены материалы социологического исследования потребностей врачей ЦРБ, городских и областных больниц и НИИ в нормативно-правовой информации и путей их удовлетворения в зависимости от места работы, специальности, должности и трудового стажа указанных контингентов. На потребность врачей и научных сотрудников в юридических консультациях при исполнении служебных обязанностей, а также на объем нормативно-правовой информации, которую они получают, наиболее выраженное влияние оказывала должность респондентов. Участие врачей и научных сотрудников в подготовке нормативно-правовых актов (законов, приказов и т.п.) в значительной степени зависело от их места работы и трудового стажа.

PHYSICIANS' NEEDS IN LEGAL INFORMATION AND WAYS OF THEIR REALIZATION

N.M.Moskalets, V.M.Shchepnyak, V.B.Podrushnyak, A.L.Karlova, T.N.Smirnova, L.D.Ivanenko, N.V.Yakutovich, V.I.Aksyonova, N.M.Leshchuk (Kyiv)

The article represents a sociologic research on physicians' needs from regional, oblast and urban hospitals and research institutes in legal information and ways of their realization depending on the working place, occupation, position and record of work. The necessity of physicians and scientists from in-service juridical advices and the capacity of juridical information which they receive are the most influenced by the working position of respondents. The participation of physicians and scientists in legal instruments' formation was highly depended on their job position and record of work.

УДК 614.2:338.2

А.І.ЛІТВАК

АНАЛІЗ І ОЦІНКА ФІНАНСОВО-ЕКОНОМІЧНОГО СТАНУ БЮДЖЕТНОЇ МЕДИЧНОЇ УСТАНОВИ

Одеська обласна лікарня

Під фінансовим станом медичного закладу розуміють його здатність фінансувати витрати на надання медичної допомоги населенню. Фінансовий стан бюджетного закладу характеризується забезпеченістю фінансовими, матеріальними та іншими ресурсами, здатними покрити витрати на медичну допомогу, гарантувати певний рівень доступності та якості медичних послуг, а також ефективне використання обмежених ресурсів.

Стабільність медичного закладу і його стійкість по відношенню до внутрішніх і зовнішніх дестабілізуючих чинників залежить від раціонального та ефективного використання всіх доступних ресурсів, від виконання всіх внутрішніх і зовнішніх фінансових зобов'язань перед фізичними і юридичними особами, обсягу залучених коштів і матеріальних ресурсів із позабюджетних джерел. Це визначається ефективним управлінням, постійним аналізом витрат і фінансових надходжень, співвідношенням потреб у фінансах з реальними можливостями їх надходжень. Усьому цьому має сприяти медико-економічний аналіз, складовою частиною якого є аналіз фінансів медичного закладу.

Діюче до 1999 р. правове поле дозволяло залучати додатково до бюджету позабюджетні кошти у вигляді гуманітарної допомоги, спонсорства, добровільних внесків і пожертвувань грошових коштів і матеріальних ресурсів фізичними та юридичними особами безпосередньо закладу або через добродійні фонди і каси, а також платних медичних, сервісних і госпрозрахункових послуг населенню та організаціям. Крім того, використовувалися кошти від лізингу, орендування приміщень, що не використовуються, і обладнання, виробничої діяльності (майстерні, обробіток землі, випікання хліба тощо), обов'язкового часткового відшкодування вартості надання медичних послуг у стаціонарі та в амбулаторних умовах, добровільного медичного страхування. Кредитування (отримання поворотних коштів із банків, інноваційних фондів), акціонування і реструктуризація майна та основних фондів, участь у цільових і спеціальних програмах, отримання грантів також були джерелами надходження коштів до бюджету.

Рішення Конституційного суду в 1999 р. припинило дію постанови Кабінету Міністрів України від 19.09.97 за № 1138, що помітно звузило можливості позабюджетних надходжень в охороні здоров'я за рахунок, головним чином, платних послуг. Однак, не дивлячись на це, можливості залучення коштів і матеріальних ресурсів із позабюджетних джерел зберігаються. Їх значення і місце у фінансуванні лікувально-профілактичного закладу особливо наочно виявляються під час фінансово-економічного аналізу.

Загальноприйнятого алгоритму аналізу фінансів бюджетного медичного закладу в сучасних умовах ми не зустріли, а рекомендації М.І.Маламуда [3] з цього приводу за давністю років практично застаріли через зміни, що відбулися в обліку і звітності, хоч і не втратили свого теоретичного значення.

Нами була розроблена і запропонована методика аналізу фінансового стану бюджетного медичного закладу на основі розрахунку відносних коефіцієнтів [1, 2] за даними бухгалтерського обліку і звітності. Такий підхід дає змогу оцінювати зміни незалежно від впливу на них інфляційних процесів, порівнювати матеріал, що аналізується. Основними базовими даними для розрахунку численних фінансових коефіцієнтів є дані про валове фінансування і фактичні витрати медичного закладу.

Аналіз фінансової діяльності бюджетного лікувально-профілактичного закладу може здійснюватися за показниками (коефіцієнтами) автономії, або незалежності (К-1), фінансової стійкості (К-3; К-4; К-5; К-10; К-11; К-12), платоспроможності (К-2; К-6; К-13), фондо- і матеріалозабезпеченості (К-7; К-8; К-9; К-10). Доповнюючи один одного, ці показники здатні комплексно відобразити стан фінансів і основних фондів медичного закладу, забезпечити аналіз перспектив і упущених можливостей, сприяти більшій ефективності та раціональності в разі їх використання і управління ресурсами.

Основним джерелом інформації про фінанси закладу є балансовий звіт за рік. Фінансово-економічний аналіз стану медичного закладу потрібно починати з визначення елементів структури витрат і фі-

© А.І.Літвак, 2000

нансових надходжень (схема). Потрібно підкреслити, що головне в аналізі – це правильне розуміння та інтерпретація фактів, що аналізуються, і показників, отриманих під час технічної обробки даних.

Рівень автономії (незалежності) бюджетного медичного закладу оцінюють за коефіцієнтом автономії (К-1), що відображає позабюджетні надходження коштів (від надання платних послуг, добродійних внесків, добровільних пожертвувань громадян і організацій, гуманітарної допомоги, оренди приміщень і обладнання, що не використовуються, до суми валового фінансування закладу з різних каналів фінансування, що включають бюджетні й позабюджетні кошти. Цей показник характеризує можливості закладу діяти незалежно від бюджету, через залучення додаткових коштів. Нормативне значення його коливається у різних закладах від 0,02 до 0,60. У перспективі майбутнє за тими закладами, що будуть спроможні довести цей показник до 0,3-0,4 і вище, зрівнявши його з питомою вагою бюджетного фінансування.

Рівень платоспроможності характеризує здатність медичного закладу своєчасно розраховуватися за своїми фінансовими зобов'язаннями, уміння планувати й регулювати свої витрати. Він оцінюється за коефіцієнтами поточної та планової платоспроможності (К-2, К-13), середніх термінів оплати рахунків (К-6). К-2 характеризує відмінність між фактичними витратами і реальним валовим фінансуванням з усіх джерел (нормативне значення 0,95–1). К-13 – це відношення фактичного валового фінансування до планових витрат, що визначаються кошторисом. К-6 розраховується в два етапи. На першому етапі визначають середній рівень валового фінансування за календарний день, а потім розраховують, скільки потрібно днів, щоб покрити фактичні витрати закладу при такому фінансуванні (норма 350).

Схема. **Структура фінансово-економічного стану лікувально-профілактичних закладів**

<table>
<tr><td colspan="3">Послуги поліклініки</td><td colspan="2">Послуги стаціонару</td><td>Послуги СМД</td></tr>
<tr><td colspan="6">Планові витрати – вартість усіх видів витрат за кошторисом</td></tr>
<tr><td colspan="5">Фактичні витрати</td><td rowspan="3">Відкладені витрати</td></tr>
<tr><td>Витрати на матеріали</td><td>Комунальні платежі</td><td>Витрати на персонал</td><td colspan="2">Інші витрати</td></tr>
<tr><td colspan="3">Валове фінансування</td><td colspan="2" rowspan="2">Кредиторська заборгованість</td></tr>
<tr><td>Бюджетні кошти</td><td>Позабюджетні кошти</td><td>Дебіторська заборгованість</td></tr>
<tr><td colspan="6">Основні фонди і матеріальні запаси</td></tr>
<tr><td>Машини</td><td>Обладнання</td><td colspan="3">Будинки та споруди</td><td>Матеріальні запаси</td></tr>
</table>

Рівень стійкості медичного закладу пов'язаний із формуванням структури своїх витрат і обсягом реальних фінансових можливостей. Він також залежить від ефективності і раціонального використання ресурсів. Крім того, на нього впливає обсяг кредиторської заборгованості та зміни величини матеріальних запасів. Рівень фінансової стійкості медичного закладу оцінюють за коефіцієнтом стійкості (К-3), адміністративних витрат (К-4), витрат на персонал (К-5), фінансування (К-11), ефективності (К-12).

К-3 є відношенням суми валового фінансування з усіх джерел до поточних боргів за зарплату, матеріали, електроенергію, тепло та інші платежі (кредиторської заборгованості). Цей коефіцієнт показує, у скільки разів валове фінансування перевищує суму поточних боргів.

К-4 – це відношення витрат на адміністративний персонал за першою і другою статтями до фактичних витрат (норма 0,02–0,03). Він може демонструвати надмірність витрат на адміністрацію і можливості економії коштів за рахунок скорочення цієї категорії працівників.

К-5 – це відношення витрат на весь персонал за першою і другою статтями (фонд заробітної плати) до фактичних витрат (норма 0,25–0,3). Цей показник переконливо демонструє співвідношення витрат на персонал і технологічні потреби, дає змогу регулювати його прийняттям відповідних управлінських рішень.

К-11 відображає достатність фінансових ресурсів через співвідношення всіх поточних і скороминущих боргів і кредитів, якщо вони були, до суми валового фінансування з різних джерел.

К-12 відображає фактичні витрати на одну медичну послугу: в стаціонарі – на один ліжко-день або випадок госпіталізації, в поліклініці – на одне відвідування або зареєстроване захворювання, на станції швидкої медичної допомоги - на один виїзд бригади, в стоматології – на одну умовну терапевтичну одиницю.

Рівень фондо- і матеріалозабезпеченості характеризує забезпеченість медичної діяльності ресурсами – витратними матеріалами (лікарські засоби, перев'язувальні матеріали, засоби догляду, дезінфікуючі засоби тощо), а також медичним обладнанням, апаратурою, медичними інструментами, будівлями і спорудами. Він може оцінюватися за коефіцієнтами витрат на матеріальні ресурси (К-7), фінансової забезпеченості основних фондів (К-8), фондозабезпеченості персоналу (К-9), показником зміни матеріальних запасів на кінець року (К-10).

К-8 оцінюється як відношення фактичних витрат на одну гривню середньої вартості основних фондів за рік. Він не прямо, але певною мірою характе-

ризує можливості медичного закладу нести витрати на утримання обладнання і основних фондів.

К-9 відображає вартість основних фондів на одного медичного працівника (лікарі та середній медичний персонал); представлений у динаміці за кілька років демонструє стан основних фондів, їх оновлення або спад.

К-10 характеризує зміни матеріальних запасів на кінець року в порівнянні з початком року, виражені як позитивний приріст або спад матеріальних запасів у відсотках від запасів на початку року.

Нами проведено аналіз фінансово-економічного стану медичних закладів м.Одеси та Одеської області за 1995–1997 рр.

Фінансова забезпеченість основних фондів сільських районів Одеської області в 1995 р. становила 0,22 грн, у 1996 – 0,31, 1997 р. – 0,28 грн. Серед тридцяти трьох територій, що охоплюють сільські райони і міста обласного підпорядкування, мінімальне значення цього показника було в 1995 р. і становило 0,06 грн, у 1996 – 0,14, 1997 – 0,12 грн, максимальне у 1995 р. – 1,19 грн, 1996 – 2,81, 1997 – 1,97 грн. У м.Одесі цей показник в різні роки коливався від 0,16 до 0,59 грн. Рівень фондозабезпеченості медичного персоналу закладів охорони здоров'я сільських районів Одеської області становив у 1995 р. – 10,7 тис. грн, 1996 – 12,64, 1997 р. – 13,64 тис. грн, у м.Одесі відповідно – 8,64; 9,04; 9,3 тис. грн. Зростання рівня фондозабезпеченості, незважаючи на скорочення бюджетного фінансування, пов'язане насамперед із скороченням кількості працівників. Показник витрат на витратні матеріали в загальному обсязі фінансування становив серед сільських районів Одеської області в 1997 р. 17,8%, а залишок матеріальних запасів на кінець року збільшився в порівнянні з початком на 19%.

Дані аналізу фінансово-економічного стану стоматологічних поліклінік м.Одеси представлені в таблиці. Вони свідчать про високий рівень позабюджетних надходжень матеріальних і фінансових коштів. Їх частка в обсязі валового фінансування цих закладів зросла за останні роки і перевищила частку бюджетного фінансування, що і визначило їх стійкість, пов'язану зі здатністю погасити платежі за фінансовими зобов'язаннями. Разом з тим у цих бюджетних організацій з року в рік зберігаються боргові зобов'язання, терміни погашення платежів перевищують кількість календарних днів у році, а їх платоспроможність залишається менше фактичних витрат. Для виживання в складних економічних умовах і обмеженому надходженні фінансових коштів ці заклади змушені були скоротити витрати на персонал, у тому числі й на медичний, а також ввести значні обмеження на придбання матеріальних ресурсів, без яких неможлива технологія надання стоматологічної допомоги. Очевидно, ці витрати лягають на плечі самих пацієнтів, знаходячись у тіні.

Фінансовий стан стоматологічних поліклінік (№ 3 і 5) м.Одеси за 1996-1998 рр.

Коефіцієнт	1996		1997		1998	
	поліклініка					
	№3	№5	№3	№5	№3	№5
Автономії (К-1)	0,42	0,42	0,51	0,57	0,60	0,65
Платоспроможності поточної (К-2)	0,93	0,99	0,85	0,98	0,94	0,98
Стійкості (К-3)	1,60	4,65	5,11	32,34	5,10	9,43
Адміністративних витрат (К-4)	0,02	0,02	0,03	0,02	0,02	0,02
Витрат на персонал (К-5)	0,32	0,38	0,39	0,24	0,30	0,25
Середніх термінів сплати рахунків (К-6), днів	678	367	371	369	477	369
Матеріальних ресурсів (К-7)	0,03	0,05	0,01	0,04	0,02	0,01
Фінансової забезпеченості основних фондів (К-8)	5,26	2,71	8,37	3,53	7,82	2,94
Фондозабезпеченості персоналу (К-9)	908,7	1884	486	2288	701,8	2453
Зміни матеріальних запасів на кінець року, % (К-10)	1,3	76,7	- 0,1	-17,2	0,7	14,1
Фінансування (К-11)	0,63	0,21	0,20	0,03	0,20	0,11

Представлене практичне застосування створеної моделі фінансового аналізу бюджетного медичного закладу демонструє простоту і доступність розрахунків. Це дозволяє здійснити аналіз фінансового стану медичного закладу, а співставність отриманих даних за різні роки робить їх зручними для порівняння. Інформативність і наглядність показників, запропонованих як для оцінки позитивних результатів діяльності, так і виявлення існуючих проблем бюджетного закладу, робить запропоновану модель фінансового аналізу незамінною і важливою для управління закладами охорони здоров'я.

Список літератури

1. *Литвак А. И.* Основные принципы финансового анализа медицинского учреждения // Мед. вестн. Украины.– 1998.– №27 (113).– С. 5.
2. *Литвак А. И., Никулина Е.В.* Анализ использования финансов медицинского учреждения // Ринкові важелі та стимули розвитку господарчих систем. – Одеса, 1998.–Ч.2.–С. 305–310.
3. *Маламуд М. И.* Экономика больниц.–К.: "Здоров'я".–1976.–99 с.

АНАЛИЗ И ОЦЕНКА ФИНАНСОВО-ЕКОНОМИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БЮДЖЕТНОГО МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

А.И.Литвак (Одесса)

Показана возможность анализа финансово-экономического состояния бюджетного медицинского учреждения при помощи относительных коэффициентов, характеризующих независимость, платежеспособность, устойчивость, фондо- и материалообеспеченность медицинского учреждения и рассчитанных на основании данных бухгалтерского учета и отчетности. Подчеркнуто значение для финансового благополучия медицинского учреждения поступления дополнительных средств из внебюджетных источников, продемонстрирована наглядность и информативность полученных результатов анализа, а также комплексный подход в оценке состояния бюджетного учреждения.

ANALYSIS AND ESTIMATION OF ECONOMIC AND FINANCIAL STATE OF BUDGETARY MEDICAL ESTABLISHMENTS

A.I.Litvak (Odessa)

The analysis of financial and economic states of budgetary medical establisments with help of relative coefficients describing independence, solvency, stability, financial security and logistics of medical facilities is shown. The significance to provide an establishment with extra-budget funds is stressed. The complex approach for the prosperity assessment of budgetary medical facilities has been adduced.

РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

УДК 614.2:008(477.42)

З.М.ПАРАМОНОВ, В.Й.ШАТИЛО, В.І.ХРЕНОВ

ПРО ХІД РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Управління охорони здоров'я Житомирської держадміністрації

Як відомо, охорона здоров'я, має неабиякий вплив на соціально-економічний розвиток і демографічну ситуацію в суспільстві. Але ж і процеси, що відбуваються в державі та бюджетно-фінансовій системі, в свою чергу, негативно впливають на демографічну ситуацію і здоров'я населення. Ситуація в охороні здоров'я складна і потребує невідкладного розв'язання нагальних проблем.

© З.М.Парамонов, В.Й.Шатило, В.І.Хренов, 2000

Розвиток охорони здоров'я Житомирщини, як і України в цілому, відзначався екстенсивним характером. Постійно збільшувалася кількість стаціонарних ліжок, і в 1990 р. вона становила 134,2 на 10 000 населення. Фінансування галузі проводилось з розрахунку на ліжковий фонд, і фактичні витрати на стаціонарну допомогу становили 80–85%, на амбулаторно-поліклінічну залишалося близько 20%, а на

первинну медико-санітарну (ПМСД) — приблизно 5%.

Така організація амбулаторно-поліклінічної допомоги, зрозуміло, не могла нас задовольняти. Тому обласною радою народних депутатів на IV сесії 21-го скликання 28 грудня 1990 р. було прийнято рішення "Про першочергові заходи щодо переходу до ринкової економіки в Житомирській області", в якому наголошувалося на необхідність перевести систему охорони здоров`я області на нові методи господарювання, що передбачали фінансування лікувально-профілактичних закладів із розрахунку на одного жителя, реорганізацію центральних районних і міських лікарень у територіально-медичні об`єднання, що забезпечувало фінансування сільських закладів через ТМО, розвиток спеціалізованих центрів на базі обласних медичних закладів і запровадження нових форм оплати праці залежно від обсягу та якості надання медичної допомоги.

Фінансування на одного жителя поставило в рівні умови заклади охорони здоров'я районів області незалежно від кількості лікарняних ліжок, дало змогу розпочати реструктуризацію системи медичної допомоги, ліжкового фонду, реорганізацію дільничних лікарень, відкриття лікарських амбулаторій на базі фельдшерсько-акушерських пунктів (ФАП) у малонаселених пунктах, розукрупнення дільниць, забезпечення транспортом закладів ПМСД.

Реформування системи охорони здоров'я, що відбувається в області, дозволило наблизити медичну допомогу до мешканців села. За цей період відкрито 65 лікарських амбулаторій на базі ФАП і 32 ФАП у малонаселених селах . З 1998 р. в області працюють 28 дільничних лікарень, 179 лікарських амбулаторій, 844 ФАП (табл.).

Реорганізація мережі лікувально-профілактичних закладів Житомирської області за 1994–1998 рр.

Медичний заклад	Роки				
	1994	1995	1996	1997	1998
Дільнична лікарня	78	70	48	35	38
Лікарська амбулаторія	72	93	127	162	179
ФАП	886	872	863	851	844

Паралельно з реорганізацією мережі лікувально-профілактичних закладів у області проводиться реструктуризація ліжкового фонду, що дозволяє вивільнені кошти направляти на розвиток ПМСД. Кількість стаціонарних ліжок з 1994 р. по 1998 р. скоротилася на 5805, забезпеченість ліжками у 1998 р. становила 74 на 10 000 населення (рис. 1). Рівень госпіталізації населення Житомирської області у стаціонари за цей період скоротився з 22,1 до 15,7 на 100 осіб порівняно з світовим показником, що становить 9–10 на 100 осіб. Слід зауважити, що відмов від госпіталізації, черг на неї ні на вторинному, ні на третинному рівнях медичної допомоги не спостерігалось. Як альтернативу стаціонарному лікуванню було запропоновано лікування в денних стаціонарах і домашніх, що на сьогодні економічно значно вигідніше.

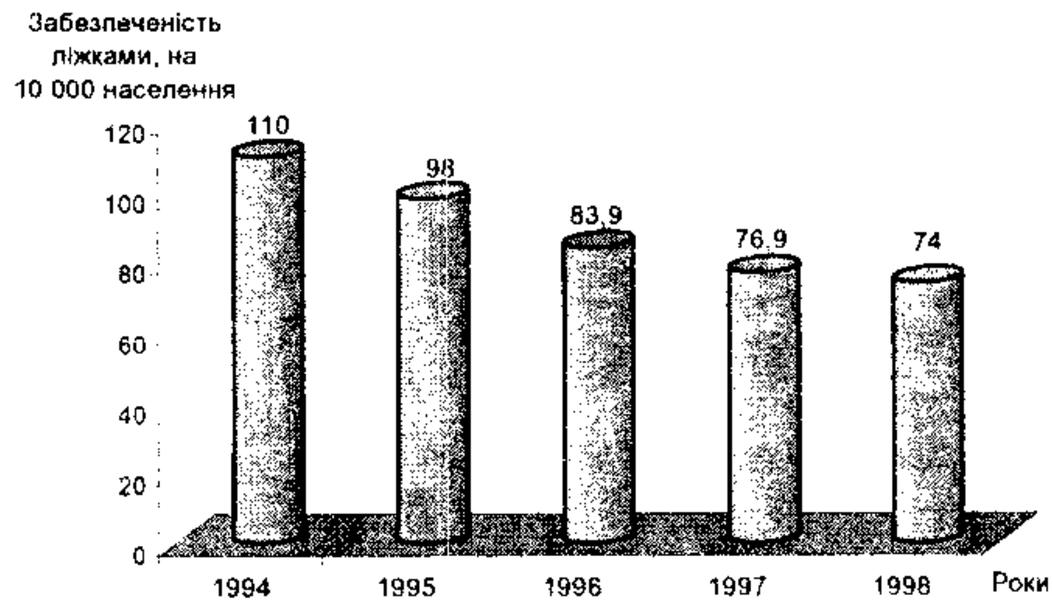

Рис. 1. Забезпеченість стаціонарними ліжками лікувально-профілактичних закладів Житомирської області.

Кількість ліжок денних стаціонарів у 1998 р. зросла порівняно з 1994 р. з 225 до 2107, кількість пролікованих у них хворих – з 5244 до 68 116 чоловік. Сьогодні ліжка денних стаціонарів розгорнуті у 219 фельдшерсько-акушерських пунктах. Така діяльність денних стаціонарів дозволяє проводити повноцінний добір хворих на стаціонарне лікування, ефективно використовувати стаціонарні ліжка та заощаджувати кошти. В домашніх стаціонарах за 1994–1998 рр. пролiковано близько 76 тис. хворих.

Широкого розвитку в області набуває надання хірургічної допомоги в амбулаторно-поліклінічних закладах. Так, якщо в 1994 р. кількість операцій на 10 000 населення становила 343,6 то за 1998 р. – 558,4 (рис. 2).

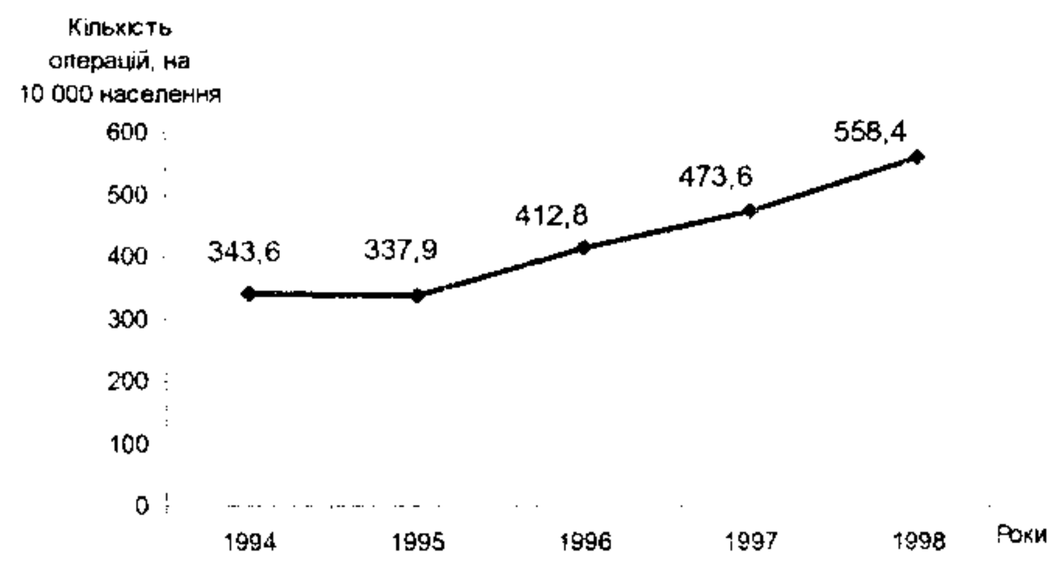

Рис. 2. Надання хірургічної допомоги а амбулаторно-поліклінічних закладах Житомирської області за 1994–1998 рр.

У розвинутих країнах провідним працівником ПМСД є сімейний лікар. Спеціалісти області вивчили цей досвід за кордоном. В основу реформування амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню області також було започатковано досвід сімейної медицини.

З 1994 р. в області запроваджений принцип сімейного медичного забезпечення, побудований на засадах функціонально-адміністративного акушерсько-педіатрично-терапевтичного комплексу (АПТК).

Аналіз діяльності цього комплексу за три роки підтвердив медичну, економічну та соціальну ефективність. АПТК є перехідним етапом до лікарів загальної практики, а в подальшому – сімейних лікарів.

Підготовку сімейних лікарів проводимо з дільничних лікарів-терапевтів і педіатрів на очно-заочному трирічному циклі. Зараз уже підготовлено близько 100 фахівців.

Найважливішим завданням охорони здоров'я є повернення здоров'я хворим. І цьому сприяє відкриття в області з 1994 р. 19 спеціалізованих центрів і кабінетів: "Гемодіаліз", "Діабетична стопа", "Нейрохірургічний", "Ортопедичний", "Опіковий", "Панкреатичний", "Шлунково-кишкові кровотечі", "Малоінвазивна хірургія", "Мікрохірургія ока", "Септичний", "Аритмологічний", "Торакопульмональний", "Медико-генетичний" тощо.

Яка ж віддача від роботи центрів? Аналіз їх діяльності свідчить про досить ефективні у лікувально-діагностичному та економічному плані результати, а саме: скорочується термін перебування хворого на ліжку; використовуються новітні медичні технології; значний економічний ефект.

Одним із провідних напрямів удосконалення надання медичної допомоги населенню області є акредитація, що проводиться згідно з державними нормативними документами. З огляду на це управлінням охорони здоров'я створена нормативна база для проведення акредитації, підготовлено низку виконавчих документів на розпорядження голови обласної державної адміністрації № 36 від 21.01.98, наказ управління охорони здоров'я "Про забезпечення акредитації закладів охорони здоров'я області" № 32 від 30.01.98.

Акредитацію розпочали після виконання значної підготовчої роботи: опрацьовувалися стандарти, вносилися пропозиції щодо їх оцінки, були проведені семінарські заняття з акредитації закладів ПМСД, метрологічного забезпечення, техніки безпеки, сестринського догляду тощо.

На сьогодні вже пройшли акредитацію 957 закладів ПМСД, 12 обласних лікувально-профілактичних закладів і 9 закладів вторинного рівня.

Перспективи і пріоритети охорони здоров'я області, попри всі негаразди та труднощі, при підтримці обласної державної адміністрації увійшли в розроблену та затверджену обласною радою народних депутатів програму розвитку області "Житомирщина-2010", де передбачено будівництво житла для медичних працівників, забезпечення транспортом сільських закладів охорони здоров'я, підготовка сімейних лікарів, продовження створення спеціалізованих центрів (гепатологічного, діагностики дихальних інфекцій та ін.), а також упровадження методів малоінвазивних і мікрохірургічних втручань у міських лікувально-профілактичних закладах, створення телекомунікаційної мережі ультразвукового дослідження вроджених вад розвитку, патології центральної нервової системи у дітей раннього віку та серцево-судинної патології.

На черзі запровадження автоматизованої роботи поліклінік і стаціонарів у обласних, міських, районних ТМО з використанням ЕОМ, подальший розвиток спеціалізованої допомоги, вдосконалення й систематизація роботи закладів охорони здоров'я, створення ліцеїв здорового способу життя на базі шкіл і професійно-технічних училищ, шкіл для хворих на цукровий діабет, бронхіальну астму, туберкульоз, удосконалення медико-санітарної освітньої роботи, в першу чергу серед молоді та окремих категорій хворих.

Проведені заходи з реформування охорони здоров'я області дали можливість раціональніше використовувати наявні матеріально-технічні ресурси, покращувати ефективність надання медичної допомоги та впливати на соціально-медичні, економічні показники, що в умовах сьогодення є надзвичайно важливим.

О ХОДЕ РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЖИТОМИРСКОЙ ОБЛАСТИ

З.М.Парамонов, В.О.Шатило, В.И.Хренов (Житомир)

Приведены комплексы мероприятий по реформированию здравоохранения Житомирской области за период с 1992–1994 гг. по 1999 г., к которым относятся: реорганизация сети, реструктуризация и сокращение коечного фонда, развитие ПМСП, дневных и домашних стационаров, развитие амбулаторной хирургии, открытие 19 специализированных центров и кабинетов и дальнейшее развитие специализированной помощи, проведение аккредитации 978 медицинских учреждений и др. Перечислены перспективы и приоритеты здравоохранения области, вошедшие в программу "Житомирщина-2010".

ABOUT REFORMING THE PUBLIC HEALTH SERVICE (PHS) IN ZHYTOMIR REGION

Z.M. Paramonov, V.O. Shatilo, V.I. Hrenov (Zhytomir)

The complex of measures aimed at reforming the PHS in Zhytomir region which spans the period from 1992-1994 to 1999 and which includes: reorganization of network, reorganization and reduction of hospital bed's fund, development of primary health care, day-time stationar and home-stay stationar, development of ambulatory surgery, establishing of 19 specialized centres and offices and further development of specialized medical care, accreditation of 978 medical institutions and other were adduced in this article. The perspectives and priorities in the PHS of the region included in programme "Zhytomirshchina 2010" have been enumerated.

ОГЛЯДИ ЛІТЕРАТУРИ

УДК 614.2:616-082 (4/9)

О.М. ЦІБОРОВСЬКИЙ, Л.І. ГАЛІЄНКО (Київ)

ОСНОВНІ ТЕНДЕНЦІЇ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ЕКОНОМІЧНО РОЗВИНЕНИХ ЗАРУБІЖНИХ КРАЇНАХ

Український інститут громадського здоров'я

Аналіз сучасного стану систем медичної допомоги економічно розвинених зарубіжних країн свідчить про значне загострення в більшості з них проблем суспільної охорони здоров'я. Це зумовлено цілою низкою причин, насамперед фінансового характеру, що призвело до безсистемного розвитку в деяких країнах інфраструктури охорони здоров'я, структурної розірваності органів і закладів охорони здоров'я та зростання вартості медичної допомоги.

Поділяючи і підтримуючи глобальну стратегію "Здоров'я для всіх до 2000 року" [4], проголошену ВООЗ, попри економічні та політичні негаразди всі країни світу стоять сьогодні на шляху реформування систем медичної допомоги, необхідного для виконання нових завдань у галузі охорони здоров'я [5,17,18,26,27], в тому числі забезпечення рівності та справедливості в наданні широким верствам населення доступної, якісної та кваліфікованої медичної допомоги, зокрема на первинному рівні.

Метою зазначених реформ у більшості країн незалежно від типу системи охорони здоров'я, рівня соціально-економічного прогресу і стану здоров'я населення є підвищення доступності та якості медичної допомоги при одночасному зменшенні витрат на охорону здоров'я і підвищенні її економічності. Проте структурно функціональна перебудова охорони здоров'я, безумовно, має певні особливості на рівні окремих країн. Так, у постсоціалістичних країнах Центральної та Східної Європи перебудова галузі здійснюється з формуванням багатоукладної економіки, децентралізацією управління, розвитком і впровадженням різних форм страхування здоров'я [1,3,18]. В Італії, що належить до країн зі страховою системою охорони здоров'я, спостерігається посилення ролі державного сектора в питаннях медичного забезпечення населення [6,7,16]. У Франції та Нідерландах за умов функціонування систем охорони здоров'я, побудованих на загальному страхуванні, все більшого розвитку набувають ринкові відносини [8].

Характеризуючи основні особливості реформування систем охорони здоров'я Канади, Бельгії, Франції, Німеччини, США, слід відзначити провідну роль урядів цих країн у формуванні політики охорони здоров'я, регулюванні обов'язкового страхування для всіх громадян, обсягу та якості медичного обслуговування [7,16].

Світовий досвід переконує в тому, що переорієнтація економічної політики в галузі охорони здоров'я з адміністративних методів на ринкові тільки посилює протиріччя, сприяє різкому погіршенню медичної допомоги [1,3,18]. Проте доведено, що суспільні системи охорони здоров'я на відміну від систем, побудованих на приватній власності, ефективніше використовують наявні ресурси, справедливіше розподіляють і перерозподіляють виділені для них кошти, краще планують витрати [1,8].

Розглянемо детальніше основні особливості реформування систем медичної допомоги на прикладі країн з різними типами системи охорони здоров'я (США, Великобританія, Канада). Так, медичне обслуговування в США побудоване на принципах приватного підприємництва. За розмірами медичних витрат (15% від валового національного прибутку – ВНП) США випереджають усі розвинені країни. Індивідуальне та сімейне страхування здоров'я громадян США забезпечується підприємствами за рахунок групового страхування, а також федеральних страхових програм "Медикейр" (для осіб старіше 65 років) і "Медикейд" (для малозабезпечених верств населення), громадських програм штатів, громад, університетів і джерел приватного страхування [6,7]. Програма "Медикейд" фінансується з загальних податкових надходжень: на 50% – із федерального бюджету, на 50% – з бюджету штатів. Тому на рівні окремих штатів програма відрізняється умовами надання страховки, переліком оплачуваних медичних послуг, тривалістю їх оплати, але не виходить за рамки принципів, зафіксованих державним законодавством. Програмою "Медикейр" передбачено покриття витрат переважно на всі види лікарської допомоги (за винятком зуболікарської та оптометричної), у тому числі амбулаторну і лікування з приводу гострих захворювань. Малозабезпечені громадяни можуть одержувати допомогу одночасно за двома програмами. Різні види медичного страхування пропонують та-

© О.М. Ціборовський, Л.І. Галієнко, 2000

кож приватні страхові компанії, зокрема безприбуткові медичні компанії "Синій щит", "Блакитний Хрест", "Кайзер", що забезпечують попередню оплату при розрахунках з медичними закладами.

Отже, в США 60% витрат у системі страхування здоров'я покривають приватні страхові компанії, 20 – державні фонди, а ще 20% припадає на змішану систему страхування. Проте близько 15% населення взагалі не охоплене системою медичного страхування і тому має обмежений доступ до медичної допомоги [2,6,7].

Багаторічний досвід функціонування системи медичного страхування в США свідчить про неефективність і доцільність перегляду принципів її організації та механізмів фінансування, оптимізації вартості медичних послуг і медичного страхування, розподілу лікувальних і профілактичних програм, медико-соціальної допомоги тощо [6,24,25].

Останнім часом у США, де служба охорони здоров'я грунтується переважно на приватному підприємництві, ринкових відносинах із конкуренцією в сфері охорони здоров'я, намітилася тенденція до розроблення і впровадження Національної програми охорони здоров'я, подібної до канадської [6,17]. У 1991 р. у країні був прийнятий Закон про здоров'я, за яким передбачено забезпечення всього населення всебічною медичною допомогою на підставі універсальної системи оподаткування.

Національна програма США "Здоров`я нації в 2000 році" охоплює три стратегічних напрями: зміцнення здоров`я, захист здоров`я і функціонування профілактичних служб. У програмі зроблено акцент на забезпечення соціальної справедливості, в тому числі скорочення розбіжностей у стані здоров`я між окремими соціальними групами (прошарками населення), на збільшення доступності профілактичних програм для всіх громадян, поліпшення якості життя [14], створення ефективної системи функціонування (розширення асигнування, достатність допомоги, збільшення ефективності лікування та управління), персональну відповідальність і професійне інтегрування [3].

Досягнення однієї з найважливіших цілей реформи – скорочення витрат на охорону здоров'я – значною мірою пов'язується з оптимальним нормуванням і раціональним розподілом ресурсів галузі [13], опрацюванням ефективного механізму стримування росту цін на медичні послуги, запровадженням контролю над ціноутворенням, скороченням дороговартісних медичних технологій [15]. Для оптимізації ціноутворення впроваджується ефективніша система оплати за медичні послуги, за якою медичні страхові компанії укладають договори з фінансовою оплатою за рік з розрахунку на одного хворого незалежно від дійсної вартості медичних послуг [23]. Незважаючи на багаторічні дебати стосовно реформування системи медичного забезпечення, в США реальних успіхів у перебудові галузі не досягнуто через невизначеність щодо розподілу фінансових коштів, організації загального медичного страхування, шляхів отримання медичних послуг, а також незадовільну оцінку проекту реформи охорони здоров'я більшістю медичних працівників.

Націоналізована система охорони здоров'я (НСОЗ) Великобританії, створена в 1948 р., сьогодні є найефективнішою і найменш витратною серед розвинених країн. Понад 95% витрат на медичну допомогу сплачується з коштів загального оподаткування і внесків соціального страхування. Первинна медико-соціальна допомога (ПМСД) майже повністю фінансується державою [2]. Зокрема, до оплачуваних послуг віднесено госпіталізацію та пов'язані з нею медичні послуги, лікарські засоби, оплату вартості додаткового лікування, наприклад мінеральними водами [19].

Провідними принципами НСОЗ є загальнонаціональний характер, провідне місце загальної лікарської практики (сімейної медицини) в організації медичної допомоги, повна професійна незалежність лікарів НСОЗ, забезпечення НСОЗ за рахунок обов'язкового оподаткування (періодичні внески всього населення).

НСОЗ забезпечує всебічну медичну допомогу всьому населенню країни з майже безкоштовним наданням первинної медичної допомоги (ПМД), витрачаючи при цьому в 1,5–1,8 раза менше коштів, ніж у інших розвинених країнах. Висока ефективність ПМД зумовлена значною мірою раціональним використанням кошторису кожною ланкою в разі забезпечення близько 90% звертань за медичною допомогою на рівні лікаря загальної практики, чи сімейного лікаря [2].

Останнім часом у країні загострилася проблема забезпечення рівності, достатності та загальної доступності медичної допомоги відповідно до основних принципів НСОЗ за умов нестачі бюджетних коштів. На порядку денному стали питання нормування і визначення пріоритетів медичного забезпечення, налагодження контролю за використанням коштів, розвитку принципів ринкової системи в галузі тощо. Особливо серйозними проблемами для НСОЗ є зменшення витрат на охорону здоров'я, забезпечення відповідного обсягу медичної допомоги населенню. Сучасну реорганізацію НСОЗ на основі керованої конкуренції та стратегії створення внутрішнього ринку можна розглядати як приклад упровадження ринкової економіки.

Система охорони здоров'я Великобританії трансформувалася з повністю інтегрованої державної системи в структуру, побудовану на договірних засадах взаємовідносин між споживачами і надавачами медичних послуг та зорієнтовану на внутрішній ринок [9]. Проте перший досвід упровадження ринкових відносин в охорону здоров'я виявив окремі негативні риси такої реорганізації, зокрема фрагментацію системи на конкуруючі служби, збільшення вартості медичних витрат, недостатню ефективність механізму розподілу фондів тощо [12].

Значні труднощі виникають також під час визначення оплати медичних послуг, що залежить від виду медичної допомоги, матеріального рівня пацієнтів тощо [9]. Важливими напрямами забезпечення державного регулювання ціноутворення в галузі є впровадження адміністративного контролю та ефективних механізмів оплати праці медичного персоналу [16]. Підвищенню ефективності розподілу ресурсів охорони здоров'я сприятимуть регіональні підходи до вирішення проблем галузі з урахуванням демографічних показників, рівня здоров'я та медичних потреб населення [19]. Оптимізація використання ресурсів системи медичної допомоги і управління галуззю має стати важливим кроком на шляху реалізації в країні програми "Здоров'я для всіх", регулююча роль в забезпеченні якої відводиться урядовим структурам [20]. Розмежування механізмів фінансування НСОЗ та місцевих органів соціального забезпечення (згідно з Законом "Про національну службу охорони здоров'я і соціальну допомогу") розглядається як ефективний шлях фінансового забезпечення медичної допомоги.

Організація охорони здоров'я в Канаді грунтується на національній системі універсального страхування здоров'я, що забезпечує широку доступність і досить високу якість медичної допомоги громадянам у разі певного обсягу її надання. Фінансування страхових програм забезпечується за рахунок страхових внесків і державних дотацій із залученням також особистих коштів пацієнтів і коштів індивідуального страхування [2]. В межах бюджетно-страхової системи сплачуються всі види (крім стоматологічних) лікарняних і амбулаторних медичних послуг. Частка витрат на охорону здоров'я в Канаді значно менша, ніж у США (8% від ВНП). Проте ефективність використання ресурсів і функціонування системи медичної допомоги тут вища за рахунок високого рівня планування і державного управління системою охорони здоров'я, високої якості медичних послуг, а також ефективного контролю за рівнем витрат на медичну допомогу, широкого розвитку сімейної медицини. Сімейна практика в Канаді одержала найбільшого розповсюдження; кількість лікарів загальної практики (сімейної медицини) становить 50% від загальної кількості лікарів. У роботі сімейних лікарів велику увагу приділяють медичному обслуговуванню дітей, осіб старшого віку, здійсненню профілактичних програм. Майже кожен канадець може назвати свого сімейного лікаря, задоволений рівнем його обслуговування. Формами оплати праці лікарів у Канаді є щомісячна заробітна плата і гонорар за рахунок компенсаційних виплат страхової системи. Рівень розцінок визначається колективними угодами медичних асоціацій з урядовою страховою адміністрацією [6,7].

Незважаючи на вагомі позитивні якості канадської системи медичної допомоги, вона не позбавлена деяких недоліків, зокрема таких, як нерівномірність медичного забезпечення в різних регіонах [2].

Сучасний етап розвитку системи охорони здоров'я Канади характеризується реформуванням з метою впровадження єдиного джерела фінансування, взаємозв'язку між суспільними та приватними службами медичної допомоги, забезпечення механізмів контролю експертних служб у відділах охорони здоров'я, створення ефективної суспільної охорони здоров'я, здатної забезпечити рівність і справедливість у наданні всьому населенню доступної та якісної медичної допомоги. Велику увагу приділяють реорганізації сімейної лікарської практики, в тому числі в сільських районах шляхом її децентралізації, підвищення якості медичного обслуговування на родинному рівні, оптимізації умов і механізмів оплати праці, перерозподілу фінансових ресурсів, оплати праці, цільового фінансування профілактичних заходів [21,22].

Досвід організації та реформування зарубіжних систем охорони здоров'я, в тому числі ПМСД, свідчить про те, що найбільш прийнятним принципом створення дійсно ефективної системи охорони здоров'я є поступово вдосконалюване поєднання підходів громадського і приватного секторів, а не бездумне руйнування існуючої системи.

Реформування системи охорони здоров'я в більшості економічно розвинених країн є складником загального процесу структурної перебудови в політиці та суспільному житті, частиною загальної соціальної трансформації [1-3,5-16,18-27]. Пріоритетними напрямами сучасної державної орієнтації політики в охороні здоров'я зарубіжних країн є:

1) активна спроба змістити межу між державним і приватним фінансуванням з перенесенням права власності та відповідальності з державного сектора у відповідні компоненти приватного (легалізація приватної практики, поєднання приватної практики з роботою в державних закладах тощо);

2) удосконалення діяльності служб громадського здоров'я в разі скорочення витрат на охорону здоров'я в цілому (Західна Європа, Північна Америка) [1,3,5,8].

Характерною є зміна ключових фігур в охороні здоров'я і наданні медичної допомоги зі збереженням прерогативи держави у формуванні політики охорони здоров'я, державного регулювання і контролю за цією сферою. Велику увагу в політиці реформування охорони здоров'я більшості розвинених країн приділяють децентралізації управління та відповідальності лікувально-профілактичних закладів за рентабельність медичних послуг, чіткому контролю за витратами громадян на медичну допомогу, в тому числі на страхування й окремі медичні послуги, перерозподілу витрат між роботодавцем і працівником, зміні місця й характеру надання медичної допомоги, орієнтації на внутрішній ринок і керовану конкуренцію [1,3,8]. Важливими передумовами успішного функціонування систем охорони здоров'я вважають посилення управлінського потенціалу, підвищення професійної кваліфікації ме-

дичного персоналу та створення гнучкої, відносно дешевої, але ефективної інформаційної системи, що забезпечить оптимальне планування та управління системою медичної допомоги [18].

Спроба розроблення і впровадження в економічно розвинених країнах світу універсальної моделі медичного забезпечення, що поєднує принципи суспільного фінансування і ринкової конкуренції та здатна забезпечити доступність, справедливість і рівність у питаннях охорони здоров'я, передбачає розмежування функцій фінансування, управління і надання медичної допомоги, інтеграцію профілактичної та первинної медичної допомоги і децентралізацію системи її надання, реалізацію принципу соціального страхування [8]. Незважаючи на її "привабливість", слід враховувати неможливість створення єдиного та універсального шаблона медичного обслуговування для всіх без винятку країн, зважаючи на їх історично обумовлені особливості (природні, соціально-економічні, релігійні, психологічні, медико-організаційні тощо) [11]. Проте загальний процес реформування світової системи охорони здоров'я характеризується такими генеральними напрямами:

1) раціональним застосуванням реформ для модернізації інфраструктури охорони здоров'я;

2) реорганізацією фінансового обороту в галузі для стимулювання рентабельної роботи лікувально-профілактичних закладів у разі підвищення якості медичних послуг;

3) підвищенням ролі ПМСД [1,4,5].

Такі основні риси і напрями реформування систем медичної допомоги в розвинених зарубіжних країнах.

Список літератури

1. *Бануб С.И.* Реформа здравоохранения в странах Восточной и Центральной Европы: частное и государственное страхование // Всемир. форум здравоохранения. – 1994. – Т.15, № 1. – С. 17–21.
2. *Горбатюк Д.Л.* За здоров'я нації відповідає держава // Будьмо здорові. – 1995. – № 6.
3. *Джеймс А. Райс.* Новый социальный контракт в странах бывшего Советского Союза // Пробл. соц. гигиены и история медицины. – 1995. – № 6. – С. 26–95.
4. *Задачи* по достижению здоровья для всех. Европейская политика здравоохранения. – Копенгаген: ВОЗ, ЕРБ. – 1993. – 32 с.
5. *Криз Э.* Глобальные тенденции в реформировании первичной медикосанитарной помощи // Всемир. форум здравоохранения. – 1994. – Т. 15, № 4. – С. 5–9.
6. *Кузьменко М.М., Баранов В.В., Шиленко Ю.В.* Здравоохранение в условиях рыночной экономики / Под ред. Э.А. Нечаева. – М.: Медицина, 1994. – 304 с.
7. *Миронов А.А., Таранов А.М., Чейда А.А.* Медицинское страхование.–М.: Наука, 1994. – 312 с.
8. *Черниховский Д.* Формирование новой модели здравоохранения // Врач. – 1993. – № 9. – С. 2–3.
9. *Analysis* of the functions of Primary Health Care in today's Europe // Report on a WHO consultation, Copenhagen, 6–7 June 1994. – Copenhagen: WHO, Reg. office for Europe, 1995. – 18 p.
10. *Brock D.W., Daniels N.* Ethical foundation of the Clinton administration's proposed health care system // JAMA. – 1994. – Vol. 271, № 5. – P. 1189 – 1196.
11. *Deppe N.V.* Health care society in times of change // Wld. Hlth. Forum. – 1996. – Vol. 17, № 2. – P. 194–196.
12. *Distribution* of NHS funds between fundholding and nonfundholding practices / J. Dixon, M. Dinwoodie, D. Hodson // BMJ. – 1994. – Vol. 309, № 6946. – P. 30 – 34.
13. *Eddy D.M.* Rationing resources while improving quality. Haw to get more for less // JAMA. – 1994. – Vol. 272, № 10. – P. 817 – 824.
14. *Elders M.J.* The role of public health in improving the health of America // J. Publ. Hlth Policy. – 1995. – Vol. 16, № 2. – P. 133 – 140.
15. *Grumbach K., Bodenheimer T.* Painful is painless cost control // JAMA. – 1994. – Vol. 272, № 18. – P. 1158 – 1163.
16. *Hart J.T.* Two parts for medical practice // Lancet. – 1992. – Vol. 340, № 8822. – P. 772–775.
17. *Helm C.N. Damino P.C.* Health care system Reform and public health. // Arch. Fam. Med. – 1995. – Vol. 4, № 1. – P. 12–13.
18. *Hurst J.* The reform of health care: a comporative analysis of seven OECD countries. – Paris: Paris Organization for Economic Cooperation and Development, 1992. – 20 p.
19. *Morrison J.* The Future of Medicine. Brighter than you might think // BMJ. – 1994. – Vol. 309, № 6962. – P. 1099 – 1100.
20. *Muschell J.* Privatization a balancing act. // Wld. Hlth. Forum. – 1996. – Vol. 17, № 1. – P. 37 41.
21. *Rourke J.T.* Goals and opportunities // Can. Family Phys. – 1996. – Vol. 42, № 6. – P. 1133 – 1138.
22. *Spasoff R.A.* Health department administration of Canadian healyh care program // J. Publ. Hlth. Policy. – 1995. – Vol. 16, № 2. – P. 141 – 151.
23. *Tabbush V., Swanson G.* Changing paradigms in medical payment // Arch. Intern. Med. – 1996. – Vol. 156, № 2. – P. 357 – 360.
24. *Thomas R.* 1965–1995: Medicare at a crossroads // JAMA. – 1995. – Vol. 274, № 3. – P. 276 – 278.
25. *Vlader B.C., King K.M.* Medicare at 30 // JAMA. – 1995. – Vol. 274, № 3. – P. 259 – 267.
26. *Von Stillfried D., Arnold M.* What's happening health care in Germany? // BMJ. – 1993. – Vol. 306, № 6884. – P. 1017–1018.
27. *Walkins S.J.* Public health 2020 // BMJ. – 1994. – Vol. 309, №6962. – P. 1147–1149.

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЭКОНОМИЧЕСКИ РАЗВИТЫХ ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАНАХ

О.М.Циборовский, Л.И. Галиенко (Киев)

Подан анализ современного состояния и основных особенностей реформирования систем здравоохранения ряда экономически развитых стран (США, Канада, Великобритания), приоритетных направлений зарубежной политики здравоохранения.

THE MAIN TENDENCIES IN REFORMING PUBLIC HEALTH CARE SYSTEMS OF SOME ECONOMICALLY HIGHLY DEVELOPED FOREGN COUNTRIES

O.M. Tsiborovsky, L.I. Haliyenko (Kyiv)

An analysis of present status and main features of reformation process now going on inside Public Health Systems in some economically highly developed foreign countries (USA, Canada, UK) as well as priority directions of their social health policy has been presented.

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

УДК 616-082-052(477)

В.М.ПОНОМАРЕНКО (Київ)

СТАН СТАЦІОНАРНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ

Український інститут громадського здоров'я

Нині стаціонарна медична допомога міському та сільському населенню надається досить широкою мережею лікарняних закладів різного типу із загальною потужністю ліжкового фонду 452 582 ліжка (рис. 1). Більше половини лікарняних ліжок зосереджено на базі міських і центральних районних лікарень (ЦРЛ).

З метою вдосконалення мережі лікарняних закладів останнім часом у галузі були здійснені реорганізаційні заходи, а саме: скорочення надмірно розвиненої мережі лікарень (переважно за рахунок малопотужних, економічно нерентабельних лікарняних закладів), зменшення потужності ліжкового фонду шляхом згортання "непрацюючих" ліжок, перегляд штатно-нормативної бази лікарень і відповідно лікарських функцій і функціональних завдань лікарняних закладів, впровадження стандартів якості надання медичної допомоги, що регламентують обсяг і рівень медико-технологічних процесів в умовах лікарняних стаціонарів, опрацювання порядку акредитації лікувально-профілактичних закладів.

Зроблені перші кроки до ліквідації монополії державного сектора системи охорони здоров'я шляхом створення лікарняних закладів інших форм власності, зокрема приватних і кооперативних, формування багатоджерельності фінансування ЛПЗ. Понад 10 тис. суб'єктів в Україні одержали ліцензійне право на підприємницьку діяльность.

Отже, сучасний етап розвитку лікарняної служби в Україні характеризується істотними структурно-функціональними змінами.

Як і в більшості країн колишнього Радянського Союзу, розвиток системи охорони здоров'я в Україні йшов екстенсивним шляхом (нарощувалася кількість ліжок і кадрів медичних працівників). Таким чином було досягнуто високого рівня забезпеченості населення стаціонарною допомогою – 130 ліжок на 10 000 населення, в той час як оптимальним рівнем є 80 ліжок.

Внаслідок здійснюваної останніми роками реорганізації охорони здоров'я загальна кількість лікарень у 1998 р. зменшилася порівняно з 1993 на 16,5% (переважно за рахунок малопотужних, економічно нерентабельних лікарень) з відповідним зменшенням на 30,1% потужності ліжкового фонду

© В.М.Пономаренко, 2000

Рис. 1. Структура стаціонарної медичної служби України.

шляхом скорочення "непрацюючих" або недостатньо ефективно працюючих ліжок.

Тенденція до зменшення кількості стаціонарних ліжок і зниження рівня забезпеченості ними населення спостерігається за всіма профілями спеціальності (табл.). Так, відбувається зменшення абсолютної кількості лікарняного ліжкового фонду переважно за рахунок скорочення ліжок загальнотерапевтичного профілю (на 67 317 ліжок порівняно з 1993 р.), а також спеціалізованих ліжок – хірургічних, психіатричних, інфекційних, гінекологічних тощо.

Аналіз госпіталізації населення з 1991 по 1998 р. свідчить про формування виразної тенденції до скорочення загального обсягу стаціонарної медичної допомоги (рис. 2). Так, загальна кількість хворих, госпіталізованих в лікарняні заклади різного типу, в 1998 р. порівняно з 1991 зменшилася на 23,7% і становила 9606,11 чоловіка.

Скорочення обсягів госпіталізації населення характеризується значними коливаннями на регіональному рівні – від 8,7% у м. Києві до 35,7% у закладах охорони здоров'я Житомирської області.

Динаміка показників використання окремих спеціалізованих ліжок лікарняних закладів України

Профіль ліжок	Середня кількість днів зайнятості ліжок			Середня тривалість перебування хворого на ліжку, днів			Кількість окремих спеціалізованих ліжок, на 10 000 населення		
	Роки								
	1993	1997	1998	1993	1997	1998	1993	1997	1998
Терапевтичний (вся група)	327	323,7	338,83	17,7	15,99	15,3	33,12	22,19	20,95
Хірургічний (вся група)	327	322,2	328,77	14,7	13,82	13,2	18,52	14,86	14,48
Онкологічний для дорослих	340	339,4	348,59	21,7	19,61	18,4	1,96	1,88	1,88
Пологовий, у тому числі патології вагітності	220	229,3	236,3	10,8	10,71	10,7	6,94	5,38	5,19
Гінекологічний, у тому числі післяабортний	322	325,04	336,01	9	8,8	8,8	6,93	5,1	4,89
Інфекційний для дорослих і дітей	269	235,3	240,95	12	12,4	11,6	7,77	6,1	5,91
Туберкульозний для дорослих і дітей	321	320,97	344,1	77,1	85,7	83,8	6,22	5,29	5,23
Неврологічний для дорослих	337	340,3	351,23	18,2	16,3	15,6	7,16	5,63	5,43
Психіатричний для дорослих і дітей	336	332,5	342,55	65,7	63,3	61,6	12,61	10,12	9,92
Отоларингологічний для дорослих	330	322,8	340,1	10,7	10,4	9,9	2,8	1,9	1,78
Шкірно-венерологічний для дорослих	325	328,6	333,1	18,7	19,3	19,1	2,3	1,79	1,7
Наркологічний	292	313,5	329,18	37,5	34,6	33,8	2,7	1,62	1,52
Офтальмологічний для дорослих	342	337,01	348,79	13,8	12,1	11,5	1,9	1,53	1,49
Відновного лікування для дорослих	289	250,8	307,71	20,8	19	19,3	0,83	0,5	0,45
Радіологічний і рентгенологічний	365	369,1	377,79	28,1	27,4	26,1	0,56	0,53	0,54
Усі профілі	310	314,24	325,18	16,8	16,2	15,64	124,9	94	90,8

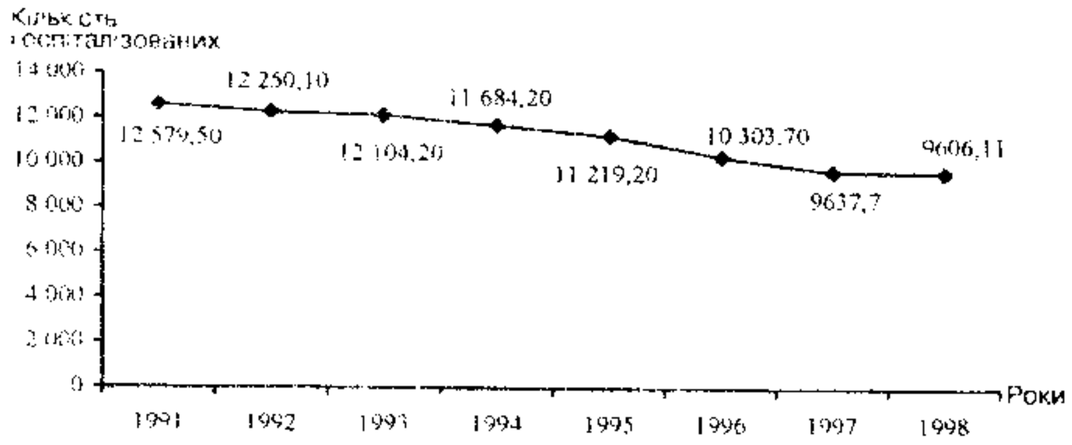

Рис. 2. Динаміка госпіталізації населення України в лікарняні заклади в 1991–1998 рр.

Майже п'ята частина населення України продовжує щорічно госпіталізуватись у різнопрофільні стаціонари, що свідчить про нераціональність технології надання медичної допомоги, недостатньо ретельний добір хворих на госпіталізацію, низький рівень застосування стаціонарозамінних форм лікування.

Аналіз розподілу ліжкового фонду за лікарнями різного типу показав, що найбільша кількість стаціонарних ліжок функціонує на базі міських і центральних районних лікарень – провідних закладів з надання стаціонарної допомоги міському і сільському населенню України, хоча за останні роки їх ліжкова база скоротилася майже на третину.

У 1998 р. порівняно з 1993 відбувається істотне зменшення середньої потужності лікарень: обласних – на 14,9%, міських – 23,2, ЦРЛ – 32,4, дільничних – на 50%.

Розподіл ліжкового фонду лікарняних закладів на регіональному рівні досить нерівномірний, залежить від типу лікарень, їх вихідної ресурсної бази, темпів скорочення лікарняних ліжок і обсягів надання стаціонарозамінної медичної допомоги. Рівномірніший розподіл лікарняних ліжок у складі ЦРЛ, загальна потужність яких коливається в більшості областей від 2500 до 6220 ліжок.

Останнім часом внаслідок скорочення лікарняних ліжок середня потужність ЦРЛ зменшилася майже на третину і становить в середньому по Україні 233 ліжка, коливаючись від 86 до 392 ліжок в областях.

Загальна потужність ліжкового фонду обласних лікарень становить нині 22580 різнопрофільних ліжок, що на 17,9% менше, ніж у 1993 р. Такою самою динамікою відрізняється й середня потужність цих закладів, що досягла в 1998 р. 836 ліжок.

У складі дільничних лікарень сьогодні розгорнуто близько 17 000 ліжок. Мережа і ліжковий фонд дільничних лікарень характеризуються значними коливаннями на регіональному рівні, зокрема, чисельність ліжкового фонду коливається від 212 до 1680 ліжок із середньоукраїнським показником потужності лікарень цього типу – 17 ліжок.

Отже, в рамках реформування галузі в усіх лікарняних закладах останнім часом відбулось упорядкування ліжкового фонду за рахунок скорочення здебільше понаднормативних "непрацюючих" ліжок з відповідним зменшенням їхньої потужності.

При загальній тенденції у 1998 р. порівняно з 1993 до скорочення загальних обсягів стаціонарної допомоги та оперативних втручань у лікарняних закладах різного типу (більше ніж на 130 000 операцій (131 476), або на 5,6%) спостерігається помітне збільшення абсолютних обсягів високоспеціалізованої медичної допомоги третинного рівня, що надається на базі спеціалізованих медичних центрів, обласних лікарень, клінік НДІ, зокрема кардіохірургічного профілю. Так, загальна кількість операцій на серці збільшилася за 5 останніх років на 17,1%. Зростає також кількість операцій на нервовій системі (17%), у тому числі на головному мозку (на 11,3%).

Має місце істотне зростання кількості мікрохірургічних операцій на органах зору з приводу глаукоми, катаракти, деяких інших оперативних втручань. Проте загалом обсяги оперативних втручань зменшуються, і ця динаміка в найбільшій мірі спостерігається при патології молочних залоз, судин, акушерській і оториноларингологічній, органів травлення тощо.

Післяопераційна летальність порівняно з попередніми роками виразно зменшується як у середньому, так і за окремими видами оперативних втручань, досягаючи найбільшого зменшення при операціях на підшлунковій залозі, стравоході, нервовій системі.

Аналіз показників використання ліжкового фонду галузі свідчить про збереження і подальшу інтенсифікацію роботи ліжок з певним збільшенням середньої кількості днів зайнятості ліжок та їх обігу, хоча ці показники відрізняються досить значними коливаннями, а в окремих областях відбуваються й протилежні зміни. За період з 1993 р. середній показник зайнятості лікарняних ліжок у лікарняних закладах України зріс на 15,2 дня і становив у 1998 р. 325,2 дня (див. табл.).

Найбільш інтенсивно використовуються лікарняні ліжка в обласних, міських і дільничних лікарнях, де показники зайнятості ліжок становлять в середньому 330–344 дні. Разом з тим аналіз роботи ліжок обласних лікарень показує, що за період із 1993 по 1998 р. середня кількість днів зайнятості ліжок зменшилася на 4,9 дня і становить 334,1 дня в 1998 р.

Збільшилися показники зайнятості ліжок більшості міських лікарень, що супроводжується відповідним скороченням середньої тривалості перебування хворого на ліжку та зростанням обігу лікарняних ліжок. Спостерігається також активізація роботи дільничних лікарень: стаціонарні ліжка цих закладів працювали в 1998р. протягом 330,6 дня, що на 34,6 дня (11,7%) більше, ніж у попередні роки (у 1993 р. 296 днів). Показники зайнятості ліжок дільничних лікарень мають значні регіональні відмінності: діапазон їхніх коливань становить 263,7–371 день.

Середні показники використання ліжкового фонду центральних районних лікарень нижчі від дільничних (321,6 і 318,2 дня відповідно), хоча діапазон їхніх коливань на рівні областей досить великий. Слід зазначити, що за останні роки показники зайнятості ліжок у більшості центральних районних лікарень не зазнали істотних змін.

Досить широким є діапазон показників використання ліжкового фонду лікарняних закладів України в розрізі різного профілю відділень: від 240,95 дня у інфекційних стаціонарах для дорослих і дітей до 377,8 дня у радіологічних відділеннях (див табл.). За останні роки середня кількість днів зайнятості ліжок більшості спеціалізованих відділень зросла на 4–12%, за винятком інфекційних відділень для дорослих і дітей, де цей показник зменшився порівняно з 1993 р. на 10,4%.

Особливо інтенсивно використовується ліжковий фонд радіологічних і рентгенологічних (377,8 дня), неврологічних (351,2), офтальмологічних (348,8) і онкологічних відділень для дорослих (348,6 дня).

Істотним недовантаженням відрізняється робота ліжок у пологових відділеннях (будинках), у тому числі патології вагітності (236,3 дня) та інфекційних для дорослих і дітей (240,95 дня).

Незважаючи на певну інтенсифікацію використання лікарняного ліжкового фонду, середня тривалість перебування хворого на ліжку за період із 1993 по 1998 р. не зазнала істотних змін і становить по Україні 15, 64 дня (у 1993 р. 16,8 дня), хоча спостерігається досить великий розкид значень цього показника в роботі спеціалізованих відділень, лікарняних закладів різного типу і на регіональному рівні. Зокрема, середня тривалість перебування хворого на ліжку коливається від 9,9 дня в оториноларингологічному відділенні для дорослих до 83,8 дня в туберкульозному відділенні (див. табл.).

Тривалість перебування хворого на ліжку в 1998 р. становила в обласних лікарнях 13,7 дня, міських – 13,5, ЦРЛ – 12,5, дільничних – 15 днів. Отже, незважаючи на існуючі відмінності у функціональних завданнях, обсягах і рівнях надання медичної допомоги, діапазоні лікувально-діагностичних можливостей лікарняних закладів різного типу, найбільш раціонально використовується нині ліжковий фонд ЦРЛ, хоча середні терміни лікування хворих мають значні регіональні відмінності. Діапазон коливань цього показника на ліжках ЦРЛ становить 9,8 – 14,4 дня. У міських лікарнях середня тривалість перебування хворого на ліжку зберігається на досить стабільному рівні; зменшення значення цього показника в більшості областей не перевищує 0,1 – 2 днів.

Особливого вдосконалення потребує організація роботи дільничних лікарень, у яких лікарняні ліжка використовуються ще досить неефективно, особливо в окремих областях, де термін лікування хворих занадто великий. Зокрема, в Київській області цей показник найвищий і становить 18,3 дня.

За період із 1993 по 1998 р. відбулося подальше збільшення обігу ліжок у всіх типах лікарень, особливо у дільничних і обласних. Так, за останні роки обіг ліжок обласних лікарень зріс на 18,9%, дільничних – на 22,1, ЦРЛ – на 13,3%, що свідчить про певну раціоналізацію використання ліжкового фонду, хоча терміни лікування хворих ще далекі від оптимальних.

Отже, незважаючи на помітне покращання показників роботи лікарняних ліжок на різних рівнях, є ще багато невикористаних резервів раціоналізації стаціонарної медичної служби і підвищення ефективності її функціонування. Сьогодні вже не викликає сумніву, що витрачати дороговартісний ліжковий фонд треба якомога раціональніше і ощадно, зважаючи на сучасні фінансово-економічні негаразди і ресурсні обмеження в країні.

Незважаючи на здійснювані структурно-функціональні зміни в лікарняній ланці і певну раціоналізацію використання ліжкового фонду, ще залишаються невиправдано високим рівень госпіталізації та тривалими терміни лікарняного лікування, що потребує подальшого проведення відповідних управлінських заходів щодо вдосконалення технології надання стаціонарної допомоги.

Скорочення тривалості дороговартісного стаціонарного лікування може бути досягнуто шляхом чіткого визначення першочергових потреб хворих у госпіталізації, інтенсифікації лікувально-діагностичного процесу в лікарнях, застосування прогресивних медичних технологій, запровадження уніфікованих стандартів якості надання медичної допомоги і активнішого використання різних організаційних форм позалікарняної медичної допомоги.

За останні роки в Україні відбулося подальше розширення мережі денних (ДС) і домашніх стаціонарів (СД), що дає змогу повніше задовольняти потреби різних категорій дитячого і дорослого населення в стаціонарній медичній допомозі, здійснюючи в амбулаторно-поліклінічних умовах інтенсивне лікування, наближене за обсягом і якістю до стаціонарного.

Проте основний обсяг медичної допомоги госпіталізоване населення продовжує отримувати в умовах лікарняних закладів різного типу, зберігається досить тривале перебування хворих у стаціонарах порівняно з такими показниками у більшості розвинених західних країн, що свідчить про необхідність оптимізації технології надання медичної допомоги, раціоналізації використання дороговартісного ліжкового фонду, особливо спеціалізованого і високоспеціалізованого.

Лікарняні ліжка, зокрема спеціалізовані, доцільно використовувати лише для короткочасної та середньотривалої госпіталізації хворих за медичними показаннями, чітко регламентованими і уніфікованими (для надання різнобічної лікувально-діагностичної допомоги хворим у разі гострих хвороб, невідкладних станів, тяжких загострень хронічних хвороб, що потребують інтенсивного лікування і медичного нагляду в умовах лікарні) з наступним переведенням стаціонарних хворих (реконвалесцентів, післяопераційних, хронічних) після стабілізації стану на стаціонарозамінне лікування (якщо немає медичних протипоказань до такого лікування).

Наведені дані свідчать про наявність вагомих ресурсів раціоналізації використання дороговартісного ліжкового фонду лікарень, удосконалення діяльності стаціонарної та амбулаторно-поліклінічної служби, скорочення ресурсних витрат.

Основними напрямами оптимізації діяльності

стаціонарної служби і забезпечення потреб населення в доступній та якісній стаціонарній допомозі на сучасному етапі є:

– удосконалення фінансового забезпечення і ресурсної бази стаціонарної допомоги на основі впровадження багатоканального фінансування;

– розробка сучасної нормативно-правової бази;

– реструктуризація системи медичної допомоги шляхом упорядкування мережі лікувально-профілактичних закладів первинного, вторинного і третинного рівнів, перерозподілу обсягів медичної допомоги, передбачивши пріоритетний розвиток ПМСД на засадах сімейної медицини, збільшення обсягу і якості медичних послуг на первинному рівні;

– активний розвиток стаціонарозамінних форм медичної допомоги з розширенням мережі денних і домашніх стаціонарів;

– оптимальний перерозподіл і функціональна диференціація ліжкового фонду лікарень шляхом організації лікарень (відділень) для надання екстреної медичної допомоги, планового лікування хронічних хворих, відновного лікування і реабілітації, надання медико-соціальної допомоги;

– удосконалення управління стаціонарною службою на основі децентралізації та автономізації стаціонарів і всіх лікувально-профілактичних закладів вторинного і третинного рівнів, визначення порядку та механізмів взаємозв'язку між різними рівнями і медичними структурами, наступності в наданні амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги;

– здійснення оптимального медикаментозного і матеріально-технічного забезпечення стаціонарів різних рівнів і типів з урахуванням їх потреб і вимог медичної науки і гарантованого державою рівня надання медичної допомоги.

Реалізація цих напрямів буде сприяти оптимізації діяльності стаціонарної служби, раціональному використанню фінансових, кадрових і матеріально-технічних ресурсів галузі та повнішому задоволенню медичних потреб населення.

СОСТОЯНИЕ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ УКРАИНЫ

В.М.Пономаренко (Киев)

Освещены основные структурно-функциональные изменения больничной службы Украины за период с 1991-1993 гг. по 1998 г., динамика основных показателей использования коечного фонда во всех типах лечебных учреждений. Так, в процессе реформирования отрасли больничная сеть страны сократилась на 16,5% преимущественно за счет маломощных и экономически нерентабельных больниц, во всех больничных учреждениях произошло упорядочение коечного фонда путем свертывания, как правило, сверхнормативных и "неработающих" коек с соответствующим снижением общей мощности коечного фонда на 30,1%.

На фоне значительного сокращения (на 23,7%) общего объема больничной помощи и некоторого уменьшения количества оперативных вмешательств (на 5,6%) в лечебных учреждениях различного типа наблюдается заметное увеличение абсолютного объема высокоспециализированной медицинской помощи третичного уровня (общего количества операций на сердце – на 17,1%, нервной системе – 17, на головном мозге – на 11,3% и т.д.).

За рассмотренный период произошло заметное улучшение показателей работы больничных коек на различных уровнях, однако еще сохраняется неоправданно высокой интенсивность госпитализации и сроки стационарного лечения.

Определены важнейшие направления оптимизации деятельности стационарной службы Украины на современном этапе, в том числе совершенствование финансового обеспечения на основе внедрения многоканального финансирования, разработка современной нормативно-правовой базы, перераспределение объемов стационарной помощи при приоритетном развитии ПМСП, функциональная дифференциация, децентрализация и автономизация стационаров и др.

THE STATE OF HOSPITAL MEDICAL CARE FOR POPULATION IN UKRAINE

V.M.Ponomarenko (Kyiv)

The main structural and functional changes in hospital service in Ukraine for 1991–1993 to 1998 and the dynamics of principal indices of hospital beds number have been elucidated.

In the process of reforming of branch the hospital network in the country is reduced by 16,5% mainly at the expense of not powerful and economically unprofitable hospitals; the regulating of hospital beds number came over in all hospital institutions by means of curtailment as a rule of supernormative and non functioning beds with appropriate reduction of total power of hospital beds number by 30,1%.

The marked increase of absolute volume of high-specialized tertiary medical care (total number of operations on cor – by 17,1%, on nervous system – by 17%, on brain – by 11,3% etc) is to be observed against a background of significant reduction of total volume of hospital care by 23,7% and some reduction of a number of operations (by 5,6%) in medical institutions of different type.

In the period under review the marked improvement of indices of hospital beds work on different levels took place, but unwarrentedly high intensity of hospitalization and terms of hospital treatment are still remained.

The main modern trends of optimization of hospital service activity in Ukraine have been determined, including improvement of financial provision on the basis of introduction of multychannel financing, elaboration of modern normative and legal base, redistribution of hospital care volume with priority development of PMC, functional differentiation, decentralization and autonomization of hospitals etc.

УДК 614.3 : 656.2 (477)

В.В. АНАШКІН (Київ)

ВИВЧЕННЯ ТА ОПТИМІЗАЦІЯ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ШТАТНОЇ СТРУКТУРИ САНЕПІДСТАНЦІЙ НА ЗАЛІЗНИЧНОМУ ТРАНСПОРТІ УКРАЇНИ ЗА МАТЕРІАЛАМИ ХРОНОСПОСТЕРЕЖЕНЬ

Центральна санітарно-епідеміологічна станція на залізничному транспорті України

Сучасний етап розвитку Державної санітарно-епідеміологічної служби на залізничному транспорті України характеризується постійним ускладненням завдань, які їй необхідно вирішувати в нових умовах формування суспільства, вимагає подальшого вдосконалення форм організації служби та інтенсифікації праці висококваліфікованих спеціалістів.

З метою пошуку шляхів оптимізації діяльності спеціалістів державної санепідслужби нами за допомогою хронометражного методу дослідження були вивчені фактичні трудові витрати і структура робочого дня медичного (санітарні лікарі, лікарі-епідеміологи) персоналу санепідстанцій різного рівня управління. Дослідження проводилося в Центральній санепідстанції на залізничному транспорті, 6 санепідстанціях залізниць, 14 санепідстанціях відділень залізниць, 7 лінійних санепідстанціях. Вивчалася робота 67 санітарних лікарів.

Відомо, що одним із методів раціональної організації роботи санітарно-епідеміологічних станцій є диференційований розподіл робочого часу залежно від виду і місця роботи (в санепідстанції, на об'єкті нагляду) [1-5], тому аналіз трудових витрат проводився диференційовано. Також враховувалася специфіка роботи санітарного лікаря на залізничному транспорті, багаторазова зміна виду й місця роботи.

Шифрування матеріалу в розробчих і узагальнювальних таблицях, статистична обробка його й аналіз проводилися диференційовано, згідно з етапами роботи і профілем лікарів (санітарні лікарі з гігієни харчування, комунальної гігієни, гігієни праці, лікарі-епідеміологи).

Дані вимірювання часу, який витрачався санітарними лікарями і лікарями-епідеміологами на різні операції або елементи трудового процесу, заносилися в листи спостережень, а потім після їх систематизації за видами діяльності - в розроблені нами хронометражні карти.

Діяльність санітарних лікарів досліджувалася за основними видами (санітарно-гігієнічне обстеження об'єктів, підготовка кадрів, робота з документацією тощо) і підготовчо-допоміжними (прямування до об'єктів нагляду і зворотний шлях, підготовка до роботи тощо).

Бюджет робочого часу санітарних лікарів різного профілю розподілявся приблизно однаково (рис. 1).

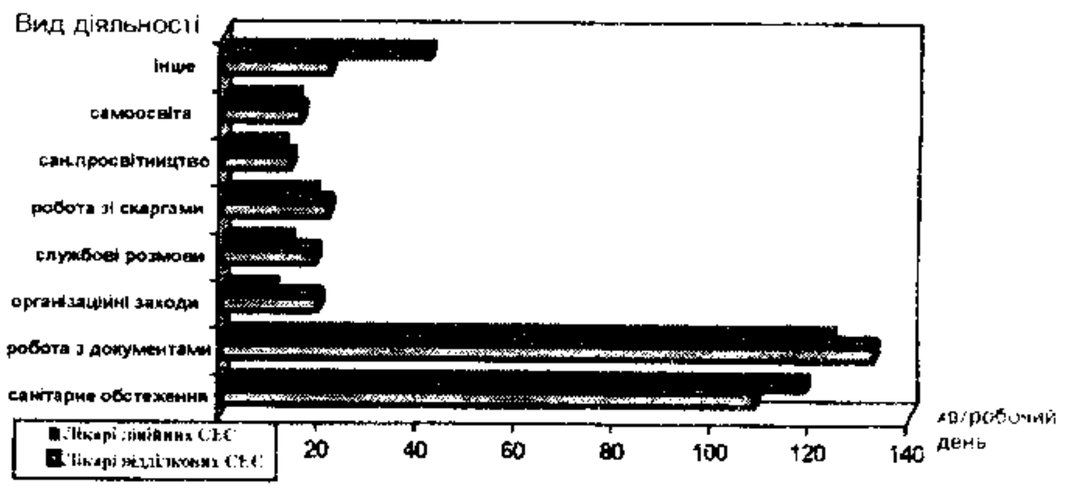

Рис. 1. Розподіл витрат робочого часу за основними видами діяльності лікарів відділкових і лінійних санепідстанцій.

Витрати робочого часу на основні види діяльності (табл. 1) коливалися від 325,7 хв/робочий день до 378,5 хв загального бюджету робочого часу (в середньому 352,4 хв/робочий день у лінійних санепідстанціях та 343,7 – у відділкових), на допоміжні – від 64,4 хв/робочий день до 118,1 (в середньому в лінійних – 91,9 хв/ робочий день, відділкових – 99,9). Серед основних видів діяльності значну частину часу займала робота з документами – від 85,4 хв/робочий день до 138,8 (у середньому (117±0,1) хв/робочий день – у лінійних санепідстанціях, 129,4±1,2 – відділкових щодня) – у той час як на безпосередні обстеження об'єктів витрачалося тільки 93,4–125,4 хв загального бюджету часу (в лінійних санепідстанціях (118,2±1,8) хв/робочий день, відділкових – 100,3±1 ,6).

Проведення різних організаційних заходів займало в середньому 28,6 хв робочого дня [(25,7±1,3) хв/робочий день у лінійних санепідстанціях, 22,3±0,8 – відділкових], службові розмови – 19,5 хв/робочий день [(18,8±1,7) хв/робочий день і 20,2±0,9 відповідно], робота з громадянами – 32,5 % робочого часу (незалежно від категорії санепідстанції 32,5±0,9 хв/робочий день).

На такі види діяльності, як підготовка кадрів та робота з помічниками витрачалося відповідно

© В.В.Анашкін, 2000

Таблиця 1. **Структура і середні витрати робочого часу санітарних лікарів різного профілю на різні види діяльності** (M±m)

Вид діяльності, хв/робочий день	Підрозділи санепідстанцій різного рівня управління							
	Комунальна гігієна		Гігієна харчування		Гігієна праці		Епідеміологія	
	Відділкові	Лінійні	Відділкові	Лінійні	Відділкові	Лінійні	Відділкові	Лінійні
Основні види								
Санітарне обстеження	108,4	119	93,4	114,3	103,3	125,4	96	114
Робота з документами	132,6	124,4	138,8	134,4	119,2	123,8	126,8	85,4
Організаційні заходи	19,4	10,8	24,3	19	20,4	20,6	61,8	52,5
Службові розмови	18,8	14	16,3	23,6	26,2	15,4	19,4	22,1
Робота зі скаргами і заявами	21,4	18,8	10,9	13,8	13,4	18,1	15,6	8,6
Санітарне просвітництво	13,6	12,4	18,4	19,6	6,6	7	30,2	31,8
Самоосвіта	15,8	15,2	14,2	12	19,4	29,2	18,6	12,8
Інші	21,6	42,3	37,3	42	21	13,8	20	31
Разом	351,6	356,9	353,6	378,7	329,5	325,7	340,2	348,2
Допоміжні види								
Підготовка до роботи	8,3	12,2	11,3	7,2	10,7	9,6	7	8
Переходи	74,8	64,2	59,2	47,8	76,4	87	74,2	67,4
Інші	11,2	11,5	12,9	9,4	26	21,5	27,4	21,6
Разом	94,3	87,9	83,4	64,4	113,1	118,1	108,6	97
Перерви в роботі:	16,1	17,2	25	18,9	19,4	18,2	13,2	16,8
Разом	462	462	462	462	462	462	462	462

4,6 хв/робочий день (3,6±1,3 – у лінійних санепідстанціях, (5,5±0,7) хв/робочий день – відділкових) та 6,4 хв [відповідно в санепідстанціях (4,2±1,3) % і (8,3 ± 0,7) %].

Оскільки робота з документами забирала значну частину робочого часу, ми ретельно вивчили її обсяг, структуру і середні витрати часу (табл. 2, 3).

Таблиця 2. **Структура і середні витрати робочого часу санітарних лікарів різного профілю на роботу з документами на об'єктах** (M±m)

Вид діяльності, % від усього часу, витраченого на роботу з документами	Підрозділи санепідстанцій різного рівня управління							
	Комунальна гігієна		Гігієна харчування		Гігієна праці		Епідеміологія	
	Відділкові	Лінійні	Відділкові	Лінійні	Відділкові	Лінійні	Відділкові	Лінійні
Складання первинних актів	11,4	9,4	11,9	10,5	11,2	14,4	14,9	12,5
Складання контрольних актів, розпоряджень	5,3	4,7	8,6	2,9	6,5	8,4	9,9	13,4
Складання протоколів	3,8	4,7	3,5	5,5	3,2	4,8	2,5	3,9
Складання планів-завдань	4,8	1,6	3,5	6,5	7,2	4,8	1,2	3,4
Розгляд проектів будівництва і реконструкції	9,2	9,4	6,7	9,5	6,9	9,6	-	-
Інші	7,3	1,6	4,4	4,8	11,2	12	3,5	12,3
Разом	41,8	31,3	38,7	39,7	46,1	54	32,1	45,6

Аналіз показав, що значну частину часу [від 79,9 хв/робочий день у відділкових санепідстанціях до 109 хв – лінійних, в середньому (94,5±3,5) хв санітарні лікарі займалися читанням та написанням актів санітарно-гігієнічного обстеження, розпоряджень, протоколів, узгодженням різної інформації у вищих органах управління [18,9 хв/робочий день у відділкових санепідстанціях, 55,4 хв – у лінійних, у середньому (37,2±2,3) хв], складанням і аналізом статистичних звітів (52,7 хв/робочий день у відділкових СЕС, 62,8 хв – лінійних, у середньому 57,8 хв), складанням планів, графіків роботи [27,3 хв/робочий день у відділкових СЕС, 18 хв – лінійних, у середньому (22,7±11,2) хв].

За методикою НДІ соціальної гігієни, економіки та управління охороною здоров'я ім. М.О. Семашка ми розрахували коефіцієнт раціональності структури робочого часу для спеціалістів різного профілю за формулою

$$Д_о = Ф_{осн.} / (Ф_{осн.} + Ф_{доп.}),$$

де $Ф_{осн.}$ – частка витрат робочого часу на основну роботу; $Ф_{доп}$ – частка витрат часу на підготовчу і допоміжну роботу. Чим раціональніше використано робочий час, тим значення коефіцієнта ближче до одиниці. Для лікарів з гігієни праці коефіцієнт раціональної структури робочого часу становив 0,71, з гігієни харчування – 0,79, комунальної гігієни – 0,76, для лікарів-епідеміологів – 0,74.

Проте час, який витрачали лікарі лінійних і відділкових санепідстанцій на різні види діяльності був різний. Так, лікарі лінійних санепідстанцій витрачали більше часу на санітарне обстеження об'єк-

Таблиця 3. **Структура і середні витрати робочого часу санітарних лікарів різного профілю на роботу з документами у санепідстанціях** (M±m)

Вид діяльності, % від усього часу, витраченого на роботу з документами	Підрозділи санепідстанцій різного рівня управління							
	Комунальна гігієна		Гігієна харчування		Гігієна праці		Епідеміологія	
	Відділкові	Лінійні	Відділкові	Лінійні	Відділкові	Лінійні	Відділкові	Лінійні
Читання й оформлення актів, протоколів	9,9	14,8	6,8	9,3	7,3	4,8	14,9	9,4
Упорядкування планів, графіків та інше планування	4,5	4,7	7,1	2,9	4,7	1,6	7,5	6,7
Упорядкування й аналіз статистичних звітів	5,8	5,5	5,5	18,1	6,9	8,8	27,3	21,9
Написання довідок та інформацій у вищі органи	8,1	9,4	9,4	7,6	7,2	12	4,1	4,8
Листування з керівництвом об'єктів нагляду	4,6	5,5	4,3	2,9	5,5	1,6	1,9	7,4
Робота з іншими документами	5,4	3,1	7,1	2,4	5	1,6	7,2	-
Друкування, креслення, малювання	3,2	3,9	9,4	2,9	2,2	4,8	2,7	1,8
Інша письмова та розрахункова робота	5,8	3,5	3,5	4,8	6,6	1,2	2,4	2,7
Розгляд проектів і оформлення висновків	10,8	9,4	8,5	9,5	8,5	9,6	-	-
Разом	58,2	68,7	61,7	60,3	53,9	46	67,9	54 ,4

тів та на інші види робіт. Це, можливо, пояснюється, з одного боку, тим, що в лінійних санепідстанціях більше великих об'єктів, які вимагають ретельнішого і тривалішого обстеження, а з іншого боку, спеціалістам лінійних санепідустанов доводиться більше зустрічатися з непередбаченими випадковими роботами.

Найбільш копіткою та малоефективною роботою, на яку витрачається значна частина часу як спеціалістів лінійних, так і відділкових санепідстанцій, виявилася робота з документами, а саме: пошук різного роду інформації, складання планів, завдань, друкування, креслення, малювання (див. табл. 2, 3).

Внаслідок проведеного дослідження було встановлено, що в середньому в санепідстанціях різних рівнів управління нараховувалося 148 об'єктів нагляду з гігієни праці, 123 – з гігієни харчування, 336 об'єктів – з комунальної гігієни. Протягом робочого дня лікарі виходили на об'єкти відповідно 1,1; 1,5; 1,3 раза. Як правило, на санітарно-гігієнічне обстеження об'єкта лікарі з гігієни праці витрачали (24,7±0,4) % робочого часу, з гігієни харчування – 19,5±0,3, з комунальної гігієни – (16,9±0,3) %.

У своїй роботі санітарні лікарі багато часу витрачали також на підготовчо-допоміжні види діяльності – від 0,5 до 3,2 % робочого часу. Причиною цього, на наш погляд, було недотримання основних вимог до організації праці, а саме: поступове входження в трудову діяльність; відсутність послідовності виконання елементів роботи, систематичного і ретельного планування діяльності; невизначення оптимального темпу і ритму виконання роботи.

Як у санепідстанціях, так і на об'єктах нагляду значну частку робочого часу лікарів складало читання і підготовка документів – від 9,1 до 14,3% [у середньому (11,4±3,5) % за робочий день]. Протягом року санітарні лікарі оформляли в середньому 360 різних документів (213 актів, 43 розпорядження, 24 протоколи про санітарне порушення, 20 планів-графіків, 37 довідок та інформацій у вищі органи тощо). Середня витрата часу на підготовку одного документа становила 1,4 год.

Службові розмови займали від 3,2 до 5,6 % робочого часу [у середньому (4,3±2,4)%]; на участь у зборах, нарадах та інших організаційних заходах припадало від 2,1 до 4,3% часу [в середньому (3,2±1,3) %]. Нераціональні витрати часу були пов'язані з різного роду очікуваннями, перервами в роботі, пішими переходами до об'єктів тощо. За день вони складали в середньому близько 1,5 год або 420 год за рік (59 робочих днів). Крім того, лікарі виконували такі види діяльності, що не відповідали їхній компетенції: переписували документи, друкували їх, креслили таблиці, діаграми тощо. На це щодня витрачалося у середньому від 9 до 27 хв. Перераховані види робіт, безумовно, могли виконати працівники з більш низькою кваліфікацією, а лікарі отримали б можливість приділити більше уваги обстеженню об'єктів і аналізу проблемних санітарно-епідеміологічних ситуацій.

Вивчення організації роботи санітарних лікарів показало, що вони протягом робочого дня змінюють вид своєї діяльності у середньому від 22 до 31 разів. Під час виконання тільки одного виду діяльності лікаря переривали 3–4 рази, що, безумовно, негативно позначалося на якості виконуваної роботи та його працездатності. Це пояснюється, з одного боку, специфікою роботи санітарного лікаря на залізничному транспорті, зокрема значною різноманітністю діяльності, з іншого боку, недостат-

ньою чіткістю і плановістю організації своєї роботи (відсутність погодинних графіків, недостатня координація роботи підрозділів санепідстанцій тощо).

Санітарно-контрольні пункти (СКП) є специфічним підрозділом тільки для держсанепідслужби на залізничному транспорті. Спеціалістами СКП здійснюється контроль за дотриманням вимог санітарного законодавства на рухомому залізничному складі. Робітниками цих підрозділів ведеться безупинне спостереження за пасажирськими поїздами, починаючи від парку екіпірування і від одного СКП до другого протягом усього шляху прямування.

Особливої уваги заслуговує протиепідемічна (карантинна) функція санепідслужби на прикордонних станціях, здійснення санітарного контролю транзитних перевезень пасажирів і вантажів, а також взаємодія служби із санітарними органами закордонних країн. З усієї кількості санепідстанцій тільки в санепідустановах Львівської залізниці є певні традиції щодо організації санепіднагляду на прикордонних переходах. На інших залізницях кордони поки ще залишаються прозорими, але організацію санепіднагляду на прикордонних переходах необхідно створювати. Тому нами окремо була вивчена організація праці фахівців СКП та прикордонних СКП (ПСКП).

Дослідження проводилися на 17 СКП та 11 ПСКП. Санепіднагляд у цих підрозділах здійснювали 125 фахівців, з яких було 16 лікарів, 95 помічників і 13 дезінфекціоністів. За тиждень ними обстежувалося 443 стаціонарних і 1918 рухомих об'єктів, що становить 19 об'єктів нагляду на одного фахівця.

Вивчення організації праці фахівців СКП і ПСКП показало, що структура їхнього робочого часу принципово відрізняється від такої інших санепідустанов (рис. 2). Так, нами встановлено, що більше як 50% робочого часу спеціалісти СКП і ПСКП проводять на об'єктах нагляду. Специфікою їх роботи виявилася часта зміна виду і місця роботи. Протягом робочого дня фахівці перевіряють 3 – 4 об'єкти нагляду. При цьому на повне санітарне обстеження одного рухомого об'єкта витрачалося 80 ± 8 хв (17,3%).

Аналіз роботи на об'єктах показав, що багато часу фахівці витрачали на підготовчо-допоміжні види діяльності, а саме, на пересування до об'єкта нагляду – від 18,5% робочого часу спеціалістами СКП до 22,7 % –спеціалістами ПСКП [у середньому (95,5±5,7) хв].

На роботу з документами фахівці СКП витрачали 20 % робочого часу, ПСКП – 27,9 %. Структура часу, витраченого на роботу з документами, принципово відрізнялася від такої у фахівців ПСКП; 21,4 % робочого часу вони витрачали на оформлення вантажів і виписування різних квітанцій.

Таким видам діяльності, як контроль за медичним обслуговуванням працюючих, санітарне просвітництво, підготовка кадрів, самоосвіта, фахівці вимушені були приділяли в середньому на 28,4 % менше часу, ніж працівники інших санепідустанов.

Для працівників СКП, як і для лікарів санепідстанцій, були характерні такі нераціональні витрати часу, як очікування, перерви в роботі, піші переходи до об'єктів нагляду, переписування документів, друкування їх, креслення таблиць, діаграм тощо.

Дослідження організації праці санітарних лікарів дозволило виявити в їхній роботі так звані вузькі місця (виконання випадкових робіт, пасивне спостереження, час, витрачений на переходи, нерегламентовані перерви), визначити резерви часу і розробити комплекс заходів щодо вдосконалення організації праці лікарів. Найголовнішими з них стали: вдосконалення планування роботи, підготовка кадрів та удосконалення роботи з документами, а саме, створення системи аналітико-інформаційного забезпечення держсанепідслужби на залізничному транспорті України.

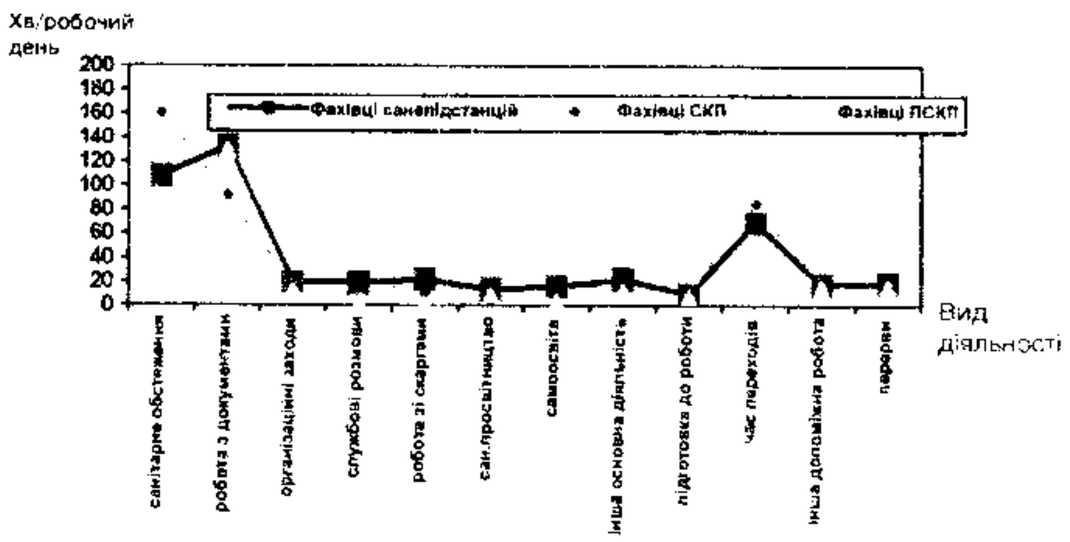

Рис. 2. Розподіл витрат робочого часу фахівцями санепідстанцій, санітарно-контрольних пунктів і прикордонних санітарно-контрольних пунктів.

Висновки

1. Витрати робочого часу лікарів санепідустанов різного рівня управління на основні види діяльності в середньому становили 352,4 хв за робочий день у лінійних санепідстанціях і 343,7 хв – у відділкових; на допоміжні види діяльності відповідно витрачалося 91,9 і 99,9 хв.

Найбільші витрати робочого часу на основні види діяльності були у фахівців з гігієни харчування (353,6 хв у відділкових СЕС і 378,7 хв –лінійних), найменші – у фахівців з гігієни праці (329,5 хв і 325,7 хв відповідно).

2. Незалежно від рівня управління санепідустанов комплексний коефіцієнт раціональності організації праці спеціалістів становив від 0,71 у лікарів з гігієни праці до 0,79 –– з гігієни харчування, що зумовлено, з одного боку, оптимальним рівнем інтенсивного використання робочого часу, з другого, – неоптимальністю його структури та високим рівнем коефіцієнта використання позаробочого часу для виконання виробничих завдань.

3. Визначення витрат робочого часу на окремі елементи роботи, використання самохронометражного методу оцінки роботи, а для контролю – методу моментних спостережень є найбільш інформативними і надають можливість оптимізувати організацію праці в санепідустановах різного рівня управління.

4. Результати дослідження були використані під час розробки і наукового обгрунтування концепції побудови санепідслужби на залізничному транспорті, реалізованої в нормативно-правових (у тому числі в наказі МОЗ України від 24.06.98 № 172 "Про тимчасові штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я"), методичних і організаційних управлінських актах і документах.

ИЗУЧЕНИЕ И ОПТИМИЗАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИОННО-ШТАТНОЙ СТРУКТУРЫ САНЭПИДЕМСТАНЦИЙ НА ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОМ ТРАНСПОРТЕ УКРАИНЫ ПО МАТЕРИАЛАМ ХРОНОНАБЛЮДЕНИЙ

В.В.Анашкин (Киев)

Изучена структура рабочего дня врачей разного профиля учреждений санитарно-эпидемиологической службы на железнодорожном транспорте Украины, установлено фактически затрачиваемое время на отдельные элементы работы. Выявлены резервы рабочего времени, определены основные причины его нерационального использования. Разработан комплекс мероприятий, направленных на оптимизацию труда специалистов.

STUDYING AND TAKING IN ORDER THE ORGANIZATIONAL AND STUFF STRUCTURE OF SANITARY-AND-EPIDEMIOLOGICAL STATIONSAT THE RAILWAYTRANSPORT IN UKRAINE ACCORDING TO CHRONOLOGICAL OBSERVATIONS' DOCUMENTS

V.V. Anashkin (Kyiv)

The working day structure of physicians working in the different types of sanitary-and-epidemiological stations at the railway transport in Ukraine was studied the effective time for some elements of work was defined. The reserves of working time were showed up and the main reasons of its unrational using were determined in this article.

The complex of measures aimed at the optimization of the expert work has been elaborated.

УДК 614.2

Г. О. СЛАБКИЙ, Г.К. СЕВЕРИН

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НЕПРАЦЕЗДАТНОГО МІСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ

Донецький державний медичний університет, міська лікарня №2, м. Макіївка

Для планування та оцінки діяльності деяких спеціалізованих медичних служб, що працюють в умовах нового господарського механізму, вченими були запропоновані й апробовані нові форми і методи управління. До спеціалізованих слід віднести й службу медико-соціальної допомоги непрацездатному населенню.

Проблема медико-соціального забезпечення стає все актуальнішою ще й через стабільну тенденцію постаріння населення. За прогнозами ООН до 2000 року кількість людей похилого віку в світі зросте до 590 млн чоловік, а до 2025 року – перевищить 1100 млн чоловік (Відень, 1982). У вітчизняних публікаціях також відзначається динаміка росту абсолютної кількості осіб віком старіше 60 років [6]. У зв'язку з цим стає зрозумілою потреба глибоких наукових розробок із будь-яких аспектів проблеми, в тому числі з питань організації медико-соціального обслуговування цієї категорії населення.

Зменшенню функціональних можливостей у разі старіння та збільшенню потреби за цим адекватної медичної та соціально-економічної допомоги присвячена низка робіт вітчизняних і зарубіжних авторів [5, 6, 7, 8, 10].

Останнім часом ведеться активний пошук нових організаційних форм надання допомоги одиноким людям похилого віку. Основою сучасної політики ор-

© Г.О. Слабкий, Г.К. Северин, 2000

ганізації медичної допомоги цій категорії осіб за кордоном є розвиток позалікарняних форм як найбільш економічних у фінансовому й кадровому відношенні [8]. До них належить: організація спеціальних бригад для надання амбулаторної допомоги вдома — так званий стаціонар вдома (Франція); організація центрів здоров'я при общинах (Великобританія); створення спеціальних комітетів місцевих органів управління (США).

Характеристики закладів, що надають допомогу людям похилого віку, значною мірою варіюють залежно від завдань і рівня соціальної та медичної допомоги. У Великобританії, наприклад, до закладів, що надають допомогу людям похилого віку, належать лікарні, будинки для пристарілих, що, в свою чергу, діляться на будинки, підпорядковані органам управління соціальних служб, будинки добровільних організацій, приватних агентств, будинки для інвалідів, притулки-гуртожитки готельного типу для осіб з порушенням психіки або інвалідів [11].

Оптимальною вважається організація спеціальних будинків загального типу, що мають зручності для людей похилого віку, де забезпечена свобода дій, прийом гостей тощо. В денних стаціонарах рекомендується організація заходів щодо реабілітації, фізіотерапії, психотерапії тощо. Проте організація цих закладів потребує вдосконалення принципів координації не тільки служб, а й лікарів-спеціалістів, психологів, середнього медичного персоналу, спеціалістів із фізіотерапії, трудотерапії, соціальних працівників.

Тепер широкого розвитку набули нові форми соціального обслуговування. До них належить денне і тижневе перебування в територіальних центрах соціального обслуговування, а також спеціальні будинки для проживання пристарілих та інвалідів. Упровадження цих форм робить можливим здійснення диференційованого підходу до надання допомоги непрацездатному населенню з урахуванням ступеня самообслуговування, зумовленого станом здоров'я та їх бажаннями [2].

Організація медичного обслуговування непрацездатних осіб похилого віку, інвалідів і розумово відсталих дітей у будинках-інтернатах загального типу здійснюється обслуговуючим персоналом відповідного будинку-інтернату та лікарями-спеціалістами ЛПЗ. Проте організаційні форми медико-соціального обслуговування цієї категорії громадян на сучасному етапі потребують удосконалення. Одним із таких шляхів удосконалення, на думку дослідників [1, 3, 4, 9], є комплексний підхід до організації медичної допомоги з урахуванням її специфіки стосовно того чи іншого контингенту, який обслуговується. Тому наше дослідження було спрямоване на вивчення непрацездатних контингентів великого промислового міста (наприклад, Макіївки) щодо деяких аспектів організації їх медичного обслуговування з метою вдосконалення роботи ЛПЗ та органів охорони здоров'я в цьому напряму. До непрацездатного населення міста були віднесені пенсіонери, інваліди всіх вікових груп, діти від 0 до 14 років і підлітки.

Результати проведених досліджень показали, що чисельність дітей-інвалідів віком 0-14 років, які проживають у місті, становила за чотири роки (1995 - 1998) відповідно 69,4; 82,6; 121,9 та 122,7 на 10 000 населення. До непрацездатного дорослого населення належать інваліди всіх категорій, особливо першої та другої груп інвалідності. В місті проживало відповідно до року проведення дослідження 409,4; 417,8; 425,6 і 427,7 інваліда на 10 000 населення. Первинна інвалідність усіх категорій дорослого населення становила відповідно 76,8; 79,6; 77,3 та 75,9 на 10 000 населення.

У структурі інвалідності провідні місця посідали хвороби системи кровообігу, нервової системи та органів чуття, органів дихання, новоутворення. Серед працюючих у структурі інвалідності серед трійки перших чинників, що її спричинюють, знаходяться травми та отруєння.

Нами вивчалася потреба людей похилого віку, особливо одиноких, у будь-якій сторонній допомозі. Аналіз одержаних даних показав, що 48,9% людей похилого віку не потребують будь-якої допомоги від держави або сторонніх осіб, 47,6% - мають потребу в постачанні лікарських засобів і догляді лише під час хвороби, 12,4% -потребують допомоги в прибиранні та пранні, постачанні лікарських засобів, харчових продуктів і догляді під час хвороби, 4,2% - потребують постійного стороннього догляду. Кількість людей, які потребують улаштування в будинки-інтернати, сягає 18,7%.

Вивчення питання надання медичної допомоги непрацездатному населенню міста дозволило встановити, що кількість відвідувань лікарів (відповідно до років) становить 8429,4; 8056,7; 8215,5 та 803,9 на 10 000 населення, а рівень госпіталізації - 934,6; 1079,7; 1176,5; 997,3. Середня тривалість перебування на ліжку в медичних закладах перевищує порівняно з працездатним населенням на 7,8 дня.

Відділення стаціонарної допомоги вдома обслуговують, в основному, одиноких пацієнтів. Їх кількість з року на рік збільшується і в 1997 р. становила 2405,6, в 1998 - 2451,3 на 10 000 пенсіонерів.

Нами вивчалося також питання потреби відкриття лікарень медико-соціальної допомоги та способи їх фінансування. Дані проведеного дослідження свідчать про те, що такі лікарні разом із будинками-інтернатами мають бути відкритими для вирішення конкретних проблем життєзабезпечення населення похилого віку (перепрофілювання ЛПЗ, що закриваються або скорочуються) з урахуванням його стану здоров'я та особливостей захворюваності.

Отже, через недостатнє бюджетне фінансування, що призвело охорону здоров'я до кризового стану, підвищення соціально-економічної ефективності діяльності лікарень медико-соціальної допомоги можливе лише в разі: 1) фінансування перебування хворих за рахунок коштів органів охорони

3. Визначення витрат робочого часу на окремі елементи роботи, використання самохронометражного методу оцінки роботи, а для контролю – методу моментних спостережень є найбільш інформативними і надають можливість оптимізувати організацію праці в санепідустановах різного рівня управління.

4. Результати дослідження були використані під час розробки і наукового обгрунтування концепції побудови санепідслужби на залізничному транспорті, реалізованої в нормативно-правових (у тому числі в наказі МОЗ України від 24.06.98 № 172 "Про тимчасові штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я"), методичних і організаційних управлінських актах і документах.

ИЗУЧЕНИЕ И ОПТИМИЗАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИОННО-ШТАТНОЙ СТРУКТУРЫ САНЭПИДЕМСТАНЦИЙ НА ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОМ ТРАНСПОРТЕ УКРАИНЫ ПО МАТЕРИАЛАМ ХРОНОНАБЛЮДЕНИЙ

В.В.Анашкин (Киев)

Изучена структура рабочего дня врачей разного профиля учреждений санитарно-эпидемиологической службы на железнодорожном транспорте Украины, установлено фактически затрачиваемое время на отдельные элементы работы. Выявлены резервы рабочего времени, определены основные причины его нерационального использования. Разработан комплекс мероприятий, направленных на оптимизацию труда специалистов.

STUDYING AND TAKING IN ORDER THE ORGANIZATIONAL AND STUFF STRUCTURE OF SANITARY-AND-EPIDEMIOLOGICAL STATIONSAT THE RAILWAYTRANSPORT IN UKRAINE ACCORDING TO CHRONOLOGICAL OBSERVATIONS' DOCUMENTS

V.V. Anashkin (Kyiv)

The working day structure of physicians working in the different types of sanitary-and-epidemiological stations at the railway transport in Ukraine was studied the effective time for some elements of work was defined. The reserves of working time were showed up and the main reasons of its unrational using were determined in this article.

The complex of measures aimed at the optimization of the expert work has been elaborated.

УДК 614.2

Г. О. СЛАБКИЙ, Г.К. СЕВЕРИН

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НЕПРАЦЕЗДАТНОГО МІСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ

Донецький державний медичний університет, міська лікарня №2, м. Макіївка

Для планування та оцінки діяльності деяких спеціалізованих медичних служб, що працюють в умовах нового господарського механізму, вченими були запропоновані й апробовані нові форми і методи управління. До спеціалізованих слід віднести й службу медико-соціальної допомоги непрацездатному населенню.

Проблема медико-соціального забезпечення стає все актуальнішою ще й через стабільну тенденцію постаріння населення. За прогнозами ООН до 2000 року кількість людей похилого віку в світі зросте до 590 млн чоловік, а до 2025 року – перевищить 1100 млн чоловік (Відень, 1982). У вітчизняних публікаціях також відзначається динаміка росту абсолютної кількості осіб віком старіше 60 років [6]. У зв'язку з цим стає зрозумілою потреба глибоких наукових розробок із будь-яких аспектів проблеми, в тому числі з питань організації медико-соціального обслуговування цієї категорії населення.

Зменшенню функціональних можливостей у разі старіння та збільшенню потреби за цим адекватної медичної та соціально-економічної допомоги присвячена низка робіт вітчизняних і зарубіжних авторів [5, 6, 7, 8, 10].

Останнім часом ведеться активний пошук нових організаційних форм надання допомоги одиноким людям похилого віку. Основою сучасної політики ор-

© Г.О. Слабкий, Г.К. Северин, 2000

ганізації медичної допомоги цій категорії осіб за кордоном є розвиток позалікарняних форм як найбільш економічних у фінансовому й кадровому відношенні [8]. До них належить: організація спеціальних бригад для надання амбулаторної допомоги вдома — так званий стаціонар вдома (Франція); організація центрів здоров'я при общинах (Великобританія); створення спеціальних комітетів місцевих органів управління (США).

Характеристики закладів, що надають допомогу людям похилого віку, значною мірою варіюють залежно від завдань і рівня соціальної та медичної допомоги. У Великобританії, наприклад, до закладів, що надають допомогу людям похилого віку, належать лікарні, будинки для пристарілих, що, в свою чергу, діляться на будинки, підпорядковані органам управління соціальних служб, будинки добровільних організацій, приватних агентств, будинки для інвалідів, притулки-гуртожитки готельного типу для осіб з порушенням психіки або інвалідів [11].

Оптимальною вважається організація спеціальних будинків загального типу, що мають зручності для людей похилого віку, де забезпечена свобода дій, прийом гостей тощо. В денних стаціонарах рекомендується організація заходів щодо реабілітації, фізіотерапії, психотерапії тощо. Проте організація цих закладів потребує вдосконалення принципів координації не тільки служб, а й лікарів-спеціалістів, психологів, середнього медичного персоналу, спеціалістів із фізіотерапії, трудотерапії, соціальних працівників.

Тепер широкого розвитку набули нові форми соціального обслуговування. До них належить денне і тижневе перебування в територіальних центрах соціального обслуговування, а також спеціальні будинки для проживання пристарілих та інвалідів. Упровадження цих форм робить можливим здійснення диференційованого підходу до надання допомоги непрацездатному населенню з урахуванням ступеня самообслуговування, зумовленого станом здоров'я та їх бажаннями [2].

Організація медичного обслуговування непрацездатних осіб похилого віку, інвалідів і розумово відсталих дітей у будинках-інтернатах загального типу здійснюється обслуговуючим персоналом відповідного будинку-інтернату та лікарями-спеціалістами ЛПЗ. Проте організаційні форми медико-соціального обслуговування цієї категорії громадян на сучасному етапі потребують удосконалення. Одним із таких шляхів удосконалення, на думку дослідників [1, 3, 4, 9], є комплексний підхід до організації медичної допомоги з урахуванням її специфіки стосовно того чи іншого контингенту, який обслуговується. Тому наше дослідження було спрямоване на вивчення непрацездатних контингентів великого промислового міста (наприклад, Макіївки) щодо деяких аспектів організації їх медичного обслуговування з метою вдосконалення роботи ЛПЗ та органів охорони здоров'я в цьому напряму. До непрацездатного населення міста були віднесені пенсіонери, інваліди всіх вікових груп, діти від 0 до 14 років і підлітки.

Результати проведених досліджень показали, що чисельність дітей-інвалідів віком 0-14 років, які проживають у місті, становила за чотири роки (1995 - 1998) відповідно 69,4; 82,6; 121,9 та 122,7 на 10 000 населення. До непрацездатного дорослого населення належать інваліди всіх категорій, особливо першої та другої груп інвалідності. В місті проживало відповідно до року проведення дослідження 409,4; 417,8; 425,6 і 427,7 інваліда на 10 000 населення. Первинна інвалідність усіх категорій дорослого населення становила відповідно 76,8; 79,6; 77,3 та 75,9 на 10 000 населення.

У структурі інвалідності провідні місця посідали хвороби системи кровообігу, нервової системи та органів чуття, органів дихання, новоутворення. Серед працюючих у структурі інвалідності серед трійки перших чинників, що її спричинюють, знаходяться травми та отруєння.

Нами вивчалася потреба людей похилого віку, особливо одиноких, у будь-якій сторонній допомозі. Аналіз одержаних даних показав, що 48,9% людей похилого віку не потребують будь-якої допомоги від держави або сторонніх осіб, 47,6% - мають потребу в постачанні лікарських засобів і догляді лише під час хвороби, 12,4% -потребують допомоги в прибиранні та пранні, постачанні лікарських засобів, харчових продуктів і догляді під час хвороби, 4,2% - потребують постійного стороннього догляду. Кількість людей, які потребують улаштування в будинки-інтернати, сягає 18,7%.

Вивчення питання надання медичної допомоги непрацездатному населенню міста дозволило встановити, що кількість відвідувань лікарів (відповідно до років) становить 8429,4; 8056,7; 8215,5 та 803,9 на 10 000 населення, а рівень госпіталізації - 934,6; 1079,7; 1176,5; 997,3. Середня тривалість перебування на ліжку в медичних закладах перевищує порівняно з працездатним населенням на 7,8 дня.

Відділення стаціонарної допомоги вдома обслуговують, в основному, одиноких пацієнтів. Їх кількість з року на рік збільшується і в 1997 р. становила 2405,6, в 1998 - 2451,3 на 10 000 пенсіонерів.

Нами вивчалося також питання потреби відкриття лікарень медико-соціальної допомоги та способи їх фінансування. Дані проведеного дослідження свідчать про те, що такі лікарні разом із будинками-інтернатами мають бути відкритими для вирішення конкретних проблем життєзабезпечення населення похилого віку (перепрофілювання ЛПЗ, що закриваються або скорочуються) з урахуванням його стану здоров'я та особливостей захворюваності.

Отже, через недостатнє бюджетне фінансування, що призвело охорону здоров'я до кризового стану, підвищення соціально-економічної ефективності діяльності лікарень медико-соціальної допомоги можливе лише в разі: 1) фінансування перебування хворих за рахунок коштів органів охорони

здоров'я, соціального захисту населення, особистих внесків чи внесків їхніх родичів; 2) тимчасового перебування непрацездатної людини з метою догляду, витрати на яке несуть її рідні; 3) впровадження ліжок сестринського догляду, фінансування яких на 10-12% дешевше, ніж у звичайних лікарнях.

Список літератури

1. *Вопросы* медико-социальной помощи нетрудоспособным гражданам: (Сб. науч. тр./Под ред. Н.Ф.Дементьева и др.- М.:Б.и., 1990.
2. *Коган В.* Одинокие престарелые - проблемы и пути их социального обслуживания. Население третьего возраста.- М.: Мысль, 1986 .
3. *Метод* оценки организации медико-социального обслуживания умственно отсталых детей в домах-интернатах: Метод рек ./Н. Ф.Дементьева, Н.Р.Мингалимова, Л.Н. Поперечная и др. -М.: ЦИЭТИН. 1983.-32 с.
4. *Организация* медицинского оос.иуживания лиц пожилого возраста в домах-интернатах (общего типа): Метод рек. / Н.Ф.Дементьева, И.А.Жук, Н.М.Доценко и др. -М.: ЦИЭТИН, 1985.- 19 с.
5. *Панина Н.В., Сачук Н.Н.* Социально-психологические особенности образа жизни стареющих людей // Журн. невропатологии и психиатрии.- 1985.-Т.85, вып.9.-С. 1358-1362.
6. *Токарева Л.И.* Нуждаемость лиц пенсионного возраста в основных видах медико-социальной и бытовой помощи // Здравоохранение Рос. Федерации.- 1986.-№7-С.24-27.
7. *Устинова Э.В.* Нуждаемость нетрудоспособных граждан в различных формах социального обслуживания // Вопр. медико-социальной помощи нетрудоспособным гражданам: Сб. науч.тр.-М., 1990.-С.59-60.
8. *Шестаков В. Т., Комаров Ю.М.* Проблемы престарелых и организация гери-атрической службы за рубежом (по материалам развитых кап.стран).- М., 1984.-79 с.
9. *Щепин О.П., Артюхов Н.С.* К вопросу об оценке технологии оказания медицинской помощи в новых условиях хозяйствования // Сов. здравоохранение.г1990.-№9.-С.10-13.
10. *Bond John, Gregson Barlera A.*Alkinson Ann. The impieiTiention ofmulticentred randomired controlled trial in the evaluation of the experimental national health service nursing homes // Age and Agemg. – 1989 - Vol.l8, №2.- P.96 - 102.
11. *Donabedian A.* Criteria, norms and standarts of quality: whet do they mean? //Amer. J. Publ. Health. -1981. -Vol.71.- P.409-412.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ НЕТРУДОСПОСОБНОГО ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Г.О.Слабкий, Г.К.Северин (Донецк, Макеевка)

Исследование направлено на анализ организации медико-социальной помощи нетрудоспособным контингентам большого промышленного города с целью усовершенствования работы учреждений и органов здравоохранения.

Изучена потребность людей пожилого возраста в медико-социальной, амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи, намечены пути повышения социально-экономической эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений.

PROVIDING THE DISABLED URBAN POPULATION WITH THE PUBLIC HEALTH SERVICE

G.A. Slabky, G.K. Severyn (Donetsk, Makiyivka)

The research is aimed at analyses of the organization of medical and social care for disabled population in the industrial city to advance the work of institutions and bodies of the PHS.

The necessity of old age people in social, medical (both ambulatory and stationar) care was studied, the ways to increase the social and economical effectiveness of medical facilities were outlined.

УДК 617.7-001.28/29-073

П.А.ФЕДІРКО (Київ)

ОЦІНКА ПОТРЕБИ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ АВАРІЇ НА ЧАЕС, ХВОРИХ НА КАТАРАКТУ

Інститут епідеміології і профілактики променевих уражень НЦРМ АМН України

У ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС брали участь багато громадян України, переважно молоді здорові люди. Відомості наукової літератури свідчать про значну поширеність серед ліквідаторів аварії у постчорнобильському періоді офтальмопатології [1,3]. В її структурі одне з провідних (третє) місць займає катаракта, переважно інволюційна [5]. Тільки своєчасне хірургічне лікування хворих на катаракту спроможне запобігти інвалідності як наслідку цього захворювання.

Проблема завчасного прогнозування потреби в хірургічному лікуванні учасників ліквідації наслідків аварії (УЛНА) на ЧАЕС, хворих на катаракту, не повинна бути поза увагою, особливо в умовах реформування очних стаціонарів. Проблематичною видається можливість використання для цієї мети формул і методів, розроблених для оцінки швидкості розвитку катаракти в звичайних умовах [2,4], оскільки є підстави вважати, що вона відрізняється від такої в УЛНА.

Остаточно оцінити наслідки Чорнобильської катастрофи, скласти вірогідні прогнози і математично бездоганні моделі розвитку захворювань, можливо, можна буде після довготривалого (кілька десятиріч) спостереження. Але визначити потребу в хірургічному лікуванні з приводу катаракти на найближчі роки, принаймні орієнтовно, необхідно вже сьогодні, незважаючи на те, що наявних даних про катаракту все ще замало і є значна ймовірність помилок.

Все наведене вище зумовило мету нашої роботи – відшукання критеріїв і складання попереднього прогнозу потреби в екстракції катаракти на найближчі роки для УЛНА на ЧАЕС.

У роботі були використані результати обстеження (первинного) у 1992–1999 рр. 6122 УЛНА на ЧАЕС. Середній вік пацієнтів у 1992–1993 рр. становив (47,29±0,3) року, в 1994 р. – 48,21±0,29, 1995 – 48,82±0,31, 1996 – 48,74±0,28, 1997 – 49,1±0,3, 1998–1999 рр. – (48,6±0,6) року. Обстежені належали до клініко-епідеміологічного реєстру потерпілих під час Чорнобильської катастрофи. Група для спостереження, що добиралася лікарями-епідеміологами, є репрезентативною. Одержані результати можуть поширюватися до певної міри й на всю популяцію УЛНА на ЧАЕС. Дані стандартного обстеження (здійсненого в однакових умовах) були накопичені у базах даних, пройшли обробку з визначенням абсолютного накопиченого ризику виникнення патологічних станів, а також за допомогою регресійного аналізу [6]. Прогнозування тенденції поширення афакії та артефакії здійснювалося з використанням рівняння лінійної регресії за формулою

$$y=a+bx,$$

де: y – абсолютний ризик виникнення артефакії та афакії; x – порядковий номер періоду часу; a – зміщення; b – кут нахилу лінії регресії.

Середньорічний темп зростання (Т) абсолютного ризику (за рік) розраховувався за формулою

$$T=b \cdot 100/a/2.$$

Встановлено, що абсолютний ризик розвитку катаракти зріс за період обстеження з 299,4 на 1000 пацієнтів у 1992–1993 рр. до 423,1 у 1998 р. Одночасно спостерігалося збільшення накопиченого абсолютного ризику виникнення артефакії та афакії з 1,87 на 1000 відповідного населення у 1992–1993 рр. до 9,46 у 1998–1999 рр. Середній вік обстежених у різні періоди вірогідно не відрізнявся.

Оскільки тепер рівень забезпеченості УЛНА офтальмологічною допомогою в цілому достатній і екстракції катаракти були проведені своєчасно, ми дійшли припущення, що накопичений абсолютний ризик артефакії та афакії може бути використаний для характеристики потреб у хірургічному лікуванні в минулому і прогнозування потреб у майбутньому. Дійсно, аналіз результатів обстеження показав, що чисельність осіб, які потребували хірургічного втручання з приводу катаракти, не перевищувала 20% прооперованих.

Таким чином, ми визнали можливим використати дані про абсолютний ризик артефакії та афакії для побудови трендової моделі потреби в хірургічній допомозі в майбутньому, з одного боку, і для приблизної оцінки швидкості визрівання катаракти в УЛНА шляхом ретроспективного аналізу, з другого. Дані про швидкість погіршення стану кришталика можна також використати для оцінки потреби в хірургічному лікуванні.

© П.А. Федірко, 2000

Регресійний аналіз показав, що спостерігається тенденція до збільшення ризику виникнення афакії та артефакії і, отже, потреби в екстракції катаракти (табл.). Середньорічний темп приросту афакії та артефакії становить 69,04%, спостерігається виразна тенденція до його зростання.

Динаміка абсолютного ризику розвитку артефакії та афакії в УЛНА на ЧАЕС за даними регресійного аналізу

Роки	Абсолютний ризик, на 1000 населення	
	фактичний	розрахунковий
1992-1993	1,87	1,45±1,07
1994-1995	3,18	5,24±1,52
1996-1997	6,45	5,24±1,52
1998-1999	9,46	9,04±1,07
2000-2001	-	12,83±2,14

Згідно з прогнозом, у 2000–2001 роках абсолютний ризик артефакії та афакії в УЛНА становитиме 12,83±2,14 на 1000 осіб. Оскільки цей ризик є накопиченим, під час розрахунку потреби в оперативному лікуванні слід вилучити ризик, накопичений раніше (тобто операції, що були вже проведені, – 9,46 на 1000 УЛНА). Враховуючи це, маємо ризик, що становить 3,37±2,14 на 1000, тобто у 2000– 2001 роках додаткова потреба в екстракції катаракти становитиме 1,23–5,51 на 1000 учасників робіт в зоні ЧАЕС.

Для збільшення вірогідності прогнозу ми здійснили додаткові розрахунки, виходячи з поширеності катаракти у популяції УЛНА на ЧАЕС. У 1993 р. абсолютний накопичений ризик катаракти сягав 305,6 на 1000 осіб. У 1998 р. спостерігалось 10,2 випадку афакії та артефакії на 1000 осіб. Отже, за цей період 3,34% випадків катаракти досягли межі, за якої потрібне оперативне втручання. Якщо використати ці дані, виходячи з абсолютного ризику розвитку катаракти в УЛНА у 1995-1996 рр. (413,35 на 1000), прогноз на 2000 – 2001 роки становитиме 13,81 оперативного втручання на 1000 кумулятивно. Вилучивши операції, що мають бути проведені раніше, встановимо, що безпосередньо у 2000-2001 роках потреба в екстракції катаракти становитиме 4,35 на 1000, що збігається з даними, отриманими методом регресійного аналізу.

Висновки

На підставі попереднього аналізу результатів епідеміологічного дослідження складено прогноз потреби в екстракції катаракти для учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС. Всього у 2000 - 2001 роках буде проведено 12,83±2,14 екстракції катаракти на 1000 УЛНА на ЧАЕС. Додаткова потреба в екстракції катаракти становитиме 1,23 - 5,51 на 1000 учасників робіт у зоні ЧАЕС.

Наведені дані є попередніми і, безперечно, зазнають уточнень внаслідок подальших досліджень. Враховуючи високий рівень захворюваності на катаракту в УЛНА на ЧАЕС, ми очікуємо значного зростання потреби в хірургічному лікуванні в найближчі роки. Водночас таке додаткове навантаження необхідно вже зараз враховувати під час планування організаційних заходів щодо хірургічних очних стаціонарів.

Список літератури

1. *Бузунов В.А., Федирко П.А.* Глазная заболеваемость лиц, включенных в Национальный регистр пострадавших вследствие Чернобыльской катастрофы // Офтальмолог. журн. - 1995. - N 5-6. - С. 286 - 290.
2. *Красновид Т.А.* Прогнозирование сроков снижения остроты зрения при возрастной катаракте // Офтальмолог. журн. - 1996. - N 3. - С. 176 - 179.
3. *Петруня А.М.* Изменения органа зрения, микроциркуляции глаза и иммунного статуса у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС и их коррекция // Офтальмолог. журн. - 1996.- N 4. - С. 226. - 230.
4. *Пучковская Н.А., Красновид Т.А., Усов Н.И., Кравченко Л.И.* Диспансеризация больных возрастной катарактой - путь к снижению инвалидности населения вследствие данной патологии // Офтальмолог. журн. - 1992. - N 3. - С. 181 - 184.
5. *Федірко П.А.* Катастрофа на ЧАЕС і орган зору: деякі результати довгострокового клініко-епідеміологічного дослідження // Офтальмолог. журн. - 1999. - № 2. - С. 69 - 73.
6. *Bo P., Parkin D.M.* Statistical methods for registries // Cancer registration: principles and methods. – Lion: International Agency for Research on Cancer, 1991. - P. 126 - 158.

ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ АВАРИИ НА ЧАЭС С КАТАРАКТОЙ

П.А.Федирко (Киев)

На основании данных офтальмологического обследования 6122 ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС, обработанных с помощью регресионного анализа, установлено, что в ближайшие годы потребность в экстракции катаракты увеличится из-за значительной ее распространенности среди ликвидаторов. В 2000-2001 гг. потребуется от 12 до 55 дополнительных операций на каждые 10 000 ликвидаторов.

ASSESSMENT OF NECESSITY OF EYE SURGICAL CARE PROVISION FOR CHORNOBYL ACCIDENT VICTIMS THOSE HAVING CATARACT

P.A.Fedirko (Kyiv)

The regressive analysis of ophthalmological examination made among 6122 Chornobyl accident victims showed the necessity for cataract extraction care. This eye surgical care provision will be augmented and during 2000-2001 years will be need for 12-55 supplementary surgical treatments per every 10 000 Chornobyl victims.

УДК 614.2:616-082-052

В.І.ЖУРАВЕЛЬ, М.П.ДЕЙКУН, Е.П.ДЕМІДА

ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВНІ НАПРЯМИ ОРГАНІЗАЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

Київська медична академія післядипломної освіти міська лікарня № 4, м. Чернігів

Зміна соціально-економічних умов, не зовсім цивілізований і рішучий перехід до ринкових відносин і ринкової економіки спричинили розвиток кризових явищ у державі, народному господарстві. Ці та інші явища і чинники негативно позначилися на демографічній ситуації нації, рівні здоров'я населення, призвели до суттєвого загострення ситуації в системі надання медичної допомоги. І це не випадково, тому що система медичної допомоги, як і інші галузі народного господарства країни, за своїми цілями, завданнями, функціями,організаційними принципами та моделями завжди перебувала в прямій залежності від рівня економічного та соціального розвитку, політичної структури суспільства тощо.

Системно-історичний підхід переконливо показав, що на кожному з етапів розвитку державної охорони здоров'я в країні проблемі розробки відповідних організаційних схем-моделей її діяльності та управління, нормативів і методичних підходів щодо забезпечення населення медичною допомогою приділялась певна увага відповідно до суто конкретної соціально-економічної ситуації. Винятком не є і сучасний етап розвитку системи охорони здоров'я - етап ринкової конкуренції, переходу до нових організаційних моделей діяльності (бюджетно-страхова медицина, приватні та комерційні медичні структури) та управління на засадах сучасного менеджменту, коли обсяг, рівень та якість медичної допомоги визначаються не тільки медичним чинником, а й залежить від законодавчо-нормативної бази, політичних, соціальних, фінансових та інших процесів як у державі, суспільстві, так і безпосередньо у відомстві.

Аналіз літератури та діяльності практичної медицини свідчать,що головний відомчий суб'єкт управління до останнього часу не поспішав, на відміну від науковців, активно включитися у визначення та обгрунтування стратегічних напрямів подальшого розвитку системи охорони здоров'я, пошуку оптимізаційних схем-моделей її діяльності та управління, характерних для сучасних умов. Так, у контексті Концепції реформування системи охорони здоров'я [6], розробленої творчим колективом під егідою Міністерства охорони здоров'я України і затвердженої Кабінетом Міністрів України в 1997 р., науковцями

© В.І.Журавель, М.П.Дейкун, Е.П.Деміда, 2000

Українського інституту громадського здоров'я та інших наукових установ обгрунтовані концептуальні основи національної та державної політики в охороні здоров'я [14,16,20], сформовані основні напрями економічного управління трудовими ресурсами [8,9], теоретично доведена значущість сучасних соціальних аспектів категорій здоров'я населення [9], вперше розроблені стандарти якості медичних технологій і медичної допомоги українського взірця [19], запропоновані моделі реорганізації діяльності амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної медичної допомоги міському і сільському населенню [1, 2, 3, 4, 11, 13, 14] та переходу на засади сімейної медицини [15,17,21]тощо.

Останнім часом розуміння доцільності проведення широкомасштабних реформ у системі медичної допомоги та комплексний підхід до цих процесів активно демонструє Кабінет Міністрів України, МОЗ України та медичне товариство. Так, за ініціативою державних управлінських структур розроблені проекти: Комплексної цільової програми реформування системи охорони здоров'я України, розроблений Українським інститутом громадського здоров'я на виконання концепції реформування, схваленої КМ України [16]; програми "Україна -2010", що охоплює три етапи структурних реформ;програми реорганізації медичної допомоги в Україні "Перспектива-2010", схваленої рішенням Першого всеукраїнського з'їзду медичних працівників у жовтні 1999 р.[18].

Доречно буде повідомити, що Україна за роки своєї незалежності значно зміцнила свої позиції як рівноправного партнера в Регіональному бюро Всесвітної організації охорони здоров'я (ВООЗ) (ставши членом Ради Європи у Страсбурзі), яке розпочало процес реформ в рамках програми "Євроздоров'я". Це зобов'язує нашу державу активніше інтегруватися не тільки з світовим співтовариством за рішенням ВООЗ, але й забезпечити реалізацію науково-практичних заходів щодо вдосконалення та забезпечення якості медичної допомоги.

Дані власних досліджень і вивчення стану роботи медичних закладів переконливо свідчать, що успішне проведення реформ у системі охорони здоров'я неможливе без фундаментальних досліджень, результати яких сприяли б впровадженню адекватних сучасних моделей функціонування, фінансування, переходу від екстенсивного до інтенсивного її розвитку, вдосконалення схем, механізмів і методів управління та об'єктивної оцінки діяльності медичних закладів тощо.

Однак слід констатувати, що теперішня модель української охорони здоров'я пербуває ще в стані системної розбалансованості на всіх її рівнях - державному, обласному, районному. Через відсутність адекватної ринковій економіці нормативно-правової бази, зволікання МОЗ України та обласних управлінь охорони здоров'я щодо офіційного затвердження бюджетно-страхової моделі медичної допомоги і гарантованого державою її обсягу Конституційний суд України своїм рішенням змушений був відмінити платні медичні послуги як такі, що суперечать Конституції України. Цим закономірним рішенням Конституційного суду медичні заклади були поставлені в дуже скрутне фінансово-економічне становище, а медична допомога населенню стала ще більш недоступною.

Спроби регіональних систем охорони здоров'я, в том числі і за наявною Концепцією реформування системи охорони здоров'я шляхом введення нових господарських стосунків і організаційних моделей функціонування, мають переважно локальний характер, здійснюються безсистемно, емоційно, без відповідного наукового обгрунтування, службово-посадової ініціативи та підтримки управлінських кадрів, вивчення думки безпосередньо медичних працівників і суспільства, без переконання депутатів, керівників держави і регіонів. Такі "реформи" призводять до збільшення управлінських структур, персоналу, дорогої офісної техніки, нераціонального використання бюджетних коштів, порушення принципу єдності в наданні медичної допомоги, передання консультативно-методичних функцій спеціалізованих медичних закладів (наприклад, обласна лікарня) допоміжним (наприклад, діагностичним центрам), появи дублюючих медичних закладів (наприклад, гастроентерологічних диспансерів) тощо.

До проблем організації системи медичної допомоги на сучасному етапі належать фінансові труднощі та політико-економічні кризові явища в державі [5,8], які сприяють скороченню соціальних програм, зниженню життєвого рівня населення, загостренню демографічної ситуації (збільшення смертності, зменшення народжуваності, скорочення тривалості життя, постаріння населення), погіршенню стану здоров'я нації (збільшення хворобливості, захворюваності, інвалідності). Однак погіршення демографічної ситуації та національного здоров'я знаходиться у зворотному і сильному кореляційному зв'язку зі зростанням потреб населення у медичній допомозі ($r = -0,87$), тобто перше сприяє другому. Це є ще одним аргументом на користь необхідності реформ у системі охорони здоров'я, як вимозі часу. Але на практиці спостерігається значне відставання відповідних функціонально-структурних перетворень у системі медичної допомоги, що, в свою чергу, загострює ситуацію і поглиблює кризові явища в системі, сприяє зниженню медичного, соціального, політичного, економічного та міжнародного ефекту її діяльності.

На державному рівні Основний закон України [6] та Основи законодавства України про охорону здоров'я [9] гарантують кожній людині право

на медичну допомогу. Однак до цього часу ще не опрацьовані документи, що регламентують механізм реалізації наведених документів, і тому практичне застосування їх основних положень під великим сумнівом. Важко звинуватити у бездіяльності МОЗ України з цього приводу, тому що "... за останні три роки відмінено та перезатверджено понад 2300 наказів МОЗ, прийнятих протягом 50 років. Прийнято 7 та підготовлено й розроблено ще 14 проектів законів України з найважливіших і найпріоритетніших напрямів діяльності галузі ..." [8, с. 42-43]. Проте всі розроблені проекти законів так і не надійшли на розгляд Верховною Радою України вже протягом п'яти останніх років.

Все частіше в науковій літературі підкреслюється, що вивчення з позицій теорії систем і з урахуванням вимог сучасного менеджменту ситуації, що склалась у системі медичної допомоги, переконує в необхідності реформування її для усунення недоліків, що накопичились і негативно впливають на ефективність забезпечення населення медичною допомогою [1, 2, 3, 8, 14]. Так, виявлено:

– необгрунтовано високий рівень госпіталізації населення (24,9%);

– значне завищення середнього перебування хворих на стаціонарному лікуванні (16-19 днів);

– невідповідність сучасним умовам функціонування нормативно-законодавчої бази;

– невідповідність податкової політики щодо надання медичної допомоги населенню державними бюджетними медичними закладами як об'єктами комунальної власності (60-65%) бюджетних коштів витрачається на сплату рахунків за електроенергію, тепло, водопостачання, каналізацію тощо);

– нераціональне використання коштів (близько 80% витрачається на фінансування стаціонарної медичної допомоги);

– зниження загального рівня медичної допомоги при значному відставанні рівня первинної медико-санітарної допомоги;

– багаторазове дублювання медичної допомоги на різних рівнях її надання;

– відсутність законодавчо затверджених стандартів надання медичної допомоги;

– нераціональне використання матеріально-технічної бази медичних закладів, її застарілість та невідповідність сучасним медичним технологіям тощо.

Знайомство з діяльністю систем медичної допомоги економічно розвинених країн у сучасних умовах (організаційними принципами, структурою, взаємовідносинами між окремими медичними закладами різних форм власності, наприклад, Німеччини) та впровадження нами своїх розробок у медичну практику (Закарпатська область, м. Чернігів) дозволяють стверджувати, що в період реформування слід приділити особливу увагу розподілу медичних закладів за рівнями надання в них медичної допомоги і розмежування їх повноважень у разі збереження наступності та управлінської самостійності в роботі, що за останні роки значно ослабилась. Останнім часом значно зменшилася питома вага (з 9,3% у 1993 р. до 2,1% у 1998 р.) ініціативних наказів головних лікарів медичних закладів із самостійного визначення тактико-стратегічних напрямів розвитку керованої ними системи медичної допомоги. І, навпаки, істотно зросла кількість директивних наказів з боку вищих управлінських структур з організації діяльності медичних закладів, що свідчить про посилення адміністративно-командної системи управління. Це суперечить логіці і тактиці ринкової економіки, закону про місцеве самоврядування.

Новий підхід до розподілу медичних закладів за рівнями надання в них медичної допомоги та розмежування їх повноважень дасть змогу привести до певного рівня раціональності організаційну модель системи медичної допомоги, впорядкувати мережу закладів, зменшити надмірне дублювання, підвищити ефективність управлінської діяльності тощо. Визначення рівня медичної допомоги стосовно конкретного медичного закладу може бути досягнуто механізмами проведення державної акредитації та ліцензування їх діяльності.

Певну роль у забезпеченні якості медичної допомоги можуть відігравати стандарти медичної допомоги [19], тому що вони будуть сприяти визначенню єдиного тактичного підходу лікарів у випадку того чи іншого захворювання або лікувально-діагностичного процесу, покращанню наступності в роботі амбулаторно-поліклінічних і лікарняних закладів на етапах лікування пацієнтів та їх реабілітації.

Удосконаленню системи медичної допомоги перешкоджає ще й той факт, що Концепцію реформування системи охорони здоров'я України і програму її реалізації не затверджено в установленому порядку, а неадекватність законодавчої та нормативно-правової бази не дозволяє суб'єктам управління (перш за все відомчим) координувати та регламентувати діяльність галузі в сучасних умовах на засадах стратегічного і тактичного управління.

Дещо помилковою треба визнати тактику обмеження фінансування системи медичної допомоги, фінансування за застарілими принципами та механізмами, скорочення ліжкового фонду (175 тис., тобто кожне третє ліжко), вивільнення медичних кадрів (понад 300 тис., тобто кожна п'ята посада), введення нових нормативів, неврахування досвіду реформування систем у країнах, що проходили в своєму розвитку аналогічні періоди соціально-економічних перетворень тощо. Такий

підхід не може забезпечити досягнення бажаного кінцевого ефекту діяльності системи в цілому.

Незаперечним є те, що завданням і метою реформування повинна стати інтенсифікація лікувально-діагностичного процесу перш за все в закладах, де медична допомога надається пацієнтам із тяжким перебігом захворювання і потребує значних фінансових затрат, завдяки чіткому розмежуванню етапів і рівнів надання медичної допомоги тощо.

Необгрунтованою, руйнівною ознакою є використання однакових підходів до реструктуризації стаціонарної та амбулаторно-поліклінічної ланок системи. При цьому скорочення однієї ланки має стати відправною точкою для зміцнення другої. Зокрема, скорочення ліжкового фонду в лікарняних закладах повинне сприяти розвитку мережі денних і домашніх стаціонарів, прийомів спеціалістами різних профілів, роботі допоміжних лікувально-діагностичних структур (реабілітаційних, консультативно-діагностичних, госпісів тощо) в амбулаторно-поліклінічних закладах.

Сьогодні подекуди проведення реформи спрямоване на скорочення потужностей державних медичних закладів і зовсім не передбачає розвитку мережі закладів з альтернативними формами власності, тобто не сприяє започаткуванню створення в державі цивілізованого ринку медичних послуг.

Значним стабілізуючим і регулюючим чинником для системи медичної допомоги стають в сучасних умовах принципи та рівень фінансування. Для нашої країни це децентралізація фінансування з переданням цієї функції держадміністраціям та органам місцевого самоврядування. Це значною мірою сприяло послабленню управлінської вертикалі, що недавно забезпечувала більшменш стабільне функціонування системи протягом десятиліть. Тому за таких умов логічним є розширення прав регіонів у формуванні своїх систем медичної допомоги на засадах єдності державної законодавчо-нормативної бази, організаційних принципів, але з урахуванням географічних, кліматичних, соціально-економічних, матеріально-технічних, технологічних, кадрових та інших особливостей конкретної територіально-адміністративної одиниці. Зокрема, це може стосуватися розробки і затвердження нормативів і механізмів фінансування, штатних нормативів, мережі та структури комунальних медичних закладів.

Надзвичайно серйозну проблему для ефективного функціонування системи медичної допомоги становить і те, що впродовж багатьох десятиліть на медичні заклади було покладено багато функцій, які не знаходили ні фінансового, ні структурного, ні кадрового, ні професійного підкріплення. Наприклад, виконання плану з донорства, забезпечення медичною допомогою в місцях відпочинку, робота у військкоматах, профілактичні медичні огляди працівників промислових підприємств, формування здорового способу життя тощо.Тому на сучасному етапі розвитку системи медичні заклади мають бути звільненими від необгрунтованих і нічим не підкріплених видів діяльності. Вся діяльність кожного медичного закладу, як і системи медичної допомоги в цілому, повинна спрямовуватися на оцінку стану здоров'я людини, своєчасне виявлення хвороб у пацієнтів і відновлення їх втраченого здоров'я шляхом надання медичної допомоги та застосування засобів медичної профілактики, принципи якої закладені в медичних технологіях. Тобто об'єктом "запуску" в систему має стати не населення, а пацієнти. Якщо перша когорта потребує вирішення проблем збереження та зміцнення її здоров'я (тобто реалізації переважно соціально-економічних заходів), то друга - відновлення здоров'я, тобто реалізації переважно медичних заходів. Крім того, наявна Концепція реформування системи охорони здоров'я України (1997) також передбачає і віддає перевагу відновленню втраченого здоров'я, тобто забезпеченню населення перш за все медичною допомогою, а не охороною здоров'я, що має принципову різницю у підходах до його збереження і зміцнення як з боку органів управління охороною здоров'я, так і органів державної влади.

Тобто, йдеться про те, що звичне поняття охорони здоров'я, як системи, повинне розглядатись як таке, що складається з двох підсистем: охорони громадського здоров'я, чим і покликані займатись органи державної влади, і медичної допомоги, організація і вдосконалення якої покладається на органи управління галуззю та медичні заклади. Проте на практиці питання охорони здоров'я населення перекладені фактично на існуючу систему охорони здоров'я, хоча її функціональне призначення полягає переважно у вирішенні проблем відновлення здоров'я та здійсненні медичної профілактики.

Отже,теперішня система охорони здоров'я потребує диференціації на власне систему охорони здоров'я (СОЗ) і систему медичної допомоги (СМД).

Узагальнюючи показники діяльності лікарняних закладів України, зокрема обгрунтованість рівня госпіталізації, та порівнюючи його з аналогічними показниками економічно розвинених країн, стає очевидним, що реальні резерви для його зниження в нашій країні є. Оцінюючи економічну основу СМД, можна дійти висновку, що потребують перегляду підходи до обгрунтованості госпіталізації. Основним критерієм госпіталізації повинна стати потреба вжиття до пацієнта лікувально-діагностичних заходів і нагляду медичного персоналу впродовж усієї доби. Однак у теперішній системі охорони здоров'я необгрунтованість

госпіталізацій за різними профілями становить від 30 до 60% і більше.

У нашій країні терміни лікування в умовах стаціонару значно перевищують потрібні,тому що:

- по-перше, це зумовлено психологічним чинником. Лікарі, як і пацієнти, намагаються проводити лікування в умовах стаціонару до повного одужання хворого, тому що потрібно виконувати показник ліжко-день, який є недоречним і недоцільним у медичній практиці;

- по-друге, в державі недостатньо розвинута мережа та профільність денних стаціонарів при поліклініках;

- по-третє, рівень надання медичної допомоги в амбулаторно-поліклінічних закладах за об'єктивними причинами та видом цієї допомоги на кілька порядків нижчий, ніж в умовах стаціонару;

- по-четверте, рівень кваліфікації та економічна зацікавленість лікарів амбулаторно-поліклінічних закладів не завжди сприяють зміщенню акцентів у забезпеченні відновлення здоров'я пацієнтів у бік найменш фінансовоємних заходів;

- по-п'яте, дуже обмежений розвиток мережі медичних закладів, зайнятих відновним лікуванням, тобто реабілітацією, наприклад, у санаторно-курортних закладах, переважна більшість яких не входять до структури системи медичної допомоги. Це призводить до того, що лікарняні ліжка використовуються не тільки для інтенсивного лікування, а й для проведення реабілітації.

Отже, наведені дані свідчать, з одного боку, про нераціональність використання лікарняних ліжок, а з другого, – про наявність резервів для раціонального та ефективного використання ліжкового фонду закладів охорони здоров'я.

Проведення реформ у системі медичної допомоги потребує визначення перспективних напрямів щодо її вдосконалення та адаптації до ринкової економіки.Такими можуть бути:

1) формування адекватної до сучасних умов діяльності законодавчої та нормативної бази галузі;

2) створення реального єдиного медичного простору;

3) проведення на державному рівні диференціації існуючої системи охорони здоров'я на систему охорони здоров'я і систему медичної допомоги, що потребує моделювання останньої за методом стратегічної респонсивності (перегляду цілей, завдань, функцій і призначення);

4) проведення організаційних заходів щодо формування нової інфраструктури мережі медичних закладів і управлінських структур за принципами системності, раціональності, ефективності та прозорості їх діяльності;

5) зміна принципів і механізмів фінансування з державних джерел і залученням на офіційній основі позабюджетних надходжень;

6) перегляд у бік сприяння розвитку системи податкової політики щодо бюджетних державних медичних закладів та оподаткування медичних послуг;

7) розвиток мережі медичних закладів з позабюджетним (недержавним) фінансуванням, у тому числі й приватних, індивідуальної трудової діяльності;

8) створення цивілізованого, офіційно затвердженого ринку медичних послуг, що можливо в разі проголошення бюджетно-страхової системи медичної допомоги;

9) введення системи медичного страхування;

10) запровадження єдиних державних стандартів надання медичної допомоги та обсягу гарантованого державного замовлення на медичну допомогу.

Підсумовуючи наведене вище, слід зазначити, що система медичної допомоги країни перебуває в глибокій кризі, вихід з якої полягає в ґрунтовному вивченні досягнень вітчизняної медицини, узагальненні досвіду реформування систем медичної допомоги економічно розвинених країн, проведенні фундаментальних досліджень функціонування галузі в нових економічних умовах і використання їх як підгрунтя для розробки науково обгрунтованих, оптимізованих, раціональних та економічно доцільних організаційних моделей діяльності та сучасних демократичних схем управління на засадах сучасного менеджменту.

Список літератури

1. *Голяченко О.М.* Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. – К.: ПП "Вігай", 1993. – 198 с.
2. *Державне* управління, державна служба і місцеве самоврядування /За ред.О.Ю.Оболенського.- Хмельницький: "Поділля", 1999. -- 570 с.
3. *Журавель В.И., Рогач И.М.* Гипотеза реорганизации системы медицинской помощи сельскому населению с использованием механизмов приватизации и совершенствования финансирования // Лікар.справа.Врачеб. дело.– 1998. – №2.– С.156–161.
4. *Журавель В.И.* Концептуальное видение стратегии и тактики реформирования здравоохранения Украины // Укр. мед.часопис.– 1999.– № 5/13.–С.38–42.
5. *Коваленко Ю.Н.* Здоровье народа – богатство страны // Медицина Украины.- №3.–1996.– С. 4–7.
6. *Конституція* України.– К.: Просвіта, 1996. – 69 с.
7. *Концепція* реформування системи охорони здоров'я України // Ваше здоров'я.–1996.–7 груд.

8. *Москаленко В.Ф.* Стратегія розвитку охорони здоров'я України до 2010 року // Поглиблення ринкових реформ та стратегія економічного розвитку України до 2010 року: Матеріали наук. конф.– К.: УкрІНТЕІ,1999. – Т. 2.,–ч.II.– С.42–43.
9. *Нагорна А.М., Москалець Г.М., Подрушняк В.Б., Аксенова В.І.* Соціальні аспекти категорії "здоров'я" (аналітичний огляд) // Вісн. соц.гігієни та організації охорони здоров'я. – 1999, 1. – С. 89–93.
10. *Основи* законодавства України про охорону здоров'я // Відом. Верховної Ради України.– 1993. – №4.– С.26–30.
11. *Охорона* здоров'я в Україні: проблеми та перспективи // За ред.проф.В.М.Пономаренка.–Тернопіль:Укрмедкнига, 1999.–310 с.
12. *Палій І.А.* Основні напрямки удосконалення економічного управління трудовими ресурсами охорони здоров'я / / Укр. мед.вісті. – 1997. – № 1 (56). – С.46–47.
13. *Парій В.Д.* Перспективи та методи реорганізації надання первинної медичної допомоги населенню Житомирської області // Там же.– С.24–25.
14. *Пономаренко В.М., Нагорна А.М., Ткач Л.І., Гуменний В.С.* Концептуальні основи національної політики в галузі охорони здоров'я // Там же.–С.28–29.
15. *Пономаренко В.М.,Ціборовський О.М.* Моделі та організаційні форми посімейного надання первинної медико-санітарної допомоги // Організація та управління на сучасному етапі реформування галузі:Матеріали наук.-практ.конф. (7–8 жовт. 1999 р., Житомир).–Житомир:Б.в.,1999.–С.29–30.
16. *Пономаренко В.М.,Ціборовський О.М., Євсєєв В.І.* Програма реформування системи охорони здоров'я України і перспективи її реалізації // Вісн.соц.гігієни та організації охорони здоров'я України.– 1999.– №2.–С.57 –61.
17. *Пономаренко В.М.,Ціборовський О.М.,Польченко В.І.* Концепція реформування первинної медико-санітарної допомоги // Там же.–№1.–С.67–73.
18. *Програма* реорганізації медичної допомоги в Україні: перспектива - 2010 // Матеріали Першого всеукр. з'їзду мед.працівників. –К.:Б.в., –1999. – 96 с.
19. *Степаненко А.В., Нагорна А.М., Корнута Н.О.* Розробка стандартів якості – один із напрямків реформи охорони здоров'я // Укр. мед.вісті. – 1997.–Т. 1. – №2–3 (57–58).– С.54–55.
20. *Ціборовський О.М.* Основи державної політики України в галузі охорони здоров'я // Там же. – № 1 (56): С. 37–38.
21. *Ціборовський О.М.* Рекомендації щодо нормативів навантаження й оплати праці лікарів загальної практики (сімейних лікарів).–Житомир:Б.в.,1999.–С.75.

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

В. И. Журавель, Н. П. Дейкун, Э. П. Демида (Киев, Чернигов)

На основании анализа литературы и материалов собственного исследования освещены имеющиеся проблемы в организации деятельности и управлении существующей системой медицинской помощи Украины.Предложены некоторые направления реформирования этой системы с целью оптимизации ее функционирования.

PROBLEMS AND PERSPECTIVE DIRECTIONS TO ORGANIZE THE ACTIVITY OF MEDICAL HEALTH CARE SYSTEM FOR THE POPULATION

V.I.Zhuravel, N. P. Deykun, E. P. Demida (Kyiv, Chernihiv)

On the base of analysis of literature and using the study material are showing nowaday problems in organization of activity and management of existing system of medical health care of Ukraine some directions to reform this system for the reason of its perfection are offered.

УДК 616.248:616-082(083.74)

Т.С. ЛАСИЦЯ

МОЖЛИВІСТЬ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ЗА РАХУНОК УПРОВАДЖЕННЯ СТАНДАРТІВ ЯКОСТІ

Київська медична академія післядипломної освіти

Поширеність алергічних захворювань в кінці XX сторіччя в усьому світі значно зросла і стала проблемою охорони здоров'я. 35 % населення Землі страждає на алергічні захворювання. Сучасне розуміння виникнення практично кожного алергічного захворювання полягає у нездатності адаптаційно-компенсаційних механізмів організму протидіяти несприятливим зовнішнім чинникам. Поступовість порушення механізмів компенсації призводить до етапної еволюції захворювання. Дві останні тези повинні лежати в основі системи охорони здоров'я, що працює на запобігання і формування найефективніших лікувальних заходів.

Аналіз ситуації можна провести шляхом дослідження поширеності хвороби по території, серед різних груп населення, а також у часі. Багатокомпонентне дослідження дозволяє не тільки оцінити еволюцію захворювання за тяжкістю і формою, а й визначитися з найефективнішими лікувально-профілактичними заходами.

Протягом останніх років досягнуто певного прогресу в епідеміологічних дослідженнях і розробці стандартних критеріїв діагностики та лікування.

Це зробило можливим дослідити поширеність алергічних захворювань і маніфестацію їхніх проявів серед мешканців європейських держав.

Бронхіальна астма (БА) – це хронічне захворювання що має значний вплив на людину, сім'ю і суспільство. Незважаючи на те, що способів вилікування від астми не має, оптимально розроблені програми лікування приводять до встановлення ефективного контролю над симптомами та перебігом захворювання.

Завдання успішного лікування з приводу бронхіальної астми полягають у:

- встановленні контролю над симптомами;
- запобіганні загостренням БА;
- підтримці функції легень на рівні, максимально близькому до нормального;
- підтримці нормального рівня фізичної активності, занять спортом;
- запобіганні негативним ефектам засобів, що застосовують для лікування при БА;
- запобіганні розвитку стійкої бронхообструкції;
- запобіганні смертності від бронхіальної астми.

Ці завдання віддзеркалюють нове розуміння бронхіальної астми як захворювання. Рекомендації щодо лікування з приводу БА поєднують у собі логічне обгрунтування лікування та наукові підходи. Вони грунтуються на контрольованих клінічних дослідженнях і літературному огляді багатьох із них, компетентній думці фахівців [1].

Доповідь про Міжнародний консенсус з проблем діагностики та лікування БА (1992) є результатом спільного дослідження, проведеного експертами з 11 країн. Цей міжнародний посібник узагальнює положення провідних документів з лікування у випадку БА, прийнятих у різних країнах світу, має великий вплив на розробку як національних, так і глобальних програм із бронхіальної астми. Однак для більш детальнішого використання конкретних схем лікування необхідно спиратися на національні програми. Багато національних пульмонологічних товариств розробили або ж адаптували міжнародні програми боротьби з астмою. Найбільш популярними є національні програми Великобританії, США, Японії, Нової Зеландії, Австралії, Фінляндії [1].

Консенсус розкриває широкий науковий простір для створення стандартів діагностики і лікування при БА. Тобто ці стандарти мають бути подібними, практично однаковими в всіх країнах і регіонах (розробленими відомими вченими-алергологами та спеціалістами з пульмонології), а забезпечення їх застосування аспектів та показників якості – різним і залежатимуть від структури і рівня охорони здоров'я, соціально-економічного рівня життя, релігійних переконань, культурних традицій, розвитку фармацевтичної промисловості тощо.

Перебіг БА може бути як із швидким розвитком симптомів, заглибленням у напад, так і з швидким зникненням клінічних проявів, незважаючи на наявність постійного хронічного еозинофільного запалення. Саме тому для успішного лікування з приводу цього захворювання повинні бути вироблені та застосовуватися на всіх рівнях лікарської допомоги чіткі критерії діагностики БА [5,7].

На сучасному етапі епідеміологічні дослідження як у дітей, так і дорослих (особливо людей похилого

© Т.С. Ласиця, 2000

віку) свідчать про те, що БА погано діагностують і, отже, погано лікують. Частина проблеми полягає в тому, що пацієнти терплять респіраторні симптоми, що періодично виникають, до надання їм медичної допомоги. Скоромину чий характер симптомів астми призводить до звикання до них. Іншою важливою причиною недостатньої діагностики БА є неспецифічна природа симптомів, через що навіть професіонали можуть поставити неправильний діагноз.

Аксіомою є те, що встановлення точного діагнозу дозволяє призначити коректну лікарську терапію. Досить часто БА діагностують як різні форми бронхіту, внаслідок чого неефективно і неадекватно призначають антибіотики та протикашльові засоби [1,3,7]. Тезис " все, що супроводжується свистячими хрипами, ще не є астмою" цитується досить часто, однак саме БА є найчастішою причиною wheezing (утруднене дихання), і діагноз повинен встановлюватися методом виключення.

Сьогодні діагностика БА повинна грунтуватися на ключових положеннях Глобальної стратегії боротьби з бронхіальною астмою:

1. Гіподіагностика і недостатнє лікування є міжнародною проблемою.

2. Діагностика БА побудована здебільшого на основі аналізу симптомів. Додатковою мірою, що значно полегшує встановлення діагнозу, є дослідження функції зовнішнього дихання.

3. Найбільш важливими легеневими функціональними тестами є виявлення реакцій відповідей на інгаляцію симпатоміметика, визначення бронхіальної прохідності за допомогою моніторингу піковою швидкістю на видиху та провокація за допомогою фізичного навантаження у дітей.

4. Для складання терапевтичних рекомендацій важливою є класифікація БА за ступенем тяжкості.

5. Цінним діагностичним доповненням є встановлення алергічного статусу, що дозволяє давати рекомендації стосовно навколишнього середовища.

6. Особливу увагу слід приділяти дітям, особам з постійними нападами кашлю, людям похилого віку, пацієнтам з професійними чинниками ризику.

7. У дітей і у осіб з професійним ризиком повинна здійснюватися скринінгова програма діагностики астми [1].

Для побудови оптимальної системи охорони здоров'я, зокрема в алергології, потрібно спланувати чітку стандартизовану систему допомоги. Стандарт (від англ. standard – норма, зразок) у широкому розумінні – це зразок, еталон, модель, що приймається за вихідний для порівняння з ним інших об'єктів. У кожній галузі науки є свої вимоги до стандартів. Стосовно охорони здоров'я, то крім визначення самого стандарту, що залежить від його напрямку, рівня і об'єму, величезне значення мають аспекти та показники якості даного стандарту.

Отже, стандарти в охороні здоров'я приписують як і що діагностувати або лікувати, як організовувати профілактичний нагляд, який повинен бути результат. Але для створення повноцінної моделі або програми діагностики та лікування, що буде працювати на реальних, єдиних у світі (йдеться про суто медичні вимоги) стандартах, необхідно ретельно вивчити і втілити в медичну практику такі аспекти якості кожного стандарту: доступність медичного обслуговування, безпека для пацієнта, відповідність науковим розробкам, технічна якість, медична ефективність, задоволення пацієнтів. Життєздатність запропонованих стандартів у реальних умовах перевіряється за допомогою показників якості. Здебільшого це статистичні показники та результати епідеміологічних досліджень з проблеми, що вирішується, а також суб'єктивна думка пацієнтів [10,11].

Отже, щоб запропонувати працюючу модель допомоги хворим на БА, необхідно виконати основні вимоги стандартів і зберегти їх особливості:

1. Стандарти повинні бути обгрунтовані з наукової і технічної точок зору.

2. Необхідно досягти одностайності думок висококваліфікованих лікарів щодо визначення стандартів.

3. Стандарти мають бути реальними вимогами до якості медичного обслуговування.

4. Стандарти мають бути вимогами такого рівня, досягнення якого доцільно прагнути.

5. Потрібно розробити спосіб обгрунтованої оцінки ступеня відповідності стандартів.

6. Має бути механізм забезпечення або стимулювання виконання встановлених стандартів.

7. Необхідно проводити періодичний аналіз і перегляд раніше встановлених стандартів.

Якщо розглядати стандарти якості як теоретичну основу охорони здоров'я, то guide line (GI, спрямовуюча, основна, лінія) є методом впровадження стандартів у клінічну практику систематично розробленими вказівками, що допомагають лікарю прийняти рішення у кожному конкретному випадку 10]. Таке визначення дає змогу сформулювати три основні положення, згідно з якими GI повинна:

1) бути систематизованою і описаною за допомогою точних формальних визначень;

2) допомагати і не суворо диктувати лінію поведінки;

3) бути суворо сфокусованою і призначеною для вирішення конкретних клінічних питань. Добре розроблена GI демонструє, що її автори прекрасно розуміють цілі та завдання, що стоять перед виконавцями, а рекомендації придатні для пацієнтів (табл.).

Проаналізуємо кілька досліджень з вивчення впливу GI у випадку бронхіальної астми. G. Feder et .al. (1995) провів рандомізоване дослідження з упровадження GI серед непідготовлених лікарів загальної практики на території Лондона [8]. І хоча було отримано значне поліпшення в стані здоров'я хворих на цукровий діабет, при астмі спостерігався незначний вплив на ведення хворих і значення лікарських засобів. Учасники північно-англійського дослідження впровадження стандартів у загальнолікарську практику (The North of England Study of Standards and Performance in General Practice) (1992) дійшли висновку, що виявлення ранніх симптомів БА у підлітків є дуже тяжким завданням і можливе тільки в

2. Головним залишається самостійне значення програми.

3. Всезростаюча роль медичної сестри в організації медичної допомоги хронічним хворим не повинна бути головною у напрямку дослідження.

4. Різні дослідники, вивчаючи одну програму з різних позицій в одному госпіталі або районі за однією нозологією, не можуть одержати повної картини з проблеми.

5. Фінансові питання з упровадження програм з БА потребують ретельного вивчення, витрати на їх розвиток і адаптацію мають бути мінімальними. Інвестиції в поширення і впровадження програм можуть бути взяті з менш ефективних програм.

6. Хоча комбінація методів лікування завжди ефективніша, ніж один окремий метод, не завжди зрозуміло, які саме заходи будуть ефективні в тій чи іншій організації [4,6,11,12].

Отже, формулювання і перевірка стандартів, пропозиція і обрахування аспектів стандартів, система контролю якості мають лежати в основі організаційних заходів щодо діагностики і лікування в будь-якій галузі клінічної медицини. Пацієнт (у даному випадку хворий на БА) повинен мати детальний індивідуальний план лікування для контролю за симптомами бронхіальної астми. Медична допомога має бути добре відпрацьованою, а основні заходи контролю за симптомами – однаковими на всіх етапах її надання.

Список літератури

1. *Бронхиальная* астма: Глобальная стратегия / Под ред. А.Г.Чучалина.–М.,1996.–165 с.
2. *Пухлик Б.М.* Алергічні захворювання органів дихання – актуальна проблема сьогодення // Матеріали II з'їзду фтизіатрів і пульмонологів України. – К.: Б.в., 1998. – С. 234–236.
3. *Фещенко Ю.И., Яшина Л.А.* Противовоспалительная терапия бронхообструктивных заболеваний легких // Там же. – С. 169–172.
4. *Cluzeau F., Littlejohns P., Grimshaw J., Feder G.* National Survey of UK clinical guidelines for the management of coronary heart disease, lung and breast cancer, asthma and depression. // J. Clin Effect. – 1997a. –Vol. 2.– P.120–123.
5. *Cluzeau F., Littlejohns P., Grimshaw J., Feder G.* Appraisal instrument for clinical guidelines. – London : St. Georges Hospital Medical School, 1997 b. – 18 p.
6. *Davis D.A., Thompson M.A., Oxman A.D., Haynes B.R.*Changind Phisitian Performance : A systematic Review of the Effect of Continuing Medical Education Strategies // JAMA. – 1995. – Vol. 274 .– P. 700 – 705.
7. *European* Allergy White Paper. – Brussel: The UCB Institute of Allergy, 1999. – 57p.
8. *Feder G., Griffiths C., Highton C.,* Do clinical guidelines introduced with practice based education improve care of asthmatic and diabetic patients // BMJ. – 1995.– Vol. 311. – P. 1473 –1478.
9. *Grimshaw J. M., Russel I.T.* Effect of clinical quidetiens on medical practice. A systematic review of rigorous evalution // Lancet. – 1993. – Vol. 342. – P. 1317 – 1322.
10. *Lohr K.N., Field MJ.* Guidelines for clinical practice : from development to use. – Washington DC : Natinal Academy Press., 1992.– 36 p.
11. *North* of England Study of Standarts and Performance in General Practice Medical audit in general practice : effects on doctors clinical behavior and health of patients with common childhood conditions // BMJ.– 1992. – Vol.304. – P.1480–1488.
12. *Safran C., Rind D.M., Ives D.*. Guidelines for management of HIV infection with computer–based patient record // Lancet. – 1995. –Vol.346. – P. 341–345.

ВОЗМОЖНОСТЬ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ЗА СЧЕТ ВНЕДРЕНИЯ СТАНДАРТОВ КАЧЕСТВА

Т.С. Ласиця (Киев)

Рассмотрена необходимость внедрения стандартов диагностики и лечения больных бронхиальной астмой. Разработка глобальной стратегии по бронхиальной астме послужила основанием для создания научной базы. Однако для успешной реализации как интернациональных, так и национальных программ по бронхиальной астме требуется скрупулезное изучение социально-экономических аспектов, стоимости лечения и профилактических мероприятий в конкретных условиях. Подчеркнута важность критериев изучения и контроля стандартов качества.

POSSIBILITIES TO ENHANCE TREATMENT EFFICACY OF BRONCHIAL ASTMA BY THE QUALITY STANDARD IMPLEMENTATION

T.S.Lasitsya (Kyiv)

The article is devoted to quality standards implementation in bronchial asthma diagnostics and treatment. The "International Consensus Report on Diagnostics and Management of Asthma" presented an approach to asthma therapy that translated these scientific advances into recommendations for the clinical management of asthma. The diversity of national health care service systems and variations in the availability of asthma therapies required, however, that recommendations should be adapted to ensure their appropriateness throughout the global community. Public health officials needs information about the costs of asthma prevention activities and education methods, so they could develop asthma care services and programmes responsive to the particular needs and circumstances of their countries.

УДК 614.2:615.89:616-082:00.8

В.В. ПОКАНЕВИЧ, Ю.П.СПІЖЕНКО (Київ)

НАРОДНА ТА НЕТРАДИЦІЙНА МЕДИЦИНА – ПРОГРАМА РОЗВИТКУ

Медичний інститут Української асоціації народної медицини

Вивчення досвіду народної медицини, наукове обгрунтування та впровадження у практику народних і нетрадиційних методів оздоровлення населення, створення наукових і науково-практичних центрів, здійснення координаційної та експертної діяльності в сфері народної медицини є актуальною проблемою сьогодення.

Народна медицина – складний комплекс, в якому поєдналися позитивні емпіричні знання, традиції, прояви широкого народного побутування і досвід місцевих спостережень [1,2,3,4].

Значна кількість засобів і методів народної та нетрадиційної медицини (НіНМ) широко й ефективно застосовується в профілактиці, діагностиці, лікуванні й реабілітації хворих, хоча механізми їхньої лікувальної дії до кінця ще не розкриті [3,4]. Тому надзвичайно важливо серед багатьох засобів, методів і напрямків цілительства вилучити раціональне зерно, очистити від містичних нашарувань, забезпечити наукове обгрунтування. При цьому механізм кінцевого ефекту народних і нетрадиційних методів буде пояснюватися в процесі вдосконалення методології наукових досліджень у НіНМ.

Отже, назріла суттєва потреба збирання, реєстрації, вивчення, апробації та впровадження найефективніших методів НіНМ у практику охорони здоров'я, а також підготовки кадрів у цій галузі. Це коло діяльності може бути реалізовано за програмним принципом.

У зв'язку з викладеним нами розроблена програма, що містить стратегію щодо завдань і заходів розвитку НіНМ в Україні.

Основною метою програми є координація діяльності закладів НіНМ для забезпечення населення якісною медичною допомогою. Програма спрямована на наукове обгрунтування найефективніших лікувально-діагностичних методів, визначення показань і протипоказань до їхнього використання, розробку загальнодоступної системи оздоровлення людей з використанням методів народної та нетрадиційної медицини, вдосконалення на науковій основі системи підготовки фахівців цієї галузі.

Виконання програми передбачається силами тих установ, що практикують напрями НіНМ. Реалізація програми є основою подальшого розвитку НіНМ.

Програма "Народна і нетрадиційна медицина" складається з 5 основних напрямів:

– освіта – напрям, у якому концентрується увага на системі професійної підготовки і перепідготовки медичних працівників з НіНМ;

– атестація – напрям, спрямований на вирішення питань сертифікації осіб, які претендують на практичну діяльність цілителів;

– наука – напрям, що стосується вивчення, верифікації та наукового аналізу методів НіНМ;

– медична допомога – напрям, що вивчає правові та організаційні питання становлення служби медичної допомоги методами НіНМ;

– загальні питання – напрям, що стосується кадрового, фінансового, матеріально-технічного забезпечення тощо.

Реалізація програми буде здійснюватись у таких аспектах: організація системи народної та нетрадиційної медицини в Україні; матеріально-технічне забезпечення; забезпечення кадрами та їх підготовка; науково-практична діяльність; виробнича діяльність; міжнародне співробітництво; санітарно-освітня й видавнича робота; фінансування.

Виходячи з викладеного, програма містить 8 підрозділів:

1. **Організація системи народної і нетрадиційної медицини:**

– створення мережі кабінетів і відділень НіНМ при центральних районних, міських, обласних, у тому числі спеціалізованих, лікарнях;

– організація науково-методичного і лікувально-діагностичного Центру НіНМ на базі Української асоціації народної медицини;

– введення посад головних позаштатних фахівців;

– створення бази даних про народних цілителів і методи, які вони застосовують;

– розробка і затвердження на всіх адміністративних територіях України регіональної програми з НіНМ;

– прийняття Закону України "Про розвиток народної та нетрадиційної медицини в Україні";

– впровадження у повсякденну діяльність системи оперативного контролю та звітності ЛПЗ ;

– розробка і впровадження в практику стандартів якості щодо застосування різних методів НіНМ;

– розробка системи атестації та сертифікації

© В.В.Поканевич, Ю.П.Спіженко, 2000

народних цілителів;

– організація благодійницького лікування народними і нетрадиційними методами для осіб старечого віку та психічно хворих людей;

– організація мережі аптек народних та нетрадиційних лікарських засобів;

– забезпечення взаємної інформації, взаємодопомоги між лікувально-профілактичними закладами НіНМ і Міністерства охорони здоров'я України та інших міністерств і відомств;

– організація санаторіїв із народними і нетрадиційними методами лікування;

– включення до переліку науково-практичних спеціальностей спеціальність "Лікар з народної та нетрадиційної медицини".

2. **Матеріально-технічне забезпечення:**

– будівництво, реконструкція, капітальний і поточний ремонт закладів і підрозділів НіНМ;

– фінансування закладів і підрозділів НіНМ, придбання й ремонт лікувально-діагностичної апаратури, приладів;

– розробка і випуск в Україні лікарських засобів на основі НіНМ;

– матеріально-технічне забезпечення закладів, підрозділів НіНМ засобами для здійснення господарської діяльності, підтримки санітарно-гігієнічного і протиепідемічного режиму під час лікування хворих;

– розробка і налагодження випуску імуностимуляторів, препаратів для виведення радіонуклідів на засадах методів НіНМ.

3. **Забезпечення кадрами та їх підготовка:**

– удосконалення системи прийому на роботу фахівців з НіНМ;

– організація філій Медичного інституту Української асоціації народної медицини;

– організація навчання в інтернатурі з НіНМ за рахунок змін у навчальній програмі;

– проведення короткострокових курсів з інформації та стажування народних цілителів, дипломованих медичних працівників;

– забезпечення щорічної підготовки і перепідготовки фахівців (7-12) з НіНМ для кожної адміністративної території України;

– забезпечення правого захисту працівників з НіНМ;

– розробка системи атестації і переатестації цілителів;

– розробка і введення системи експертної оцінки діяльності цілителіє, які практикують в різних галузях НіНМ.

4. **Науково-практична діяльність:**

– розробка лікувально-діагностичних алгоритмів, уточнення показань і протипоказань, вивчення механізму дії методів мануальної терапії;

– вивчення механізму знеболювальної, протизапальної та лікувальної дії рефлексотерапії; розробка діагностично-лікувальної апаратури на основі рефлексотерапії та лазеропунктури, впровадження зазначених методів у клінічну практику;

– вивчення взаємодії лікарських засобів природного походження з базисними синтетичними препаратами, створення бази даних про використання лікарських рослин;

– проведення досліджень з актуальних проблем гомеопатії, зокрема вивчення механізму дії гомеопатичних препаратів;

– наукове обгрунтування застосування методів біоенергоінформотерапії для діагностики і лікування хворих;

– проведення дослідженнь з актуальних проблем іридодіагностики і впровадження цих методів у практику;

– проведення досліджень з актуальних проблем медичної астрології, зокрема: проведення науково-методичного аналізу існуючих систем, способів і методів медичної астрології й обгрунтування її клінічного застосування;

– проведення науково-практичних дослідженнь з актуальних питань апітерапії, лікувального голодування, глинолікування, уринотерапії, аромотерапії, літотерапії, гірудотерапії, систем дихання та очищення організму, магнітотерапії, кольоротерапії, музикотерапії, зоотерапії, мумійотерапії, кліматотерапії, металотерапії, механотерапії, спелеотерапії, талассотерапії, термотерапії тощо, та впровадження найефективніших із них у клінічну практику.

5. **Виробнича діяльність:**

– розробка нових фітопрепаратів, ефективних рецептур і лікарських форм і впровадження їх у виробництво;

– розробка та впровадження у виробництво нових гомеопатичних препаратів, методів контролю їх якості;

– розробка і впровадження у виробництво лікарських засобів, медичної апаратури та обладнання на засадах НіНМ.

6. **Міжнародне співробітництво:**

– налагодження співробітництва з міжнародними організаціями, ВООЗ, її підрозділами, неурядовими організаціями, фірмами та об'єднаннями, розташованими за кордоном, для вирішення таких питань: взаємна інформація щодо НіНМ; спільні розробки і взаємозабезпечення ліками й апаратурою, розробленими на засадах НіНМ; створення спільних підприємств у справі розвитку НіНМ; співробітництво з проведення будівництва підпрємств НіНМ; створення віварію-розплідника експериментальних тварин за вимогами світової лабораторної практики (GMP);

– організація конференцій, симпозіумів і форумів разом із закордонними установами з актуальних питань НіНМ;

– налагодження взаємної інформації з питань НіНМ.

7. **Санітарно-освітня і видавнича робота:**

– віднесення надбань НіНМ до програм із гігієнічного навчання та виховання населення (медико-педагогічне навчання батьків з проблем охорони здоров'я дітей і підлітків, школи материнства і молодих батьків, курси здоров'я у середніх і вищих навчальних закладах, тощо);

– розробка і видання масовим тиражем "Енциклопедії народної медицини";

– видання Бюлетеня народної та нетрадиційної медицини;

– запровадження щотижневої радіо- і телепередачі тривалістю до 30 хв у вечірні години вихідного дня під рубрикою "Народні цілителі" та вжиття з цих питань рекламних заходів;

– поширення друкованих санітарно-освітніх матеріалів (пам'ятки, буклети, звернення, заклики тощо) з питань НіНМ.

8. **Фінансування:**

– фінансування заходів з НіНМ за рахунок їх самоокупності, дотацій МОЗ України, підприємств, організацій, відомств, а також за рахунок благодійницьких пожертвувань.

Реалізація зазначеної програми сприятиме подальшому розвитку НіНМ, що дозволить: створити систему НіНМ, визначити стратегію і тактику кадрової політики, науково обгрунтувати засоби й методи НіНМ, поліпшити медичну й соціально-економічну ефективність функціонування закладів НіНМ.

Програма внесе суттєвий вклад в арсенал ефективних, технічно доступних, економічно вигідних, атравматичних, фізіологічно адекватних методів діагностики, профілактики, лікування й реабілітації громадян України. Це буде регламентувати взаємовідносини народної та офіційної медицини, що певною мірою попереджатиме некомпетентне застосування методів НіНМ і покращить медичну допомогу, сприятиме інтеграції неофіційної та офіційної медицини.

Завдання, що стоїть перед медициною майбутнього, – це органічне поєднання всього позитивного, що є чи було в офіційній і народній та нетрадиційній медицині. Майбутнє саме за інтегративною медициною. Інтеграція повинна проводитися за такими основними напрямами: здійснення заходів щодо створення і застосування інтегративних навчальних програм для студентів вищих медичних навчальних закладів, ознайомлення професійних медичних працівників із методами народної та нетрадиційної медицини, а народних цілителів – з основами медичних знань і надбаннями офіційної медицини, а також залучення методів (засобів) НіНМ до технології надання медичної допомоги як у закладах народної та нетрадиційної медицини, так і в закладах офіційної медицини.

Отже, програма розвитку народної та нетрадиційної медицини в Україні сприяє вивченню, вдосконаленню, науковому обгрунтуванню ефективних методів діагностики, профілактики і лікування в галузі народної та нетрадиційної медицини, інтеграції цих методів з офіційною медициною.

Список літератури

1. *Поканевич В.В., Попова В.С.* Програма наукового обгрунтування методів народної та нетрадиційної медицини в Україні // Тез. доп. II української наук.-практ. конф. з народної та нетрадиційної медицини. – К.: Академпрес, 1996.–С. 11–12.
2. *Товстуха Є.С.* Фітотерапія – лікувальні засоби тисячоліть // Тез. доп. наук.-практ. конф. на честь п'ятиріччя УАНМ та Київського мед. ін-ту УАНМ. – К.: ДКПП "Тираж", –1997.–С. 8–9.
3. *Щулипенко И.Н.* Фитотерапия в структуре современного врачевания // Журн. практ. врача. –1996.–№ 1.–С. 38–39.
4. *Bannermann R.H.* Народная медицина и современная медико-санитарная помощь // Official Revies of IFPNT. – 1979.–N 1.–P. 116–121.
5. *Leslie C.* Fsian medical systems: a comparative study.–Berkeley: University of California Press, 1976.–317 p.
6. *Ahern E.M.* Chinese – style and western – style doctors in northern Taiwan. – In: Kleinman A. et al., 1975. –209 p.

НАРОДНАЯ И НЕТРАДИЦИОННАЯ МЕДИЦИНА – ПРОГРАММА РАЗВИТИЯ

В.В. Поканевич, Ю.П. Спиженко (Киев)

Представлена программа "Народная и нетрадиционная медицина", состоящая из 5 основных направлений ("Образование", "Аттестация", "Наука", "Медицинская помощь", "Общие вопросы") и 8 подразделов, предназначенная способствовать изучению, усовершенствованию, научному обоснованию эффективных методов народной и нетрадиционной медицины по диагностике, лечению и профилактике болезней, интеграции с официальной медициной, координации деятельности учреждений народной и нетрадиционной медицины для обеспечения населения качественной медицинской помощью.

DEVELOPMENT PROGRAMME OF THE FOLK AND ALTERNATIVE MEDICINE

V.V. Pokanevich, Yu.P. Spyzhenko (Kyiv)

The programme "Folk and alternative medicine", which consits of 5 main units ("Education", "Attestation", "Science", "Medical care provision", "Common tasks") and 8 subunits aimed at promoting study, improvement and scientific substantiation of the effective methods of the folk and alternative medicine on diagnostics, treatment and prevention of diseases, on integration with official medicine, on coordination of the activity of both the folk and alternative medicine's institutions to provide the qualified medical care for the population was presented.

75-річчя КАФЕДРИ СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ, ОРГАНІЗАЦІЇ ТА УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ДЕРЖАВНОЇ МЕДИЧНОЇ АКАДЕМІЇ

УДК 614.2:92

Т.О.БАЖАН

КАФЕДРІ СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ, ОРГАНІЗАЦІЇ ТА УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ДЕРЖАВНОЇ МЕДИЧНОЇ АКАДЕМІЇ 75 РОКІВ

Дніпропетровська державна медична академія

Кожна епоха, кожен період часу потребує від суспільства гнучких змін в організаційних формах надання медичної допомоги населенню. Соціальні та економічні відносини у державі завжди відбиваються на одній з найважливіших цінностей – громадському здоров'ї. Цей скарб можливо зберегти, якщо вчасно реагувати на всі перетворення, організовувати адекватне медичне обслуговування населення. Організація медичної допомоги завжди потребує якісного наукового обгрунтування. Провідником найактуальніших ідей, еволюційних змін в охороні здоров'я, активатором організації медичної допомоги за принципом досягнення найкращих показників здоров'я завжди була і є кафедра соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я Дніпропетровської державної медичної академії.

Кафедра пройшла славетний 75-річний шлях від заснування до наших днів. За різних часів і обставин змінювалася назва кафедри та напрями її наукової діяльності, але вона завжди працювала задля досягнення головної мети – поліпшення громадського здоров'я.

Кафедра соціальної гігієни та організації охорони здоров'я була заснована у Дніпропетровському медичному інституті в 1924–1925 навчальному році. Першим завідувачем її був відомий вчений-гігієніст М.В.Доніч.

У 20–30-і роки, в період становлення кафедри, головним напрямом її діяльності було вивчення соціальних чинників, що впливають на розвиток захворювань, і розробка методів їх профілактики, велика увага приділялась дослідженню професійних хвороб.

У 1927–1928 навчальному році завідувачем кафедри став Л.В.Громашевський – видатний вчений-епідеміолог, академік, який значну увагу приділяв вивченню етіології захворювань та їх соціальній зумовленості.

З 1929 по 1931 р. кафедру очолював професор С.С.Каган, який водночас обіймав посаду ректора інституту. С.С.Каган – автор одного з перших підручників з соціальної медицини в Україні, відомого під назвою "Нариси соціальної гігієни" (1932). Велике значення для подальшого розвитку науки мали його роботи з демографії, санітарного законодавства та організації охорони здоров'я.

Тривалий час (з 1935 по 1956 р.) кафедрою завідував відомий соціал-гігієніст та історик медицини Б.М.Шкляр. Його докторська дисертація "Санітарний стан і організація охорони здоров'я Дніпропетровської області за 150 років" є важливим фундаментальним дослідженням з історії охорони здоров'я населення великого промислового регіону.

У 1940 р. кафедри соціальної гігієни були перейменовані в кафедри організації охорони здоров'я, що визначало їх новий напрям роботи - проведення досліджень із теорії та практики організації охорони здоров'я на відповідних етапах розвитку народного господарства. Основна увага стала приділятися формуванню організаційних засад для надання різноманітних форм медичної допомоги.

У 1957 р., після 11 років завідування відділом охорони здоров'я Кривого Рогу, кафедру очолила Г.Ф.Ємельянова. Під керівництвом цього талановитого вченого і педагога проводилася велика робота щодо наближення навчального процесу до практики охорони здоров'я. З 1958 р. викладання соціальної медицини збагачується такими розділами, як планування та фінансування охорони здоров'я, диспансеризація населення.

Провідним науковим напрямом того часу стало вивчення здоров'я населення, профілактика захворювань та організація медико-соціальної допомоги. Велике значення приділялося дослідженням соціально-гігієнічних аспектів теорії охорони

© Т.О.Бажан, 2000

здоров'я, викладанню наукових основ здорового способу життя. Детальне вивчення цих питань привело до впровадження у практику охорони здоров'я нових, науково обгрунтованих, раціональних методів профілактичної роботи.

У 1966 р. кафедри організації охорони здоров'я знову були перейменовані у кафедри соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. Перед ними було поставлено відповідальне завдання з підготовки спеціаліста з широким соціально-гігієничним світоглядом, що володіє науковими підходами до профілактики та організації різних видів медичної допомоги. Центром уваги стало вивчення соціально-гігієнічних аспектів розвитку та поширення соціально значущих захворювань, зокрема хвороб серцево-судинної системи, онкологічних і промислового травматизму.

Багато років науковим напрямом кафедри було вивчення здоров'я та організації медичної допомоги робітникам провідних галузей промисловості. Досліджувалися соціально-гігієнічні та соціально-економічні чинники, що впливають на захворюваність, травматизм в основному робітників металургійної та гірничої промисловості, а також основи лікувально-оздоровчих заходів, спрямованих на зменшення захворюваності, інвалідності та смертності. Результати досліджень допомогли визначити резерви зменшення трудових втрат і вдосконалити форми медичної допомоги на промислових підприємствах Придніпровського регіону.

Найбільш вагомими науковими дослідженнями цього періоду були докторська дисертація Г.Ф.Ємельянової "Травматизм у горнорудній промисловості Криворізького залізорудного басейну" та низка праць М.Д.Хелемендика, А.Ю.Романенка, П.В.Ломакіна, С.А.Шмегевського. Значну кількість наукових розробок було присвячено вивченню соціально-економічних проблем боротьби з травматизмом, зокрема дослідження В.О.Павлова, В.Ф.Посного. В 1973 р. була захищена докторська дисертація Я.Г.Ковровим "Соціально-гігієнічні дослідження сліпоти і слабозоркості".

Все більшого значення набувало вдосконалення організаційних форм планування спеціалізованої медичної допомоги робітникам провідних галузей промисловості. Цій проблемі були присвячені дослідження Л.Ф.Кириченко, Н.С.Толубаєва, І.Г.Сенчихина, В.М.Гужевського, О.П.Татаровського, Л.С.Галенко, В.Г.Помойницького.

У 1971 р. за ініціативою кафедри були створені курси для підвищення кваліфікації організаторів охорони здоров'я України, що у 1983 р. були реформовані в кафедру соціальної гігієни та організації охорони здоров'я факультету вдосконалення лікарів у Кривому Розі.

На початку 80-х років на кафедрі працював великий науковий колектив. У цей час були захищені кандидатські дисертації Л.Б.Огір, І.В.Кочина, Г.В.Горбунової. Важливим науковим дослідженням того часу була докторська дисертація Т.О.Бажан "Розвиток охорони праці і медико-санітарна допомога робітникам промислових підприємств в Українській РСР" (1982) – історико-медичне дослідження розвитку фабрично-заводської медицини в Україні.

На базі використання системного підходу до соціальних процесів і організаційних структур в охороні здоров'я, вдосконалення організації спеціалізованої медичної допомоги була виконана докторська дисертація І.О.Логвиненком "Наукове обгрунтування нових форм організації спеціалізованої медичної допомоги сільському населенню" (1986).

З 1978 р., після Алма-Атинської конференції з первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), де була окреслена стратегія розвитку охорони здоров'я країн–членів ВООЗ, основним науковим напрямом діяльності кафедри стала оптимізація організації та управління медичної допомоги первинного рівня. Проведено низку наукових досліджень (М.І.Заярського, В.Г.Лахтіонова, І.М.Кутузова, Т.В.Єрошкіної, Е.В.Борвінко), присвячених питанням опрацювання нових технологій у діяльності поліклінік, атестації робочих місць, удосконаленню диспансеризації, формуванню здорового способу життя.

Діяльність із впровадження нових форм і методів управління на первинному рівні спонукала до інтеграції наукового потенціалу всієї країни. Важливою віхою на цьому шляху став з'їзд соціал-гігієністів та організаторів охорони здоров'я України, проведений у 1985 р. на базі кафедри соціальної гігієни Дніпропетровського медичного інституту.

У 1989 р. кафедру очолив професор І.О. Логвиненко. За часи його керівництва було багато зроблено для вдосконалення навчально-педагогічного процесу, його комп'ютеризації. Значна увага приділялась сучасним методикам наукових досліджень, зокрема моделюванню організації медичної допомоги робітникам промислових підприємств.

Радикальні зміни в суспільстві спонукали колектив кафедри до наукового обгрунтування реформ в охороні здоров'я. Особливої уваги потребувала перебудова системи управління галуззю на принципах пріоритетності економічних методів і демократизації управління. Важливим дослідженням у цьому напрямі була докторська дисертація В.М.Лехан "Наукові основи технології управління крупною міською поліклінікою" (1992). В цьому ж році була захищена докторська дисертація О.П.Татаровським "Сучасні проблеми управління травматологічною допомогою у великому промисловому регіоні", а в 1994 р. – Т.В.Єрошкіною "Наукові основи системи охорони здоров'я робітників промислових підприємств".

Робота лікувально-профілактичних закладів у нових економічних умовах поставила перед лікарями завдання з прийняття економічно обгрунтованих управлінських рішень, через що на кафедрі з

1993 р. було введено новий курс "Економіка охорони здоров'я".

У 1996 р. у зв'язку зі структурними змінами в академії кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я була об'єднана з кафедрою управління охороною здоров'я факультету вдосконалення лікарів і стала називатися кафедрою соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я, яку очолила професор В.М.Лехан. З цього часу на кафедрі почалась активна підготовка не тільки студентів, а й лікарів–організаторів охорони здоров'я України.

У 1990–1999 рр. велика увага приділялась обгрунтуванню організації та технології управління первинною медичною допомогою, вивченню економічних аспектів організації охорони здоров'я, а також удосконаленню взаємодії лікувально-профілактичних закладів. Ці проблеми знайшли відображення у низці наукових робіт, кандидатських дисертаціях О.Г.Головахи, Л.С.Семенової, А.В.Іпатова та В.А.Піщикова.

Продовжуючи развивати наукові традиції, що склалися протягом багатьох десятиліть, сьогодні кафедра працює над проблемами наукового обгрунтування структурної перебудови охорони здоров'я, організації та управління первинною медико-санітарною допомогою на принципах сімейної медицини, акредитації медичних закладів, а також розробкою соціально-психологічної моделі менеджера охорони здоров'я.

В останні роки значно поширилися наукові контакти кафедри з зарубіжними країнами, що дозволяє вивчати світовий досвід і підвищувати кваліфікацію співробітників.

Зараз на кафедрі працюють 2 професори, 3 доценти, 4 кандидати медичних наук, ведеться активна підготовка наукових кадрів через аспірантуру.

Післядипломну підготовку щорічно на кафедрі проходять близько 300 лікарів-організаторів охорони здоров'я, де головна увага звертається на нові форми управління охороною здоров'я: менеджмент і маркетинг в охороні здоров'я, організацію первинної медико-санітарної допомоги, актуальні проблеми економіки охорони здоров'я, психологічні аспекти управління та ділового спілкування.

За 75 років існування кафедри видано 15 монографій і 15 навчальних посібників, захищено 8 докторських і 37 кандидатських дисертацій, опубліковано 232 статті, 7 методичних рекомендацій. Матеріали наукових досліджень кафедри використовуються під час підготовки документів стосовно реформування різних аспектів системи охорони здоров'я в Україні.

Підбиваючи підсумки 75-річного шляху, що пройшла кафедра соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я Дніпропетровської державної медичної академії, можна сказати, що все набуте за попередні роки – це тільки початок. Той шлях, що попереду, буде ще яскравішим і більш плідним, тому що всі попередні здобутки, як коріння могутнього дерева, завжди підживлюють і додають енергії для нових починань.

Кафедрі 75 років, але її колектив молодий, повний сил і сповнений планами на майбутнє. Професорсько-викладацький склад кафедри працює завзято і наполегливо, бо переслідує найгуманнішу ціль – здоров'я населення. Минуле кафедри надає наснаги і є тим еталоном, на який рівняється покоління сьогоднішніх вчених і викладачів. На кафедрі працює згуртований, енергійний колектив, якому не байдуже до всіх нагальних проблем охорони здоров'я, який знає і цінує історію своєї кафедри та продовжує розвиток її найкращих традицій.

Позаду довгий, уславлений шлях, але попереду багато роботи, яку колектив кафедри повинен виконувати з честю, щоб майбутнім поколінням було на що спиратися, чим пишатися.

КАФЕДРЕ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ, ОРГАНИЗАЦИИ И УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ ДНЕПРОПЕТРОВСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ 75 ЛЕТ

Т.А. Бажан (Днепропетровск)

Прослежен 75-летний путь становления кафедры социальной медицины, организации и управления здравоохранением Днепропетровской государственной медицинской академии. Освещены организационные, педагогические и научные достижения коллектива кафедры.

THE DEPARTMENT OF SOCIAL MEDICINE AND HEALTH CARE MANAGEMENT AT DNIPROPETROVSK STATE MEDICAL ACADEMY - 75 YEARS ANNIVERSARY

T.O. Bazhan (Dnipropetrovsk)

This article is devoted to 75-years way of the Department of social medicine and health care management at Dnipropetrovsk State Medical Academy. The organizational, pedagogical and scientific Department's achievements have been shown.

УДК 614.23

Г.В.ГОРБУНОВА, В.М.ЛЕХАН

ПРО ВИКЛАДАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Дніпропетровська державна медична академія

Удосконалення медичної освіти в багатьох країнах світу грунтується на профілактичних принципах, визначених у рекомендаціях ВООЗ щодо забезпечення стратегії "Здоров'я для всіх", в основу яких покладено розвиток первинної медико-санітарної допомоги населенню.

В сучасних економічних умовах розвитку України, що характеризуються погіршенням показників здоров'я населення, найважливішим завданням, що стоїть перед вищою медичною школою, є поліпшення якості підготовки майбутніх лікарів. Рівною мірою це стосується як теоретичної, так і практичної підготовки майбутнього лікаря з проблем соціальної медицини та організації охорони здоров'я.

Соціальна медицина та організація охорони здоров'я як дисципліна в Україні отримала цю назву, що відповідає міжнародній, у 1990 р. після Другого з'їзду соціальних гігієністів та організаторів охорони здоров'я. Визначення соціальної медицини та організації охорони здоров'я як науки і навчальної дисципліни, що вивчає соціальні закономірності здоров'я людей та обгрунтовує шляхи його поліпшення через раціональну організацію охорони здоров'я [1], не є вичерпним. Це зумовлено різноманіттям проблем, які вона розглядає: громадське здоров'я і методи його вивчення, аналізу та оцінки; система охорони здоров'я як комплекс заходів, що впливають на здоров'я населення; медична допомога як система спеціальних заходів і засобів, що сприяють здоров'ю, профілактиці захворювань, забезпеченню активної життєдіяльності та працездатності людини; соціальні явища в медицині як складній динамічній системі; соціальні процеси у сфері охорони здоров'я; стосунки між пацієнтами і медичним персоналом, взаємозв'язки між медичними структурами та суспільством тощо.

Соціальна медицина та організація охорони здоров'я входить до програми вищих навчальних закладів як міждисциплінарна наука, завданнями якої є підготовка студентів до розуміння і реалізації своєї ролі та обов'язків як лікарів загальної (сімейної) практики, організаторів профілактичної роботи з населенням, навчання спілкуванню під час роботи з великими і малими групами населення, прийнятю та реалізації рішень, що стосуються їх професійної діяльності, вироблення орієнтації у проблемах охорони здоров'я та медицини, шляхах їх вирішення тощо.

Реалізація цих завдань вимагає такої організації навчального процесу з соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я, яка дозволяла б майбутнім лікарям набути необхідних знань і навичок з оцінки стану здоров'я населення, діяльності фахівця, відділення, закладу, аналізу чинників, що формують ситуацію, і є підгрунтям для прийняття відповідних рішень стосовно поліпшення здоров'я, шляхів усунення шкідливостей, удосконалення організації роботи.

Згідно з навчальними планами останніх років, викладання соціальної медицини та організації охорони здоров'я здійснювалося на III - IV курсах при збереженні державного іспиту на VI курсі, тобто через два роки, що створювало чималі труднощі як для освоєння предмета, так і для складання іспиту. Лише навчальний план з 1996 р. передбачає державний іспит із дисципліни, як логічне завершення її вивчення (табл.). Викладання за новим навчальним планом предмета на IV-V-VI курсах буде сприяти реальній координації з клінічними кафедрами, дозволить сформувати у студентів цілісне уявлення про роль, місце, організацію первинної медико-санітарної допомоги населенню. Новий навчальний план створює підгрунтя для безперервного (протягом трьох років) вивчення соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я, що дозволить логічно побудувати викладання дисципліни в межах програми з максимальним використанням активних форм і методів навчання, проблемних ситуацій.

На кафедрі склалася певна система викладання соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я. Зазнали змін у межах 15% такі теми лекційного курсу: "Епідеміологічні методи вивчення захворюваності населення", "Основи управління охороною здоров'я", "Особливості організації амбулаторно-поліклінічної допомоги в сучасних умовах", "Організація сімейної медицини, загальнолікарської практики в сучасних умовах". Під час проведення практичних занять використовуються різні форми навчання: семінар-конференція з проб-

© Н.Г.Горбукнова, В.М.Лехан, 2000

Навчальний план викладання соціальної медицини та організації охорони здоров'я на медичному факультеті (спеціальність"Лікувальна справа") в 1987, 1994, 1996 рр.

Рік	Семестр	Всього годин	Лекції, год	Практичні заняття, год	Самостійна робота, год	Форма контролю знань
1987	VIII	56	18	22	16	Залік
	IX	56	18	22	16	Іспит
	XII	-	-	-	-	Державний іспит
1994	VI	72	18	36	18	-
	VII	72 54	18 10	36 26	18 18	Іспит із соціальної медицини Диференційований залік з економіки охорони здоров`я
	XII	-	-	-	-	Державний іспит
1996	VIII	82	18	36	28	-
	IX	82	18	36	28	Іспит
	XII	108	-	72	36	Диференційований залік із соціальної медицини Диференційований залік із економіки охорони здоров`я Державний іспит

лем епідеміології найважливіших захворювань, засідання лекторської групи, читання в школах лекцій про здоровий спосіб життя, особисті та публічні захисти курсових робіт тощо.

Слід зазначити, що внаслідок тісного зв'язку з органами та закладами практичної охорони здоров'я на кафедрі накопичено досвід виконання студентами курсових робот із використанням реальних статистичних даних про здоров'я населення сільських регіонів, звітів лікувально-профілактичних закладів. Аналіз позитивних і негативних чинників, що формують ту чи іншу ситуацію, широке застосування методів статистичної обробки дозволяють студентам не лише оцінити ситуацію, але й самостійно дати узагальнену характеристику (застосовуючи напрацьовані кафедрою методичні вказівки) стану здоров'я населення, організації медичної допомоги, скласти план заходів із профілактики захворювань, оптимізації організації роботи первинної ланки медичної допомоги, формування здорового способу життя тощо.

Орієнтація на випуск лікаря загальної (сімейної) практики при збільшенні часу на самостійну підготовку (56 год замість 36) змушує переглянути її обсяг і зміст. У позааудиторний час студенти IV курсу складають "План та програму статистичного дослідження" за певною тематикою (12 год) з подальшим захистом роботи, готують реферати з епідеміології найважливіших хвороб (8 год), виконують спеціальні завдання до курсової роботи з оцінкою здоров'я контингенту дільничного лікаря або лікаря загальної практики (8 год).

На V курсі студенти самостійно (28 год) виконують завдання з аналізу та оцінки типових ситуацій і прийняття управлінських рішень із профілактики захворювань, зміцнення здоров'я населення, формування здорового способу життя, вдосконалення організації роботи спеціалістів перш за все первинної ланки, відділення, закладу. В курсовій роботі передбачено спеціальний розділ індивідуальних завдань з елементами дослідницької роботи для студентів, які успішно навчаються та виявили зацікавленість до предмета, з наступними виступами на студентських конференціях про результати роботи та публікаціями.

Виконання фрагмента курсової роботи "Розробка плану заходів" допомогає студентам оволодіти технологією підготовки управлінського рішення: формування мети, виходячи з конкретної ситуації, аналіз та оцінка ситуації і чиннників, що її формують, вибір оптимального рішення, організація його виконання та контролю.

Започаткований кафедрою дванадцять років тому письмовий тестовий іспит на IV курсі педіатричного факультету сприймався як нетрадиційна форма контролю знань [3]. Проте з того часу тестовий контроль знань (вихідний, проміжний і рубіжний) став обов'язковим елементом навчального процесу. У студентів IV курсу (за навчальним планом 1994 р.) іспит починався з тестового контролю з наступною співбесідою за результатами тестування та складанням практичних навичок. На кафедрі розроблені набори тестів за тематикою занять с широким використанням програмних тестів, запропонованих Ю.В.Вороненком [4].

З 1998 р. кафедра соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я бере участь у розробці тестового ліцензійного іспиту "Крок 2". Нами була запропонована структура ліцензійного іспиту за такими розділами, як "Організація первинної медико-санітарної допомоги населенню", "Організація різних видів медичної допомоги дорослим і дітям", "Управління охороною здоров'я".

Протягом двох років на кафедрі накопичено певний досвід складання та використання під час проведення перевідних і державних іспитів тестів нового типу у вигляді типових ситуацій, з якими зустрічається лікар у своїй практиці. Під час підготовки тестів однією з провідних проблем є добір

інформаційного матеріалу. Особливу увагу приділяють важливості інформації, що становить базу тестів і програмних завдань.

Тепер створюється банк тестів за всіма розділами соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я. Попередній аналіз ефективності такої форми контролю знань, органічно поєднаної з системою навчання, свідчить, що методика підготовки та постійної роботи з тестами в модельних ситуаціях дозволяє студентам формувати вміння, розрізняти головне, орієнтуватися в стані здоров'я населення, приймати найбільш правильне та оптимальне рішення, визначати шляхи розвитку окремих служб із забезпечення медичної допомоги населенню. Виявлено також вплив ліцензійного іспиту на підвищення системності та цілеспрямованості навчання студентів, формування необхідних знань і вмінь з організації та економіки охорони здоров'я.

Однією з ефективних форм активного навчання, що застосовуються на кафедрі, є ділова (рольова) гра, мета якої полягає у формуванні у студентів системного підходу до аналізу чинників, що визначають проблемність ситуації, пошуку способів виходу з неї. Розглядаються ситуації з організації діяльності лікаря (загальної(сімейної) практики) в типових та екстремальних ситуаціях, що дає змогу студентам знаходити не тільки індивідуальні, а й колективні рішення, сприяє формуванню ділового спілкування в межах майбутньої професії.

Для вдосконалення викладання на кафедрі традиційно, після складання іспиту, за допомогою анкетування вивчають думку студентів про якість викладання, об'єктивність оцінки знань, заходи щодо вдосконалення організації навчального процесу. Наявність такого зв'язку дозволяє оперативно реагувати на слушні зауваження, є елементом системи безперервного підвищення якості навчального процесу на кафедрі. Слід зауважити, що, за результатами анкетування, 85,5% студентів відзначають істотний, значний і важливий вплив соціальної медицини та організації охорони здоров'я на своє професійне становлення.

Загальним стрижнем постійної та напруженої роботи, яка проводиться на кафедрі з удосконалення навчального процесу, активного пошуку нових форм навчання, є підготовка кваліфікованого спеціаліста, який буде представляти охорону здоров'я України у XXI сторіччі.

Список літератури

1. *Голяченко О.М., Сердюк А.М., Приходський О.М.* Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я.– Тернопіль–Київ– Вінниця: "Джура", 1997.– 328 с.
2. *Голяченко О.* Українська здоровоохорона: як вийти із кризи. –Тернопіль: Лілея, 1999.– 70 с.
3. *Емельянова Г.Ф., Лехан В.Н.* Тестовый экзамен по социальной медицине и организации здравоохранения // Сов. здравоохранение.–1988. №9.–С. 54–57.
4. *Лисицын Ю.П.* Социальная гигиена и организация здравоохранения. Проблемные лекции: Учеб. пособие. – М.:Медицина, 1992. – 512 с.
5. *Програмні* тестові питання з соціальної медицини та охорони здоров'я /За ред. Ю.В.Вороненка. – К. : НИРТ, 1997.– 256 с.

О ПРЕПОДАВАНИИ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Г.В.Горбунова,В.Н.Лехан (Днепропетровск)

Освещены вопросы преподавания социальной медицины и организации здравоохранения, задачей которого является сформирование у студентов понимания организующей роли врача общей (семейной) практики, с использованием таких форм и методов обучения, как деловая игра, публичная защита курсовых работ, чтение лекций в школе, студенческие конференции, дискуссии и пр. Более 80 % студентов, сдавших экзамен, отмечают, что социальная медицина и организация здравоохранения оказывает существенное влияние на формирование их врачебного мышления.

EDUCATION OF SOCIAL MEDICINE AND PUBLIC HEALTH ORGANIZATION

H.V. Horbunova, V.N.Lekhan (Dnipropetrovsk)

The article emphasizes the teaching problems of social medicine and public health organization, the main purpose of which is to form students understanding of vocational roles of a general practitioner and a family doctor. The following methods are used at the department: role playing, public defending of course works, delivering lectures at a secondary school, students' conference and discussions, etc. The majority of students (85,5%), who passed examinations, pointed out that the social medicine and organization of public health services exerted essential influence on formation of their medical mentality.

УДК 614.2:658.336.3(048)

В.М.ЛЕХАН, Г.С.КАНЮКА

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ ПОРТРЕТ КЕРІВНИКА МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ

Дніпропетровська державна медична академія

Соціально-економічні перетворення в Україні, зорієнтовані на розвиток ринкових відносин у всіх сферах господарювання, загострили низку проблем в системі охорони здоров'я, в тому числі й проблему управлінського персоналу, діяльність якого істотно впливає на ефективність функціонування як закладів охорони здоров'я, так і галузі в цілому.

Управлінська робота, як і будь-яка інша професійна діяльність, потребує від керівників усіх рівнів не лише професійних навичок, а й певних психологічних властивостей, що сприяють успішності управління. За радянських часів у різних галузях промисловості проводилися дослідження, спрямовані на виявлення найбільш значущих психологічних характеристик керівників. Проте в охороні здоров'я комплексні соціально-психологічні дослідження керівного складу не проводилися.

На сучасному етапі розвитку національної охорони здоров'я стало зрозумілим, що для проведення реформування галузі проблема управлінського персоналу є не менш важливою, ніж пошук додаткових джерел її фінансування. Виникла потреба створення науково обгрунтованої системи добору та підготовки управлінських кадрів нового типу, спроможних приймати адекватні рішення і наполегливо їх здійснювати в умовах, які стрімко змінюються, зберігати керованість, забезпечувати успішність діяльності та конкурентоздатність медичних закладів. При цьому увага повинна бути привернута не лише до формування управлінських навичок на етапі професійної підготовки керівників, а й до їх особистісних характеристик, виявлення яких дає змогу прогнозувати успішність діяльності керівників на конкретній управлінській посаді, їх подальшу посадову перспективу [4].

Кафедрою соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я Дніпропетровської державної медичної академії разом із професійним психологом у 1994-1998рр. було проведене дослідження основних індивідуально-психологічних якостей керівників медичних закладів.

Метою дослідження стало вивчення психологічних характеристик керівників закладів охорони здоров'я, визначення психологічних чинників, що сприяють успішності управлінської діяльності, і напрямків для добору і навчання управлінського персоналу.

У дослідженні брали участь 130 головних лікарів лікувально-профілактичних закладів з трьох областей України. Як основний методичний інструментарій використовувалися загальноприйняті психологічні тести: 1) методика виявлення комунікативних та організаторських здібностей (КОЗ-1); 2) короткий орієнтовний тест (КОТ) для дослідження інтелектуального показника; 3) методика визначення особистісних акцентуацій керівників Леонгарда-Шмішека; 4) модифікований варіант анкети Б.Баса для виявлення домінуючої направленості управлінців; 5) методика визначення ділової та особистісної самооцінки і стилю керівництва Фідлера; 6) методика аналізу управлінських обмежень – несформованих управлінських спроможностей Вудкока – Френсіса; 7) методика експертного визначення посадових вимог до особистісних характеристик керівників О.Ліпмана. Експертами виступили головні лікарі, які мали достатній досвід управлінської роботи, високі виробничі показники, а також здоровий морально-психологічний клімат у керованих ними колективах.

За результатами дослідження встановлено, що посада керівника закладу охорони здоров'я найбільш високі вимоги пред'являє до комунікативних характеристик та інтелекту. Більшість головних лікарів має хороші комунікативні та організаторські здібності. Майже у 3/4 (74,2%) лікарів зареєстровані середні і високі показники комунікабельності (в тому числі у 43,2% – високий рівень розвитку цих властивостей), у переважної більшості (87,1%) – середні і високі показники організаторських здібностей (у 53,2% – високі і дуже високі показники). Формуванню високого рівня цих важливих для керівника соціально-психологічних характеристик сприяє не лише надбаний досвід управлінської діяльності (67,1% головних лікарів мали стаж управлінської роботи більше 10 років), а й стихійний добір керівників, внаслідок якого на вищому посадовому рівні концентруються особи з гіпертимічним типом особистісної акцентуації (76,7%) – дуже активні, з почуттям нового, енергійні та оптимістичні люди.

© В.М.Лехан, Г.С.Канюка, 2000

Незважаючи на високі посадові вимоги до інтелектуальних здібностей керівників медичних закладів, можна припустити, що інтелектуальний потенціал управлінців охорони здоров'я в сучасний період не задіяний ні в галузі, ні у суспільстві. Безпосереднім свідченням такої точки зору є значна частка осіб з низьким коефіцієнтом інтелектуального розвитку (19,7%), які протягом тривалого часу обіймають посади керівників медичних закладів. Більшість головних лікарів (71,1%) мають середні показники інтелектуального розвитку. Вважається, що високий інтелект не набув відповідної соціальної значущості для управлінців перш за все через те, що значна інтелектуальна дистанція між керівниками різних посадових рівнів, підлеглими та різними категоріями пацієнтів може створювати певні проблеми у взаєморозумінні.

Виявлене нами домінування серед головних лікарів осіб з середніми показниками інтелекту збігається з результатами досліджень Е.Гізеллі і Т.Коно [1], які підтверджують, що найбільш ефективними виявляються керівники не з надмірно високим або низьким інтелектом, а ті, які мають проміжні за ступенем параметри. Цікаве трактування цього явища дають Ф.Фідлер та А. Лейстер [5]. Отримані ними дані свідчать, що інтелект керівника не має прямого зв'язку з успішністю управлінської діяльності, а опосередковується низкою чинників, серед яких провідне місце посідає мотивація керівника або домінуюча направленість його управлінської діяльності, досвід керівника та вміння будувати відносини як з підлеглими, так і з вищими інстанціями за рахунок розвинутих комунікативних якостей (рис).

Рис. Схематичне зображення зв'язку між інтелектом керівника та ефективністю керівництва (за Ф.Фідлером, 1967).

Є підстави припустити, що досвід управлінської діяльності, а також дуже розвинуті організаторські та комунікативні здібності компенсують недостатність високого інтелекту у керівників медичних закладів. Водночас саме переважання серед головних лікарів осіб з середнім та низьким інтелектом призводить до формування у них управлінських обмежень, таких як призупинений саморозвиток, недостатність творчого підходу у вирішенні управлінських завдань (обидва обмеження реєструються у 32,5% головних лікарів).

Слід зазначити, що відносна другорядність інтелектуальних якостей для успішності управлінської діяльності була допустимою лише в умовах адміністративно-командної системи та при стабільній ситуації в охороні здоров'я, коли основними вимогами під час добору керівників були їх дисциплінованість і ретельність. При стрімких змінах у соціально-політичному житті суспільства, економічній нестабільності, особливо у соціальній сфері, кардинальних змінах організаційно-економічних основ охорони здоров'я збільшується потреба оперативного, нестандартного і самостійного вирішення управлінських завдань, що значно підвищує рівень вимог до інтелектуальних характеристик керівників медичних закладів.

Динамізм ситуації призводить до зменшення і втрачання значення деяких чинників що впливають на ефективність керівництва і компенсують недостатність високого інтелекту.

Останнім часом суттєвої корозії зазнала компенсаторна функція мотивації або особистісної направленості керівників. У нашому дослідженні під особистісною направленістю розумілася домінуюча позиція або настанова керівника по відношенню до справи, підлеглих, до себе, до вищого керівництва, яка проявляється у поведінці та управлінській діяльності за принципом першорядної значущості. Як свідчить світовий досвід практичного менеджменту, для досягнення ефективності керівництва необхідне проявлення домінуючої направленості керівників на поставлене завдання при достатньо вираженій орієнтації на людей [3]. За радянських часів ділова орієнтація визнавалася головною і соціально схвалювалася. Злам старої системи, погіршення економічної ситуації в галузі, нечітка визначеність пріоритетів і управлінських орієнтирів істотно змінили значення надбаних раніше стереотипів і цінностей [2]. У кінці 90-х років у кожного другого головного лікаря (48%) виявлені розмиті особистісні цінності при наявності достатньо чітких особистих (персональних) цілей. Саме зміна ціннісних орієнтацій стала однією з основних причин формування домінуючої направленості управлінців на вирішення своїх особистих проблем – у 61,5% головних лікарів ведучою є направленість на себе, першорядно зорієнтований на справу лише кожний третій головний лікар (32,7%). Така домінанта призводить до ускладнення соціально-психологічної атмосфери не лише у виробничих колективах, а й у суспільстві в цілому.

Як показали результати дослідження, досить тривале перебування головних лікарів на керівних посадах сприяло тому, що вони набули певної управлінської майстерності. Серед загальної кількості керівників лікувально-профілактичних закладів 79,6% мають сформовані навички вирішення проблем, адекватну ділову самооцінку, вміють брати на себе відповідальність. Однак руйнування старих управлінських стереотипів, втрата традиційних важелів впливу на підлеглих (наприклад, можливості використовувати матеріальне стимулювання), послаблення управлінської вертикалі призвели до

зменшення впливу надбаного раніше управлінського досвіду на ефективність керівництва. Саме цим можна пояснити той факт, що майже у чверті головних лікарів (22,6%) виявлено таке управлінське обмеження, як слабкі навички керівництва. Цей показник свідчить скоріше про наявність у керівників психологічних проблем, пов'язаних з пошуком оптимальних управлінських рішень в нестандартних умовах, ніж про їх управлінську нездатність.

Цінності тоталітарного суспільства, на які тривалий час орієнтувалися керівники, намагання досягти поставлених завдань будь-якими засобами, а також відсутність необхідної психологічної підготовки сформували умови, за яких управлінці могли вимагати від підлеглих виконання рішень і вказівок без їх відповідної аргументації. Авторитарний стиль управління був традиційним для керівників у всіх сферах господарювання і зрозумілим для підлеглих. Мабуть тому 87% головних лікарів ідеальним керівником вважають авторитарну особистість. Однак зміни ціннісних установок у суспільстві, яке стало на шлях демократичних перетворень, і втрата традиційних прийомів керівництва призводять до того, що в реальних умовах більшість головних лікарів (68,5%) у ділових відносинах з підлеглими орієнтується на більш гнучкі демократичні методи управління.

Для того щоб виділити найважливіші психологічні характеристики керівників, які забезпечують успішність управлінської діяльності і є орієнтиром для наступного добору і навчання управлінського персоналу, особистісні параметри, отримані в процесі дослідження, були піддані факторному аналізу. Виявлено п'ять факторів, які визначають загальну дисперсію на 77,8%.

У формуванні першого фактора (22,4% загальної дисперсії) найбільші факторні навантаження припадають на ознаки, які характеризують управлінські вміння (розуміння особливостей управлінської роботи, вміння швидко та ефективно вирішувати проблеми, вчити і розвивати підлеглих, впливати на оточення тощо, всього 12 ознак).

Другий фактор (18,3% загальної дисперсії, 11 ознак) за змістом близький до розуміння лідерського таланту і охоплює комунікативні та організаторські здібності, гіпертимічний тип особистісної акцентуації тощо.

Третій фактор (15,8% загальної дисперсії, 7 ознак) сформований за рахунок блоку інтелектуальних параметрів. Основні факторні навантаження належать психометричному інтелекту, інтелектуальній лабільності.

Четвертий фактор (11,4% загальної дисперсії, 10 ознак) представлений компонентами, що характеризують спрямованість керівників на успішну виробничу діяльність. Основне факторне навантаження припадає на ділову орієнтацію.

П'ятий фактор (9,9% загальної дисперсії, 15 ознак) охоплює показники, що відображають прагнення керівника відповідати вимогам професії та посади для отримання соціального схвалення і визнання. Найбільшими факторними навантаженнями є особистісні акцентуації за емотивним і тривожним типами, для яких властиві почуття жалю, співчуття, бажання добросовісно та якісно виконати поставлене завдання.

Узагальнюючи результати факторного аналізу, можна зробити висновок, що успіх управлінської діяльності керівників закладів охорони здоров'я визначається латентною структурою психологічних параметрів, що утворюють 5 основних факторів: 1) управлінською майстерністю - фактором, який необхідно формувати й удосконалювати за допомогою цілеспрямованої професійної підготовки і перепідготовки керівників; 2) лідерством – фактором, який повинен визначатися за допомогою психодіагностичного обстеження кандидатів на керівні посади; 3) інтелектом – фактором, ступінь розвитку якого повинен визначатися під час тестування кандидатів; 4) спрямованістю на виробничий успіх – потребою в управлінському самоствердженні, що залежить як від особистісних характеристик і ціннostних установок керівників, так і від соціального середовища, в якому ці цінності мають соціальну значущість і стимулюються; 5) настановою на соціальне схвалення – фактором, формування якого також залежить від соціальних умов.

Отже, успішність управлінської діяльності керівників медичних закладів в основному визначається 3 глобальними складниками:

1) індивідуально-психологічними характеристиками керівників (темперамент, характер, комунікативні і організаторські здібності, інтелект), на які слід орієнтуватися під час добору кандидатів до управлінського резерву;

2) системою підготовки і перепідготовки управлінських кадрів, де основну увагу слід приділяти розвитку значущих управлінських умінь і навичок керівників (наприклад, уміння вирішувати проблеми, впливати на людей і формувати колектив, вчити і передавати управлінський досвід тощо);

3) соціальними умовами, що стимулюють спрямованість керівників на вирішення найважливіших завдань галузі.

Список літератури

1. *Карпов А.В.* Психология менеджмента. - М.: Гардарики, 1999.- 584с.
2. *Ковальчук В.* Изменения в системе факторов мотивации трудовой активности работников АПК// Персонал.- 1988.- №3. С.12-15
3. *Мескон М., Альберт М., Хедоури Р.* Основы менеджмента.- М.:Дело, 1992. – 700с.
4. *Тишук Е.А., Чесноков П.Е.* Реформирование здравоохранения и социальное самочувствие руководящих работников // Здравоохранение Рос. Федерации.- 1999. - №3. – С.32-34.
5. *Fiedler F. A* Theory of Leadership Effectiveness // N.Y., 1967.- 342p.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

В.Н.Лехан, Г.С.Канюка (Днепропетровск)

Проведено изучение основных психологических характеристик у 130 руководителей учреждений здравоохранения в трех регионах Украины. Выявлены психологические особенности современного руководителя медицинского учреждения. Установлено, что факторами, определяющими успешность управленческой деятельности являются: управленческое мастерство, лидерство, интеллект, направленность на производственный успех, установка на социальное одобрение. Определены направления для отбора и обучения управленческого персонала здравоохранения.

SOCIO-PSYCHOLOGIC PORTRAIT OF A MEDICAL FACILITIES LEADER

V.N. Lekhan, G.S. Kanyuka (Dnipropetrovsk)

The study of main psychologic characteristics of 130 health care facilities leaders in 3 regions of Ukraine was conducted. Psychologic peculiarities of a modern leader of medical facilities are revealed. It is determined that administrative skill, leadership, intellect, business enterprise, attitude at general approval are the factors which define the success in administrative activities. The trends for selection and training of administrative staff of health facilities are determined.

УДК 614.23/25:301:65.011.8:658.14

Л.В. КРЯЧКОВА

ВИКОРИСТАННЯ СОЦІОЛОГІЧНИХ ОПИТУВАНЬ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ДЛЯ ОБГРУНТУВАННЯ НАПРЯМІВ ПОДАЛЬШОГО РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Дніпропетровська державна медична академія

Протягом останнього десятиріччя більшість країн світу відчувають зростаючий тиск вимог про підвищення витрат на охорону здоров'я у зв'язку з постарінням населення, впровадженням нових технологій і системи платних медичних послуг. У складеній Світовим банком "Доповіді про розвиток у світі" підкреслюється, що тенденції до широкого залучення приватних коштів громадян для відшкодування витрат у галузі охорони здоров'я можуть негативно вплинути на ті прошарки суспільства, які найбільше потребують медичної допомоги [8].

Зарубіжні автори зазначають, що в разі підвищення цін на лікувальні послуги бідні споживачі можуть бути повністю вилучені з системи медичного обслуговування або будуть змушені платити за високими тарифами, коли стан їх здоров'я значно погіршиться [7].

У сучасних умовах спостерігається зниження рівня платоспроможності значної частки мешканців України, що спонукає населення до зменшення кількості звертань за медичною допомогою. Існує думка, що така ситуація не призведе до скорочення споживання ресурсів у галузі, оскільки зростає частота пізніх звертань до лікаря, збільшується частка занедбаних захворювань, які вимагають дорожчого лікування, що зумовлює збільшення потреб у нових ресурсах [2]. Тому процесом реформ у будь-якій країні необхідно керувати, спираючись на виважені рішення та прогнозуючи можливі негативні наслідки.

У ринкових умовах важливими джерелами для прийняття рішень є дані про пропозицію та попит на медичні послуги. Одним із методів отримання такої інформації є соціологічні опитування. Вони відіграють значну роль, оскільки дозволяють соціально обгрунтувати управлінські рішення .

Основною метою нашої роботи було з'ясування змін у стані здоров'я, з яким звертаються пацієнти до лікувальних закладів, і визначення ставлення лікарів до певних напрямів фінансових перетворень у охороні здоров'я.

© Л.В.Крячкова, 2000

Перед нами постали такі завдання:

1) простежити динаміку звертань населення до лікувальних закладів і виявити основні чинники, що найсуттєвіше впливають на цей процес;

2) визначити оціночні судження медичних працівників щодо зміни тяжкості стану здоров'я осіб, які зверталися до медичних закладів за останні роки;

3) з'ясувати погляди медичних працівників на можливі напрями фінансових перетворень у охороні здоров'я з різним ступенем залучення приватних коштів населення.

За допомогою анонімного анкетування проведено соціологічне опитування 162 лікарів різних спеціальностей і категорій провідних лікувально-профілактичних закладів м. Дніпропетровська.

Розташування чинників, що найсуттєвіше впливають на попит на медичну допомогу, опитані лікарі визначили так: на перше місце вони поставили стан здоров'я населення (50% опитаних), друге – доходи населення (35,5%), третє – ціни на лікарські засоби (30,6%), четверте – ціни на медичну допомогу, на п'яте – гігієнічну культуру населення. Це перегукується з результатами маркетингового дослідження, проведеного шість років тому фахівцями нашої кафедри, та соціологічного дослідження стану охорони здоров'я в Україні, що проводилося у 1994–1995 рр. під керівництвом канд. соц. наук Ю.А. Прозорова [3, 5]. У висновках останнього було зазначено, що на достатньо якісне лікування може розраховувати тільки населення з великими доходами.

На погіршення стану здоров'я населення за останні роки вказало 75,8% опитаних лікарів більшою мірою "вузьких" спеціалістів. Зменшення кількості звертань за медичною допомогою зазначали 40,3% респондентів. Простежуються відмінності в оцінках фахівцями динаміки звертань пацієнтів до амбулаторно-поліклінічних закладів. Якщо більше половини останніх лікарів-спеціалістів (62,5%) вказували на збільшення частоти звертань населення до медичних закладів, то кожен другий лікар загального профілю свідчив про зменшення попиту на медичну допомогу. При цьому до лікарів первинної ланки потрапляють переважно особи з легкими формами захворювання, а на вищих рівнях надання медичної допомоги, за оцінкою 68,8% фахівців, спостерігається збільшення частки пацієнтів із занедбаними хворобами.

Значна більшість опитаних спеціалістів вважає, що пацієнти відкладають своє звертання до лікаря на певний час. У разі загострення хвороб цей строк коливається від 3 днів до тижня, при хронічних захворюваннях – від 7 днів до місяця.

Виявлена тенденція до підвищення ступеня тяжкості стану здоров'я пацієнтів, які зверталися до закладів охорони здоров'я в останні 3–4 роки у порівнянні з 1990–1992 рр. (табл. 1). Майже дві третини фахівців (64,5%) зазначили, що пацієнти зараз звертаються до них за допомогою у більш тяжких випадках. Спеціалісти служб вторинного і третинного рівнів надання медичної допомоги більшою мірою (68,8%), ніж лікарі первинної ланки (52,2%), підтвердили цей процес.

Таблиця 1. **Зміни тяжкості стану здоров'я пацієнтів, які зверталися до лікарів різних ланок охорони здоров'я за останні 3-4 роки у порівнянні з 1990-1992 рр.**

Спеціалісти	Стан здоров'я, % від загальної кількості опитаних			
	Більш тяжкий	Менш тяжкий	Не змінився	Не відповіли
Лікарі первинної ланки	52,2	0	34,8	13
Спеціалісти вищих рівнів	68,8	0	25	6,3
Усі фахівці	64,5	1,6	25,8	8,1

Серед нозологічних форм, за якими можна передбачити тяжкий перебіг, переважає ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба, хронічні неспецифічні захворювання легень, пневмонія, виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, цукровий діабет. Ці захворювання можливо вважати індикаторними для подальшого детального вивчення проблеми. Спеціалісти пов'язують тяжкий перебіг захворювань з її резистентністю до медикаментозного лікування, збільшенням частоти загострень та ускладнень, більшим ступенем функціональних порушень.

У поглядах фахівців щодо чинників, які передусім зумовлюють ефективність лікування, спостерігаються певні розбіжності, але 44,6% опитаних вважають, що на цей процес значно впливає зниження життєвого рівня пацієнтів і занедбаність хвороби (34, 8%).

Під час дослідження, проведеного 6 років тому співробітниками нашої кафедри, було з'ясовано, що найважливішим напрямом фінансових перетворень у охороні здоров'я більшість лікарів (58,8%) вважали перехід до бюджетно-страхової медицини [4]. Здійснене у 1996 р. в Україні соціологічне дослідження показало, що більшість фахівців виступали за реформування медицини шляхом об'єднання державної, страхової та приватної медицини [5]. Під час опитування у 1995 р. медичного персоналу Львова було виявлене позитивне ставлення державних лікарів (52%) до приватної медицини [6].

Серед лікарів м.Дніпропетровська зараз, як і шість років тому, найменшою популярністю користується приватна медицина як напрям реформування фінансування галузі (табл. 2). Як і раніше, медичні працівники найбільше (32,1%) підтримують перехід до бюджетно-страхової медицини. Більше чверті лікарів (27,4%) вважають, що найдоцільніше зараз державі гарантувати мінімальний обсяг безплатних медичних послуг. Оскільки при бюджетно-страховій медицині частка медичних послуг у

Таблиця 2. **Ставлення лікарів до напрямів реформування охорони здоров'я**

Напрям реформування	Питома вага, %
Гарантований державний мінімум безплатних послуг	27,4
Часткова оплата населенням медичної допомоги	7,1
Широке впровадження платних медичних послуг	1,2
Добровільне медичне страхування	10,7
Бюджетно-страхова медицина	32,1
Фінансування на одного мешканця на рік	15,6
Не відповіли	4,8

момент їх надання теж безплатна, за даними нашого дослідження, 59,5% лікарів вважають, що певний обсяг послуг при отриманні їх населенням повинен бути безкоштовним.

Медичні працівники зазначають, що безкоштовною для населення повинна бути швидка та невідкладна допомога (87,1%), пологи (71%), медична допомога вагітним (82,3%) і дітям (85,5%); половина лікарів висловилися за безкоштовну первинну медико-санітарну допомогу (ПМСД) (табл. 3). Це узгоджується з результатами дослідження, проведеного у 1997 р. на базі нашої кафедри і в якому було доведено, що пріоритетного розвитку у системі охорони здоров'я потребує ПМСД, швидка медична допомога, реанімація та акушерство, які несуть основну відповідальність за збереження років здорового життя населення [1].

Таблиця 3. **Ставлення лікарів до участі населення у відшкодуванні витрат на медичні послуги**

Вид послуг	Ступінь оплати медичних послуг, % від кількості опитаних			
	Повна оплата	Часткова оплата	Безкоштовно	Не відповіли
Швидка і невідкладна медична допомога	6,5	4,8	87,1	1,6
ПМСД	3,2	43,5	50	3,2
Послуги				
сімейного лікаря	38,7	46,8	9,7	4,8
"вузьких" спеціалістів	25,8	51,6	14,5	8,1
Лікування у стаціонарі	6,5	59,7	21	12,9
Операції	14,5	58,1	24,2	3,2
Пологи	3,2	22,6	71	3,2
Медична допомога				
вагітним	1,6	16,1	82,3	0
дітям	1,6	12,9	85,5	0
Нетрадиційні методи лікування	74,2	11,3	8,1	6,5

Дивно те, що тільки 9,7% опитаних думають, що послуги сімейного лікаря мають бути безкоштовними. Це свідчить про те, що медичні працівники ще не вважають сімейного лікаря основною фігурою первинного рівня, розглядають його послуги як більш кваліфіковану допомогу, що потребує часткової оплати, так само як і послуги "вузьких" спеціалістів, за різний ступінь оплати яких висловилося більше ніж три чверті опитаних (77,4%). Переважна більшість лікарів виступає за те, щоб населення брало участь у частковому відшкодуванні витрат на медичні послуги більш вищого рівня: лікування у стаціонарі (59,7%), операції (58,1%). Лікарі розглядають плату як стримуючий чинник при необов'язковому використанні медичних послуг, наприклад, 56,5% лікарів вважають, що повністю повинні оплачуватися аборти, 74,2% – нетрадиційні методи лікування.

Висновки

Незважаючи на погіршення стану здоров'я населення, що зазначають 75,8% медичних працівників, простежується тенденція до зменшення кількості звертань пацієнтів до лікувальних закладів.

Хворі певний час зволікають (при гострих формах патології (6,2±1,2) дня, при хронічних – (20,2±2,8) дня) зі звертанням до медичного закладу передусім через те, що стикаються з необхідністю нести значні для себе витрати на медичні послуги. Пацієнти звертаються до лікувальних закладів, за свідченням 64,5% опитаних лікарів, коли перебіг захворювання набирає загрозливого для здоров'я характеру. Особи з занед-

баними станами, як визначають 53,2% респондентів, складають вагому частку серед усього контингенту медичних закладів. Найбільш значними чинниками, що впливають на звертання населення за медичною допомогою, є стан здоров'я пацієнтів і рівень їх особистих доходів. Доходи були і залишаються одним із найсуттєвіших механізмів, що формують попит на медичні послуги (це засвідчило 35,5% лікарів).

Спостерігається диспропорція у використанні обсягів медичної допомоги на різних рівнях її надання, оскільки особи з занедбаними захворюваннями контактують з системою охорони здоров'я, обминаючи первинну ланку.

Низький життєвий рівень населення України не сприяє активній участі його у відшкодуванні витрат на медичне обслуговування, що засвідчують лікарі, з яких 59,5% виступають за фінансування значної частки медичних послуг державними та громадськими фондами.

Медичні працівники визначають ПМСД як один із пріоритетів розвитку охорони здоров'я. При цьому кожен другий з них висловився за її безкоштовність для населення. Лікарі виступають за залучення коштів пацієнтів до відшкодування витрат на отримання медичної допомоги вищих рівнів (вторинного і третинного). Вони вважають, що практика платних медичних послуг має право на існування, але у обмеженому обсязі, а ціну можливо використовувати як важіль оптимального регулювання ресурсів.

Інтеграція отриманих результатів з даними офіційної статистики та висновками експертів дозволить науково обгрунтувати управлінські рішення щодо перебудови охорони здоров'я.

Список літератури

1. *Іпатов А.В.* Наукове обгрунтування пріоритетних напрямків розвитку лікувально-профілактичної допомоги населенню на регіональному рівні: Автореф. дис... канд. мед. наук. – К., 1997. – 17 с.
2. *Лехан В.М., Іпатов А.В., Демченко І.Б.* Стратегії вирішення проблеми нестачі ресурсів в охороні здоров'я // Мед. перспективи. – 1998. – Т.III, №2. – С.97–100.
3. *Лехан В.Н.* Маркетинговое исследование потребности населения в медицинских услугах как условие построения жизнеспособной модели страхования здоров'я // Мед. страхування. – 1994. - №1. – С. 6–12.
4. *Лехан В.Н., Павлов В.А., Губарь И.А., Хуторная Н.А.* О готовности медицинских работников к реформированию здравоохранения //Мед. страхування. – 1994. – №2. – С. 23–29.
5. *Прозоров Ю.А.* Состояние здравоохранения в Украине и его реформа: взгляды, оценки населения, врачей и экспертов (итоговый отчет). – Симферополь: ЗдравРеформ, 1996. – 47 с.
6. *Хаузлонер П., Бергис Б.А.* Оцінка особистих витрат громадян на лікарську службу у Львівській області, Україна (техн. доп.). – Львів: ЗдравРеформ, 1996. – 16 с.
7. *Griffin C.K.* User Chargec for Health Care in Principle and Practice //The World Bank. – Washington: ZdravReform, 1994. – 32 p.
8. *The World* Bank, World development Report. - Washington: D.S., 1993. – 212 p.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ОПРОСОВ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ДЛЯ ОБОСНОВАНИЯ НАПРАВЛЕНИЙ ДАЛЬНЕЙШЕГО РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Л.В. Крячкова (Днепропетровск)

Приведены данные социологического опроса медицинских работников Днепропетровска, который проводился с помощью анонимного анкетирования и преследовал цель выяснения динамики тяжести состояния здоровья пациентов лечебных учреждений и отношения специалистов к возможным реформам в здравоохранении. Установлено, что происходит утяжеление состояния здоровья пациентов, большинство врачей не поддерживает широкое, нерегулированное внедрение платных медицинских услуг. Одним из приоритетов развития здравоохранения определена ПМСП.

USE OF SOCIOLOGICAL INTERVIEWS OF MEDICAL WORKERS TO SUBSTANTIATE DIRECTIONS OF FURTHER REFORMING THE PUBLIC HEALTH

L. V. Kryachkova (Dnipropetrovsk)

The article considers the sociological interview of the medical workers of Dnipropetrovsk city. The interview was carried out through the anonymous questionnaire and pursued the purpose to find out dynamics of changes in patients' health condition and to reveal the attitude of experts to possible reforms in public health. It is found out, that the patients' condition became heavier. The majority of physicians do not support the broad and unregulated introduction of paid medical services. The primary health care is one of priorities in the public health development.

УДК 614.2:338

І.М.КУТУЗОВ, М.І.ЗАЯРСЬКИЙ, Г.В.ГОРБУНОВА

ПРОБЛЕМА САМОФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Дніпропетровська державна медична академія

Сучасній вітчизняній системі фінансування охорони здоров'я притаманний багаторічний дефіцит держбюджетного забезпечення та відсутність переконливих прогнозів щодо його суттєвого збільшення у близькому майбутньому. Ведуться пошуки альтернативного чи додаткових джерел грошових коштів (запровадження обов'язкового медичного страхування (ОМС) громадян, розвиток платних послуг тощо). Однак перспективи щодо прийняття кінцевих рішень ще не з'ясовані. Ця ситуація об'єктивно зумовлює те, що органи та заклади охорони здоров'я повинні відмовитися від звички чекати того, що дадуть, і звернутися до ідеї самофінансування.

У контексті цієї статті та стосовно медичних закладів, що фінансуються з бюджетів будь-якого рівня, під самофінансуванням розуміється активне залучення цими закладами додаткових грошових коштів у розмірах, що мають забезпечувати не тільки просте, а й розширене відтворення медичних послуг у соціально зумовленому обсязі, якості та ефективності. Тут слід підкреслити, що таке фінансування має право на життя навіть при будь-яких формах фінансування охорони здоров'я – громадській (держбюджетна, страхова), приватній або змішаній.

Зараз в Україні йде процес теоретичного та практичного формування ринкової моделі економічного механізму охорони здоров'я [3,4,5] – такого механізму, що був би спрямований на створення можливостей стійкого функціонування як держбюджетних, так і підприємницьких медичних закладів, їх гнучкої пристосовуваності до соціально-економічних перетворень та інших змін зовнішніх і внутрішніх умов. І самофінансування на засадах законослухняності, етично та економічно зваженого комерційного розрахунку, багатоканальності залучення грошових коштів повинне зайняти у цій моделі гідне місце.

Світова фінансова наука та практика знають такі способи мобілізації грошей на покриття потреб охорони здоров'я: 1) оподаткування; 2) кредитування, внески по обов'язковому та добровільному медичному страхуванню, а також по деяким спорідненим йому видам страхування; 3)отримання прибутку від обороту тимчасово вільних грошей системи медичного страхування, інших фондів галузевого призначення на реінвестування його у вирішення завдань охорони здоров'я; 4) використання фінансових ресурсів (балансу) підприємств для утримання об'єктів охорони здоров'я, фінансування галузевих проектів і заходів; 5) пряма (безпосередня або за договорами) оплата медичних послуг їх споживачами; 6) діяльність і кошти спонсорів, меценатів, доброчинних організацій і фондів.

Крім зазначеного першим, усі наведені вище способи придатні для самофінансування. Однак слід зауважити, що ні один із них в Україні не працює за максимумом своїх потенційних можливостей, не має системності, стабільності та передбачуваності. І самофінансування, практично, зведене до епізодичного заробляння або отримування грошових чи натуральних подаянь.

Звертає на себе увагу також той факт, що не знайшов застосування з метою самофінансування і такий підхід, як створення при медичних закладах (або з їх участю, або за участю чи на базі їх колективів, під їх патронатом, піклуванням, за їх ініціюванням – у кожному конкретному випадку треба знайти баланс між юридично допустимим і економічно доцільним) і (або) органах управління охороною здоров'я (органах загального державного управління) фінансово-кредитних установ різних організаційно-правових форм, форм власності та економічних механізмів діяльності. Головне те, щоб у статутних завданнях цих фінансово-кредитних установ провідним було завдання постачати медичним закладам додаткові фінансові ресурси.

Про те, що такий підхід є можливим принципово, засвідчує і вітчизняний історичний досвід, і сучасний закордонний. Так, прийнятий Державною Думою у 1912 р. Закон "О страховании рабочих от несчастных случаев и обеспечении их на случай болезни" передбачав надання першої допомоги в разі нещасних випадків, раптових захворювань, а також амбулаторне лікування за рахунок підприємців [1,2]. Організація стаціонарної допомоги і видавання грошової допомоги через хворобу були покладені на лікарняні каси, що за своїм економічним змістом були організаціями (фондами) взаємодопомоги на принципах страхування (у сучасній вітчизняній термінології - товариства взаємного страхування (ТВС). Три п'ятих їхнього бюджету наповнювали робітники і дві п'ятих – підприємці; дрібні підприємства могли утворювати спільні лікарняні каси.

© І.М.Кутузов, М.І.Заярський, Г.В.Горбунова, 2000

Створювалися лікарняні каси як самовідрядні публічно-правові організації; ними керували загальні збори, що були найвищим директивним органом, та правління – виконавчий орган. Загальні збори складалися із представників робітників і підприємців. Останнім належало дві третини голосів. Головою загальних зборів лікарняної каси міг бути сам власник підприємства або особа, вповноважена ним.

Правління лікарняної каси також складалося із представників від робітників і власника підприємства, причому останній мав у правлінні на один голос менше, ніж представники робітників. За даними Міністерства торгівлі, на 1 березня 1914 р. у Росії налічувалося 1311 лікарняних кас.

Фабрично-заводська медицина на засадах і за обов'язковістю та добровільністю у різних формах в Україні існувала приблизно з середини 90-х років XIX ст. до 30-х років XX, причому перша лікарняна каса тут була створена ще у 1870 р. на адміралтейському заводі "Рассуд" у Миколаєві.

Хоча лікарняні фонди (sikness funds) по-різному називаються в різних країнах (наприклад, у Франції та франкомовних кантонах Швейцарії цій назві відповідає caisse maladie, у Німеччині та у німецькомовних кантонах Швейцарії – Krankenkasse, у Нідерландах – Ziekenfunds, у Бельгії – mutualite), але по суті своїй вони є різновидами страхових організацій (найчастіше у формі акціонерних товариств і товариств взаємного страхування), основою сучасних систем медичного страхування у європейських країнах, США, Японії та ін. І це зовсім не випадково. На світових ринках капіталів страхові організації поряд з банками є найвагомішими фінансовими посередниками, роль яких полягає в акумулюванні вільних грошей власників заощаджень і обороті їх у формі позик.

Суспільно корисне використання вільних грошей власників заощаджень є одним із головних завдань фінансово-кредитних та інших установ. Отже, наше припущення щодо доцільності використання фінансово-кредитних установ у самофінансуванні охорони здоров'я небезпідставне. І далі розмову доцільно вести про практичну реалізацію цієї можливості. Тут на перший план виходять зваженість дій у рамках вітчизняного правового поля, відповідна спрямованість статутних документів створюваних структур, чіткість визначення мети, завдань, об'єктів інвестування тощо.

Які ж варіанти практичної реалізації цієї ідеї, на наш погляд, цілком ймовірно здійснити хоча б у вигляді організаційно-економічних експериментів?

По-перше, дуже корисними для нашої охорони здоров'я можуть бути страхові компанії через те, що вони здатні акумулювати за допомогою своїх операцій значні грошові ресурси. В свою чергу, це дозволяє страховим компаніям гарантувати стале інвестування коштів у ті чи інші галузі економіки. При цьому інвестиції страхових грошей, на відміну від традиційного банківського кредитування, носять більш цільовий характер, оскільки вкладаються у розвиток тих галузей, продукція і послуги яких відповідають інтересам як застрахованих осіб, так і самій страховій системі. У медичному страхуванні такою галуззю, природно, є охорона здоров'я.

Схематично стратегічний план дій з реалізації цього варіанта можливо зобразити двома розділами:

1. Організація страхового товариства, що охоплює: а) створення юридичної особи; б) одержання ліцензії на право здійснення страхової діяльності.

2. Організація страхової справи, що складається з двох груп технологій і правовідносин: а) формування і використання страхових фондів; б) взаємовідносин страхового товариства і медичних закладів, бюджету, органів державного управління тощо.

На сьогодні відправними документами у деталізації цієї стратегії є Закон України "Про страхування" від 07.03.96 та "Інструкція про порядок видачі суб'єктам підприємницької діяльності ліцензій на здійснення страхової діяльності на території України. Умови і правила її здійснення та контроль за їх дотриманням", затверджена наказом Ліцензійної палати при Міністерстві економіки України та Комітету у справах нагляду за страховою діяльністю від 15.07.96 №ЛП - 18/78. Стаття 2 зазначенного закону страховиками визнає юридичних осіб, які створені у формі акціонерних, повних, командитних товариств і товариств з додатковою відповідальністю. Це надає широкі можливості вибору варіантів залучення початкового капіталу, в тому числі без здобування банківського кредиту.

Для медичних закладів можливе заглиблення у страхову справу й без створення юридичної особи та залучення початкового капіталу, якщо вони ініціюють створення філії уже діючого та усталеного на ринку страхового товариства. В цьому разі головну увагу поряд з пошуком гідного страховика треба приділити другому розділу схематичного стратегічного плану, насамперед розробці та узгодженню відповідного Положення про філію. Створення і діяльність філій регламентується Положенням про порядок здійснення страхової діяльності відокремленими підрозділами страховиків, затвердженим наказом Кабінету у справах нагляду за страховою діяльністю 12.03.94 №13.

Медичні заклади можуть також виконувати частину діяльності страховика за комісійну винагороду, виконуючи роль страхового агента. Така можливість грунтується на статті 14 Закону України "Про страхування" і Положенні про порядок здійснення діяльності страховими посередниками, затвердженому постановою Кабінету Міністрів України від 18.12.96 №1523.

По-друге, велика розповсюдженість у вітчизняному минулому і в закордонному сьогоденні товариств взаємного страхування змушує припустити, що цій організаційно-правовій формі притаманні значні позитивні якості. І вони дійсно є, і вони істотні, оскільки на кожному етапі свого багатовікового розвитку ТВС увібрали в себе широкий і різноманітний досвід соліг

даризації людей перед негараздами життя. Зараз вони постають страховими фондами взаємодопомоги (соціальної та групової солідарності), що діють на принципах споживчої кооперації і самоврядування.

З сучасних позицій взаємне страхування (Mutual Insurance) можна визначити як об'єднання страхувальників у страхову організацію з метою взаємодопомоги, коли гурт дієздатних громадян і (або) юридичних осіб домовляються між собою відшкодовувати один одному за певними умовами і у відповідних сумах збитки, створюючи для забезпечення цієї домовленості страховий фонд. Тобто за такою формою кожен страхувальник одночасно є і членом страхової організації, а сама організація створюється для страхування ризиків її членів і дістає назву ТВС. Принципову схему такого страхового захисту можна зобразити так: страхувальники → створений, фінансований і керований ними страховик.

Відправними документами у створенні ТВС є також Закон України "Про страхування" і Тимчасове положення про товариство взаємного страхування, затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 01.02.97 №132. Однак створення ТВС все-таки може супроводжуватися труднощами, пов'язаними з тим, що за кілька десятиріч монополізму Держстраху СРСР вітчизняний досвід ТВС був міцно забутий. Проте вже є прецедент: у 1996 р. зареєстровано ВАТ "Київський регіональний фонд взаємного страхування "Промислова Україна", засновником якого виступили Міністерство промисловості в особі ВАТ "Київгума", ВАТ "Фармак", ЗАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", АКБ "Київ", акціонерами підприємства концерну Місцевпрома і Мінмашпрома. Кабінет Міністрів України підтримав цю ініціативу з відродження ТВС.

Третім варіантом організацій, які можуть бути корисними для закладів охорони здоров'я, можна вважати кредитні спілки (КС). Постаючи громадськими організаціями, вони діють за Законом України "Про об'єднання громадян". Їх головна мета полягає у забезпеченні фінансового і соціального захисту членів КС шляхом залучення їх особистих заощаджень для взаємного кредитування.

КС, незважаючи на певні обмеження (видання позичок тільки членам, заборона займатися підприємницькою діяльністю), мають достатньо можливостей отримувати прибуток та інвестувати його у проекти з охорони здоров'я. До таких можливостей належать: використання благодійних внесків; вкладення коштів у банківські установи; операції, пов'язані з заставлянням майна і поручництвом тощо. У КС люди нагромаджують гроші для забезпечення високого рівня власного життя у близькому та віддаленому майбутньому, що не обходить і медичний аспект; з літами зростає також потреба у медичних послугах, у томі числі платних, у санаторно-курортному лікуванні, оздоровленні умов життя за медичними рекомендаціями, дієтичному харчуванні. Вже прийшло розуміння того, що створення КС корисно ініціювати товаровиробникам [6]. Тому можливо думати про корисність КС і для послуговиробників. Важливо й те, що КС можуть об'єднувати людей не тільки за місцем роботи.

Діяльність КС в Україні регламентують: Тимчасове положення про кредитні спілки в Україні, затверджене Указом Президента України від 20.09.93 №377; Типовий статут кредитної спілки, ухвалений постановою Правління НБУ від 07.02.94 №25; Положення про узгодження Статуту кредитних спілок у питаннях кредитування і розрахунків та надавання позик кредитними спілками, затверджене наказом НБУ від 17.03.94 №41. Консультаційну і практичну допомогу надає створена у 1994 р. Національна асоціація кредитних спілок України (НАКСУ), яка об'єднує 72 КС і є членом Всесвітньої ради КС. У 1992 р. у Кривому Розі створено першу за сучасну історію України кредитну спілку при міськкомі профспілки медичних працівників.

Легко помітити, що рекомендовані вище види організацій грунтуються на тому чи іншому різновиді грошових фондів, тобто на об'єднанні фінансових ресурсів для подальшого цільового використання з отриманням ефекту у вигляді додаткового фінансування проектів і об'єктів охорони здоров'я. У системі таких "лікарняних кас" повинні знайти місце структури, створювані і діючі згідно з Законом України "Про благодійність і благодійницькі організації" від 16.09.97. Зокрема, це можуть бути благодійницькі фонди, які забезпечували б допомогу охороні здоров'я не тільки за рахунок благодійних внесків, а головним чином завдяки розширеного відтворення свого грошового капіталу за рахунок прибутку від інвестиційної діяльності. Такі фонди змогли б запобігти витратам благодійних внесків у поточному порядку по мірі їх надходження і забезпечити їх довгострокову та передбачувану роботу.

Підсумовуючи викладене, можливо зробити такі узагальнення. Проблема самофінансування у сучасній охороні здоров'я продовжує бути актуальною. Роль позабюджетних "лікарняних кас" можуть виконувати різні фінансово-кредитні інституції, зокрема страхові товариства, товариства взаємного страхування, кредитні спілки і благодійницькі організації. Забезпечити їхню орієнтацію в цьому напрямку охорона здоров'я може через ініціювання їх створення, участь у розробці статуту, визначення цілей та об'єктів інвестування, інших механізмів діяльності, роботу наглядових рад. Мобілізуючи, акумулюючи та обертаючи тимчасово вільні кошти власників заощаджень (громадян, підприємств), зорієнтовані на підтримку охорони здоров'я фінансово-кредитні організації, на наш погляд, потенційно здатні створити систему її соціального самозабезпечення як доповнення до бюджетного фінансування шляхом об'єднання зусиль самого населення, роботодавців і медичних працівників із фінансово-кредитного системою країни.

Список літератури

1. *Ермилов В.С.* Страхование от несчастных случаев и медицинская помощь застрахованным на юге Украины (очерки истории). – Николаев: МП "Возможности Киммерии", 1996. – 114 с.
2. *История* страховой медицины и ее современные проблемы в странах СНГ и за рубежом (реферативный обзор) / Сост.. О.В.Высоцкая и др. // Актуальные пробл. мед. страхования и охраны здоровья населения, вып. 2. – К.: ГТМО, ГЦ "Мединстат", 1993. – 58 с.
3. *Казнова М.І.* Модель фінансового забезпечення соціальної сфери // Фінанси України. – 1998. – N6. – С. 83–90.
4. *Карлін М.І.* Фінансове забезпечення закладів соціокультурної сфери // Фінанси України. – 1999. – N1. – С.43–45.
5. *Кутузов И.Н.* Здравоохранение: рыночная модель экономического механизма отрасли // Мед. страхування. – 1994. – N4. – С.3–6.
6. *Мосійчук В.* Спілки – шлях до ринку // Економіка України. – 1997. – N9. – С.91–93.

ПРОБЛЕМА САМОФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

И.Н.Кутузов, Н.И.Заярский, Г.В.Горбунова (Днепропетровск)

Раскрыто содержание и актуальность проблемы самофинансирования здравоохранения в современных условиях. Обоснована возможность использования для решения этой проблемы таких финансово-кредитных институтов, как страховые компании, общества взаимного страхования, кредитные союзы и благотворительные организации.

PROBLEM OF SELF-FINANCING IN PUBLIC HEALTH

I.N.Kutuzov, M.I. Zayarsky, H.V.Horbunova (Dnipropetrovsk)

The content and urgency of the problem of self-financing of Public Health in present situation are revealed in this article. The opportunity to use, for solving this problem, such financial and credit institutions as insurance companies, mutual insurance societies, credit unions and charitable organizations has been substantiated.

УДК 614.2:616.31:658.6 (262.1)

М.Ю. КОРОБКО

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ

Дніпропетровська державна медична академія

У сучасний період реформування та реорганізації системи охорони здоров'я України перед практичною медициною постає завдання не тільки поліпшення та забезпечення якості медичного обслуговування населення, а й збереження охорони здоров'я як державної системи [3] .

Першочерговою у реформуванні, на наш погляд, може стати система стоматологічного обслуговування населення. В більшості країн світу стоматологічне обслуговування населення не є державною системою і здійснюється, як правило, у приватних кабінетах лікарів-стоматологів, які виконують не тільки лікувальну роботу, а й профілактичну для найбільш забезпечених верств населення. Поряд з цим, для деяких верств населення існують державні установи, що надають термінову стоматологічну допомогу населенню у гострих випадках.

Сьогодні спостерігається небезпека переведення на платну основу всієї системи стоматологічного обслуговування населення, що не є найбільш доцільним [2,3].

Метою проведеного нами дослідження стало вивчення професійної думки дитячих лікарів-стоматологів про шляхи реформування та фінансування стоматологічного обслуговування населення.

Проводилось опитування дитячих лікарів-стоматологів великого промислового міста України за розробленими нами анкетами. Анкети складались із запитань про характер роботи, що виконують лі-

© М.Ю.Коробко, 2000

карі, шляхи поліпшення обслуговування населення та джерела фінансування стоматологічної допомоги різним верствам населення. Під час обробки анкет використовували статистичний аналіз.

Опитано 51 дитячого лікаря-стоматолога у віці від 22 до 70 років; середній вік становив (37,8 ± 0,5) року. Найбільшу частку опитаних (47%) складали лікарі у віці 30–39 років – 24 чоловіки. Стаж роботи опитаних лікарів коливався від 1 до 32 років, середній стаж – (13,53±3,2) року. Найбільша група мала стаж 6–10 років. Більшість опитаних стоматологів мали першу та другу кваліфікаційні категорії.

Понад 55% (29 чоловік) лікарів-стоматологів-терапевтів працювало в поліклініках, 52,9% (27 чоловік) – у стоматологічних кабінетах шкіл і дитячих комбінатів , 5 лікарів – у поліклініках і школах.

Характеризуючи свою роботу, дитячі лікарі-стоматологи вказували на певні труднощі, з якими вони зустрічаються під час лікування з приводу основних нозологічних форм (табл. 1).

Таблиця 1. **Труднощі в роботі дитячих лікарів-стоматологів під час лікування з приводу основних нозологічних форм**

Труднощі, % від кількості опитаних	Нозологічна форма				
	Каріес	Пульпіт	Періодонтит	Захворювання слизової оболонки	Видалення зубів
Проблеми в цілому	37,7	52,9	77,4	48,4	35,5
Запізніле звертання	23,5	29,4	45,2	29	25,8
Низький освітній рівень	29,4	29,4	16,1	25,8	19,3
Відсутність необхідного обладнання	21,6	50,9	58,1	16,1	6.5
Відсутність необхідних матеріалів	37,3	41,1	58,1	35,5	9,7

Аналіз даних таблиці свідчить, що найбільш складним для лікування лікарі вважають періодонтит, за ним – пульпіт, далі – захворювання слизової оболонки порожнини рота через відсутність необхідного обладнання та матеріалів, що пов'язано з нестачею коштів на надання стоматологічної допомоги. Крім того, труднощі виникають під час вжиття профілактичних і гігієнічних заходів у 64,5% лікарів, у тому числі за рахунок несвоєчасного вжиття у 12,9%, за рахунок низької освіченості пацієнтів – у 54,8, через відсутність необхідного обладнання у 16,1%, необхідних наочних посібників з пропаганди медичних і гігієнічних знань – у 35,5% лікарів.

Торкаючись проблем реформування фінансування стоматологічної допомоги населенню, 60,8 % дитячих лікарів-стоматологів вважають, що стоматологічна допомога населенню повинна бути платною. Але тільки 27,5 % лікарів визначились з того, яку частку повної вартості допомоги має сплачувати населення – в середньому 36,4% (від 5% до 100%). Дані опитування лікарів про джерела фінансування стоматологічної допомоги різним верствам населення наведені у табл. 2.

Таблиця 2. **Думка лікарів про джерела фінансування стоматологічної допомоги різним верствам населення**

Категорія населення	Джерела фінансування, % від загальної кількості опитаних	
	Державний бюджет	Власні кошти населення
Все населення	1,9	11,7
Діти	33,3	9,8
Працюючі дорослі	3,9	49
Вагітні жінки	49	3,9
Пенсіонери та малозабезпечені	49	1,9

Отже, лікарі висловилися за те, щоб безкоштовна стоматологічна допомога надавалась дітям, у тому числі на програми профілактики [1], вагітним жінкам, пенсіонерам і малозабезпеченим верствам населення, і була платною для працюючих дорослих. Крім того, лікарі запропонували шляхи поліпшення стоматологічного обслуговування дітей і населення в цілому, подані в табл. 3.

Отже, більшість лікарів вважають, що першочерговими кроками на шляху поліпшення надання стоматологічної допомоги, є: 1) покращання пропаганди медичних і гігієнічних знань; 2) навчання правильному догляду за порожниною рота і дотримання правил збалансованого харчування; 3) поліпшення організації періодичних медичних оглядів і проведення планової санації населення, тобто якісне здійснення програм профілактики стоматологічних захворювань.

Лікарі одностайно підкреслили потребу забезпечення обладнанням і необхідними матеріалами та лікарськими засобами. Наявним обладнанням задоволені лише чверть опитаних (25,8%), більшість з яких лікарі, які працюють у стоматологічних поліклініках. Задоволені постачанням та якістю пломбувальних матеріалів лише 1,9% лікарів. Опитані лікарі під час роботи віддають перевагу таким матеріалам: полімерним масам – 35,3%; пластмасам – 32,3; фотополімерам – 25,8%. Лише невелика частка лікарів зберігають прихильність до цементів та амальгам.

Таблиця 3. **Шляхи поліпшення стоматологічного обслуговування населення, запронований лікарями**

Шлях поліпшення обслуговування	Питома вага, %
Проведення різних організаційних заходів, у тому числі:	84,3
періодичних медичних оглядів населення за рахунок:	70,5
планової санації дітей та населення	62,7
проведення планової диспансеризації	33,3
виділення групам ризику	33,3
Проведення різних методичних заходів	68,6
Покращання проведення пропаганди медичних та гігієнічних знань, у тому числі:	98
навчання та правильний гігієнічний догляд за порожниною рота	90,2
збалансоване харчування	66,6
профілактика хвороб органів травлення	52,9
застосування засобів очищення води	54,9

Висновки

1. Система стоматологічного обслуговування може стати прикладом для реформування системи охорони здоров'я України. Під час реформування слід враховувати думку професіоналів про джерела фінансування стоматологічної допомоги різним верствам населення.

2. Складовими частинами реформування повинна стати безкоштовна невідкладна допомога у гострих випадках всьому населенню, безкоштовне обслуговування вагітних жінок, дітей, пенсіонерів і малозабезпечених, частково платне надання допомоги працюючим громадянам.

3. Система стоматологічного обслуговування та програми профілактики, на думку фахівців, повинні фінансуватись і забезпечуватись із державного бюджету. На державному рівні мають розроблятися, прийматись і фінансуватися національні програми профілактики стоматологічних захворювань.

Список літератури

1. *Доклад* Комитета экспертов ВОЗ по гигиене полости рта и использованию фторидов. - М.: Медицина, 1995. - 54 с.
2. *Леус П.А.* Проблемы развития стоматологической помощи населению республики Беларусь //Здравоохранение Беларуси. - 1996. - №7.- С. 3-5.
3. *Організація* профілактичної допомоги населенню України в сучасних економічних умовах / Л.О.Хоменк, О.Ф.Кононович, О.В.Савичук та ін. //Вісн. стоматології. – 1998. - № 3. - С. 44-47.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ФИНАНСИРОВАНИЮ СИСТЕМЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

М.Ю.Коробко (Днепропетровск)

Освещены проблемы реформирования системы стоматологического обслуживания населения Украины, в частности ее финансирования. На основании изучения мнения детских врачей-стоматологов о путях совершенствования оказания помощи детям и населению в целом сделан вывод, что финансирование системы стоматологического обслуживания населения должно быть дифференцированным, т.е. бесплатная стоматологическая помощь должна оказываться детям, беременным женщинам, пенсионерам и малообеспеченным слоям населения, а также всему населению в острых случаях, частично платная – работающим взрослым.

DIFFERENTIAL APPROACH TO FINANCE THE STOMATOLOGICAL SERVICE SYSTEM OF THE POPULATION

M.Yu. Korobko (Dnipropetrovsk)

The article is devoted to problems of reforming the system of stomatological service of the population. The author has carried out the study of opinions of the children's stomatologists about ways of perfection of rendering assistance to children and population as a whole. By these opinions the financing of stomatological service of the population should be differential, i.e. the free-of-charge stomatological help should be rendered to children, pregnant women, pensioners and people with poor income. The partially paid health care should be destined for working adults. The free-of-charge care should be given also to all persons in emergency.

УДК 61:301:658:(079. 5)

Л.В. КРЯЧКОВА, І. П. БЄЧКЄ, О.О. БОЙКО

ОБСТЕЖЕННЯ БЮДЖЕТІВ ДОМОГОСПОДАРСТВ ЯК МЕХАНІЗМ АНАЛІЗУ ПОПИТУ НА МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ

Дніпропетровська державна медична академія

В Україні є певний досвід надання платних медичних послуг як у державних, так і приватних лікувальних закладах. Паралельно, впродовж тривалого періоду, на території нашої держави функціонує тіньовий ринок медичної допомоги. Грошові надходження від платних послуг можуть виступати як додаткове джерело фінансування лікувальних закладів. Проте нерегульоване, науково необрунтоване використання платної допомоги лікувальними закладами може призвести до зростання частки осіб із занедбаними захворюваннями, лікування яких потребує значних витрат.

За даними зарубіжних авторів, звертання пацієнтів за медичною допомогою та віднесення їх до професійної системи надання медичних послуг відбувається тільки після невдалої спроби самостійно адаптуватися до хвороби [2].

Низький рівень соціально-економічного стану мешканців нашої країни не сприяє мобілізації резервних можливостей людини та адаптації до захворювання. Половина з тих, хто потребує медичної допомоги, відкладає свій прихід до лікаря до того часу, поки хвороба не почне суттєво впливати на їх життєдіяльність [4].

У більшості розвинених країн світу витрати населення на медичні послуги та лікарські засоби представлені у формальному секторі охорони здоров'я і фігурують у системі національної статистики. В нашій країні такої системи обліку немає. Тому дуже великого значення набувають дослідження структури сімейного бюджету домогосподарств за допомогою соціологічних методів, які найбільш точно відбивають можливості населення нести певні витрати на охорону здоров'я [5].

Колектив нашої кафедри поставив перед собою мету виявити основні чинники, які впливають на попит на медичну допомогу, та з'ясувати вплив на звертання до лікувальних закладів реальних витрат населення на охорону здоров'я.

Завдання дослідження: 1) вивчення реальних витрат населення на придбання лікарських засобів та отримання медичної допомоги, в тому числі з різними неофіційними виплатами; 2) з'ясування впливу витрат населення на охорону здоров'я на звертання за медичною допомогою та сімейний бюджет; 3) визначення ставлення населення до можливих напрямів фінансового реформування охорони здоров'я та залучення їх особистих коштів до відшкодування витрат на лікування.

Останнім часом триває вивчення бюджетів домогосподарств населення Дніпропетровської області методом стандартизованого інтерв'ю. Інструментом опитування є анонімна, відкоректована після пілотажного дослідження анкета. На даний момент обстежено 147 домогосподарств, що еквівалентно 485 особам.

Обстеження бюджетів домогосподарств показало, що населення має низьку платоспроможність. Так, 63,75% сімей визначили свій місячний сукупний доход нижчим за середній рівень. Серед усіх респондентів майже кожен п'ятий (21,25%) вважає, що доход його сім'ї дуже низький, а 42,5% оцінюють його як низький. Більше третини респондентів (33,75%) визначили свої доходи як середні, і тільки 2,5% зазначили, що мають доходи вище від середнього рівня.

У більшості (58,75%) обстежених домогосподарств члени сім'ї засвідчили, що мали у попередньому обстеженню місяці витрати на придбання лікарських засобів або отримання медичної допомоги. 36,2% цих родин зазначили, що витрачені кошти склали половину і більше їхнього місячного доходу, а у 4,3% домогосподарств навіть перевищили його.

Коли ми попросили людей визначитись, якою для їх місячного бюджету була сума коштів, витрачена у закладах охорони здоров'я, то більше половини (53,2%) оцінили її як непосильну, 12,8 – як посильну і тільки 19,1% – як прийнятну.

У 38,75% опитаних родин є принаймі один член сім'ї, що страждає на тяжке хронічне захворювання або має інвалідність. Три чверті таких сімей (77,4%) мали витрати на придбання лікарських засобів або отримання медичної допомоги. Серед родин, де немає хронічно хворих, тільки 44,9% витрачали гроші на такі потреби.

Середньомісячні кошти, які громадяни сплачують під час отримання медичних послуг як у державних, так і приватних лікувальних закладах та які забезпечують тіньові прибутки у медицині, становлять 18,7 грн на одну особу (з урахуванням осіб,

© Л.В.Крячкова, І.П.Бєчкє, О.О.Бойко, 2000

які не мали витрат у минулому місяці) (табл.1). Серед цієї суми 13,4 грн витрачається на придбання лікарських засобів, а 5,3 грн – на медичну допомогу. Основна частина особистих витрат населення у секторі охорони здоров'я припадає на лікарські засоби – понад 71% у структурі всіх витрат. Аналогічні дані отримані під час обстеження домогосподарств у Росії в 1992–1995 рр. [5].

Таблиця 1. **Середньомісячні витрати на придбання лікарських засобів та отримання медичної допомоги**

Вид витрат	Кількість витрачених коштів на одну особу	
	грн	%
На придбання лікарських засобів	13,4	71,7
На медичну допомогу у державних ЛПЗ	2	10,7
На медичну допомогу у приватних ЛПЗ	1,5	8
Неофіційні виплати	1,8	9,6
В цілому на медичні послуги	5,3	28,3
Загальні витрати	18,7	100

Майже половина (42,5%) сімей зазначила, що, крім інших видів витрат, їм найчастіше не вистачає грошей на отримання медичної допомоги, а 37,5% – на придбання лікарських засобів.

Тільки 23,8% опитаних засвідчили, що стали частіше звертатися за медичною допомогою за останні 3–4 роки порівняно з початком 90-х років. Третина респондентів зазначила зменшення кількості своїх візитів до ЛПЗ, а 40% опитаних не змінили кількості звертань. Половина сімей, у яких є хронічно хворі або інваліди, зазначили зменшення кількості звертань за професійною медичною допомогою.

Серед причин відмови населення від звертання до лікарів домінують наступні: незмога заплатити за медичну допомогу – 37,5%; незмога придбати призначені лікарські засоби – 28,7%; відсутність на це часу – 23,75% (табл. 2). Це перегукується з результатами дослідження, проведеного у 1994 – 1995 рр. в Україні [5], під час якого було з'ясовано, що чверть населення з тих, хто потребує лікування, відкладає свій прихід до лікаря через необхідність платити за лікування, а 35% – через те, що не має змоги придбати лікарські засоби. Під час опитування, проведеного в Росії, було виявлено, що матеріальні витрати стримують від звертання до ЛПЗ насамперед осіб похилого віку [3].

Таблиця 2. **Причини відмови населення від звертання за медичною допомогою**

Причина відмови	Питома вага, %
Не зможу заплатити за медичну допомогу	37,5
Не зможу придбати призначені ліки	28,75
У мене не має часу на відвідання лікаря	23,75
Я не довіряю лікарям	17,5
Психологічні бар'єри	10
Моя відсутність на роботі викличе незадоволення начальника та співробітників	8,75
Лікувальна установа далеко від мого дому	2,5
Інші причини	2,5
Не мають труднощів зі звертанням і не обмежують кількості візитів до лікаря	7,5
Не відповіли	8,75

Думка людей про те, яким чином вони повинні брати участь у відшкодуванні витрат на їх медичне обслуговування, в основному полягає в тому, що медичні послуги повинні бути безкоштовними в момент їх надання (43,75% опитаних). Кожен третій опитаний вважає, що величина виплат повинна визначатися доходом пацієнта, а 15% готові сплачувати частину медичних послуг і тільки 3,75% готові платити за всі види допомоги.

Отже, переважна більшість опитаних визнає необхідність участі у відшкодуванні витрат на охорону здоров'я держави, громади та населення.

Висновки

Застосування нерегульованої практики платних медичних послуг в нашій країні болісно позначається на стані здоров'я населення (члени 38,75% опитаних сімей мають тяжке хронічне захворювання або інвалідність). В сучасних умовах спостерігається зменшення доходів населення (63,75% опитаних визначили їх нижчими за середній рівень). Через свою низьку платоспроможність люди перестають звертатися за медичною допомогою навіть тоді, коли її потребують. Про зменшення кількості своїх звертань до лікувальних установ вказала третина усіх респондентів та половина членів сімей, у яких є хронічно хворі або інваліди. Але ця ситуація не тягне за собою скорочення споживання ресурсів у охороні здоров'я,

оскільки збільшується частка занедбаних захворювань, а переважна більшість пацієнтів звертається до медичних закладів у тяжких станах, які потребують дорожчого лікування. Це зумовлює потреби у нових ресурсах і призводить до диспропорції у їх розподілі.

Отже, значні витрати населення на медичну допомогу і лікарські засоби (18,7 грн на одну особу за місяць) негативно впливають як на сімейний бюджет (53,2% родин вважають їх непосильними), так і на національну систему охорони здоров'я.

Отримана інформація свідчить про те, що в першу чергу під час упровадження нових реформ в охороні здоров'я треба зосередити увагу на задоволенні потреб соціально незахищених верств населення. Негативних наслідків можливо уникнути, якщо використовувати принципи суспільної солідарності та справедливості під час розподілу тягаря особистих витрат населення на медичну допомогу. Політика "Здоров'я для всіх у 21 сторіччі" активно відстоює ці принципи, згідно з якими кожна людина робить певний внесок у розвиток охорони здоров'я у відповідності зі своєю платоспроможністю і одержує медичну допомогу відповідно до своїх потреб [1].

Населення виступає (88,75%) за сумісне покриття витрат на охорону здоров'я державними та громадськими фондами із залученням у обмеженому обсязі особистих коштів. Ступінь участі пацієнтів у цьому процесі повинен визначатися передусім величиною їх доходів, що підтримує третина респондентів. Практика платних медичних послуг повинна бути обмеженою та врегульованою, оскільки лише 3,75% населення готові оплачувати усі види лікувальної допомоги.

Враховуючи бажання населення частково оплачувати (45% респондентів) певні послуги та приймаючи до уваги низький рівень його доходів, стану здоров'я, практику платних медичних послуг слід використовувати у обмеженому обсязі, але основна частка необхідних для підтримання здоров'я послуг повинна фінансуватися з інших джерел.

Список літератури

1. *Европейская* политика по достижению здоровья для всех на двадцать первое столетье. – Стамбул: ЕРБ ВОЗ, 1997. – 217 с.
2. *Общепрактическая* и семейная медицина / Под ред. М.М.Кохена. – Минск: Беларусь, 1997. – 618 с.
3. *Ордина Н.Б., Андреева М.Р., Савонина Ю.А.* Опыт социологического изучения причин отказа населения от обращения за медицинской помощью // Пробл. соц. гигиены и история медицины. – 1996.– №4. – С. 38–39.
4. *Прозоров Ю.А.* Состояние здравоохранения в Украине и его реформа: взгляды, оценки населения, врачей и экспертов: Итоговый отчет. – Симферополь: ЗдравРеформ, 1996. – 47с.
5. *Шейман И.М.* Реформа управления и финансирования здравоохранения. – М.: Издатцентр, 1998. – 336с.

ОБСЛЕДОВАНИЕ БЮДЖЕТОВ ДОМОХОЗЯЙСТВ КАК МЕХАНИЗМ АНАЛИЗА СПРОСА НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ

Л.В. Крячкова, И. П. Бечке, О.А. Бойко (Днепропетровск)

Представлены результаты обследования бюджетов домохозяйств населения Днепропетровской области, целью которого явилось выявление основных факторов, оказывающих влияние на спрос на медицинскую помощь, изучение реальных затрат населения на приобретение лекарственных средств и получение медицинской помощи.

Установлено, что большая часть населения сталкивается с необходимостью нести значительные для себя затраты для поддержания личного здоровья, что приводит к ограничению числа своих обращений в лечебные учреждения. Высказана мысль о привлечении личных средств населения для оплаты медицинских услуг в ограниченном объеме.

THE FAMILY BUDGET INSPECTION AS THE MECHANISM OF THE ANALYSIS OF DEMAND ON MEDICAL SERVICES

L. V. Kryachkova, I. P. Bechke, O.O. Boyko (Dnipropetrovsk)

This article is devoted to the inspection of family budgets of the population in Dniepropetrovsk area, which pursues the purpose to reveal major factors rendering influence on demand for the medical help, and also to study real expenses of the population for purchase of medicines and referrals for the medical help. The research will be carried out through the anonymous questionnaire. It is found out, that the large part of the population collides with necessity to carry significant expenses (in their income) for maintenance of personal health. Due this the population is obliged to limit their referrals to medical establishments. The respondents express for the partially paid public health service.

УДК 614.2:616-082:681.31:001.57

І.О.ГУБАР

ІМІТАЦІЙНЕ МОДЕЛЮВАННЯ ПРОЦЕСУ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ РІЗНИХ ВАРІАНТАХ ЇЇ ФІНАНСУВАННЯ

Дніпропетровська державна медична академія

В умовах глибокого реформування охорони здоров'я різко зростають вимоги до якості рішень, які мають стратегічне значення. Від того, наскільки правильним та обгрунтованим буде прийняте рішення, залежать успіхи системи медичної допомоги і, відповідно, майбутнє здоров'я населення. Традиційний підхід до вибору оптимального варіанта шляхом проведення прямих експериментів є витратним і тривалим. Крім того, існує ряд чинників навколишнього середовища (політичні, економічні, культурні), які суттєво впливають на функціонування системи, а, отже, й на результати експерименту, і не можуть бути змінені експериментатором.

Ефективним засобом для вибору оптимального рішення без капітальних вкладень є математичне моделювання процесу функціонування системи та проведення машинного експерименту [2,5]. Моделі дозволяють імітувати вірогідну поведінку реальної системи охорони здоров'я в умовах узвичаєної політики управління, існування різних гіпотез про стан навколишнього середовища та обмежень на керуючий вплив, які визначаються наявними ресурсами.

Концепцією реформування системи охорони здоров'я України передбачено пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД).

Метою нашого дослідження було імітаційне моделювання різних сценаріїв функціонування ПМСД, розробка ефективної, економічно детермінованої технології її організації та управління.

Слід зазначити, що під час розробки імітаційних моделей таких систем, як охорона здоров'я, повинні враховуватися наступні особливості:

1. Система є слабоструктурованою, тобто склад її елементів і реальні процеси, що відбуваються в ній, не повністю відомі. Спостерігачеві доступний тільки деякий набір ознак, що дозволяють побічно судити про процеси в системі.

2. Високий рівень невизначеності в характері зв'язку між окремими елементами системи, вірогідність якого, а також адекватність моделі реального процесу залежать від обсягу наявної інформації, засобу її отримання (статистичні, експертні методи, експеримент). Крім того, багатофакторність таких систем, як охорона здоров'я, потребує облі-ку всієї, навіть неповної або частково суперечливої, інформації.

3. Взаємовплив процесів, що відбуваються в системі, призводить до зміни її параметрів, внаслідок чого системі потрібен деякий час, щоб набути відносно стаціонарного стану.

Нами розроблена комп'ютерна програма (Turbo Pascal 7.0) і проведене імітаційне моделювання процесу функціонування системи ПМСД за різних варіантів фінансування та оплати праці спеціалістів (гонорар за послугу, оплата за випадок захворювання, подушний принцип фінансування та оплати праці), зайнятих у цій сфері [1,3,4].

Дослідження проводилося з використанням комп'ютерних баз даних про діяльність поліклінік та автономних підрозділів ПМСД центральної міської лікарні м.Орджонікідзе Дніпропетровської області та міської клінічної лікарні №1 м.Дніпропетровська. Для моделювання низку параметрів (розподіл ресурсів на різні види діяльності, динаміка стану здоров'я закріпленого населення залежно від організації та якості профілактичної та лікувально-діагностичної роботи, ступінь використання населенням самодопомоги тощо) було отримано експертним шляхом. Широко використовувалися матеріали спеціальних досліджень з організації та ефективності служб і систем охорони здоров'я.

В основу розробленої моделі ПМСД було покладено наступну формалізацію процесів медичного обслуговування.

Система ПМСД складається із трьох окремих елементів: населення, лікарів і органу управління. Поведінка кожного елемента визначається поточним станом як його самого, так і інших пов'язаних з ним елементів відповідно до власної цільової настанови. Ціль лікарів полягає в одержанні максимального доходу при певному рівні витрат власних ресурсів, населення – у одержанні найкращої (з точки зору певного критерію) медичної допомоги, органу управління – у збільшенні чисельності населення, що обслуговується з певним рівнем якості за обмеженим обсягом фінансування.

Основними параметрами, що характеризують населення, є: чисельність, загальна кількість захворювань за нозологічними формами (статистичні дані

© І.О.Губар, 2000

за 39 нозологіями, які визначають захворюваність понад 90% усіх звертань до лікарів первинної ланки), кількість захворювань, обслугованих лікарями. Зміна поточної чисельності населення пов'язана з відходом частки пацієнтів, незадоволених обслуговуванням (зменшення) або з приходом нових пацієнтів, залучених доброю репутацією лікарів (збільшення). Захворюваність населення залежить від початкового рівня, обсягу профілактичної та диспансерної роботи, ступеня використання населенням самодопомоги, а також від кількості ятрогенних захворювань. Кількість захворювань, обслугованих лікарями, визначається за наявними ресурсами лікарів. Поняття ресурсу формалізує можливості лікарів обслуговувати обмежену кількість захворювань за один період моделювання. Ці обмеження враховують як фізичні можливості (фонд робочого часу), так і матеріальні витрати на медичні послуги.

Для зменшення дефіциту ресурсів лікарі можуть збільшувати масштаб делегування функцій, зменшувати стандартний обсяг послуг (стандарти диспансеризації та лікування) без або зі шкодою для кінцевого результату лікування, допускати відхилення від стандарту послуг шляхом використання низькотехнологічних втручань і профілактичних заходів, зменшувати обсяг профілактичної та диспансерної роботи.

Надмір ресурсів приводить як до відхилення від стандарту в бік збільшення кількості послуг без або зі шкодою для кінцевого результату (виникнення ятрогенних захворювань), так і до збільшення кількості послуг, що дорого коштують.

Елемент "лікарі" описується такими параметрами, як чисельність, кількість наданих населенню послуг, отриманий доход. Чисельність лікарів зменшується, якщо доход на одного лікаря менше визначеного мінімума, і збільшується, якщо доход більше визначеного максимума. Зміна чисельності лікарів пов'язана з доходом на одного лікаря та з репутацією лікувального закладу.

Кількість наданих населенню послуг кожного виду розраховується як величина, генерована за Гаусовим законом з параметрами M і s. M обчислюється відповідно до значень стандартного для конкретного захворювання набору послуг за первинним і повторним відвідуваннями, поточної кількості захворювань, масштабу делегування функцій іншим спеціалістам і коефіцієнтів відхилення від стандарту послуг. s визначається як дозволене відхилення від стандарту послуг, що охоплює переважно призначення послуг за показаннями.

Доход лікаря визначається через поточну кількість лікарів і наданих послуг, собівартість матеріальних витрат на послугу, премії за зменшення масштабу делегування функцій, а також через суму оплати за послугу кожного виду, за кількість захворювань або суму оплати за кожного закріпленого за лікарем мешканця залежно від варіанта оплати. В разі подушної оплати на лікарів накладається штраф, якщо результативність лікування нижче певного рівня. Під час встановлення величини штрафу треба зважати на достатність ресурсів і фінансування.

Елемент "орган управління" (відділ охорони здоров'я, місцеві органи влади, страхові компанії) характеризується результативністю лікування, економічними заходами управління у вигляді штрафів і премій, обсягом фінансування.

Під час визначення результативності медичного обслуговування досить складною проблемою виявився вибір інтегрального показника якості та ефективності медичної допомоги населенню. Відсутність загальноприйнятих, науково обгрунтованих критеріїв оцінки кінцевих результатів діяльності примусила нас в рамках даного дослідження використати відомий показник – кількість днів тимчасової непрацездатності на 100 працюючих – в припущенні, що аналогічні залежності мають місце для населення в цілому. Цей показник дозволяє враховувати як ступінь результативності лікування окремого захворювання (за тривалістю одного захворювання), так і зміну частоти виникнення захворювань за окремими нозологіями. Обсяг фінансування був фіксованим для всіх варіантів оплати. Достатнім вважався рівень фінансування, що покривав витрати на медичне обслуговування узвичаєного обсягу і структури звертань до первинної ланки, в разі забезпечення стандартного для кожної нозології набору медичних послуг.

Імітація функціонування моделі системи ПМСД виконувалася кроками, що відповідають одиниці модельного часу. Процес повторювався до тих пір, поки система не стабілізувалася при певних значеннях параметрів. Порівнюючи ці значення для трьох варіантів моделі, що відповідають різним схемам управління ПМСД, можна зробити висновок про перевагу одного з варіантів. Допустимість вибору одного з варіантів моделі управління для прийняття рішень можна обгрунтувати таким чином:

1) вибір варіанта управління визначається кількістю пацієнтів і результатами їх обслуговування, які, в свою чергу, залежать від якості медичного обслуговування, обсягу профілактичних заходів, тобто від якісних параметрів;

2) оскільки модель призначається для вирішення якісного завдання – вибору кращої схеми управління через оптимальну форму оплати праці лікарів, знання точного виду залежності параметрів уявляється некритичним. Якщо експеримент з моделлю покаже переваги одного з варіантів перед іншими в разі широкої варіабельності параметрів, можна достатньо обгрунтовано вважати, що це співвідношення можливе в дійсності.

Моделювання виконувалося для випадку незначного (10%) дефіциту ресурсів і різних рівнів обсягу фінансування: достатнього, 20% та 40% дефіциту.

Для кожного варіанта оплати праці моделювалося 30 кроків функціонування системи ПМСД. Аналіз результатів моделювання дозволяє стверджувати:

1) у разі варіантів подушного принципу оплати праці та оплати за випадок захворювання невеликий дефіцит ресурсів компенсується зниженням рівня наданих медичних послуг відносно стандарту. При цьому дещо збільшується доход лікарів (рис. 1) за рахунок зменшення витрат на надання послуг. Заощаджені ресурси дозволяють зменшити масштаб делегування функцій для отримання премій і збільшити рівень профілактичної та диспансерної роботи в разі подушної оплати;

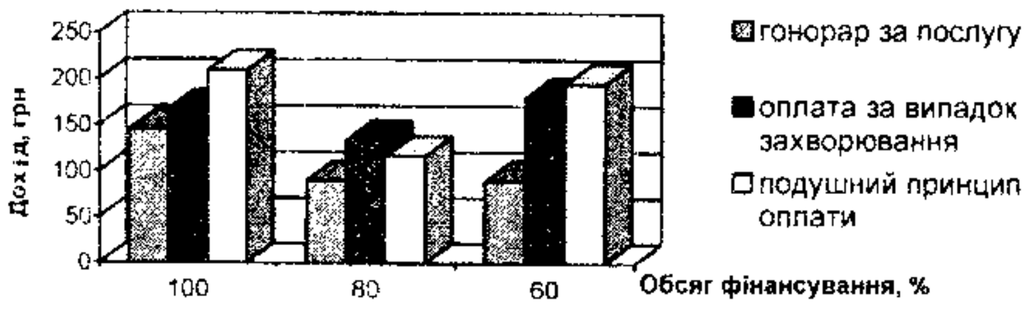

Рис. 1. Залежність доходу лікарів від варіанта оплати праці та обсягу фінансування.

2) в разі оплати за послугу в системі активізується надання більш дорогих послуг та зменшення масштабу делегування функцій іншим спеціалістам. Рівень доходу значно нижчий від інших варіантів оплати, а результативність лікування гірша;

3) покращання загального рівня результативності лікування у випадку подушної оплати (рис. 2) пояснюється зменшенням загальної кількості днів тимчасової непрацездатності у зв'язку зі зменшенням як кількості випадків, так і тривалості одного випадку захворювання за рахунок поліпшення організації профілактичної та диспансерної роботи, самодопомоги, дотримання стандартів надання медичної допомоги. Незацікавленість у зменшенні кількості захворювань у разі оплати праці за випадок та послугу пояснює відносно гірший рівень результативності лікування;

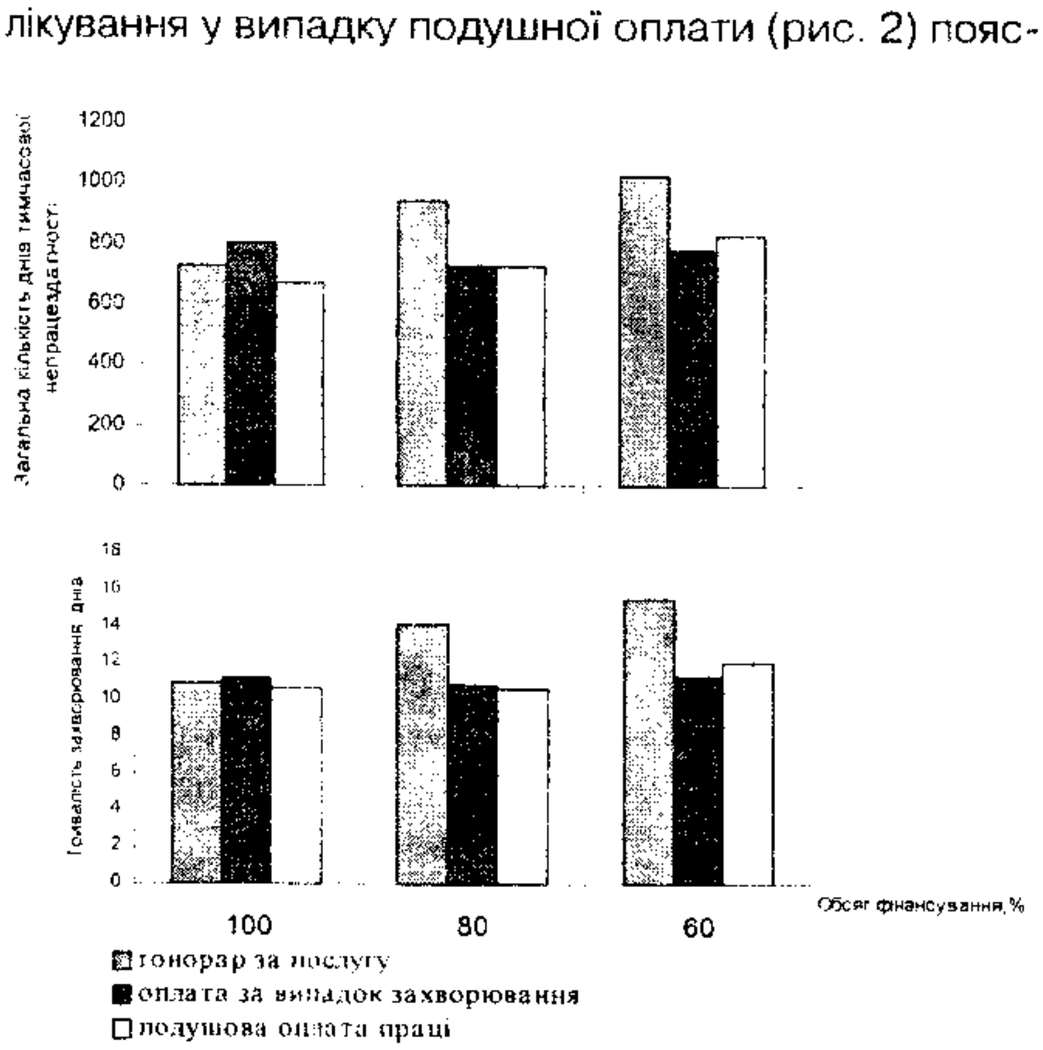

Рис. 2. Залежність результативності лікування від варіанта оплати праці та обсягу фінансування.

4) зменшення обсягу фінансування призводить до різкого зменшення доходу (вартість матеріальних витрат вважається постійною, тому частка власного доходу зменшується значно більше, ніж обсяг фінансування).

Якщо рівень доходу недостатній (під час моделювання цей рівень встановлено на 10% нижче від потрібного обсягу), лікарі покидають систему ПМСД. При цьому збільшується навантаження на лікарів, які залишилися, та зменшується загальний наявний ресурс, що призводить до подальшого погіршення результативності лікування. Це, в свою чергу, призводить до погіршення репутації, зменшення чисельності населення та обсягу фінансування.

Моделювання показало, що премія (навіть 50% від вартості послуг) не має вирішального значення у випадку загальної нестачі ресурсів. Крім того, коли ресурсів недостатньо для поступового зниження рівня захворюваності (за рахунок профілактики, диспансеризації та самодопомоги), а рівень оплати праці незадовільний, накладення штрафів призводить до негативного наслідку – зменшення кількості лікарів.

Отже, досягнення забезпечення певного рівня медичного обслуговування населення з достатньою результативністю лікування можливе лише в разі певного обсягу фінансування, що підтверджує концептуальний принцип економічної автономії або незалежності ПМСД. Найбільшою результативністю лікування, в тому числі впливу на показники здоров'я населення, характеризується технологічний варіант з подушним фінансуванням системи разом із комплексом механізмів, що компенсують можливі негативні тенденції.

Для прийняття остаточного рішення щодо стратегії розвитку і моделі організації ПМСД необхідно продовжити дослідження в умовах натурного експерименту.

Список літератури

1. *Исакова Л.И., Шейман И.М.* Оплата медицинской помощи в условиях медицинского страхования.- Кемерово: НКФ "Кубисконсалт", 1993.–105с.
2. *Кант В.И.* Математические методы и моделирование в здравоохранении.- М.: Медицина, 1987.– 224с.
3. *Лехан В.М., Іпатов А.В., Духовенко К.К.* Напрямки реформи первинної медико-санітарної допомоги в Україні // Мед. перспективи.–1996.–№1.–С.68–71.
4. *Лехан В.Н.* Технология организации медицинской помощи населению // Мед. страхування.–1994.–№5.–С. 3–8.
5. *Шиган Е.Н.* Методы прогнозирования и моделирования в социально-гигиенических исследованиях.–М.: Медицина, 1986.–208с.

ИМИТАЦИОННОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ПРОЦЕССА ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ЕЕ ФИНАНСИРОВАНИЯ

И.А.Губарь (Днепропетровск)

Рассмотрено имитационное моделирование процесса функционирования системы первичной медико-санитарной помощи при различных вариантах финансирования и оплаты труда специалистов, занятых в этой сфере. Установлено, что наибольшей результативностью лечения, включая влияние на показатели здоровья общества, обладает технологический вариант с подушным финансированием системы в сопровождении комплекса механизмов, компенсирующих возможные негативные тенденции.

SIMULATION MODELLING OF A FUNCTIONING SYSTEM PROCESS OF THE PRIMARY HEALTH CARE IN DIFFERENT VARIANTS OF ITS FINANCING

I.A.Hubar (Dnipropetrovsk)

The computer programme (Turbo Pascal 7.0) is developed. Simulation modeling of a functioning system process of a primary health care (PHC) in different variants of financing and labour payment for specialist engaged in this sector such as the fee for rendered service, payment for a case of disease, per capita principle of financing and labour payment is carried out. The technological variant with per capita system functioning accompanied by the complex of mechanisms, compensating possible negative tendencies has the greatest productivity, including the influence on indices of public health.

УДК 612.-092.11:618/3-06:616-053.31-092)-02:614.76

О.П. МАКСИМЕНКО

МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО РОЗРОБКИ ІНТЕГРАЛЬНОГО ПОКАЗНИКА ОЦІНКИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я

Дніпропетровська державна медична академія

Громадське здоров'я має соціальну, біологічну та екологічну зумовленість. ВООЗ занепокоєна виникненням проблем здоров'я населення у зв'язку з погіршенням навколишнього середовища і вважає, що "напружений" стан навколишнього середовища швидко призводить до змін, шкідливих для здоров'я людей.

Одним з найінформативніших і перспективних методів оцінки впливу антропогенних і природних чинників на здоров'я населення є вивчення впливу чинників навколишнього середовища на систему мати—плід—новонароджений [5,7,8]. Вплив шкідливих чинників довкілля на репродуктивне здоров'я може проявлятися множинними формами антенатальної та перинатальної патології. Однак не всі відхилення у стані здоров'я матері та дитини знаходять відображення у медичній статистичній документації. Реєструються такі найбільш важливі клінічні прояви патології, як ускладнення вагітності, самовільні аборти та аборти за медичними показаннями, захворюваність і маса тіла новонароджених, перинатальна смертність та її складники, дитяча смертність.

Рівень і спрямованість цих показників має суперечливий характер і не відображає адекватну біологічну відповідь на вплив чинників навколишнього середовища різної інтенсивності [1,2]. Сьогодні виникає потреба розробити такий показник репродуктивного здоров'я, який, з одного боку, був би чутливим до впливу чинників довкілля, а з другого, — тісно пов'язаний з іншими показниками, що характеризують стан системи мати—плід—новонароджений. Тому метою нашого дослідження стало обґрунтування показників, що інтегративно відображають вплив шкідливих чинників довкілля на репродуктивне здоров'я.

Використовуючи описовий метод епідеміологічного дослідження, ретроспективно в середньому

© О.П. Максименко, 2000

за 1994, 1996 і 1997 рр. аналізувались показники репродуктивного здоров'я за даними статистичних звітних форм №21 і №13 лікувально-профілактичних закладів.

Аналізу підлягали ускладнення вагітності (пізній токсикоз, анемія, аборти самовільний і за медичними показаннями, передчасні пологи), патології періоду новонародженості (кількість дітей, що народилися хворими, або захворіли у ранній неонатальний період, у тому числі з вродженими вадами розвитку (ВВР) і низькою масою тіла при народженні, перинатальна смертність та її складники). На основі даних про окремі захворювання, на які хворіли жінки до вагітності або під час вагітності (Звіт про медичну допомогу вагітним, роділлям і породіллям, ф. №21), розраховувалася сумарна частота розвитку ускладнень вагітності.

Статистичні дослідження виконувалися на сільських і міських територіях Дніпропетровської області, що різняться за ступенем забруднення навколишнього середовища, критерієм якого є сумарний показник забруднення атмосфери [3]. Найбільш забрудненими міськими територіями Дніпропетровської області є Кривій Ріг (34,8 ум.од.), Дніпродзержинськ (34,5 ум.од.), Нікополь (24,9 ум.од.), Дніпропетровськ (17,9 ум.од).

Аналіз ускладнень вагітності на міських територіях з різним ступенем забруднення не виявив прямих зв'язків між інтенсивністю забруднення навколишнього середовища та патологією вагітності. Так, у Дніпропетровську, який має вдвічі менший рівень забруднення в порівнянні з Кривим Рогом та Дніпродзержинським, у вагітних жінок частіше виникали ускладнення вагітності (764,5‰ проти 640,8‰ і 512,5‰ відповідно) (табл.1).

Деякі автори [2, 8] вказують на те, що під впливом забруднення атмосферного повітря стрімко зростає кількість такого "фонового" акушерського ускладнення, як пізній токсикоз. У нашому дослідженні пізній токсикоз зустрічається з однаковою частотою як у жінок, що мешкають у сільській місцевості (65,6‰), так і у жінок м.Дніпропетровська (68,9‰). А у двох таких однакових за забрудненням містах, як Кривий Ріг і Дніпродзержинськ, частота розвитку пізнього токсикозу дещо більша і становить відповідно 82,9‰ та 110,4‰.

Одним із патогенетичних чинників виникнення загрози переривання вагітності, є невиявлена і своєчасно не вилікувана анемія [6]. Частота розвитку анемії у вагітних жінок, які мешкають у Дніпродзержинську, реєструється майже така сама (208,5‰), як і у жінок сільських районів (228,4‰). Водночас у Дніпропетровську та Кривому Розі вагітні жінки значно частіше (в 1, 9-1,6 раза), ніж у Дніпродзержинську, мали цю патологію.

Невиношена вагітність, зумовлена самовільними абортами та передчасними пологами, реєструється майже з однаковою частотою у вагітних промислових міст і становить 127‰ у Кривому Розі, 120,1‰ — у Дніпродзержинську, 116‰ — у Дніпропетровську. У жінок сільських районів невиношена вагітність становить 83,6‰, що на 45% менше, ніж на територіях інтенсивного техногенного навантаження.

Для оцінки наслідків впливу екологічних чинників на систему мати—плід—новонароджений з усієї патології репродуктивної функції багато авторів рекомендують використовувати спонтанні аборти (викидні) [1,4,9], поширеність яких значно більша, ніж іншої генетично зумовленої патології.

Ембріон і плід дуже чутливі до впливу хімічних агентів навколишнього середовища. Ембріопатії можуть виникати навіть тоді, коли немає помітних патологічних змін з боку організму матері, і призводять до самовільних викиднів. Частота самовільних викиднів вважається раннім популяційним маркером мутагенного впливу довкілля. Серед причин виникнення самовільних абортів у перші 4 тижні гестації вади розвитку становлять 90%, а в цілому самовільні викидні першого триместру вагітності на 50—60% зумовлені хромосомними аномаліями [8].

Рівень самовільних абортів і абортів за медичними показаннями серед жінок, що мали бажану вагітність, високий у містах і залежить від інтенсивності забруднення навколишнього середовища (див. табл. 1). Так, у Кривому Розі та Дніпродзержинську на 1000 вагітних припадає 84,1 і 81,3 випадку самовільних абортів та абортів за медичними показаннями, що на 20% перевищує рівень абортів у Дніпропетровську (70,9‰) та в 1,6 раза — у жінок із сільської місцевості (53,8‰).

Таблиця 1. **Стан репродуктивного здоров'я вагітних на територіях Дніпропетровської області з різним ступенем забруднення в середньому за 1994, 1996, 1997 рр.**

Адміністративно-територіальна одиниця	Частота ускладнень вагітності, ‰						Інтегрований показник
	Всього	Пізній токсикоз	Анемія	Передчасні пологи	Невиношена вагітність	Аборти	
Дніпропетровськ	764,5	68,9	395,9	45,1	116	70,9	104,2
Дніпродзержинськ	512,5	110,4	208,5	46	127,3	81,3	122,1
Кривий Ріг	640,8	82,9	331,6	35,96	120,1	84,1	100,3
Міста області	680,5	71,8	352,4	40,1	116,8	76,7	106,2
Сільські райони	457,2	65,6	228,4	29,8	83,6	53,8	69,8
Дніпропетровська область	618,7	70,1	318	37,3	107,7	70,4	97,4

Вплив хімічних речовин з високим ступенем токсичності, збільшуючи частоту розвитку патології раннього ембріонального періоду (вплив чинників навколишнього середовища іде на рівні ембріона), може знизити кількість пізніших порушень. Наприклад, у разі самовільного аборту в ранньому гестаційному періоді відбувається елімінація зародків з генетичними ушкодженнями, які пізніше, якби вони вижили, були б зафіксовані як вроджені аномалії [4].

Враховуючи той факт, що вади розвитку органів [4] формуються в основному у ранньому утробному періоді, можливо припустити єдиний механізм ушкоджувальної дії чинників навколишнього середовища для зародків, які були виділені до 12 тижнів вагітності та які вижили, але з'явилися на світ з ВВР. Тому ми запропонували інтегрований показник, який дає змогу кількісно виразити цю ушкоджувальну дію шкідливих чинників довкілля, а також поєднати патологію раннього періоду вагітності та періоду новонародженості. Інтегрований показник складається із частоти самовільних абортів та абортів за медичними показаннями, розрахований на 1000 вагітних, і частоти виникнення вроджених вад розвитку, зареєстрованих як у живонароджених, так і у мертвонароджених. Традиційно останній показник розраховують на 1000 дітей, народжених живими, але для забезпечення порівнянності даних нами він розраховувався на 1000 вагітних і виражався у ‰. Тератогенна дія чинників довкілля була найбільшою у Дніпродзержинську (інтегрований показник становив 122,1‰) і трохи меншою у Дніпропетровську (104,2‰) та Кривому Розі (100,3‰). У сільській місцевості значення інтегрованого показника (69,8‰) було в 1,6 раза менше, ніж у міській.

Показники, що характеризують патологію новонароджених (частота хворих новонароджених, дитяча смертність), які народилися на територіях Дніпропетровської області з різним ступенем забруднення навколишнього середовища, не демонструють тісного зв'язку з його інтенсивністю (табл.2). Винятком є перинатальна смертність. Велика частота вроджених вад розвитку у новонароджених Дніпродзержинська та Дніпропетровська разом з іншими причинами визначає і високий рівень перинатальної смертності в порівнянні з іншими територіями. Так, перинатальна смертність дітей, народжених з масою тіла 1000 гр у Дніпропетровську та Дніпродзержинську, відповідно дорівнює 17,2‰ та 18,5‰, що в 2,5 раза перевищує рівень її у сільській місцевості (8,1‰).

Таблиця 2. **Показники здоров'я новонароджених на територіях Дніпропетровської області з різним ступенем забруднення в середньому за 1994, 1996 і 1997 рр.**

Адміністративно-територіальна одиниця	Частота народження хворих новонароджених на 1000 живонароджених	Частота розвитку ВВР, на 1000 живонароджених	Частота малої маси тіла, на 1000 живо- та мертвонароджених	Перинатальна смертність, ‰	Дитяча смертність, ‰
Дніпропетровськ	328,6	37,1	101,3	17,2	14,9
Дніпродзержинськ	321,8	38,6	83,4	18,5	15,9
Кривий Ріг	200,9	16,2	81,2	10,3	14,3
Міста області	265,6	29,2	85,3	13,6	14,4
Сільські райони	198,6	19,5	62,1	8,1	16,1
Область	268,2	27,4	79,8	12,5	14,9

Отже, результати дослідження вказують на те, що з великої кількості показників, які характеризують періоди вагітності та новонародженості, найбільше корелює з сумарним рівнем забруднення довкілля інтегрований показник самовільних абортів і абортів за медичними показаннями, вроджених вад розвитку (в період вагітності) та перинатальна смертність. Ці показники можна вважати індикаторами екологічного неблагополуччя території.

Список літератури

1. *Білецька Е.М.* Атмосферне забруднення промислових міст як фактор ризику неонатальних ускладнень новонароджених // Мед. перспективи.—1999.—Т. 4.—№2 .—С.72-79.
2. *Білецька Е.М.* Епідеміологічне спостереження перебігу вагітності жінок промислових міст // Мед. перспективи.—1997.—Т.2, №1.—С.58.
3. *Белицкая Э.Н.* Особенности загрязнения атмосферного воздуха промышленного региона // Лікар. справа. Врачеб. дело.—1996.—№5-6.—С.73-76.
4. *Димитриев Д.А.* Проблемы оценки влияния окружающей среды на репродуктивное здоровье // Гигиена и санитария.—1997.—№5.—С.52-53.
5. *Игнатьева Т.Н., Максимова М.В., Кадеркаева Н.И., Проклова Т.Н.* Анализ перинатальной смертности с позиции ее предотвратимости // Материалы изучения состояния здоровья населения и статистического обеспечения управления здравоохранением: Сб. науч. тр.—М.: Б.и., 1987.—С.33-42.
6. *Нос Н.П.* Сучасний стан проблеми невиношування вагітності // Практ. медицина.—1997.—№5-6.—С.57-61.

7. *Савельева Л.Ф.* Влияние загрязненного атмосферного воздуха на репродуктивную функцию женщин и врожденные пороки развития // Гигиена и санитария.—1991.—№4.—С.4.
8. *Сердюк А.М., Тимченко О.І.* Тягар розладів репродуктивного здоров'я населення України // Педіатрія.—1997.—№3.—С.5–7.
9. *Уральшин А.Г., Гаврилов А.П.* О влиянии загрязнения атмосферного воздуха на репродуктивную функцию женщин // Гигиена и санитария.—1991.—№8.—С.11–13.

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДИ К РАЗРАБОТКЕ ИНТЕГРАЛЬНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ОЦЕНКИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

О.П.Максименко (Днепропетровск)

На основании сравнительной оценки показателей репродуктивного здоровья беременных на территориях Днепропетровской области с различной интенсивностью загрязнения разработан интегральный показатель, включающий частоты абортов (самопроизвольных и по медицинским показаниям) и врожденных пороков развития, рассчитанных на 1000 беременных. Показатель рекомендован к использованию в качестве индикатора экологического неблагополучия территории.

METHODOLOGICAL APPROACHES TO DEVELOPMENT OF AN INDICATOR OF INTEGRATING ESTIMATION OF REPRODUCTIVE HEALTH

O.P.Maksimenko (Dnipropetrovsk)

The scientific research of a comparative estimation of reproductive health in areas with various intensity of pollution has formed the basis for development of an integrated parameter including indicator of abortions (spontaneous and on the medical indications) and inherent defects of development, designed on 1000 pregnant women. The indicator can be used to reveal ecologically contaminated areas.

УДК 612-092.11:616.98-022.6] - 084:362.853

Л.С.СЕМЕНОВА, Г.В.ВОРОНОВА, Д.А.КРЕКНІН, Д.В.КРИВОШИЙ

ДО ПИТАННЯ ПОЛІПШЕННЯ ВИХОВАННЯ МОЛОДІ ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

Дніпропетровська державна медична академія

Одним із головних завдань Національної програми "Планування сім'ї", прийнятої в Україні, є збереження репродуктивного здоров'я молоді, запобігання захворюванням, що передаються статевим шляхом. Для збереження репродуктивного здоров'я підростаючого покоління поряд з поліпшенням якості життя велике значення має формування його свідомості, валеологічної культури.

Валеологічна культура охоплює знання індивідом генетичних, фізіологічних і психологічних можливостей свого організму, методів і засобів контролю та збереження свого психофізіологічного статусу і зміцнення здоров'я, вміння поширювати валеологічні знання у середовищі, що його оточує[1]. Для формування валеологічної культури велике значення має розробка сучасних валеологічних технологій оздоровлення, а також удосконалення валеологічного виховання шляхом упровадження найефективніших методів навчання.

Як свідчать дані наукової літератури про різну ефективність засвоєння інформації залежно від методів її подання та ступеня активізації осіб, що навчаються, лекція дає 5% засвоєння інформації, читання - 10, аудіовізуальний метод - 20, демонстрація - 30, групові дискусії - 50, активне навчання (рольові ігри) - 70, навчання інших - 90% [4]. У нас це викликало інтерес з точки зору застосування цих методів під час навчання молоді засобам профілак-

© Л.С.Семенова, Г.В.Воронова, Д.А.Крекнін, Д.В.Кривоший, 2000

тики ВІЛ-інфекції. Тому метою нашого дослідження стало вивчення валеологічної культури молоді щодо запобігання ВІЛ-інфекції та розроблення заходів, спрямованих на поліпшення валеологічного виховання.

Для реалізації поставленої мети необхідно було вирішити наступні завдання:

1. Вивчити початковий рівень знань, а також мотиви поведінки учнів щодо запобігання ВІЛ-інфекції.

2. Вивчити рівень знань учнів із запобігання ВІЛ-інфекції в порівнянні з початковим після проведення навчання різними методами.

3. Розробити методику активного навчання учнів засобам профілактики ВІЛ-інфекції.

Під час проведення дослідження використовувались методи якісного і кількісного аналізу інформації, що дозволило доповнити кожний із методів, а також усунути властиві їм недоліки. Якісний аналіз проводився за кваліативною методикою, що дає можливість розкрити причини певної поведінки людей і передбачає проблемне обговорення в групах [2]. Групи складались із 8-10 чоловік і були виділені з цільової аудиторії.Остання (102 чоловіки) була сформована за віком (від 16 до 19 років) і родом діяльності (учні професійно-технічних навчальних закладів -ПТУ). Проблемне обговорення в групах проводилося за формою відкритої дискусії, для якої нами були розроблені тематичні запитання.

Кількісний аналіз охоплював вивчення рівня знань учнів ПТУ і проводився шляхом анкетування. Анкета мала такі блоки інформації: знання про шляхи зараження ВІЛ-інфекцією, обізнаність у суб'єктивних і об'єктивних чинниках, що підвищують ризик зараження, відомості про сексуально-партнерські відносини респондентів.

Рівень знань оцінювався за питомою вагою правильних відповідей респондентів від можливої загальної кількості правильних відповідей. Ефективність проведеного навчання оцінювалась шляхом порівняння знань учнів різних груп після проведення навчання різними методами.Вірогідність різниці в знаннях учнів порівнюваних груп визначалась за допомогою критерію Стьюдента.

Проблемні обговорення в групах учнів професійно-технічних училищ, які розкривають мотиви поведінки підлітків, показали, що останні мають слабку настороженість проти ВІЛ-інфекції, вважаючи для себе зараження неможливим. Хоча особи, що брали участь у дослідженні, негативно ставляться до вступу у статеві зв'язки під час першої зустрічі з випадковими знайомими, вони не вважають за потрібне цікавитися здоров'ям можливих статевих партнерів, відомостями про їх життя. Підлітки недооцінюють власну відповідальність за безпечний секс, покладаючись більше на партнера (партнершу), а також значення засобів профілактики зараження ВІЛ-інфекцією.

Вивчення сексуально-партнерських відносин визначеного контингенту учнів показало, що із 102 опитаних 19% не вели сексуального життя, 1 - мали постійного статевого партнера тієї самої статі, 5 - мали непостійних статевих партнерів, 75% мали постійного статевого партнера протилежної статі.

На запитання про кількість статевих партнерів за останні 2 роки були дані такі відповіді: 19% респондентів не мали статевих партнерів, 50 - мали одного партнера, 21 – 2–3 партнери, 10% – більше 5 партнерів.

Початковий рівень гігієнічних знань підлітків вивчався на підставі відповідей на запитання: "Як можна заразитися ВІЛ-інфекцією?". 100% респондентів відповіли, що заразитися можна статевим шляхом, 97% - під час використання нестерильних шприців, інструментарію в разі ін'єкцій, що супроводжуються порушенням цілості шкіри, порізами, саднами. При цьому 7,3% опитаних неправильно вважають, що зараження можливе під час кашлю, чхання, розмови з вірусоносієм чи хворим на СНІД, 4,8% указують на можливість зараження в басейні, на пляжі, від укусів комарів.

Вивчення знань про чинники ризику зараження ВІЛ-інфекцією показало, що 87,8% респондентів вважають чинником ризику збільшення кількості статевих партнерів, 78 - внутрішньовенну наркоманію, 46,3% - гомосексуальні контакти.

Наведені дані показують, що опитані володіють інформацією не в повному обсязі: питома вага правильних відповідей становила (81±2,2)% від можливої їх кількості.

Після вивчення початкового рівня знань усі опитані були поділені на 2 однакові групи. В першій групі бесіду провели вчителі, а в другій - студенти. Після навчання у підлітків групи, де бесіду проводили вчителі, рівень знань істотно не змінився і становив (85±1,98)%, [P>0,05], а групи, в якій проводили бесіду студенти, – підвищився [(91±1,59)%, p<0,05], що свідчить про більшу ефективність проведення навчання однолітками.

Невелика ефективність інформаційних методів навчання, таких як бесіди та лекції, спонукала нас до розробки методики активного навчання. Після вивчення й аналізу літературних даних [3,5,6] ми розробили методику проведення навчальної гри на картках, на які заноситься вся необхідна інформація у вигляді низки блоків. Наприклад, 1-й блок - шляхи зараження ВІЛ-інфекцією;2-й - чинники ризику; 3-й – методи профілактики і т.п.

Кожна картка містить порцію інформації та служить відповіддю на одне конкретне запитання. Всі картки доцільно групувати за блоками інформації . На поставлене запитання ведучого гри учасник повинен у відповідному блоці інформації, серед багатьох карток відшукати ту, яка відповідає його думці. Ведучий порівнює відповідь учасника з еталоном та оцінює її в балах ("вартість" кожної відповіді в балах визначає розробник гри). Перемагає в грі той, хто набере більшу кількість балів.

Оскільки перші два блоки інформаційні, максимальний результат у гравця буде залежати від того, наскіль-

ки повно зібрана інформація. Третій блок, пов'язаний з поведінкою людини, може містити ситуаційні завдання, для вирішення яких необхідно зробити ряд взаємопов'язаних ходів. Максимальний результат у цьому випадку буде залежати від того, наскільки правильно вибраний перший хід, що буде визначати всі наступні.

Запропонована методика проведення навчальної гри може бути використана як для навчання однієї людини (1 учень - 1 ведучий), так і групи людей (група учнів - 1 ведучий). Крім того, картковий варіант гри може бути модифікований. Роль ведучого може виконувати комп'ютер. Правила гри закладають у ЕОМ у вигляді програми. Комп'ютер ставить запитання, видає відповідь на кожний крок гравця і відповідно змінює хід гри.

Висновки

1. Для збереження репродуктивного здоров'я молоді потрібно підвищувати її валеологічну культуру, розробляти ефективні методи валеологічного виховання.
2. Учні професійно-технічних училищ мають слабку настороженість щодо ВІЛ-інфекції, недооцінюють значення заходів профілактики і засобів захисту.
3. Рівень знань учнів про шляхи зараження ВІЛ-інфекцією, а також чинники ризику його недостатній.
4. Для підвищення валеологічної культури молоді з питань запобігання зараженню ВІЛ-інфекцією необхідно навчати волонтерів для проведення роз'яснювальної роботи серед однолітків.
5. Щоб збільшити ефективність валеологічного виховання молоді з питань запобігання зараженню ВІЛ-інфекцією доцільно використовувати активні методи навчання, такі як навчальні ігри, зокрема навчальну гру на картках за розробленою методикою.

Список літератури

1. *Гончаренко М.С.* Медицинские аспекты валеологии // Дерматология и венерология. –1999.–№1.–С. 54–63.
2. *Крук Барбара, Сайрі Вуд.* Доповідь про якісні дослідження інфекційних гінекологічних захворювань // Аналітичні підходи до санітарно-освітньої роботи з населенням: Тез. доп.–Київ–Херсон, 1995 .–С. 231–240.
3. *Мавров И.И.* Подготовка к деловой игре по проблеме "Повышение качества оказания медицинской помощи в кожно-венерологическом диспансере" // Дерматология и венерология.–1999.–№1.–С. 86–88.
4. *Шапіро Сюзан.* Секс у житті людини.– К.: Абрис, 1996.–С. 6–7.
5. *Rahul Bansal.* Интерны и санитарное просвещение//Всемирный форум здравоохранения.–1995.–Т. 16, №2.–С. 50–52.
6. *Gebre Ab Bamabas.* Санитарное просвещение в сельскохозяйственных общинах // Всемирный форум здравоохранения.–1995.–Т. 16, №2.–С. 55–57.

К ВОПРОСУ УЛУЧШЕНИЯ ВОСПИТАНИЯ МОЛОДЕЖИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Л.С.Семенова, Г.Л.Воронова, Д.А.Крекнин, Д.В.Кривошей (Днепропетровск)

На основании изучения валеологической культуры учащихся профессионально-технических учебных заведений г. Днепропетровска относительно предупреждения заражения ВИЧ-инфекцией установлено: учащиеся имеют слабую настороженность против ВИЧ-инфекции, недостаточный уровень знаний о путях заражения ВИЧ-инфекцией и факторах риска, недооценивают значение мер ее профилактики.Удельный вес правильных ответов от их общего количества составил (81±2,2)%. После проведения беседы учителями уровень знаний учащихся существенно не изменился [(85±1,98)%, $P>0,05$], после проведения студентами – увеличился [(91±1,59)%,$P<0,05$].

Предложено готовить волонтеров для проведения разъяснительной работы среди сверстников, а также учебных игр с использованием карточек по разработанной авторами методике.

ADVANCE OF HEALTH EDUCATION (VALEOLOGY) OF YOUTH ON THE PREVENTION OF HIV-INFECTION

L.S.Semenova, H.L.Voronova, D.A.Kreknin, D.V.Krivoshey (Dnipropetrovsk)

The purpose: to study culture of youth by the prevention of HIV-infection and to develop measures by improvement of health education. Object of research: pupils of a technical school of Dnipropetrovsk. Methods of research: problem discussion in groups, statistic method, sociological method. Results and conclusions: The pupils do not keep vigilance about possibility to be contaminated by HIV-infection. They do not pay enough attention to preventive measures. They have the unsufficient level of knowlege about ways of HIV-infection transferring and of risk factors. The capacity of the correct answers from their whole amount consisted in 81±2,2% per cents. After teachers' conversation this level of school students knowlege has not changed essentially: 85±1,98 % per cents ($p>0,05$). After university students conversation this level has increased to 91±1,59 % per cents ($p<0,05$). It was assumed to prepare volunteers for delivering peer education lectures among students and also to carry out educational games by the method worked out by the authors.

УДК 614.2:616.127-005.8-084:036.22

Г.В.ОХРОМІЙ

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ОПТИМІЗАЦІЇ ПРОФІЛАКТИКИ ІНФАРКТУ МІОКАРДА В УМОВАХ ВЕЛИКОГО ПРОМИСЛОВОГО МІСТА

Дніпропетровська державна медична академія

Удосконалення профілактики серцево-судинних захворювань (ССЗ), зокрема ішемічної хвороби серця (ІХС), залишається однією з актуальних проблем сучасної медицини. Це зумовлено значним поширенням ССЗ, істотною питомою вагою їх у загальній структурі захворюваності та смертності населення, негативним впливом на якість і тривалість життя людини [1-7].

За даними офіційної статистики, останнім часом в Україні спостерігається критичне зростання рівня захворюваності та смертності населення від ССЗ. У 1997 р. вони стали причиною смерті 59% хворих, а серед осіб працездатного віку смертність від ССЗ зросла у 1,5 раза порівняно з 1990 р. [7].

Порівняльна оцінка стандартизованих показників смертності населення від ССЗ в країнах Європейського регіону свідчить про істотне їх переважання в Україні над аналогічними показниками більшості європейських країн. Зокрема, смертність від ССЗ серед чоловіків у 4,5 раза, а серед жінок у 6,8 раза більша, ніж у Франції, від ІХС – відповідно більша в 5,3 і 9,5 раза.

Особливе місце серед ССЗ посідає інфаркт міокарда (ІМ), зважаючи на істотне поширення його серед осіб працездатного віку, переважно серед чоловіків, і помітне зростання рівня смертності від ІМ у всіх вікових групах, особливо на догоспітальному етапі. Лише в 1995 р. від гострого ІМ поза стаціонарами в Україні померло 27,5% пацієнтів [2]. За результатами численних досліджень вітчизняних і зарубіжних авторів встановлено поліетіологічність ІМ, як і багатьох ССЗ, наявність понад 246 чинників ризику їх розвитку [3,4,7]. Результати 7-річного проспективного дослідження чоловіків у віці 35 - 59 років, які мешкають у різних клімато-географічних зонах Росії, країн СНД і прибалтійських країн [1,7], довели, що найбільш поширеними чинниками ризику у популяції є артеріальна гіпертензія, гіперхолестеринемія та тютюнопаління. Вони також є основними чинниками, що детермінують смертність від ішемічної хвороби серця, в тому числі ІМ.

Разом з тим встановлено недостатню обізнаність населення щодо чинників ризику виникнення ССЗ, низький рівень медичної активності пацієнтів. Зокрема, за результатами популяційних досліджень в Україні, проведених працівниками Українського НДІ кардіології ім.М.Д.Стражеска з інтервалом в 16 років (1977–1978 та 1993–1995 рр.), встановлено, що майже третина обстежених (33%) не має уявлення про наявність у них підвищеного артеріального тиску, хоча в усіх вікових групах виявлено збільшення захворюваності на артеріальну гіпертензію [7]. У 60% випадків артеріальна гіпертензія та ІХС своєчасно не діагностуються, майже у п'ятій частині випадків (20,8%) першим проявом ІХС є раптова смерть [2].

Наведені дані свідчать про надзвичайну важливість проблеми вдосконалення профілактики ССЗ з метою поліпшення якості життя, зниження рівня захворюваності та передчасної смертності населення [1,5].

Метою дослідження стало наукове обґрунтування методичних підходів до оптимізації профілактики інфаркту міокарда в умовах великого промислового міста (Дніпропетровськ). Для реалізації цієї мети здійснене поглиблене вивчення основних параметрів захворюваності населення на ІМ, рівня санітарно-гігієнічної освіченості та медичної активності різних категорій пацієнтів, розробка пропозицій щодо вдосконалення організаційних аспектів комплексної профілактики ССЗ в умовах промислового міста.

Вивчення захворюваності населення на ІМ проводилося за допомогою санітарно-статистичного методу шляхом викопіювання необхідної інформації з 279 історій хвороб пацієнтів інфарктного відділення Клінічного об'єднання швидкої медичної допомоги (КОШМД) м.Дніпропетровська.

Розробку отриманих матеріалів здійснювали з урахуванням віку і статі хворих, наявності чинників ризику і супутніх захворювань, клініко-інструментальних показників, сезону року, екологічних аспектів тощо.

Для вивчення рівня санітарно-гігієнічної освіченості та медичної активності населення було проведене пілотажне соціологічне дослідження серед 172 осіб різних вікових груп, у тому числі 108 практично здорових осіб і 64 хворих, які перенесли гострий ІМ.

Статистичну обробку матеріалів проводили із застосуванням сучасних методів математичної статистики.

© Г.В.Охромій, 2000

Попередній аналіз результатів дослідження підтверджує дані літератури щодо переважного поширення ІМ сред осіб працездатного віку, особливо чоловіків. За нашими даними, з кожних 100 випадків розвитку ІМ 87,55% припадає на чоловіків. Установлено, що критичними групами щодо ІМ серед чоловіків є групи віком 40–49 і 50–59 років.

Захворюваність на гострий ІМ має чіткий сезонний характер: найбільшу кількість випадків ІМ незалежно від статі було зареєстровано у квітні (13,6%) та листопаді (12,9%) (рис.).

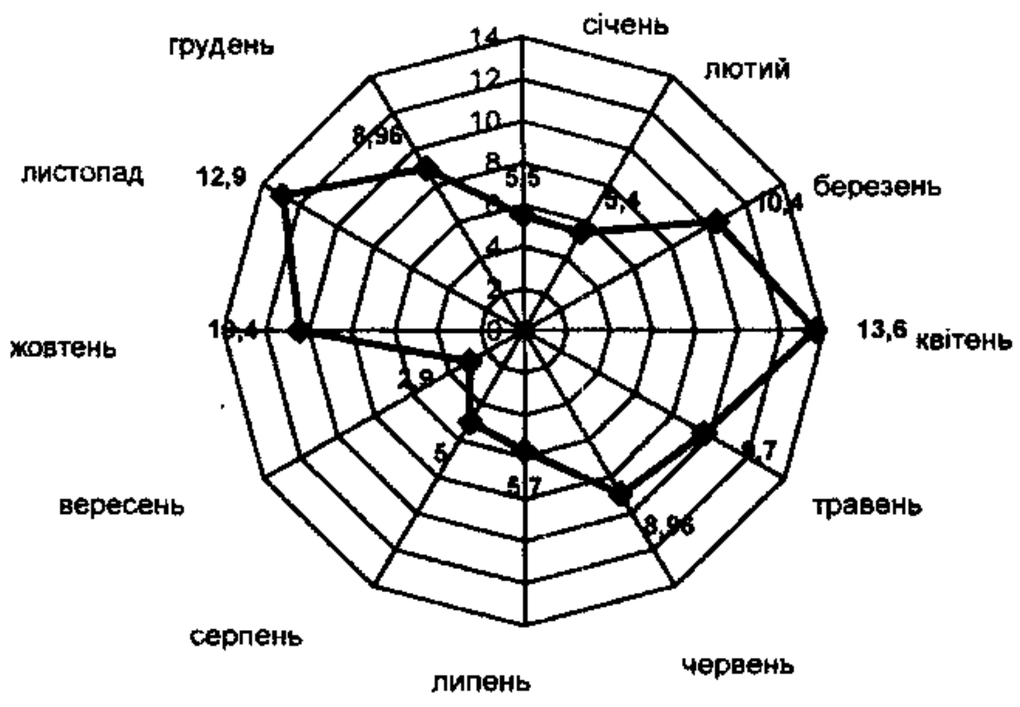

Рис. Розподіл випадків, %, інфаркту міокарда у Дніпропетровську протягом 1996 р.

Вивчення захворюваності на ІМ з урахуванням його виду показало, що більшість випадків гострого трансмурального інфаркту міокарда, або "*Q*"-інфракту (з формуванням патологічного зубця *Q* на ЕКГ до 28 днів від початку захворювання) припадає на жовтень, листопад, грудень (10%, 11,3%, 13,3% відповідно). Для "non-*Q*"-інфаркту міокарда (без формування патологічного зубця *Q*) пік захворювань прийшовся на листопад і травень (14,4% та 13% відповідно) з різким спадом у осінньо-зимовий період.

Слід зазначити, що у осіб жіночої статі рівень захворюваності в листопаді в 2 рази вищий, ніж у квітні, що не спостерігається серед чоловіків. Цей факт зумовлений, можливо, сезонними коливаннями гормональної активності у жінок, що потребує, проте, подальшого поглибленого дослідження. Установлено також широкий діапазон коливань частоти розвитку ІМ протягом місяця, збіг піків захворюваності на ІМ з погіршенням окремих санітарно-гігієнічних показників атмосферного повітря, зокрема зі збільшенням концентрації CO_2, що також потребує глибшого вивчення.

За попередніми результатами проведеного нами соціологічного дослідження виявлено, що населення не має достатніх знань з профілактики ішемічної хвороби серця та інфаркту міокарда. Із загальної кількості опитаних поняття про причини розвитку та клінічні прояви інфаркту міокарда мають 40,2%, а серед чоловіків критичного віку (40–49 років) – лише 17,5%. Серед осіб, що зловживають тютюнопалінням, ознайомлені з цією патологією тільки 32,43%, алкогольними напоями – 12% опитаних. Про чинники ризику розвитку цього захворювання знають у середньому 21% респондентів. Найбільш низький рівень знань щодо чинників ризику виявлено у осіб молодого віку (до 20 років) – 17,57%. У критичному віці (50–59 років) він становив 12,16%, у віці 60 і більше років – 5,4% від загальної кількості анкетованих. Установлено, що опитані хворі на ІХС не мають уявлення про надання само- та взаємодопомоги при ІМ, про лікарські засоби, які слід використовувати в разі приступу стенокардії, не обізнані з дозуванням і технікою приймання нітрогліцерину. Тільки 42% опитаних правильно застосовують нітрогліцерин під час приступу стенокардії, переважна більшість (67,9%) опитаних не знають інших антиангінальних засобів.

Враховуючи відсутність достатніх знань про ІХС та інфаркт міокарда серед населення, низький рівень навичок із самодопомоги і першої допомоги при них, а також результати розробок вітчизняних і зарубіжних авторів, нами підготовлений посібник для населення з цих питань.

Висновки

1. Виявлена осінньо-весняна сезонність розвитку инфаркту міокарда з максимальною кількістю випадків переважно у квітні та листопаді.
2. Встановлено схильність до розвитку інфаркту міокарда осіб чоловічої статі; критичними групами є чоловіки віком 40–49, 50–59 років.
3. Спостерігається низький рівень знань і вмінь респондентів з питань профілактики серцево-судинних захворювань.
4. Необхідно здійснювати комплексну профілактику ССЗ серед населення з диференціацією профілактичних заходів за віком, статтю, способом життя пацієнтів, станом їхнього здоров'я, наявністю чинників ризику, рівнем санітарно-гігієнічної освіченості та медичної активності тощо.
5. Під час планування та проведення профілактичних заходів слід приділяти особливу увагу критичним групам щодо розвитку інфаркту міокарда – чоловікам віком 40–49, 50–59 років
6. Потрібно й надалі проводити поглиблені дослідження з метою вивчення впливу чинників навколишнього середовища на рівень захворюваності населення інфарктом міокарда.

Список літератури

1. *Барни Д.* Курение в Европе //Профилактика неинфекционных заболеваний: опыт и перспективы.– ВОЗ, Женева, 1991. –С. 127–138.
2. *Дорогий А.П.* Сьогоднішні проблеми кардіологічної служби України // Практ. медицина.–1998.–Ч.5–6.–С.8–14.
3. *Здоров'я* населення України та діяльність лікувально-профілактичних закладів системи охорони здоров'я (щорічна доповідь, 1997 р.). –К.: Б.в., 1998.– 386 с.
4. *Оганов Р.Г.* Перспективы развития исследований по предупреждению сердечно-сосудистых заболеваний // Кардиология.– 1991.–№5.–С. 5–7.
5. *Охромий Г.В.* Зависимость исходов заболевания при инфаркте миокарда от объема и качества реабилитационных мероприятий //Актуальные пробл. соц. медицины, организации здравоохранения и пути их дальнейшего развития в Украине: Сб. науч. тр. – Днепропетровск: Б.и., 1994. – С.130.
6. *Охромій Г.В.* Методика підбору виду програми реабілітації хворим, які перенесли гострий інфаркт міокарда // Мед. перспективи.– 1997.– №2.–С. 19.
7. *Смірнова І.П., Свіщенко Є.П., Горбась І.М.* Проблема артеріальної гіпертензії в Україні і Національна програма профілактики і лікування // Клініч. фармакологія, фізіологія, біохімія. – 1997. – № 2.–С.70–79.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОПТИМИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА

Г.В.Охромий (Днепропетровск)

Представлено научное обоснование профилактических мероприятий по снижению заболеваемости населения крупного промышленного города болезнями системи кровообращения, в частности инфарктом миокарда. Приведены данные собственных эпидемиологических исследований сезонности заболеваемости населения инфарктом миокарда и социологических исследований уровня знаний населения о факторах риска, правилах поведения и тактике оказания помощи и самопомощи при затянувшемся приступе стенокардии, прединфарктном состоянии.

Выявлена осенне-весенняя сезонность развития инфаркта миокарда с максимальным количеством случаев в апреле и ноябре, низкий уровень знаний респондентов по профилактике сердечно-сосудистой патологии.

Предложено пособие для широких кругов населения по вышеназванным проблемам и мероприятия по снижению заболеваемости инфарктом миокарда.

SOME ASPECTS OF OPTIMIZATION OF PREVENTIVE MAINTENANCE MYOCARDIAL INFARCTION CONDITIONS OF LARGE INDUSTRIAL CITY

H.V.Ohromiy (Dnipropetrovsk)

It is presented a scientific substantiation of preventive measures to decrease illnesses of the population of large industrial city with circulatory system diseases in particular with myocardial infarction. The data of own epidemiological research of seasonal prevalence and the sociological research of the level of knowledge of the population about the factors of risk, rules of behavior and the tactics of rendering assistance and self-care in case of angina pectoris tightened attack and in pre- infarction condition are elucidated too.

The autumn – spring seasonal prevalence of myocardial infarction development is revealed with the maximum quantity of cases in April and November and the low level of knowledge of the respondents on preventive maintenance in cardio – vascular pathologies was noted. It is offered the manual for wide circles of population devoted to these problems and measures to decrease illnesses of the population with myocardial infarction.

УДК 614.2:312.6 (048)

В.М.ЛЕХАН, А.В.ІПАТОВ, І.О.ГУБАР, Е.В.БОРВІНКО

ОЦІНКА ГЛОБАЛЬНОГО ТЯГАРЯ ХВОРОБ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Дніпропетровська державна медична академія

Матеріали про здоров'я населення набувають особливого значення для виявлення і об'єктивізації проблем здоров'я населення та його охорони, а також визначення ефективності вирішення цих проблем за кінцевим результатом. Поглиблений аналіз тенденцій у здоров'ї населення потрібний для обгрунтування правильного використання ресурсів охорони здоров'я на державному і регіональному рівнях, перерозподіл яких повинен бути спрямований на задоволення потреб населення з урахуванням особливостей патології [1].

Для визначення пріоритетів необхідно мати інтегральний показник здоров'я, який дав би змогу звести разом кінцеві результати діяльності системи охорони здоров'я. Більшість дослідників зходиться на думці, що універсальною основою для об'єднання різних показників здоров'я є роки життя, втрачені через захворювання та їх наслідки (смертність, непрацездатність) або додані внаслідок проведення оздоровчих програм [2, 4,7].

Світовим банком (СБ) разом із ВООЗ запропоновано для кількісної характеристики загальних втрат здоров'я критерій DALY (The disease adjusted life year – рік втраченого і (або) неякісно прожитого життя від різних причин) [6], який було використано під час підготовки звіту СБ за 1993 р. у розділі "Інвестиції в охорону здоров'я".

Мета дослідження полягала в інтегрованій оцінці стану здоров'я населення України шляхом визначення глобального тягаря хвороб (ГТХ).

Глобальний тягар хвороб об'єднує: 1) потенційні втрати внаслідок передчасної смерті (різниця між фактичним віком на момент смерті і очікуваною тривалістю життя в цьому віці для населення з низьким рівнем смертності); 2) потенційні втрати років здорового життя внаслідок інвалідності [3, 5, 8]. Обрана методика досить проста, спирається на доступну інформацію, апробована і має конкретну прагматичну спрямованість. Крім того, використання цієї методики дозволяє проводити порівняння результатів у міжнародному масштабі, аналізувати стан життєвого потенціалу в динаміці. На відміну від більшості країн світу, де відсутня розгалужена державна система медико-статистичної інформації, національна система медичної статистики дає можливість під час визначення ГТХ спиратися на статистичні матеріали. Виходячи з цього, в методику були внесені відповідні корективи.

Загальноприйнятим є погляд, що роки життя, втрачені у різному віці, мають різну цінність. Згідно з методикою ВООЗ/СБ, під час розрахунку років втраченого життя як поправка використовується віковий коефіцієнт К, який грунтується на експонентній формулі:

$$K=k \cdot a \cdot e^{-Ba},$$

де k – константа (0,16243), вибрана таким чином, що кількість втрачених років залишається незмінною при постійному віковому коефіцієнті; B = 0,04; a –вік, роки.

Незважаючи на те, що перший рік життя має низьку питому вагу, цінність життя новонародженого визначається відповідно до ваги усіх років життя, які він, ймовірно, проживе, тобто відповідно до суми значень функції для всіх майбутніх років життя.

Загальні втрати внаслідок передчасної смерті та стійкої непрацездатності були дисконтовані за ставкою 3% з тим, щоб прийдешні роки здорового життя оцінювались за прогресивно зниженою шкалою. Рік втраченого або неякісно прожитого життя з урахуванням коефіцієнтів цінності життя та дисконтування позначається, згідно з методикою, як одиниця ДАЛІ.

Обчислювався розмір тягаря хвороб для всього населення, дітей (до 15 років), населення активного (до 65 років) і старіше 65 років окремо для кожної статі і разом.

Проведене нами вивчення глобального тягаря хвороб в Україні показало, що через передчасну смерть у 1998 р. було втрачено 6,09 млн ДАЛІ. Аналіз втрат у інтенсивних показниках виявив, що через передчасну смерть Україна втратила 121,7 ДАЛІ на кожну 1000 чоловік. Це у 1,2 раза перевищує середні показники для колишніх соціалістичних країн Європи у 1990 р. (99,7‰) і майже вдвічі – показники, що склалися у 1990 р. у країнах з розвинутою ринковою економікою (61,5‰). У всьому світі втрати жінок менші за втрати чоловіків, що пов'язано з феноменом чоловічої надсмертності. Однак в Україні перевищення потенційних втрат чоловіків через передчасну смерть істотно більше, ніж у розвинутих країнах, – 1,8 і 1,6 відповідно.

© В.М.Лехан, А.В.Іпатов, І.О.Губар, Е.В.Борвінко, 2000

Для визначення стратегії та політики охорони здоров'я особливої уваги потребує аналіз втрат населення у демографічно і соціально активному віці (0–65 років). У разі вилучення демографічно старої частки населення інтенсивність і структура втрат істотно змінюється. До досягнення 65 років індекс потенційних втрат вдвічі менший у порівнянні з втратами всього населення (56,27 ДАЛІ на 1000 населення). Співвідношення потенційних втрат чоловіків і жінок сягає майже трьохкратної величини і є свідченням того, що максимум втрат у сильної статі припадає саме на активний вік. Як і населення України в цілому, індекс втрат сільського населення дещо перевищує такий мешканців міст (62,2 і 53,66 ДАЛІ на 1000 відповідного населення).

Потенційні втрати життя внаслідок передчасної смерті наведені на рисунку.

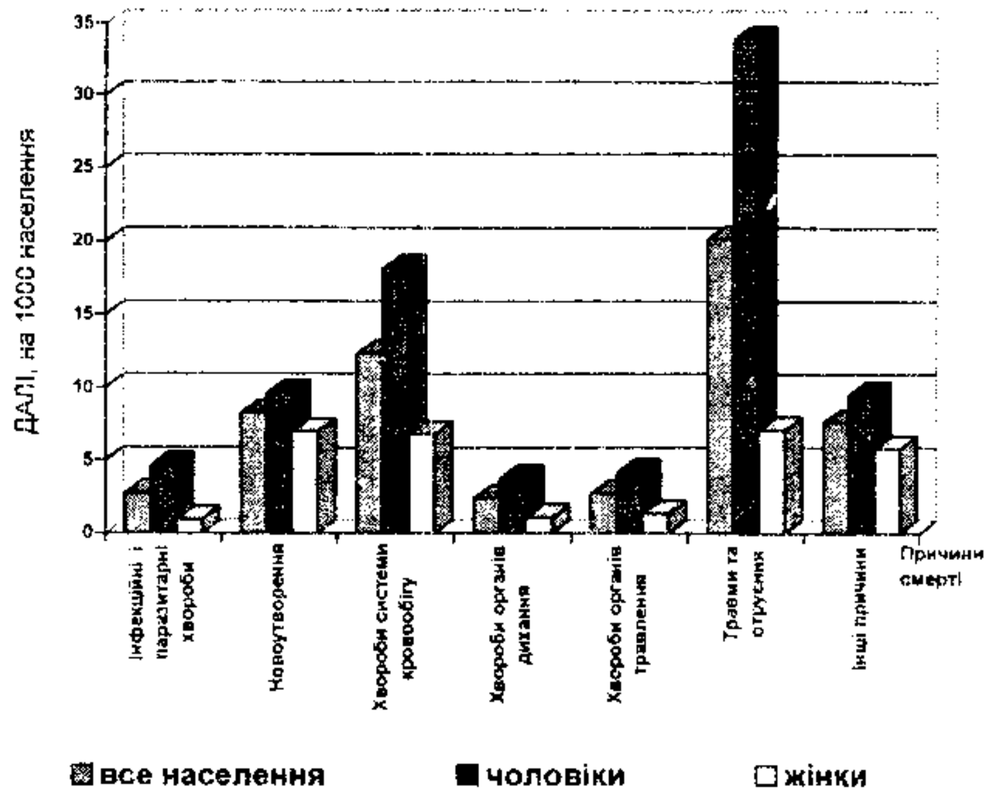

Рис. Потенційні втрати життя через передчасну смерть в Україні в 1998 р.

Найбільший вклад у структуру втрат населення до 65 років вносять травми та отруєння – 35,8%, хвороби системи кровообігу – 21,9%, новоутворення – 14,7%. Далі йдуть хвороби органів травлення – 4,9%, інфекційні хвороби – 4,9%, хвороби органів дихання – 4,3%.

Якщо серед 10 провідних причин смерті у дорослого населення обох статей (віком 15–65 років) більшість є хронічними захворюваннями (серцево-судинні, новоутворення, бронхіт, цироз), то в аналогічних групах потенційних втрат переважають зовнішні причини (ненавмисні і навмисні пошкодження).

Незважаючи на те, що ІХС, як і інші інволюційні хвороби, найчастіше розвивається у другій половині життя, тягнеться досить довго і смерть здебільшого настає у старшому віці, її надзвичайна поширеність в Україні (84 на 1000 населення) зумовлює не тільки перше місце серед причин смерті, а й визначає основний тягар непоправних втрат для всіх згаданих статево-вікових груп і населення в цілому. Однак ті самі вікові особливості ІХС призводять майже до дворазового зменшення її внеску у загальну структуру втрат через передчасну смерть в порівнянні зі структурою смертності. Цереброваскулярні хвороби, будучи другою за значенням причиною смерті з аналогічною ІХС віковою структурою, хоча і залишаються серед провідних причин втрат, але поступаються місцем через їх меншу поширеність.

Навмисні та ненавмисні травми внаслідок нещасних випадків або насильства домінують серед причин загальних втрат років потенційного життя. Серед ненавмисних причин втрат до десятки провідних входять транспортні травми, випадкові отруєння, в тому числі алкоголем, випадкові утоплення, які загалом становлять 13,9% глобального тягаря хвороб, а у чоловіків – 15,6%. Особливе занепокоєння викликає зростаюча роль насильницьких причин у глобальному тягарі хвороб. Соціально-економічні та політичні перетворення в Україні та пов'язаний з цим стресовий спосіб життя, безробіття, послаблення ролі соціальних інституцій і зменшення соціальної підтримки призводять до зростання кількості самогубств, випадків смерті, спричинених вбивствами, та навмисно заподіяних каліцтв і травм. Самогубства в Україні посідають третє місце серед причин смерті. Їх роль як чинника глобального тягаря хвороб внаслідок непоправних втрат зростає ще більше через велику поширеність самогубств серед населення молодого та середнього віку. Внаслідок цього самогубства переміщуються на друге місце в структурі потенційних втрат, особливо у чоловіків, і становлять 8,2%.

Виразна специфіка відрізняє основні причини смерті і тягаря хвороб у жінок віком 0–65 років і дітей (0–14 років). У жінок склад і рангові місця причин втрат і смерті характеризуються більшою близькістю, ніж у чоловіків, а перші чотири місця взагалі збігаються і представлені хронічними неспецифічними захворюваннями, що пояснюється перевагою серед жінок осіб старшого віку (середній вік жінок на 5 років більший, ніж у чоловіків – 40,2 і 35,6 року відповідно). Третє місце в обох випадках належить раку молочної залози, що підтверджує пріоритетність цієї проблеми здоров'я для жіночого населення.

У формуванні тягаря хвороб через передчасну смерть і провідні причини смерті у дитячого населення значну роль відіграють гострі хвороби органів дихання (пневмонія, гострі респіраторні вірусні інфекції, грип), а також перинатальні стани та вроджені аномалії.

Внаслідок стійкої непрацездатності в Україні додатково було втрачено 16,77 ДАЛІ на 1000 населення у віці 0–65 років. Основний внесок у розмір цих втрат зробили захворювання, що не відіграють істотної ролі у втратах здоров'я внаслідок передчасної смерті. Майже 76% потенційно втрачених років життя через інвалідність спричинили психічні розлади (17,9%), хвороби нервової системи та ор-

ганів чуття (15,2%), хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини (11,7%), новоутворення (11,5%), хвороби системи кровообігу (9,9%), травми та отруєння (9,7%).

Розміри глобального тягаря хвороб внаслідок передчасної смерті з поправкою на непрацездатність (втрати років здорового життя) склали 73,04 ДАЛІ на 1000 населення віком 0–65 років.

Перші три місця, як і в структурі втрат внаслідок передчасної смерті, належать травмам і отруєнням, хворобам системи кровообігу і новоутворенням. Але далі картина змінюється через значні втрати внаслідок стійкої непрацездатності підвищуються ранги хвороб нервової системи і психічних розладів, які посідають 4 і 5 місця. Потім шляхом убування йдуть хвороби органів дихання, травлення, інфекційні і паразитарні хвороби, вроджені аномалії.

Основні причини, що формують глобальний тягар хвороб, близькі за складом і рангом до причин потенційних втрат життя внаслідок передчасної смерті. Однак урахування втрачених і неякісно прожитих років життя через інвалідність призвело до збільшення ваги хронічних захворювань, у тому числі й тих, що уражають населення у дитячому віці. Порівняння з причинами тягаря хвороб у європейських країнах з розвиненою ринковою економікою, незважаючи на деяку його некоректність (в Україні провідні причини визначалися для активного населення віком 0–65 років, у країнах порівняння – для всього населення), дозволяє виявити їх схожість і водночас зазначити певні особливості. Так, в Україні спостерігається більш значний внесок до формування тягаря зовнішніх причин (навмисних і ненавмисних пошкоджень). Крім того, зростає тягар інфекційних причин, ознакою чого стала поява серед десяти найважливіших причин тягаря туберкульозу органів дихання, в той час як у розвинених країнах всі основні причини відносяться до розряду неінфекційних (табл.).

В цілому вивчення потенційних втрат років здорового життя внаслідок передчасної смерті та інвалідності дозволило дати комплекну кількісну оцінку здоров'я населення, об'єктивніше окреслити значення для втрат здоров'я різних причин (класів хвороб і окремих нозологічних форм). Визначення того, на які цілі здоровўя та його охорони слід конкретно виділяти інвестиції, є великою проблемою для всіх країн. Яким би не був обраний при цьому підхід, він повинен грунтуватися на оцінці тягаря (як для здоровўя, так і для економіки) передчасної смерті та інвалідності.

Основні причини тягаря хвороб в Україні та європейських країнах зі сформованою ринковою економікою

Україна (1998 р.)			Країни зі сформованою ринковою економікою (1990 р.)		
Ранг	Причина	%	Ранг	Причина	%
	Ішемічна хвороба серця	9,6	1	Ішемічна хвороба серця	9,9
	Самогубства (травми, що нанесені самому собі)	5,3	2	Монополярна тяжка депресія	6,1
	Психічні розлади, в тому числі розумова відсталість	5	3	Цереброваскулярні хвороби	5,9
	Цереброваскулярні хвороби	4,9	4	Дорожньо-транспортні пригоди	4,4
	Новоутворення органів травлення	3,9	5	Вживання алкоголю	4
	Вроджені аномалії	3,9	6	Остеоартрит	2,9
	Пошкодження без уточнення	3,7	7	Рак трахеї, бронхів і легень	2,9
	Транспортні травми	3,5	8	Слабоум'ство та інші дегенеративні порушення центральної нервової системи	2,4
	Туберкульоз органів дихання	3	9	Травми, що нанесені самому собі	2,3
	Артропатія, дорсопатія, остеохондропатія	2,9	10	Вроджені аномалії	2,2

Список літератури

1. *Овчаров В.К.* Методологические и методические вопросы изучения здоровья населения в связи с переписью населения 1989 г. // Изучение региональных особенностей здоровья населения и опыт реализации комплексных программ "Здоровье" в условиях научно-технического прогресса: Сб.тр.– М.: Б.и., 1987.–С.9–22.
2. *Пріоритети* здоровўя і пріоритети лікувально-профілактичної допомоги у Дніпропетровській області / Лехан В.М., Іпатов А.В., Губар І.О., Піщиков В.А. // Мед. перспективи.– 1998.– Т.3, №3.– С.83–86.
3. *Brenzel L.* Selecting an essential package of health services using cost–effectiveness analysis: a manuel for professionals in development countries: Date for decision making project department of population studies and international health Harvard school of public health.– Harvard, 1993.–103 p.
4. *Dean A.G., West D.J., Weir W.M.* Measuring loss of life, health, and income due to disease and injury. A method for combining morbidity, mortality, and direct medical cost into a single measure of disease impact // Publ. Hlth. Rep.– 1982.–Vol.97, №1.–P.38–47.

5. *Foege W.* The DALY concept has the potential to revolutionize the way in which we measure the impact of disease // JAMA.–1994.–Vol.271, №21.–P.1704–1705.
6. *Murray C.J.L., Lopez A.D.* The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020.–Boston: MA, Harvard University Press, 1998.–Vol.1.–39 p.
7. *Romeder J.M., Whinnie J.R.* Potential years of lost – between ages 1 and 70: an indicator of life premature mortality of health planning // Int. J.Epidemiol.–1977.–Vol.6, №2.–P.143–151.
8. *The* World Bank, World Development Report. – Washington: D.S., 1993.–212 p.

ОЦЕНКА ГЛОБАЛЬНОГО БРЕМЕНИ БОЛЕЗНЕЙ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ

В.Н.Лехан, А.В.Ипатов, И.А.Губарь, Э.В.Борвинко (Днепропетровск)

Проведена оценка глобального бремени болезней населения Украины за 1998 г. с использованием критерия DALY, который позволяет оценить потенциальные потери здоровых лет жизни в результате преждевременной смерти и инвалидности. Установлено, что наибольший вклад в глобальное бремя болезней населения в возрасте до 65 лет вносят травмы и отравления (35,8%), болезни системы кровообращения (21,9%) и новообразования (14,7%), а первые три места среди основных его причин занимает ишемическая болезнь сердца, самоубийства и психические расстройства.

ESTIMATION OF GLOBAL PARADIGM OF DISEASES OF THE UKRAINIAN POPULATION

V.M.Lekhan, A.V.Ipatov, I.O.Hubar, E.V.Borvinko (Dnipropetrovsk)

The estimation of global paradigm of diseases of the Ukrainian population in 1998 using criterion DALY is carried out. It allows to estimate potential losses of healthy years of life as a result of premature death and physical disability. It is established that the main cause of global paradigm of diseases of the population aged under 65 years is brought in by traumas and poisoning (35,8%), circulatory diseases (21,9%) and neoplasms (14,7%). Ischemic heart disease, suicides and mental frustration hold the first three places among the main causes.

УДК 614(092)

АНТОНІНА МАКСИМІВНА НАГОРНА

(ДО 60-РІЧЧЯ ВІД ДНЯ НАРОДЖЕННЯ)

Двадцять першого січня 2000 року сповнилося 60 років від дня народження і майже 44 роки трудової діяльності доктору медичних наук, професору, Заслуженому діячеві науки і техніки України Антоніні Максимівні Нагорній.

Після закінчення у 1957 р. медичного училища А.М.Нагорна розпочала трудову діяльність на посаді фельдшера амбулаторії, дільничної сестри, медсестри хірургічного відділення. У 1968 р. закінчила Київський медичний інститут за фахом "Лікувальна справа" і працювала цеховим лікарем у медико-санітарній частині.

З 1970 р. в Інституті гігієни праці та професійних захворювань обіймала посаду молодшого наукового співробітника, а з 1979 – старшого. Вивчала проблеми здоров'я різних професійних груп населення, гігієнічної регламентації розумового та фізичного навантаження у осіб різних професій, займалась обгрунтуванням і розробкою психофізіологічних критеріїв і медичних протипоказань до прийняття на роботу за певними професіями.

У 1975 р. захистила дисертацію на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук, у 1988 – докторську дисертацію.

З 1989 р. наукова діяльність А.М.Нагорної пов'язана з Українським інститутом громадського здоров'я спочатку як завідувача відділу вивчення стану здоров'я населення, а з 1990 – заступника директора інституту з наукової роботи.

А.М.Нагорна – відомий вчений, сфера її наукових інтересів охоплює здоров'я населення різних статево-вікових, соціальних, територіальних і професійних груп, медико-демографічні процеси, показники громадського здоров'я, такі як захворюваність, репродуктивне здоров'я, інвалідність, смертність різних верств населення, в тому числі тих, хто постраждав від наслідків аварії на Чорнобильській АЕС, екологію і здоров'я людини, питання організації та управління в системі охорони здоров'я.

Під керівництвом А.М. Нагорної виконувалися науково-дослідні роботи з найактуальніших проблем соціальної медицини, в тому числі присвячені дослідженню стану здоров'я населення, яке постраждало від наслідків аварії на ЧАЕС, впливу радіаційного та соціально-гігієнічних чинників на показники здоров'я, науковому обгрунтуванню та розробці методології застосування Міжнародної класифікації хвороб десятого перегляду в лікувально-профілактичних і статистичних закладах України, первинних медичних статистичних облікових форм для закладів охорони здоров'я, а також визначенню потреб дитячого та дорослого населення України в амбулаторно-поліклінічній і стаціонарній медичній допомозі.

Наукові розробки А.М. Нагорної є вагомим внеском у вирішення фундаментальних і прикладних проблем соціальної медицини та охорони здоров'я, знайшли відображення у підготовці галузевих і міжгалузевих програм, проектів законодавчих документів, матеріалів для Міністерства охорони здоров'я, Кабінету Міністрів, Верховної Ради України, Адміністрації Президента. Вони стали основою методики і програми вивчення та аналізу стану здоров'я різних груп населення і потерпілих від наслідків на ЧАЕС, зв'язку між станом здоров'я та чинниками, які на нього впливають, що знайшло відображення в щорічних доповідях "Здоров'я населення України та діяльність лікувально-профілактичних закладів системи охорони здоров'я", "Про стан навколишнього природного середовища в Україні", розробки концептуальних

основ медичної статистики, підготовки Міжнародної класифікації хвороб десятого перегляду, тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в ЛПЗ України.

Результати наукових досліджень А.М.Нагорної широко висвітлені на вітчизняних і міжнародних наукових форумах різних рівнів, у тому числі з'їздах, симпозіумах, конференціях, семінарах, а також у 364 наукових працях, зокрема 27 монографіях, серед яких "Комплексный долгосрочный прогноз здоровья населения и развития здравоохранения Украины на 2015 год" (1993), "Здоров'я людини та екологія" (1995), "Чернобыль... здоровье детей" (1996), "Здоров'я молоді України: проблеми та перспективи" (1998), "Ветерани Великої Вітчизняної війни: медико-соціальні проблеми" (1998), "Охорона здоров'я в Україні: проблеми та перспективи (1999)", "Здорове навколишнє середовище в європейській політиці охорони здоров`я" (1999), "Довкілля і ми" (1999).

А.М. Нагорною створено наукову школу спеціалістів з питань гігієни та соціальної гігієни. Вона підготувала 8 докторів і 12 кандидатів медичних наук. Сьогодні під її керівництвом виконується 8 дисертаційних робіт. Вона проводить велику науково-консультативну роботу серед спеціалістів з соціальної гігієни та організації охорони здоров'я, була рецензентом і опонентом 29 кандидатських і 15 докторських дисертацій.

Професор А.М. Нагорна є виконавцем низки міжнародних наукових проектів, а саме "Моніторинг показників виконання програми "Здоров'я для всіх до 2000 року" (Євробюро ВООЗ), "Школи сприяння здоров'ю" (ВООЗ і Європейського Союзу), розробки системи соціального захисту населення в рамках програми "TASIS", реформування охорони здоров'я в рамках програми "INCO-COPERNICUS", "Health interview surveys". На запрошення Європейського співтовариства працювала міжнародним експертом в рамках проекту "INCO-COPERNICUS".

Нагорна А.М. бере активну участь у суспільній роботі, є членом координаційної ради МОЗ України з надання медичної допомоги потерпілим внаслідок аварії на ЧАЕС, проблемної комісії "Медичні проблеми аварії на ЧАЕС", "Соціальна гігієна та організація охорони здоров'я", Товариства соціальних гігієністів та організаторів охорони здоров'я, апробаційної ради при спеціалізованій раді Д.088.13.03 "Гігієна, соціальна гігієна та організація охорони здоров'я" при Національному медичному університеті, спеціалізованої ради Д.01.01.37 при Національному університеті ім. Тараса Шевченка за спеціальністю 09.00.09 «Філософія науки», експертом Асоціації наукових медичних товариств України з проблем соціальної гігієни та організації охорони здоров'я, членом редакційної колегії журналу "Ойкумена" за розділом "Антропоекологія, здоров'я людини і довкілля", "Вестник гигиены и эпидемиологии", "Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України", міжвідомчого збірника "Соціальна гігієна, організація охорони здоров'я та історія медицини", входить до складу конкурсної комісії Міністерства освіти України та Міжнародного фонду "Відродження" за програмою "Трансформація гуманітарної освіти в Україні".

Наукова та громадська діяльність А.М. Нагорної відзначена державними нагородами. Їй присвоєно почесне звання Заслуженого діяча науки і техніки України.

Колективи редакційної колегії журналу та Українського інституту громадського здоров'я бажають Антоніні Максимівні Нагорній міцного здоров'я, щастя, великих успіхів у її багатогранній діяльності.

КОНФЕРЕНЦІЇ

УДК 061.3(100):61"1999"(477-25)

В.М.ПОНОМАРЕНКО, В.О.МОВЧАНЮК (Київ)

МІЖНАРОДНА КОНФЕРЕНЦІЯ "ДОНОРИ ДЛЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ"

Український інститут громадського здоров'я

У м.Києві 5-6 жовтня 1999 р. відбулася міжнародна конференція "Донори для охорони здоров'я України". Вона була організована Міністерством охорони здоров'я України за участю Агентства США з міжнародного розвитку (USA ID) та за допомогою Програми оптимальних технологій в охорсні здоров'я (РАТН).

На конференції працівники охорони здоров'я з усіх регіонов країни одержали можливість висловити свої думки про стан справ у галузі, обговорити її проблеми з представниками донорських організацій, що надають допомогу Україні в розбудсві демократичного суспільства.

Дводенне обговорення було зосереджене на питаннях координації в розбудові сектора охорони здоров'я України, впливу на його роботу законодавчих та екомічних заходів Уряду України.

У конференції, яку відкрила Міністр охорони здоров'я України Раїса Богатирьова, взяли участь близько 200 фахівців. Серед них були представники донорських організацій, дипломатичних місій, неурядових організацій – місцевих і міжнародних, працівники міністерств охорони здоров'я, фінансів, економіки, керівники управлінь і медичних закладів, науково-дослідних установ і вищих медичних навчальних закладів.

Під час першого засідання було заслухано чотири ключові доповіді з питань реформування охорони здоров'я. З доповіддю "Реформи охорони здоров'я в Україні – сучасний стан, стратегія, термінові заходи" виступила Міністр охорони здоров'я Р.В.Богатирьова. Доповідь Р.Солтмана з університету Еморі була присвячена стану охорони здоров'я в Європі й тенденціям, що спостерігаються у розвитку цієї галузі. Питання адміністративної реформи в охороні здоров'я були розкриті у доповідях О.С. Горбунова – голови Секретаріату Міжвідомчої ради з упровадження економічних реформ в Україні та Д.Я.Білака (Канада) – радника Секретаріату. Про досвід розвитку приватного сектора в охороні здоров'я розповів д-р Л.Паштор – президент приватної асоціації лікарів Словаччини. Під час наступних засідань було виголошено доповіді, а також 23 проекти, об'єднані за такими темами:"Реформа охорони здоров'я ", "Забезпечення кращого здоров'я", "Розвиток служб громадського здоров'я", "Фармацевтичний ринок та заклади охорони здоров'я". Низку доповідей і проектів було представлено Українським інститутом громадського здоров'я. Всього на адресу оргкомітету надійшло 124 проекти, автори яких розраховують на фінансову допомогу.

У перший день роботи Міністр охорони здоров'я України Р.В.Богатирьова і Директор офісу демократичних і соціальних реформ Агентства США з міжнародного розвитку Мерілін Шмідт дали прес-конференцію для українських і зарубіжних представників засобів масової інформації.

На заключному засіданні, яке пройшло під головуванням О.О.Бобильової (першого заступника Міністра, Головного державного санітарного лікаря України) та Еліота Перлмана (Старшого радника з питань охорони здоров'я Агентства США з міжнародного розвитку), була прийнята резолюція та підведені підсумки роботи конференції. Учасники конференції визначили, що вона була успішною і заклала фундамент для плідних стосунків між донорськими організаціями та найактивнішою частиною медичної громадськості країни, підвищення ефективності ініціатив донорів-партнерів у секторі охорони здоров'я України, поліпшення координації їхньої діяльності з МОЗ України, регіональними та місцевими органами управління і закладами охорони здоров'я.

Ще один здобуток конференції – прийняття рішення про створення Координаційної ради у складі представників МОЗ, інших зацікавлених міністерств і відомств, а також донорських організацій.

Як відзначила Міністр Р.В.Богатирьова, Рада визначатиме пріоритетні напрями донорської допомоги, сприятиме діяльності донорських організацій та об'єднанню їх зусиль у підтримці сектора охорони здоров'я України.

© В.М.Пономаренко, В.О.Мовчанюк, 2000

ДО ВІДОМА АВТОРІВ!

Редакція журналу "Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України" запрошує Вас до активної співпраці!

Журнал належить до Переліку наукових видань, в яких можуть публікуватися основні результати дисертаційних робіт (розділ "Медичні науки") ВАК України.

Тематична спрямованість журналу: питання державної політики охорони здоров'я; теоретичні основи охорони здоров'я; концептуальні основи реформування галузі; питання профілактики в охороні здоров'я; медико-демографічні та медико-соціологічні дослідження; вивчення та прогнозування здоров'я населення, розробка моделей управління здоров'ям; медичні проблеми здорового способу життя; організація охорони здоров'я населення; питання управління охороною здоров'я; економіка охорони здоров'я, страхова медицина; нормативне, правове, кадрове, інформаційне, матеріально-технічне, фінансове забезпечення системи охорони здоров'я; сучасні медичні технології; проблеми підготовки медичних кадрів та організація післядипломної освіти;

організація санітарно-епідеміологічної служби; комплексна інформація системи охорони здоров'я, її правове, інформаційне, програмне і технічне забезпечення; організація наукових досліджень у системі охорони здоров'я та впровадження нововведень; питання історії медицини, медичної етики та деонтології; проблеми організації наукової медичної інформації; організація охорони здоров'я та управління нею в екстремальних умовах; міжнародний досвід з організації охорони здоров'я;

міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я тощо.

До редакції (за адресою: Київ-54, вул. О.Гончара, 65) подаються роботи, що раніше ніде не друкувалися, не направлялися для опублікування в інші друковані видання, не мають інформації, що становить державну таємницю:

оригінальні статті, огляди літератури, короткі повідомлення, рецензії, реферати, інформація про роботу з'їздів, конференцій, симпозіумів, нарад, семінарів та інших наукових, науково-практичних і практичних заходів, а також рекламний матеріал; редакція надає різноманітні рекламні послуги.

Правила подання матеріалу для опублікування:

· Матеріал має супроводжуватись офіційним направленням від установи, в якій він був виконаний, з візою керівництва (наукового керівника), завіреною круглою печаткою установи, та **гарантійним листом про оплату із розрахунку 40 ум.од. за 1 авторський аркуш (40 000 знаків), оплата здійснюється установою або автором. Якщо матеріал не має гарантійного листа, він не розглядається, автору не повертається, а передається на розгляд лише після погашення заборгованості.**

· На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи всіх авторів, прізвище, ім'я та по батькові, поштова адреса, номери телефонів (службовий, домашній) автора, з яким редакція буде спілкуватися.

· Авторський текстовий оригінал має складатися з трьох примірників українською мовою:

- тексту (обсяг оригінальних статей, у тому числі рисунків, літератури, реферату, не більше ніж 8 с., оглядів літератури, лекцій, проблемних статей - не більше ніж 12 с., коротких повідомлень, рецензій - не більше ніж 7 с.);

- списку літератури (якщо в статті є посилання, не більше ніж 20 літературних джерел, в оглядах - не більше ніж 50);

- таблиць;

- рисунків (не більше ніж 4) і підписів до них;

- рефератів українською, російською та англійською мовами обсягом не більше 1/3-1/2 с.

· Статті набираються на комп'ютері (в програмі Word 7.0, шрифтом 14 пунктів і не більше ніж 32 рядки на сторінці, зберігаються у форматі *.rtf), подаються роздруковані з дискетою. Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) будуються в програмах Word 6.0/7.0 або Excel 6.0/7.0 та у вигляді окремих файлів разом із текстовим файлом подаються на дискеті. Як виняток, авторський оригінал може бути надрукований на друкарській машинці (обсяг не більше ніж 12 с.) через 2 інтервали на одній стороні аркуша формату А4 (210х297 мм), відступаючи від лівого краю 35 мм, правого - 10 мм, згори і знизу - по 25 мм (28-30 рядків на сторінці, 60-65 знаків, враховуючи пропуски, на рядку).

· На першій сторінці зазначаються: шифр УДК ліворуч, ініціали та прізвища авторів, місто в дужках, назва статті, назва установи, де працюють автори.

· Список літератури подається зразу ж за текстом. Автори згадуються за абеткою - спочатку праці вітчизняних авторів, а також іноземних, опублікованих російською чи українською мовою, далі іноземних

авторів, а також вітчизняних, опублікованих іноземною мовою. Всі джерела повинні бути пронумеровані та мати не більше ніж 5-7-річну давність. Посилання в тексті позначаються цифрами у квадратних дужках, мають відповідати нумерації у списку літератури. В бібліографічному описі книги потрібно зазначити прізвища та ініціали авторів, її назву (якщо чотири і більше авторів - назву книги, а потім за похилою лінією ініціали і прізвища всіх авторів або, якщо більше чотирьох, трьох авторів і слова "та ін."), місто, видавництво, рік видання, загальну кількість сторінок; статті - прізвище та ініціали авторів, назву періодичного видання (журналу, збірника наукових праць), рік, номер (том, випуск) і сторінки (початкова й остання);

автореферату дисертації - прізвище та ініціали автора, назву автореферату, далі із заголовної літери після двох крапок вказують, на здобуття якого ступеня захищається дисертація і в якій галузі науки, місто та рік видання, загальну кількість сторінок. Скорочення слів і їх поєднань приводять згідно з ДСТУ 3582-97 "Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги та правила".

• Кількість ілюстрацій (рисунки, схеми, діаграми) має бути мінімальною. Таблиці і рисунки вміщують у текст статті зразу після першого посилання на них. У підписі до рисунка наводять його назву, пояснення всіх умовних позначень (цифр, букв, кривих тощо). Таблиці повинні бути компактними, пронумерованими, мати назву. Номери таблиць, їх заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, мають точно відповідати наведеним у тексті. Формули надаються зробленими у редакторі формул Microsoft Equation 3.0. Як виняток, формули вписують темними чорнилами і розмічають усі елементи (латинські літери - синім олівцем, грецькі - червоним, великі і малі букви, подібні за написанням букви і цифри).

• Позначки різних мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень слід наводити відповідно до Міжнародної системи одиниць (СІ), медичні терміни -згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань - за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, лікарські засоби - за Державною Фармакопеєю (X, XI). Назви фірм і апаратів треба давати в оригінальній транскрипції.

• Скорочення у тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Абревіатура розшифровується після першого згадування і залишається незмінною протягом усього тексту.

• У рефератах потрібно вказати назву статті, ініціали та прізвище автора (авторів), місто в дужках, зазначити мету, об'єкт, методи дослідження, результати і висновки.

• Відповідальність за вірогідність та оригінальність поданих матеріалів (фактів, цитат, прізвищ, імен, результатів досліджень тощо) покладається на авторів. Статті, оформлені без дотримання правил, не розглядаються і не повертаються авторам.

• Редакція забезпечує рецензування статей, виконує спеціальне та літературне редагування, залишає за собою право скорочувати обсяг статей. Відмова авторам у опублікуванні статей може бути без пояснення її причини і не вважатиметься негативним висновком стосовно наукової та практичної значущості роботи.

• Вартість розміщення реклами на сторінках журналу:

- кольорова на зовнішній і внутрішній поверхнях обкладинки - 400 ум.од.;
- кольорова на уклейці:

двостороння - 550 ум.од.;

одностороння - 350 ум.од.;

- чорно-біла на аркушах формата А4 - 200 ум.од.;
- рекламні статті - 200 у.о. за 1 авт. арк.

• Зміст усіх випусків журналу, тези надрукованих статей українською, російською та англійською мовами, розділ "До відома авторів" та умови передплати розміщені на сервері Українського інституту громадського здоров'я за адресами:

http: **www.uact.cit-ua.net/uiph**

http: **www.uact.kharkov.com/uiph.**

• Придбати журнал Ви зможете за передплатою та в роздріб. Вартість передплати за один номер юридичними та фізичними особами 12 грн 50 коп. Бажаючим його придбати потрібно звертатися за тел. (0352) 22-80-09.

Адреса редакції: 252054, м.Київ
вул.О.Гончара, 65
Український інститут громадського здоров'я
тел. (044) 216-81-51, 216-71-49

Редакційна Рада