

*В.Ф. Москаленко.* Стан фінансування системи охорони здоров'я України та невідкладні заходи щодо його поліпшення (доповідь на "Дні Уряду України" у Верховній Раді України 14.11.2000)

## Здоров'я та суспільство

*О.О. Приходський.* Гуманізація виробничих відносин та здоров'я нації

*В.В. Маруніч, А.В. Іпатов, О.В. Сергієні, Л.І. Матвеєнко, Т.Г. Войтчак, О.М. Матяш.* Організація та оптимізація медико-соціальної експертної допомоги дитячому населенню, яке постраждало внаслідок Чорнобильської катастрофи

*А.В. Іпатов, Й.Л. Ферфільфайн, О.В. Сергієні.* Теоретичне обґрунтування принципів відшкодування збитку здоров'ю, нанесеному під час виконання професійних обов'язків

*В.А. Огнєв.* Контент-аналіз поширеності астми, алергічного ринокон'юнктивіту та екземи серед дітей різних регіонів світу

*Н.В. Медведовська.* Вивчення впливу основних соціально-економічних чинників на формування і розвиток очної патології

*В.В. Беспалько.* Проблема підліткової наркоманії в Україні та шляхи вдосконалення її первинної профілактики

*В. Киливник, Ю. Ладуба.* Ефективність медичної реабілітації

## Методологічні підходи в системі охорони здоров'я

*А.М. Нагорна, В.Б. Подрушніак, В.В. Єлагін.* Методичні підходи до приведення посад медичних працівників до міжнародного стандарту

*О.О. Дудіна, Н.Г. Гойда, Т.М. Мазур.* Впровадження моделі лікаря-педіатра загальної практики – стратегічний напрям удосконалення первинної медико-санітарної допомоги дитячому населенню

*В.О. Миронюк.* Рейтингова оцінка діяльності закладів охорони здоров'я, що відносяться до комунальної форми власності, у Вінницькій області

## Економіка охорони здоров'я

*А.О. Голяченко.* Економічні проблеми української охорони здоров'я на макрорівні

*V.F. Moskalenko.* About present funding status of Ukrainian Public Health System and some urgent actions needed for its improvement (The report presented at the Supreme Council "Ukraine Government Days", 14.11.2000)

## Health and Society

*O. Prihodskiy.* Humanisation of the industrial relations and health of a nation

*V.V. Marunich, A.V. Ipatov, Ye.V. Sergiyeny, L.I. Matveyenko, T.G. Voytchak, A.N. Matyash.* Organization and optimization of medical and social expert aid provision for children population affected by the Chernobyl Disaster

*A.V. Ipatov, I.L. Pherphyphine, E.V. Serhyeny, V.V. Marunich, P.R. Petrashenko.* Theoretical grounding of compensation principles for health damaging, caused by occupational activities

*V.F. Ognev.* Contents-analysis of bronchial asthma, allergical rhinoconjunctivitis and eczema prevalence among children populations in various regions of the World

*N.V. Medvedovska.* Effects of the main socioeconomic factors on formation and progression of eye pathology

*V.V. Bepalko.* Problem of teenagers drug-addiction in Ukraine and its primary prevention

*V. Kylyvnyk, Yu. Laduba.* The effectiveness of medical rehabilitation

## Methodologic approaches in the public health system

*A.M. Nahorna, V.B. Podrushnyak, V.V. Yelagin.* Methodologic approaches to classify the physicians posts according to international standards

*E.A. Dudina, N. M. Hoyda, T.N. Mazur.* Implementation of general practice pediatrician model – a strategic trend in improvement of primary medical aid for children

*V. Mironik.* Ratingestimation of activity of public health service establishments, concerning to municipal pattern of ownership in Vinnytsla area

## Economics of Health Care System

*A.O. Golyachenko.* Economic problems of the Ukrainian public health services at a macrolevel

*Г.А.Слабкий.* Пошук шляхів фінансового забезпечення спеціалізованої медичної допомоги міському населенню

50

*М.В.Шевченко.* Деякі аспекти оплати праці медичних працівників системи первинної медико-санітарної допомоги

52

## Наукове забезпечення охорони здоров'я

*Є.М.Горбань, Г.Й.Близнюк-Ходоровська, Т.В.Єльчиць, П.Р.Петрашенко.* Проблеми підвищення ефективності впровадження досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я

54

## Інформаційні технології в управлінні охороною здоров'я

*В.М.Пономаренко, В.В.Кальниш, О.В.Попов.* Деякі аспекти розробки технології сертифікації програмних продуктів медичного призначення

59

## Правове забезпечення

*Г.М.Москалець, М.Г.Бєлотєлов, В.М.Щепаняк, А.Л.Карлова, В.Б.Подрушняк, Т.М.Смірнова, Л.Д.Іваненко, Н.В.Якутович, В.І.Аксенова, Н.М.Лещук.* Потреби лікарів і наукових співробітників закладів і науково-дослідних установ санітарно-епідеміологічного профілю в нормативно-правовій інформації

63

## Організація медичної допомоги

*В.Ф.Москаленко, В.О.Волошин, Г.Г.Рошин, М.М.Михайловський.* Основні положення концепції організації надання екстреної медичної допомоги населенню України за умов надзвичайних ситуацій

71

*О.О. Приходський.* Здоров'я населення Вінницької області та роль обласного управління охорони здоров'я в його поліпшенні

76

*З.М.Парамонов, М.І.Борщівський.* Нові підходи до організації лікувально-діагностичного процесу на сучасному етапі та їх результати на базі обласної лікарні

79

*В.В.Рудень.* Структурно-логічний аналіз елементів організації інфраструктури медико-генетичної служби України

81

*С.І.Шкробот.* Перспективність сульфідної бальнеотерапії в реабілітації хворих на поперековий остеохондроз

87

*G.A. Slabky.* Search of ways of financial ensurance of specialized medical aid to urban population

*M.V. Shevchenko.* Some aspects of work payment in primary health care system

## Scientific provision of Health Care System

*Ye.M.Horban, H.Y.Blyznyuk-Hodorovska, T.V.Yelchits, P.R.Petrashenko.* Existing problems for medical science progress implementation into Ukrainian PSH

## Information technologies in the public health management

*V.M. Ponomarenko, V.V.Kalnish, A.V.Popov.* Some aspects in elaboration of medical software certification

## Legal provision

*G.M.Moskalets, N.H. Belotelov, B.M.Shchepanyak, A.L.Karlova, V.B.Podrushnyak, T.N.Smirnova, L.D.Ivanenko, N.V.Yakutovich, V.I.Aksyonova, N.M.Leschuk.* The needs of physicians and research workers at institutions and sanitary-epidemiologic scientific research establishments for normative and legal information

## Organization of Medical Aid

*V.F.Moskalenko, V.A.Voloshin, H.H.Roshchin, N.N.Mikhailovsky.* Main positions of the conception of urgent medical aid provision organization for Ukrainian population in states of emergency

*O.O. Prihodskiy.* Vinnytska province population health and the role of local management for health protection in its improvement

*Z.M. Paramonov, M.I. Borshchivsky.* New Approaches to the Organization of Up-to-Date Thetment and Diagnostics and Their Results on the Basis of Regional Hospital

*V.V. Ruden.* Structural and logical analysis of organization elements of the medico-genetic service infrastructure in Ukraine

*S.I. Shkrobot.* Using of Sulfide Balneotherapy in Rehabilitation of Patient with Lumbar Osteochondrosis



**Управління в охороні здоров'я**

*В.М.Попомаренко, В.І.Польченко, О.М.Ціборовський, Ю.А.Хунов.* Системно-ситуаційний підхід до обґрунтування концепції управління розвитком охорони здоров'я

92

*А.В.Степаненко, О.А.Цімейко, Г.О.Слабкий, Ю.В.Мельник, О.В.Калюжна.* Деякі аспекти процесу управління системою забезпечення якості медичної допомоги на сучасному етапі

94

*В.Д.Желєзняк, Л.Г.Коломієць.* Досвід, проблеми та перспективи розвитку служби інформаційного забезпечення системи охорони здоров'я Вінничини

96

**Народна та нетрадиційна медицина**

*В.В.Поканевич, А.М.Нагорна, Н.О.Кульчицька.* Соціально-гігієнічні та клінічні аспекти лікування методами народної та нетрадиційної медицини

98

**Медична демографія**

*Л.А.Чепелевська.* Особливості смертності населення України в 90-х роках

101

*С.Т.Омельчук.* Гігієнічна оцінка динаміки смертності населення України – основа розробки системи профілактичних заходів

105

*В.М.Шимон.* Шлюби та розлучення серед населення Закарпаття

109

**Медичні кадри**

*В.А.Болярська, Г.Г.Конопелько, О.Н.Литвинова, Л.М.Романюк, В.Л.Смирнова.* Досвід кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я.Горбачевського з програмного забезпечення підготовки бакалаврів та молодших спеціалістів медицини

112

**Історія медицини**

*В.Г.Бардов, А.М.Гринзовський.* Видатний учений, професор Київського університету св.Володимира І.П. Скворцов та його внесок у розвиток гігієни

114

**Ювілеї**

*О.М. Голяченко* (до 60-річчя від дня народження)

117

**До відома авторів**

119

**Health Care System Management**

*V.M.Ponomarenko, V.I.Polchenko, O.M.Tsiborovsky, Yu.A.Khunov.* System-situational approach to the substantiation of the public health progress management conception

*A.V.Stepanenko, O.A.Tsimenko, G.A.Slabky, Yu.V.Melnyk, Ye.V.Kaluzhna.* Some aspects of managerial process for medical aid and care quality provision on the modern stage

*V.D. Zheleznyak, L.H.Kolomiyets.* Experience, problems and perspectives for developing information supply service in Vinnyska province health system

**Alternative and Folk Medicine in Ukraine**

*V.V.Pokanevitch, A.M.Nahorna, N.O.Kultchyska.* Socio-hygienic and clinical aspects for medical performances by folk and alternative methods

**Medical Demography**

*L.A.Chepelevska.* Mortality peculiarities for the population of Ukraine in the 90-es

*S.T.Omelchuk.* Hygienic evaluation of mortality dynamics among population of Ukraine as a base for working out a system of prophylactic measures

*V.M. Shimon.* Marriages and divorces statuses of the population of Zakarpatskaya province of Ukraine

**Medical Professions' Manpower**

*V.A.Bolarska, H.H.Konopelko, O.N.Litvinova, L.M.Romaniuk, V.L.Smirnova.* The experience of the Department of Social Medicine and Public Health Care Organization of the Ternopsl State Medical Academy by I. Ya. Horbachevsky, in programme supply for bachelors and junior specialists training for different branches of medicine

**History of Medicine**

*V.G.Bardov, A.M.Grinzovskiy.* An eminent scientist, professor of saint Vladimir Kyiv University I.P.Skvortsov and his contribution to the development of hygiene.

**Jubilees**

*O.M. Holiachenko* (to the 60-th anniversary from the birthday)

**Notices for authors**

В. Ф. МОСКАЛЕНКО

## СТАН ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ТА НЕВІДКЛАДНІ ЗАХОДИ ЩОДО ЙОГО ПОЛІПШЕННЯ (ДОПОВІДЬ НА "ДНІ УРЯДУ УКРАЇНИ" У ВЕРХОВНІЙ РАДІ УКРАЇНИ 14.11.2000)

Шановний Іване Степановичу!

Шановний Вікторе Андрійовичу!

Шановні народні депутати, члени Уряду, шановні присутні!

Від імені Уряду України, дозвольте мені висловити, насамперед, подяку Верховній Раді за відчутне посилення турботи про охорону здоров'я нашого народу. За цими словами схвалена Вами Програма дій Уряду "Реформи заради добробуту" із потужним блоком питань з охорони здоров'я; близько двадцяти законів, прийнятих у поточному році з різних проблем галузі, в тому числі 7 – прямої дії; сьогоднішній "День Уряду України" з найактуальнішим порядком дня – фінансування охорони здоров'я.

Нагадаю, що від попереднього слухання минуло три роки. За цей час законодавча та нормативна база медицини суттєво зміцнилась. Лише за 2000-й рік підготовлено 10 проектів указів і розпоряджень Президента, 49 постанов і розпоряджень Кабінету Міністрів України, які вже прийняті і реалізуються. Зараз розробляється майже 50 нових нормативно-законодавчих актів Уряду, що визначатимуть реформаторський курс розвитку системи охорони здоров'я. Один із його напрямів – *"поетапне збільшення державних асигнувань в охорону здоров'я, їх раціоналізація та ефективне використання"*, визначений у Посланні Президента України до Верховної Ради "Україна: поступ у XXI століття. Стратегія економічного і соціального розвитку на 2000–2004 роки".

В абсолютних вимірах проголошена формула вже реалізується. Якщо в 1998 р. видатки на охорону здоров'я з бюджетів усіх рівнів становили 3,6 млрд грн, у 1999 – 3,8 то в 2000 обсяги досягли 4,3 млрд грн. На 2001 рік у проекті Державного бюджету передбачено 5,1 млрд, тобто видатки за ці роки послідовно зросли на 1,5 млрд грн.

Отже, частка видатків на охорону здоров'я в обсягах валового національного продукту відносно 2000 р. стабілізується, а не зменшується, як раніше. На цьому ґрунті, за умови поліпшення еко-

номічного стану в державі ми виходимо в наступні роки на реальне збільшення ресурсного потенціалу галузі.

Шановні народні депутати! Наш орієнтир – середні глобальні витрати на медико-санітарну допомогу, які становлять, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, 8 % від всесвітнього валового внутрішнього продукту (для довідки: в країнах з низьким і середнім рівнем доходів ці витрати становлять 4 %). Україна ж має в 2000 р. лише 2,7 %.

За витратами на охорону здоров'я з розрахунку на одного жителя Україна посідає 111-е місце серед 191 країни світу та 8-е місце – серед країн колишнього Радянського Союзу. Попереду йдуть країни Балтії, Білорусь, Росія, Молдова і, навіть, Вірменія з її набагато біднішими ресурсами.

Ця статистика виглядає, дійсно, несприятливою для України, якщо в наступні роки не посилюємо реформування галузі, не розвинемо те позитивне, що вже сьогодні забезпечує ефективне використання ресурсів навіть при існуючому рівні фінансування.

Для підтвердження цієї тези скажу, що, займаючи у світі згадане 111-е місце за питомими витратами на охорону здоров'я, Україна за інтегральним критерієм ВООЗ – *"досягнення цілей охорони здоров'я"* – все ж таки, і це важливо, знаходиться, за останніми даними, на 60-му місці у світі. Для порівняння: при значно кращому фінансуванні Росія займає лише 100 місце, а найближча до нас Молдова – 91. Це однозначно свідчить, що в Україні сьогодні матеріальні та кадрові ресурси галузі використовуються з максимальною можливою ефективністю.

Однак наші зусилля не призводять поки що до помітного поліпшення стану здоров'я населення, адже діяльність власне медичної галузі, як відо-

мо, забезпечує не більш 10% його збереження. Рівні захворюваності та смертності визначаються насамперед, комплексом немедичних причин. Тому загальнодержавними є проблеми туберкульозу та СНІД, вирішення яких неможливе без суттєвого покращення соціально-економічних умов життя.

Зростає кількість хворих на хронічну патологію, хвороби з обтяжливим перебігом, що вимагають особливо витратних технологій лікування. До цього слід додати, що не спостерігається помітних змін у тенденціях демографічної ситуації в Україні: рівень середньої тривалості очікуваного життя менший від такого в країнах Європи, населення України все більше старішає. Пенсіонери, діти, інваліди мають отримувати достатній (на рівні реальної потреби) обсяг медичної допомоги. Тому такий чинник охорони здоров'я, як фінансування, залишається актуальним, гострим і визначальним. Він же зумовлює і розподіл бюджетних коштів.

У своєму виступі наведу лише окремі найважливіші медичні та фінансово-економічні показники діяльності галузі. Для забезпечення доступності медико-санітарної допомоги у сільській місцевості протягом останніх трьох років кількість поліклінік та амбулаторій збільшилася на 3,9 %. Так, минулого року відкрито 86 лікарських амбулаторій, а до кінця 2000 р. їх планується збільшити ще на 43.

У сільську місцевість було направлено понад 8,5 тис. лікарів ("60 % випуску вищих медичних навчальних закладів). У цілому покращилася ресурсна база медичних закладів на селі. Збільшились обсяги телефонізації, забезпеченість санітарним транспортом. До кінця поточного року за рахунок коштів Держбюджету буде здійснено централізовану закупівлю автотранспорту на 10,5 млн грн – це близько 500 санітарних автомобілів.

Завдяки відповідній програмі, прийнятій Урядом цього року, почала реально впроваджуватися сімейна медицина. У тих регіонах, де вже діють такі інституції, відбувається скорочення відвідувань вузько профільних спеціалістів і зменшення (до 20 %) викликів швидкої медичної допомоги. Лише цей захід дозволяє отримувати щорічно економію близько 170 млн грн, а вивільнені кошти спрямовувати на сучасні медичні технології.

Набуває ширшого застосування і програмно-цільовий принцип фінансування. Це дозволяє сконцентрувати кошти на виконанні найбільш пріоритетних державних, галузевих програм і комплексних заходів програмного характеру. Серед них національні програми: "Діти України", "Планування сім'ї", "Генетичний моніторинг", "Цукровий діабет", "Здоров'я літніх людей", програми імунопрофілактики та боротьби з туберкульозом, СНІД і наркоманією тощо.

Наприклад, завдяки комплексній дії низки програм та організації мережі сучасних відділень реанімації новонароджених, вперше за роки незалежності вдалося досягнути сталої тенденції до зменшення смертності немовлят з 14 % у 1997 р. до 12,8 – у 1999. За оперативними даними дев'яти місяців, цей показник ще покращився – 12 %.

Суттєво зменшилась і материнська смертність.

Упровадження Національної програми імунопрофілактики населення дозволило знизити захворюваність на керовані інфекції та охопити щепленнями 95,7 % дітей. Зараз в Україні не реєструється епідемії небезпечних та особливо небезпечних хвороб. Деяко стабілізувався рівень онкологічної захворюваності, а в містах він навіть набув тенденції до зниження.

Уже наступного року планується 100-відсоткове фінансове забезпечення потреб держави у вакцинах для профілактики інфекційних хвороб, зосередження значно більших централізованих коштів на протитуберкульозні заходи, закупівлю інсулінів і протипухлинних засобів.

Шановні народні депутати! Сьогодні можна констатувати, що в державі за підтримкою Верховної Ради України зберігається пріоритетне фінансування галузі в межах можливого. Адже лише за 9 місяців 2000 р. із зведеного бюджету на охорону здоров'я в цілому спрямовано на 386 млн грн більше у порівнянні з таким же періодом 1999 р. При цьому питома вага видатків на охорону здоров'я у 2000 р. очікується на рівні 12 % обсягу зведеного бюджету проти 10,9 у 1999.

Саме тому, а також завдяки підвищенню особливої уваги Президента України нам вдалося досягти позитивної сталої тенденції до зменшення заборгованості по заробітній платі медичним працівникам.

У 1999 р. заборгованість по заробітній платі працівникам охорони здоров'я була зменшена на 135 млн грн, або 49 %, а за 10 місяців поточного року – ще на 71 млн. Отже, сьогодні поточна заборгованість, за останніми оперативними даними, становить лише 0,6 місяця (сума по регіонах – близько 77 млн грн). Зовсім немає заборгованості у Дніпропетровській, Луганській, Львівській, Черкаській областях і у містах Києві та Севастополі.

Проте, крім цього, держава має перед медиками моральний борг. Адже середній розмір заробітної плати у галузі становить лише 141 грн. Я не хочу сказати, що науковці чи промисловці мають отримувати зарплату меншу, ніж медики, але різниця у цифрах досить ще велика. Якщо в середньому у промисловості працівник отримує 328 грн, науковець – 336, то середня заробітна плата лікаря становить лише 200 грн. Але ж лікарі та

інші медичні працівники несуть не тільки моральну, професійну, а й кримінальну відповідальність.

Доречно нагадати, що відповідно до статті 77 Основ законодавства України про охорону здоров'я працівник медичної сфери має отримувати заробітну плату не нижчу від середньої у промисловості.

Завдяки впорядкуванню мережі та штатів, що було здійснено за три останні роки, змінилася на краще структура витрат, яка забезпечує безпосередньо лікувально-діагностичний процес, зменшилася частка оплати праці у загальних обсягах витратків на охорону здоров'я.

Шановні народні депутати! Проблеми медицини знаходяться у постійному полі зору Президента України. Без перебільшення скажу, що визначальним є підписаний Леонідом Даниловичем Указ "Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню України", яким передбачено вагомий комплекс міжгалузевих дій для підвищення рівня здоров'я наших громадян. А наступний рік проголошено Роком здоров'я.

Хочу також поінформувати, що тиждень тому Урядом схвалено Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України, яку буде подано на затвердження Президенту України. Це важливий, стратегічний документ, який обговорювався і також був схвалений профільним комітетом Верховної Ради.

Концепція передбачає системні зміни у сфері охорони здоров'я насамперед розширення позабюджетних джерел її фінансування. Серед них чільне місце буде займати загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування, добровільне медичне страхування, кошти територіальних громад, цільові медичні збори, добровільні внески та пожертви юридичних і фізичних осіб тощо. При цьому обсяги державного фінансування також поступово зростатимуть.

Шановні народні депутати! Хочу Вас запевнити, що справа за виконанням Концепції розвитку охорони здоров'я за медиками не стане. Майже 1,5 мільйонна армія медичних працівників виконає достойно свій громадянський і професійний обов'язок.

Що ж стосується фінансових проблем, то ми стали раціональнішими у використанні коштів Державного бюджету. Так протягом 2000 року проведено тендери для закупівлі лікарських засобів, виробів медичного призначення, медичного обладнання та санітарних автомобілів із застосуванням процедур відкритих і двоступеневих торгів. Це дозволило укласти контракти на закупівлю товарів та послуг на загальну суму 50 млн грн.

Економія бюджетних коштів вже становила 5 млн грн, за рахунок яких додатково закуплено, зокрема, протитуберкульозних препаратів на суму

2,4 млн грн і 41 санітарний автомобіль на суму 868 тис. До позитивних тенденцій можна віднести також і зростання обсягів бюджетних асигнувань на лікарські засоби та харчування, що спрямовуються із бюджетів усіх рівнів. Наведу тільки деякі приклади. Видатки на лікарські засоби зросли більше ніж у 2 рази (1998 р. – 236 млн грн, план на 2000 р. – 502 млн). Витрати на харчування збільшилися у півтора рази (1998 р. – 161 млн грн, план на 2000 р. – 238 млн).

За 9 місяців 2000 р. зросли обсяги вітчизняного виробництва лікарських засобів на 128 млн. грн. Нині вітчизняна фарміндустрія забезпечує наш ринок медпрепаратів на 38 %. До речі, це суттєво заощаджує кошти галузі та населення, адже українські ліки в середньому на 20–60 % дешевші від закордонних аналогів.

Усвідомлюючи обмежені можливості бюджету, ми прсводимо наполегливу роботу щодо залучення позабюджетних коштів. Це і благодійні внески, і кошти, отримані за страховими угодами, кошти підприємств і фінансування за міжнародними програмами тощо. У 1999 р. їх надійшло близько 180 млн грн, а за 9 місяців поточного року – вже 259 млн. Це на 44 % більше, ніж у минулому році, і на 68 – ніж у 1998 р.

Реальні шляхи поліпшення фінансового стану галузі, насамперед, у багатоканальному фінансуванні медичної сфери, розвитку і легалізації платних медичних послуг при одночасному зростанні державного фінансування. Перші кроки на цьому шляху сьогодні вже дійсно робляться.

Вагомим внеском у цю справу, по-перше, може бути прийняття Верховною Радою України Закону України "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування", та поетапне, що дуже важливо, його впровадження, адже нині жодна країна світу не бере на себе зобов'язання щодо виключно бюджетного фінансування охорони здоров'я.

По-друге, – запровадження гарантованого державною безоплатного рівня та обсягу медичної допомоги. Проект такої постанови Кабінету Міністрів вже підготовлений, а затвердження її дозволить захищати права громадянина на отримання як гарантованих державою медичних послуг, так і послуг більшого обсягу та якості у державному та недержавних секторах медичної допомоги. Для цього необхідно розширювати і підтримувати мережу недержавних закладів охорони здоров'я, створити реальний ринок медичних послуг для активізації альтернативних джерел фінансування медицини. Конкурентне середовище між закладами охорони здоров'я з надання медичних послуг приведе до зростання їх якості, сприятиме легалізації існуючих тіньових фінансових потоків у сфері охорони здоров'я.



По-третє, створення єдиного медичного простору у регіонах зменшить невиправдані бюджетні витрати на утримання паралельних медичних структур. Робота у цьому напрямку значно активізувалась у 2000 р.

Ще один крок – реальна підтримка власного фармацевтичного виробника для забезпечення медичного ринку дешевими та якісними лікарськими засобами. Дієвим чинником у цій справі могло б стати підвищення до 15 % тендерної преференційної поправки до цін вітчизняної продукції, а також врегулювання проблеми державного замовлення на закупівлю вакцин, інсулінів і лікарських засобів для лікування хворим на соціально небезпечні хвороби, адже це питання національної безпеки держави.

Нарешті, потрібна подальша реструктуризація системи охорони здоров'я із зміщенням акцентів на первинну медико-санітарну допомогу. Це, власне, завдання галузі, розв'язання якого суттєво зменшить потреби у високозатратній спеціалізованій допомозі.

Все вищезазначене потребує внесення відповідних змін до нормативно-правової бази медичної сфери, насамперед, до Основ законодавства України про охорону здоров'я, з метою їх приведення до стандартів Європейського Союзу. Про-

ект таких змін готовий до подання, і сподіваємося на підтримку і допомогу в його прийнятті.

Шановні народні депутати! Позитивна бюджетна політика на 2001 р. стосовно охорони здоров'я буде сприяти реалізації цих змін. Адже передбачається низка принципових фінансових тенденцій:

1. Збільшення видатків на охорону здоров'я за зведеним бюджетом на 821 млн грн, або 19 %.

2. Підвищення ролі Державного бюджету у зведеному бюджеті охорони здоров'я на 3,6 %.

3. Збільшення обсягів видатків із Державного бюджету на виконання програм з охорони здоров'я у 2 рази, на централізоване придбання лікарських засобів і протезів – 3,4 рази.

4. Збільшення обсягів видатків по закладах і установах, підпорядкованих МОЗ України, в цілому на 289 млн грн.

Хотілося б сподіватися, що зазначені заходи будуть підтримані Верховною Радою під час розгляду Державного бюджету на 2001 р. у другому читанні.

Насамкінець підкреслюю: тільки спільні, скоординовані зусилля всіх гілок влади у державі на покращення здоров'я народу приведуть до мети – розквіту нашої незалежної країни, де житимуть багаті та здорові люди. Цьому сприятиме міжгалузєва програма "Здоров'я нації", яка розробляється за дорученням Президента України.



О.О. ПРИХОДСЬКИЙ

## ГУМАНІЗАЦІЯ ВИРОБНИЧИХ ВІДНОСИН ТА ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ

Начальник обласного управління охорони здоров'я Вінницької області

Висвітлення цієї вельми складної та де в чому суперечливої соціально-філософської теми мало б починатись із дефініцій, щоби визначень.

Коли йдеться про гуманізацію виробничих відносин, то, очевидно, мається на увазі людяність цих відносин, визнання людини як головного суб'єкта господарського процесу, яка персоніфікує ці економічні відносини. Економіка завжди була, є і буде творінням людей. Які люди – така й економіка. Якщо економіка, що є творінням людей, своїм вістрям спрямована на вільний розвиток особистості і має своїм основним критерієм утвердження блага людини, то маємо підстави говорити про високий гуманний характер виробничих відносин.

Отже, у визначенні гуманного характеру виробничих відносин альтернатив немає, тут панує ясність і одноставність.

Визначення здоров'я, на перший погляд, також не становить труднощів, однак це питання менш досліджене в соціально-філософському плані і тут можуть бути різні тлумачення. Згідно із статуттом ВООЗ, здоров'я людини, а також групи людей, включно із нацією, є станом повного соціального, психічного та фізичного благополуччя, а не лише відсутністю хвороб і фізичних дефектів як таких.

Це визначення має тепер найбільшу поширеність у світі, хоча не бракує й інших тлумачень. Беззаперечним є розуміння того, що здоров'я людини й нації є наслідком не лише рівня медицини і медичного забезпечення, а всього укладу життя, який починається з праці, матеріального виробництва. Чим ліпше організована праця, чим ефективнішим є матеріальне виробництво, тим більші передумови для забезпечення здорового способу життя людей. Звідси, гуманізація виробничих відносин – це прямий шлях до поліпшення здоров'я людини і нації.

Однак подібне одностороннє тлумачення взаємозв'язків виробничих відносин і здоров'я тепер є неповним. Теорія і практика свідчать, що говорити лишень про вплив виробничих відносин на здоров'я в позитивному чи негативному смислі це один бік медалі. Інший, не менш важливий – це зворотний вплив здоров'я людини і нації на характер виробничих відносин, на їхню сталість і життєздатність. Маємо немало свідчень, що зміна ви-

робничих відносин зумовлювалась не лише потребою зростання продуктивності праці, а й станом здоров'я людей, рушійної сили виробництва.

Наведу два приклади. Із підручників історії ми знаємо, що падіння Римської імперії в V столітті нашої ери зумовлено тим, що виробничі відносини рабовласницького суспільства вичерпали себе, праця рабів перестала відповідати вимогам зростання її продуктивності. Це так. Але не менш важливою причиною падіння цієї імперії було духовне і фізичне розтління людності. Надмірне пияцтво і порушення сімейної моралі сягнули небачених розмірів. Штучне переривання вагітності, проституція, гомосексуалізм, венеричні та епідемічні хвороби стали буденним явищем.

Приклад другий – розвал Радянського Союзу. Наголошується на тому, що Радянській Союз програв економічну гонку із Заходом. Продуктивність праці була в 3-6 разів нижчою, виробництво занепаало, що врешті-решт призвело до непереборних децентралістських тенденцій. Але ж поруч з цим йшло неухильне погіршення здоров'я людей. До середини 60-х років смертність в країні знижувалась з тієї простої причини, що покоління, які мали вмирати в 40-50-і роки природною смертю, були в 30-і виморені голодом, зищені в ГУЛАГах і впади на полях битв другої світової війни. Із середини 60-х смертність почала неухильно зростати і за останні 30 років існування Союзу збільшилась вдвічі, тривалість життя людей зменшилась на 10 років, питома частка працездатного населення постійно зменшувалась, а питома частка так званих утриманців (дітей, інвалідів, пенсіонерів) щороку зростала.

Маємо зупинитись і на визначенні нації. В контексті питання, яке розглядається, слід особливо наголосити на господарських традиціях нації, на особливостях притаманних їй виробничих відносин.

Нація – це сукупність людей, які створили енергетичну систему національного менталітету. Нація є результатом закономірного розвитку природного інтелекту і його енергетичною формою.

Тут важливо підкреслити, що основним принципом розвитку природного інтелекту є гуманізм, згідно з яким людина і нація проголошуються вищою цінністю цивілізації. Принцип гуманізму за-

безпечується свободою людини і свободою нації, що означає можливість діяти відповідно до власного волевиявлення для задоволення назрілих потреб не зачіпаючи інтересів інших людей або націй. Принцип гуманізму знаходить своє найбільше втілення в ідеології націоналізму, оскільки використання останнього захищає кожну людину і весь народ.

Кожна людина і кожна нація унікальні й неповторні. В традиціях української нації, що формувалась протягом тисячоліть на наших родючих землях, висока господарська культура. Психологія українця – це психологія господаря, що веде своє господарство на високих морально-етичних засадах. Йому генетично чужа артільна або батрацька зорієнтованість. На превеликий жаль, традиційні форми господарювання українців неодноразово піддавались жорстоким випробуванням, особливо в ХХ сторіччі.

Щоб зрозуміти сьгоднішні виклики, які стоять перед нацією в плані гуманізації її виробничих відносин і збереження та примноження здоров'я, слід підійти до них з історичних позицій.

Сучасну цивілізацію породила приватна власність на засоби виробництва. Як тільки вона прийшла на зміну первісній ізоляції, продуктивність праці почала стрімко зростати. Змінювались технологія виробництва і виробничі відносини, на зміну рабовласницькій державі (остання, тобто держава, виникла як інструмент захисту певних виробничих відносин) прийшла феодальна, а потім буржуазна. Якщо в рабовласницькій і феодальній державі вільне населення складало меншість, то в буржуазній кожна людина стала вільною, так би мовити ковалем свого щастя. Це дало могутній поштовх розвитку продуктивних сил. Людство пережило першу, потім другу промислову революції. Загалом це благотворно вплинуло на здоров'я людей. За період з початку нової ери і до кінця ХІХ сторіччя пересічна тривалість життя людей зросла вдвічі, з 19 до 40 років. І водночас в тому ж ХІХ сторіччі на горизонті з'явилося нове вчення – замінити приватну власність на засоби виробництва власністю колективною, рівномірно розподілити блага, яких досягла людська цивілізація.

Мусимо пояснити, чому незважаючи на гігантський поступальний розвиток матеріального виробництва, який забезпечила приватна власність на засоби виробництва, виникла спокуса цю власність ліквідувати, а власників експропріювати. І не тільки виникла, а й була зреалізована на нашій багатостраждальній землі. Не треба повторювати загальновідомі істини на цю тему, хоча суперечки ще далеко не завершені, треба подивитись на проблему з позицій здоров'я людей.

Вільні виробничі відносини, які отримали назву ринкових, виявили не тільки свої величезні пере-

ваги, а й незаперечні недоліки. Формально вони рівні для всіх, фактично дають перевагу сильному над слабким, здоровому над хворим. Вони призвели до колосального соціального розшарування суспільства, до непомірного накопичення багатств на одному полюсі і зубожіння – на іншому. Бідні, зубожілі люди – формально рівні з багатими – насправді стали об'єктом жорстокої експлуатації з боку багатих. Прагнення досягти максимального прибутку стало причиною непомірного робочого дня, низької заробітної платні, антисанітарних умов праці та відпочинку. Здоров'я основної маси трудівників і їхніх сімей різко контрастувало зі здоров'ям іншої невеликої частини суспільства. До цього додалася екологічна проблема. Оскільки сировина є складовою частиною в альтернативній вартості товару, з метою його здешевлення і збільшення того ж максимального прибутку ця сировина добувалась варварськими методами, що завдало непоправної шкоди довкіллю, тобто тому природному середовищу, в якому живуть і багаті і бідні.

І це вчення впало на благодатний ґрунт незадоволення з боку основної – експлуатованої частини суспільства.

Однак автори цього вчення добре усвідомлювали, що передача власності у руки зубожілої, люмпенізованої частини суспільства ніяк не сприятиме розвитку продуктивних сил та матеріальному збагаченню суспільства. Їхні лозунги були фальшиві, бо головні стимули до праці – накази і покарання.

Трагедія полягає в тому, що на долю наших дідів та батьків випало працювати в трудових арміях. Мільйони в ГУЛАГах рили канали і перегорджували ріки, мільйони були загнані в колгоспи. Максимум, чого було досягнуто в трудових арміях, це те, що трудівнику платили у вигляді заробітної плати 20 % того, що він виробляв. Все інше забирала держава і розподіляла згідно з притаманними їй пріоритетами. Працівник не був зацікавлений в роботі, а тому продуктивність його праці неухильно зменшувалась, а держава не була зацікавлена в збереженні здоров'я працівника, бо він був найдешевшим елементом виробництва. На фронтонах заводів, фабрик і організацій писалось: "Все для людини, все для її блага", а цій людині платили лише крихти від того, що вона виробляла.

Історія вчить тому, що вона нічого не вчить. Здавалося б, все зрозуміло: ефективність приватної власності доведена всім ходом історичного поступу людства. Трагічні наслідки комуністичного експерименту незагойною ранкою ятратя душу нашого народу. Висновок однозначний: відродження нації – це відродження власника, це гуманізація виробничих відносин, це подолання прірви між

багатими та бідними, це створення потужного, середнього класу, що вирізняється високою національною свідомістю, економічною активністю, високою господарською мораллю.

Однак все це поки-що із розряду фантастики. Трапилося непередбачуване. За дев'ять років незалежності в Україні витворилось суспільство, яке увібрало в себе усі негативні сторони комуністичних і диких ринкових відносин. Пам'ятаєте, Горбачов мріяв створити суспільство, яке б акумулювало позитивні сторони соціалізму і приватного підприємництва. Цей симбіоз виявився нездійсненним, а от зворотний, а саме дикий ринок на тлі переважаючої комуністичної власності пишним цвітом розцвів в Україні.

Ось його основні характерні риси:

- переважаюча форма власності – колективна, а точніше так звана державна – з її низькою продуктивністю праці;

- однак роздержавлення певної частини власності проведено таким чином, що недавня державна власність перейшла в руки не ефективного власника, а такого, який працює переважно “в тіні”, не платить податків і не розуміє, що та прірва, яка раптово утворилася між ним і основною масою зубожілого люду – то величезна потенційна загроза існуванню і його самого і щойно утвореної держави.

- замість національного відродження – подальша манкуртизація народу. Основну роль в цьому відіграють засоби масової інформації, культурна експансія північного сусіда і православна церква, що підпорядкована Московському патріархату. Як

відомо, в нашій державі вона переважає, і весь трагізм ситуації полягає в тому, що саме ця церква перебрала на себе недавні функції ідеологічних відділів райкомів і обкомів партії, які денационалізували наш народ;

- на цьому фоні здоров'я людей невпинно погіршується і ми маємо становище, значно трагічніше, ніж це було в радянський період. Це є величезною загрозою існуванню самостійної української держави.

Що ж можна протиставити цьому потужному антиукраїнському натиску? Лише одне – подвижницьку роботу еліти нації, її інтелігенції.

В історії нашої інтелігенції був так заваний період народництва. Тоді інтелігенти не були вихідцями з народу, але вони відчували глибоку зобов'язаність перед народом, бо розуміли, що краплина блага, якою вони користуються, створена цим народом. Тому вони йшли в народ, пробуджуючи в ньому національну свідомість і громадянські мотиви.

Як це не дивно, але сучасна українська інтелігенція, вийшовши з глибин народних, багато в чому втратила з ним генетичний зв'язок, стала в позу ображеного прошарку, якому не платять зарплати. Хто ж, як не він, цей прошарок, повинен розуміти, чому та зарплата не платиться, хто ж, як не він, повинен стати в авангарді пробудження свого упослідженого народу. З надією на те, що врешті-решт наша інтелігенція пробудиться і поведе свій народ до матеріального та духовного відродження, мусимо працювати від зорі до зорі, з ранку до вечора.

## ГУМАНИЗАЦИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ОТНОШЕНИЙ И ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ

А.Приходский (Винница)

Гуманизм, цивилизованные производственные отношения – залог здоровья нации. В Украине до сих пор не созданы условия для нормальных рыночных отношений, что пагубно отражается на здоровье ее народа.

## HUMANISATION OF THE INDUSTRIAL RELATIONS AND HEALTH OF A NATION

O.Prihodskiy (Vinnitsa)

Humanism, civilized industrial relations are the pledge of health of a nation. In Ukraine conditions for the normal market relations till now are not created, that is drastically reflected on health of a nation.

УДК 364.42/.44:616-053:614:876

В.В. МАРУНИЧ, А.В. ПАТОВ, О.В. СЕРГІЄНІ,  
Л.І. МАТВЄЄНКО, Т.Г. ВОЙТЧАК, О.М. МАТЯШ (Дніпропетровськ)

## ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ОПТИМІЗАЦІЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТНОЇ ДОПОМОГИ ДИТЯЧОМУ НАСЕЛЕННЮ, ЯКЕ ПОСТРАЖДАЛО ВНАСЛІДОК ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ

Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності

Внаслідок аварії на ЧАЕС в Україні склалась екологічна ситуація, коли в сферу довготривалого впливу радіоактивного чинника потрапили значні контингенти дитячого населення. Аналіз стану здоров'я дітей, які постраждали в результаті Чорнобильської катастрофи, засвідчує його погіршення. Чітко окреслилась тенденція до збільшення рівня захворюваності та інвалідності від хвороб органів травлення, дихання, онкологічних, онкогематологічних, нервової та ендокринної систем і їх комбінацій. За офіційними даними державних і відомчих звітів на 01.01.2000, рівні захворюваності та інвалідності дітей чорнобильського контингенту перевищують аналогічні рівні у дітей, котрі не постраждали від аварії, на 22 % [1,2,3,4]. Серед загальної кількості інвалідів-чорнобильців (156 555 чоловік) частка дітей-інвалідів становила 2,6 % (4136 чоловік). Питома вага дітей-інвалідів від загальної кількості вперше визнаних інвалідами цієї категорії людей в 1998 р. становила 11,3 % [5,6,7].

Інвалідність дитячого населення, яке постраждало внаслідок аварії на ЧАЕС, недостатньо вивчена. Немає відомостей про кількість інвалідів у різних областях України та їх віковий склад, нозологічну структуру, тяжкість патології, реабілітаційний потенціал та інші важливі дані, що значно ускладнює управління процесом медичної і соціально-професійної реабілітації, зменшує можливість цілеспрямованого впливу на формування контингенту інвалідів, який вивчається.

Особливу стурбованість викликає стан інвалідності та соціального захисту дітей-чорнобильців 16–18-річного віку, які ще не закінчили навчання, не визначились із трудовою орієнтацією і у яких не розкрився потенціал забезпечення їхньої професійної мобільності. Теперішня організація та основні принципи функціонуючої моделі медико-соціальної експертизи дитячого населення, яке постраждало внаслідок аварії на ЧАЕС, неоднорідні й потребують вдосконалення.

Відповідно до ст.12 Закону України "Про соціальний статус і соціальний захист громадян, які постраждали в результаті Чорнобильської катастрофи", Наказу МОЗ України №150 від 17.05.97, а також №166/129 від 30.05.97 затверджені системи експертизи, що її складають, визначені контингенти того дитячого населення, котре їй підлягає.

Первинне встановлення причинного зв'язку між захворюваннями, інвалідністю та смертністю дитячого населення, згідно з наведеними законодавчими і нормативними актами, повинно проводитися Центральною дитячою спеціалізованою ЛКК (м.Київ). Тепер у районах, які потерпіли від аварії на ЧАЕС, такий зв'язок визначається в Центральній і обласних (міських) дитячих спеціалізованих ЛКК, а в областях, які не потерпіли від Чорнобильської аварії, – тільки Центральною дитячою спеціалізованою ЛКК у дітей до 16 років на основі "Переліку захворювань і патологічних станів... в результаті впливу на організм дитини іонізуючого випромінювання та інших шкідливих чинників аварії на ЧАЕС" (дод. до наказу №150 від 17.05.97).

Після досягнення дітьми чорнобильського контингенту 18-річного віку вони направляються в між-регіональні експертні комісії, де обстежується доросле населення. Такі комісії в своїй роботі керуються "Переліком захворювань, при яких може бути встановлений причинний зв'язок... у дорослого населення, яке постраждало в результаті аварії на ЧАЕС". Останній значно відрізняється жорсткішими підходами до вирішення експертних питань від "Переліку захворювань... для дитячого населення". Тому після досягнення 18-річного віку деякі хворі втрачають причинний зв'язок захворювання, патологічного стану з впливом шкідливих чинників аварії на ЧАЕС. Наявність такого зв'язку у дітей-чорнобильців визначає отримання ними грошової допомоги, виплата якої здійснюється до 16 років.

Положення про медико-соціальну експертизу дитячого населення не розроблене, критеріїв оцін-



ки стану їхнього здоров'я немає, обґрунтування діагнозів, як правило, не дотримується.

Методика медико-соціального забезпечення дитячого населення чорнобильського контингенту базується на нозологічному принципі експертизи, коли рішення приймається на основі діагнозу захворювання, а оцінку стану здоров'я дитини проводять з урахуванням динамічного перебігу і кінця хвороби, який виявляється шляхом загальноклінічних методів дослідження. Тобто існуюча практика медико-соціальної експертизи дітей-чорнобильців "м'яка", має, по суті, емпіричний характер, істотно відрізняється в різних областях країни.

Огляд дітей після 16 років проводиться в радіологічних медико-соціальних експертних комісіях (МСЕК) Дніпропетровської, Донецької, Київської, Харківської та Чернігівської областей, в решті областей – обласних МСЕК згідно з Положенням "Про медико-соціальну експертизу" та Інструкцією "Про встановлення груп інвалідності" (1991).

За основу медико-соціальної експертизи дітей старше 16 років, як і дорослого населення, прийнята оцінка їхньої життєдіяльності (повна чи часткова втрата здатності до самообслуговування, руху, спілкування, навчання, контролю за своєю поведінкою, участі в трудовій діяльності). Медико-соціальний принцип визначення стану життєдіяльності дозволяє зробити висновок про ступінь порушення функцій, їх компенсаторних можливостей, про трудовий прогноз, дати необхідні рекомендації з медичної, соціально-професійної реабілітації. Методика медико-соціальної експертизи дорослого населення, в тому числі дітей-чорнобильців старше 16 років, в основу якої покладений диференційований підхід до оцінки стану життєдіяльності шляхом синтезу медичних (біологічних) і соціальних даних, має об'єктивний, більш жорсткий характер порівняно з експертизою, яку проходять діти-чорнобильці до 16 років.

Наведені дані простежують відсутність науково обґрунтованого адекватного медико-соціального експертного забезпечення дитячого населення віком 16–18 років. Як наслідок сотні дітей віком до 16 років, які мають соціальний захист у вигляді пенсії, після досягнення цього віку, але коли ще не сформувалась професійна орієнтація і не здійснився вибір трудового шляху, втрачають соціальний захист і статус дитини-інваліда. В складних сучасних соціально-економічних умовах, коли значна інтенсифікація праці висуває підвищені вимоги до фізичних і психічних можливостей індивіда, а у багатьох дітей чорнобильського контингенту спостерігається поєднання соматичних захворювань з астено-невротичним станом, що різко утруднює освоєння не тільки професій, а й навичок,

не створюються умови для закріплення трудової спрямованості. Саме в цих дітей залишається низькою матеріальна забезпеченість, сімейно-побутова адаптація. В разі відсутності адекватних форм навчання, організації праці, достатніх медичних, у тому числі соціально-психологічних, реабілітаційних заходів, у осіб із ознаками інвалідності з дитинства посилюється соціально-професійна дезадаптація.

Системна організація та оптимізація (вдосконалення) медико-соціальної експертної допомоги дитячому населенню, яке постраждало внаслідок Чорнобильської катастрофи, повинна спрямовуватися на своєчасну адаптацію та суспільну інтеграцію хворих дітей. Її необхідно розглядати як систему заходів, проведення яких дозволяє зберегти життєдіяльність, забезпечити професійну здатність відповідно до стану здоров'я, індивідуальних можливостей, інтересів, ефективності навчання.

Системна організація медико-соціального експертного забезпечення дітей чорнобильського контингенту повинна охоплювати:

- чітке визначення контингенту неповнолітніх дітей, які є потерпілими внаслідок Чорнобильської катастрофи;
- напрацювання критеріїв встановлення причинного зв'язку захворювань (патологічних станів) з наслідками аварії на ЧАЕС;
- напрацювання алгоритму організації медико-соціальної експертної допомоги;
- оптимізацію якості та вдосконалення медико-соціальної експертної допомоги дитячому населенню.

Визначення контингенту неповнолітніх дітей обґрунтоване Законом України "Про соціальний статус і соціальний захист громадян, які постраждали в результаті Чорнобильської катастрофи" (1991). Критерії визначення причинного зв'язку захворювань (патологічних станів) викладені відповідно до Інструкції використання "Переліку... у населення, яке постраждало внаслідок аварії на ЧАЕС" від 17.05.97.

Важливе значення в системній організації медико-соціального експертного забезпечення дітей чорнобильського контингенту має алгоритм, який полягає в наступному. До 15-річного віку контингент дітей, які постраждали внаслідок аварії, знаходиться на диспансерному обліку, обстеженні, спостереженні та лікуванні в дитячих лікувально-профілактичних закладах у різних групах первинного обліку: II – евакуйовані; III – переселенці; IV – діти, народжені від батьків категорії потерпілих внаслідок аварії.

Після досягнення 15-річного віку дітей передають на диспансерне спостереження в підліткові кабінети ЛПЗ. Лікарі дитячих ЛПЗ і лікувально-про-



філактичних закладів для дорослих, педагоги зобов'язані переглянути існуючу практику профілактики, медичної реабілітації та соціально-трудової адаптації дітей-чорнобильців. Визначальним завданням для дітей 10–15, 16–18 років повинно стати не лише обов'язкове отримання максимально можливої загальної освіти, що відповідає стану здоров'я, але й участь у кожній громадській діяльності шляхом систематичної професійно орієнтованої роботи, набуття перспективних професій.

Шістнадцятилітні діти, котрим встановлений причинний зв'язок захворювань з наслідками аварії на ЧАЕС згідно з "Переліком захворювань... для дитячого населення" і які отримали спеціальну допомогу через інвалідність з дитинства, направляються на огляд у МСЕК для оцінки стану життєдіяльності. Згідно з Інструкцією про встановлення груп інвалідності (1991) їм буде встановлена I, II чи III група (причина інвалідності – "захворювання, пов'язане з впливом наслідків аварії на ЧАЕС") терміном 3–5 років до закінчення навчання, набуття професії та працевлаштування.

У 18-річному віці хворі повинні направлятися в міжрегіональну експертну комісію для підтвердження причинного зв'язку захворювань згідно з "Переліком захворювань... для дорослого населення". В разі необхідності причина інвалідності може бути змінена. Не проходять повторну експертизу для встановлення причинного зв'язку лише діти з уродженими аномаліями, якщо у них до 18 років не відбулася корекція патологічних станів.

Діти в 16-річному віці, в яких не був встановлений причинний зв'язок між наявними у них захворюваннями чи патологічними станами і наслідками аварії на ЧАЕС, але які лікувались і обстежувались у дитячих лікувально-профілактичних закладах і згідно з наказом №175 від 05.12.91 їм визначалась соціальна допомога на різні терміни, направляються на огляд у МСЕК для встановлення групи інвалідності (I, II, III) з дитинства терміном 1–2 роки, учням – до закінчення навчання і працевлаштування.

Аналіз організації та ефективності медико-соціальної експертної допомоги дитячому населенню, яке постраждало внаслідок Чорнобильської катастрофи, засвідчує, що вона недосконала, неоднорідна в різних областях України. В законодавчих положеннях встановлення причинного зв'язку та інвалідності у дітей і дорослих немає відповідності та наступності, внаслідок чого багато дітей, котрі отримують соціальну пенсію до 16 років, втрачають її з цього віку, що викликає численні заперечення і скарги в різні інстанції. Незважаючи на те, що держава несе всезростаючі соціально-економічні втрати внаслідок інвалідності, не вдається зняти психоемоційну напруженість

населення, яка вимагає – бо потребує – соціального захисту.

Вивчення клінічної та експертної документації під час визначення інвалідності дозволило оцінити значення таких чинників, як недоліки лікувально-профілактичного обслуговування, а також помилкової тактики МСЕК. Встановлено, що параклінічні методи обстеження, які застосовуються в дитячих ЛПЗ, не несуть достатньої інформації для застосування в практиці медико-соціальної експертизи дорослого населення. Стандарти обстеження і програми реабілітації дітей-чорнобильців відсутні, диспансерне спостереження часто нерегулярне, наступність, комплексність, повноцінність лікування не завжди витримуються, що також певним чином впливає на якість експертних рішень.

Методика експертного обстеження дітей чорнобильського контингенту на сучасному етапі характеризується певними особливостями. Окрім діагностики захворювань і патологічних станів, необхідно виявляти їхню поєднаність, ускладнення, взаємообтяжливості, встановлювати їх патогенетичний зв'язок із впливом шкідливих наслідків аварії. У зв'язку з цим експертне забезпечення дитячого населення, особливо віком 16–18 років, – один із найскладніших розділів медико-соціальної експертизи. Рішення МСЕК – не лише документ, який визначає право дитини на пенсію, але й такий, що передбачає все подальше соціальне й побутове влаштування, весь її подальший життєвий шлях, можливість включення в суспільно-корисну діяльність. Тепер відбувається лише становлення медико-соціальної експертизи дитячого населення чорнобильського контингенту. Проблемними залишаються питання розробки вдосконалення клініко-функціональних критеріїв оцінки стану життєдіяльності, прогнозу трудової діяльності. На низькому рівні перебуває соціальна й професійна реабілітація дітей (професійна орієнтація, навчання, раціональне працевлаштування). Експертні підходи до огляду дітей чорнобильського контингенту науково не обґрунтовані.

На наш погляд, основним методичним принципом медико-соціальної експертизи дитячого населення, особливо віком 16–18 років, є комплексний аналіз та оцінка медико-біологічних і соціально-економічних чинників. Потрібно враховувати, що складні соціальні процеси, ускладнення виробничих та інтерперсональних стосунків у трудових колективах з переходом підприємств на ринкову економіку, новизна цих стосунків і різкий злам стереотипів насамперед торкаються більш чутливих і менш виносливих стосовно емоційних і фізичних навантажень хворих дітей чорнобильського контингенту. Вони не завжди спроможні справитися з новими, виставленими життям, вимогами, зрозуміти їх, оцінити свої можливості, вибу-

дувати для себе нові, реальні перспективи. Тому експертиза дитячого населення, яке постраждало внаслідок Чорнобильської катастрофи, повинна бути "м'якою", демократичною, диференційованою в кожному конкретному випадку, з ретельним вивченням медико-експертної документації дитячих лікувально-профілактичних закладів про характер і особливості перебігу захворювань, їх поєднань, ефективності лікування, психоемоційного стану дитини, результатів клініко-функціонального обстеження, можливостей соціальної та професійної адаптації, професійного навчання.

Отже, проблема організації та вдосконалення медико-соціальної експертної допомоги і зменшення інвалідності дитячого населення, потерпілого внаслідок Чорнобильської катастрофи, потребує вироблення системної концепції, основними функціональними структурами якої повинні бути: міжвідомчість, наступність, моніторинг інвалідності, розробка єдиних законодавчих документів і нормативних положень з причинного зв'язку захворювань, медико-соціальних експертних підходів до оцінки життєдіяльності, стандартів реабілітації дітей різних вікових груп.

### Список літератури

1. Войтчак Т.Г., Сергиєни Е.В., Коваленко В.В., и др. Инвалидность с детства в Украине // Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов: Респ. межвед. сб.– Днепропетровск, 1995.– Вып. 26.– С. 34–39.
2. Гойда Н.Г., Коренев М.М., Богмат Л.Ф. та ін. Медико-соціальні аспекти дитячої інвалідності в Україні // Часопис.– 1999.– 3/11.– С. 112–114.
3. Здоров'я населення України: Щорічна доп., 1996.– К.: Б.в., 1997.– 136 с.
4. Здоров'я населення України та діяльність лікувально-профілактичних закладів системи охорони здоров'я: Щорічна доп., 1997.– К.: Б.в., 1998.– 377 с.
5. Маруніч В.В. Первинна інвалідність населення України та шляхи її зменшення // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України.– Київ – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999.– Вип. 2.– С. 25–28.
6. Поляничка Л.О. Захворюваність гемабластозами дітей чорнобильського регіону // 10 лет после аварии на ЧАЭС: Науч. тр. Укр. НИИ онкологии и радиологии.– К.: 1997.– С. 50–53.
7. Проскурина Т.Ю., Матковская Т.М. Состояние психического и соматического здоровья детей и подростков, воспитывающихся в неблагоприятных условиях // Актуальні пробл. охорони здоров'я дітей шкільного віку та підлітків: Матеріали конф.– Харків, 1997.– С. 157–159.

### ОРГАНИЗАЦИЯ И ОПТИМИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТНОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ, ПОСТРАДАВШЕМУ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ КАТАСТРОФЫ

В.В.Маруніч, А.В.Іпатов, Е.В.Сергиєни, Л.І.Матвєєнко, Т.Г.Войтчак, А.Н.Матяш (Днепропетровск)

Проанализирована с системных позиций функциональная практика медико-экспертной помощи детскому населению, пострадавшему в результате Чернобыльской катастрофы. Установлена её неоднородность, несовершенство, отсутствие преемственности с экспертизой взрослого населения. Подчеркнуто, что в настоящее время происходит становление медико-социальной экспертизы детского населения чернобыльского контингента. Мотивирована целесообразность оптимизации системной организации такой экспертизы.

### ORGANIZATION AND OPTIMIZATION OF MEDICAL AND SOCIAL EXPERT AID PROVISION FOR CHILDREN POPULATION AFFECTED BY THE CHERNOBYL NPPD.

V.V. Marunich, A.V. Ipatov, Ye.V. Sergieny, L.I. Matviyenko, T.G. Vojtchak, A.N. Matjash (Dnipropetrovsk)

Nowaday existing practice of medical-expert aid provision for the children population affected by the Chernobyl NPPD has been analysed from systemic positions. There were revealed its inefficiency, diversity in case-to-case approaches and lack of succession between expertise of children and adults populations. It was stressed, that the medical-social expertise of the ChNPPD children contingent remained today in its foundation stage. The need for optimization of its systemic organization has been motivated.

УДК 331.46:368.41

А.В. ІПАТОВ, Й.Л. ФЕРФІЛЬФАЙН, О.В. СЕРГІЄНІ (Дніпропетровськ)

## ТЕОРЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПРИНЦИПІВ ВІДШКОДУВАННЯ ЗБИТКУ ЗДОРОВ'Ю, НАНЕСЕНОМУ ПІД ЧАС ВИКОНАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ ОBOB'ЯЗКІВ

Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності

Питання визначення ступеня ушкодження здоров'я і у зв'язку з цим – втрати професійної працездатності хворими внаслідок виробничої травми і професійного захворювання – одні з відповідальних у медико-соціальній експертизі. Йдеться про втілення в практику державної політики стосовно цієї категорії потерпілих, пріоритетом якої є справедливе і максимально повне відшкодування збитків, спричинених їхньому здоров'ю.

Аналіз висновків медико-соціальних експертних комісій (МСЕК) щодо визначення ступеня втрати професійної працездатності працівниками внаслідок виробничих травм і професійних захворювань показує, що в деяких випадках вони недостатньо обґрунтовані. Трудність у вирішенні цих питань зумовлюється не лише різним рівнем фахової компетентності лікарів-експертів, а й головним чином – недосконалою базою нормативних документів, а саме, наказів МОЗ України №212 від 22.11.95 і №238 від 05.08.98 стосовно визначення ступеня стійкої втрати працездатності (у відсотках) хворими та інвалідами, що настала внаслідок ушкодження здоров'я під час виконання трудових обов'язків, недостатньою обґрунтованістю методології формування експертних висновків у цих випадках.

Дане дослідження присвячене суто теоретичному висвітленню питань відшкодування збитку здоров'ю, спричиненого під час виконання професійних обов'язків.

Проблема, безперечно, охоплює низку принципів питань, які в нормативних документах не відображені чи подаються не зовсім чітко, що, в свою чергу, дає привід для довільного витлумачення відповідних наказів.

Це такі питання:

1. Чи визначається збиток у зв'язку з обмеженням життєдіяльності, чи лише з одним її проявом – обмеженням професійної працездатності? Це принципово важливо, оскільки зміст поняття обмеження життєдіяльності та стійкої втрати працездатності не однозначні.

2. Як попередити дискримінацію молодих пра-

цівників чи молодих спеціалістів з наслідками травм, відшкодування збитків котрим розраховується з мінімальної (початкової) заробітної плати? Тим більше, наслідки травм можуть радикально змінити їхню професійну діяльність та інші види життєдіяльності впродовж усього життя.

3. Чи виправдана залежність ступеня втрати професійної працездатності (у відсотках) від групи інвалідності? В багатьох випадках при відповідно високому ступені втрати професійної працездатності (особливо в разі поєднання деяких наслідків травм і професійних захворювань) факт інвалідності відсутній (якщо судити про інвалідність згідно з її трактуванням у Законі "Про основи соціальної захищеності інвалідів в Українській РСР", 1991 та Інструкції про встановлення груп інвалідності, 1991).

4. В якій мірі науково вмотивовані таблиці визначення збитку у відсотках? Можна припустити, що в багатьох випадках вони складені довільно, тільки на основі логічних посилянь чи зорієнтовані на існуючий дефект. Імовірно, їх можна врахувати в медико-соціальній експертизі лише як варіанти, а не абсолютні нормативи.

5. Чи підлягає відшкодуванню збиток, спричинений здоров'ю на підприємствах недержавної форми власності, в тому числі сільськогосподарських (фермах, інших формах сільськогосподарського виробництва)?

6. Яка система відшкодування збитку передбачена у випадку ліквідації чи банкрутства підприємства, на якому сталася виробнича травма?

7. Яке значення обов'язкового страхування при відшкодуванні збитку внаслідок виробничої травми і професійного захворювання?

8. В якій мірі виправдане призначення державної пенсії при відшкодуванні збитку внаслідок ушкодження здоров'я на недержавних підприємствах?

Безперечно, в новому повноцінному нормативному документі про відшкодування збитків, отриманих у зв'язку з виробничою діяльністю, мусить братись до уваги правильне вирішення перелічених вище питань.

Існують різні теоретичні підходи (принципи) відшкодування збитків, нанесених здоров'ю, кожен з яких має свої переваги й недоліки.

Розглянемо деякі можливі варіанти.

1. Відшкодування збитку (у відсотках), визначеного залежно від характеру стійких наслідків травми чи професійної патології, може розраховуватися відносно абсолютної грошової величини (в разі щомісячної виплати), котра нараховується у встановленій законом визначеній кількості мінімальних зарплат.

Такий принцип відшкодування збитку виключає дискримінацію молодих спеціалістів, учнів на виробництві, низькооплачуваних робітників, працівників з комбінованою оплатою праці (грошовою і натуральною). Позитивна сторона принципу полягає також у тому, що усуваються труднощі у визначенні збитку у разі комбінованих наслідків травм. Проте такий підхід не вигідний для осіб високої кваліфікації і високооплачуваних працівників, які втратили професію внаслідок виробничої травми.

2. Визначення ступеня втрати професійної працездатності (у відсотках) відносно заробітної плати на момент травми чи профзахворювання. Такою формою визначення ступеня збитку (діюча натепер) не виправдано зачіпаються інтереси певного числа працівників: учнів на виробництві, професійних навчальних закладів, студентів технічних коледжів, молодих інженерно-технічних робітників і підлітків, які одержали травму під час навчання чи виробничої практики; низькооплачуваних робітників некваліфікованої праці, сумарний дохід яких залежить від трудової діяльності не лише на виробництві (наприклад, в індивідуальному господарстві). Відзначимо, що визначення ступеня збитку залежно від впливу наслідків травми на професійний статус не враховує інших наслідків травми, тобто не враховує впливу на життєдіяльність загалом.

3. Визначення ступеня збитку, спричиненого здоров'ю внаслідок виробничої травми і професійного захворювання залежно від групи інвалідності.

Як зазначалося, такий підхід також не позбавлений серйозних недоліків і обмежень. Він не може бути "чистим", оскільки не в усіх випадках наслідки травм призводять до інвалідності. При цьому використовується тільки визначення відсотків. Ліміти відсотків, регламентованих групою інвалідності, в деяких випадках призводять до необгрунтованого визнання потерпілого інвалідом. Наприклад, наслідки травми оцінені в 30%, що передбачає інвалідність III групи. А хворий за своїм соціальним і професійним статусом може й не бути інвалідом (не змінилась його професійна діяльність). В аналогічному випадку доводиться або зменшити відсотки (на збиток хворому), або визнати його необгрунтовано інвалідом (і призначити пенсію за рахунок держави). Обидва рішення можуть бути приводом до юридичного конфлікту.

Аналізуючи наведені дані, доходимо висновку, що всі основні теоретично можливі варіанти відшкодування збитків здоров'ю, пов'язаних з професійною діяльністю, не є ідеальними і не можуть забезпечити рівнозначно справедливе вирішення цих питань усім потерпілим.

На основі нашого аналізу можна визначити основні вимоги до побудови оптимальної системи відшкодування збитку здоров'ю, спричиненого виробничою травмою чи професійним захворюванням.

1. Систему визначення ступеня збитку здоров'ю доцільно вибудовувати на поєднанні деяких наведених вище можливих варіантів, використовуючи позитивні сторони кожного з них.

2. У новій системі необхідно передбачити розв'язання всіх питань, які не отримали вирішення в чинних нормативних документах. Мова йде про пенсії за рахунок держави в разі виробничої травми, фінансування індивідуальної програми реабілітації підприємством, на якому одержана виробнича травма чи профзахворювання, зв'язок ступеня збитку з групою інвалідності, методика визначення ступеня збитку в разі комбінованих наслідків травм. Відшкодування збитку у випадку банкрутства чи ліквідації підприємства тощо.

3. У деяких нормативних документах наявна принципова відмінність у визначенні предмета збитків. В одному випадку – "збиток, заподіяний здоров'ю", в іншому – "стійка втрата професійної працездатності".

У зв'язку з тим, що наслідки травми чи професійного захворювання спричинюють збиток не лише професійній, але й іншим видам трудової діяльності, а також відбиваються на життєдіяльності загалом, виправдано трактувати збиток, заподіяний трудовим каліцтвом чи професійним захворюванням, як збиток, нанесений життєдіяльності. Таким трактуванням визначається й методологія медико-експертного висновку і виключаються випадки юридичної невідповідності, коли, наприклад, у хворого не змінюється основна професія, але водночас наявний стійкий і незворотний збиток здоров'ю, пов'язаний із професійною діяльністю.

У нормативних документах не слід підмінювати поняття професійної діяльності нетотожним йому поняттям трудової діяльності.

Підсумовуючи наведене, можна сформулювати основні принципи моделі встановлення збитку здоров'ю, заподіяного професійною діяльністю.

1. Визначається збиток життєдіяльності внаслідок стійкого ушкодження здоров'я, пов'язаного з виконанням професійних обов'язків (наслідок виробничої травми – механічної, променевої, психічної, професійного захворювання, інтоксикації).

2. Відшкодування збитку проводиться у відсотках відносно заробітної плати (середньої заробіт-



ної плати за період, який передував ушкодженню здоров'я). При цьому мінімальна зарплата, з якої проводиться нарахування, не повинна бути меншою від середньої заробітної плати кваліфікованого працівника в державі (чи визначеної кількості мінімальних зарплат).

3. Ступінь збитку здоров'ю, що визначається у відсотках, внаслідок виробничої діяльності повинен бути адекватним стійкому обмеженню життєдіяльності, а не лише професійної діяльності. У випадку поєднаних наслідків травм відповідні відсотки у зв'язку з кожним наслідком травми підсумовуються. Загальна кількість відсотків не повинна перевищувати 100%.

4. Інвалідність внаслідок ушкодження здоров'я, пов'язаного з професійною діяльністю, визначається згідно з чинною Інструкцією і не повинна залежати від кількості відсотків.

5. Відшкодування встановленого збитку у зв'язку з обмеженням життєдіяльності, а також виплата пенсій по інвалідності, витрат на відновне ліку-

вання (в тому числі у віддалений період після ушкодження здоров'я) проводиться виробництвом, організацією, закладом, на якому сталося ушкодження (згідно з висновками МСЕК). Законом повинне передбачуватися відшкодування збитків на випадок ліквідації, банкрутства чи перейменування підприємства, організації, установи.

6. Відсотки під час обчислення ступеня збитку доцільно визначати для кожного наслідку травми не в однозначній величині, а у вигляді певних лімітів. В такому випадку можна буде враховувати не лише зміни функціональних показників (наприклад, здорових функцій, гостроти слуху, довжини кінцівки тощо), спричинені наслідками травми, але й їх індивідуальні особливості (характер патології, пов'язані з ним проти-показання до подальшої трудової діяльності, можливості протезування тощо). Такий механізм визначення відсотків важливий також у разі наявності неврологічної, терапевтичної та психіатричної патології, спричиненої виробничою травмою. Він дозволяє врахувати перебіг однієї й тієї ж патології.

### Висновки

Можна сподіватися, що запропонований аналіз і пропозиції виявляться корисними у виробленні оптимального – стосовно сучасних реальних умов – документа про відшкодування збитку у зв'язку з обмеженням життєдіяльності внаслідок виробничої травми і захворювань, пов'язаних із професійною діяльністю.

Необхідність розробки принципово нових нормативних документів з питань відшкодування збитку зумовлена не тільки недоліками чинних наказів, а й новою політикою держави стосовно цієї проблеми, затвердженою Законом України "Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності" (1999, №1105–XIV). Закон, по суті, дає відповіді на такі питання, підняті в статті: про роль соціального страхування при відшкодуванні збитку; про поширення положень при відшкодуванні збитку на працівників виробництва усіх видів власності; про фінансування відшкодування збитку, в тому числі пенсії по інвалідності, фондом соціального страхування; про фінансування заходів з медичної та професійної реабілітації інваліда; про відповідальність потерпілого за виконання індивідуальної програми реабілітації.

### ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИНЦИПОВ ВОЗМЕЩЕНИЯ УЩЕРБА ЗДОРОВЬЮ, НАНЕСЕННОМУ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ

А.В. Іпатов, І.Л. Ферфільфайн, Е.В. Сергієни, В.В. Маруніч, П.Р. Петрашенко (Днепропетровск)

На основании проведенного анализа нормативно-информационной базы и практической работы органов медико-социальной экспертизы по установлению степени утраты профессиональной трудоспособности вследствие производственной травмы и профессионального заболевания научно обоснованы методические подходы к построению оптимального механизма возмещения ущерба здоровью, причиненного при выполнении профессиональных обязанностей.

### THEORETICAL GROUNDING OF COMPENSATION PRINCIPLES FOR HEALTH DAMAGING, CAUSED BY OCCUPATIONAL ACTIVITIES

А.В. Іпатов, І.Л. Ферфільфайн, Е.В. Сергієни, В.В. Маруніч, П.Р. Петрашенко (Днепропетровск)

On the basis of conducted analysis of normative-informational and practical work, conducted by medical and social examination bodies there was defined the level of professional capacity for work loss as a result of occupational injury or disease. The methodical approach to formation of optimal mechanism for health damage compensation, caused by professional activities, has been scientifically grounded.



УДК 312.6:616-056.3-053.2(100.3)

В.А. ОГНЄВ

## КОНТЕНТ-АНАЛІЗ ПОШИРЕНOSTІ АСТМИ, АЛЕРГІЧНОГО РИНОКОН'ЮНКТИВІТУ ТА ЕКЗЕМИ СЕРЕД ДІТЕЙ РІЗНИХ РЕГІОНІВ СВІТУ

Харківський державний медичний університет,  
Національний центр міжнародної медичної програми ISAAC

Суперечливість даних про поширеність алергічних захворювань у різних регіонах України і світу пов'язанна з різними класифікаційними підходами та обліком захворюваності, що заважає вивченню регіональних особливостей, внутрішніх і зовнішніх чинників, спроможних впливати на наявні рівні захворюваності.

З метою максимального використання епідеміологічного методу для вивчення алергічних хвороб з 1993 р. на територіях різних країн виконується Міжнародна високостандартизована медична програма з вивчення астми та алергії у дітей (ISAAC) [9–15]. У попередніх публікаціях розглядалися історія [8], методологія [2], принципи проведення дослідження [7] та робота Національного центру Міжнародної медичної програми в Україні [3–6].

У даній публікації зроблена спроба узагальнити шляхом порівняння міжрегіональні характеристики поширеності симптоматичних проявів астми (А), алергічного ринокон'юнктивіту (АРК) та екземи (Е) серед дитячих популяцій.

Матеріалами дослідження стали опубліковані протягом останніх років дані 59 національних центрів Міжнародної медичної програми дослідження астми та алергії серед дітей, у тому числі 21 країни Європейського регіону (рис. 1, 2), та результати власного дослідження поширеності астми та алергії за критеріями цієї програми, проведеного на репрезентативній вибірці міських дітей (6289, в тому числі молодшого віку – 3293, старшого – 2989) і сільських (6968, в тому числі молодшого віку – 3123, старшого – 3845) України. Слід наголосити, що не в усіх країнах дослідження проводили за повною програмою ISAAC, що спричинило кількісну розбіжність даних стосовно обстежених за симптоматичними проявами астми (56 країн), алергічного ринокон'юнктивіту (51 країна), екземи (10 країн).

Національним центром програми ISAAC в Україні комплексно обстежено 13250 дітей, що дозво-

ляє віднести нашу державу, за одержаними даними до першої п'ятірки країн Європи (Швеція, Україна, Естонія, Латвія, Польща), які найбільш ґрунтовно використовували методологію дослідження. Особливістю проведення дослідження за методикою ISAAC в Україні стало вивчення поширеності симптоматичних проявів астми та алергії окремо серед дітей різного віку міських і сільських районів Харківщини. Це дало можливість провести в подальшому порівняльний аналіз, стало визначальним для включення України до обмеженої (35 із 155 центрів, які брали участь у виконанні програми у 1993–1998 рр.) кількості країн – учасників наступного етапу (III фаза) програми у 2000–2002 рр.

Регіональні особливості поширеності симптоматичних проявів астми та алергії у дослідних центрах вивчено у 59 країнах світу (табл. 1) і опубліковано у провідних англійськомовних наукових журналах та матеріалах Координаційного комітету ISAAC. За допомогою медико-топографічного, кореляційного та стратифікаційного методів дослідження проведено порівняльний аналіз симптоматичних проявів астми та алергії в аспектах світ – Європа – Україна – регіон; місто, село. Використовуючи медико-топографічне картографування, опрацьовувалися результати вивчення епідеміологічних аспектів астми та алергії з популяційного погляду. Для встановлення зв'язку між поширеністю проявів симптоматичних алергічних захворювань серед дітей різних вікових груп у різних регіонах світу та у межах однієї країни застосовували метод парної кореляції.

Поширеність симптоматичних проявів астми серед дітей старшого віку у різних країнах (56 країн та власні дані по Україні) коливалась у межах 2,1–32,2 %, становлячи в середньому 13,8 % (рис. 3). Найбільша поширеність виявлено у Тихоокеанському регіоні та Океанії (Австралія, Нова Зеландія), Північній Європі (Великобританія, Ірландія), Північній (Перу, Бразилія, Коста-Ріка) і Південній Америці (США, Канада), найменша – у Схід-

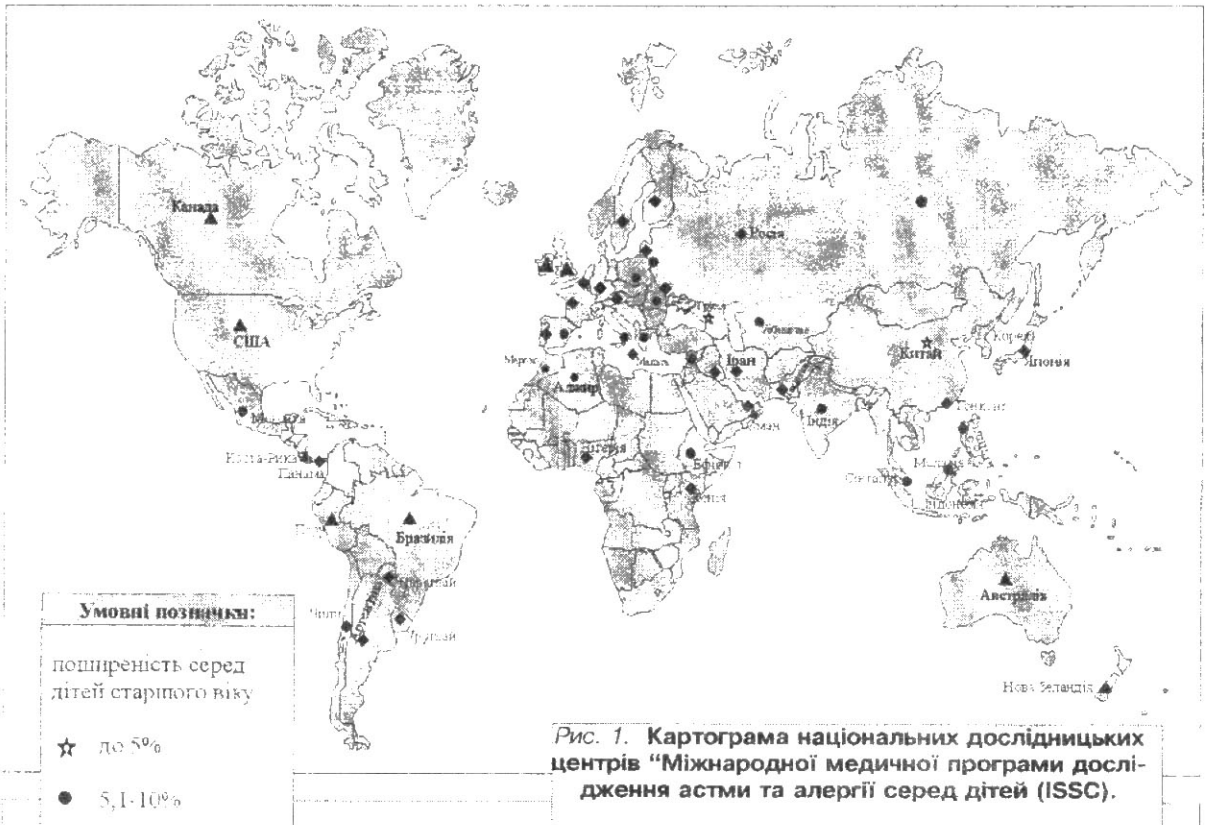


Рис. 1. Картограма національних дослідницьких центрів "Міжнародної медичної програми дослідження астми та алергії серед дітей (ISAC).

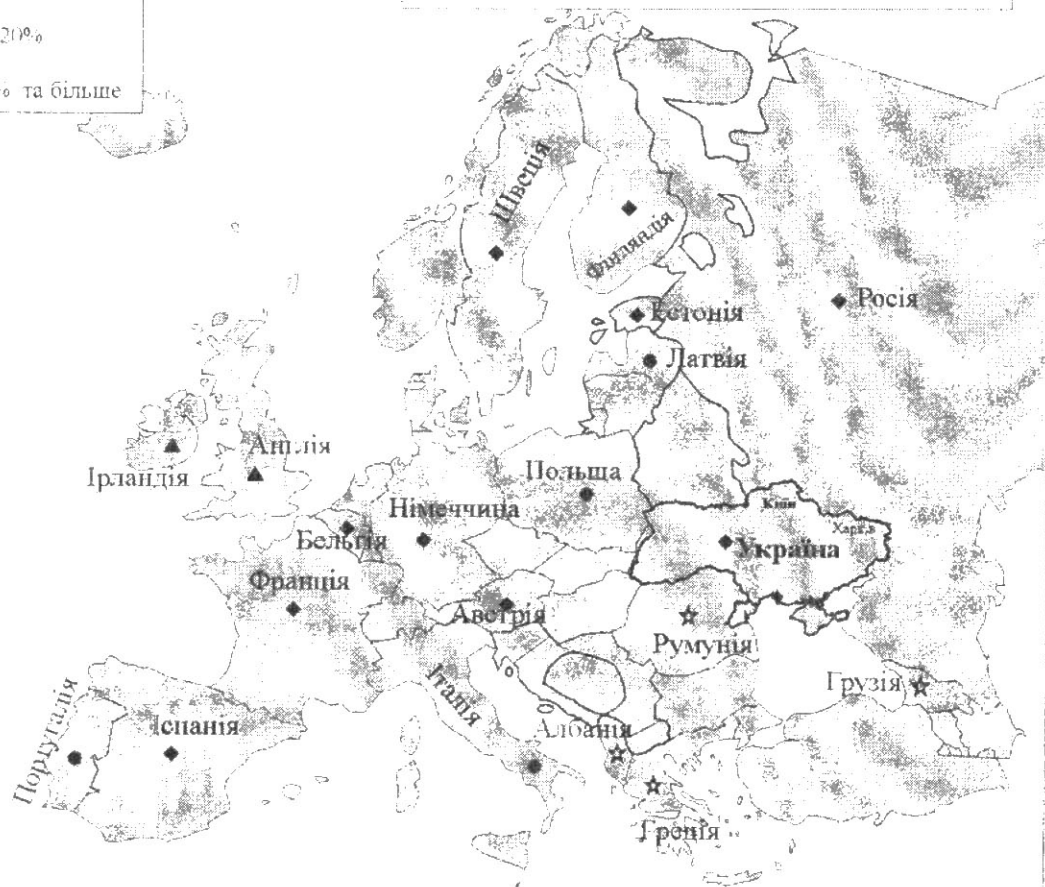


Рис. 2. Топографія поширеності симптоматичний проявів астми за критеріями "ISAC" в країнах Європи.

Таблиця 1. Поширеність симптоматичних проявів алергічних хвороб серед дітей різних регіонів світу

Регіони та країни-учасники ISAAC [джерело]		Поширеність проявів по стратифікованим групам, %						
		АРК		Екзема		Астма		
		Молодші діти	Старші діти	Молодші діти	Старші діти	Молодші діти	Старші діти	
Африка	ОАЕ [15]	-	30.3	-	-	-	16.1	
	Кенія [16]	-	31	-	-	-	13.9	
	Нігерія [16]	-	45.3	-	-	-	10.7	
	Алжир [16]	-	-	-	-	-	7.8	
	Ефіопія [16]	-	32	-	-	-	6.2	
Східна Азія	Гон-Конг [18]	32.9	44.5	-	-	9.1	12.4	
	Японія [19]	25.6	41	-	-	17.3	13.4	
	Філіппіни [20-21]	18.4	27	-	-	11.3	12.3	
	Сінгапур [20-21]	26.3	41.2	-	-	15.7	9.7	
	Малайзія [20-21]	15.1	29.9	-	-	6.1	9.6	
	Узбекистан [20-21]	-	17.3	-	3.2	-	9.2	
	Корея [20-21]	29.3	28.8	-	-	13.3	7.7	
	Тайвань [22]	30.8	28.8	-	-	9.6	5.2	
	Китай [23]	-	39.5	-	-	-	4.2	
	Індонезія [24]	20.1	32.6	-	-	4.1	2.1	
	Індія [24]	1.5	3.4	-	-	5.6	6	
Тайланд [25]	32.6	43.2	-	-	-	-		
Близький Схід	Кувейт [26]	-	31	-	-	-	17	
	Мальта [26]	20.8	47.4	-	-	8.8	16	
	Ліван [26]	13	37.4	-	-	-	14.4	
	Іран [26]	5.2	13.9	-	-	5.4	10.9	
	Оман [26]	15	23.8	-	-	7.1	8.9	
	Пакистан [26]	-	29.9	-	-	-	8.5	
Америка	Марокко [26]	-	-	-	-	-	7.5	
	Перу [26]	-	34.5	-	-	-	26	
	Коста-Ріка [26]	26.6	30.9	-	-	32.1	23.7	
	Бразилія [26]	-	55	-	-	23.3	22.7	
	Панама [26]	20.5	24.1	-	-	23.5	17.6	
	Аргентина [26]	38.3	59.6	-	-	16.4	10.9	
	Чилі [27]	27	27.9	-	-	17.9	10.2	
	Мексика [28]	23.2	22.2	-	-	8.6	6.6	
	Парагвай [29]	-	66.6	-	-	-	19.4	
	Уругвай [29]	25.1	34.5	-	-	18	19	
Океанія	Канада [29]	-	-	-	-	-	28.1	
	США [30]	-	38.2	-	-	-	21.7	
	Нова Зеландія [31]	25.4	40.6	-	-	24.5	30.2	
	Австралія [32,33]	29.9	39.5	-	-	24.6	29.4	
	Європа	Англія [34]	-	40.8	-	-	18.4	32.2
		Ірландія [35]	-	-	-	19.9	-	29.1
		Фінляндія [36,37]	-	45.5	-	21.8	-	16
		Німеччина [38]	10.4	29.3	-	-	8.5	13.8
		Франція [39]	-	58	-	-	8.1	13.5
		Швеція [40]	14.1	26.7	21.9	17.2	10.4	12.9
		Бельгія [41]	14.7	36.4	-	-	7.3	12
Австрія [41]		24.1	33	-	-	8.9	11.6	
Естонія [42]		11.6	22.9	12.7	9.3	9.3	10.8	
Іспанія [43]		18.8	35.3	-	-	6.2	10.3	
Україна [11-14]		16.8	18.7	6.1	5.1	10.5	11.6	
місто [11,12]		19.1	20.7	7.4	6.4	12.1	12.9	
село [13,14]		14.7	17.1	4.9	3.9	8.9	10.6	
Росія [44]		-	9.8	-	6.7	15	10	
Португалія [45]		23.4	20.7	-	-	13.2	9.5	
Італія [46]		-	17.8	-	-	7.3	8.9	
Латвія [47]		-	-	11.5	10	7.3	8.4	
Польща [48]		25.0	21.2	11.9	9.3	10.9	8.1	
Грузія [49]		8.0	12.3	6.1	4.6	7.6	3.6	
Туреччина [50]		-	-	4.1	18.6	-	-	
Албанія [49]		13.1	12.7	-	-	7.6	2.6	
Греція [49]	11.1	14.4	-	-	7.6	3.7		
Румунія [51]	-	11.5	-	-	-	3		
Узагальнені дані [52, 53]	-	-	-	-	11.8	13.8		
Всього центрів	33	51	7	12	38	36		

Поширеність, %

Англія	32.2
Нова Зеландія	30.2
Австралія	29.4
Ірландія	29.1
Канада	28.1
Перу	26
Коста-Ріка	23.7
Бразилія	22.7
США	21.7
Парагвай	19.4
Уругвай	19
Панама	17.6
Кувейт	17
ОАЕ	16.1
Мальта	16
Фінляндія	16
Ліван	14.4
Кенія	13.9
Німеччина	13.8
Франція	13.5
Японія	13.4
Швеція	12.9
Гон-Конг	12.4
Філіппіни	12.3
Бельгія	12
<b>Україна</b>	<b>11.6</b>
Австрія	11.6
Іран	10.9
Аргентина	10.9
Естонія	10.8
Нігерія	10.7
Іспанія	10.3
Чилі	10.2
Росія	10
Сінгапур	9.7
Малайзія	9.6
Португалія	9.5
Узбекистан	9.2
Оман	8.9
Італія	8.9
Пакистан	8.5
Латвія	8.4
Польща	8.1
Алжир	7.8
Корея	7.7
Марокко	7.5
Мексика	6.6
Ефіопія	6.2
Індія	6
Тайвань	5.2
Китай	4.2
Греція	3.7
Грузія	3.6
Румунія	3
Албанія	2.6
Індонезія	2.1

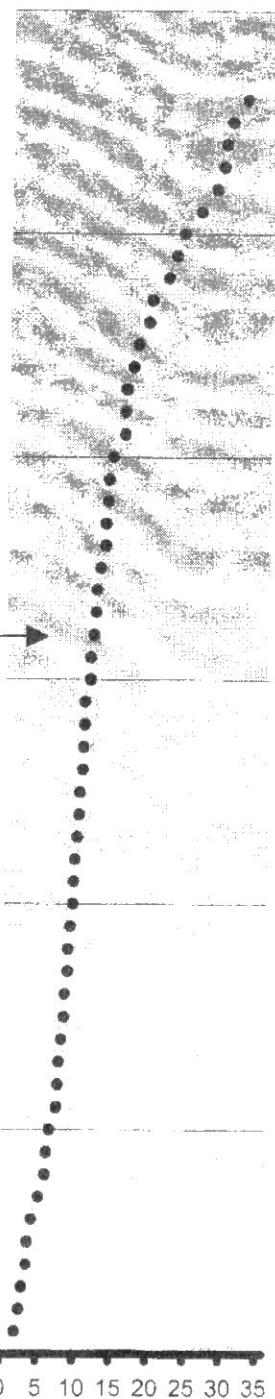


Рис. 3. Ранговий розподіл країн світу за поширеністю симптоматичних проявів астми серед дітей старшого віку.

ній Азії (Індонезія, Китай, Тайвань, Корея), регіонах Середземного та Чорного морів (Греція, Албанія, Грузія). Рівень поширеності проявів астми серед дітей молодшого віку у різних країнах світу становить 4,1–32,1 %, в середньому – 11,8 % (див. табл. 1). Аналіз першоджерел дозволив провести ранговий розподіл дитячих популяцій різних країн (регіонів) за рівнем поширеності симптоматичних проявів астми, визначити частково кореляційну залежність між поширеністю проявів астми серед старших та молодших дітей ( $r=+0,63$ ), що підтвердило взаємозв'язок між показниками нозометричної алергізації молодших і старших дітей.

Поширеність симптоматичних проявів АРК серед дітей старшого віку у різних країнах (51 країна та власні дані по Україні) коливалась у межах 3,4–66,6 % (табл. 1). Найвищий рівень поширеності цих проявів спостерігався у країнах Тихоокеанського регіону та Океанії (Австралія, Нова Зеландія), Північної Європи (Великобританія, Ірландія) та Північної Америки (Парагвай, Аргентина, Бразилія), найменший – у країнах Східної Азії (Філіпіни, Малайзія, Індія), регіонах Середземного та Чорного морів (Греція, Албанія, Грузія). Поширеність проявів АРК серед дітей молодшого віку у різних країнах світу коливалась у межах 1,5–38,3 %.

Поширеність симптоматичних проявів екземи серед дітей старшого віку у різних країнах (10 країн, у тому числі власні дані) коливалась у діапазоні 3,2–21,8 %. Найбільший рівень поширеності проявів екземи спостерігався у Північній та Північно-східній Європі (Фінляндія, Ірландія, Швеція), найменший – у регіоні Чорного моря (Грузія, Росія). Поширеність проявів екземи серед дітей молодшої групи у різних країнах становила 4,1–21,9 %. Ранговий розподіл країн (регіонів) за поширеністю симптоматичних проявів екземи (рис. 4) та визначення кореляційної залежності між поширеністю цих проявів серед старших та молодших дітей дали змогу встановити середній ступінь взаємозв'язку ( $r=+0,61$ ) з алергізацією стратифікованих популяційних груп дітей.

Рівень поширеності симптоматичних проявів астми серед дітей Харківського регіону (молодші: А – 10,5 %, АРК – 16,8, Е – 6,1 %; старші: А – 11,6 %, АРК – 18,7, Е – 5,1 %) відповідає середньоєвропейському. Однак після проведення дослідження у стратифікованих популяційних групах дітей (СПГД) одержано детерміновані віком, статтю та місцем проживання показники алергізації, які свідчать про селективний характер деяких симптоматичних проявів алергії. Прикладом може бути перевага поширеності симптоматичних проявів астми серед старших дітей порівняно з молодшими [4,7], серед хлопчиків порівняно з дівчатками [3,6], серед міських дітей порівняно з дітьми, які мешкають у сільській місцевості [3–7].

Результати кореляційного аналізу поширеності симптоматичних проявів алергії серед популяції дітей Харківської області наведені в табл.2.

Високий ступінь прямого взаємозв'язку між поширеністю симптоматичних проявів алергії ( $A=+0,84$ ,  $APK=+0,67$ ,  $E=+0,90$ ) в групах молодших і старших дітей Харківського регіону свідчить про взаємозалежний характер алергізації та відо-

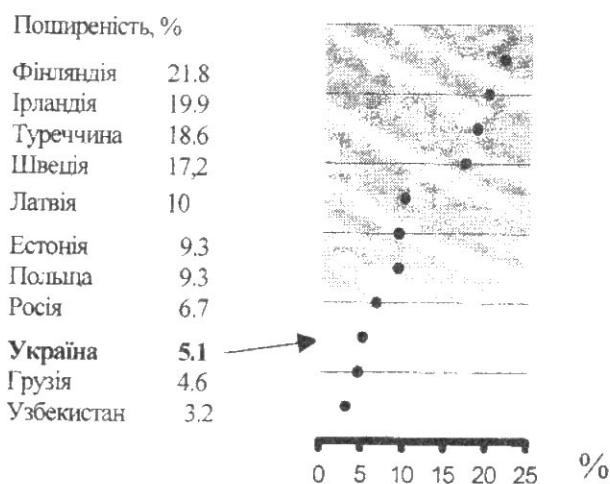


Рис. 4. Ранговий розподіл країн за поширеністю симптоматичних проявів екземи.

Таблиця 2. Корелогорама поширеності симптоматичних проявів алергічних хвороб серед популяції дітей Харківської області

Ступінь рангової кореляції між поширеністю симптоматичних проявів алергії у різних країнах		Астма		Алергічний ринокон'юнктивіт		Екзема	
		Молодші діти	Старші діти	Молодші діти	Старші діти	Молодші діти	Старші діти
Астма	Молодші діти	1	+0,84	+0,91	+0,75	+0,90	+0,90
	Старші діти	+0,84	1	+0,81	+0,70	+0,81	+0,82
Алергічний ринокон'юнктивіт	Молодші діти	+0,91	+0,81	1	+0,67	+0,90	+0,91
	Старші діти	+0,75	+0,70	+0,67	1	+0,76	+0,80
Екзема	Молодші діти	+0,90	+0,81	+0,90	+0,76	1	+0,90
	Старші діти	+0,90	+0,82	+0,91	+0,80	+0,90	1



бражається динамікою поширеності алергічних проявів у дітей.

Доцільно відмітити помірні розбіжності між показниками кореляції, одержаними в усіх центрах ISAAC та районах (27 сільських і 9 міських) Харківської області, що може свідчити про регіональні відмінності у формуванні рівнів алергізації дитячої популяції. Однак, зважаючи на комплексність виконання програми у Харківському регіоні з урахуванням соціально-демографічних чинників (вік, стать, місце проживання), можна зробити наступні **висновки**:

1. Міжнародна медична програма дослідження астми та алергії у дітей, що виконується у більшості країн світу (більше ніж у 150 регіональних і 59 національних дослідних центрах) і базується на стандартизованій методології обліку симптоматичних проявів алергічних хвороб і консенсусі з бронхіальної астми, – сучасний інструмент реалізації епідеміологічного методу вивчення регіональних аспектів алергізації дитячого населення.

2. Застосування контент-аналізу дозволило узагальнити та порівняти результати дослідження симптоматичних проявів алергії у дитячої популяції України зі світовими та європейськими тенденціями.

3. Поширеність симптоматичних проявів астми, алергічного ринокон'юнктивіту та екземи в СПГД (вік, нозометричний вид симптоматичної алергізації) різних країн характеризується переважанням проявів астми та АРК у старших дітей порівняно з молодшими, а екземи – серед дітей молодшого віку, порівняно із старшим.

4. Встановлено та проаналізовано кореляційні зв'язки між поширеністю симптоматичних проявів астми, алергічного ринокон'юнктивіту та екземи серед дітей молодшого і старшого віку різних регіонів світу, що свідчить про взаємозумовленість алергопатології.

5. Одержані співвідношення поширеності симптоматичних проявів астми, алергічного ринокон'юнктивіту та екземи свідчать на користь значущості періодів раннього філогенезу у формуванні алергізації дитячого населення.

6. Поширеність симптоматичних проявів астми серед дітей Харківського регіону має середньоєвропейський рівень, однак дослідженням у стратифікованих популяційних групах дітей виявлено детерміновані віком, статтю та місцем проживання показники алергізації, які свідчать про селективний характер деяких проявів алергії.

### Список літератури

1. Балаболкин И.И., Гавалов С.М., Геппе Н.А. и др. Национальная программа "Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактики". – М., 1997. – 17 с.
2. Огнев В.А. Астма и аллергия у детей: практическая реализация эпидемиологического подхода к изучению в двух сотрудничающих "ISAAC" – центрах Украины // Медицина сегодня и завтра. – 1999. – № 1. – С.97–99.
3. Огнев В.А. Міжнародне дослідження астми та алергії – "ISAAC": поширеність та важкість симптомів астми серед сільських дітей // Вісн. Вінницького держ. мед. ун-ту. – 2000. – №1. – С.225–226.
4. Огнев В.А. Міжнародне дослідження астми та алергії – ISAAC: поширеність та важкість симптоматичних проявів астми в популяції дітей Харківського регіону // Клиническая и экспериментальная медицина. – 2000. – №1. – С.101–103.
5. Огнев В.А. Поширеність та важкість симптоматичних проявів алергічного ринокон'юнктивіту в популяції дітей Харківського регіону // Медицина сегодня и завтра. – 2000. – №3. – С.139–144.
6. Огнев В.А. Поширеність та важкість симптоматичних проявів екземи в популяції дітей Харківського регіону // Там же. – №2. – С.145–149.
7. Огнев В.А. Эпидемиология аллергии у детей: организационная структура и управление международным исследованием // Врачеб. практика. – 1999. – №4. – С.94–96.
8. Огнев В.А. Эпидемиология аллергии у детей: история и методология изучения по Международной программе ISAAC // Там же. – 1999. – №1. – С.41–43.
9. Johansen N., Heining J.H., Mosbech H. A new equipment for standardized dust sampling // XVII Nordic Congress in Allergology. – Aarhus, 1990. – 43p.
10. Lenfant C. International Consensus Report on Diagnosis and Management of asthma. – USA (National heart, lung and blood institute, National institute of health. US Department of Health and human services). – 1992. – 124 p.
11. Shaw R.A., Crane J. Comparison of a video questionnaire with the IUATLD written questionnaire for measuring asthma prevalence // Clin. Exper. Allergy. – 1992. – V.22. – P.561–568.
12. ISAAC Phase One Manual. – Auckland (NZ)/Munster (FRG), 1993. – 52p.
13. Asher M.I., Keil U., Anderson H.R. International study of asthma and allergies in childhood (ISAAC): rationale and methods // Eur. Respir. J. – 1995. – V. 8. – P. 483–491.
14. ISAAC Phase Two Manual. – May Munster (FRG), 1998. – 95p.
15. ISAAC Phase Three Manual. – Auckland (NZ)/Munster (FRG), 2000. – 96p.



16. Leung R., Ho P. Asthma, allergy, and atopy south-east Asian populations //Thorax. – 1994. – V. 49. – P.1205–1210.
17. Ng'ang L.W., Odhiambo J.A., Omwega M.J. Exercise-induced bronchospasm: a pilot survey in Nairobi school children //East. Afr. Med. J. – 1997. – Vol. 74 (11). – P. 694–698.
18. Yemaneberhan H., Bekele Z., Venn A. Prevalence of wheeze and asthma and relations to atopy in urban and rural Ethiopia //Lancet. – 1997. – Vol. 350. – P. 85–90.
19. Lau Y.L., Kariberg L. Prevalence and risk factors of childhood, rhinitis and eczema in Hong Kong // J. Paediatr. Child Health. – 1998. – Vol.34 (1). – P.47–52.
20. Nakazawa T., Kawakami Y., Sudo M., Kobayashi S. Trends of asthma death among adults in Japan 1992–1994. Analysis of 313 cases reported questionnaires sent to hospitals with more than 100 beds //Aerugi. – 1998. – Vol.47 (1). – P.41–47.
21. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis and atopic eczema: ISAAC // Lancet. – 1998. – Vol.351. – P. 1225–1232.
22. Worldwide variation in the prevalence of asthma symptoms: ISAAC //Eur. Respir. J. – 1998. – Vol. 2. – P.315–335.
23. Hsieh KH., Shen J. Prevalence of childhood asthma in Taipei, Taiwan and other Asian Pacific countries //J.Asthma. – 1991. – Vol.25. – P.73–82.
24. Leung R., Ho P., Lam C., Lai C. Sensitization to inhaled allergens as risk factor for asthma and allergic diseases in Chinese //J. Allergy Clin.Imm. – 1997. – Vol.99. – P.594–599.
25. Chhabra S.K., Gupta C.K., Chhabra P., Rajpal S. I. Prevalence of bronchial asthma in schoolchildren in Delhi // J. Asthma. – 1998. – Vol. 35 (3). – P.291–296.
26. Vichyanond P., Jirapongsananuruk O., Visitsuntorn N., Tuchinda M. Prevalence of asthma, rhinitis and eczema in children from the Bangkok area using the ISAAC questionnaires //J. Med. Assoc.Thai. – 1998. – Vol.81 (3). – P.175–184.
27. Worldwide variation in prevalence of symptoms of allergic rhinoconjunctivitis in children: ISAAC //Pediatr.Allergy and Immun. – 1997. – Vol. 8. – P.161–176.
28. Robertson C.F., Bishop J., Sennhauser F.H., Malbol J. International comparison of asthma prevalence in children: Australia,Switzerland,Chile //Pediatr.Pulm. – 1993. –Vol. 16. – P. 219–226.
29. Totto-Cano M.I., Sanin-Aguirre L.H., Gonzalez V. et al. Prevalence of asthma, rhinitis and eczema in school children in the city of Cuernavaca, Mexico // Salud Publica Mex. – 1997. – Vol.39 (6). – P.497–506.
30. Worldwide variation in prevalence of symptoms of allergic rhinoconjunctivitis in children: ISAAC //Pediatr.Allergy and Immun. – 1997. – Vol. 8. – P.161–176.
31. Busse W.W., Holgate S.T. Mechanisms in asthma and rhinitis: implications for diagnosis and treatment. – Oxford: Blackwell Scientific Public, 1994. – P. 32–43.
32. Shaw R.A., Crane J., O'Donnel T.V., Porteous L.E. Increasing asthma prevalence in rural New Zealand adolescent population: 1975–1989 //Arch.Dis.Child. – 1990. – Vol.65. – P. 1319–1323.
33. Peat J.K. van den Berg R.H., Green W.F. Changing prevalence of asthma in Australian children //BMJ.– 1994. – Vol.308. – P.1591–1596.
34. Stewart A.W., Asher M.I., Clayton T.O. The effect of season-of-response to ISAAC questions about asthma, rhinitis and eczema in children //Int.J.Epid. – 1997. – Vol.26. – P.126–136.
35. Silverman M. Childhood asthma and other wheezing disorders.- London, 1995. – P.7–31.
36. Murphy J.F. Asthma: increasing despite advances in therapy //Ir. Med.J. – 1998. – Vol.91 (3) – P.76.
37. Laitinen T., Rasanen M., Kaprio J. et al. Importance of genetic factors in adolescent asthma: a population-based twin-family study // Am. J. Resp. Crit. Med. – 1998. – Vol.157 (4). – P.1073–1078.
38. Larsen F.S., Diepgen T., Svensson A. The occurrence of atopic dermatitis in North Europe: an international questionnaire study //J.Am.Acad.Dermatol. – 1996. – Vol.34. – P.760–764.
39. Mutius E., Martinez F.D., Nicolai T., Roell G. Prevalence of asthma and atopy in two areas of West and East Germany //Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 1994. – Vol.149. – P.358–364.
40. Balfe D., Beasley R., Pearce N. The worldwide increase in the prevalence of asthma in children and young adults // Continuing Medical Education. – 1996. – Vol.14. – P.433–442.
41. Anderson H.R., Butland B.K., Strachan D.P. Trends in prevalence and severity of childhood asthma // BMJ. – 1994. – Vol.308. – P.1600–1604.
42. Worldwide variation in prevalence of symptoms of allergic rhinoconjunctivitis in children: ISAAC //Pediatr.Aller. and Immun. – 1997. – Vol. 8. – P.161–176.
43. Sepp E., Julge K., Naaber P. et al. Intestinal microflora of Estonian and Swedish infants //Acta Paediatr. – 1997. – Vol. 86. – P.956–961.
44. Peroni D.G., Piacentini G.L., Zisso M.G., Boner A.L. Prevalence of asthma and respiratory symptoms in childhood in an urban area of North-East Italy //Monaldi Arch. Chest. Dis. – 1998. – Vol.53 (2). – P.134–137.
45. Determinants of bronchial responsiveness in the European Community Respiratory Health Survey in Italy // Allergy. – 1998. – Vol.53 (7). – P.673–681.
46. Worldwide variation in prevalence of symptoms of allergic rhinoconjunctivitis in children: ISAAC //Pediatr.Allergy and Immun. – 1997. – Vol.8. – P.161–176.

47. Braback L., Breborowich A., Julge K. Risk factors for respiratory symptoms and atopic sensitization in the Baltic area //Arch. Dis. Child. – 1995. – Vol.72. – P.487–493.
48. Braback L., Dreborg S., Knutsoson A., Pieklik H. Atopic sensitization and respiratory symptoms among Polish and Swedish children //Clin.Exp.Aller. – 1994. – Vol.24. – P.826–835.
49. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis and atopic eczema: ISAAC //Lancet. – 1998. – Vol.351. – P.1225–1232.
50. Prevalence of asthma symptoms in school children in Ankara, Turkey //Resp. Med. – 1998. – Vol.92 (2). – P.203–207.
51. Popescu C.M., Popescu R., Williams H. Community validation of the UK diagnostic criteria for atopic dermatitis in Romanian school children //Br. J. Dermatol.– 1997.– Vol.2 . – P.133–137.
52. Pearse N., Weiland S.K., Keil U. Self-reported prevalence of asthma symptoms in children in Australia, England, Germany and New Zealand: an international comparison using the ISAAC protocol //Eur. Resp. J. – 1993. – Vol.6. – P.1455–1461.
53. Bjorksten B., Dumitrascu D., Foucard T. and oll. Prevalence of childhood asthma, rhinitis and eczema in Scandinavia and Eastern Europe //Eur. Respir.J. – 1998. – Vol.12. – P.432–437.

### **КОНТЕНТ-АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АСТМЫ, АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНОКОНЪЮНКТИВИТА И ЭКЗЕМЫ СРЕДИ ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНОВ МИРА**

В.А. Огнев (*Харьков*)

Приведены результаты сравнительного анализа результатов Международного стандартизованного эпидемиологического исследования аллергических заболеваний у детей (ISAAC) и собственного исследования по распространенности симптоматических проявлений астмы, аллергического риноконъюнктивита и экземы у детей различных возрастных групп. Распространенность симптоматических проявлений астмы у детей старшего возраста (13–14 лет) колеблется от 2,1 % до 32,2 % (при среднем показателе 13,8 %), младшего (6–7 лет) – от 6,2 до 32,1 % (средний показатель составлял 11,8 %). Аналогичный показатель, касающийся аллергического риноконъюнктивита, составлял соответственно 3,4–66,6 и 1,5–38,3 %, а в отношении экземы – в пределах 3,2–21,8 % и 4,1–21,9 %.

### **CONTENTS-ANALYSIS OF BRONCHIAL ASTHMA, ALLERGC RHINOCONJUNCTIVITIS AND ECZEMA PREVALENCE AMONG CHILDREN POPULATIONS IN VARIOUS REGIONS OF THE WORLD**

V.F. Ognev (*Kharkiv*)

The results of a comparative analysis data obtained in an International standardized epidemiological check-ups of allergic diseases prevalence among children (ISAAC) in different parts of the World as well as author's own research records on symptomatically manifested forms of bronchial asthma, allergic rhinoconjunctivitis and eczema prevalence in children of Kharkiv province (Ukraine) have been presented. So prevalence of manifested forms of bronchial asthma among children older group (13–14 yrs) and junior one (6–7 yes) was varied correspondingly in the range of 2,1–32,2 % (m=13,8 %) and 6,2–32,1 % (m=11,8 %). The prevalence indices of allergic rhinoconjunctivitis in these two groups were correspondingly 3,4–66,6 % and 1,5–38,3 %, and eczema – 3,2–21,8 % vs. 4,1–21,9 %.

УДК 364.1:617.7:616-01/-099

Н. В. МЕДВЕДОВСЬКА

**ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ОСНОВНИХ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИХ ЧИННИКІВ НА ФОРМУВАННЯ І РОЗВИТОК ОЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ**

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Беручи до уваги той факт, що офтальмопатологія становить приблизно 20 % усіх хвороб дітей і дорослих, а у 75–80 % випадків пов'язана із загальними захворюваннями (неврологічними, судинними, ендокринними, інфекційними), що очні хвороби призводять до ранньої інвалідності або обмеження у виборі професії, офтальмологу необхідно знати ті чинники, які сприяють розвитку різних захворювань органів зору.

Метою нашого дослідження стало вивчення впливу основних соціально-економічних чинників (освіти, матеріального добробуту, умов праці, професії, сімейного стану) на захворюваність на очні хвороби, яке проводилось на статистичному матеріалі з Житомирської та Тернопільської областей. Усього було зібрано і проаналізовано 3347 статистичних карт.

Внаслідок проведеного дослідження встановлена залежність захворюваності від рівня матеріального добробуту, який оцінювався як низький, середній та високий за величиною подушного доходу.

Результати дослідження засвідчують, що офтальмопатологія невпинно зростає в міру погіршення матеріального добробуту. Так, захворюваність на очні хвороби людей з середнім матеріальним добробутом у 1,2 раза ( $P < 0,05$ ) менша, ніж у людей з низьким його рівнем.

Суттєвий вплив на захворюваність на очні хвороби спричинює професія. Найвищий її рівень спостерігався у тваринників, далі – у різноробочих, рільників, механізаторів. Найнижчі рівні захворюваності були у службовців і робітників промислових підприємств. Захворюваність різноробочих загалом була в 1,2 раза більшою, порівняно із середнім рівнем ( $P < 0,01$ ). У службовців, навпаки, захворюваність була в 1,4 раза меншою порівняно з середнім рівнем ( $P < 0,02$ ) (у 60 років і більше – в 1,7 раза меншою,  $P < 0,05$ ), у робітників промислових підприємств – в 1,5 раза ( $P < 0,001$ ) (у 60 років і більше – у 1,8 раза,  $P < 0,001$ ).

Якщо розглядати окремі захворювання органів зору, то тут маємо певні відмінності порівняно з

усією групою очних хвороб. Так, найбільша захворюваність на запальні хвороби очей спостерігалась у рільників, за ними – у робітників промислових підприємств, найменша – у службовців. При цьому різниця між рівнем захворюваності службовців і середнім рівнем була статистично вірогідною ( $P < 0,05$ ). Аномалії рефракції найчастіше зустрічались у службовців, найрідше – у рільників (у 3,9 раза). При цьому різниця між рівнем захворюваності на цю патологію у службовців і середнім рівнем, а також рівнем захворюваності рільників, різноробочих була статистично вірогідною (відповідно  $P < 0,05$ ;  $P < 0,01$ ;  $P < 0,01$ ). Катаракта найчастіше спостерігалась у тваринників, і захворюваність на неї була в 4 рази більшою, порівняно із захворюваністю механізаторів. При цьому різниця між рівнями захворюваності тваринників і механізаторів і рільників була статистично вірогідною (відповідно  $P < 0,05$ ;  $P < 0,05$ ). Захворювання сітківки найчастіше зустрічались у тих же тваринників, а за ними – у різноробочих. Найменша захворюваність відмічена у робітників промислових підприємств (у 4,7 раза менше порівняно із захворюваністю тваринників).

Рівень захворюваності на очні хвороби значною мірою залежить від сімейного стану. Найвищий рівень захворюваності спостерігався серед одиноких осіб (вдівців, вдів і розлучених), що в 2,7 раза перевищує середній рівень ( $P < 0,001$ ). Значно меншою (в 3,2 раза,  $P < 0,001$ ), порівняно з одинокими особами, була захворюваність серед одружених. Запальні хвороби очей також були найпоширенішими серед одиноких, однак на другому місці (з невеликим розривом) неодружені, а серед одружених захворюваність була дуже малою (в 8,8 раза менша, порівняно з неодруженими,  $P < 0,05$ ). Аномалії рефракції повторюють загальну закономірність, однак статистично вірогідна відмінність виявлена лише між одруженими і одинокими ( $P < 0,05$ ). Захворювання сітківки також повторюють загальну закономірність. При цьому захворюваність серед одиноких була в 5,1 раза більшою порівняно з одруженими, та в 25,1 раза більшою – порівняно

з неодруженими ( $P$  в обох випадках  $< 0,001$ ). Щодо поширеності катаракти, то суттєвих відмінностей у виділених групах не встановлено.

Рівень захворюваності на очні хвороби залежить також від освіченості людей. Найбільший показник спостерігався в осіб із початковою освітою, що в 1,8 раза перевищує середній рівень ( $P < 0,001$ ). Значно меншою була захворюваність серед осіб з незакінченою середньою та середньою освітою (в 2,9 раза, ніж у осіб з початковою освітою,  $P < 0,001$ ). Найнижчим був рівень захворюваності на очні хвороби серед осіб з незакінченою вищою та вищою освітою (в 1,9 раза порівняно з середнім рівнем,  $P < 0,002$ ; в 3,6 раза – ніж у осіб з початковою освітою,  $P < 0,001$ ). Аналогічна ситуація склалася в групі осіб віком понад 60 років. Найвищим був рівень захворюваності серед осіб з початковою освітою, що в 1,4 раза більше від середнього рівня ( $P < 0,001$ ), в 2,5 раза – від осіб з незакінченою середньою та середньою освітою ( $P < 0,001$ ).

Подібні закономірності спостерігалися і серед окремих очних захворювань. Так, запальні хвороби очей переважали серед осіб з початковою освітою і зустрічалися в 1,6 раза частіше від середнього рівня ( $P < 0,05$ ), у 2,1 раза – ніж у осіб з не-

закінченою середньою та середньою освітою ( $P < 0,01$ ), в 5,5 раза – від осіб з незакінченою вищою та вищою освітою ( $P < 0,001$ ). Аномалії рефракції у осіб з початковою освітою зустрічалися в 1,8 раза частіше, ніж серед осіб з незакінченою середньою та середньою освітою ( $P < 0,01$ ). Рівень захворюваності на катаракту серед осіб з початковою освітою був в 1,8 раза вищим від середнього рівня ( $P < 0,002$ ), захворюваність на катаракту серед осіб з середньою та незакінченою середньою освітою була в 2,7 раза меншою, а у осіб з вищою і незакінченою вищою освітою – в 4,3 раза меншою, порівняно з особами, що мали початкову освіту (відповідно  $P < 0,001$ ;  $P < 0,001$ ). Захворювання сітківки також спостерігалися переважно у осіб, що мали початкову освіту (в 2,2 раза більше від середнього рівня,  $P < 0,001$ ). Набагато рідше захворювання сітківки зустрічались у осіб, що мали середню та незакінчену середню освіту (в 4,7 раза менше, ніж у осіб з початковою освітою,  $P < 0,001$ ). Найменше хворіють на захворювання сітківки особи з вищою та незакінченою вищою освітою (в 4,7 раза менше, порівняно з середнім рівнем,  $P < 0,01$ , у 9,4 раза, менше, ніж особи з початковою освітою,  $P < 0,001$ ).

### Висновки

1. Соціальне розшарування суспільства зумовлює певний вплив на поширеність хвороб органів зору. Найвагоміший вплив на розвиток очних хвороб справляють такі соціальні чинники, як професія, сімейний стан, матеріальний добробут, освіта.

2. Хвороби органів зору слід насамперед шукати у різноробочих, тваринників, рільників, у людей з початковою освітою та низьким матеріальним добробутом, одиноких осіб.

### ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ ГЛАЗНОЙ ПАТОЛОГИИ

Н.В. Медведовская (Тернополь)

Приведены результаты наблюдения за влиянием основных социально-экономических факторов (условий труда, профессии, образования, материального благосостояния, семейного положения) на развитие глазных болезней у людей различного возраста.

### EFFECTS OF THE MAIN SOCIOECONOMIC FACTORS ON FORMATION AND PROGRESSION OF EYE PATHOLOGY

N.V. Medvedovska (Ternopil)

The main socioeconomic conditions and factors (profession, education level, living conditions, family status) effects on eye diseases morbidity and progression in people of different age groups have been presented.



УДК 16.89.-315.761.3

В.В. БЕСПАТЬКО

## ПРОБЛЕМА ПІДЛІТКОВОЇ НАРКОМАНІЇ В УКРАЇНІ ТА ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ЇЇ ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ

Кам'янець-Подільський державний педагогічний університет

Невпинне зростання в Україні кількості осіб, що зловживають психотропними і наркотичними речовинами, набуло характеру епідемії, що зумовило низку нових соціальних, економічних, медичних та юридичних проблем [4].

Різкому загостренню проблем наркоманії та токсикоманії є багато пояснень. Це недооцінка та довга практика замовчування соціальної небезпеки цього явища, розрізненість дій медичних, соціальних та освітніх закладів, певна правова інертність, прозорість кордонів тощо [1,4]. Практично не проводиться первинна профілактична робота стосовно наркоманії та токсикоманії, особливо в навчальних закладах: школах, ліцеях, гімназіях, технікумах, СПТУ тощо. А як відомо, саме в цих закладах і розпочинається шлях молоді до наркоманії [1,2].

Дуже небезпечним є те, що в умовах сьогодення наркоманія значно помолодшала [1]. Якщо ще 5 років тому 15–16-річні хворі на наркоманію були клінічною рідкістю, то на сучасному етапі вони становлять 30–35 % загальної кількості зареєстрованих таких хворих. Але це тільки верхівка наркоайсбергу. Дійсні цифри хворих на наркоманію та токсикоманію, особливо серед дітей і підлітків, значно вищі.

За даними офіційної статистики, сьогодні в Україні нараховується 552 хворих на наркоманію віком 15–17 років, а зловживають наркотичними засобами 2,5 тис. підлітків [5]. Це вже досить високі цифри, хоча дійсна картина підліткової наркоманії значно гірша, що не може не насторожувати.

Сучасна наука більше починає вивчати соціальне, біологічне, медичне, психологічне коріння такого явища, як наркоманія [6]. Робляться спроби активізувати профілактичну діяльність суспільних організацій, органів охорони здоров'я, навчальних закладів, правоохоронних органів. Але вони не систематичні, не враховують специфіки регіонів, мають вузьковідомчий характер.

Розрізненість дій державних і суспільних організацій та установ, відсутність єдиного комп-

лексного підходу до проблем підліткової наркоманії, особливо профілактичного, є основними чинниками, що сприяють подальшому поширенню наркоманії в дитячому та підлітковому середовищі [1,6]. Крім того, досить часто не враховується наркоситуація в сусідніх країнах, яка безпосередньо впливає на ситуацію в нашій країні. Особливо це стосується Російської Федерації. Щорічний приріст вилученого в Росії опію становить 30–40 %. Героїну вилучають майже в два рази більше, ніж за кожен попередній рік [11]. Росія є основним постачальником в Україну таких наркотичних засобів, як амфетаміни, "екстазі", інших психотропних препаратів.

Але Україна є не тільки споживачем наркотичних засобів. Вона – постачальник наркотичної сировини. За даними Міжнародної асоціації по боротьбі з наркоманією і наркобізнесом, 90 % вилученої на кордонах України з Росією "макової соломки" виробляється в нашій державі.

Дуже небезпечним є й те, що останнім часом значно розширився спектр наркотичних і психотропних засобів, що вживаються. З'являються нові, більш сучасні наркотичні речовини, які зумовлюють появу нових форм наркотичної залежності.

Якщо 5–7 років тому основними наркотичними препаратами були канабіоїди та екстракт опію – "макова соломка", то сьогодні на перші позиції виходить героїн, психотропні препарати, нові синтетичні наркотичні засоби.

Поява нового наркотичного засобу в одній із країн СНД призводить до того, що через досить короткий проміжок часу він з'явиться і в Україні. Так, у 1999 р. в Аджарії (Грузія) були виявлені великі плантації коки. Враховуючи єдиний морський простір між Україною та Грузією, можемо чекати появи в нашій країні такого наркотику, як кокаїн та його похідні. До цього в Україні були лише поодинокі випадки кокаїнізму.

Сучасний наркобізнес користується щонайменшими прорахунками в антинаркотичній по-

літиці державних і соціальних установ, і це ставище необхідно терміново виправляти.

Сьогодні в Україні не існує єдиної, чітко функціонуючої системи медико-соціального та правового забезпечення організації боротьби та протидії поширенню наркотичних засобів. Є антинаркотичні закони, постійно приймаються постанови, існують спеціалізовані медичні заклади, створюються та функціонують суспільні організації антинаркотичного спрямування. Все це елементи, які повинні утворювати систему. Але самої системи немає. Елементи функціонують самостійно, розрізнено, без постійної взаємодії.

Існує односторонній підхід до наркотичної проблеми. Медики підходять до неї тільки з медичної позиції, педагоги – з педагогічної, соціальні органи враховують, як правило, лише соціальний аспект, правоохоронні органи – юридичний. Єдиного ж комплексного підходу до цієї проблеми практично немає. Ні одна державна чи недержавна структура окремо не в змозі протидіяти наркотикам. Ситуація потребує всебічного комплексного підходу, який би враховував усі аспекти виникнення, формування та поширення наркоманії.

Уже були спроби боротись із наркоманією (не тільки в Україні), виходячи чисто з медичного чи юридичного аспекту, але вони не дали жодних позитивних наслідків, а в деякій мірі навіть сприяли затримці формування сучасного комплексного підходу до наркотичної проблеми [9].

Сучасна наркологічна служба не має необхідної фінансової підтримки; спостерігається певна правова та організаційна інертність. Усі наркологічні заклади зорієнтовані, насамперед, на допомогу особам, які вже страждають від хімічної залежності. Вона недостатньо ефективна на початку захворювання – етапі пошукової наркоманії, чи перших спроб. Крім того, жорстка централізація наркологічної служби не дозволяє в повному обсязі враховувати специфіку того регіону, в якому доводиться працювати лікарям-наркологам. Здійснення в повному обсязі єдиної комплексної програми профілактики та лікування хворих на наркоманію, яка б враховувала біологічні, медико-соціальні, психологічні та юридичні аспекти, неможливе через кризовий економічний стан у державі. Особливо це стосується надання наркологічної допомоги дітям і підліткам [1,12].

Незважаючи на наявність світового досвіду в профілактичній наркології, ця сфера діяльності залишається без уваги впливових відомств та організацій.

Майже не проводиться первинна профілактична робота в невеликих містах і містечках. Ос-

новна причина такої ситуації – міжвідомча розрізненість, відсутність єдиної концепції профілактики наркоманії та токсикоманії.

Ситуація з дитячою та підлітковою наркоманією ускладнюється експотенційним зростанням кількості ВІЛ-інфікованих серед неповнолітніх споживачів наркотичних засобів. Особливо це стосується хворих на ін'єкційну наркоманію, які становлять майже 90 % нових випадків ВІЛ-інфікування. У 1999 р. в Україні було виявлено 180 інфікованих підлітків. Але це лише дані офіційної статистики [5].

Усі спроби вирішити проблему дитячої та підліткової наркоманії шляхом активізації діяльності тільки наркологічної служби не дають і не можуть дати позитивного результату. Цьому є як об'єктивні, так і суб'єктивні пояснення. По-перше, недостатня матеріально-технічна база наркологічної служби; по-друге, у лікаря-нарколога, практично, відсутній постійний контакт із дитячими колективами (як відомо, вони є основним джерелом нових хворих), він не має досвіду педагогічної роботи з дітьми та підлітками; по-третє, до лікаря-нарколога батьки підлітків, які вживають наркотичні чи психотропні речовини, практично не звертаються, а якщо і звертаються, то, як правило, на стадії стійкої психічної, а іноді й фізичної залежності, коли лікувальні заходи малоефективні. Найчастіше підліток потрапляє до лікаря-нарколога за допомогою органів правопорядку, коли він уже стоїть на межі чи вже скоїв злочин.

Вивчаючи поширення наркоманії серед учнівської молоді західного регіону України, ми зробили висновок, що школярі, учні та студенти дуже мало знають про наркоманію та її наслідки, їх рівень знань з цієї проблеми незадовільний. Тільки 12±2 % школярів і учнів орієнтуються в проблемах наркоманії та токсикоманії. У навчальних закладах, не приділяють уваги вивченню цієї проблеми, недостатній рівень спеціальної підготовки викладачів щодо знання наркологічних проблем, особливо викладачів валеології та психології. Не вивчають медичне, біологічне та психологічне коріння цієї проблеми, не приділяють увагу проблемі соціальної та психологічної дезадаптації підлітків.

Така сама проблема існує і серед майбутніх педагогів, які навчаються у вищих педагогічних навчальних закладах. Задовільний рівень знань із сучасних проблем наркоманії має 16±3 % студентів старших курсів. У інших ці знання обмежуються назвою кількох наркотичних і психотропних речовин.

Результати дослідження серед осіб, які дійсно є хворими на наркоманію і перебувають на наркологічному обліку, з використанням класи-

чного психоаналізу, психопатологічного та медико-соціологічних методів дослідження свідчить, що, починаючи вживати наркотичні препарати, 111 чоловік (92,5%) із 120 обстежених хворих на ін'єкційну наркоманію нічого не знали ні про наркоманію, ні про її наслідки.

Дуже небезпечною тенденцією в дитячому та підлітковому середовищі, є віра в те, що від наркоманії легко вилікуватися, що сучасна медицина в своєму арсеналі має всі засоби для швидкого подолання цієї недуги. Розвитку цієї тенденції значною мірою сприяють деякі засоби масової інформації.

Реальний вихід зі становища, що склалося в Україні у зв'язку з проблемою підліткової наркоманії, бачиться в розробці єдиних медико-педагогічних програм і концепцій з профілактичної діяльності. Причому термін "програми" необхідно використовувати в широкому розумінні, оскільки він охоплює зміст і форму надання інформації про наркоманію і все, що з нею пов'язано, засоби пізнавальної діяльності, методи впливу на мотиви поведінки з метою її корекції. Це завдання як медиків, так і педагогів.

Педагог, як ніхто інший, впливає на дитину, бере участь у формуванні її світогляду та моделі поведінки. Тому навчання педагогів основам профілактики наркоманії, надання їм адекватної інформації про наркотичні засоби і наркологічні захворювання, озброєння їх конкретними психотерапевтичними і психотехнічними засобами, тісна співпраця органів охорони здоров'я з навчальними закладами дадуть змогу значно підвищити рівень первинної профілактики наркоманії та токсикоманії у дитячому і підлітковому середовищі. Виконувати цю роботу потрібно професійно та перманентно. А це, в свою чергу, буде сприяти зменшенню кількості нових хворих на наркоманію, в подальшому дасть змогу зберегти підростаюче покоління від наркотичної епідемії.

Ще одним шляхом удосконалення антинаркотичної роботи, на нашу думку, може стати створення муніципальної системи наркологіч-

ної допомоги. Такий досвід є в кількох регіонах Росії та країнах далекого зарубіжжя. Ця система сприятиме врахуванню специфічних особливостей регіону: вікового складу населення, рівня безробіття, матеріального стану мешканців, культурних та релігійних особливостей, близькості кордонів, співвідношення між мешканцями міст і сіл тощо. Як відомо, мешканців міст швидше можна віднести до групи високого ризику за початком наркотизації, ніж мешканців сіл. Тому регіональні особливості накладають свій відбиток на наркотичну ситуацію місцевості. За нашими даними, практично, кожна місцевість, навіть у межах одного регіону значно відрізняється за наркологічною ситуацією. Тут є свої, переважаючі види наркотичних речовин, методи їх приготування, основні шляхи введення і, що особливо важливо, свої шляхи придбання. Якщо в містах застосовують переважно такі наркотичні засоби, як героїн, "екстазі", амфітаміни, психотропні речовини, маріхуану, то в невеликих містечках і в сільській місцевості основними наркотичними препаратами залишаються екстракт опію та кустарна маріхуана. А це значною мірою впливає як на поширення наркоманії, так і на темпи формування стійкої залежності від неї.

Муніципальна наркологічна служба, до складу якої мають увійти не тільки медичні працівники, а й педагоги, психологи, працівники соціальних та правоохоронних закладів, отримала б змогу в більшому обсязі враховувати ці чинники, що дозволяло б розробляти притаманну певному регіону комплексну систему медичної і профілактичної допомоги.

Отже, тільки комплексний підхід до проблеми наркоманії з урахуванням медико-соціальних, біологічних, психологічних, юридичних аспектів, тісна співпраця медичних та освітніх закладів, кваліфікована наркологічна підготовка педагогів дасть змогу розробити і здійснювати єдину медико-педагогічно-правову концепцію антинаркотичної діяльності, що сприятиме гальмуванню поширення наркоепідемії в нашій державі.

### Список літератури

1. Битенский В.С., Херсонский Б.Г., Дворяк С.В., Глушков В.А. Наркомания у подростков. – К.: Здоровье, 1989. – 216 с.
2. Валежин А. Секреты нарколога. – Красноярск.: Бонус, 1998. – 112 с.
3. Горбачева А. Наркоманы есть везде // Врач. – 1998. – №9. – С.38–39.
4. Ивасюк В.П., Филиппович С.А. Государственная программа в сфере профилактики наркоманий и СПИДа в Украине // Междунар. мед. журн. – 1997. – Т.3.–№4. – 71с.
5. А.М.Нагорна, Т.С.Грузева, О.О.Дудіна та ін. Стан та перспективи здоров'я підлітків України // Матеріали наук.-практ. конф. – 2000. – С.55–57.

6. *Наркологія* / Под ред. Л.С.Фридман и др.; пер. с англ. М.Бинсом. – СПб: Невский диалект, 1998. – 318 с.
7. *Наркомания – всеобщее бедствие: Беседа с директором НИИ наркологии МЗ РФ, проф. Н.Иванцом* // *Врач.* – 1998. – №9. – С.3–5.
8. *Профилактика наркоманий и токсикоманий у подростков* / Сост. В.Ю. Катметов. Р.А. Смердов. – Кемерово: Кузбассвуиздат, 1997. – 64 с.
9. *Пятницкая И.Н.* Наркомания. – М.: Медицина, 1994. – 544с.
10. *Сосин И.К.* Наркомания: Клинико-терапевтический аспект // *Харьк. мед. журн.* – 1997. – №1. – С. 74–79.
11. *Шабанов П.Д.* Руководство по наркологии. – СПб: Лань. – 1998. – 349 с.
12. *Шмалей С.В.* Основы наркологии. – Херсон, 1998. – 208 с.
13. *Drugs for the treatment of cardiac arrest* // *Med. Lett. Drugs Ther.*, 1992. – 866 p.
14. *Pond S.M.* The initial assessment and management of drug overdose patients by the general practitioner // *Australian Practitioner*, 1993. – Vol.16(1). – P. 9–16.

## **ПРОБЛЕМА ПОДРОСТКОВОЙ НАРКОМАНИИ В УКРАИНЕ И ПУТИ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ИХ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ**

В.В. Беспалько (*Каменец-Подольский*)

Дана характеристика ситуации, которая сложилась в Украине в связи с создавшейся проблемой подростковой наркомании. Приведены данные об увеличении количества больных наркоманией в детском и подростковом возрасте, расширении спектра потребляемых наркотических и психотропных средств, отсутствии знаний по наркологической проблеме и неудовлетворительном их уровне у учеников и студентов, а также педагогов школ, средних и высших учебных заведений западного региона Украины.

Предложена комплексная медико-педагогическая концепция решения наркологической проблемы, которая сможет приостановить распространение наркомании, явится основным звеном ее первичной профилактики.

## **PROBLEM OF TEENAGER DRUG-ADDICTION IN UKRAINE AND ITS PRIMARY PREVENTION**

V.V. Bospalko (*Kamenets-Podolsk*)

The recent situation on drug-abuse prevalence among teenagers in Ukraine has been presented. Some data of its increasing trend were outlined. There could be seen increasing of number of drug-addicts among children and teenagers, expansion in their misus of narcotics and psychotropic drugs' spectrum. The level of awareness concerning the drug-addiction problem among school-age children and students, as well as among schoolteachers and highschool tutors in Western region of Ukraine is very low. A complex medical-and-pedagogical conception for resolving the existing addiction problem has been proposed, wich could stop drug-addiction spread and be the main link in its primary prevention.



УДК 616-082.004.12

В.КИЛИВНИК, Ю.ЛАДУБА (Немирів, Вінницька область)

## ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Протягом трьох років вивчалась ефективність медичної реабілітації хворих за їх звертальністю за медичною допомогою з приводу основних класів хвороб. Для цього всі хворі були поділені на дві групи (по 998 осіб у кожній), одна з яких була дослідною (де проводилась медична реабілітація), друга – контрольною (де проводилося лише традиційне лікування).

До реабілітації звертальність у дослідній групі становила  $(184,4 \pm 1,36)$  %, у контрольній –  $193,3 \pm 1,39$ . Різниця в звертальності в обох групах до проведення реабілітації (традиційного лікування) була несуттєвою ( $P > 0,05$ ). Після реабілітації в дослідній групі звертальність знизилася до  $(42,9 \pm 0,67)$  %, або в 4,3 раза у порів-

нянні з дореабілітаційним періодом ( $P < 0,001$ ). В контрольній групі після традиційного лікування звертальність теж зменшилась, але тільки до  $(140,9 \pm 1,15)$  %. Традиційне лікування також дало статистично вірогідне зниження ( $P < 0,001$ ), однак воно було значно меншим, ніж у дослідній групі. Співвідношення (індекс ефективності) рівня звертальності в контрольній групі до рівня звертальності в дослідній після проведення реабілітації (традиційного лікування) склало 3,28, тобто ефективність реабілітаційних заходів у порівнянні з традиційним лікуванням була у 3,28 раза вищою.

Вплив реабілітації на звертальність з приводу окремих хвороб представлена в табл.1.

Таблиця 1. Характеристика звертальності, на 100 осіб з відповідними хворобами, за медичною допомогою з приводу окремих класів хвороб

Хвороби	Група спостереження	До реабілітації	Після реабілітації	Індекс ефективності
		$M_1 \pm m_1$	$M_2 \pm m_2$	
Психічні розлади	Дослідна	135,1 $\pm$ 1,16	24,3 $\pm$ 0,49	5,5
	Контрольна	137,8 $\pm$ 1,17	135,1 $\pm$ 1,16	
Хвороби нервової системи і органів чуття	Дослідна	216,1 $\pm$ 1,47	69,4 $\pm$ 0,83	2
	Контрольна	196,4 $\pm$ 1,40	139,3 $\pm$ 1,18	
Хвороби системи кровообігу	Дослідна	167,4 $\pm$ 1,29	53,3 $\pm$ 0,72	3,5
	Контрольна	201,2 $\pm$ 1,41	182,5 $\pm$ 1,35	
Хвороби органів травлення	Дослідна	167,6 $\pm$ 1,29	45,9 $\pm$ 0,68	4,9
	Контрольна	183,7 $\pm$ 1,35	227,0 $\pm$ 1,50	
Хвороби сечо-статевої системи	Дослідна	126,7 $\pm$ 1,12	32,0 $\pm$ 0,56	3,8
	Контрольна	138,6 $\pm$ 1,17	122,6 $\pm$ 1,10	
Хвороби опорно-рухового апарату	Дослідна	194,2 $\pm$ 1,39	40,4 $\pm$ 0,63	3,3
	Контрольна	192,7 $\pm$ 1,38	133,2 $\pm$ 1,15	
Хвороби органів дихання	Дослідна	248,6 $\pm$ 1,57	60,0 $\pm$ 0,77	2,3
	Контрольна	231,4 $\pm$ 1,52	140,0 $\pm$ 1,18	
Інші хвороби	Дослідна	176,4 $\pm$ 1,33	52,9 $\pm$ 0,72	2,5
	Контрольна	188,2 $\pm$ 1,37	135,2 $\pm$ 1,16	

Як видно з таблиці, найвищий рівень звертальності в дореабілітаційному періоді в обох групах спостереження був у осіб з хворобами органів дихання, найнижчий – з хворобами сечостатевої системи. Звертальність найбільше зменшилась у післяреабілітаційному періоді у осіб з психічними розладами (в 5,5 раза) і хворобами опорно-рухового апарату (4,8 раза). Найбільший індекс ефективності спостерігався у осіб з психічними розла-

дами та хворобами органів травлення, найменший – з хворобами нервової системи і органів чуття та хворобами органів дихання.

Вплив соціального стану на звертальність реабілітованих хворих показано в табл. 2.

Реабілітація сприяла суттєвому зниженню звертальності хворих в усіх соціальних групах: сільські мешканці – в 4,2 раза, міські – 5,6, особи з трудовим стажем до 10 років – майже в 6, а ті, що мали

Таблиця 2. Характеристика звертальності, на 100 осіб відповідної соціальної групи, реабілітованих хворих різних соціальних груп

Соціальна група	До реабілітації	Після реабілітації
	$M_1 \pm m_1$	$M_2 \pm m_2$
Сільські мешканці	228,9±1,51	54,5±0,73
Міські мешканці	176,5±1,32	31,5±0,56
Трудовий стаж:		
до 10 років;	141,8±1,19	24,4±0,49
10–24 роки;	271,2±1,64	76,7±0,87
>25 років	152,5±1,23	29,7±0,54
Освіта		
початкова;	193,8±1,39	36,3±0,60
незакінчена середня;		
середня;	187,8±1,37	46,4±0,68
середня спеціальна;		
вища	177,1±1,33	37,1±0,60
Матеріальна забезпеченість:		
бідні;	147,3±1,21	50,8±0,71
із середнім достатком;	187,9±1,37	43,5±0,65
забезпечені	168,9±1,29	36,7±0,60
Сімейний стан:		
незаміжні (холості);	142,6±1,19	24,5±0,49
заміжні (жонаті);	190,9±1,38	45,6±0,67
вдівці, вдови;	140,0±1,18	25,0±0,50
розлучені	211,1±1,45	25,9±0,50
Житлові умови:		
добрі;	182,1±1,34	43,9±0,66
задовільні;	193,2±1,38	41,4±0,64
незадовільні	165,2±1,28	47,8±0,47

25 років і більше – в 5,1, особи з початковою освітою – 5,3, з середньою спеціальною і вищою – 4,8, бідні – 2,9, багаті – 4,6, незаміжні (холості) – 5,8, розлучені – 8,1, особи з добрими житловими умо-

вами – 4,1, з незадовільними – в 3,4 раза. Очевидно, що у осіб з гіршим соціальним статусом реабілітація дала дещо нижчі результати у порівнянні з особами з ліпшим соціальним статусом.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

В.Киливник, Ю.Ладуба (Немиров, Винницкая область)

Представлены результаты трехлетнего изучения эффективности медицинской реабилитации больных основными классами болезней по их обращаемости за медицинской помощью. Доказана статистически достоверная эффективность реабилитации при всех болезнях, особенно при психических, опорно-двигательного аппарата, органов пищеварения. Реабилитация оказалась эффективной (в разной степени) и в различных социальных группах.

## THE EFFECTIVENESS OF MEDICAL REHABILITATION

V.Kyivnyk, Yu.Laduba (Nemyriv, Vinnitskaya province)

The results of three-years' study of medical rehabilitation from general classes of diseases according to medical aid application, have been presented. Statistically reliable rehabilitation effectiveness in all types of diseases, especially psychic, of sustainable motorius apparatus, digestive system has been proved. The rehabilitation has also proved to be effective (to different extent) in various social groups.

А.М. НАГОРНА, В.Б. ПОДРУШНЯК, В.В. ЄЛАГІН (Київ)

## МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ПРИВЕДЕННЯ ПОСАД МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ДО МІЖНАРОДНОГО СТАНДАРТУ

Український інститут громадського здоров'я

З 1 січня 1996 р. в Україні діє Класифікатор професій ДК 003-95(КП) – державний стандарт, який є обов'язковим нормативним документом для всіх міністерств і відомств. На основі Класифікатора проводяться розрахунки чисельності працівників, облік складу і розподіл кадрів за професійними угрупованнями, планування додаткової потреби в кадрах тощо. На підприємствах, в установах та організаціях записи про роботу вносяться в установленому порядку в трудові книжки відповідно до професійних назв, зазначених у Класифікаторі.

Класифікація професій даного стандарту ґрунтується на концепціях Міжнародної стандартної класифікації занять 1988 р. (МСКЗ-88), або International Standard Classification of Occupations (ISCO-1988, Geneva), підготовлену Бюро статистики Міжнародної організації праці (МОП) замість аналогічної класифікації 1968 р. і схвалену 14-ю Міжнародною конференцією із статистики праці (1987 р.). Остання надала рекомендації щодо збирання та обробки статистичних даних із зайнятості, під час яких кожна держава повинна керуватися цією класифікацією, що дозволить забезпечити міжнародне використання національної інформації зайнятості. Огже, МСКЗ-88 є одним із стандартів міжнародної статистики праці.

Міжнародна класифікація має три основні мети: по-перше, полегшити міжнародні зв'язки з питань зайнятості, забезпечити фахівців національних статистичних органів інструментом, що дозволяє використовувати національні дані щодо зайнятості на міжнародному рівні; по-друге, забезпечити збирання національних даних із зайнятості в такій формі, що дозволила б їх використання як в дослідницькій роботі, так і під час підготовки і прийняття рішень, пов'язаних, зокрема, з міжнародною міграцією та створенням робочих місць; по-третє, стати зразком для країн, що розробляють або переглядають свої національні класифікації занять. Але при цьому вона не повинна замінювати чинні національні класифікації занять, які мають повністю відображати специфіку національних ринків праці.

В основу розробки та створення Міжнародної стандартної класифікації занять покладені такі основні критерії, як вид виконуваної роботи та кваліфікація. Робота визначається як набір завдань та обов'язків, що виконуються або повинні виконуватися однією особою, і, згідно з МСКЗ-88, є статистичною одиницею. Набір робіт, що характеризуються високим ступенем збігу виконуваних основних завдань та обов'язків, є професійне заняття (професія). Кваліфікація – це здатність робітника виконувати конкретні завдання та обов'язки в межах певного виду діяльності.

Згідно з цілями МСКЗ-88 розрізняє два параметри: рівень кваліфікації, що визначається складністю та обсягом виконуваних завдань і обов'язків, і кваліфікаційну спеціалізацію, що є конкретною галуззю необхідних знань, пов'язаною з машинами, інструментами та матеріалами, які використовуються під час роботи, а також видом вироблюваних товарів і послуг. На підставі поняття "кваліфікації" виділені та сформовані основні групи занять.

Враховуючи міжнародний характер стандартної класифікації занять, виділено тільки чотири рівні кваліфікації, яким надані функціональні визначення щодо освітніх категорій і рівнів Міжнародної стандартної класифікації освіти (Париж, 1976). Крім того, слід зауважити, що Міжнародна стандартна класифікація занять робить акцент на кваліфікацію, необхідну для виконання конкретних завдань та обов'язків, а не на реальний рівень кваліфікації окремих працівників. Її використання, безумовно, допускає деякий суб'єктивізм під час визначення рівня кваліфікації, необхідного для тієї чи іншої професії. Тому, збираючи дані для встановлення рівня кваліфікації, потрібно враховувати національні класифікації та умови, що дають змогу сподіватися на те, що прийняті рішення відображатимуть дійсну ситуацію і головні тенденції розвитку.

У частині концептуальних положень, структурної побудови та основних характеристик професійних угруповань Класифікатор професій України відповідає Міжнародній стандартній класифікації занять. З цих питань Україна, на відміну від

інших незалежних держав, зробила крок уперед до інтеграції з міжнародною системою стандартизації.

Структурно Класифікатор складається з кодів і назв класифікаційних угруповань – розділів, підрозділів, класів, підкласів та груп професій (рис.). Розподіл за розділами такий: 1 – “Законодавці, вищі державні службовці, керівники”; 2 – “Професіонали”; 3 – “Фахівці”; 4 – “Технічні службовці”; 5 – “Робітники сфери торгівлі та побутових послуг”; 6 – “Кваліфіковані робітники сільського та лісового господарства, риборозведення та рибальства”; 7 – “Кваліфіковані робітники з інструментом”; 8 – “Оператори та складальники устаткування і машин”; 9 – “Найпростіші професії”. На відміну від Міжнародної стандартної класифікації занять розділ 0 (“Військові сили”) не ввійшов до КП.

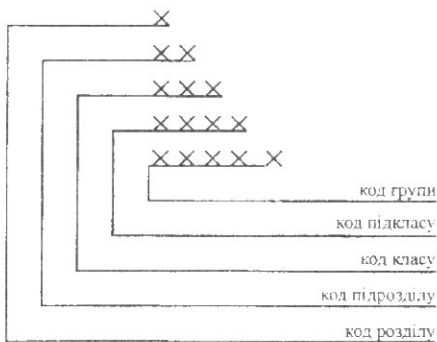


Рис. Структура Класифікатора професій України.

Незважаючи на широкий діапазон рівнів кваліфікації у Міжнародній стандартній класифікації занять, рівень кваліфікації для певної професії у кожному конкретному випадку не завжди збігається з рівнем, який прийнятий в окремих державах згідно з вимогами до освіти. На 14-й Міжнародній конференції із статистики праці було зазначено, що найчастіше виникають труднощі під час визначення формальних вимог до рівня освіти працівників, які займаються педагогічною діяльністю, охороною здоров'я та соціального обслуговування. Ці факти і навели нас на думку про необхідність розробки Класифікації посад медичних працівників в Україні.

Виходячи з характеристики кожного розділу КП, наша класифікація має п'ять розділів. Перший розділ змішаний, охоплює професії, пов'язані із здійсненням різноманітних функцій управління, з керівництвом об'єднаннями підприємств, підприємствами, установами, організаціями та їхніми підрозділами незалежно від форм власності та видів діяльності.

Другий розділ складається з професій, що передбачають високий рівень знань із медицини. Професійні завдання полягають у збільшенні існуючого обсягу знань, застосуванні певних концепцій, теорій і методів для розв'язання певних проблем. До цього розділу належать професії, що

вимагають від працівника, враховуючи коло та складність певних професійних завдань і обов'язків, кваліфікації за дипломом про вищу освіту, що відповідає рівню спеціаліста або магістра.

Третій розділ охоплює професії, що передбачають знання в одній чи більше галузях природничих наук. Професійні завдання полягають у виконанні спеціальних робіт, пов'язаних із застосуванням положень і методів відповідних наук. До цього розділу належать професії, яким відповідає кваліфікація за дипломом чи іншим документом про освіту молодшого спеціаліста, бакалавра або спеціаліста, що проходить післядипломну підготовку (стажування, інтернатуру тощо).

До четвертого розділу увійшли професії, що передбачають знання, необхідні для підготовки, збереження чи відновлення інформації та проведення обчислень. Професійні завдання пов'язані з опрацюванням цифрових даних чи обслуговуванням клієнтів (надання довідок, реєстрація чи передавання інформації тощо). До цього розділу належать професії, що вимагають повної загальної середньої освіти та професійної освіти чи повної загальної середньої освіти та професійної підготовки на робочому місці.

До п'ятого розділу належать професії, що передбачають знання, необхідні для надання послуг чи торгівлі. Професійні завдання охоплюють забезпечення послугами, пов'язаними з обслуговуванням, побутом, харчуванням та торгівлею. Професії цього розділу вимагають повної загальної середньої освіти та професійної освіти або повної загальної середньої освіти та професійної підготовки на робочому місці.

Складена нами класифікація посад медичних працівників представлена у табл. 1.

За ієрархічною структурою класифікація посад медичних працівників складається з 5 розділів, 7 підрозділів, 12 класів, 24 підкласів та 14 груп (табл. 2).

Порівняльний аналіз номенклатури посад МОЗ України та Класифікатора професій України виявив значні розбіжності, а саме: невідповідність у кількості найменувань посад, віднесенні їх до певних розділів, а також у самих назвах посад. Тому на основі Положення про ведення Державного класифікатора ДК 003-95 нами були внесені пропозиції щодо змін та доповнень до нього. Вони стосувались введення нових назв посад, зміни назв відповідно до норм сучасної української мови та медичної термінології, скасування посад як таких, що застаріли внаслідок змін у організації праці, зміни кодів для уточнення належності посад до певних розділів Класифікатора з урахуванням освітньо-кваліфікаційних рівнів підготовки медичних працівників. У частині КП, що стосується саме класифікації професій, внесені 10 позицій змін. Наприклад, клас за кодом 222 “Професіонали в галузі медицини (крім



Таблиця 1. Класифікація посад медичних працівників

Код КП	Посада
1	2
<b>1</b>	<b>КЕРІВНИКИ</b>
12	Керівники підприємств, установ та організацій
1210	Керівники підприємств, установ та організацій охорони здоров'я
122	Керівники виробничих та інших основних підрозділів
1228	Керівники виробничих підрозділів у побутовому обслуговуванні
1229	Керівники інших основних підрозділів
1229.5	Керівники підрозділів в охороні здоров'я
1229.7	Керівники інших основних підрозділів в інших сферах діяльності
<b>2</b>	<b>ПРОФЕСІОНАЛИ</b>
22	Професіонали в галузі біологічних, агрономічних та медичних наук
222	Професіонали в галузі медицини (крім медичних сестер)
2221	Професіонали в галузі лікувальної справи (крім стоматології)
2221.1	Наукові співробітники (лікувальна справа, крім стоматології)
2221.2	Лікарі
2222	Професіонали в галузі стоматології
2222.1	Наукові співробітники (стоматологія)
2222.2	Стоматологи
2224	Професіонали в галузі фармації
2224.1	Наукові співробітники (фармація)
2224.2	Провізори
2225	Професіонали в галузі медико-профілактичної справи
2225.1	Наукові співробітники (медико-профілактична справа)
2225.2	Лікарі. Фахівці в галузі медико-профілактичної справи
2229	Інші професіонали в галузі медицини (крім сестринської справи та акушерства)
2229.1	Наукові співробітники в галузі медицини (крім сестринської справи та акушерства)
2229.2	Професіонали в галузі медицини (крім сестринської справи та акушерства)
223	<b>Медичні сестри та акушерки</b>
2230	Професіонали в галузі сестринської справи та акушерства
2230.1	Наукові співробітники (сестринська справа, акушерство)
2230.2	Професійні медичні сестри та акушерки
<b>3</b>	<b>ФАХІВЦІ</b>
32	Фахівці в галузі біології, агрономії та медицини

Продовження табл. 1

1	2
322	Асистенти професіоналів в галузі сучасної медицини (крім медичних сестер)
3221	Медичні асистенти
3222	Гігієністи
3224	Оптики
3225	Дантисти-асистенти
3228	Фармацевти
3229	Асистенти професіоналів в галузі сучасної медицини
323	Медичні сестри та акушерки
3231	Медичні сестри, що асистують професіоналам
3232	Помічники професіоналів- акушерів
324	Фахівці, що практикують в галузі традиційної медицини та цілителі
3241	Фахівці, що практикують в галузі традиційної медицини
3242	Цілителі
4	<b>ТЕХНІЧНІ СЛУЖБОВЦІ</b>
41	Службовці, пов'язані з інформацією
412	Службовці, зайняті з цифровими даними
4122	Статистики-обліковці
413	Службовці, що займаються реєстрацією матеріальних цінностей
4131	Службовці на складах
42	Службовці, що обслуговують клієнтів
422	Агенти з інформації клієнтів
4222	Службовці з інформування (довідок)
5	<b>РОБІТНИКИ СФЕРИ ОБСЛУГОВУВАННЯ ТА ТОРГІВЛІ</b>
51	Робітники, що надають персональні послуги
513	Робітники, що здійснюють догляд за окремими особами
5132	Основні наймані робітники з догляду за хворими
52	Продавці
522	Продавці в магазинах
5220	Продавці в магазинах

медичних сестер)" має свої підкласи за видами медичної діяльності, а саме: 2221 – "Професіонали в галузі лікувальної справи (крім стоматології)"; 2222 – "Професіонали в галузі стоматології"; 2224 – "Професіонали в галузі фармації"; 2229 – "Інші професіонали в галузі медицини (крім сестринської справи та акушерства)". Але в класифікації не були вра-

ховані професіонали з медико-профілактичної справи, підготовка яких здійснюється у вищих медичних навчальних закладах III–IV рівнів акредитації на медико-профілактичних факультетах. Тому ми запропонували внести новий підклас з кодом 2225 під назвою "Професіонали в галузі медико-профілактичної справи".

Таблиця 2. Структура класифікації посад медичних працівників

Розділи	Підрозділи	Класи	Підкласи	Групи
Керівники	1	2	3	2
Професіонали	1	2	6	12
Фахівці	1	3	10	-
Технічні службовці				
	2	3	3	-
Робітники сфери обслуговування та торгівлі	2	2	2	-
Разом	7	12	24	14

У КП два класи присвячені медсестринству: код 223 – “Медичні сестри та акушерки” та 323 – “Медичні сестри та акушерки, що асистують професіоналам”. Перший клас сьогодні не має наповнення. Але відповідно до чинного законодавства України у вищих медичних навчальних закладах проходять підготовку майбутні спеціалісти та магістри з сестринської справи, що і будуть відповідати першому класу. Для запобігання помилок під час кодування посад медичних сестер клас за кодом 223 потребує зміни назви на “Професіонали в галузі сестринської справи та акушерства”.

Згідно з номенклатурою посад МОЗ України, нами запропоновано ввести до КП 47 нових назв посад, змінити назви 15 посад, коди 25 посад, скасувати 19 посад. Підготовлені пропозиції щодо внесення змін і доповнень до КП узгоджені з НДІ соціально-трудова відносин Міністерства праці та соціальної політики України, який визначений головним з питань введення Класифікатора посад, затверджені наказом Комітету із стандартизації, метрології та сертифікації (№283 від 19.10.99) і враховані під час підготовки Змін №2 до Класифікатора професій 1999 р.

Відповідно до складеної нами класифікації розроблений перелік посад медичних працівників, до якого увійшли 205 посад, специфічних для охорони здоров'я. З них 11 посад керівників, 141 посада лікарів, 48 – середнього медичного персоналу, 6 – технічних службовців і робітників сфери обслуговування. Весь перелік представлений 145 базовими посадами та 60 похідними посадами.

Окремо слід розглянути питання приведення до міжнародного стандарту вузької спеціалізації медичних працівників, що характерна для нашої системи охорони здоров'я. В інтернатурі підготовку спеціалістів проводять за 52 спеціальностями, а з урахуванням циклів спеціалізації – за 124. Але кількість посад за цими спеціальностями зна-

чно більша. Так, спеціальність “Лабораторні дослідження чинників навколишнього середовища” в медичних закладах представлена трьома посадами: лікар-лаборант-гігієніст, лікар-лаборант-гігієніст з дослідження хімічних чинників навколишнього середовища та лікар-лаборант-гігієніст з дослідження фізичних чинників навколишнього середовища.

Порівнюючи нашу класифікацію посад з міжнародною, ми дійшли висновку, що настав час відмовитися від надто вузької спеціалізації медичних працівників, коли дільничний лікар відіграє роль диспетчера, що направляє хворого по марафону обстежень у різних спеціалістів, узагальнюючи лише їх результати. Особливо це актуально в період переходу до практики сімейної медицини.

Протягом останніх трьох років завершено, в основному, реформування вищої медичної освіти в Україні, зорієнтоване на світові зразки підготовки спеціалістів. Розроблено та впроваджено систему інтегрованих державних ліцензійних іспитів з оцінкою знань і вмінь медичних працівників за державними стандартами незалежно від навчального закладу. Вузька спеціалізація викликатиме труднощі під час проведення контролю за якістю підготовки спеціалістів, що потребує реструктуризації номенклатури спеціальностей і посад медичних працівників.

На завершення слід зазначити, що, враховуючи відмінності у системі надання медичної допомоги населенню та підготовки медичних працівників в Україні, неможливо повністю і відразу перейти на міжнародну класифікацію посад, але слід наближатися до неї насамперед за рахунок укрупнення посад.

Розроблена нами класифікація матиме важливе значення для охорони здоров'я. Вона допоможе впорядкувати чинні нормативні акти, що стосуються підготовки та використання медичних кадрів.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ ПО ПРИВЕДЕНИЮ КЛАССИФИКАЦИИ ДОЛЖНОСТЕЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ К МЕЖДУНАРОДНОМУ СТАНДАРТУ**

А.М. Нагорная, В.Б. Подрушняк, В.В.Елагин (Киев)

Освещена концепция Международной стандартной классификации профессий (ISCO-88), определены ее цели и задачи. Предложены методические подходы к усовершенствованию классификации должностей медицинских работников в соответствии с международным стандартом и с учетом процессов реформирования здравоохранения в Украине на современном этапе.

**METHODOLOGIC APPROACHES TO CLASSIFY THE PHYSICIANS POSTS ACCORDING TO INTERNATIONAL STANDARDS**

A.M. Nahorna, V.B. Podrushnyak, V.V.Yelagin (Kyiv)

The conception of International Standard Classification Occupation (ISCO - 88) was performed in this article and its objectives and tasks were determined. The methodological approaches to advance the classification of physicians posts according to International Standards and taking into account the processes of reforming the PHS in Ukraine in present time have been proposed.

УДК 614.2:616-082-053.2

*О.О. ДУДИНА, Н.Г. ГОЙДА, Т.М. МАЗУР (Киев)*

**ВПРОВАДЖЕННЯ МОДЕЛІ ЛІКАРЯ-ПЕДІАТРА ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СТРАТЕГІЧНИЙ НАПРЯМ УДОСКОНАЛЕННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ ДИТЯЧОМУ НАСЕЛЕННЮ**

Український інститут громадського здоров'я,  
Міністерство охорони здоров'я України,  
Центральна дитяча поліклініка Харківського району Києва

Серед основних стратегій Всесвітньої організації охорони здоров'я пріоритетним є забезпечення здоров'я дітям і підліткам – найважливішого критерію соціального благополуччя суспільства [3,8]. Особливого значення ці питання набувають у сучасний період, коли на тлі різкого зменшення народжуваності погіршується стан здоров'я дітей [5].

Негативні тенденції в стані здоров'я дітей постійно вимагають вдосконалення існуючої педіатричної служби, проведення на державному рівні широкомасштабних заходів щодо відновлення екосистеми, реального соціального забезпечення дітей, створення їм сприятливих умов побуту, виховання і навчання. Концепцією реформування

системи охорони здоров'я України передбачається суттєве зміщення акцентів на первинну медико-санітарну допомогу (ПМСД) на засадах сімейної медицини в разі збереження пріоритетного обслуговування жіночого та дитячого населення на принципах доступності та профілактичної спрямованості [6].

Теперішня служба охорони матері і дитини разом з педіатричними факультетами – це вітчизняне надбання, і надзвичайно важливо забезпечити умови для збереження всього позитивного, що було накопичено в організації охорони здоров'я цього контингенту [2,4].

Створена ще в колишньому СРСР система надання первинної медико-санітарної допомоги ди-



тячому населенню за принципом територіальних дільниць передбачала повну відповідальність дільничних бригад за стан здоров'я опікуваних пацієнтів. Більше того, і нині лікар-педіатр виконує функції сімейного лікаря, щодо забезпечення патронажу вагітних жінок, новонароджених і грудних дітей, обслуговування дітей з гострими інфекційними захворюваннями і контактних вдома, гігієнічного виховання родини тощо. Ця форма медичної допомоги в розвинених країнах відсутня внаслідок високої забезпеченості населення особистим транспортом [4].

Проте інтенсивний розвиток спеціалізованої медичної допомоги на тлі зростання частоти поєднаної патології у дітей привів до того, що кожен спеціаліст лікує "свою" хворобу, а в цілому дитину ніхто не опікує і не несе відповідальності за формування і збереження її здоров'я. Поза колом зору і впливу медицини перебуває й сім'я. Крім того, існуюча система надання медичної допомоги дітям на догоспітальному етапі розпорошена і не дозволяє дотримуватися принципів наступності. При цьому кожен шлях, що веде до кінцевої мети – збереження і поліпшення здоров'я – обмежений своїм діапазоном можливостей. Так, "неорганізованому" дитячому населенню ця допомога надається дільничними лікарями-педіатрами, "організованим" контингентом дітей дошкільного віку – через систему дошкільних закладів. Для дітей шкільного віку, зокрема в містах, набули поширення шкільні відділення в дитячих поліклініках. Негативним чинником можна вважати і те, що комплексні медичні огляди в дошкільних закладах і школах проводяться однією бригадою лікарів, а оздоровлення – зовсім іншими лікарями. Все це ще раз підтверджує розпорошеність педіатричної служби, є підставою для організації її роботи за принципом "єдиного" педіатра. Такі організаційні форми впроваджені у деяких адміністративних регіонах України. Однак модель "єдиного" педіатра потребує наукового обґрунтування перед її широким впровадженням у практику.

Малоефективною є існуюча сьогодні система медичної допомоги підліткам. Підліткова служба нечисленна, а на рівні поліклінік, як правило, працює лише один підлітковий лікар-терапевт, який скоріше є диспетчером, ніж фахівцем, який лікує. Спеціалізована допомога як на госпітальному, так і догоспітальному етапах надається лікарями "дорослої" служби, котрі мало знайомі з фізіологічними особливостями підліткового віку та перебігом хвороб у цій віковій групі.

Важливою проблемою ПМСД є також планування сім'ї і профілактика абортів. В Україні ця робота традиційно здійснюється жіночими консультаціями і лікарями-акушерами-гінекологами. Проте без включення в обсяг роботи лікарів-педіатрів зі

статевого виховання дітей, профілактики незапланованої вагітності ліквідація відставання з цих питань від цивілізованих країн неможлива [2].

Потребує подальшого розвитку в системі ПМСД й "екологічна педіатрія", формування груп екологічного ризику та впровадження методів відновлення здоров'я залежно від стану екології [4,7].

Одним із стратегічних напрямів розвитку системи охорони здоров'я є збільшення обсягів заходів з медичної профілактики. Тим часом система загальних профілактичних оглядів дитячого населення залишається рутинною, перенасиченою значними обсягами малоефективних обстежень і оглядів профільними фахівцями, дублюванням записів (фф. 112,26). На жаль, така кількість обстежень і оглядів зовсім не відповідає якості профілактичних оглядів.

Назріла також потреба змінити критерії оцінки ефективності ПМСД на дільниці, які повинні враховувати в рівній мірі розділи лікувально-діагностичної та профілактичної роботи.

Останнім часом у деяких регіонах України розпочате впровадження організаційних технологій ПМСД дитячому населенню на засадах сімейної медицини – акушерсько-терапевтично-педіатричних комплексів, сімейних бригад, амбулаторій. Однак існуючі програми переходу на ПМСД на засадах сімейної медицини ґрунтуються, в основному, на досвіді зарубіжних країн, науково необґрунтовані, не завжди враховують особливості й надбання вітчизняної системи медичного забезпечення дитячого населення.

Проведене нами вивчення обсягів і ефективності надання медичної допомоги дітям на догоспітальному етапі та ставлення лікарів і пацієнтів до різних форм первинної медико-санітарної допомоги свідчить про доцільність впровадження на перехідному до сімейної медицини етапі прототипу сімейного лікаря – лікаря-педіатра загальної практики. Він відрізняється від теперішньої моделі дільничного лікаря-педіатра значним розширенням функцій лікаря і медсестри, забезпеченням ними посімейного обслуговування дитячого населення з проведенням обліку профілактичних, лікувально-діагностичних і реабілітаційних заходів. Посімейне обслуговування дитячого населення при цій моделі здійснюватиметься незалежно від відвідування організованого колективу. Педіатр загальної практики обслуговуватиме всі первинні звертання дітей, забезпечуватиме діагностику, лікування, профілактику всіх поширених захворювань у дітей і нестиме відповідальність за стан здоров'я опікуваних пацієнтів.

Перші кроки з впровадження моделі лікаря-педіатра загальної практики зроблені в Центральній дитячій поліклініці Харківського територіального медичного об'єднання (ЦДП ХТМО) м. Києва. За-

початкуванню цієї медико-організаційної технології передувала комплексна оцінка системи, обсягів та ефективності надання медичної допомоги дітям в умовах ЦДП ХТМО, розробка положень про лікаря-педіатра загальної практики та медсестру загальної практики, кабінет долікарняного прийому, інструкції про загальну диспансеризацію (профілактичні огляди) дитячого населення тощо.

Для здійснення методичної роботи з оптимізації первинної медико-санітарної допомоги дітям при ЦДП ХТМО створена і функціонує консультативно-методична рада, до складу якої, крім висококваліфікованих фахівців-педіатрів поліклініки, залучені наукові співробітники та викладачі Українського інституту громадського здоров'я, кафедри сімейної медицини Української військово-медичної академії. Для впровадження експерименту були виділені два педіатричні відділення (третє і четверте) ЦДП ХТМО. На основі вивчення базисного рівня знань педіатрів експериментальних відділень, їх потреби в підвищенні кваліфікації в розрізі класів хвороб, а також відповідно до кваліфікаційної характеристики лікаря-педіатра, розроблена та започаткована програма післядипломної підготовки педіатрів.

Програма охоплює стажування лікарів у спеціалістів педіатричного профілю та передбачає проведення семінарських занять. Навчання лікарів-педіатрів за програмою здійснювалося без відриву від роботи на базі ЦДП ХТМО. В ході навчання всі лікарі були оснащені портативною діагностичною апаратурою – отоскопами, офтальмоскопами, ліхтариками, неврологічними молоточками, апаратами для вимірювання артеріального тиску з різними манжетами.

Для забезпечення ефективнішого виконання функцій ПМСД була розроблена і втілена в практику якісно нова функціонально-структурна модель дитячої поліклініки (рис.).

Принциповою відмінністю запропонованої не-регламентної моделі є введення, крім традиційних структурних підрозділів (відділень здорової дитини, педіатричних, функціональної діагностики тощо), якісно нових відділень: лікаря-педіатра загальної практики, аналітично-інформаційного забезпечення, медико-соціальної педіатрії, статевого виховання та планування сім'ї, середнього медичного персоналу, долікарняного профогляду.

Виходячи з екологічного стану в Харківському районі, та з метою визначення груп екологічного ризику, розробки і впровадження нових дієвих методів профілактики, спостереження, лікування та реабілітації дітей з екологічно детермінованими хворобами, при головному лікарю ЦДП ХТМО організована рада екологічного здоров'я, до складу якої входять науковці, висококваліфіковані спеціалісти поліклініки, представники державних і громадських структур.

Впровадження запропонованої функціонально-структурної моделі надання ПМСД дітям в умовах ЦДП ХТМО дало змогу значно розширити обсяги заходів і видів медичної допомоги, що надаються службою загальної лікарської практики, поліпшити їх якість.

Однією з основних організаційних форм здійснення профілактичної спрямованості ПМСД дітям є профілактичні огляди. Аналіз регламентної системи профілактичних оглядів дитячого населення та проведені нами дослідження їх ефективності свідчать про доцільність перегляду технологій профілактичного обстеження та недостатню їх ефективність. Це, на наш погляд, зумовлено нераціональним розподілом роботи між середнім медичним персоналом, лікарями-педіатрами та профільними спеціалістами, відсутністю наступності в роботі дільничних педіатрів і педіатрів дошкільно-шкільних закладів, недостатнім використанням адекватних методів дослідження, в тому числі і результативних скринінгових програм.

У зв'язку з цим ми розробили та впровадили багатокомпонентну технологію медичного огляду, яка відрізняється від регламентної новими організаційними моментами, що змінюють обсяг і послідовність обстежень під час профілактичних оглядів.

Інструкцією з проведення профілактичних оглядів дитячого населення стандартизовані терміни, структура, етапність проведення профілактичних оглядів, реєстри діагностичних процедур, необхідні під час профілактичних оглядів дітей різних вікових груп на долікарняному і лікарняному етапах, основні показники для обов'язкової консультації профільними спеціалістами. Для забезпечення якісного проведення профілактичних оглядів в інструкцію у вигляді додаткової інформації введені довідкові матеріали щодо обстеження різних органів і систем, оцінки стану здоров'я дітей та результатів профілактичних оглядів.

Запропонована система профілактичних оглядів дитячого населення має 2 етапи – долікарняний і лікарняний. Впровадження цієї системи дозволило вивільнити педіатрів від невластивих їм функцій під час профілактичних оглядів, забезпечити раціональніше використання середнього медичного персоналу шляхом передання їм функцій, які не потребують лікарської кваліфікації.

Повна відповідальність за організацію і проведення профілактичних оглядів як "організованих", так і "неорганізованих" дітей, покладається на лікаря-педіатра загальної практики, який має забезпечувати наступність у роботі з медичним персоналом дошкільних закладів і шкіл.

Встановлено, що практичним результатом впровадження розробленої нами системи профілактичних оглядів стало повніше та своєчасніше виявлення хворих та осіб з чинниками ризику розвитку



Рис. Функціонально-структурна модель дитячої поліклініки

захворювань. Так, кількість виявлених дітей зі зниженням гостроти слуху, якими опікуються в ЦДП ХТМО, збільшилась у 1999 р. порівняно з 1995 в 3 рази і перевищує середній показник по місту в 2,4 рази, зі зниженням гостроти зору – в 1,6 та 1,5 рази відповідно. Виявлення вегетативно-судинної дистонії за цей період збільшилось в 1,7 рази. Під час проведення профілактичних оглядів у 2000 р.

кожна шоста дитина була віднесена до потенційної групи ризику за розвитком гіпертонічної хвороби.

Отже, започатковані в ЦДП ХТМО медико-організаційні технології медичного забезпечення дитячого населення та перепідготовки лікарів-педіатрів дають змогу враховувати всі життєво важливі складники інтегрального здоров'я, сприяти виявленню захворювань вже на стадії розвитку їх ризику.

## Список літератури

1. Баранов А.А. Экологические и гигиенические проблемы педиатрии // Рос. педиатр. журн. – 1999. – № 3. – С. 5–7.
2. Ваганов Н.М. Задачи первичной медико-санитарной педиатрии в современных условиях // Там же. – 1998. – № 5. – С. 5–9.
3. Гойда Н.Г. Наукове обґрунтування та розробка системи медико-санітарної допомоги жінкам з екстрагенітальною патологією: Автореф. дис. д-ра мед. наук. – К., 2000. – 34 с.
4. Грачева А.Г. Резервы профилактической педиатрии в современных условиях // Рос. педиатр. журн. – 1998. – № 5. – С. 47–50.
5. Здоров'я населення України та діяльність лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я (щорічна доп. 1998 р.) – К., 1999. – 594 с.
6. Концепція реформування системи охорони здоров'я України. – К., 1997. – 15 с.
7. Осадчук З.В. Стан здоров'я дітей, які проживають у різних за екологічною характеристикою районах України // Перинатологія та педіатрія. – 2000. – № 2. – С. 25–27.
8. Цыбин А.К., Севковская З.А., Матуш Л.И. Проблемы и основные направления охраны здоровья детей и подростков // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. – 1998. – № 5. – С. 3–5.

### ВНЕДРЕНИЕ МОДЕЛИ ВРАЧА-ПЕДИАТРА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ – СТРАТЕГИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ

Е.А.Дудина, Н.Г. Гойда, Т.Н. Мазур (Киев)

Научно обоснована цілесобразність впровадження на переходному к сімейній медицині етапі прототипа сімейного лікаря – лікаря-педіатра загальної практики. Розроблені і впроваджені в практику нерегламентована функціонально-структурна модель дитячої поліклініки і двохетапна система профілактичних оглядів дітей.

### IMPLEMENTATION OF GENERAL PRACTICE PEDIATRICIAN MODEL – A STRATEGIC TREND IN IMPROVEMENT OF PRIMARY MEDICAL AID FOR CHILDREN

Е.А. Dudina, N. M. Hoyda, T.N. Mazur (Kyiv)

The expedience of family doctor prototype-general practice pediatrician implementation at the transition stage to family medicine has been scientifically grounded.

Non-regulated functional and structural model for children's polyclinic and twostage system for preventive examinations have been worked out and implemented into practice.

В. О. МИРОНЮК,

### РЕЙТИНГОВА ОЦІНКА ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЩО ВІДНОСЯТЬСЯ ДО КОМУНАЛЬНОЇ ФОРМИ ВЛАСНОСТІ, У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

Перший заступник начальника обласного управління охорони здоров'я Вінницької області

Необхідність визначення ролі і місця окремого лікувально-профілактичного закладу в системі охорони здоров'я обумовлена декількома причинами, серед яких на особливу увагу заслуговують деякі, а саме:

- 1) спрямування першочергової уваги на пріоритетність розвитку та подальшого удосконалення окремих служб в охороні здоров'я, що характеризуються властивими для них показниками;
- 2) визначення організаційної управлінської ролі



кожного керівника структурного підрозділу лікарняного закладу, окремої установи, територіального медичного об'єднання в забезпеченні стабільності показників, що характеризують стан охорони здоров'я;

3 забезпечення максимально об'єктивної оцінки підсумків роботи щоквартально та за рік і визначення на їх підставі системи та розмірів матеріального стимулювання керівників закладів охорони здоров'я та їх заступників у вигляді премій;

4 стимулювання здорового суперництва між лікувально-профілактичними установами, медичними об'єднаннями, що складають систему охорони здоров'я області.

Система визначення рейтингової оцінки /місце/ складається з декількох етапів.

**Перший:** визначення переліку обов'язкових показників, що складають так звані моделі кінцевих результатів. Їх визначення здійснюється щорічно з урахуванням змін в пріоритетах. Їх кількість не повинна перевищувати 20-25, а разом вони повинні характеризувати амбулаторно-поліклінічну, стаціонарну, параклінічну медичну допомогу, фінансово-економічну діяльність.

**Другий:** визначення уніфікованих рівневих величин по кожному з затверджених обов'язкових показників, виконання яких вважатиметься забезпеченням нормативу.

**Третій:** Затвердження шкали оцінок кожного показника, що включає в себе:

- встановлення нормативної кількості балів для оцінки нормативного показника; максимальна оцінка – 5 балів, мінімальна –3;

- встановлення коефіцієнту відхилення від нормативної величини затвердженого показника, при допомозі якого бальна оцінка може бути більшою або меншою від нормативного балу

**Четвертий:** визначення нормативної загальної суми балів, забезпечення якої даватиме можливість кожному керівнику отримати право на надбавку чи премію для себе та колективу в цілому

**П'ятий:** групування установ за напрямками діяльності; доцільним є наступне:

I група – районні територіальні медичні об'єднання – 20-25 показників/;

II група – заклади та установи обласного підпорядкування, з яких окремо виділяються:

а/ багатoproфільні та спеціалізовані лікувально-профілактичні установи зі стаціонарами – 11 показників;

б/ самостійні амбулаторно-поліклінічні заклади, диспансери, лікарні відновного лікування та санаторні установи – 11 показників;

в/ установи освіти та культури, що підпорядковані управлінню охорони здоров'я.

**Шостий:** обговорення показників, шкали оцінок, системи матеріального заохочення за кожен квартал та рік, затвердження їх відповідним наказом по управлінню охорони здоров'я.

**Сьомий:** складання комп'ютерної програми "МКР", системи її супроводження, введення та отримання даних та своєчасне доведення їх до відома підпорядкованих закладів охорони здоров'я.

Первинна інформація про фактичне виконання встановлених обов'язкових показників надсилається в управління охорони здоров'я на рівень першого заступника /заступника/ начальника управління, що несе відповідальність за організацію лікувально-профілактичної роботи, не пізніше 5-го квітня, 5-го липня, 5-го вересня, 5-го січня щорічно;

Нормативні рівні показників для кожного кварталу встановлюються з наростаючим підсумком: перший квартал, перше півріччя, рік за винятком:

- материнської смертності (в абсолютних цифрах);

- обгрунтованих скарг (в абсолютних цифрах);

- сум фінансових порушень, зловживань, крадіжок (у тис. грн).

Надходження узагальнених проаналізованих зустрічних показників від обласних штатних та позаштатних головних спеціалістів управління, начальників відділів, обласного медико-статистичного інформаційно-аналітичного центру до 10 числа місяця наступного за звітним кварталом.

Експертна оцінка від установ та спеціалістів здійснюється з урахуванням зауважень першим заступником /заступником/ начальника управління, що відповідає за організацію лікувально-профілактичної роботи.

Програма передбачає визначення рейтингового місця РТМО по кожному показнику, а також в цілому і загального рейтингового місця серед обласних закладів по кожній групі.

Обговорення попередніх підсумків виконання моделей кінцевих результатів здійснюється щоквартально на засіданні однієї з апаратних нарад управління охорони здоров'я облдержадміністрації.

Додаємо перелік показників діяльності, що включаються до моделей кінцевих результатів управління охорони здоров'я Вінницької області.

#### Додаток 1

##### Показники для рейтингової оцінки районних і міських територіальних медичних об'єднань.

1. Смертність немовлят
2. Перинатальна смертність
3. Материнська смертність
4. Залучення позабюджетних коштів з різних джерел
5. Фінансові порушення та зловживання, що спричинили збитки закладу
6. Заборгованість заробітної плати

7. Хірургічна активність
8. Рівень хірургічних втручань, що виконані в умовах амбулаторно-поліклінічних структурних підрозділів
9. Післяопераційна летальність
10. Обґрунтовані /підтвержені/ скарги та заяви
11. Робота лікарняного ліжка
12. Середні терміни перебування хворих на лікарняному ліжку в стаціонарі
13. Придатність до військової служби при призові
14. Первинний вихід на інвалідність
15. Заготівля донорської крові
16. Захворюваність всіма формами туберкульозу
17. Захворюваність запущеними формами туберкульозу
18. Профілактичні огляди на туберкульоз
19. Захворюваність занедбаними випадками онкозахворювань зовнішніх локалізацій
20. Рівень цитологічного обстеження жіночого населення з 18 років
21. Інформативність цитологічних мазків
22. Смертність дітей першого вивченого року життя від попереджуваних причин
23. Смертність дітей першого року життя вдома та першої доби в стаціонарі
24. Рівень дворазового УЗД-обстеження вагітних жінок строком вагітності до 28 тижнів
25. Питома вага померлих в стаціонарах закладів охорони здоров'я
26. Кількість ускладнень артеріальної гіпертензії /інсульту, інфаркту з АГ/

Додаток 2

## Шкала оцінок моделей кінцевих результатів

№ п/п	Обов'язковий показник діяльності, включений до МКР	Одиниця виміру показника	Значення нормативного рівня показника в балах	Коефіцієнт оцінки відхилення від нормативного показника
1	2	3	4	5
1.	Смертність немовлят	число померлих до 1 року дітей на 1000 народжених живими	5	/+/-0.5
2.	Перинатальна смертність	число померлих в перші 6 днів життя та мертворождалих на 1000 народжених живими і мертвими	5	/+/-0.3
3.	Материнська смертність	абсолютна кількість випадків	5	/+/-2 за кожен випадок
4.	Залучення позабюджетних коштів з усіх джерел фінансування, що зараховані до балансу	% обсягу річного бюджету на утримання РГМО, ТМО, закладу	5	/+/-0.3 за одиницю фактичного відсотку
5.	Фінансові зловживання та порушення, що спричинили збитки	тисяч гривень	5	/+/-2 за кожних 10.0 тис. гривень
6.	Заборгованість по заробітній платі	тисяч гривень	5	/+/-0.05 за кожну тис. фактичних 10.0 грн.
7.	Хірургічна активність	% прооперованих до загальної кількості пролікованих у відділеннях хірургічного профілю /без абортів та ВПВ та безабортних ліжок/	5	/+/-0.15 за кожну одиницю фактичного відсотку
8.	Рівень хірургічних втручань, що виконані в умовах амбулаторно-поліклінічних установ /відділень/	число на 10 тис. усього населення /за винятком того, що обслуговується установами інших відомств/	5	/+/-0.01 за кожну одиницю фактичного показника
9.	Післяопераційна летальність	% випадків від загальної кількості прооперованих	5	/+/-1.0
10.	Обґрунтовані скарги та заяви	абсолютна кількість	5	/+/-бали за 1 скаргу чи заяву
11.	Зайнятість ліжка	днів	5	/+/-0.15 за кожен день /без 340 до 350 днів: +/- до 340 і понад 350 днів/
12.	Середні терміни перебування хворого на ліжку	днів	5	/+/-0.5 за кожен день
13.	Придатність до військової служби при призові	% від загальної кількості призовників	4	/+/-0.3 за кожен одиницю фактичного показника

Продовження дод. 2

1	2	3	4	5
14.	Первинний вихід на інвалідність	число вперше визнаних інвалідами в працездатному віці на 100 тис. працездатного люду	5	/+/-1.0 за кожен фактичну одиницю показника + за нижчі рівні – за вищі рівні
15.	Заготівля донорської крові	літрів	5	/+/-0.01 за кожен літр крові
16.	Захворюваність всіма формами туберкульозу	число вперше захворілих туберкульозом на 100 тис. усього населення	5	/+/-0.2 на одиницю фактичних показників
17.	Захворюваність запущеними формами туберкульозу	число випадків на 100 тис. усього населення	5	/+/-0.1 на одиницю фактичного показника
18.	Профілактичні огляди на туберкульоз	% профілактичних оглядів від загальної кількості населення	5	/+/-0.2 за кожен % фактичного показника
19.	Захворюваність занедбаними випадками онкозахворювань зовнішніх локалізацій	число випадків на 10 тис. усього населення	5	/+/-2 на одиницю фактичного показника
20.	Охочення цитологічним обстеженням жіночого населення з 18 років	відсоток від загального числа жіночого населення з 18 років	5	/+/-0.25 за одиницю фактичного показника
21.	Інформативність цитологічних мазків на онкозахворювання /доля неінформативних мазків/	відсоток від загальної кількості взятих та поданих онкодиспансеру мазків	5	/+/-0.2 за одиницю фактичного показника
22.	Смертність дітей першого вивченого року життя від попереджуваних причин	абсолютна кількість	4	-1.0 за кожен випадок попереджуваної смертності
23.	Смертність дітей першого року життя вдома та до однієї доби в стаціонарі	відсоток від загальної кількості померлих дітей першого року життя	4	/+/-0.03 за відсоток фактичного показника
24.	Рівень дворазового УЗД-обстеження вагітних жінок строком вагітності до 28 тижнів	% від загальної кількості вагітних жінок строком до 28 тижнів	4	/+/-0.1 за кожен % фактичного показника
25.	Питома вага померлих в стаціонарах від загальної кількості померлих	відсоток померлих в стаціонарах лікувальних установ від загальної кількості за звітний період	4	/+/-0.5 за одиницю фактичного показника
26.	Ускладнення артеріальної гіпертонії /інсульт, інфаркти з АГ/	кількість ускладнень на 100 випадків вперше встановленої АГ	5	/+/-0.2 за одиницю фактичного показника
	Загальна нормативна кількість балів			
	-I та III кв.		117	
	-I півріччя та за рік		121	

## РЕЙТИНГОВАЯ ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, КОТОРЫЕ ОТНОСЯТСЯ К КОММУНАЛЬНОЙ ФОРМЕ СОБСТВЕННОСТИ, В ВИННИЦКОЙ ОБЛАСТИ

В.О.Миронюк (Винница)

В статье предложена рейтинговая оценка деятельности учреждений здравоохранения Винницкой области. Она охватывает основные показатели здоровья населения и его охраны. Показатели сравниваются с нормативными и оцениваются по бальной системе.

## RATING-ESTIMATION OF ACTIVITY OF ESTABLISHMENTS OF PUBLIC HEALTH SERVICES, WHICH CONCERN TO A MUNICIPAL PATTERN OF OWNERSHIP IN VINNYTSIA AREA

V.Mironuk (Vinnitsa)

In clause the estimation of activity of establishments of public health services of Vinnitsa area is offered a rating, it covers the basic parameters of health of the population and its protection. The parameters are compared with normative and are estimated on ball system.

А.О.ГОЛЯЧЕНКО

## ЕКОНОМІЧНІ ПРОБЛЕМИ УКРАЇНСЬКОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА МАКРОРІВНІ

Тернопільська державна медична академія

Економічні аспекти функціонування медичної допомоги в умовах ринку умовно можна поділити на два рівні: макрорівень – державний і регіональний і мікрорівень – пацієнт, медичний працівник, медичний заклад, об'єднання медичних закладів.

На макрорівні визначається обсяг асигнувань, які держава виділяє на медичну допомогу, та їхня частка, що йде на мікрорівень, – створення пільг і заохочення до вкладення додаткових коштів підприємствами та окремими громадянами. залучення інвестицій у розвиток основних рівнів медичної допомоги, розроблення методології ціноутворення в системі охорони здоров'я, встановлення співвідношення між окремими чинниками медичної допомоги, оцінка з економічного погляду організаційних систем медичної допомоги, обґрунтування раціонального співвідношення різних форм медичної допомоги – державної, приватної, громадської.

Можна впевнено сказати, що кожне з перелічених питань недостатньо вивчене і потребує глибокого наукового обґрунтування, без якого їхнє розв'язання, так само як і перспективи розвитку всієї української охорони здоров'я, є проблематичним.

Висловимо певні міркування з деяких цих питань. Звісно, визначальним є утвердження і розподіл трьох форм власності (державна, громадська, приватна), які існують в ринкових умовах. У цивілізованих країнах вони рівноправні й конкурують між собою. Конкуренція – могутній рушій економічних досягнень. Можливість рівноправного співіснування цих трьох форм власності декларується і в Основах законодавства України про охорону здоров'я та в Конституції України. Однак майже за 10 років незалежності помітного поступу в розмежуванні цих трьох форм власності в українській охороні здоров'я не відбулося. Відсутнє наукове і законодавче забезпечення цього розмежування, яке можливе, до речі, за наявності наукового. Якщо такого немає, законодавче забезпечення позитивних наслідків не дасть.

Натомість у державі утворилася система медичної допомоги, що не має аналогів як у власній історії, так і в світовій практиці, є дивовижним симбіозом

державної та приватної медицини. Формально медичний заклад є державною власністю і, згідно з 49-ю статтею Конституції України, держава зобов'язана забезпечити його фінансування. Фактично забезпечується фінансування двох статей бюджету – заробітної плати і енергоносіїв. Решта витрат перекладена на плечі пацієнта, зокрема на його медикаментозне лікування, харчування, забезпечення білизною тощо. Висловлюється побажання щоб участь пацієнта у відшкодуванні витрат на його медичне забезпечення була узаконена через відповідні внески в лікарняні каси або через добровільне медичне страхування, або якимось іншим шляхом [2].

Нами обґрунтовується інший підхід, згідно з яким нині існуючу систему медичної допомоги слід розділити на три частини з різними формами власності: державну, громадську і приватну. Зроблено розрахунки обсягів тієї частини медичної допомоги, яка залишиться у державній власності. Для повного забезпечення усіх громадян України сучасним рівнем медичної допомоги достатньо утримувати за державний коштом 600 тис. медичних працівників, із них 100 тис. лікарів, а також мати 380 тис. лікарняних ліжок. Решта може бути передана у громадську і приватну власність [1].

Противники цієї пропозиції доводять, що ніби почнеться тиха приватизація, яка нанесе шкоду системі медичної допомоги. На нашу думку, ці побоювання перебільшені з двох причин: по-перше, має бути прийнятий закон про різні форми власності в системі медичної допомоги, який має чітко розмежувати їхнє співіснування. Звісно, якщо цей закон не буде виконуватись, як деякі закони в нашій державі, то це не його вина, а щось зовсім інше, що потребує відповідного реагування. По-друге, приватизація сучасних медичних закладів навряд чи принесе їхнім господарям великі дивіденди. Якщо у Великобританії приватний сектор ледве перевищує 4% від загального обсягу медичних послуг, то навряд чи в Україні він складатиме більшу частку. Кажуть, що в такому разі виникне медицина для бідних і багатих. А хіба тепер її не існує? Хіба тепер українські громадяни, що мають великі гроші, не лікуються за кордоном або не отримують підви-



шені медичні послуги у вітчизняних елітних медичних закладах. Все залежатиме від обсягу коштів, які держава виділятиме для утримання тієї частини, яка залишиться у її власності. Якщо цей обсяг буде таким як дотепер, то ніякі реформи українській охороні здоров'я не допоможуть. В Основах законодавства України про охорону здоров'я записано, що держава зобов'язана виділяти не менше 10 % валового внутрішнього продукту (ВВП) на охорону здоров'я своїх громадян, ВООЗ рекомендує мінімум 6,5 % ВВП, а в Україні виділяється 2–2,5 %. Сподіватись, що ту різницю компенсують інші джерела – справа даремна.

Відомо, що кошти можна витратити по-різному. Скажімо, Великобританія витрачає у відносному обчисленні коштів на охорону здоров'я вп'ятеро менше, ніж США, а показники здоров'я її громадян не гірші, а де в чому кращі, ніж у США. Для вітчизняної охорони здоров'я найважливішим макроекономічним показником є співвідношення основних рівнів медичної допомоги: первинного, вторинного та третинного. У нас воно таке: 5–15 % – первинний рівень, 60–75 – вторинний і 20–25 % – третинний. Це вкрай нераціональне з економічних позицій співвідношення, за яким збільшення витрат на медичну допомогу позитивних результатів не дасть. Висловлюється думка, що ніби немає опонентів, що співвідношення трьох рівнів допомоги має бути таким: 90 %; 6–8; 2–4 %. Однак на практиці спостерігаємо протилежну картину. в тяжких умовах сьогодення найменших втрат зазнав третинний рівень і найбільших – первинний, що ще сильніше zdeформувало систему медичної допомоги.

Із макроекономічних проблем привертає увагу також проблема співвідношення чинників медичної допомоги. Ще за радянських часів переважна

частка (більше 50%) коштів ішла на заробітну плату, на все інше, в тому числі й на медичну допомогу, не більше 40%. Система медичної допомоги розвивалась не інтенсивним, а екстенсивним шляхом, брала не вмінням, а кількістю. Забезпечити сучасний рівень медичної допомоги без високих медичних технологій неможливо. Причому це стосується не лише великих лікувальних центрів, а й того медичного працівника, який працює на передньому краї. Так, зокрема, десятиліттями обговорюється питання про технічне переозброєння дільничного лікаря, але далі примітивного електрокардіографа справа не пішла. Через те програма скринінгових обстежень, які передбачені щорічною диспансеризацією населення, так і не була здійснена, а звідси профілактика захворювань та їх наслідків носила декларативний характер. Суттєвого впливу на оздоровлення людей така система медичної допомоги справити не могла. На жаль, як було сказано вище, в роки самостійності технічне переоснащення усіх ланок медичної допомоги практично припинилось, і ми стрімко наближаємось до її технічного колапсу.

З усіма вищеозначеними проблемами пов'язане питання ціноутворення медичних послуг. На макрорівні це питання, по суті, не розроблене. На наш погляд, воно впирається в підвищення вартості пересічної медичної послуги. Теперішня система медичної допомоги продукує велетенську кількість медичних послуг низької вартості, а, отже, й відповідно низької якості й ефективності. Завдання полягає в тому, щоб цю кількість применшити, водночас піднявши вартість пересічної медичної послуги. А зробити це без переорієнтації рівнів медичної допомоги і їхнього технічного переоснащення неможливо.

### Список літератури

1. Голяченко О.М., Сердюк А.М., Приходський О.О. // Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я. – Тернопіль–Київ–Вінниця.: видавництво "Лілея", 1997. – 328 с.
2. Пульс України за здорову націю // дати повну назву літературного джерела. – №2. – 2000. – С. ...–...

### ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ УКРАИНСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА МАКРОУРОВНЕ

А.А. Голяченко (Тернополь)

Поднимаются макроэкономические проблемы украинского здравоохранения: утверждение форм собственности, изменение соотношения различных звеньев и факторов медицинской помощи, ценообразования медицинских услуг и др.

### ECONOMIC PROBLEMS OF THE UKRAINIAN PUBLIC HEALTH SERVICES AT A MACROLEVEL

А.А. Golyachenko (Ternopil)

Such macroeconomic problems of the Ukrainian public health services have been raised: the statement of ownership patterns, change of correlation for various links and factors in medical care, medical services price formation, etc.

УДК 616-082:312.921:338.5

Г.А. СЛАБКІЙ (Макіївка)

## ПОШУК ШЛЯХІВ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ МІСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ

Міська лікарня № 2

Економічний аналіз стану системи охорони здоров'я України свідчить про кризу в її фінансуванні, що негативно позначається на умовах і результатах діяльності [2].

Витрати на охорону здоров'я в 1997 р. становили 3,3 млрд грн, або близько 40 % реальної потреби і 3,6% внутрішнього валового продукту (ВВП) (за оцінкою ВООЗ, частка витрат ВВП на потреби охорони здоров'я, що становить менше 5 %, свідчить про недостатнє функціонування галузі) [3].

Згідно з визначенням ВООЗ, охорона здоров'я в усьому світі фінансується з чотирьох основних джерел: перших двох – державних, а саме: обов'язкове страхування і фінансування із загальнодержавних фондів; двох інших – приватних: плата за медичні послуги та добровільне страхування. Така практика фінансування поширюється, практично, на всі країни Європейського регіону, де співвідношення державного сектора фінансування і приватного визначається рівнем економічного розвитку країни [1].

Охорона здоров'я України майже повністю фінансується з загальних доходів бюджету; частка державних витрат становить 98 % (в США – 42 %, Канаді – 74, Німеччині – 78 %). Різного роду добродійні пожертви, платні медичні послуги і так звані децентралізовані джерела фінансування становлять близько 2 % фінансування охорони здоров'я [3].

Аналогічні відмінності спостерігаються й у витратах на охорону здоров'я з розрахунку на одного жителя. В Україні цей показник становить 64,4 грн, або 32,2 доларів США (за курсом НБУ на 01.04.98) і знизився в порівнянні з 1992 р. на 47 %. Витрати на охорону здоров'я на одного жителя в країнах з розвинутою економікою складають від 700 доларів США у Сполученому Королівстві Великої Британії до 3750 доларів США в Сполучених Штатах Америки [2].

Деякі автори [5, 6] вказують на вкрай незадовільне фінансування практичної охорони здоров'я на рівні лікарні, та на потребу проведення державної реформи фінансування охорони здоров'я [1,4].

Зважаючи на те, що від економічного стану галузі залежать обсяги та якість медичної допомоги населенню, ми вивчили стан і механізми фінансування багатопрофільної лікарні на 400 ліжок, яка надає спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу (в тому числі онкологічну, пульмонологічну, гастроентерологічну, камбустіологічну, травматологічну, хірургічну та ін.) і амбулаторну (в трьох поліклініках: загальній другого рівня, спеціалізованій онкологічній та амбулаторному центрі профілактики СНІД) населенню великого промислового міста впродовж п'яти років (1995–1999 рр.).

Спочатку були вивчені обсяги обчисленої потреби фінансування, які склали у 1995 р. 2597,2 тис.грн; 1996 – 5427,3; 1997 – 6419,6; 1998 – 5607; 1999 р. – 3869,6 тис.грн.

Бюджет лікарні у 1995 р. був затверджений на 1787,9 тис.грн; 1996 – 1713,2; 1997 – 2200; 1998 – 2400; 1999 р. – 2622 тис.грн, що становило від потреби у 1995 р. 69 %; 1996 – 32; 1997 – 34; 1998 – 43; 1999 р. – 67 %.

Фактичні витрати на функціонування лікарні за статтями витрат наведені в табл.1.

Як видно з таблиці, щорічно понад 60 % виділених коштів витрачається на оплату праці (за оцінками ВООЗ, якщо питома вага заробітної плати в структурі витрат становить понад 30 %, це свідчить про відсутність процесу відтворення).

Маючи такі витрати на кінець року, лікарня заборгувала у 1995 р. 38 140,6 тис.грн; 1996 – 0,2; 1997 – 120; 1998 – 82,4; 1999р. – 419,2 тис.грн.

Вартість одного ліжка-місця за добу в умовах стаціонару становила у 1995 р. 12,7 грн; 1996 – 12,6; 1997 – 13,6; 1998 – 13,9; 1999р.– 14,6 грн. Ріст вартості ліжка-місця зумовлений зростанням цін на послуги та середнього рівня заробітної плати, а забезпечення харчуванням і лікарськими засобами лягає на плечі пацієнтів.

За лікарськими засобами вартість одного ліжка-місця за добу становила у 1995р. 0,85 грн; 1996 – 0,66; 1997 – 0,81; 1998 – 0,34; 1999 р. – 0,74 грн, за харчуванням – відповідно 0,56; 1,06; 0,57; 0,64; 0,46 грн.

Таблиця 1. Динаміка фактичних витрат лікарні, тис.грн, впродовж 1995–1999 рр.

Стаття	Вид витрат	1995	1996	1997	1998	1999
1	Заробітна плата	853 067,9	1132	1084,2	866,7	1186,5
2	Нарахування на заробітну плату	315 635,1	419	399,8	325,0	444,9
3	Господарські витрати	66 303,6	491	225,3	398,3	818,5
4	Відрядження	2020,6	–	2,3	–	4,3
9	Харчування	145 789,1	127	116,2	39,8	62,9
10	Лікарські засоби	127 874,3	229	102,8	170,2	135,5
12	Придбання обладнання	21 750	–	1,3	–	35,5
14	Придбання м'якого інвентаря	–	–	17	–	–
16	Капітальний ремонт	–	–	–	–	146
18	Інші витрати	–	–	5	2,6	0,5
	<b>Разом</b>	<b>5 132 440,6</b>	<b>2398</b>	<b>1953,9</b>	<b>1802,6</b>	<b>2834,6</b>

Наведені дані свідчать про стійку недостатність бюджетного фінансування, що впливає й на показники роботи лікарні.

Тут напрошується риторичне запитання: чи може вижити лікарня і система охорони здоров'я, взагалі, в умовах фінансової кризи?

На практиці, щоб вижити, використовуються всі можливі способи позабюджетного фінансування:

– укладення угод на медичне обслуговування працівників підприємств та організацій різних форм

власності;

- сумісна робота зі страховими компаніями;
- надання платних медичних послуг, у тому числі й лікування хворих на професійні хвороби;
- робота з благодійними фондами;
- спонсорська та гуманітарна допомога тощо.

Відомості про фінансові надходження, незаборонені чинним законодавством, за рахунок додаткових до бюджету джерел фінансування, наведені в табл. 2.

Таблиця 2. Динаміка позабюджетних фінансових надходжень, тис. грн, впродовж 1995–1999 рр.

Вид надходжень	1995	1996	1997	1998	1999
Угоди з підприємствами	13,4	80,6	180	73,1	44,4
Платні послуги	29	44,3	46,6	48,9	24,1
Спонсорська та гуманітарна допомога	–	109,2	24,1	418,1	157,6
Оренда приміщень	2,9	3,8	2,6	13	20,7

Сумісна робота із страховими компаніями розпочалася в 1999 р. Робота поставлена таким чином, що затратені страховою компанією кошти в бухгалтерії лікарні не фіксуються. Але важливість цього джерела може підтвердити лише такий приклад:– страхова компанія "СПИЧ та Ко" тільки за останні півроку перерахувала на придбання лікарських засобів 65 тис. грн.

Немає сумніву, що тільки обов'язкове соціальне медичне страхування може забезпечити рівноправність у наданні та одержанні медичної допомоги у медичних закладах різної форми власності, поліпшити контроль за якістю медичної допомоги, реалізувати право кожної людини на вільний вибір лікаря.

Створені за ініціативою лікарні благодійні фонди "Гематолог" та "Міський благодійний фонд" (1999 р.) за час своєї діяльності витратили на медичне обслуговування хворих 364,8 тис.грн.

Отже, частка позабюджетного фінансування в загальних витратах лікарні у 1995р. складала 5%; 1996 – 11,9; 1997 – 8,3; 1998 – 19,7; 1999р. – 23,1 %.

Важливим джерелом фінансування на сьогодні є лікування, реабілітація та диспансеризація хворих з професійними хворобами та виробничими травмами. За п'ять років сума боргу працевлаштуваних лікарні складає 217,5 тис.грн. Проте відшкодовано ними тільки 42,4 тис.грн (19,5 %).

Отже, наведені вище дані свідчать на користь багатоканального, переважно бюджетного фінансування системи охорони здоров'я, при якому серед позабюджетних джерел чільне місце посідає обов'язкове соціальне медичне страхування.

Нова система фінансування відкриває нові можливості, ставить нові завдання з поліпшення надання медичної допомоги населенню. Запровадження обов'язкового медичного страхування і нової системи фінансування охорони здоров'я потребує термінового законодавчого вирішення.

## Список літератури

1. Дейкун М.П. Реформа фінансування системи медичної допомоги - шлях до ефективного функціонування // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 1999. – N 2. – С. 54–56.
2. Здоров'я населення України та діяльність лікувально-профілактичних закладів системи охорони здоров'я (щорічна доп., 1997 р.). – К., 1998. – 386с.
3. Охорона здоров'я в Україні: проблеми та перспективи /За заг. ред. В.М.Пономаренка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999.
4. 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. – N 2. – С. 57–61.
5. Слабкий Г.А. Организация медицинской помощи взрослому городскому населению.– Донецк: Лебедь, 2000. – С. 259–287.
6. Слабкий Г.А. Что потеряло здравоохранение с отменой платных услуг (на примере крупной городской больницы) //Матеріали наук.-практ. конф. "Проблеми охорони здоров'я населення промислового регіону", Донецьк 9–10 вересня 1999 р.– Донецьк, 1999. – С. 27–29.

### ПОИСК ПУТЕЙ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ.

Г.А.Слабкий (*Makeevka*)

Изучены различные источники финансирования специализированной медицинской помощи городскому населению. Основными из них являются бюджетное финансирование, поступления от страховых компаний, предприятий, платных услуг. Предлагается многоканальный механизм финансирования системы здравоохранения.

### SEARCH OF WAYS OF FINANCIAL ENSURANCE OF SPECIALIZED MEDICAL AID TO URBAN POPULATION

G.A. Slabky (*Makeevka*)

Different sources of financing specialized medical aid to urban population are studied. The main of them are: budged financing, veceipts from insurance companies, enterprises, paid medical services. The multichannel mechanism of financing health service system is proposed.

УДК 614.2:616-082:338.4

*М.В.ШЕВЧЕНКО* (Київ)

## ДЕЯКІ АСПЕКТИ ОПЛАТИ ПРАЦІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ СИСТЕМИ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ

Український інститут громадського здоров'я

В умовах реформування охорони здоров'я України та пріоритетного розвитку ПМСД особливий інтерес має реорганізація системи оплати праці медичних працівників.

Світовий досвід показує, що методи оплати

праці відіграють важливу роль у забезпеченні ефективного функціонування охорони здоров'я. Норми матеріального стимулювання, в основі яких лежить конкретний метод оплати, визначають, яким чином метод оплати буде сприяти поліпшен-



ню стану здоров'я, підвищенню ефективності надання медичної допомоги і задоволеності як з боку пацієнтів, так і з боку медичних працівників.

Є три основні методи оплати праці медичних працівників первинної медико-санітарної допомоги: гонорар за послуги; фіксована заробітна плата; оплата від кількості закріплених за лікарем пацієнтів (оплата на душу населення).

Ці методи можуть використовуватися самостійно та у поєднанні. Кожен з них має свої переваги та недоліки. Зупинемося на основних.

1. Фіксована заробітна плата використовується в Україні, а також Росії, Норвегії, та інших Скандинавських країнах [1]. Цей метод ґрунтується на договорі між джерелом фінансування та медичним працівником. Джерело фінансування виплачує заробітну плату та допомоги (пенсія, медичне страхування тощо), медичний працівник надає послуги на почасовій основі (повний чи неповний робочий день) за фіксовану плату, причому оплата праці не залежить від кількості наданих послуг. Перевагами цього методу є низькі адміністративні витрати, незалежність вартості лікування від вартості послуг, контроль за використанням коштів, недоліками – неспроможність пацієнтів впливати на медичних працівників, використовуючи економічні важелі, вірогідність скорочення кількості послуг з боку медичних працівників, труднощі в аналізі діяльності медичних працівників. Ці недоліки роблять проблематичним подальше використання фіксованої заробітної плати як методу оплати праці медичних працівників. Проте є декілька напрямів, які можна запровадити для ефективнішого використання цього методу, а саме: запровадження контрактної системи для підвищення ефективності надання послуг, встановлення залежності рівня оплати праці від задоволення потреб пацієнтів у наданні медичних послуг.

2. Метод оплати окремих видів послуг (гонорар за послуги). Згідно з цим методом кожна надана медична послуга має певну суму оплати [2]. Цей метод, як і попередній, має свої переваги та недоліки. Переваги полягають у стимулюванні конкуренції між надавачами послуг, підвищенні ефективності обслуговування. Спостерігається пряма залежність оплати від обсягу наданих послуг, є можливість аналізувати напрями діяльності медичних працівників. Недоліки методу: невизначеність витрат джерела фінансування, тенденція до зростання адміністративних витрат і зацікавленості медичних працівників у зростанні витрат на надання медичних послуг. Ці недоліки можна відкоригувати шляхом стримування витрат і регулювання вартості послуг.

3. Оплата, залежно від кількості закріплених

за лікарем пацієнтів (оплата на душу населення). В цьому випадку лікар загальної практики (сімейний лікар) зобов'язується надавати медичні послуги певній кількості окремих осіб чи сімей, а джерело фінансування - щорічно виплачувати певну суму за кожну особу чи сім'ю.

Плата надходить певному медичному працівникові, який несе відповідальність за надання медичних послуг. Списки пацієнтів, що закріплені за окремими медичними працівниками, затверджуються джерелом фінансування.

Вартість медичного обслуговування одного пацієнта за цим методом оплати праці визначається як відношення вартості послуг, що надаються медичним працівником, до кількості населення, закріпленого за ним.

Цей метод оплати праці також не є досконалим. Переваги його в тому, що витрати на надання медичної допомоги можна передбачити, адміністративні витрати низькі, вартість лікування не залежить від вартості медичних послуг, є можливість стимулювати зростання надання медичних послуг, підвищення ефективності праці медичних працівників, а пацієнти через економічні важелі за умов конкуренції можуть впливати на медичних працівників. Недоліки методу: вірогідність ризику для джерела фінансування в зв'язку з тим, що плата за пацієнта надається медичному працівникові і тоді, коли пацієнт часто користується медичними послугами (наприклад, з хронічними захворюваннями), і в тому випадку, коли людина, закріплена за цим лікарем, не користується або рідко користується медичними послугами; можливість частого направлення пацієнтів до лікарів-спеціалістів; зацікавленість лікарів у залученні пацієнтів з низькою вірогідністю розвитку захворювання, що зумовлює можливість нераціонального розподілу пацієнтів, і впливає на рівень навантаження лікаря. Запровадження цього методу оплати праці можливе за умов регулювання оплати праці залежно від віку, статі закріплених пацієнтів, контрактної системи надання медичних послуг.

Отже, найоптимальнішою для України могла б стати оплата праці лікарів ПМСД залежно від кількості закріплених за лікарем пацієнтів (оплата на душу населення). Цей метод має цілу низку переваг у порівнянні з попередніми в зв'язку з тим, що можна точно обчислити загальну суму виплат медичним працівникам і передбачити їх у бюджеті. Спостерігається тенденція до сприяння ефективнішому медичному обслуговуванню пацієнтів, тому що і лікар, і пацієнт зацікавлені в своїх відносинах, метод дозволяє забезпечити оплату праці медичних працівників залежно від результатів і якості надання медичних послуг.

## Список літератури

1. *Комаров Ю.М.*, Перспективы развития общей врачебной (семейной) практики в России // Экономика здравоохранения. – 1997. – №1. – С. 8–13.
2. *Nestman Lawrence*. The Role of Government in Development and Reform of the Canadian and American Health Care Systems//WHO, Regional Office for Europe. – 1995.

### НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОПЛАТЫ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ СИСТЕМЫ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

М.В. Шевченко (Киев)

В условиях реформирования здравоохранения Украины и приоритетного развития ПМСД особый интерес представляет реорганизация системы оплаты труда медицинских работников.

Представлен анализ оплаты труда медицинских работников системы первичной медико-санитарной помощи, освещены преимущества и недостатки основных методов оплаты с точки зрения их стимулирующего влияния на объём, стоимость и качество медицинских услуг.

### SOME ASPECTS OF WORK PAYMENT IN PRIMARY HEALTH CARE SYSTEM

M.V. Shevchenko (Kyiv)

In the nowadays conditions of reforming the Ukrainian PHS, the system of work payment in primary health care needs a perfection. The article reveals advantages and shortcomings of main payment methods regarding their incentive influence on the capacity, costs and quality of medical service.

## НАУКОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

УДК 378.66-61:661.62.601.5:331.108.2

*С.М. ГОРБАНЬ, Г.Й. БЛИЗНЮК-ХОДОРОВСЬКА, Т.В. ЄЛЬЧИЦЬ, П.Р. ПЕТРАШЕНКО* (Київ)

### ПРОБЛЕМИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ ДОСЯГНЕНЬ МЕДИЧНОЇ НАУКИ У ПРАКТИКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Управління науки МОЗ України,  
Український інститут громадського здоров'я

В "Основах законодавства України про охорону здоров'я" (1992) зазначено, що кожен громадянин України має право на забезпечення йому гарантованого рівня і обсягів медико-санітарної допомоги. У розв'язанні цього питання значне місце відводиться медичній науці, яка є невід'ємною складовою частиною галузі й спрямована на

вирішення першочергових проблем практичної охорони здоров'я, ґрунтуючись на результатах наукових досліджень та інформації, запозиченій із вітчизняних і зарубіжних джерел.

Сьогодні галузева медична наука володіє великим потенціалом. Медико-біологічні проблеми вирішуються в 41 науково-дослідній установі (НДУ) й 18

вищих медичних навчальних закладах (ВМНЗ), в яких працює більше ніж 13 тис. співробітників, 1,5 тис. докторів і 7 тис. кандидатів наук. Медична наука повинна вирішувати, насамперед, нагальні потреби охорони здоров'я, а також передбачити можливість практичного використання отриманих результатів.

Впровадження – це освоєння та використання в практичній діяльності медичних закладів з метою підвищення рівня медичної допомоги й охорони здоров'я нових та вдосконалених методів діагностики, лікування і профілактики захворювань і медико-соціальної реабілітації хворих, лікарських засобів, медичних імунобіологічних препаратів, виробів медичної техніки та медичного призначення, санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних правил і норм, організаційних форм і методів роботи. Питання організації впровадження у практичну діяльність лікувально-профілактичних закладів досягнень медичної науки на сучасному етапі є одним з актуальних.

За останні 20 років увага до питань взаємодії медичної науки і практики охорони здоров'я значно зросла, про що свідчать численні публікації в зарубіжній та вітчизняній літературі.

Системи впровадження, що були за кордоном і в колишньому СРСР, відрізнялися і мали свої особливості. Сучасний розвиток медицини, як ніколи, залежить від ефективності реалізації наукових досягнень, максимального використання наукового, матеріально-технічного і кадрового потенціалу [1, 3, 4, 7, 9, 11, 13, 18, 21].

Складність вивчення та аналізу проблеми організації й управління науково-технічним процесом пов'язана з відсутністю загальноновизнаної теорії інноваційних процесів [5,6,23].

Особливе місце в системі впровадження посідає проблема розробки та організації безпосереднього використання в практиці охорони здоров'я стандартів медичних технологій, які вже протягом декількох десятиріч функціонують як система в більшості економічно розвинутих країн [3, 8, 15–17, 19, 20, 22].

Сьогодні вивченню та обґрунтуванню підлягають такі питання:

- 1) необхідність створення на базі медичних закладів рад з упровадження для безпосередньої організації та контролю за впровадженням;
- 2) розробка форм матеріального і морального заохочення активної роботи з упровадження;
- 3) розробка критеріїв ефективності впровадження досягнень медичної науки в практику;
- 4) визначення ролі головних спеціалістів різних рівнів з питань організації впровадження;
- 5) розробка технології відбору пропозицій для впровадження;
- 6) розробка річних і перспективних планів упровадження;

7) розробка системи контролю за реалізацією планів упровадження досягнень медичної науки в практику;

8) систематичне проведення семінарів, нарад з питань організації упровадження;

9) розробка наукових основ науково-інформаційного забезпечення всіх етапів упровадження – від пошуку пропозицій для формування планів упровадження до широкого розповсюдження досвіду організації впровадження досягнень медичної науки в практику.

Із кінця 70-х до початку 90-х років в Україні зусиллями Управління науки, вченої медичної ради, профільних управлінь МОЗ України, вчених-медиків і практичних лікарів була розроблена і втілена у життя система впровадження результатів науково-дослідних робіт (НДР). Вона є замкненим циклом – від планування НДР до впровадження їх результатів у практику та одержання інформації про медичний, економічний чи соціальний ефект від цього. Цей порядок був регламентований низкою наказів колишнього МОЗ УРСР (№ 230 від 29.04.76 р., № 28 від 14.01.89 р., № 143 від 12.03.86 р., № 5 від 12.01.93 р.), МОЗ СРСР (№1145 від 02.02.76 р., № 1695 від 30.12.85 р.), рішень колегій тощо.

Ця система складалася з таких етапів:

- визначення характеру очікуваних при плануванні НДР результатів для впровадження із встановленням форм їх доведення до споживача, опрацювання можливих аспектів (медичних, соціальних, економічних) ефективності;
- матеріалізація пропозицій для впровадження після закінчення роботи у тій чи іншій формі доведення інформації (методичні рекомендації, інформаційні листи, накази, вказівки, галузеві інструкції, курси стажування, інформації тощо);
- складання на підставі пропозицій щорічних республіканських планів упровадження (РПУ), що мали два розділи: перший – перелік пропозицій, які підлягали обов'язковому впровадженню в масштабі усієї республіки, другий – перелік рекомендацій для впровадження пропозицій, що використовувалися тільки у тих лікувально-профілактичних закладах, які мали відповідну кадрову та матеріально-технічну бази;
- складання на підставі РПУ щорічних регіональних планів упровадження (в областях, районах та окремих закладах);
- складання планів упровадження наукових досягнень у практику республіканськими та головними обласними спеціалістами;
- встановлення у наказах строків надання областями інформації про виконання своїх планів упровадження у формі звітів за встановленою формою, що давало змогу отримати інформацію не тільки про впроваджені пропозиції, а й про обсяг,

рівень та отриманий ефект (соціальний, медичний, економічний);

- перевірка наукової та організаційної діяльності НДУ щодо організації впровадження результатів НДР у практичну охорону здоров'я;

- звітування на колегіях МОЗ про роботу з організації впровадження наукових досліджень у практику лікувально-профілактичних закладів відповідних регіонів.

На думку керівників НДУ і вчених-медиків, на організацію впровадження результатів медичної науки позитивно впливала їх спільна робота з органами управління лікувально-профілактичними закладами. Між НДУ та обласними управліннями (відділами) охорони здоров'я склалися окремі плани впровадження, проводилися спільні засідання вчених рад і колегій. Особливо слід відмітити активну роботу з огляду на це ВМНЗ у таких областях, як Івано-Франківська, Тернопільська, Чернівецька, Одеська, Луганська

Отже, система впровадження, що була раніше, – це не що інше, як чітко сформоване поетапне проходження та використання нововведень з метою отримання медичного, соціального та іншого позитивного ефекту. Незважаючи на те, що до цієї проблеми були залучені всі важелі управління наукою та практичною охороною здоров'я, ця система не змогла забезпечити адекватний рівень впливу нововведень на показники здоров'я населення України.

Слід також зазначити, що система впровадження ґрунтувалася значною мірою на командно-адміністративних принципах управління. У тих умовах не було економічних принципів взаємодії лікувально-профілактичних закладів і науководслідних установ, які стимулювали б впровадження нових медичних технологій у практику.

Перехід до нових умов господарювання потребує змін і доповнень до наявної системи впровадження нововведень. Ця робота завершується.

Важливим документом, що пропонує впровадження результатів медичної науки в лікувально-профілактичних і санітарно-епідеміологічних закладах галузі, є Реєстр медико-біологічних і науково-технічних нововведень. На сьогодні завершено формування 8-го випуску Реєстру. Кожен випуск має понад 100 нових та вдосконалених способів і методів діагностики, лікування, реабілітації та профілактики.

Проте ще недосконалими ланками системи впровадження є її інформаційне забезпечення, форми “зворотного зв'язку” розробника і споживача, методи оцінки ефективності використання нововведень, немає економічних механізмів зацікавленості як науковців, так і медичних працівників тощо.

Тоді, коли економічна криза, соціальна нестабільність, погіршення стану навколишнього сере-

довища, незадовільні умови життя і харчування населення та інші негативні чинники зумовили несприятливі, а подекуди і кризові, зміни демографічної ситуації в країні, на тлі зменшення народжуваності зростає рівень загальної та дитячої смертності, збільшується частота виникнення хронічних хвороб, порушень імунної та ендокринної систем, злякисних пухлин, хвороб органів дихання і травлення, туберкульозу, генетично зумовленої патології тощо. У цих умовах інноваційні технології повинні стати найважливішими складниками програми виходу охорони здоров'я з кризової ситуації, оскільки спроможні сприяти її інтенсивному розвитку.

У ситуації, що склалася сьогодні в галузі стосовно впровадження наукових досягнень у практику охорони здоров'я, соціологічні дослідження зазначеної проблеми становлять безперечний інтерес. Нами була розроблена спеціальна анкета, що мала 17 запитань щодо найважливіших проблем забезпечення функціонування інноваційного процесу. Вона була надіслана до управлінь охорони здоров'я державних адміністрацій різних рівнів, головних управлінь та управлінь МОЗ, керівникам НДУ та ВМНЗ, головним спеціалістам МОЗ.

Аналіз даних анкет, отриманих від управлінь охорони здоров'я, обл-, міськдержадміністрацій, дозволив зробити основний висновок, що представники практичної охорони здоров'я вважають за доцільне впорядкувати систему впровадження досягнень медичної науки в практику, зокрема в систему планування інноваційного процесу, використовуючи досвід минулих років з урахуванням особливостей функціонування галузі в сучасних соціально-економічних умовах.

Найбільш ефективно, як і раніше, використовуються нововведення, що подаються у формі методичних рекомендацій (86 %) та інформаційних листів (19,7 %), менш ефективно, але досить широко, – курсів стажування та інформації, стажування на робочих місцях (83,3 %). Тільки у половині випадків застосовуються пропозиції, що не мають конкретної форми впровадження (54,5 %), в основному, за місцем розташування установи-розробника.

Аналіз результатів показав, що в 72–88 % управлінь охорони здоров'я вважають видання Реєстру нововведень доцільним. Чітко виявилися можливості підвищення ефективності використання нововведень шляхом: 1) видання наказів із найважливіших питань (88 % управлінь охорони здоров'я); 2) внесення нововведень в рішення з'їзді і конференцій (82 %); 3) укладання договорів на впровадження (53 %); 4) урахування активності з впровадження результатів наукових розробок у практичній діяльності під час присудження лікарської категорії та сертифікації ЛПЗ (88,2 %); 5) від-



новлення розробки планів видання методичних рекомендацій та інформаційних листів (100 %); б) розробки планів впровадження в обласних, міських, районних лікувально-профілактичних закладах і головними спеціалістами МОЗ, області, району (100 %).

Слід відмітити, що на запитання, чи треба складати плани впровадження головним спеціалістам, позитивно відповіли 70,6 % респондентів. Стовідсоткова відповідь на запитання, чи потрібне формування щорічних планів видання методичних рекомендацій та інформаційних листів, свідчить не тільки про те, що ці форми доведення інформації зручні для вивчення і реалізації, а мабуть, і про те, що на сьогодні вкрай недостатнє інформаційне забезпечення інноваційного процесу.

Як відомо, видання методичних рекомендацій коштує достатньо дорого, тому видаються вони несистематично і невеликими тиражами. Те саме стосується й інформаційних листів. У зв'язку з цим, дуже актуальним є питання організації в сучасних умовах методично-інформаційного забезпечення інноваційного процесу.

Широку підтримку отримали такі питання, як доцільність видання наказів МОЗ України з найважливіших технологій (88,2 % обласних управлінь охорони здоров'я), включення пропозицій щодо впровадження наукових розробок у рішення з'їздів і конференцій (88,2 %), стимулювання особистої ініціативи лікарів у впровадженні (94,1–82,4 %), урахування активності з впровадження результатів наукових розробок у практичній діяльності під час присвоєння чергової лікарської категорії (88,2 %) і сертифікації лікувально-профілактичних закладів (100 %), потреба впровадження стандартів медичних технологій (88,2 %).

Представники практичної охорони здоров'я висловились за необхідність проведення науково-методичної та контрольної роботи з організації впровадження з боку наукових установ з обов'язковими виїздами на місця, за так званий авторський контроль, потребу поліпшення інформаційного забезпечення впровадження, встановлення зворотного зв'язку між закладами, де реалізується впровадження, та установами-розробниками.

На запитання, як можна забезпечити зворотній зв'язок закладів практичної охорони здоров'я з інститутами-розробниками (авторами) нововведень, було отримано такі пропозиції: потрібно укладати договори, оформляти акти впровадження, розробляти спеціальні карти зворотного зв'язку, організувати виїзди авторів розробок на місця, складати звіти за рік, інформувати про ефективність впровадження, навчати спеціалістів на курсах стажування та інформації тощо.

Щодо ролі головних інститутів (наукових центрів) під час організації впровадження, отримано

такі відповіді: "проводити контроль за впровадженням з боку інституту і обговорювати проблеми, які виникають з цього питання", "здійснювати методичну та консультативну роботу", "повинні бути експертами під час укладання угод" тощо.

Стосовно доцільності створення госпрозрахункових організацій (центрів, фірм, підприємств, товариств) для доведення наукових результатів до споживача, відповідь надійшла тільки з чотирьох областей. Спеціалісти Волинської області дали негативну відповідь, Хмельницької, Одеської, Чернігівської – позитивну, але тільки для тиражування методичної літератури.

На запитання, чи повинна існувати система контролю за впровадженням досягнень науки в практику, спеціалісти переважної більшості областей дали позитивну відповідь, за вказівкою, хто і як повинен це робити. Серед відповідей були такі пропозиції: контроль повинні здійснювати спеціальні ради при МОЗ України і управліннях охорони здоров'я облдержадміністрації, головні інститути шляхом укладання договорів, передавання актів впровадження, інформації про ефективність впровадження управліннями охорони здоров'я облдержадміністрацій та ін.

Пропозиції щодо запитання, як можна визначити ефективність впровадження, були надані всіма областями. Це такі: ефективність впровадження може визначати спеціальна комісія МОЗ України та управління охорони здоров'я облдержадміністрацій, головні спеціалісти МОЗ під час виїздів на місця, обласні спеціалісти, головні НДІ. На запитання, як оцінювати ефективність впровадження, надійшли такі відповіді: спеціальній комісії чи групі доручити розробити критерії оцінки (клінічної та економічної), скласти розробник нововведень, який повинен мати критерії ефективності, вести нагляд за впровадженням нововведень кожним відповідальним виконавцем НДР (краще це робити разом із розробниками-науковцями) і відмічати ті нововведення, що дали хороші результати.

Таким чином, проведене дослідження дозволило не тільки з'ясувати думку щодо впровадження наукових розробок представників практичної охорони здоров'я, але й намітити чіткі шляхи підвищення ефективності впровадження нововведень:

- продовження видання Реєстру медико-біологічних і науково-технічних нововведень, запропонованих для впровадження;
- відновлення розробки і складання планів впровадження в областях;
- відновлення системи централізованого планування видання методичних документів (на госпрозрахункових чи інших засадах);

- враховування діяльності лікарів з упровадження наукових досягнень під час присудження їм лікарських категорій та сертифікації лікувально-профілактичних закладів;

- внесення нововведень у рішення з'їздів і конференцій;

- видання наказів МОЗ України з найважливіших стандартів медичних технологій, методів профілактики, діагностики та лікування.

- укладання договорів на впровадження між розробниками НДУ та закладами охорони здоров'я.

Ми добре усвідомлюємо труднощі, з якими пов'язане визначення різних аспектів медичної, соціальної та економічної ефективності впровадження нововведень. Крім того, зрозуміло, що впровадження результатів медичної науки у ба-

гатьох випадках дає не прямий, а опосередкований соціальний і економічний ефекти.

Незважаючи на певну умовність проведеного нами соціального дослідження і на однозначну позицію респондентів, ми сподіваємося, що це допоможе чіткіше уявити значущість проблем, які стоять перед організаторами охорони здоров'я і медичної науки під час розробки і здійснення галузевої науково-технічної політики та інноваційного процесу, – зокрема. Усе це свідчить про потребу в моделюванні різних інноваційних ситуацій, і згодом – створення досконалішої, впорядкованої системи впровадження нововведень і методології їх впливу на показники здоров'я населення та якості медичної допомоги.

### Список літератури

1. Альфимов М.В. Новая модель инновационного процесса // Пробл. науки. – 1998. – № 8. – С.30–33.
2. Гаджиев Р.С. О внедрении достижений медицинской науки в практику сельских медицинских учреждений // Здравоохранение Рос. Федерации. – 1997. – № 4. – С. 41–44.
3. Герасименко Н.Ф. Лицензирование и аккредитация как система управления деятельностью лечебно-профилактических учреждений // Здравоохранение Рос. Федерации – 1997. – № 4. – С. 25–28.
4. Герзманов О.Х. Реформы здравоохранения в странах СНГ // Пробл. соц. гигиены и история медицины. – 1996. – № 5. – С. 12–14.
5. Горбань Є.М., Петрашенко П.Р. Основні принципи вдосконалення інноваційної політики у вітчизняній системі охорони здоров'я // Науково-інформаційне забезпечення інноваційних процесів у медицині: Матеріали наук. семінару, Київ, травень 1998 р. – К.: Б.В., 1998. – С.80–81.
6. Даулетбекова А.И., Ибраева М.Ж. Внедрение научных достижений в практику // Здравоохранение Казахстана. – 1994. – № 12. – С.3–5.
7. Дехнич С.Н. Пути совершенствования системы внедрения новшеств в практику здравоохранения на областном уровне: Автореф. дис.... канд.мед.наук. – М., 1990. – 237 с.
8. Дмитриева Т.Б. Об основных мерах по реализации концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации // Здравоохранение Рос. Федерации. – 1998. – № 2. – С.3–9.
9. Добров Г.М. Приоритеты и методы перестройки науки // Вопр. истории естествознания и техники. – 1989. – №3. – С.5–9.
10. Добров Г.М. Прогнозирование и оценка научно-технических исследований. – К.: Наук.думка, 1989. – 280 с.
11. Ефремова А.А., Рудченко Н.Б. Аналитический обзор научно-исследовательских работ, выполненных в 1995 г. // Педиатрия. – 1996. – №3. – С. 64–66.
12. Иванов М.М., Колупаева С.Р., Кочетков Г.В. США: управление наукой и нововведениями. – М.: Б.и., 1990. – 214 с.
13. Игнатов И.Г. Барская Г.И. Проблемы информационного обеспечения практических врачей // Пробл. соц. гигиены и история медицины. – 1997. – № 1. – С. 38–41.
14. Канеп В.В., Попов Г.С., Пазгле М.С. Социально-психологические факторы в управлении процессом нововведения // Сов. здравоохранение. – 1989. – № 5. – С. 3–5.
15. Низамов И.Г. Размышления о низкой результативности управления здравоохранением // Пробл. соц. гигиены и история медицины. – 1996. – № 2. – С. 33–35.
16. Овчаров В.К., Могилевский Б.И., Щепин В.О. К вопросу об оптимизации деятельности стационаров лечебно-профилактических учреждений Тверской области // То же. – 1996. – № 4. – С.32–36.
17. Преображенская В.С. Стандарты медицинской помощи в современном здравоохранении // Там же. – 1997. – № 2. – С. 18–20.
18. Старинский В.В., Чисов В.О., Коваленко Н.А. и др. Эффективность внедрения научных достижений в онкологию // Здравоохранение Рос. Федерации. – 1989. – № 4. – С. 24–31.
19. Сьомін В.О. Політика реформування охорони здоров'я // Матеріали III з'їзду соц. гігієністів та організаторів охорони здоров'я України. – Одеса, 1997. – Ч. III. – С.3–9.
20. Тиллингаст С. Повышение качества в Российском здравоохранении: новые задачи - новые средства // Пробл. соц. гигиены и история медицины. – 1996. – № 3. – С. 36–41.
21. Тогунов А.И. Проблемы информационного обеспечения деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений в системе обязательного медицинского страхования // Там же. – 1995. – № 5. – С. 26–30.

22. Щепин О.П., Нечаев В.С. О государственных механизмах реформы здравоохранения // Там же. – 1997. – № 1. – С. 34–38.
23. Zoyses C., Yavagnau H., Vaurigran Cr. Feber guns – but not much Butter – in Bush's budget // New Scientist. – 1990. – № 1702. – 200 p.

## **ПРОБЛЕМЫ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ ДОСТИЖЕНИЙ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ В ПРАКТИКУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Е.М. Горбань, Г.И. Близнюк-Ходоровская, Т.В. Ельчиц, П.Р. Петрашенко (Киев)

Приведены анализ современного состояния инновационной системы в здравоохранении и перспективы ее развития.

Представлены результаты социологического исследования, позволившие выяснить мнение представителей практического здравоохранения о современном состоянии системы внедрения достижений науки в практику и их предложения по ее совершенствованию (обеспечение научно-методического руководства "авторского контроля" за внедрением, обратной связи, возобновление планов внедрения в областях, необходимость совершенствования системы медицинской информации).

## **EXISTING PROBLEMS FOR MEDICAL SCIENCE PROGRESS IMPLEMENTATION INTO UKRAINIAN PHS**

Ye.M. Horban, H.Y. Blyznyuk-Hodorovska, T.V. Yeichits, P.R. Petrachenko (Kyiv)

The nowadays status of the Ukrainian PHS innovations introductory system and its prospective development have been analysed. The article presents outcomes of a survey conducted among medical practitioners working in various sectors of medicine. They were asked to give their opinions about the present state of science achievements introduction into medical practice in Ukraine and proposals for its new impetus. Those items were offered to respondents for consideration: methodological provision of the authors monitoring and information feedback while innovation introduction process is going; renewing the former intradepartmental planning practice for innovations introduction in medical facilities on the main administrative-territorial level (an oblast); what should be done for perfection of UPHS medical information system functioning.

## **ІНФОРМАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В УПРАВЛІННІ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я**

УДК 614.2:002.6

*В.М. ПОПОМАРЕНКО, В.В. КАЛЬНИШ, О.В. ПОПОВ (Київ)*

## **ДЕЯКІ АСПЕКТИ РОЗРОБКИ ТЕХНОЛОГІЇ СЕРТИФІКАЦІЇ ПРОГРАМНИХ ПРОДУКТІВ МЕДИЧНОГО ПРИЗНАЧЕННЯ**

Український інститут громадського здоров'я

Останнім часом проблема інформатизації охорони здоров'я набула великого значення [1, 8, 11, 13, 15-20]. Поява мереж діагностичних комп'ютерних систем і систем забезпечення управління охороною здоров'я стала

причиною розробки багатьох програмних засобів медичного призначення, а це, у свою чергу, породило проблему оцінки придатності до застосування в медичних закладах програмних продуктів.

Завдання сертифікації програмних продуктів медичного призначення дуже актуальне. Це зумовлено кількома важливими причинами:

1) великою потребою в застосуванні сучасних програмних продуктів медичного призначення;

2) потребою в застосуванні стандартизованих програмних продуктів, що полегшує формування єдиного медичного простору України;

3) великою відповідальністю за використання недоброякісних програм, яке може завдати значної шкоди здоров'ю пацієнтів ЛПЗ;

4) великою кількістю програмних продуктів медичного призначення, в розробці яких брали участь недостатньо кваліфіковані спеціалісти;

5) недостатнім обсягом робіт з апробації програмних продуктів, що призводить до використання програм з дефектами, зокрема з незручними інтерфейсами, ненаочним виводом корисної інформації, використанням нераціональних алгоритмів для проведення розрахунків тощо.

Задовільне вирішення проблеми сертифікації програмних продуктів медичного призначення можливе тільки при наявності чіткої, стандартної технології їх оцінки. Це зумовлено тим, що розроблені програмні продукти медичного призначення стосуються широкого спектра потреб охорони здоров'я, який охоплює не тільки правове та економічне забезпечення медицини, а й використання діагностичних систем різного призначення. Тому для проведення оцінки програмних продуктів необхідно залучати багатьох кваліфікованих фахівців різного профілю. Останнє пред'являє великі вимоги до технології інтегрування оцінок, отриманих шляхом аналізу різних якостей програмних продуктів. Ці вимоги пов'язані, по-перше, з великою гетерогенністю напрямків роботи відповідних фахівців, по-друге, з ризиком нівелювання позитивними оцінками, отриманими за другорядними ознаками програмних продуктів, негативними оцінками, отриманими за основними ознаками цих продуктів. Це підвищує вірогідність сертифікації недоброякісних програмних продуктів, відповідальність за розробку технології сертифікації програмних продуктів медичного призначення.

Відомо, що кожен з наявних методів експертизи має свої переваги і недоліки. Прийняття складних рішень в ситуації невизначеності, яка спостерігається в разі сертифікації програмних продуктів медичного призначення, вимагає участі групи ерудованих спеціалістів, освічених у багатьох галузях знань. Основна перевага оцінки групою експертів ґрунтується на багатобічному аналізі кількісних та якісних аспектів програмного продукту, що забезпечується зменшенням розбіжностей у думках експертів, можливістю отримання в деякому наближенні узагальненого та більш представницького висновку.

Однак групові оцінки також мають певні недоліки. У випадку оцінки програмних продуктів медичного призначення, коли шкали вимірювання різних якостей відрізняються, традиційні методи отримання групової оцінки за допомогою середніх величин стають непридатними до застосування. Значні труднощі виникають також через різну "чутливість" експертів до переваг чи недоліків програм [12]. Проте, як показує практика, експертний метод на певному етапі дослідження об'єкта дає надійніші результати, ніж метод групових рішень (наприклад, метод комісій [10]), з таких причин: 1) група спеціалістів комісії може бути настільки ж дезінформована, наскільки дезінформований будь-який її член; 2) група може чинити значний тиск на своїх окремих членів, примушуючи одного або кількох спеціалістів погоджуватися з поглядами більшості; 3) можливі випадки, коли впливовий спеціаліст здійснює надмірний тиск на рішення групи [2, 12].

Як свідчать деякі автори та нормативні документи [1, 8, 9, 13-20], різні методичні розробки не дозволяють оцінювати кількісно якість програмних виробів (ПВ), а запропоновані в них показники не завжди правильно характеризують їх реальні властивості. В одній із розроблених останнім часом методик запропоновано конкретний перелік показників якості, рівні значущості, формулу та порядок загальної оцінки якості ПВ [11]. Проте методика має недоліки, наприклад не враховується неоднаковий рівень компетентності експертів, які оцінюють якість ПВ за різними показниками.

На наш погляд, для того щоб уникнути негативних наслідків складної роботи із сертифікації програмних продуктів, потрібно організувати дублювання процесу оцінки та застосовувати багатоетапну їх експертизу (рис.).

На першому етапі слід проводити часткову оцінку програмних продуктів фахівцями різних галузей: лікарями, програмістами, математиками, спеціалістами з дизайну та ін. Після цього треба отримати інтегральну оцінку ПВ з урахуванням надійності експерта та значущості проаналізованої ним ознаки програмного продукту.

На другому етапі оцінка медичних програмних продуктів здійснюється фахівцями Галузевої сертифікаційної комісії на підставі інформації про часткові та інтегральну оцінки програмного продукту. Використовуючи цю інформацію, експерти Галузевої сертифікаційної комісії приймають колективне рішення про придатність програмного продукту до застосування в медицині.

Отже, на окремих етапах експертизи програмних продуктів доцільно використовувати як метод обробки експертних оцінок, так і метод прийняття колективного рішення. Це, на нашу думку, суттєво



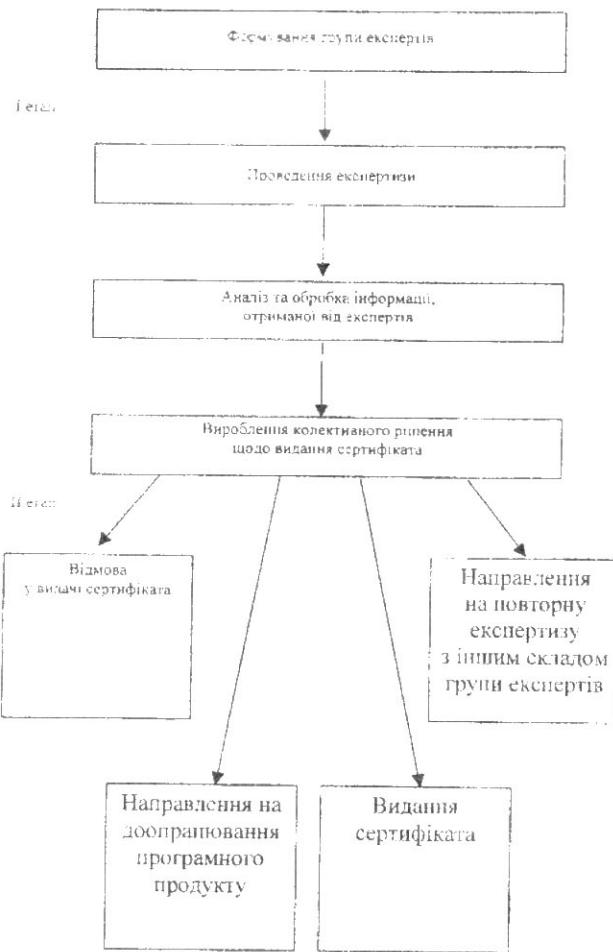


Рис. Основні етапи проведення експертизи програмних виробів.

во зменшить ймовірність сертифікації недоброякісних програмних продуктів.

Робота з добору експертів починається з визначення наукових, технічних та адміністративних інтересів, що торкаються вирішення проблеми сертифікації конкретного ПВ. Потім складають перелік осіб, компетентних у цих галузях, який є підставою для добору кандидатів у експерти. Критерієм належності до переліку кандидата в експерти є його компетентність з питань безпосередньої діяльності.

Дуже важливою є реалізація безпосереднього та ретельного ознайомлення експертів із програмним продуктом. Матеріали, одержані за допомогою адекватної методики інтеграції оцінок експертів, використовуються експертами галузевої комісії для прийняття відповідального рішення.

Нижче пропонуємо методику оцінки якості ПВ, за допомогою якої можна отримати інтегральну оцінку висновків експертів і проаналізувати ступінь збігу їх думок.

По-перше, фахівці галузевої комісії з питань сертифікації програмних продуктів вибирають кіль-

ка основних показників якості програмного продукту, а саме: надійність, корисність, сумісність, безпечність тощо [1,8,9,13,15-20]. Для кожного основного показника виділяють один чи кілька часткових показників ( $H_j$ ), які розкривають його зміст. Значущість (вагу) окремого показника у загальній сукупності показників отримують за допомогою експертного опитування методом парного порівняння (метод розстановки пріоритетів) [2].

Другою особливістю підходу до оцінки якості ПВ є додаткове введення оцінки кваліфікації експертів за кожним показником оцінки якості. Це роблять для підвищення точності оцінки якості програмних засобів. Кваліфікацію експертів визначає експертна комісія за 12-бальною шкалою за кожним показником.

Оцінку кваліфікації експерта проводять за формулою:

$$R_{ij} = \sum_{k=1}^n R_{ijk} / n,$$

де  $R_{ij}$  – оцінка кваліфікації  $i$ -того експерта за  $j$ -тим основним показником;  $R_{jk}$  – оцінка кваліфікації  $i$ -того експерта за  $j$ -тим основним показником, що визначалась експертом – членом галузевої експертної комісії;  $n$  – загальна кількість експертів, які оцінювали якість ПВ.

Кількісну оцінку якості ПВ проводять за формулою:

$$K = fK_1,$$

де  $f$  – метод отримання інтегральної експертної оцінки (пропонуємо використовувати медіанну оцінку [3]);  $K_1$  – кількісна оцінка якості ПВ для  $i$ -го експерта, що визначається за формулою:

$$K_{ij} = \sum_{j=1}^m H_j S_{ij} R_{ij} / \sum_{i=1}^n R_{ij},$$

де  $m$  – кількість основних показників;  $H_j$  – вага  $j$ -того основного показника;  $R_{ij}$  – компетентність  $i$ -того експерта за  $j$ -тим основним показником;  $S_{ij}$  – коефіцієнт, що визначається за формулою:

$$S_{ij} = \sum_{j=1}^{m_1} H_{j1} S_{ij1},$$

де  $H_{j1}$  – вага 1-го часткового показника як складника  $i$ -го основного показника;  $S_{ij}$  – значення 1-го часткового показника як складника  $j$ -того основного показника для  $i$ -го експерта;  $m_1$  – кількість часткових показників-складників  $j$ -го основного показника.

Для аналізу якості оцінок, отриманих від експертів, потрібно визначити коефіцієнт конкордації (збігу думок) ( $W$ ) за такою формулою [2]:

$$W = 12S / n^2 (m^3 - m),$$

де  $S$  визначається за формулою:

$$S = \sum_{i=1}^m \left\{ \sum_{j=1}^n S_{ij} - 0,5n(m+1) \right\}^2$$

Думки експертів вважаються конкордантними, якщо  $S > S_n$ , де  $S_n$  - нормативний коефіцієнт конкордації, що визначається за допомогою експертного опитування.

У разі непротирічних думок експертів на основі результатів опитування галузевою комісією приймається рішення про видання чи відмову у виданні сертифіката відповідності.

Якщо є протиріччя в думках експертів, проводять другий тур опитування (з обміркуванням результатів першого) для погодження думок цієї гру-

пи експертів (або в разі потреби – із залученням нових спеціалістів).

Розроблена методика цілком відповідає вимогам Держстандарту України [5-7]. Впровадження її дасть змогу підвищити вимоги до застосовуваних у медицині діагностичних методів, що, у свою чергу, сприятиме уникненню використання недоброякісних програмних та апаратно-програмних засобів в охороні здоров'я. Це зробить ефективнішим лікування, розширить можливості діагностики захворювань, поліпшить її якість, забезпечить безпеку життя і здоров'я хворих в умовах застосування новітніх медичних технологій. Оптимізація процесу лікування та збереження здоров'я громадян сприятиме отриманню великого соціально-економічного ефекту.

### Список літератури

1. Антонюк Б.Д., Кочетков Г.Б. Автоматизированные системы обеспечения принятия решений в американском управлении. – М.: И-т США и Канады АН СССР, 1989. – 90 с.
2. Бешелев С.Д., Гурвич Ф.Г. Математико-статистические методы экспертных оценок. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Статистика, 1980.–263 с.
3. Боровков А.А. Курс теории вероятностей. – М.:Наука, 1972.–250с.
4. Горелик А.Л. Общая постановка задачи распознавания объектов и явлений. // Кибернетика. – 1980. – №6. – С. 72–75.
5. ДСТУ 3410–96 "Система сертифікації УкрСЕПРО. Основні положення". – Введ. 31.12.96.
6. ДСТУ 3413–96 "Система сертифікації УкрСЕПРО. Порядок проведення сертифікації продукції". – Введ. 31.12.96.
7. ДСТУ 3420–96 "Система сертифікації УкрСЕПРО. Вимоги до органів з сертифікації систем якості та порядок їх акредитації". –Введ. 31.12.96.
8. Железний А.А. О сертификации продукции медицинского назначения // Медицина Украины. – 1995. – №4. – С. 36–38.
9. Карповский Е.А., Чижов С.А. Надежность программной продукции. – К.: Техніка, 1990. – 248с.
10. Мартино Дж. Технологическое прогнозирование. – М.: Прогресс, 1977. – 345с.
11. Минцер О., Шекунов А. Методичні аспекти оцінки якості програмних виробів// Укр. журн. мед. техніки і технології. – 1995. – №3. – С. 56 – 60.
12. Миркин Б.Г. Проблема группового выбора.–М.: Наука, 1974 –234с.
13. Овчаров В.К. Аккредитация и оценка качества деятельности медицинских учреждений // Пробл. соц. гигиены и история медицины. – 1995. – №4. – С. 25–35.
14. Остапюк С.Ф., Шиган Е.Н. Целевые комплексные программы в здравоохранении. – М.: Медицина, 1988. – 204с.
15. Светличная Т.Г., Сидоров П.И., Ковалев О.В. К проблеме оценки качества медицинской помощи // Пробл. соц. гигиены и история медицины. – 1996. – №3. – С. 29–31.
16. Современные оценки качества стационарной медицинской помощи по результатам социологического опроса / Железняк Е.С., Алексеева Л.А, Полюгина Е.Н. и др. // Пробл. соц. гигиены и история медицины. – 1996. – №3. – С. 20–22.
17. Engelbrecht R. Expert systems for medicine – functions and developments // Zentralbl. Gynakol.- 1997.–№119(9). – P. 428–434.
18. Holmann J.G., Cookson M.J. Expert system for medical applications // J. Med. Eng. Technol. – 1987 Jul, 11(4). – P. 151–159.
19. Konrad C., Grescher M., Fieber T., Gerber H. Electronic expert system in medicine. For example ILIAD // Schweiz Rundsch Med. Prax. – 1996 May 7, 85 (19). – P. 617–621.
20. Wyatt J., Spiegelhalter D. Evaluating medical expert systems: what to test and how? // Med. Inf. (Lond). – 1990 Jul, 15 (3). – P. 205–217.

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РАЗРАБОТКИ ТЕХНОЛОГИИ СЕРТИФИКАЦИИ ПРОГРАММНЫХ ПРОДУКТОВ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ

В.М. Пономаренко, В.В. Кальниш, А.В. Попов (Киев)

Предложена методика свертки оценок экспертов при проведении сертификационных испытаний программных продуктов и программных компонентов аппаратно-программных комплексов медицинского назначения. Применение методики как элемента предложенной технологии сертификации программных продуктов будет способствовать получению более полной информации об уровне пригодности этих продуктов при использовании в системе здравоохранения, даст возможность качественно проводить сертификацию программных продуктов, обеспечивая их безопасность применения, повысит эффективность диагностики и лечения больных в условиях использования современных компьютерных медицинских технологий.

## SOME ASPECTS IN ELABORATION OF MEDICAL SOFTWARE CERTIFICATION

V.M. Ponomarenko, V.V. Kalnish, A.V. Popov (Kyiv)

A folding method for expert assessments during the certifying tests of softwares and programme software products of medical purpose is proposed. The method application as an element of medical software certification will serve to evaluate the level of product fitness for using it in the system of public health. We consider the method will enhance efficiency in diagnostics and treatment of patients with medical software facilities.

## ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

УДК 614.23/25:000.34

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

## ПОТРЕБИ ЛІКАРІВ І НАУКОВИХ СПІВРОБІТНИКІВ ЗАКЛАДІВ І НАУКОВО-ДОСЛІДНИХ УСТАНОВ САНІТАРНО- ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ В НОРМАТИВНО-ПРАВОВІЙ ІНФОРМАЦІЇ

Український інститут громадського здоров'я,  
Міністерство охорони здоров'я

Рівень демократизації будь-якої держави визначається сукупністю прав громадян і ступенем реалізації їх особистих і суспільних інтересів. Разом з тим права не даються людині як щось саме собою зрозуміле, а є результатом довготривалого, іноді болісного становлення громадської самосвідомості.

Сьогодні гостро відчувається потреба в посиленні правової освіченості населення і медичних працівників, створенні громадських організацій, що відстоюють інтереси пацієнтів, участі громадськості в управлінні закладами охорони здоров'я. Медичні заклади мають бути відкритими для громадського контролю. Формування громадської

свідомості з огляду на правовий захист інтересів громадян неможливе без активного використання засобів масової інформації [2].

Формування демократичної правової держави неможливе без звернення до здобутків світової культури, зокрема правової. У більшості вітчизняних наукових праць правова культура розглядається як система правових цінностей, що відповідають рівню досягнутого суспільного прогресу і відображають у правовій формі режим прав і свобод людини та громадянина, інші найважливіші культурні цінності. Право – одна з основних культурних цінностей і найважливіше досягнення цивілізації. Воно є однією з форм культури, способом її функціонування і розвитку.

Правова культура, як складне соціальне явище, охоплює такі правові цінності: правові ідеї, правові норми та інституції, правові вчинки, правові установи. Об'єктом такої культури є правосвідомість, що відображає правову систему в цілому. Рівень досягнутої суспільством правової культури суттєвим чином впливає на ефективність правового регулювання, характер законотворчості й правозастосування, форми і засоби забезпечення прав громадян, ступінь визнання загальнолюдських цінностей, які відтворюються в його духовній та матеріальній діяльності [1].

У системі охорони здоров'я виробляються і використовуються три види інформації: управлінська (відомості про діяльність закладів охорони здоров'я, нормативна, директивна, законодавча, планова і прогнозна інформація у вигляді службових матеріалів, облікових і звітних форм тощо); статистична (дані про стан здоров'я окремих осіб і населення загалом, ресурси охорони здоров'я тощо); науково-медична (в тому числі інформація про досягнення і передовий досвід вітчизняної та зарубіжної охорони здоров'я, яка міститься в наукових журналах, монографіях, патентах, збірниках наукових праць, тезах доповідей). У зв'язку з цим інформація, необхідна для прийняття управлінських рішень в охороні здоров'я, повинна бути своєчасною, проблемно зорієнтованою, аналітичною, достовірною, мати прогностичний характер, при мінімальному обсязі – максимально повні відомості, їх оцінку, висновки і рекомендації [3].

Важливим розділом системи охорони здоров'я є діяльність державної санітарно-епідеміологічної служби, яка повинна спрямовуватися на забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення. Для реалізації цієї мети велике значення має покращання організації роботи служби, вдосконалення законодавчої основи її діяльності та підвищення рівня правової культури спеціалістів закладів і науково-дослідних установ санітарно-епідеміологічного профілю.

Нами проводилось соціологічне дослідження потреб лікарів і наукових співробітників закладів та науково-дослідних установ санітарно-епідеміологічного профілю в нормативно-правовій інформації.

Мета дослідження – шляхи задоволення потреб лікарів і наукових співробітників у нормативно-правовій інформації.

За допомогою анкетування проведено опитування 385 лікарів і науковців закладів та НДІ санітарно-епідеміологічного профілю, що склали репрезентативну вибірку сукупності.

Внаслідок дослідження одержано матеріали стосовно потреб лікарів районних, міських і обласних санепідстанцій, а також наукових співробітників НДІ санітарно-епідеміологічного профілю, в нормативно-правовій інформації під час виконання службових обов'язків як у цілому по вибірковій сукупності, так і залежно від статі, місця роботи, спеціальності, посади, трудового стажу.

За даними дослідження, 75,4 % фахівців-респондентів мають потребу в юридичних консультаціях. Майже у половині лікарів та науковців зазначена потреба стосується наявності та змісту нормативних актів, роз'яснення правових норм у них (відповідно 50 і 51,4 %). Третина респондентів (31,6 %) має потребу в юридичних консультаціях з рекомендацій щодо організації діяльності санепідслужби, 13,3 % – з інших питань, а саме: механізму доведення законодавчих актів з санепідстанцій до керівників підприємств, установ, організацій; адміністративно-правової та судової діяльності під час розгляду соціально-гігієнічних питань; розгляду скарг і заяв громадян і організацій; притягнення до відповідальності посадових осіб органів державної влади; правового захисту діяльності посадових осіб санепідслужби; спілкування з правовими органами; соціального стану та визначення пільг; трудових відносин і оплати праці; надання платних послуг; скорочення штатів та атестації фахівців; методів впливу на заклади громадського харчування з метою покращання їхнього санітарного стану; притягнення до відповідальності керівників туристичних фірм, які не інформували туристів про епідеміологічну ситуацію та заходи профілактики; відшкодування збитків, спричинених спалахами кишкових інфекцій; захисту медичних працівників від зараження ВІЛ; накладення штрафів і закриття об'єктів тощо.

Задоволення потреб у юридичних консультаціях 45,2 % респондентів вирішується шляхом звертання до юриста в межах галузі, а майже чверть частина (23,2 %) їх консультується в юристів інших галузей. Лікарі й науковці задовольняють потреби в консультаціях, звертаючись до знайомих юристів чи самостійно вивчаючи правову літературу, нормативно-правові акти або відвідуючи семінари тощо.



Переважає більшість фахівців-респондентів (85,7 %) мають потребу в посаді юриста в закладах чи установах, де вони працюють.

Як свідчать одержані дані, на потреби в юридичних консультаціях фахівців-респондентів впливає їх належність до чоловічої чи жіночої статі. Зокрема, респонденти-чоловіки вірогідно частіше, ніж жінки, мають зазначену потребу (81,6 % проти 73,3 %, сі дорівнює 106,6 проти його критичного значення, що становить 3,84). Це пояснюється тим, що серед респондентів-чоловіків більше, ніж серед жінок (36,9 % проти 21,5 %), зустрічаються керівники, яким частіше в порівнянні з рядовими фахівцями доводиться вирішувати в своїй діяльності правові питання. Виявлена закономірність стосується потреб в юридичних консультаціях з наявності та змісту нормативно-правових актів, роз'яснення правових норм у зазначених актах, рекомендацій з організації діяльності служби. Представники чоловічої статі частіше, ніж жінки, звертаються до юристів як у межах, так і за межами галузі для задоволення потреб стосовно різних правових питань. Фахівці-чоловіки також частіше, ніж лікарі-жінки, вважають за доцільне мати посаду юриста в закладах і установах, де вони працюють.

Потреби лікарів і наукових співробітників санітарно-епідеміологічного профілю в юридичних консультаціях під час виконання службових обов'язків, за результатами дослідження, значною мірою залежать від місця їхньої роботи. При цьому виявлено прямо пропорційну залежність потреб від рівня санітарно-епідеміологічних станцій. Зокрема, потреби співробітників районних санепідстанцій в юридичних консультаціях є найменшими (68,5 %). Вони збільшуються у лікарів-респондентів, які працюють у міських та обласних санепідстанціях (відповідно до 75,7 і 85 %). Великі потреби в юридичних консультаціях лікарів обласних санепідстанцій пояснюються тим, що закладам охорони здоров'я такого рівня необхідно вирішувати різні санітарно-епідеміологічні питання в межах розгалуженої мережі районних санепідстанцій. Найбільший показник мають лікарі Українського центру державного санепіднагляду (95,7 %), оскільки ця установа виконувала до 1992 р. функції республіканської санепідстанції, а тепер розв'язує проблеми санітарно-епідеміологічного забезпечення населення в масштабі держави. Співробітники НДІ мають невеликі потреби консультуватись у юриста (68,9 %), що пов'язано з частішим використанням ними правової літератури, ніж лікарями практичних санітарно-епідеміологічних закладів.

Слід зазначити, що потреби в юридичних консультаціях лікарів районних санепідстанцій великих міст вірогідно більші, порівняно з колегами

однакових за рівнем санітарно-епідеміологічних закладів сільських районів (сі дорівнює 27,16 проти його критичного значення, що становить 3,84). Також помічено значну різницю між зазначеними показниками під час порівняння їх у фахівців санепідстанцій обласного рівня столичної області та інших областей (88,9 % проти 81,3 %). У співробітників НДІ епідеміологічного профілю більшою мірою виражена потреба з'ясувати правові аспекти діяльності, ніж у їх колег, які працюють у наукових установах гігієнічного профілю.

У лікарів районних санепідстанцій найменші потреби щодо консультування у юриста з питань наявності та змісту нормативних актів у порівнянні з колегами, які працюють у міських та обласних СЕС, Українському центрі держсанепіднагляду, НДІ (відповідно 42,7 % проти 50; 51,7; 63,8; 49,3 %). Виявлено також значні відмінності між зазначеними показниками у лікарів-респондентів з районних СЕС великих міст і санепідстанцій сільських районів (відповідно 47,1 і 28,6 %). Зворотна картина спостерігається у обласних санепідстанціях. Лікарі СЕС столичної області статистично вірогідно менше, ніж їх колеги з інших обласних санепідстанцій, мають потребу в консультаціях у юриста з наявності та змісту нормативно-правових актів (сі дорівнює 5,26 проти його критичного значення, що становить 3,84). Даний факт пов'язаний з тим, що в Києві у обласну СЕС інформація про чинні закони і підзаконні акти надходить більшою мірою, ніж у заклади того ж рівня інших областей.

Найвищий рівень потреб у консультаціях з роз'яснення правових норм у нормативно-правових актах мають лікарі міських СЕС та Українського центру держсанепіднагляду (відповідно 62,8 і 61,7 %), оскільки до перших звертається велика кількість як юридичних, так і фізичних осіб з приводу з'ясування різних санітарно-епідеміологічних питань, а останнім доводиться, крім того, розробляти проекти відомчих нормативних актів. Зазначені показники статистично вірогідно більші, ніж у спеціалістів НДІ (сі дорівнює 7,46 і 21,81 проти його критичного значення, що становить 3,84). Виявлена закономірність пояснюється тим, що науковці, порівняно з лікарями-практиками, мають більші можливості знайти роз'яснення правових норм у літературних джерелах.

Потреби лікарів-респондентів районних, міських та обласних санепідстанцій в юридичних консультаціях стосовно рекомендацій з організації діяльності санепідслужби коливаються в діапазоні 30–34,8 %, з інших питань – 6,7–21,3 %. Найбільші потреби мають лікарі Українського центру держсанепіднагляду (відповідно 42,5 і 21,3 %), оскільки дана установа в межах чинного законодавства розробляє форми і методи організації діяльності санітарно-епідеміологічних закладів усіх рівнів.

Задоволення потреб у вирішенні правових питань шляхом звертання до юриста у межах галузі найрідше отримують співробітники НДІ та лікарі районних санепідстанцій (відповідно 33,8 і 34,8 %). Цей показник серед лікарів-респондентів міських і обласних СЕС знаходиться в межах 51,7–57,1 %. Найчастіше консультуються у юриста у межах галузі лікарі Українського центру держсанепіднагляду (74,5 %), що пояснюється такими чинниками: 1) найбільшими потребами в юридичних консультаціях; 2) наявністю посади юриста; 3) багатогранністю і масштабністю їх діяльності.

Рівень звертальності лікарів практичних санітарно-епідеміологічних закладів усіх рівнів до юриста за межами галузі в 2–2,5 раза нижчий, порівняно з таким у фахівців, які консультуються в юристів, які працюють у закладах охорони здоров'я. Цей шлях задоволення потреб в юридичних консультаціях найчастіше використовують фахівці Українського центру держсанепіднагляду (29,8 %). Меншою мірою відрізняються рівні звертальності до юриста у межах і за межами галузі в наукових співробітників (відповідно 33,8 і 25 %).

Слід зазначити, що переважна більшість лікарів і науковців вважають за доцільне мати посаду юриста в закладах і установах, де вони працюють. Причому цей показник зростає прямо пропорційно рівню санітарно-епідеміологічного закладу. Наприклад, у фахівців районних СЕС бажання мати посаду юриста виявлялось у 71,9 % випадків, міських – 88,6, обласних – 98,3, Українського центру держсанепіднагляду – у 100 %.

На потребу лікарів і наукових співробітників санітарно-епідеміологічного профілю в юридичних консультаціях має вплив їх спеціальність. Найбільшу, статистично вірогідну потребу в консультаціях мають лікарі за спеціальністю "Гігієна", порівняно з їх колегами за спеціальністю "Епідеміологія" та "Лабораторні дослідження факторів навколишнього середовища" (сі дорівнює відповідно 4,374 і 63,56 проти його критичного значення – 3,84). Даний факт пояснюється тим, що групу лікарів і науковців за спеціальністю "Гігієна" складає найбільша кількість фахівців із похідними цієї спеціальності: загальна гігієна, комунальна гігієна, гігієна дітей і підлітків, гігієна праці, гігієна харчування, радіаційна гігієна. Групу респондентів за спеціальністю "Епідеміологія" складають фахівці з чотирма похідними цієї спеціальності: дезінфекційна справа, паразитологія, бактеріологія, вірусологія. У групу лікарів-лаборантів за спеціальністю "Лабораторні дослідження факторів навколишнього середовища" входять фахівці тільки двох похідних цієї спеціальності: лабораторні дослідження хімічних факторів і лабораторні дослідження фізичних факторів.

Чітко проявила вплив спеціальність лікарів-респондентів і на перелік питань, з яких у них є потре-

ба проконсультуватись у юриста. Так, потреби лікарів і науковців в юридичних консультаціях з наявності та змісту нормативних актів, роз'яснення правових норм у цих актах, рекомендацій щодо організації діяльності служби поступово зменшуються в низхідній послідовності за спеціальностями: "Гігієна", "Епідеміологія", "Лабораторні дослідження факторів навколишнього середовища". Зазначена закономірність стосується також задоволення потреб лікарів-респондентів стосовно з'ясування правових питань звертанням до юриста як у межах галузі, так і за її межами та іншим шляхом, у посаді юриста в закладах і установах, де вони працюють.

Як свідчать результати дослідження, на потребу лікарів і наукових співробітників проконсультуватись у юриста виразно впливає їхня посада. Підтвердилася робоча гіпотеза щодо найбільших потреб в юридичних консультаціях серед керівників структурних підрозділів (головних лікарів, їх заступників, завідувачів відділень, лабораторій) як практичних санітарно-епідеміологічних закладів, так і наукових установ. Майже всі респонденти цієї групи (96,2 %) мають таку потребу. Цей показник вірогідно більший, ніж серед лікарів-практиків (сі дорівнює 9,628 проти його критичного значення – 3,84), і пов'язаний з обов'язком керівників організувати діяльність підпорядкованих їм структурних підрозділів відповідно до чинного законодавства, а також брати участь у розробці проєктів нових нормативно-правових актів. Аналогічний показник найменший (61,3%) серед наукових співробітників; пояснюється тим, що дана категорія респондентів віддає перевагу науковій правовій літературі для підвищення рівня правової культури.

Керівники структурних підрозділів більшою мірою, ніж лікарі санепідстанцій і наукові співробітники, мають потребу отримати консультацію у юриста з наявності та змісту нормативно-правових актів, роз'яснення правових норм у зазначених актах, рекомендацій стосовно організації діяльності санепідслужби та інших питань. Крім того, представники зазначеної категорії респондентів частіше, ніж лікарі-практики і науковці, задовольняють потреби в юридичних консультаціях шляхом звертання до юриста як у межах галузі, так і за її межами. Зауважимо, що наукові співробітники мають дещо більші потреби, ніж лікарі-спеціалісти (23,5 % проти 18,4), щодо звертання за консультацією до юриста за межами галузі.

Переважна більшість респондентів (у межах 81,5–94,3 %) незалежно від їх посади, засвідчили потребу мати посаду юриста в закладах і установах охорони здоров'я за місцем їх роботи. Проте вірогідно найбільші потреби виявлено серед керівників структурних підрозділів порівняно з лікарями-практиками (сі дорівнює 24,8).

Результати дослідження показують, що на потребу лікарів і науковців санітарно-епідеміологічного профілю в юридичних консультаціях незначно впливає трудовий стаж. Рівень цього впливу становить від 73 % (у респондентів з трудовим стажем до 10 років) до 76,8 % (у лікарів-практиків і наукових співробітників, які працюють понад 20 років). Потреби з'ясування правових питань з наявності та змісту нормативно-правових актів, а також рекомендацій стосовно організації діяльності санепідслужби мають тенденцію до збільшення у висхідній послідовності за групами респондентів, розподілених за трудовим стажем: до 10 років; 10–20 років; понад 20 років. Найбільші потреби (54 %) стосовно отримання консультацій у юриста з роз'яснення правових норм у нормативних актах виявлено у респондентів, які мають трудовий стаж до 10 років.

Установлено, що задоволення потреб респондентів в юридичних консультаціях шляхом звертання до юриста у межах галузі має тенденцію до незначного збільшення прямо пропорційно зростанню трудового стажу. За межами галузі до юриста найчастіше (27,1 %) звертаються лікарі і науковці, які працюють понад 20 років. Даний факт пояснюється тим, що більшу частину зазначеної категорії респондентів становлять керівники структурних підрозділів, яким доводиться частіше, ніж рядовим фахівцям, звертатися до юриста як у межах галузі, так і за її межами. Найбільшу кількість респондентів (91 %), які вважають за доцільне мати посаду юриста в закладі чи установі, де вони працюють, виявлено серед лікарів і наукових співробітників, які мають трудовий стаж 10–20 років.

Важливим видом діяльності лікарів і наукових співробітників санітарно-епідеміологічного профілю є їх участь у підготовці проектів нормативно-правових актів (законів України, постанов Кабінету Міністрів України, наказів МОЗ України тощо). Внаслідок проведеного дослідження виявлено, що у підготовці проектів зазначених документів бере участь 59,7 % респондентів, 70,8 % фахівців має потребу в інформації з правових питань під час виконання функціональних обов'язків. Слід зазначити, що переважна більшість лікарів і наукових співробітників (90,6 %) вважають за доцільне розробку методичних рекомендацій з підготовки нормативних актів для фахівців галузі. Зазначена діяльність залежить від низки чинників, зокрема від статі респондентів. Лікарі і науковці чоловічої статі беруть участь у розробці нормативних актів частіше, ніж представники жіночої статі (70,9 % проти 55,9,  $t$  дорівнює 58,86). Крім того, респонденти-чоловіки більшою мірою, ніж жінки, мають потребу в інформації з правових питань під час підготовки нормативних актів. Водночас респонденти обох статей одноставно вважають за доцільне

розробку методичних рекомендацій з підготовки нормативно-правових актів.

Під час дослідження виявлено вплив місця роботи лікарів і наукових співробітників на їх участь у підготовці нормативно-правових актів. Найнижчий рівень цього впливу мають фахівці районних санепідстанцій (37,1 %), що пов'язано з участю лікарів цих закладів у підготовці тільки внутрішніх підзаконних актів, тобто нормативно-правових актів, що регламентують питання діяльності закладу і поширюються на його працівників. З підвищенням рівня санітарно-епідеміологічного закладу збільшується й зазначений показник. Зокрема, лікарі-респонденти міських і обласних СЕС, а також науковці НДІ значно частіше, ніж їх колеги з районних санепідстанцій, беруть участь у розробці проектів не тільки внутрішніх нормативних актів, а й законів України, постанов Кабінету Міністрів України та наказів МОЗ України (відповідно у 60; 65 і 62,2 % випадків). Найвищий рівень впливу місця роботи на участь у підготовці нормативних актів спостерігається у лікарів Українського центру держсанепіднагляду (87,2 %). Це пов'язано з тим, що зазначена установа одержала завдання від МОЗ України переробити значну частину наказів колишнього МОЗ СРСР і МОЗ УРСР. Виявлена закономірність характерна також для таких показників, як потреби лікарів і науковців в інформації з правових питань і доцільності розробки методичних рекомендацій з технології підготовки нормативно-правових актів. Проте величини зазначених показників більші, порівняно з тими, які стосуються участі у підготовці нормативно-правових актів.

На участь лікарів і наукових співробітників санітарно-епідеміологічного профілю в розробці нормативно-правових актів мала вплив спеціальність. Найбільшу участь (у 68,9 % випадків) у підготовці зазначених актів брали фахівці за спеціальністю "Епідеміологія". Деяка перевага цього показника у них, порівняно з лікарями за спеціальністю "Гігієна" (65,7 %), пов'язана з тим, що МОЗ України дало завдання переробляти накази МОЗ СРСР і МОЗ України епідеміологічного спрямування тільки одному НДІ, а накази з гігієнічних проблем – кільком науковим установам. Майже в 5,5 раза рідше беруть участь у підготовці нормативних актів фахівці за спеціальністю "Лабораторні дослідження факторів навколишнього середовища", порівняно зі спеціалістами з проблем гігієни та епідеміології. Така сама закономірність, як і в підготовці нормативно-правових актів, виявлена щодо потреб фахівців в інформації з правових питань, хоча значення цих показників більші, ніж попередніх. Зауважимо, що встановлено досить високі показники (в межах 88,9–92,1 %), але без значних відмінностей щодо доцільності розробки



методичних документів з підготовки нормативно-правових актів для фахівців галузі.

Виявлено досить значний вплив посади респондентів на їх участь у підготовці нормативно-правових документів. Найбільший вплив з усіх видів діяльності (86,7 %) спостерігається у керівників структурних підрозділів. В 1,8 раза рідше беруть участь у розробці нормативно-правових актів рядові лікарі-спеціалісти. Проміжне місце серед зазначених посад посідають наукові співробітники (54,6 %). Даний факт пов'язаний з тим, що МОЗ України залучає до підготовки проектів законів України, постанов Кабінету Міністрів України, наказів насамперед співробітників наукових установ. Вищі показники, але з таким самим співвідношенням, характерні для потреб лікарів-респондентів в інформації правової спрямованості. Найбільша питома вага (93,7 %) респондентів, які вважають за доцільне розробити методичні документи для підготовки нормативно-правових актів, серед рядових лікарів. Це пояснюється тим, що представники даної категорії фахівців мають менші можливості користуватися правовою літературою методичного характеру, порівняно з керівниками структурних підрозділів і науковими співробітниками.

Значний вплив на участь лікарів санепідстанцій та співробітників наукових установ у підготовці нормативно-правових актів має трудовий стаж респондентів. Сила впливу зазначеного виду діяльності збільшується прямо пропорційно трудовому стажу (від 44,1 % при стажі до 10 років до 69 % – 20 і більше років). Той факт, що лікарі-респонденти, які працюють більше 20 років, найчастіше беруть участь у розробці проектів законних і підзаконних актів, пояснюється значним професійним досвідом цієї категорії фахівців. Потреби лікарів і науковців у правовій інформації виражені в такому ж співвідношенні, як і за попереднім показником, але значення їх більші. Незначні відмінності спостерігаються між значеннями показників, які характеризують позицію респондентів щодо доцільності розробки методичних рекомендацій з підготовки нормативно-правових актів для фахівців галузі.

Одним із завдань дослідження було визначення обсягу нормативно-правової інформації, що одержують лікарі і наукові співробітники санітарно-епідеміологічного профілю, та доцільність її обліку за допомогою ЕОМ в цілому по вибірковій сукупності та залежно від статі, місця роботи, спеціальності, посади, трудового стажу. Як свідчать результати дослідження, більша половина респондентів (53,1 %) оцінила обсяг правової інформації, який вони одержують, як недостатній для роботи, і лише 15,7 % фахівців вважає, що вони отримують достатній для роботи обсяг юридичної інформації. Зауважимо, що 15,5 % респондентів зо-

всім не отримують такої інформації. Більше двох третин (67,9 %) лікарів і науковців цілковито підтримують впровадження нормативно-правової інформації за допомогою ЕОМ. Зазначений метод впровадження інформації певною мірою підтримують 20,8 % респондентів.

Встановлено, що фахівці чоловічої статі частіше, ніж жінки, отримують недостатній для роботи обсяг правової інформації (60,2 % проти 51 %). Майже однаковими виявилися показники щодо достатнього для роботи обсягу інформації правового характеру для представників обох статей. Переважна більшість фахівців з незначною перевагою респондентів-чоловіків (71,8 % проти 66,5) цілковито підтримують впровадження нормативно-правової інформації за допомогою ЕОМ. П'ята частина респондентів як чоловічої, так і жіночої статі підтримують зазначений вид впровадження правової інформації тільки певною мірою.

Результати соціологічного дослідження свідчать, що обсяг нормативно-правової інформації, яку одержують лікарі і науковці, залежить також від місця роботи респондентів. При цьому найвищою виявилась оцінка обсягу інформації як недостатнього для роботи (в межах 45,7–63,3 %). Лікарі обласних санепідстанцій порівняно зі своїми колегами санітарно-епідеміологічних закладів інших рівнів найчастіше (63,3 %) вважають, що вони не одержують достатнього для роботи обсягу правової інформації. Це пояснюється тим, що у зазначеній категорії респондентів широкий діапазон діяльності, який потребує правової регламентації. Про обсяг правової інформації, достатній для роботи, найчастіше заявляли лікарі районних санепідстанцій (24,7 %), оскільки їх нормотворча робота зводиться до підготовки тільки внутрішніх актів. Дещо менший, але досить великий зазначений показник у лікарів обласної СЕС і Українського центру держсанепіднагляду (відповідно 23,3 і 21,3 %) пояснюється тим, що в ці заклади надходить певна кількість друкованих джерел з правових питань, а також є посада юриста. Переважна більшість фахівців-респондентів санітарно-епідеміологічних закладів усіх рівнів цілковито підтримують зберігання і використання правової інформації за допомогою комп'ютерної техніки. Причому цей показник має найбільше статистично вірогідне значення серед лікарів Українського центру держсанепіднагляду, ніж серед наукових співробітників (значення сі становить 26,38). Зауважимо, що частина респондентів тільки певною мірою підтримує впровадження нормативно-правової інформації за допомогою ЕОМ (від 10 % серед лікарів міських санепідстанцій до 32,4 % – серед наукових співробітників).

Дані дослідження щодо обсягів правової інформації, яку одержують лікарі і науковці залежно від



їх спеціальності, засвідчують, що більшість із них таку інформацію отримують в недостатньому для роботи обсязі. Найчастіше про це заявляли респонденти-гігієністи, порівняно з епідеміологами і лікарями-лаборантами (відповідно 66,7 % проти 48,3 і 32 %). Майже однакові відповіді одержані від фахівців усіх спеціальностей щодо підтримки (цілковитої або певною мірою) впровадження нормативно-правової інформації шляхом використання комп'ютерної техніки. Винятком є респонденти за спеціальністю "Лабораторні дослідження факторів навколишнього середовища", які вірогідно рідше, ніж гігієністи і лікарі-епідеміологи, цілковито підтримують такий шлях впровадження правової інформації (сі дорівнює 26,83 і 74,19 проти його критичного значення – 3,84).

Досить чіткий вплив виявлено посади респондентів на обсяг інформації правового характеру, яку вони отримують. Керівники структурних підрозділів частіше, ніж рядові фахівці (66,7 % проти 50), вважають, що вони одержують зазначену інформацію в недостатньому для роботи обсязі. Цей факт пояснюється тим, що дана категорія респондентів (головні лікарі, їх заступники, завідувачі відділів, відділень, лабораторій) більше бере участь у підготовці нормативно-правових актів різного рівня і вважає недостатнім обсяг інформації для їхньої діяльності. Зазначимо, що майже третина наукових співробітників (32 %) не одержує правової інформації. Найвищий рівень цілковитої підтримки впровадження нормативно-правової інформації за допомогою комп'ютерної техніки виявлено у керівників структурних підрозділів порівняно з рядовими лікарями і науковими співробітниками (відповідно 75,2 % проти 68,4 і 60,5 %).

Встановлено незначний вплив на обсяг правової інформації, яку отримують лікарі санепідстанцій і співробітники наукових установ, трудового стажу. Водночас виявлено тенденцію до збільшення кількості респондентів, які вважають, що обсяг юридичної інформації недостатній для роботи (відповідно 48,6; 53; 55,7 %), пропорційно збільшенню трудового стажу. Зі збільшенням трудового стажу поступово зменшується кількість тих респондентів, які цілковито підтримують впровадження нормативно-правової інформації за допомогою комп'ютерної техніки (відповідно 73,9; 71; 63 %).

Важливим аспектом даного соціологічного дослідження було вивчення рівня та заходів підвищення правової культури лікарів і науковців закладів і установ санітарно-епідеміологічного профілю у вибірковій сукупності залежно від статі, місця роботи, спеціальності, посади, трудового стажу.

Встановлено, що трохи більше половини (52,2 %) респондентів оцінили свій рівень правових знань як задовільний, п'ята частина (20,3 %) – як неза-

довільний, і лише 8,9 % – як добрий. Серед заходів підвищення правової культури респонденти віддають перевагу прослуховуванню лекцій порівняно з проходженням післядипломної освіти (60,9 % проти 40,1). 20% лікарів і наукових співробітників вважають важливими також інші заходи підвищення правової культури, до яких належать: забезпечення консультацій у юриста; систематичне отримання нормативно-правової документації за видом діяльності закладу чи установи; можливість користуватися базою даних нормативно-правових актів за допомогою ЕОМ; доступність до інтернету для користування рубрикою "Щотижневик Сіто"; самопідготовка шляхом читання спеціальних журналів, довідників; робота безпосередньо з правовими документами; семінарські заняття та видання спеціального бюлетеня МОЗ України, де будуть своєчасно друкуватись законні та підзаконні акти тощо.

Результати дослідження свідчать, що фахівці-респонденти як чоловічої, так і жіночої статі із чотирибальної оцінки рівня правових знань (високий, добрий, задовільний, незадовільний) найчастіше вибирали оцінку "задовільний". Причому значення цього показника було дещо більшим у чоловіків (54,4 % проти 51,4), ніж у жінок-респондентів. Оцінку рівня правових знань "добрий" також частіше давали фахівці чоловічої статі (12,6 % проти 7,7), а "незадовільний" – жіночої (21,9 % проти 15,5). Серед заходів підвищення правової культури респонденти-жінки частіше, ніж чоловіки, надавали перевагу прослуховуванню лекцій (63 % проти 54,4); майже однаково оцінювалось ними проходження післядипломної освіти (відповідно 40,5 і 38,8 %). Водночас фахівці чоловічої статі мали більшу, ніж жінки, питому вагу інших заходів підвищення правової культури.

Незалежно від місця роботи, лікарі та наукові співробітники найчастіше оцінювали свій рівень правових знань як задовільний. Найбільшу питому вагу такої оцінки своїх знань мали лікарі обласних санепідстанцій (65 %) та Українського центру держсанепіднагляду (65,9 %), яка вірогідно вища, ніж у науковців (сі відповідно дорівнює 8,67 і 15,97 проти його критичного значення – 3,84). Оцінку "добрий" рівню правових знань найчастіше давали лікарі районних СЕС (13,5 %). Це пояснюється тим, що фахівці зазначеного рівня санітарно-епідеміологічних закладів беруть участь у розробці проектів тільки внутрішніх нормативних актів, для чого у них достатньо вистачає правових знань. Крім того, зауважимо, що усереднений за місцем роботи показник респондентів районних СЕС формувався значною мірою за рахунок оцінки правових знань лікарів санепідстанцій сільських районів. Добрим рівень правових знань частіше оцінювали фахівці СЕС сільських, ніж міських

районів (28,5 % проти 8,8). Аналогічну закономірність виявлено стосовно цього показника у лікарів столичної обласної СЕС і такого ж рівня санепідстанцій інших областей.

Найбільш самокритичними щодо оцінки рівня своїх правових знань виявилися наукові співробітники. Майже третина з них (27,7 %) вважає, що рівень їхньої правової культури незадовільний. Це пов'язано з тим, що цій категорії респондентів доводиться більшою мірою, ніж іншим фахівцям санітарно-епідеміологічного профілю, виконувати завдання правового характеру як у теоретичному (наукові розробки), так і прикладному (підготовка нормативно-правових актів) аспектах. Прослуховуванню лекцій – одному із заходів підвищення правової культури – найбільшу перевагу віддають лікарі міських санепідстанцій (64,3 %) та співробітники наукових установ (62,8 %), хоча значення цього показника дещо менші у фахівців інших санітарно-епідеміологічних закладів і установ. Питомо вага такого показника, як проходження післядипломної освіти серед заходів підвищення рівня правових знань фахівців поступово зменшується в міру підвищення рівня закладу та установи санітарно-епідеміологічного профілю (від 57,3 % у лікарів районних санепідстанцій до 24,3% – серед науковців).

На рівень правових знань респондентів їх спеціальність мала незначний вплив. Так, фахівці за спеціальністю "Лабораторні дослідження факторів навколишнього середовища" дещо частіше, ніж спеціалісти гігієнічного та епідеміологічного профілю (відповідно 56 % проти 53,5 і 51,7 %), вважають, що їх рівень правової культури задовільний. Це пояснюється тим, що лікарі-лаборанти мають потребу в меншому діапазоні правових знань, ніж лікарі-гігієністи та епідеміологи. Прослуховування лекцій як захід підвищення правової культури найчастіше (у 69,5 % випадків) називають фахівці за спеціальністю "Епідеміологія". Цей показник у них статистично вірогідно більший, ніж у лікарів-гігієністів (сі дорівнює 29,43 проти його

критичного значення – 3,84). Водночас фахівці за спеціальністю "Гігієна" віддають перевагу проходженню післядипломної освіти як заходу підвищення рівня правових знань (49,5 % проти 34).

Незалежно від посади респондентів, більшість із них оцінюють рівень правових знань як задовільний. Причому у керівників структурних підрозділів він статистично вірогідно вищий, ніж у рядових лікарів (сі дорівнює 16,91). Наукові співробітники, порівняно з іншими двома категоріями респондентів найчастіше оцінюють свій рівень правової культури як незадовільний (26 % проти 21,9 і 15,8 %). Керівники структурних підрозділів менше, ніж інші категорії респондентів (52,4 %), вважають прослуховування лекцій заходом підвищення правової культури, але водночас віддають перевагу іншим заходам (33,3 %).

На рівень правових знань респондентів невідно впливає також трудовий стаж. Фахівці з трудовим стажем більше 10 років в 2 рази частіше оцінюють рівень правової культури як добрий, порівняно з тими лікарями і науковцями, які працюють за спеціальністю менше 10 років. Респонденти з трудовим стажем 10–20 років об'єктивніше ставляться до свого рівня правових знань, ніж фахівці інших стажових категорій (відповідно 55 % проти 51,4 і 51,2 %), і оцінюють його як задовільний. Більшість (65,5 %) респондентів з трудовим стажем понад 20 років заявляють, що для підвищення рівня правових знань необхідно практикувати прослуховування лекцій, і лише 32,5% фахівців цієї категорії вважають проходження післядипломної освіти заходом підвищення правової культури.

Отже, виявлені під час соціологічного дослідження особливості потреб лікарів і науковців закладів і науково-дослідних установ санітарно-епідеміологічного профілю в юридичних консультаціях, нормативно-правовій інформації можуть бути підґрунтям для розробки шляхів задоволення цих потреб, підвищення правової культури і ефективності діяльності фахівців.

### Список літератури

1. Білий П. Правова держава і правова культура: взаємозв'язок та результативність // Право України. – 1997. – №12. – С.75–77.
2. Игнатов Н.Г., Сабурин Т.А. Становление правового самосознания населения в области здравоохранения // Рос. мед. журн. – 1996. – № 6. – С.11–14.
3. Шарабчиев Ю.Т., Хейфец Н.Е., Москвичова Т.Н. Принципы организации информационного обеспечения руководящих кадров здравоохранения // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. – 1997. – № 1. – С.15–18.

**ПОТРЕБНОСТИ ВРАЧЕЙ И НАУЧНЫХ СОТРУДНИКОВ УЧРЕЖДЕНИЙ И НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ ЗАВЕДЕНИЙ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЙ ИНФОРМАЦИИ**

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

Представлены результаты социологического исследования потребностей врачей и научных работников учреждений и научно-исследовательских заведений санитарно-эпидемиологического профиля в юридических консультациях и путей их удовлетворения, объемов правовой информации и поддержки ее внедрения с помощью ЭВМ, участия в подготовке нормативно-правовых актов, оценки уровня правовой культуры и мероприятий по ее повышению в целом, а также в зависимости от пола, места работы, специальности, должности и трудового стажа.

**THE NEEDS OF PHYSICIANS AND RESEARCH WORKERS AT INSTITUTIONS AND SANITARY-EPIDEMIOLOGIC SCIENTIFIC RESEARCH ESTABLISHMENTS FOR NORMATIVE AND LEGAL INFORMATION**

G.M.Moskalets, N.H. Belotelov, V.M.Schepnyak, A.L.Karlova, V.B.Podrushnyak, T.N.Smirnova, L.D.Ivanenko, N.V.Yakutovich, V.I.Aksyonova, N.M.Leschuk (Kyiv)

There have been presented the results of sociologic research concerning the needs of physicians and research workers at institutions and sanitary-epidemiologic scientific research establishments for legal consultations and means of their satisfaction. There were also investigated the volumes of legal information and supporting of its implementation by means of electronic computers. The participation in preparing the standard legal acts has been learned. The level of legal culture and measures of its increase in general and dependence on sex, place of work, speciality, position and length of service have been estimated.

**ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

УДК 614.8 + 614.88

*В.Ф. МОСКАЛЕНКО, В.О. ВОЛОШИН, Г.Г. РОЩИН, М.М. МИХАЙЛОВСЬКИЙ*

**ОСНОВНИ ПОЛОЖЕННЯ КОНЦЕПЦІЇ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ ЗА УМОВ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ**

МОЗ України, Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф

Фізико-географічні особливості території України, насиченість її хімічними, вибухо- та пожежонебезпечними об'єктами створюють передумови для виникнення різних надзвичайних ситуацій (НС). Крім того, в нашій країні функціонує більше 1500 промислових підприємств, що виробляють або використовують сотні тисяч тон сильнотоксичних отруйних ре-

човин. Половину електроенергії країни виробляють не дуже досконалі та надійні атомні електростанції. Через територію нашої держави проходить розгалужена мережа аміакопроводів, нафтопроводу "Дружба", газопроводів, десятки тисяч кілометрів залізничних колій. Штучні каскади гідровузлів Дніпра, Дністра, Буга створили зони можливого катастро-

фічного затоплення, що поширюються на великі міста, в тому числі столицю України.

Процеси децентралізації управління промисловістю, умови політичної та економічної кризи, некерівана криміногенна ситуація є дестабілізуючими чинниками, що створюють передумови виникнення надзвичайних ситуацій, призводять до зростання травматизму, впливають на стан здоров'я нації.

За останні 9 років на території України сталося понад 6900 офіційно зареєстрованих надзвичайних ситуацій природного та техногенного походження, під час яких постраждало понад 13,5 тис. осіб, із яких 3212 чоловік загинуло. Причому кількість НС безперервно зростає. Так, якщо у 1991 р. кількість ситуацій, віднесених до надзвичайних, дорівнювала 87, то у 1995 вона зросла у 3,2 раза, а в 1999 р. – у 19,8 раза, порівняно з 1991 р., і досягла 1725 випадків.

У 1999 р. від НС постраждало 2473 особи, загинуло – 541 особа. Ще більше жертв пов'язано з нещасними випадками, внаслідок яких на території нашої держави загинуло у розрахунку на 10 000 населення у 1987р. – 8,37 чоловіка, 1991 – 11,73, у 1999 р. – більше ніж 14,2 чоловіка. Якщо цей показник перевести в абсолютні значення, то кількість загиблих внаслідок нещасних випадків у 1999 р. перевищує 70 тис. чоловік.

На тлі викладеної ситуації стає зрозумілою потреба створення державної системи медичного реагування в умовах надзвичайної ситуації. Розбудова такої системи традиційно починається з розроблення її основних концептуальних положень, які є складовою частиною ширшого кола питань соціальної та економічної політики держави і не можуть розглядатись окремо від концепції єдиної державної системи запобігання і реагування на надзвичайні ситуації. В процесі розбудови держави на нових для неї засадах ринкової економіки вдосконалюється, конкретизується та збагачується власним і зарубіжним досвідом соціальна політика держави, концепція охорони здоров'я в цілому і в умовах надзвичайних ситуацій зокрема.

Виходячи з потреб гарантії безпеки населення і територій України, ще в 1994 р. була розроблена і затверджена. Постановою Кабінету Міністрів України № 501 від 07.06.95 "Концепція створення єдиної державної системи запобігання і реагування на аварії, катастрофи та інші надзвичайні ситуації", яка ґрунтується, насамперед, на принципах пріоритету охорони життя і здоров'я людей над будь-якими іншими інтересами в державі, компенсації збитків, заподіяних здоров'ю людей і навколишньому природному середовищу. Концепцією передбачалося прогнозування і виявлення потенційних джерел виникнення НС, створення, підтримка та забезпечення готовності системи реагування на НС, забезпечення ефективності дій у НС та організація ліквідації їх наслідків, розвиток і координація внутрішньодержавних і міжнародних дій у НС. Кон-

цепція визначила потребу створення багаторівневої системи управління під час ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій, а також загальні принципи організаційної побудови та режимів діяльності єдиної системи запобігання НС. Однією з найважливіших умов реалізації Концепції передбачалося розроблення й реалізація програм розвитку науково-теоретичного, методичного, нормативно-правового, економічного та кадрового забезпечення єдиної системи запобігання й реагування на аварії, катастрофи та інші надзвичайні ситуації. Частково Концепція була реалізована Постановою Кабінету Міністрів України "Про єдину Державну систему запобігання і реагування на надзвичайні ситуації техногенного та природного характеру" (від 03.08.98).

Надбання нового досвіду державотворення було викладене в "Концепції захисту населення і територій у разі загрози та виникнення надзвичайних ситуацій", схваленій Указом Президента України № 238/99 від 26.03.99. Ця Концепція покладена в основу прийнятого в червні 2000 р. Закону України "Про захист населення і територій від надзвичайних ситуацій техногенного і природного характеру".

Вона передбачає, що за умов НС і великої кількості потерпілих, коли система охорони здоров'я не спроможна адекватно реагувати і надати своєчасно і якісно медичну допомогу місцевими медичними закладами, для її організації створюється Державна служба медицини катастроф (ДСМК) – особливий вид державної рятувальної служби, організаційно-функціональна галузь системи охорони здоров'я.

Зазначимо, що системи медичного захисту населення під час надзвичайних ситуацій є в усіх розвинених країнах. Але концепції розбудови і функціонування цих систем залежать від рівня розвитку, соціально-економічного стану держави, транспортної інфраструктури. Це, наприклад, простежується в концепціях організації надання екстреної медичної допомоги в умовах НС Російської Федерації [1], Франції [3], США [5].

Проблеми забезпечення медичного захисту населенню під час катастроф завжди були в центрі уваги Міністерства охорони здоров'я України. За завданням МОЗ України, починаючи з 1992 р., над розробкою та вдосконаленням "Концепції організації надання екстреної медичної допомоги населенню України в разі катастроф" працювали фахівці Київського науково-практичного об'єднання швидкої медичної допомоги та медицини катастроф (нині Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф). Перший завершений варіант Концепції був схвалений МОЗ України в 1996 р. Він став основою для розробки Постанови Кабінету Міністрів України "Про створення Державної служби медицини катастроф" №343 від 14.04.97 та затверджених цією Постановою "Положення про Державну службу медицини катастроф" і



“Положення про координаційну комісію Державної служби медицини катастроф” [2].

Враховуючи зміни в “Концепції захисту населення і територій від НС” правовому полю держави, пов’язані з прийняттям Конституції України (1996), Законів України “Про аварійно-рятувальні служби” (1999), “Про правовий режим надзвичайного стану” (2000) та “Про захист населення і територій від надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру” (2000), змінювались та вдосконалювались певні положення “Концепції організації надання екстреної медичної допомоги населенню України при надзвичайних ситуаціях”. Ця Концепція сьогодні охоплює систему поглядів на комплекс проблем, що стосуються організації надання екстреної медичної допомоги населенню при НС, основні принципи управління службою медицини катастроф (МК), її структуру та склад, системи підготовки кадрів, медичного та матеріально-технічного постачання, правові основи, нормативну та директивну бази функціонування, взаємовідносини служби МК з органами державного та місцевого управління, медичні проблеми організації лікувально-діагностичного процесу при НС, систему наукового забезпечення функціонування служби МК тощо. Концепція має чотири основні групи принципів:

#### **I. Принципи організації надання екстреної медичної допомоги населенню України під час катастроф:**

1. Держава реалізує гарантію надання безплатної, своєчасної та адекватної медичної допомоги громадянам у надзвичайних ситуаціях.

2. До надання екстреної медичної допомоги населенню України під час надзвичайних ситуацій залучаються всі потрібні сили і засоби системи охорони здоров'я незалежно від відомчого підпорядкування та форм власності.

3. Підґрунтям організації надання екстреної медичної допомоги населенню під час надзвичайних ситуацій є загальні принципи охорони здоров'я і медичного забезпечення населення України, проте враховуються медико-соціальні особливості цього періоду, що пов'язані з виникненням великої кількості санітарних втрат, частковим чи повним руйнуванням інфраструктури територіальної системи охорони здоров'я у вогнищі НС і погіршенням умов життєдіяльності населення.

4. Для оперативного реагування на НС, організації і надання екстреної медичної допомоги потерпілим створюється особливий вид державних аварійно-рятувальних служб – Державна служба медицини катастроф України, що є складовою частиною єдиної загальнодержавної системи запобігання та реагування під час надзвичайних ситуацій.

5. Базою створення Державної служби медицини катастроф є територіальна та відомча системи охорони здоров'я.

#### **II. Принципи організації та структури Державної служби медицини катастроф:**

1. Служба медицини катастроф є державною.

2. Організаційна структура Державної служби медицини катастроф передбачає два рівні управління: державний і територіальний (регіональний).

Державний рівень управління охоплює спеціально визначені для цього рівня медичні сили і засоби закладів системи МОЗ України, інших міністерств і відомств та органів управління охорони здоров'я адміністративних територій, що призначені діяти у будь-якому районі України після виникнення НС, медико-санітарні наслідки якої не можуть бути ліквідовані за допомогою медичних сил і засобів певного територіального рівня ДСМК.

Територіальний рівень управління охоплює медичні сили і засоби адміністративно-територіальних органів охорони здоров'я та сили і засоби інших міністерств і відомств, приватних чи громадських медичних закладів, розміщених на цій території та призначених ліквідувати медико-санітарні наслідки катастроф на даній території (Автономна Республіка Крим, області, міста центрального підпорядкування).

3. Головними закладами Державної служби медицини катастроф є: на державному рівні – Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (УНПЦ ЕМД та МК), на регіональному – територіальні центри надання екстреної медичної допомоги, які мають статус юридичних осіб подвійного підпорядкування – безпосередньо підлягають відповідно МОЗ Автономної Республіки Крим, управлінням охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, функціонально – УНПЦ ЕМД та МК.

4. У структурі служби передбачено поєднання принципів централізації та автономії. Територіальні центри діють повністю автономно під час надзвичайних ситуацій на своїх територіях і одночасно є складовими ланками державного рівня ДСМК при надзвичайних ситуаціях державного масштабу.

5. Основними завданнями Державної служби медицини катастроф є:

– надання екстреної медичної допомоги потерпілим і хворим під час ліквідації медико-санітарних наслідків НС, на шляхах евакуації та на територіях, які призначені для розміщення евакуйованого із зони катастрофи населення;

– надання екстреної санітарно-гігієнічної та протиепідемічної допомоги населенню у вогнищах катастроф, на шляхах евакуації та на територіях, що використовуються для розміщення населення, евакуйованого із вогнища катастрофи;

– накопичення оперативних запасів медичних, матеріальних і технічних засобів для ліквідації медико-санітарних наслідків катастроф;

– прогнозування медико-санітарної обстановки на адміністративних територіях України, що може

скластися під час НС природного і техногенного характеру, та аналіз досвіду ліквідації їх наслідків;

- підготовка і підтримка оперативної готовності сил і засобів, необхідних для ліквідації медико-санітарних наслідків катастроф;

- підготовка кадрів для Державної служби медицини катастроф;

- проведення наукових досліджень із проблем медицини катастроф і впровадження їх результатів у практику охорони здоров'я.

6. Створення службою медицини катастроф штатних і позаштатних рухомих формувань, основним завданням яких є організація і надання екстреної медичної, санітарно-гігієнічної та протиепідемічної допомоги населенню у вогнищі катастрофи та в районах, визначених органами управління охорони здоров'я, яким вони підпорядковані. Усі медичні формування та їх особовий склад підлягають обов'язковій атестації. Атестовані медичні формування відносяться до спеціального реєстру аварійно-рятувальних служб. Особовий склад формувань повинен мати відповідний рівень підготовки, визначений МОЗ України і засвідчений сертифікатом, і бути здатним за станом здоров'я виконувати роботи в екстремальних умовах.

7. Санітарно-гігієнічне та протиепідемічне забезпечення населення в умовах ліквідації медико-санітарних наслідків катастроф покладається на сили і засоби санітарно-епідеміологічної служби держави.

### **III. Принципи управління наданням екстреної медичної допомоги під час НС:**

1. Управління організацією екстреної медичної допомоги під час ліквідації медико-санітарних наслідків катастроф покладається на державному рівні на Міністерство охорони здоров'я України, на регіональному – Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, обласні, міські (Київське та Севастопольське) управління охорони здоров'я державної адміністрації.

2. Для координації дій системи охорони здоров'я та її взаємодії з органами управління державної системи запобігання й реагування на аварії, катастрофи та інші надзвичайні ситуації, а також із міністерствами і відомствами, медичні сили і засоби яких входять у Державну службу медицини катастроф, створюються міжвідомчі координаційні комісії державного й регіонального рівнів.

3. Управління наданням екстреної медичної допомоги під час катастроф покладається на оперативні групи, що призначаються на державному рівні міністром охорони здоров'я України, регіональному – начальником управління охороною здоров'я відповідної адміністративної території.

4. У разі потреби, зумовленої медико-санітарною ситуацією у вогнищі катастрофи, оперативна група територіального органу управління охорони здоров'я має право використовувати сили і засоби медич-

них закладів, що не залежать від відомчого підпорядкування та форми власності, а також запрошувати посилення за рахунок сил і засобів Державної служби медицини катастроф державного рівня.

5. Залежно від обстановки, наявності можливості виникнення НС або у разі її виникнення за рішенням відповідно Кабінету Міністрів України, Ради Міністрів Автономної Республіки Крим, обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій у межах конкретної території встановлюється один із наступних режимів функціонування ДСМК:

- режим повсякденного функціонування (в умовах нормальної ситуації);

- режим підвищеної готовності (у разі істотного погіршення виробничо-промислової, радіаційної, хімічної, біологічної (бактеріологічної), сейсмічної, гідрогеологічної та гідрометеорологічної ситуації, наявності можливості виникнення НС техногенного і природного характеру);

- режим НС (у разі виникнення і під час ліквідації наслідків НС).

6. Для отримання своєчасної та повної інформації про загрозу виникнення і медико-санітарні наслідки надзвичайних ситуацій, їх ліквідацію, а також для оперативного проведення відповідних заходів у межах Урядової інформаційно-аналітичної системи з питань надзвичайних ситуацій створюється функціональна інформаційно-аналітична підсистема МОЗ України, діяльність якої здійснюється органами управління охороною здоров'я по каналах ДСМК. Функції вузлів інформаційно-аналітичної системи покладаються відповідно на УНПЦ ЕМД та МК і територіальні центри екстреної медичної допомоги.

7. ДСМК організовує свою діяльність за планами медико-санітарного забезпечення населення на випадок виникнення НС.

Відповідальність за планування, підготовку та забезпечення оперативного реагування служби медицини катастроф покладається на державному рівні на міністра охорони здоров'я України, регіональному – на начальника управління охороною здоров'я відповідної адміністративної території.

### **IV. Принципи матеріально-технічного і фінансового забезпечення державної служби медицини катастроф**

1. Основним джерелом фінансування Державної служби медицини катастроф є державний та місцеві бюджети.

2. Додатковими джерелами фінансування можуть бути:

- відрахування зі страхових внесків (під час упровадження страхової медицини, створення фондів безпеки тощо);

- добровільні благодійні внески організацій, установ, окремих громадян.

3. Матеріально-технічне постачання служби ме-

дицини катастроф передбачає постійне табельне оснащення формувань і закладів ДСМК, накопичення та доцільне використання оперативного резерву ДСМК, можливість використання державного резерву під час НС загальнодержавного рівня. Постійне табельне оснащення формувань і закладів ДСМК і накопичення оперативного резерву покладається на МОЗ України, відомчі органи управління охороною здоров'я міністерств і відомств, медичні сили і засоби яких належать до Державної служби медицини катастроф, а також органи управління охороною здоров'я Автономної Республіки Крим, областей, міст Києва і Севастополя.

4. Державні резерви медичних і матеріально-технічних засобів ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій створюються, накопичуються та використовуються згідно з чинним законодавством.

5. Оперативні резерви, що створюються за рахунок місцевих бюджетів і зберігаються на базі закладів ДСМК і складів територіальних центрів екстреної медичної допомоги, використовуються за наказами органів управління, які керують ліквідацією медико-санітарних наслідків НС.

6. Бюджетні витрати на ліквідацію медико-санітарних наслідків катастроф компенсуються за рахунок організацій, установ чи юридичних осіб, винуватих у спричиненні НС, або за рахунок відповідних фондів і частки державного бюджету, передбаченої на випадок надзвичайних ситуацій.

Реалізація положень розглянутої Концепції організації надання екстреної медичної допомоги населенню України при надзвичайних ситуаціях є основою розробок правових, нормативних і директивних актів з розбудови, функціонування та вдосконалення діяльності ДСМК.

### Список літератури

1. Камышенко И.Д., Кипор Г.В., Немцев А.Н. Концепция государственной системы здравоохранения Российской Федерации по предупреждению чрезвычайных ситуаций и оказанию экстренной медицинской помощи (Служба экстренной медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях) // Медицина катастроф. – 1993. – №1. – С.5–11.
2. Москаленко В.Ф., Рошин Г.Г., Волошин В.О. та ін. Державна служба медицини катастроф України в системі колективної безпеки організації держав Чорноморського співробітництва // Надзвичайні ситуації: попередження та ліквідація наслідків: Матеріали міжнар. конф. під егідою Організації Чорноморського економічного співробітництва. – Харків, 2000. – С.215–220.
3. Основные понятия и определения медицины катастроф: Словарь. – М.: ВЦМК "Защита", 1997. – 246с.
4. Рошин Г.Г., Волошин В.О., Мацидонська Г.Ф. та ін. Організація екстреної медичної допомоги постраждалим за умов надзвичайної ситуації у Франції: Навч. посіб. – К., 1999. – 76 с.
5. Рошин Г.Г., Нацюк М.В., Юрченко В.Д. Американская система медицинского реагирования при катастрофах: Учеб. пособие. – К., 1995. – 28с.

### ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ КОНЦЕПЦИИ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ УКРАИНЫ В УСЛОВИЯХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

В. Ф. Москаленко, В.А. Волошин, Г.Г. Рошин, Н.Н. Михайловский (Киев)

Рассмотрены основные положения разработанной специалистами Украинского научно-практического центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф Концепции организации оказания экстренной медицинской помощи населению Украины в условиях чрезвычайных ситуаций, которые легли в основу законов Украины, директивных и нормативных документов Правительства и МЗ Украины по созданию Государственной службы медицины катастроф, проектов законодательных актов по ее совершенствованию. Приведены принципы организации и управления оказанием экстренной медицинской помощи, организации и структуры Государственной службы медицины катастроф и ее материально-технического и финансового обеспечения.

### MAIN POSITIONS OF THE CONCEPTION OF URGENT MEDICAL AID PROVISION ORGANIZATION FOR UKRAINIAN POPULATION IN STATES OF EMERGENCY

V.F. Moskalenko, V.A. Voloshin, H.H. Roschin, N.N. Mikhailovsky (Kyiv)

The main positions from the conception of urgent medical aid provision organization for Ukrainian population in states of emergency have been developed by a team of specialists of Ukrainian Emergency and Disaster Medicine Center. They were laid in foundation of the Ukrainian laws and various directive and normative documents of the Government and Ministry of Health for creation of the State's emergency and disasters medicine service and some drafts of legal acts for its organizational advancing. The main principles of emergency aid organization and management, as well as the State's service structure and its material and technical provision and funding have been outlined.

УДК 614.2:312.6(477.44):353

О.О. ПРИХОДСЬКИЙ

## ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ВІННИЧНИНИ ТА РОЛЬ ОБЛАСНОГО УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ЙОГО ПОЛІПШЕННІ

Управління охорони здоров'я Вінницької обласної державної адміністрації

Охорона здоров'я як особлива галузь народно-господарства значною мірою впливає на результати соціального та економічного розвитку країни, демографічну ситуацію, визначає разом з іншими чинниками рівень національної безпеки. Одночасно здоров'я в усьому світі розглядають як важливий соціально-політичний феномен, який свідчить про ступінь розвитку і благополуччя суспільства.

Здоров'я населення області погіршується. Віддзеркаленням цього є демографічна ситуація, що характеризується такими показниками: загальною чисельністю населення, яке постійно скорочується, кількістю народжених, яка постійно зменшується, та кількістю померлих, яка зростає.

Із 1985 р. природний приріст населення області став від'ємним і, якщо в тому році різниця між померлими і народженими склала 1400 осіб, то у 1999 – 14 тис., або у 10 разів більше.

Особливо турбує стрімке падіння народжуваності – відображення сучасного матеріального стану більшості сімей.

Про погіршення стану здоров'я населення свідчать такі показники. Насамперед, це зростання захворюваності як на неінфекційні, так і інфекційні хвороби, збільшення спалахів інфекції, серед яких характеру епідемії набув туберкульоз. Зростає кількість хворих на СНІД, ВІЛ-інфікованих, поширюється наркоманія, тобто швидко зростає рівень захворюваності на соціально зумовлені хвороби.

Захворюваність є одним з найважливіших показників, що характеризує стан здоров'я населення. Саме вона яскраво відображає зміни в навколишньому середовищі та діяльності системи охорони здоров'я, дійсну картину благополуччя населення, загальної соціальної стабільності.

Не вдаючись до детального аналізу, все ж зазначу: протягом останніх п'яти років рівень загальної захворюваності в області зріс на 16,5 %, а в окремих регіонах (Ямпільський, Оратівський, Гайсинський) – в межах 31–49 %.

Особливо суттєвим і загрозливим є збільшення кількості захворювань на анемію (56 %), гіпертонічну хворобу (64 %), стенокардію (63 %), цереброваскулярні розлади (68 %), новоутворення, се-

ред яких переважають злоякісні (33 %), туберкульоз (29 %).

Дуже небезпечним через свою високу контагіозність та епідеміологічний ризик є туберкульоз. Доводиться констатувати, що з розмежуванням суспільства на багатих і бідних все актуальнішою стає проблема, пов'язана з цією небезпечною хворобою, через її сімейний характер, високу інвалідизацію хворих, смертність, великі матеріальні витрати, яких потребує лікування і попередження різних форм туберкульозу.

Сьогодні в області соціально небезпечними з епідеміологічного погляду є такі райони, як Вінницький, Жмеринський, Літинський, Калинівський, Козятинський, Тростянецький, Тульчинський, Хмельницький, в яких зареєстровано найвищі рівні захворюваності на туберкульоз.

За таких умов управління охорони здоров'я обласної держадміністрації намагається шукати нові форми і методи роботи.

Теперішнє управління охорони здоров'я – це юридично самостійна управлінська структура в складі обласної держадміністрації з 19 штатними працівниками, об'єднаними у 6 відділів: лікувально-профілактичної допомоги дорослому населенню, лікувально-профілактичної допомоги дітям і матерям, економіки та фінансів, бухгалтерського обліку та звітності, кадрів, другий відділ зі спеціальністю. За останні 8 років штатна чисельність управління скорочена на 38,7 %.

Вищим органом управління є колегія, до складу якої, крім керівних працівників управління, входять представники Вінницького медичного університету, державний санітарний лікар області, голова Товариства Червоного Хреста, голова обкому профспілки медичних працівників, деякі головні лікарі.

Управління охорони здоров'я працює в тісному взаємозв'язку з Вінницьким медичним університетом, обласною санітарно-епідеміологічною станцією та обласним Товариством Червоного Хреста, керуючись, насамперед, "Положенням про обласне управління охорони здоров'я", затвердженим Кабінетом Міністрів України, та вимогами



Уряду, обласної держадміністрації та Міністерства охорони здоров'я України.

У роботі управління можна виділити два основні розділи – організаційно-методичний та фінансово-економічний, – спрямовані на забезпечення стабільності роботи широкої мережі лікувально-профілактичних закладів і медичних училищ, вирішення проблемних питань на кожному етапі, виходячи з наявної демографічної ситуації та рівня захворюваності, визначення на їх основі стратегічних пріоритетів в охороні здоров'я, що останнім часом реалізуються у відповідних державних і регіональних програмах.

Управлінню охорони здоров'я безпосередньо підпорядковані 44 заклади.

Що зроблено управлінням за останні три роки, щоб певним чином вплинути на стан здоров'я населення області в умовах вкрай обмеженого фінансування? Одним із перших в Україні управління побудувало і реалізує концепцію реформування сіткової структури і штатів, виходячи з реальних бюджетних можливостей, потреб у стаціонарній допомозі, нагальних потреб у розвитку мережі закладів первинної медичної допомоги. Зменшена кількість цілодобових стаціонарних ліжок з 23 500 до 15 000, що сприяло ефективнішому їх використанню. Зменшення ліжкового фонду відбулося разом із широким розгортанням ліжок денного перебування при поліклініках, амбулаторіях. Одночасно на 10 700 була зменшена кількість штатних посад, що дало можливість зменшити розрахунковий бюджет на охорону здоров'я з 500 до 280 млн гривень. Однак затверджений бюджет 2000 р. складає лише 131 млн гривень.

В умовах виконаних обсягів скорочення ліжкового фонду управлінням побудована чітка програма розвитку центрів високоспеціалізованої та високозатратної медичної допомоги, що повинна надаватись в обласних закладах охорони здоров'я, де розміщені клініки Вінницького медичного університету зі своїм науковим потенціалом. Створені обласний центр планування сім'ї та репродукції людини, Центр для проведення системи очищення організму при тяжких, несумісних із життям, хронічних хворобах нирок, Центр лапароскопічної та малоінвазивної хірургії, Дитячий нейрохірургічний центр. Зовсім недавно, враховуючи значний ріст хвороб системи крові, відкрито Дитячий онкогематологічний центр.

Реалізується програма створення мережі кабінетів планування сім'ї в районах області. Оскільки основою надання медичної допомоги є мережа закладів первинної медичної допомоги, управлінням було зніційоване прийняття облдержадміністрацією розпорядження "Про оголошення 1999 року роком охорони здоров'я населення Вінничини". Завдяки цьому розпорядженню та зусил-

лями місцевої влади було додатково відкрито 13 сільських лікарських амбулаторій, 5 міжлікарняних аптек з мережею аптечних кіосків і пунктів, амбулаторію сімейного лікаря та міжрайонне ендокринологічне відділення у м.Могилів-Подільському, придбано 26 санітарних автомобілів, приведено у відповідність сучасним вимогам матеріально-технічний стан дитячих відділень тощо.

Наші дії знайшли розуміння і підтримку в Міністерстві охорони здоров'я України, яке ввійшло з відповідним клопотанням до адміністрації Президента, внаслідок чого вийшов Указ (№963/2000 від 08.08.2000), яким 2001 рік оголошено роком охорони здоров'я населення України.

Через обмеженість бюджетного фінансування управління охорони здоров'я зосередило увагу на стабільному фінансуванні та функціонуванні найбільш пріоритетних напрямів, що знайшло своє відображення в обласних програмах, затверджених відповідними розпорядженнями облдержадміністрації. Це такі програми: "Діти України"; "Планування сім'ї"; "Генетичний моніторинг"; "Профілактика і лікування артеріальної гіпертензії"; "Цукровий діабет"; "Профілактика СНІДу та наркоманії"; "Боротьба з туберкульозом".

Найсуттєвіші результати досягнуто в реалізації трьох програм з питань материнства і дитинства.

Належний рівень організаційно-методичного керівництва, безпосередньо цільове фінансування окремих програм дозволило:

- забезпечити стабільно низький (один з найнижчих в Україні) рівень смертності дітей віком до одного року, що особливо важливо за такого низького рівня народжуваності, як тепер;
- максимально обмежити народження дітей з генетичними вродженими вадами за рахунок упровадженого дворазового обстеження вагітних;
- забезпечити централізовано всіх хворих дітей на фенілкетонурію особливим дитячим харчуванням;
- централізовано оплачувати вартість лікування дітей у клініках та науково-дослідних інститутах м.Києва, особливо хірургічного. Тільки за 9 місяців поточного року медична допомога надана 44 таким дітям на загальну суму 153 тис. грн.;
- придбати медичного обладнання для дитячих і родопомічних закладів області на суму 105 тис. грн. (в цілому в області на реалізацію вказаних програм витрачено 1027,5 тис. грн.);
- створити спеціальну гормональну лабораторію в обласному ендокринологічному диспансері. Реалізуючи програму "Цукровий діабет", управління вирішило питання з централізованим забезпеченням дітей і стаціонарних хворих на цукровий діабет інсуліном. Лише у цьому році його закуплено і видано районам і містам на суму 154 тис. грн.;

- приділяти особливу увагу виконанню обласної програми з туберкульозу, яка, однак, потерпає через недостатнє фінансування;

- забезпечити, виконуючи програму профілактики СНІД, в області повне обстеження донорської крові, здійснювати за рахунок централізованих коштів обстеження вагітних на СНІД;

- вирішувати створення в області спеціалізованого центру зі СНІД. (Вінничина поки що одна з п'яти областей країни, де такого центру немає);

- реалізовувати програму "Здоров'я людей похилого віку": відкриті лікарні спеціального типу у п'яти районах, на матеріальне забезпечення яких протягом року передбачено в бюджетах 20 тис. грн і додатково витрачено близько 30 тис. грн.

З метою здешевлення лікарських засобів для стаціонарних хворих, ветеранів війни управління спрямувало зусилля головних лікарів на створення аптек у складі медичних об'єднань. Сьогодні Вінницька область єдина, де є широка мережа державних внутрішньолікарняних аптек з мережею аптечних пунктів і кіосків при фельдшерсько-акушерських пунктах і лікарських амбулаторіях.

У реалізації усіх програм, крім управління охорони здоров'я Вінницької облдержадміністрації, беруть участь обласні центри і, насамперед, обласна лікарня, в якій забезпечено сучасний рівень медичної допомоги, починаючи від складних операцій на судинах і закінчуючи ендопротезуванням великих і малих суглобів.

Управління тісно співпрацює з Вінницьким медичним університетом. Напрями цієї роботи різнобічні: підготовка й перепідготовка кадрів, їх ате-стація, наукова діяльність, проведення науково-практичних конференцій, семінарів. Частина працівників університету є обласними позаштатними фахівцями. Тільки у цьому році фахівцями університету за сприянням управління видано для практичної охорони здоров'я 6 наукових посібників.

Другим основним розділом роботи управління є фінансово-економічний. Фінансування охорони здоров'я в області недостатнє. Видатки на енергоносії профінансовано в цілому по області на 78,5%, внаслідок чого заборгованість склала майже 2 млн грн, хоча й зменшилась у порівнянні з липнем місяцем на 69,7%.

Існують проблеми із забезпеченням діагностичним обладнанням. У обласних лікувально-профілактичних закладах досі немає сучасного комп'ютерного томографа; апарати ультразвукової діагностики є в трьох районах; зношена рентгенівська та наркозно-дихальна апаратура.

Подальша перспективна робота управління зосереджена на впровадженні системи сімейної медицини. Це передбачає кардинальні зміни в структурі закладів первинної медико-санітарної допомоги, створення мережі амбулаторій сімейного лікаря, підготовку професійних кадрів.

Є намір значно посилити службу швидкої медичної допомоги і, насамперед, її матеріально-технічне забезпечення, починаючи з транспорту.

Область найперша в Україні повністю завершила акредитацію усіх закладів охорони здоров'я, яка висвітлила чимало проблем в їхньому організаційному та матеріальному забезпеченні.

Ведуться пошуки нових форм і методів управлінської діяльності, підвищення ефективності прийнятих рішень. Цього року управлінням введено рейтингову оцінку роботи кожного обласного позаштатного фахівця, що значно підвищило ефективність їх організаційної роботи з профільними фахівцями в районах.

Ведуться постійні пошуки нових резервів щодо обґрунтованого і раціонального використання лікарняних ліжок і посад, залучення до загального бюджету позаб'юджетних коштів з різних джерел фінансування. З цього та інших розділів роботи у першому півріччі 2000 р. охорона здоров'я області зайняла друге місце в Україні.

## **ЗДОРОВ'Є НАСЕЛЕННЯ ВИННИЧИНИ І РОЛЬ ОБЛАСТНОГО УПРАВЛІННЯ ЗДРАВООХРАНЕННЯ В ЕГО УЛУЧШЕННІ**

*А.А. Приходский (Винница)*

Здоровье населения Винничины в последние годы неуклонно ухудшается. Областное управление здравоохранения сосредоточивает свои усилия на выполнении целевых номинальных программ, среди которых приоритетными являются охрана здоровья матери и ребенка, борьба с туберкулезом и др.

## **VINNITSKAYA PROVINCE POPULATION HEALTH AND THE ROLE OF LOCAL MANAGEMENT FOR HEALTH PROTECTION IN ITS IMPROVEMENT**

*A.A. Prihodskiy (Vinnitsa)*

The health of Vinnitskaya province population has been steadily decreased. The regional health services management concentrates its efforts on targeted complex programmes with special priority of mother and child health protection, tuberculosis struggle, etc.

З.М. ПАРАМОНОВ, М.І. БОРЩІВСЬКИЙ

## НОВІ ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНОГО ПРОЦЕСУ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ ТА ЇХ РЕЗУЛЬТАТИ НА БАЗІ ОБЛАСНОЇ ЛІКАРНІ

УОЗ Житомирської облдержадміністрації. житомирська лікарня ім. О.Ф. Гербачевського

Житомирська обласна лікарня була створена в 1895 році зусиллями Волинської організації Російського Товариства Червоного Хреста. На сьогодні вона обслуговує населення області, де проживає близько 1,5 млн осіб

Аналізуючи зміни ліжкового фонду, слід відмітити, що ріст його до 1976 року вважали процесом об'єктивно необхідним, налічувалось 860 ліжок, було відкрито ряд вузькоспеціалізованих відділень: нейрохірургічне, судинної та торакальної хірургії, опікове й ін.

Пізніше відбувалось нарощування ліжкового фонду. Цьому сприяла державна політика в охороні здоров'я, тобто система фінансування на одне ліжко. Так було створено гігант на 1085 ліжок.

При аналізі ліжкового фонду виявлено що він не використовувався на 10-15 %. Показники ефективності його були низькими, а саме середній термін перебування хворого на ліжку – від 17,5 до 23,0 ліжко-днів; оперативна активність – від 37 до 53 %.

У зв'язку з переходом державної політики на нові економічні платформи та зміцнення фінансування в охороні здоров'я, тсбто фінансування на 1 жителя, дефіцитом бюджетного фінансування, наявна матеріально-технічна база, досвідчений кадровий потенціал спонукали до створення центрів медичної допомоги на базі відділень лікарні.

Наявний надмірний ліжковий фонд скорочено від 1075 ліжок до 850 (рис. 1).

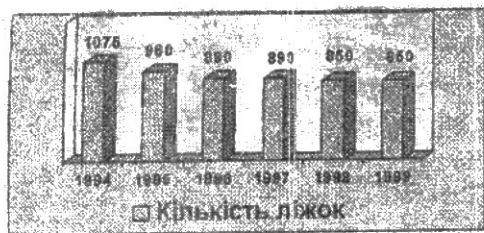


Рис. 1. Ліжковий фонд.

Протягом 1995-1999 років у лікарні відкрито опіковий, ревматологічний, ортопедичний, торакопультмонологічний та нефрологічний із стаціонаром одного дня центри, центр мікрохірургії ока.

На базі хірургічного відділення відкрито центр шлунково-кишкових кровотеч, патології печінки та підшлункової залози. Крім відділення реанімації з детоксикацією, в лікарні функціонує відділення реанімації та інтенсивної терапії для післяопераційних хворих.

На базі ендокринологічного відділення відкрито Центр діабетичної стопи, на базі нейрохірургічного відділення – Центр із хірургічного лікування внутрішньомозкових крововиливів у хворих на гіпертонічну хворобу.

Імуноалергологічний центр відкрито на базі пульмонологічного відділення та централізованої лабораторії.

Створенню Центрів передувало відпрацювання нормативної бази: накази, положення про центр, які регламентують завдання, цілі та саму організацію з обстеження, лікування хворих у подальшому, спостереження за ними.

Хворим, яких направляють у Центри на планове лікування, щороку проводять обстеження: загальноклінічні; біохімічні; ендоскопічні; сонографічні, в тому числі пункційну біопсію під контролем ультразвуку; ангіографічні, рентгенологічні, в тому числі магніто-резонансну комп'ютерну томографію; перед плановими оперативними втручаннями – консультацію анестезіолога в поліклініці.

У лікарні широко використовують сучасні методи лікування: ультрафіолетове та лазерне опромінення крові, гіпербаричну оксигенацію, гемосорбцію та плазмаферез (табл.1).

Запроваджено систему лікування за протоколом, у тому числі оперативні втручання і консультації фармакотерапевта.

Таким чином, створені на базі відділень лікарні високоспеціалізовані центри, ряд реорганізаційних заходів дали можливість інтенсифікувати використання ліжкового фонду.

Щорічно протягом двох останніх років проліковано до 19500 хворих, у 1995 році 17105, у 1996 році – 17455.

Серед планових оперативних втручань питома вага планових втручань, виконаних у 1-у добу, складає від 45 до 60 % у різних відділеннях. Скороченню середніх термінів перебування в лікарні сприяє раннє переведення пацієнтів після операції (3-5-7 доба) на реабілітацію до місцевих санаторіїв, які організовано в системі охорони здоров'я протягом останніх років за рахунок Фонду соціального страхування та чорнобильських коштів.

Значно змінились показники використання ліжок у цілому: середній ліжко-день у 1999 році по лікарні становив 12,0, середні терміни перебування

Таблиця 1. Сучасні методи лікування

Методи	1995	1996	1997	1998	1999
Гіпербарична оксигенація	1011	2112	2785	3257	3742
Ультрафіолетове опромінення крові	670	802	835	852	898
Лазерне опромінення крові	380	435	555	506	639
Плазмаферез	101	141	341	343	361
Гемодіаліз	1250	1127	1755	2060	2980

хворих до операції та загальний ліжко-день наведено на рисунку 2.

У лікарні виконують усі види оперативних втру-



Рис. 2. Показники використання ліжок.

чань, окрім пересадки органів та планових операцій на серці. Кількість оперативних втручань значно збільшилась від 7786 в 1995 році до 10537 в 1999 році. Оперативна активність зросла від 59,1 в 1994 році до 80,2 % в 1999 році. Результати її по відділеннях наведено в таблиці 2.

Необхідно також зазначити, що питома вага хворих, які перебували в стаціонарі більше 30 днів, зменшилась від 8,5 в 1994 році до 2,2 % у 1999 році. Рівень післяопераційної летальності зменшився від 2,0 в 1994 році до 1,4 % у 1999 році.

Аналізуючи вищенаведені дані, можна сказати, що реформування системи охорони здоров'я області на сучасному етапі, зокрема обласної лікарні свідчить про ефективність використання та раціональний перерозподіл бюджетних коштів:

- скорочено надмірний ліжковий фонд без по-

Таблиця 2. Результати оперативної активності

Назва відділень	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Хірургічне	62,5	70,8	71,2	79,2	75,4	84,8
Нейрохірургічне	42,4	44,6	55,7	64,8	68,6	67,2
Торакальне	43,4	44,7	63,6	66,8	70,9	72,0
Ортопедичне	69,5	68,7	73,6	89,6	92,3	95,2
Судинної хірургії	47,6	51,4	70,9	89,5	92,4	92,8
Гінекологічне	51,7	50,5	58,8	66,7	69,3	74,3
Урологічне	40,5	43,8	61,2	70,6	71,6	71,7
Офтальмологічне	59,0	62,5	81,9	88,1	89,7	93,2
Отоларинго-логічне	66,7	65,4	69,6	74,4	75,1	78,9
Кістковогнійної хірургії	74,0	74,5	83,2	88,3	91,0	91,7
Опікове	35,3	31,0	39,1	44,5	43,5	48,8
Усього по лікарні	59,1	60,4	69,1	77,3	77,2	80,2

гіршення доступності висококваліфікованої та спеціалізованої допомоги населенню області;

- вивільнених медичних працівників більш раціонально використовують для надання медичної допомоги;

- розширено об'єм планово-консультативної допомоги;

- ефективно використовується матеріально-технічна база для покращання умов перебування хворих у лікарні;

- вивільнені кошти спрямовані на безпосереднє надання додаткових об'ємів лікувально-діагностичної допомоги.

## НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ И ИХ РЕЗУЛЬТАТЫ НА БАЗЕ ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЫ

З.М. Парамонов, М.І. Борщівський

Проведен анализ работы коечного фонда Житомирской областной больницы за последние 5 лет. Показаны пути интенсификации использования коечного фонда.

Таким чином, набутий нами досвід підтвержує, що він є важливим інструментом, який забезпечує підвищення якості спеціалізованої медичної допомоги й органічно вписується в наявну систему її управління. Це сприяє підвищенню зацікавленості персоналу результатами діяльності, привчає медичний персонал мислити економічними категоріями.

Використання нашого досвіду може значно скоротити пошуки доступних для широкої практики методів, що сприятимуть покращанню надання високоспеціалізованої медичної допомоги населенню регіону на основі гарантії її якості.



**NEW APPROACHES TO THE ORGANIZATION OF UP-TO-DATE TREATMENT AND DIAGNOSTICS AND THEIR RESULTS ON THE BASIS OF REGIONAL HOSPITAL***Z.M. Paramonov, M.I. Borshchivsky*

Analysis of the bed-fund of Zhytomyr regional hospital for the last 5 years has been carried out. The ways of its usage intensifying have been shown.

УДК 614.2:616-056.7

*В.В. РУДЕНЬ***СТРУКТУРНО-ЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ЕЛЕМЕНТІВ ОРГАНІЗАЦІЇ ІНФРАСТРУКТУРИ МЕДИКО-ГЕНЕТИЧНОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ**

Львівський державний медичний університет

Зміни в стані економіки нашої країни, демографічних процесах, а також досягнення в медичній науці певним чином впливають і на функціонування системи охорони здоров'я.

Сьогодні для більшості загалу зрозумілим стало те, що збільшення кількості лікарень, лікарів та середнього медичного персоналу, зростання випуску лікарських засобів, розгалуження мережі закладів державної системи охорони здоров'я, де в основному лікують хворих, повністю лишили поза увагою питання охорони та зміцнення здоров'я здорових людей. Для оздоровлення населення країни потрібно перенести акценти на профілактику хвороб і зміцнення здоров'я.

В Основних напрямках соціальної політики на період до 2004 року, схвалених Указом Президента України 24.05.2000 (№ 717/2000), у розділі "Охорона здоров'я" записано, що одним із напрямів є "... реалізація державних профілактичних програм, ... поширення серед населення інформації з питань здорового способу життя " [1]. Такою програмою є "Цільова комплексна програма генетичного моніторингу в Україні на 1999 – 2003 роки", затверджена Указом Президента України 04.02.1999 (№ 118/99), яка дозволить створити в країні систему первинної та вторинної профілактики вродженої і спадкової патології [3].

З огляду на це, нами, ґрунтуючись на принципах системності, виконаний науковий структурно-логічний аналіз елементів (мета, функції, завдання) організації діючої інфраструктури медико-генетичної служби в Україні – єдиного цілого, що відображає дієвість процесу управління профілактикою вроджених вад розвитку населення, котрі є медико-соціальною проблемою нашого суспільства.

Мета структурно-логічного аналізу – логічна оцінка функціонуєчої організації (структури, системи) чи її окремих підрозділів з позицій системності.

Об'єкт наукового дослідження – функціонуєча організаційна модель медико-генетичної служби України з її структурними підрозділами, а саме: ланка первинної медико-санітарної допомоги, міжрайонні медико-генетичні кабінети, обласні та Севастопольський міський медико-генетичні кабінети (консультації), міжобласні медико-генетичні центри, медико-генетичний центр Автономної Республіки Крим, спеціалізовані центри та лікувальна допомога хворим з уродженими вадами розвитку, НДІ МОЗ України, АМН і АН України.

Аналіз інфраструктури медико-генетичної служби країни засвідчує, що вона є самостійним спеціалізованим видом медичної допомоги населенню, основною формою профілактики вроджених вад і спадкової патології.

Для повноти уявлення про організацію та діяльність медико-генетичної служби з питань профілактики вроджених вад нами відповідно до вимог структурно-логічного аналізу проаналізовано мету даної системи. Поняття мети служби медико-генетичного консультування об'єктивно відтворює як бажані, так і реально отримані результати її функціонування. Це трактується як безпосередній мотив регулювання людської діяльності щодо попередження виникнення та подальшого розвитку генетичної патології, враховуючи об'єктивні можливості самих суб'єктів і реалізацію в них наявних засобів.

Тому метою функціонування медико-генетичної служби країни як системи є науково-практичне вирішення питань, діагностики та диференціальної діаг-

ностики, корегувального лікування, реабілітації та профілактики спадкових хвороб і вроджених вад розвитку серед населення, організаційно-методичне забезпечення структурних підрозділів і практичної охорони здоров'я, наукове опрацювання медико-генетичної проблеми. Її доцільно розглядати в чотирьох аспектах – медичному, соціальному, організаційному та ефективності, що дає підстави говорити про ієрархію мети. Саме на цьому вважаємо за необхідне акцентувати увагу.

Мета медико-генетичної служби з медичного погляду – проведення пренатальної діагностики плода вагітних жінок через систему скринінгових програм і складання медико-генетичного прогнозу в сім'ї зі спадковим ризиком. При цьому медико-генетичний прогноз поєднує в собі визначення ступеня генетичного ризику, оцінку тяжкості медичних і соціальних наслідків уроджених вад і спадкових хвороб, доцільність та ефективність застосування методів пренатальної діагностики. Складання медико-генетичного прогнозу в сім'ї передбачає врахування таких чинників, як вірогідність діагнозу, знайомство з найновішими даними літератури, адекватне застосування методів розрахунку ризику [4, 5].

Клініко-генетичний діагноз, його вірогідність, на нашу думку, є найважливішою та першочерговою проблемою медико-генетичного консультування, оскільки у 75 % випадків на консультацію звертаються сім'ї, у яких наявний тільки один хворий з уродженою вадою розвитку.

Генетичний ризик у системі медико-генетичного консультування оцінюється шляхом теоретичних розрахунків, що базуються на генетичних закономірностях, і за допомогою врахування емпіричних даних. У деяких випадках обидва принципи розрахунку ризику поєднуються, тобто до усереднених емпіричних даних вносять теоретичні поправки. При цьому об'єктом дослідження лікаря-генетика є сім'я, тоді як пробанд – лише суб'єкт даного дослідження. Все це дозволяє скласти медико-генетичний прогноз сім'ї, котра бере участь у консультуванні.

З соціального погляду мета медико-генетичної служби – допомога сім'ям, котрі звернулися до структурного підрозділу, зрозуміти медичну сутність спадковості та генетичного ризику, адаптуватися в сім'ї до даної проблеми в здоров'ї та прийняти правильне рішення [6]. У даному випадку реалізація мети не стільки лежить у площині допущення помилок у пренатальній діагностиці чи генетичному прогнозуванні, скільки є наслідком недосконалого способу подання результатів дослідження сім'ї, котра звернулася до структурного підрозділу медико-генетичної служби.

Ми цілком поділяємо думку R. S. Young et al. про те, що реалізація мети медико-генетичного консультування соціального характеру можлива лише за умови поєднання в діяльності лікаря-консультанта кількох професій: лікаря, генетика, педагога, психолога та соціо-

лога, оскільки генетична патологія перебуває в площині не тільки чисто медико-генетичних, але й соціально-психологічних та соціально-економічних проблем [7].

Структурно-логічний аналіз медико-генетичної служби з позицій системності засвідчує, що мета медико-генетичної допомоги населенню ґрунтується на доцільності розміщення структурних підрозділів служби з урахуванням потреб і доступності для населення. Реалізація мети залежить від рівня розвитку медицини в цілому та медичної генетики зокрема, а також і від ступеня підготовки лікарів різних спеціальностей з питань медичної генетики.

Зазначимо, що, за даними структурно-логічного аналізу елементів організації, функціонуюча медико-генетична служба країни багаторівнева у своїй діяльності, що дозволяє охоплювати всі рівні медичної допомоги.

Питання ефективності медико-генетичної служби країни реалізується як відношення поставленої мети до отриманого результату. Відповідно до цього метою служби з позицій ефективності в загальнопопулярційному розрізі є донесення до свідомості людей сутності медико-генетичної інформації, що дозволяє зменшити навантаження патологічної спадковості на організм. При цьому завданням медико-генетичної консультації будь-якого рівня є допомога сім'ям у прийнятті правильного рішення щодо подальшого перебігу вагітності та народження дітей.

Функціонування медико-генетичної служби країни починається на рівні первинної медико-санітарної допомоги, де дійовою особою виступає дільничний (сімейний) лікар. Реалізація медико-генетичного забезпечення населення на рівні дільничного (сімейного) лікаря здійснюється через виконання ним конкретних завдань (схема 1).

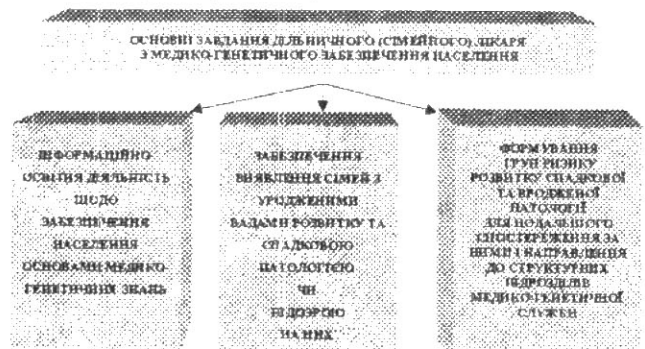


Схема 1

Структурно-логічний аналіз реалізації мети медико-генетичної служби на рівні дільничного (сімейного) лікаря засвідчує, що успіх у цьому питанні буде тільки тоді, коли на первинному рівні серед населення будуть правильно сформовані потоки груп ризику розвитку вродженої та спадкової патології для подальшого їх цільового направлення до структурних підрозділів медико-генетичної служби (схема 2). Для цього доцільно дільничним лікарям налагодити співпрацю з жіночою консультацією, пологовим і дитя-

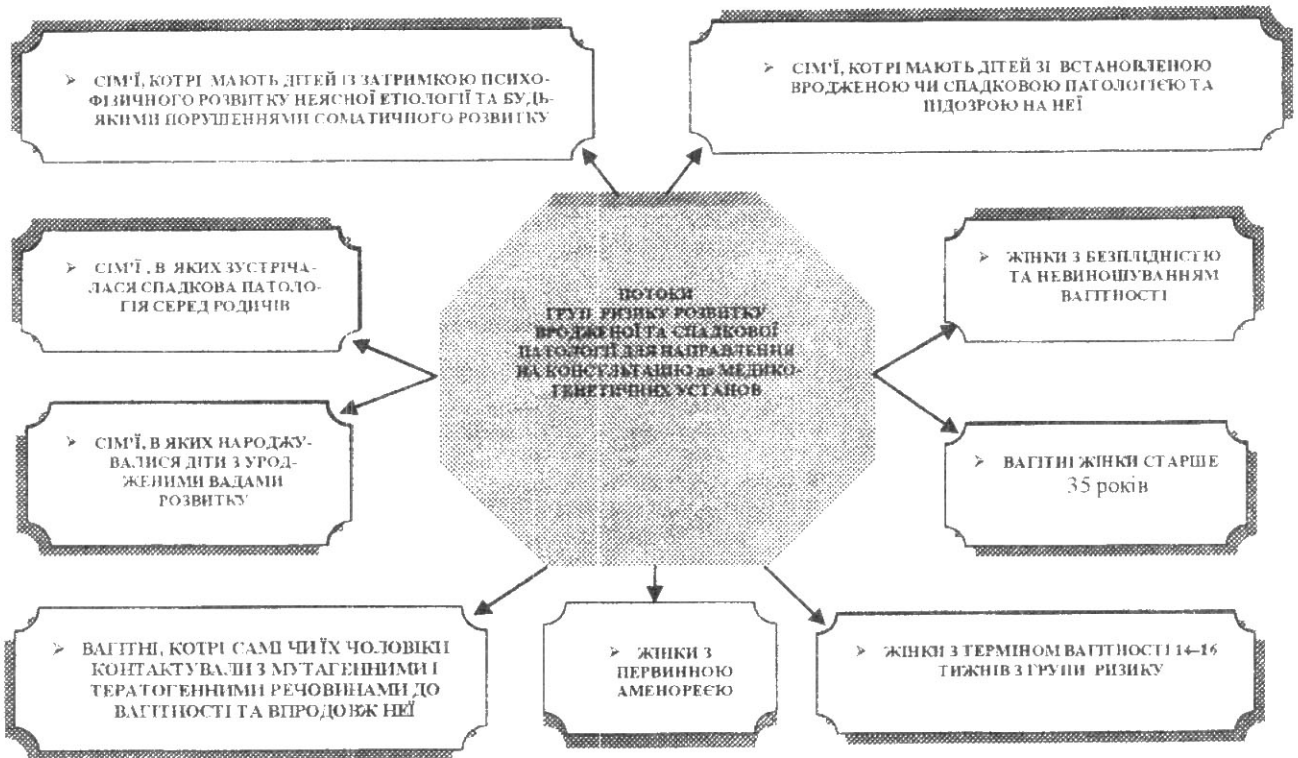


Схема 2. Потоків груп ризику, що формуються на первинному рівні дільничним лікарем для направлення на медико-генетичне консультування

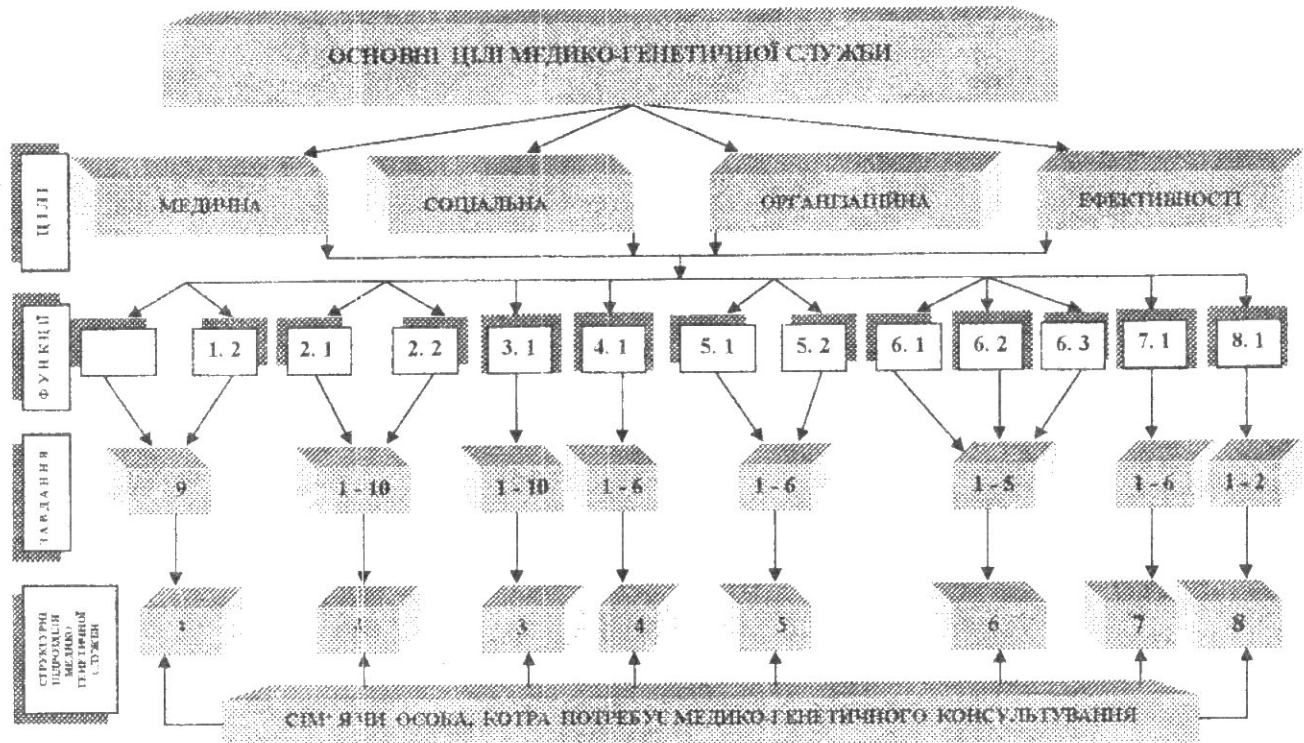


Схема 3. Організація інфраструктури медико-генетичної служби

чим стаціонарами, лікарями-спеціалістами дитячих поліклінік (поліклінічних відділень).

Організація діяльності медико-генетичної служби країни, крім мети, має ще й підціль, або систему ці-

лей, що є основою для визначення складу функцій і завдань власних структурних підрозділів (табл.) [2].

Згідно зі структурно-логічним аналізом поняття функції в системі медико-генетичної служби доцільно

Таблиця. Основні функції та завдання діяльності медико-генетичної служби

Структурний підрозділ	Функції	Завдання
1	2	3
1. Міжрайонні медико-генетичні кабінети (МРМГК)	1. Активне виявлення осіб з підозрою на спадкову патологію 2. Формування потоків таких хворих в обласні медико-генетичні кабінети (консультації) та міжобласні медико-генетичні центри	1. Консультативний прийом сімей (окремих осіб) з підозрою на генетично зумовлену патологію і встановлення попереднього діагнозу 2. Вирішення питань про доцільність уточнення діагнозу в ОМГК(К) чи ММГЦ, направлення туди цих хворих 3. Організація і ведення реєстру сімей зі спадковою патологією та вродженими вадами розвитку 4. Диспансерне спостереження за сім'ями зі спадковими та вродженими вадами розвитку з метою перспективного консультування 5. Участь в аналізі усіх випадків мертвородження, перинатальної та дитячої смертності в регіоні 6. Участь в аналізі частоти і структури спонтанних абортів 7. Контроль за веденням масових скринінгових програм для виявлення в пологових будинках випадків спадкової патології 8. Інформаційно-освітня робота з основ медико-генетичних знань серед медичних працівників та населення 9. Складання звіту про проведену роботу і подання його в ОМГК раз на квартал
2. Обласні, Севастопольський міський медико-генетичні кабінети (консультації) (ОМГК (К))	1. Координація зусиль МРМГК 2. Кваліфіковане медико-генетичне консультування населення області (міста)	1. Медико-генетичне консультування сімей (окремих осіб) з приводу прогнозу дитячих нападків у випадках, які вимагають спеціального лабораторного генетичного дослідження та повідомлення МРМГК про його результати 2. Направлення пацієнтів у МОМГЦ для уточнення діагнозу, поглибленого клінічного та інструментально-лабораторного обстеження, проведення заходів щодо пренатальної діагностики і вирішення питань корекції вродженої та спадкової патології 3. Координація зусиль МРМГК щодо організації ведення реєстрів сімей з уродженими і спадковими захворюваннями. Створення обласних реєстрів сімей з генетично зумовленою патологією 4. Активне виявлення хворих зі спадковою патологією в когнітивних обласних медичних закладах та жіночих консультаціях 5. Контроль за проведенням поточної реєстрації вроджених вад розвитку в пологових будинках. Узагальнення та аналіз даних, що надходять із МРМГК 6. Участь в аналізі усіх випадків перинатальної смертності та смертності немовлят 7. Участь в аналізі спонтанних абортів 8. Проведення ультразвукової пренатальної діагностики і цитогенетичного обстеження в регіоні 9. Проведення селективного скринінгу на спадкову патологію і контроль за проведенням масових скринінгових програм для виявлення в пологових будинках випадків спадкової патології 10. Диспансерне спостереження за пацієнтами з когнітивної реєстрації сімей зі спадковою патологією. Контроль за виконанням лікувально-коригувальних заходів. Свочасне направлення таких сімей в МОМГЦ для проведення заходів щодо пренатальної діагностики спадкової та вродженої патології 11. Інформаційно-освітня робота з основ медико-генетичних знань серед медичних працівників та населення 12. Узагальнення звітної документації мрмгк, направлення звіту до момгц два рази на рік
3. Міжобласні медико-генетичні центри, Кримський республіканський медико-генетичний центр (ММГЦ)	1. Забезпечення спеціалізованого медичного допомогою населення конкретного регіону з питань діагностики, лікування та профілактики вроджених і спадкових хвороб	1. Медико-генетичне консультування і обстеження сімей (окремих осіб), направлення у МРМГК чи ОМГК (К) 1.1. Клінічне обстеження пацієнтів із залученням спеціалістів різного профілю 1.2. Проведення інструментального обстеження відповідно до профілю захворювання 1.3. Проведення лабораторного обстеження 1.3.1. Каріотипування із застосуванням диференційованого забарвлення хромосом, якісного та кількісного аналізу обміну білків, амінокислот, жирів, вуглеводів, вітамінів 1.3.2. Імунологічне дослідження 1.3.3. Визначення рівня гормонів, $\alpha$ -фетопроєїну, ацетилхолінестерази тощо 1.3.4. Здійснення селективного скринінгу на спадкові хвороби обміну речовин 1.4. Встановлення діагнозу. Вирішення питань щодо прогнозу потомства, вибір тактики лікувально-коригувальних і профілактичних заходів 2. Проведення засобів пренатальної діагностики вроджених і спадкових хвороб (у тому числі ультразвукового дослідження плода) 2.1. Інвазивні методи дослідження у визначених МОЗ України медичних установах 2.2. Амніоцентез з наступним культивуванням клітин амніотичної рідини та аналізом каріотипу плода 2.3. Визначення рівня $\alpha$ -фетопроєїну і ацетилхолінестерази в амніотичних волах



Продовження табл.

1	2	3
		2.4. Біопсія хоріону з наступним цитогенетичним дослідженням 2.5. Кордоцентез з наступним культивуванням лімфоцитів плода і аналізом каріотипу 2.6. Амніофетоскопія 3. Повідомлення МРМІ К та ОМГК про результати консультування направлених ними сімей (окремих осіб) 4. Контроль за організацією та веденням реєстрів спадкової патології у відповідному регіоні. Створення регіонального реєстру сімей з уродженою і спадковою патологією 5. Контроль за якістю поточної реєстрації вроджених вад у пологових стаціонарах свого регіону 6. Участь в аналізі випадків перинатальної та дитячої смертності у регіоні 7. Організація і проведення масових скринуючих програм для виявлення в пологових будинках спадкової патології у новонароджених (фенілкетонурія) 8. Біохімічний контроль за ефективністю лікування хворих на фенілкетонурію та інші спадкові хвороби обміну речовин 9. Інформаційно-освітня робота з основ медико-генетичних знань серед медичних працівників та населення 10. Узагальнення звітної документації, яка надходить від ОМІ К. Подання зведених річних звітів до МОЗ України у встановлені терміни
4. Спеціалізовані центри	1. Забезпечення сімей з найпоширенішими спадковими захворюваннями (фенілкетонурія, муковісцидоз, гемофілія, м'язистрофія тощо) спеціалізованою медико-генетичною допомогою	1. Клінічна діагностика спадкових хвороб 2. Лікування хворих 3. Дистансерне спосереження за пацієнтами 4. Соціальна реабілітація хворих 5. Медико-генетичне консультування сімей 6. Направлення пацієнтів (сімей) на пренатальну та молекулярно-генетичну діагностику
5. Спеціалізована лікувальна допомога	1. Забезпечення сімей з уродженими і спадковими хворобами спеціалізованою медико-генетичною допомогою, підготовка кадрів для медико-генетичної служби	1. Медико-генетичне консультування сімей зі спадковою та вродженою патологією відповідного профілю, в тому числі із спадковою ембріонально, пренатальна діагностика 2. Корекція вроджених вад розвитку і порушень обміну речовин 3. Вирішення питань про реабілітацію хворих (у тому числі направлення в профільні санаторії) 4. Підготовка кадрів за профілем засади з обов'язковим урахуванням спадкової патології 5. Повідомлення ММІ Ц за місцем проживання хворого про первинно виявлену патологію 6. Подання річних звітів до МОЗ України
6. Інститут педіатрії, акушерства і гінекології АМН України	1. Уточнення діагнозу для подальшого вирішення питання щодо прогнозу нападків, проведення допологової діагностики, визначення гетерозиготного носійства	1. Пренатальна діагностика вроджених вад розвитку та спадкової патології (в тому числі інвазивними методами) 2. Рання корекція (в тому числі пренатальна) порушень стану плода 3. Хірургічне лікування хворих на муковісцидоз 4. Підготовка кадрів з пренатальної діагностики (насамперед з ультразвукового дослідження) 5. Надання наукової та методичної допомоги з питань пренатальної діагностики закладами медико-генетичної служби
7. НДІ спадкової патології МОЗ України	1. Виконання та координація науково-дослідної роботи з медичної генетики, спрямованої на вивчення прикладних і фундаментальних її аспектів	1. У виділенні мутагенезу та антимутагенезу з лабораторією біоіндикації мутагенів 2. У лабораторії популяційної генетики та географії 3. У лабораторії цитогенетики людини 4. У лабораторії біохімічної генетики 5. У лабораторії імуногенетики 6. У лабораторії генетики раннього ембріогенезу
8. Інститут молекулярної біології та генетики АН України	1. Забезпечення сімей зі спадковою та вродженою патологією медико-генетичною допомогою	1. У лабораторії молекулярно-генетичної діагностики 2. У лабораторії генотерапії

Примітка. Цифрові позначки елементів таблиці використовуються у наступній схемі 3.

тракувати як зовнішні прояви властивостей об'єкта щодо взаємовідносин, котрі склалися в медико-генетичному консультуванні. Поняття завдання медико-генетичної служби – це наперед визначений і запланований для виконання обсяг конкретних робіт. В процес формування функцій та завдань структурних підрозділів медико-генетичної служби з позицій системності покладено механізм виявлення їх об'єктів та носіїв на кожному рівні медико-генетичного забезпечення.

У нашій ситуації об'єктами функцій і завдань інфраструктури служби медико-генетичного консультування є забезпечення спеціалізованою медичною допомогою населення з питань діагностики, коригувального лікування, реабілітації та профілактики вроджених і спадкових хвороб, тоді як носієм функцій та завдань є саме населення.

Відповідно до принципів системності декомпозиція мети, структура функцій і завдань підрозділів медико-генетичної служби засвідчують, що в ній функціонує впорядкована ієрархія несуперечливих цілей, функцій і завдань (схема 3). Все це разом підтвер-

джує їх сумісність, підпорядкованість, взаємозалежність та реальність в організаційній структурі медико-генетичної служби країни.

Отже, первинна та вторинна профілактика генетичної патології в системі практичної охорони здоров'я в цілому та медико-генетичній службі, зокрема, базується на формуванні груп ризику серед населення, проведенні скринінгових програм серед вагітних і новонароджених, прогнозуванні виникнення вродженої та спадкової патології, навчанні населення та певних його категорій через систему інформаційних методів, форм і засобів попередження виникнення та раннього розпізнавання майбутніх генетичних хвороб тощо.

Підсумовуючи наведене, можна дійти висновку, що під час організації медико-генетичної служби країни фахово опрацьовані такі її елементи, як мета, функції та завдання служби в цілому та її інфраструктури зокрема. Це дозволило на сьогодні мати в країні дієву багаторівневу систему медико-генетичного консультування, основним завданням якої є управління профілактикою генетичної патології.

### Список літератури

1. Про основні напрямки соціальної політики на період до 2004 року: Указ Президента України № 717/2000 від 24 травня 2000 р. – К., 2000. – 7 с.
2. Про стан та заходи подальшого розвитку медико-генетичної допомоги в Україні: Наказ МОЗ України № 77 від 14.04.93. – К., 1993. – 44 с.
3. Про Цільову комплексну програму генетичного моніторингу в Україні на 1999 – 2003 роки: Указ Президента України № 118/1999 від 4 лютого 1999 р. – К., 1999. – 8с.
4. Crews F.S. // *Ala J. Med. Sci.* – 1982.–Vol.19. – P.165–168.
5. Murray F. // *Ala J. Med. Sci.* – 1982.–Vol.19.– P.151–156.
6. Roper E.C., Konje J.C., De Chazal R. C. et al. // *Prenat Diagn.*– 1999.– Sep. 19(9) – P. 803–807.
7. Young R.S., Jorgenson R.J., Spariro S.D. // *J. Craniofac. Gen. And Dev. Biol.* – 1986.–Vol.6.– P. 3–14.

### СТРУКТУРНО-ЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭЛЕМЕНТОВ ОРГАНИЗАЦИИ ИНФРАСТРУКТУРЫ МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ УКРАИНЫ

В. В. Рудень (Львов)

Представлен выполненный с позиции системности научный структурно-логический анализ элементов (цель, функции, задачи) организации существующей инфраструктуры медико-генетической службы Украины.

Полученные результаты свидетельствуют, что в системе медико-генетической службы при ее организации профессионально отработаны такие элементы организации, как цель, функции и задачи, что позволило сегодня иметь в стране эффективную многоуровневую систему медико-генетического обеспечения, главным принципом которой является профилактика врожденных пороков развития и наследственной патологии.

### THE STRUCTURAL AND LOGICAL ANALYSIS OF THE ORGANIZATION ELEMENTS (AIM, FUNCTION, TASK) OF THE INFRASTRUCTURE OF THE MEDICO-GENETIC SERVICE IN UKRAINE

V.V. Ruden (Lviv)

Author has conducted the scientific structural and logical analysis of the organization elements (aim, function, task) of the existing infrastructure of the medico-genetic service in this country

The results of the structural and logical analysis evidence that during the creation of the medico-genetic service in the health protection system such elements of organization as aim, function and tasks were professionally worked up on the base of the system principles. As a result we're having the functioning multilevel system of the medico-genetic consultations, where the main principle is prophylaxis of the birth defects and hereditary pathologies.

С.І. ШКРОБОТ

## ПЕРСПЕКТИВНІСТЬ СУЛЬФІДНОЇ БАЛЬНЕОТЕРАПІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ПОПЕРЕКОВИЙ ОСТЕОХОНДРОЗ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я.Горбачевського

За даними популяційних досліджень остеохондроз хребта відноситься до найбільш розповсюдженої патології людей. При цьому різний ступінь вираженості неврологічних проявів остеохондрозу хребта виявлено у 50 % обстежених, а у 25 % з них були обмеження в працездатності [18]. Проблема ще більше загострюється в зв'язку з низькою ефективністю застосовуваних програм лікування даної недуги [4, 15, 17]. Стійкої ремісії захворювання вдається добитися не на тривалий час, а неможливість досягти повноцінної регенерації хряща є специфічною передумовою хронічного перебігу хвороби. Широкий арсенал медикаментозних засобів дає ефект лише на час їх вживання. Більше того, застосування медикаментів не завжди можливе і виправдане через велику кількість ускладнень і побічних ефектів (від 11 до 57 % за даними різних авторів) на організм хворого, а деякі з них навіть поглиблюють дегенеративно-дистрофічні зміни в хребті [7, 19].

Виходячи з цих фактів та враховуючи патогенез і особливості клінічного перебігу остеохондрозу поперекового відділу хребта, слід визнати, що проблема його лікування не може бути вирішена без широкого використання природних і преформованих фізичних факторів впливу на стаціонарному і санаторному етапах реабілітації таких хворих [3, 6, 9, 14]. Тим більше, що В.В.Оржешковський [12], П.Г.Царфіс, В.Д.Григор'єва [16], А.М.Гурленя, Г.Є.Багель [5] відносять фізичні фактори впливу при остеохондрозі хребта до методів базисної терапії.

Вище наведені факти стали обґрунтуванням для дослідження ефективності застосування сульфідної бальнеотерапії на санаторному етапі реабілітації хворих з різними неврологічними синдромами поперекового остеохондрозу (ПОХ).

**Матеріал і методи.** Під спостереженням знаходилось 207 хворих на остеохондроз поперекового відділу хребта. Вік пацієнтів становив  $46,3 \pm 5,7$  року, серед них було 126 чоловіків і 81 жінка. При встановленні діагнозу користувались класифікацією вертеброгенних захворювань нервової системи І.П.Антонова [1]. Об'єктивізацію даних неврологічного статусу провели згідно рекомен-

дацій Я.Ю.Попелянського [13]: визначали об'єм активних і пасивних рухів в поперековому відділі хребта; величину фіксованих вертебральних деформацій з допомогою курвиметра; враховували коефіцієнт вертебрального синдрому; коефіцієнт симптому Ласега; коефіцієнт згинання та розгинання хребта в поперековому відділі; інтенсивність больового синдрому оцінювали за вираженістю іпсилатерального напруження багатороздільного м'язу; виявляли вегетативні порушення і зміни в чутливій, рефлекторній і руховій сферах. Діагноз ПОХ виставляли при наявності компресійно-радикулярного синдрому та м'язово-тонічного, вегето-судинного або нейродистрофічного синдромів люмбоішалгії і підтверджували даними спінальної комп'ютерної томографії або рентгенографії поперекового відділу хребта в 2-х проєкціях. Стадію остеохондрозу діагностували згідно з рекомендаціями М.І.Хвисьюка [15].

Пацієнтам основної дослідної групи, крім загальноприйнятої базисної медикаментозної терапії, в комплексне лікування включали курс намагнічених сульфідних ванн. Тривалість лікування хворих на санаторному етапі реабілітації (санаторій "Медобори") 24 дні. Концентрація сірководню в ванні становила 75-100 мг/л, температура води 35-37 °С. Намагнічування води в ванні проводилось з допомогою магнітотронів, вмонтованих в водоводи безпосередньо перед неферомагнітним краном. Тривалість водних процедур 15-20 хв. Ванни призначали через день, всього на курс 10-12 процедур.

Групу порівняння склали 108 хворих на ПОХ, які отримували лише базисну терапію, що включала один з нестероїдних протизапальних препаратів групи профеніду або диклофенаку, спазмолітичний анальгетик баралгін, біостимулятор плазмол, вітаміни групи В, масаж і ЛФК. Пацієнтів цієї групи за віком, тривалістю захворювання, його клініко-неврологічними та рентгенологічними проявами співставили з основною дослідною групою, що дозволяє пов'язувати отримані в процесі лікування зміни параметрів клініко-лабораторних показників в досліджуваній групі якраз із впливом модифікованої програми лікування.

Контрольну групу склали 45 здорових людей-донорів крові.

Всі клініко-лабораторні показники вивчали до початку медикаментозної терапії та після закінчення курсу лікування. Результати досліджень оброблені методом варіаційної статистики на персональному комп'ютері з використанням пакету прикладних програм "Statistica" для роботи з електронними таблицями Microsoft Excel.

При первинному клініко-неврологічному обстеженні у всіх пацієнтів було виявлено больовий синдром різного ступеня вираженості в комбінації із стато-динамічними розладами та порушеннями чутливості в нижніх кінцівках. Серед 108 хворих групи порівняння на поперековий остеохондроз корінцевий синдром діагностували у 27 пацієнтів, м'язово-тонічні прояви люмбоішіалгії – у 32 хворих, вегето-судинні – у 26 і нейродистрофічні – у 23 хворих.

В результаті застосування загальноприйнятого курсу лікування у 12 із 27 хворих з корінцевим синдромом ПОХ (група порівняння) досягнуто значного покращання, у них зникнув симптом Ласега (його коефіцієнт наближався до 1,0), таких же значень набирали коефіцієнти вертебрального синдрому, згинання і розгинання хребта. У 8 хворих цієї підгрупи спостерігалось покращання неврологічного і функціонального стану хребта. Коефіцієнти симптому Ласега, вертебрального синдрому, згинання і розгинання хребта були в межах від 1 до 2 одиниць. У решти 7 хворих з корінцевими синдромами вказана терапія протягом 3-х тижнів не дала клінічного ефекту і вони були переведені на інші програми лікування. Середня тривалість лікування пацієнтів цієї підгрупи склала  $(24,8 \pm 1,3)$  ліжко-днів. В цілому, у хворих з корінцевим синдромом поперекового остеохондрозу значного покращання досягнуто в 44,5 %, покращання стану – у 29,6 %, і без покращання виписалось 25,9 % пацієнтів.

Фонова терапія була проведена і 32 хворим з м'язово-тонічними проявами люмбоішіалгічного синдрому. Аналіз результатів лікування показав його ефективність у 23 (71,9 %) пацієнтів. Причому у 15 (40,6 %) було досягнуто значного покращання на 12-14 день лікування. Разом з тим у 9 (28,1 %) хворих з даним синдромом ефективність такої терапії виявилась низькою. В кінці третього тижня лікування у цих пацієнтів зберігався виражений больовий синдром у поєднанні з напруженням і болючістю м'язів, коефіцієнт вертебрального синдрому у 5 пацієнтів перевищував 4 одиниці, у чотирьох – 3. Вираженість больового синдрому у цих хворих відповідала II-III ступеню.

Лише у 8 (34,8 %) хворих з нейродистрофічними проявами люмбоішіалгічного синдрому фонова терапія дала позитивний ефект. У інших 13 (56,5

%) пацієнтів ефект від лікування був мінімальний або відсутній, зберігалася болючість при пальпації м'язів ноги, особливо у місцях їх прикріплення, напруження багатороздільного м'язу спини, порушення трофіки шкіри нижніх кінцівок. Коефіцієнт симптому Ласега у 8 хворих перевищував 5 одиниць, у п'яти – 4. Зберігалися зміни конфігурації хребта у 11 (47,8 %) обстежених.

Після курсу загальноприйнятої медикаментозної терапії у 8 з 26 хворих з вегето-судинними проявами люмбоішіалгії досягнуто значного покращання клінічного стану. Зменшення больового синдрому і покращання функціонального стану в хребцево-рухових сегментах поперекового відділу хребта відмічено у 9 (34,6 %) хворих, ще в 9 (34,6 %) обстежених регресу неврологічних проявів ПОХ не спостерігалось. У цих хворих спостерігались вегетативні порушення у вигляді мерзлякуватості, гіпергідрозу нижніх кінцівок, а також діагностували позитивні симптоми інсілатерального напруження багатороздільного м'язу спини та інші прояви люмбоішіалгії.

В цілому загальноприйнята терапія, що застосовувалась у 108 хворих (група порівняння) з неврологічними проявами поперекового остеохондрозу (рис. 1), виявилась найбільш ефективною у пацієнтів з корінцевими проявами хвороби і найменш ефективною – при нейродистрофічних проявах люмбоішіалгічного синдрому.

Відсутність клінічного ефекту у 26-44 % пролікованих хворих у різних підгрупах вказує на недостатню ефективність широковживаної медикаментозної терапії остеохондрозу хребта і вимагає модифікації консервативних методів лікування різних неврологічних синдромів при люмбоішіалгії.

Одним із таких перспективних, на нашу думку, методів лікування ПОХ може стати сульфідна бальнеотерапія. Модифікований комплекс такої терапії (намагнічені сульфідні ванни) використаний нами для лікування 207 хворих на поперековий остеохондроз з різними клінічними варіантами неврологічної симптоматики. При цьому остеохондроз з корінцевими проявами діагностовано у 51 хворого, люмбоішіалгічними – у 156 пацієнтів. Серед останніх виділяли 76 хворих з м'язово-тонічним, 50 – з вегето-судинним і 30 – з нейродистрофічними синдромами остеохондрозу хребта.

В результаті проведеного курсу комплексної медикаментозної терапії в поєднанні з сульфідною бальнеотерапією у 29 з 51 хворого з корінцевим синдромом ПОХ досягнуто значного покращання, яке проявилось ліквідацією симптому Ласега (його коефіцієнт ставав близьким до 1,0). Таких же значень набували коефіцієнти вертебрального синдрому, згинання та розгинання хребта. У 12 (23,5 %) хворих цієї підгрупи спостерігалось покращання неврологічної симптоматики і



функціонального стану хребта (вказані вище коефіцієнти були в межах від 1,0 до 2,0 одиниць). У решти 10 хворих з корінцевим синдромом вказана терапія протягом 3-х тижнів не дала суттєвого клінічного ефекту і вони були переведені на інші програми лікування.

Комплексна терапія із включенням курсу намагнічених сірководневих ванн застосовувалася і 76 хворим з м'язово-тонічними проявами люмбоішіалгічного синдрому ПОХ. Ефективним таке лікування виявилось у 68 (89,4 %) пацієнтів. Причому, у 47 (61,8 %) було досягнуто значного покращання вже на другому тижні лікування. У них повністю щезали болі, суттєво зменшувалась функціональна блокада відповідних хребцево-рухових сегментів, до рівня здорових людей наближались значення коефіцієнтів симптому Ласега, вертебрального синдрому, коефіцієнтів згинання і розгинання хребта. Разом з тим у 8 ( 10,6 %) хворих з м'язово-тонічним синдромом ефективність даної програми терапії виявилась низькою. Навіть в кінці III тижня лікування у цих пацієнтів зберігався виражений больовий синдром II-III ступеня в поєднанні з напруженням і болючістю м'язів. Коефіцієнт вертебрального синдрому у 3 пацієнтів перевищував 4 одиниці, у трьох – 3 і у двох – 2 одиниці.

У 19 з 30 хворих (63,3 %) з нейродистрофічними проявами люмбоішіалгічного синдрому ПОХ комплексна терапія з включенням курсу намагнічених сульфідних ванн дала хороший клінічний ефект. Ще у 9 (30,0 %) хворих ПОХ цієї підгрупи ефект був в цілому позитивний, а в інших двох (6,7 %) пацієнтів ефект від лікування був мінімальний або відсутній. У них зберігалася болючість при пальпації м'язів ушкодженої ноги, особливо в мі-

сцях їх прикріплення і нейрофіброзу, порушення трофіки шкіри нижніх кінцівок. Коефіцієнт симптому Ласега у 1 хворого перевищував 5 одиниць і у трьох – 4 одиниці. Зберігалися зміни конфігурації хребта у 6 (20,0 %) обстежених пацієнтів.

Курс лікування комплексною медикаментозною терапією в поєднанні з намагніченими сульфідними ваннами пройшли і 50 хворих з вегето-судинними проявами люмбоішіалгічного синдрому ПОХ. При цьому значного покращання клінічного стану досягнуто у 33 (66,0 %) пацієнтів, зменшення больового синдрому і покращання функціонального стану в хребцево-рухових сегментах поперекового відділу хребта відмічено у 13 (26,0 %) хворих, ще в 4 (8,0 %) обстежених регресу неврологічної симптоматики не спостерігалось. У цих хворих відмічались вегетативні порушення (мерзлякуватість, гіпергідроз нижніх кінцівок), а також позитивний симптом іпсилатерального напруження багатороздільного м'язу спини та інші прояви люмбоішіалгії.

Загалом ефективність комплексної медикаментозної терапії в поєднанні з курсом намагнічених сірководневих ванн у хворих основної дослідної групи з різними клінічними варіантами неврологічних проявів поперекового остеохондрозу хребта представлена на рис. 2. Як видно з наведених даних, така модифікована терапія виявилась найбільш ефективною у пацієнтів з нейродистрофічним (у 93,3 %) і вегето-судинним (у 92,0 %) синдромами люмбоішіалгії. В той же час у хворих з корінцевими синдромами таке лікування давало позитивний результат у 80,4 % пролікованих хворих. Різниця в ефективності лікування між групами з корінцевим синдромом і люмбоішіалгічними проявами ПОХ достовірна ( $P < 0,05$ ).

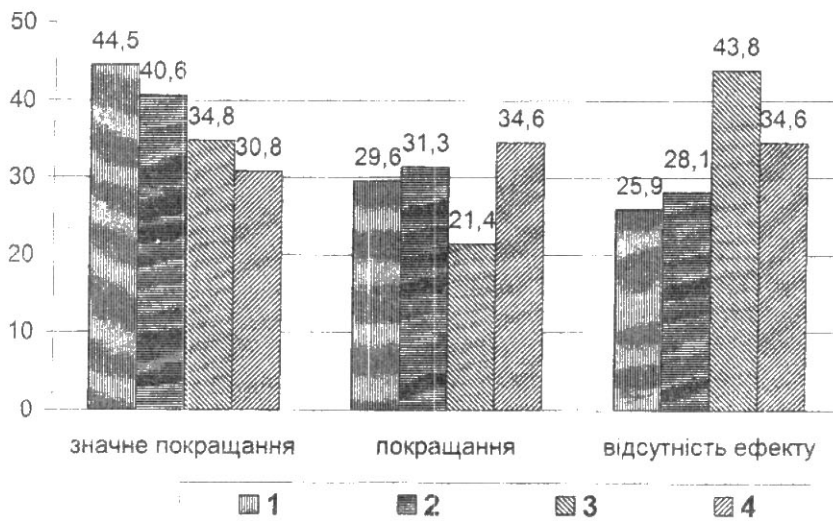
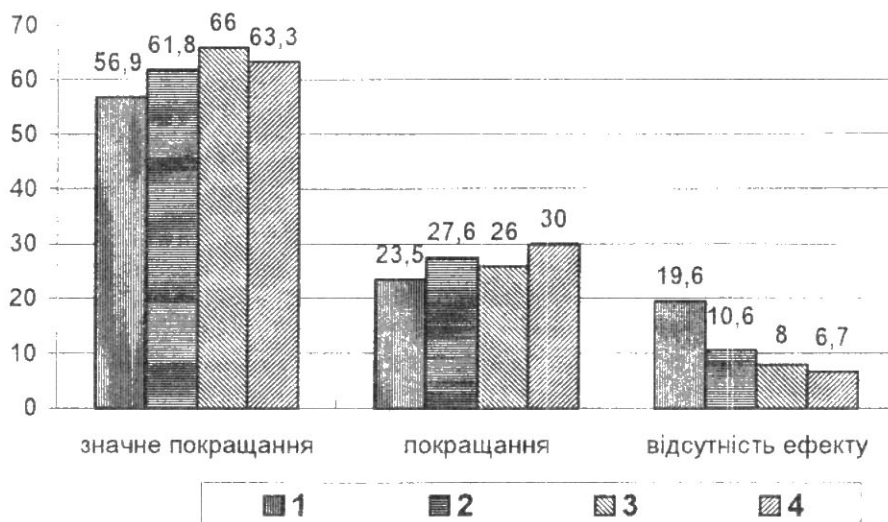


Рис. 1. Ефективність загальноприйнятої терапії у хворих з неврологічними проявами поперекового остеохондрозу:

1, 2, 3, 4 – відповідно підгрупи хворих з корінцевими, м'язово-тонічними, нейродистрофічними і вегето-судинними синдромами ПОХ.



**Рис. 2. Ефективність комплексної медикаментозної терапії в поєднанні з курсом намагнічених сірководневих ванн у хворих з різними варіантами неврологічних проявів поперекового остеохондрозу:**

1, 2, 3, 4 – відповідно підгрупи хворих з корінцевим, м'язово-тонічним, вегето-судинним і нейродистрофічним синдромами.

Співставляючи ефективність вищенаведених двох методів лікування хворих на остеохондроз поперекового відділу хребта з різними неврологічними проявами можна констатувати суттєво більш виражений клінічний ефект комплексної терапії в поєднанні з курсом намагнічених сульфідних ванн з середньою концентрацією сірководню (75-100 мг/л). Різниця в ефективності запропонованої програми лікування по всіх підгрупах (крім хворих з корінцевим синдромом) достовірна ( $P < 0,05$ ).

Патофізіологічною основою описаних ефектів намагнічених сульфідних ванн є комплексний і взаємозв'язаний вплив на організм температурного, хімічного і механічного факторів, а також поляризація діа-, пара- та феромагнітних компонентів сульфідної води в магнітному полі, що посилює їх проникність через біологічні мембрани [2, 8]. Якраз через резорбтивно-рефлекторний вплив на центральну нервову систему і безпосередньо на

тканинний метаболізм, сульфідні ванни впливають на регіональну гемодинаміку і локальну мікроциркуляцію [10, 11].

Підсумовуючи отримані результати дослідження, можна заключити, що широковживана медикаментозна терапія у хворих на поперековий остеохондроз виявилась недостатньо адекватною, особливо у пацієнтів з вираженими морфо-функціональними змінами в поперековому відділі хребта та при наявності обмінно-трофічної патології. Лише у 64,8 % пацієнтів цієї групи вдалося добитися регресу клінічної симптоматики захворювання. В той же час застосування комплексної медикаментозної терапії в поєднанні з намагніченими сульфідними ваннами дозволяє добитися тривалої ремісії захворювання у 88,4 % пацієнтів, а у хворих з вегето-судинними та нейродистрофічними синдромами люмбоішіалгії відповідно у 92,0 % та 93,3 % випадків.

### Висновки

1. Ефективність лікування хворих на поперековий остеохондроз залежить від клініко-неврологічного варіанту прояву патологічного процесу. Загальноприйнята терапія виявилась більш адекватною у хворих з корінцевим синдромом і менш ефективною у пацієнтів з люмбоішіалгічними синдромами.

2. Застосування комплексної медикаментозної терапії в поєднанні з курсом намагнічених сірководневих ванн середньої концентрації на санаторному етапі реабілітації хворих з остеохондрозом поперекового відділу хребта дозволяє добитися тривалої клінічної ремісії у 88,4 % хворих.

### Список літератури

1. Антонов І.П. Патогенез и диагностика остеохондроза позвоночника и его неврологических проявлений: состояние проблемы и перспективы изучения. // Журн. невропат. и психиатр. – 1986. – Т. 86, № 4. – с. 481-488.
2. Боголюбов В.М., Улащик В.С. Механизм физического и лечебного действия минеральных вод и лечебных грязей /Руководство: Курортология и физиотерапия под ред. В.М.Боголюбова: в 2-х томах. Т.1. - М.: Медицина, 1985. – С. 162-176, 535-551.
3. Васильева-Линецкая Л.Я. Клинико-физиологическое обоснование системы дифференцированного применения физических факторов у больных поясничным остеохондрозом с рефлекторными синдромами (клинико-экспериментальное исследование). – Дисс. ... докт. мед. наук. – Харьков, 1992. – 325 с.
4. Веселовский В.П. Практическая вертебрология и мануальная терапия. – Рига, 1991. – 344 с.
5. Гурленя А.М., Багень Г.Е. Физиотерапия и курортология нервных болезней. – Минск, 1989. – 398 с.
6. Заболотных И.И. Первичный деформирующий остеоартроз: клиника, диагностика, лечение и экспертиза трудоспособности. – Л.: Наука, Ленинградское отделение, 1990. – 65 с.
7. Насонова В.А., Астапенко М.Г. Клиническая ревматология. М.: Медицина, 1989. – 576 с.
8. Новожилова Л.Н., Молчанова Н.С., Данилов С.Р., Муравлева Р.Е., Понятова Н.Д. Экспериментальное обоснование к лечебному применению сочетанных воздействий сульфидной грязи и переменных магнитных полей. – Тез. докл. Междунар. симпозиума УРСР - Венгрия "Актуальные вопросы пелоидобальнеотерапии"; - Одесса, 1990. - С. 214-215.
9. Обросов А.Н. Руководство по физиотерапии и физиопрофилактике детских заболеваний. – Ответствен. ред. А.Н.Обросов. – 3-е изд. – М., 1987. – 273 с.
10. Олещенко В.Т. Водотеплолечение. – М.: Медицина, 1978. – 278 с.
11. Олещенко В.Т. Водотеплолечение. – М.: Медицина, 1986. – 288 с.
12. Оржешковский В.В., Гусева Н.Г. Магнитотерапия // Клиническая физиотерапия. – Киев. – 1984. – С. 79-86.
13. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы: Руководство для врачей. – М.: Медицина: 1989. – 464 с.
14. Фарбер М.А., Маджидов Н.М. Поясничный остеохондроз и его неврологические проявления. – Ташкент: Медицина, 1986. – 203 с.
15. Хвисьок Н.І. Остеохондроз позвоночника (вертеброз). Клин. лекция. Харьковський мед. журнал. – 1995. - № 2. – С. 41-44.
16. Царфис П.Г., Григорьева В.А. Физические методы лечения заболеваний суставов и позвоночника / Руководство: Курортология и физиотерапия под ред. В.М.Боголюбова. – М.: Медицина, 1985. – Т.2. – С. 167-224.
17. Шаргородский В.С. Как предупредить остеохондроз. – Киев: О-во "Знание" УРСР, 1990. – 16 с.
18. Яковлев Н.А., Соловьева А.Д., Слюсарь Т.А. Вертеброгенные пояснично-крестцовые болевые синдромы. – М., 1993. – 194 с.
19. Amor B., Cherot A., Delbarre F. // De rhumatisme a hydroxyapatite. 1. Etude clinique. / Rev. Rhum, Mal. Osteoartic. – 1986. - Vol. 44. – P. 301-316.

### ПЕРСПЕКТИВНОСТЬ СУЛЬФИДНОЙ БАЛЬНЕОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОЯСНИЧНЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ

С.І. Шкробот (Тернопіль)

Изучено влияние двух методов лечения (традиционного медикаментозного и в сочетании с курсом магнитных сульфидных ванн) на клиническую симптоматику у 207 больных с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза на этапе медицинской реабилитации. Установлено, что эффективность комплексного лечения больных с включением сульфидной бальнеотерапии зависит от клинико-неврологического варианта проявления патологического процесса. Применение комплексной медикаментозной терапии с курсом магнитных сульфидных ванн средней концентрации на санаторном этапе реабилитации больных с поясничным остеохондрозом позволяет достичь более длительной клинической ремиссии у 88,4 % больных.

### USING OF SULFIDE BALNEOTHERAPY IN REHABILITATION OF PATIENT WITH LUMBAR OSTECHONDROSIS

S.I. Shkrobot (Ternopil)

The influence of two methods of treatment (traditional medicaments and in combination with courses of magnetized sulfide bathes) on clinical symptomatology in 207 patients with neurological symptoms of lumbar osteochondrosis on the stage of rehabilitation were studied. Were observed that effectiveness of complex treatment of patients with including of sulfide balneotherapy depend on clinical and neurological variant of pathological process. Using of complex medicaments therapy with including courses of magnetized sulfide bathes during sanatorium period of rehabilitation of patient with lumbar osteochondrosis allows to achieve long remission in 88,4 % patients.

*В.М. ПОНОМАРЕНКО, В.І. ПОЛЬЧЕНКО, О.М. ЦІБОРОВСЬКИЙ, Ю.А. ХУНОВ (Київ)*

## **СИСТЕМНО-СИТУАЦІЙНИЙ ПІДХІД ДО ОБГРУНТУВАННЯ КОНЦЕПЦІЇ УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Український інститут громадського здоров'я

В умовах реформування охорони здоров'я управління її розвитком стає одним із основних інструментів державної політики, спрямованої на досягнення високого рівня благополуччя і зміцнення здоров'я народу. Саме ця стратегічна мета розвитку охорони здоров'я вимагає від поняття здоров'я його придатності для мотивації функцій управління. Загальнопоширене тлумачення здоров'я, дане ВООЗ, як стану повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутності хвороб і фізичних вад [1], не відповідає цій вимозі через відсутність понятійного механізму досягнення зазначеної мети.

Запропонована нами концепція управління розвитком охорони здоров'я виходить з вірогідного тлумачення громадського здоров'я і розглядає його як здатність організму людей пристосовуватися до перманентних змін життя в умовах довкілля, підтримувати необхідний для життєдіяльності і репродукції гомеостаз та передавати ці властивості потомству. Цей безперервний зв'язок між людьми і навколишнім природним середовищем вважається основою соціально-економічної концепції зміцнення здоров'я [2], що визначає причинно-наслідковий характер процесів формування здоров'я, а також необхідність застосування адекватних системних принципів і механізмів в управлінні охороною здоров'я.

Прикладні підвалини застосування наведених вище принципів ґрунтуються на цільовому спрямуванні заходів і відповідних ресурсів охорони здоров'я в таких стратегічних напрямках:

- 1) профілактичному, здатному забезпечити своєчасну ідентифікацію і недопущення (або максимальне обмеження) негативного впливу на здоров'я чинників ризику навколишнього середовища;
- 2) реабілітаційному, здатному забезпечити діагностику, лікування і відновлення функцій здоров'я осіб і популяцій, що їх вже втратили або порушили.

Забезпечення скоординованого і цільового розвитку охорони здоров'я у стратегічних напрямках

необхідно вважати одним із найважливіших завдань, що стоять перед державним будівництвом та управлінням.

Ефект управління охороною здоров'я має не простий, а інтегрований характер, величина якого залежить від системної відповідності і збалансованості якісного складу та заданих темпів розвитку діяльності в кожному із стратегічних напрямів окремо. При цьому пріоритетність розвитку в профілактичному напрямку має забезпечуватися не тільки відомством охорони здоров'я, а й іншими міністерствами й відомствами, тобто всією адміністративною системою управління країни. Очевидно, що від того, наскільки скоординованими будуть розвиток і системна взаємодія за двома стратегічними напрямками діяльності на кожному з ієрархічних рівнів організації (державному, регіональному, місцевому) охорони здоров'я, залежить загальний здобуток, що буде мати суспільство в поліпшенні стану здоров'я.

Зазначені особливості формування ефекту управління охороною здоров'я зумовлюють необхідність ґрунтовного вмотивування темпів розвитку системи за стратегічними напрямками як у просторі, так і в часі. При цьому потрібно виходити не з абстрактних уявлень, а з формалізованих даних, що є фактичним проявом взаємодії та взаємозв'язку чинників ризику навколишнього середовища зі станом здоров'я населення, що проживає на різних територіях країни.

Ідентифікацію та вимірювання сили впливу чинників ризику довкілля потрібно проводити з урахуванням ареалів їхнього поширення:

- 1) все населення (природно-кліматичні, екологічні, соціально-економічні, етнічні чинники);
- 2) окремі вікові, статеві і професійні групи населення (біологічні, фізичні, хімічні, психологічні чинники);
- 3) окремі особи (матеріальний достаток, житлові умови, харчування, загальна культура, поведінка тощо).

Має здійснюватись інтегрована оцінка фактичної сукупної значущості цих чинників для здоров'я населення та достатності заходів системи охоро-



ни здоров'я на різних територіях щодо поставлених цілей і завдань.

Створення й використання моніторингу відповідних даних стане однією з основних умов реалізації концепції. Використовуючи дані просторово-часового моніторингу, управління охороною здоров'я (в тому числі розвитком і діяльністю медичних закладів) набуде більш цільового значення, що дозволить визначати і спрямовувати організаційні заходи, фінансові, матеріальні та кадрові ресурси охорони здоров'я в необхідному складі й обсязі саме туди, де в них є найбільша потреба, зумовлена фактичним станом здоров'я населення, якістю навколишнього природного середовища.

Застосовуваний таким чином системно-ситуаційний підхід відкриває перспективи для здійснення цільового управління: 1) якістю навколишнього середовища; 2) розвитком, діяльністю медичних закладів і ефективністю медичної допомоги; 3) станом здоров'я населення.

Результати введення зазначених принципів дадуть можливість створити постійно діючі механізми:

- скоординованого функціонування державної та регіональних систем управління охороною здоров'я на міжгалузевому (міжвідомчому) рівні;
- раціонального витрачання коштів на охорону здоров'я і підвищення її ефективності;
- посилення мотивації поліпшення якості навколишнього природного середовища і стану здоров'я населення;
- удосконалення статистичного забезпечення управління й об'єктивізації даних, які для цього використовуються;
- оцінки діяльності за критеріями ефективно-

сті (за показниками прояву чинників ризику і відновлення здоров'я).

У разі такого підходу відпадає потреба у значних фінансових витратах і обсягах робіт, пов'язаних з розробкою нормативів потреби населення в медичній допомозі, які є недосконалими і мають тимчасовий термін дії. Разом з тим виникає низка організаційних питань, серед яких забезпечення управління охороною здоров'я на загальнодержавному (міжвідомчому) рівні, а також інформаційне забезпечення функцій управління мають першорядне значення. Ці питання потребують адміністративного вирішення.

Щоб оцінити доцільність такого напрямку реформування, треба нагадати, що теперішній етап в Україні характеризується: тенденціями до погіршення якості чинників навколишнього природного середовища і показників здоров'я населення; слабкою міжвідомчою взаємодією у досягненні цілей охорони здоров'я; недостатністю і недосконалістю розподілу коштів за регіонами та стратегічними напрямками розвитку охорони здоров'я; невизначеністю в обсягах профілактичної і лікувально-оздоровчої діяльності, необхідних для отримання інтегрального ефекту управління охороною здоров'я; відсутністю об'єктивних і загальноприйнятних принципів оцінки охорони здоров'я за критеріями її ефективності; недосконалістю і відсталістю медичної та державної статистики від завдань охорони здоров'я.

Наведене вище свідчить про те, що реформування системи охорони здоров'я має бути конструктивним. Використання викладених концептуальних положень, на нашу думку, може бути корисним і стати у нагоді під час здійснення реформування та підвищення рівня охорони здоров'я в Україні.

### Список літератури

1. *Основные* документы Всемирной организации здравоохранения. – Женева: ВОЗ, 1968. – С.5.
2. *Терминологический* глоссарий по укреплению здоровья: Пер. с англ. – Копенгаген: ВОЗ, ЕРБ, 1984 (1985). – 55 с.

### СИСТЕМНО-СИТУАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ОБОСНОВАНИЮ КОНЦЕПЦИИ УПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В.М.Пономаренко, В.И.Польченко, О.М.Циборювский, Ю.А. Хунов (Киев)

Рассмотрено формирование общественного здоровья как интегральный эффект взаимодействия профилактической и реабилитационной деятельности. Обоснована стратегическая роль и необходимость мотивации последних для эффективного управления здравоохранением. Мониторинг окружающей среды и здоровья населения считается одним из средств достижения указанной цели.

### SYSTEM-SITUATION APPROACH TO THE SUBSTANTIATION FOR THE CONCEPTION OF THE PUBLIC HEALTH PROGRESS MANAGEMENT

V.M. Ponomarenko, V.I. Polchenko, O.M. Tsiborovsky, Yu.A. Khunov (Kyiv)

The public health formation as integral effect of interaction of prophylactic and rehabilitation activities is under consideration. The strategic role and necessity of motivation for prophylactic and rehabilitation measures for the effective public health management has been substantiated. The monitoring of environment and public health should be considered one of means to reach the above mentioned objective.

УДК 614.2:616-082

*А.В. СТЕПАНЕНКО, О.А. ЦІМЕЙКО, Г.О. СЛАБКИЙ, О.В. КАЛЮЖНА (Київ)*

## ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПРОЦЕСУ УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Український інститут громадського здоров'я, Інститут нейрохірургії

У системі охорони здоров'я України протягом багатьох десятиліть формувалась, впроваджувалась і застосовувалась певна система заходів щодо забезпечення якості медичної допомоги населенню. Як кожна система, вона була організована на основі трьох структурно-функціональних одиниць управління: суб'єкта, об'єкта, блока наукового регулювання. Управління здійснювалося за допомогою реалізації цілеспрямованих дій, адекватних управлінській ситуації, а саме, виконанням взаємопов'язаних операцій і процедур за певними технологіями. Функціональні процеси у керованій системі характеризуються знаходженням різноманітних об'єктів (заходів, чинників, критеріїв тощо), які в подальшому аналізуються для отримання необхідних кінцевих результатів. За допомогою зворотного зв'язку як функціонального процесу системи здійснюється корекція і вдосконалення елементів усієї системи [1,2].

Дехто з авторів вважають, що процес управління має відбуватися у суворій послідовності та взаємозв'язку всіх технологічних фаз: 1) збирання, обробка й аналіз інформації, прийняття управлінського рішення, моделювання діяльності системи; 2) планування реалізації управлінського рішення; 3) організація та регулювання виконання управлінського рішення; 4) контроль [3,4].

Управління системою охорони здоров'я та її підсистемами – динамічний процес, мета якого – збереження і підвищення рівня здоров'я кожної людини. Наявність системи, генеральної мети та підцілей зумовлює виконання сукупностей взаємопов'язаних операцій – процесу управління системою забезпечення якості медичної допомоги, в якому відбиваються всі особливості взаємодії суб'єкта й об'єкта управління.

Сучасний етап розвитку суспільства та охорони здоров'я в Україні характеризується появою ринкових механізмів господарювання. З'явилися багатокладні форми власності у вигляді недержавних медичних закладів (акціонерних, орендних), приватна медична практика тощо. Проте про кардинальні зміни устрою системи охорони здоров'я

було б передчасно і неправильно говорити. З трансформацією ринкових елементів в охороні здоров'я відбулись перетворення і в її підсистемі по забезпеченню якості медичної допомоги, в якій з'явилися нові, дотепер не використовувані в Україні компоненти, а саме: стандартизація надання медичної допомоги населенню, ліцензування, акредитація закладів охорони здоров'я. Це суттєво змінило функції і структуру існуючої системи якості медичної допомоги, а в процесі управління з'явилась потреба у відпрацюванні необхідних для цієї ситуації управлінських рішень та їх реалізації.

У лікувально-профілактичних закладах України використовуються нові принципи контролю якості надання медичної допомоги та оцінки діяльності медичного закладу із застосуванням тимчасових галузевих стандартів медичних технологій і стандартів акредитації [5,6]. Рішенням Кабінету Міністрів України від 15 липня 1997р. (№765) введена державна акредитація всіх медичних закладів незалежно від форми власності, а це, в свою чергу, вимагає прийняття і реалізації нових управлінських рішень у системі забезпечення якості медичної допомоги.

На прикладі розпочатого в Україні процесу державної акредитації закладів охорони здоров'я розглянемо конкретну управлінську ситуацію – відмову акредитаційної комісії (АК) в акредитаційній категорії ЛПЗ через невідповідність діяльності медичного закладу стандартам акредитації. Процес управління в даному випадку у вигляді взаємопов'язаних технологічних фаз буде відбуватись у відповідній послідовності (рис.).

Апарат управління (АУ) ЛПЗ на основі отриманої інформації (директивної, наукової та з власних джерел) ставить за мету проходження повторної процедури акредитації та отримання відповідної акредитаційної категорії закладом. Для цього визначаються завдання, проблеми та причини, що ускладнюють їх виконання, здійснюється пошук рішень, їх узгодження, затвердження та підготовка до включення в систему. Перша фаза процесу управління має паралельно-послідовні зв'язки із управ-

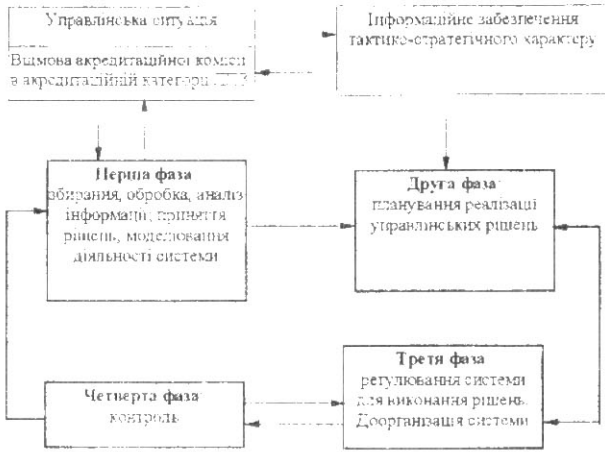


Рис. Управління процесом державної акредитації в ЛПЗ на прикладі конкретної ситуації.

лінською ситуацією, що виникла, яка, в свою чергу, має аналогічні зв'язки з інформаційним забезпеченням. Друга технологічна фаза – планування реалізації управлінського рішення. Для цього складається загальний план реалізації, особисті плани АУ. Перша і друга фази процесу управління послідовно пов'язані між собою, тобто планування рішення можливе тільки після його прийняття.

Третя технологічна фаза полягає у здійсненні регулювання та доорганізації системи для вико-

нання управлінських рішень. Для цього проводяться консультації з представниками міністерства охорони здоров'я, недержавними організаціями з питань акредитації медичних закладів, наради АУ лікарні, загальні медичні і сестринські ради, здійснюється самоакредитація медичного закладу, підрахунки одержаних балів, усуваються виявлені недоліки. Друга і третя фази мають паралельно-послідовні зв'язки, тобто можливе часткове поєднання операцій планування і регулювання рішень, як і доорганізація та контроль.

Четверта технологічна фаза – контроль здійснених заходів на основі реалізації попереднього, спрямовуючого, фільтруючого і наступного його видів. Остання фаза послідовно пов'язана з першою – прийняттям рішень, і це означає, що тільки після оцінки ефективності вжитих заходів можливий перехід до прийняття нових рішень. В цьому і проявляється циклічність і взаємопов'язаність техніко-функціональних фаз процесу управління, його цілісність і безперервність.

Отже, в сучасних умовах функціонування галузі спостерігаються зміни в структурі та функціях системи забезпечення якості медичної допомоги. Тому у конкретній ситуації в процесі управління системою приймаються і реалізуються необхідні управлінські рішення.

### Список літератури

1. Гасников В.К. Основы научного управления и информатики в здравоохранении: Учеб. пособие. – Ижевск: Вектр, 1997. – 169 с.
2. Журавель В.И. Основы менеджмента в системе здравоохранения. – К., 1994. – 335 с.
3. Журавель В.И. Резервы совершенствования процесса управления здравоохранения // Респ. межвед. сб. "Социальная гигиена, организация здравоохранения и история медицины". – К.: Здоров'я, 1990. – С.13–16.
4. Крыштопа Б.П., Андреева И.М. Менеджер в здравоохранении. – К.: Добродій МК. – 1995. – 180 с.
5. Морозов А., Степаненко А. Сучасні механізми забезпечення якості в системі охорони здоров'я України // Ліки України. – 2000. – №5. – С.63–64.
6. Степаненко А. Питання медикаментозного забезпечення лікувального процесу в галузевих стандартах медичних технологій стаціонарної допомоги в ЛПУ України // Ліки України. – 2000. – №3. – С.16–18.

### НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРОЦЕССА УПРАВЛЕНИЯ СИСТЕМОЙ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.

А.В. Степаненко, О.А. Цімейкс, Г.А. Слабкий, О.В.Калюжна (Киев)

Изложены основные принципы процесса управления системой обеспечения качества медицинской помощи, которая формируется в новых условиях хозяйствования. На современном этапе развития общества в подсистеме отрасли здравоохранения по обеспечению качества медицинской помощи появились новые, к этому времени не используемые в Украине, компоненты, а именно: стандартизация оказания медицинской помощи, лицензирование, аккредитация учреждений здравоохранения, что существенно изменяет функции и структуру существующей системы качества медицинской помощи, а в процессе управления появилась потребность в отработке ванини необходимых в данной ситуации управленческих решений и их реализации. Представлены конкретные фазы процесса управления на примере проведения государственной аккредитации ЛПУ.

## SOME ASPECTS OF MANAGERIAL PROCESS FOR MEDICAL AID AND CARE QUALITY PROVISION ON THE RECENT STAGE

A.V.Stepanenko, O.A.Tsimenko, G.A.Slabky, Ye.V.Kaluzhna (Kyiv)

The main managerial principles of medical aid and care quality provision and assessment system have been established in the new economic and social conditions in Ukraine. Some components in this system have recently emerged, such as standartization of various medical aid patterns, licency and accreditation of medical facilities, etc. It brought essential changes into structure and functioning of existing medical care provision and its quality system. There was also need for revision and making changes in decision-making process, as well as in implementation of decisions to improve medical care and its outcomes. The concrete stages of such managerial process are now going on within the National PHS presented on the examples of the State's accreditation practice for various medical facilities.

УДК 614.2:002.5/6 (477.44)

*В.Д. ЖЕЛЕЗНЯК, Л.Г. КОЛОМІЄЦЬ*

## ДОСВІД, ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ СЛУЖБИ ІНФОРМАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ВІННИЧИНИ

Вінницький обласний медико-статистичний інформаційно-аналітичний центр

Згідно з Указом Президента України від 31 липня 2000 р. № 928/2000 "Про заходи щодо розвитку національної складової глобальної інформаційної мережі Internet та забезпечення широкого доступу до цієї мережі в Україні" необхідно вирішити низку питань цього спрямування.

Інформація, інформаційне забезпечення тепер набуло великого значення. Значні об'єми інформації та збільшення в геометричній прогресії потоків надходження потребують негайного вирішення проблеми упорядкування інформації, покращення доступу до неї користувачів – закладів і спеціалістів з охорони здоров'я.

У наш час управління характеризується підвищенням вимог до управлінців і механізму управління, новими умовами, в яких необхідно здійснювати управління, та новими можливостями. Сучасна технологія управління передбачає автоматизацію системи управління та обробки управлінської інформації, що неможливо без розвитку якісно нової інформаційно-технічної бази із застосуванням комп'ютерних технологій.

Вінницька область має певний досвід з упровадження інформаційних комп'ютерних технологій. Обласним медико-статистичним інформаційно-

аналітичним центром (МС ІАЦ) розроблені і впроваджені такі прикладні програми для збирання баз даних та їх обробки:

- система збирання галузевої та відомчої статистичної звітності, обчислення показників роботи обласних лікувально-профілактичних закладів (база даних зберігається в повному обсязі з 1995 р.);
- стаціонарне обслуговування населення з виходом на статистичну звітність, аналізом роботи підрозділів стаціонару та кожного лікаря;
- моделі кінцевих результатів роботи лікувально-профілактичних закладів та позаштатних спеціалістів управління охорони здоров'я обласної держадміністрації;
- система контролю за виконанням розпорядчих документів;
- матеріально-технічне оснащення та кадрове укомплектування ФАП;
- система моніторингу та аналізу фінансування обласних лікувально-профілактичних закладів;
- база даних проведення лабораторних досліджень;
- моніторинг та аналіз роботи кабінету ультразвукової діагностики.

На етапі розробки перебувають ще такі програми:



- персоналізована база даних захворюваності населення на рівні лікувально-профілактичних закладів з перспективою виходу на обласний рівень і створення обласної бази даних усіх хвороб населення;
- персоналізована база даних смертності на рівні області;
- маркетинг і забезпечення лікарськими засобами та приладами медичного призначення лікувально-профілактичних закладів;
- матеріально-технічне оснащення та кадрове укомплектування лікувально-профілактичних закладів області.

Для забезпечення виконання комплексу завдань з комп'ютеризації та інформатизації на рівні лікувально-профілактичного закладу необхідно мати техніку (не нижче рівня Pentium), об'єднану в локальну мережу з обов'язковим виходом в Internet.

Мінімальний технічний комплекс для здійснення першого етапу комп'ютеризації та інформаційного забезпечення повинен складатися з трьох – комп'ютерів на заклад (1 виділений сервер або з передбаченою можливістю виділення сервера в майбутньому, коли комплекс буде нарощуватись двома робочими місцями) і додатково по одному комп'ютеру – робочому місцю на кожні 10 тис. населення району обслуговування.

Для інформаційного забезпечення системи охорони здоров'я області необхідно створити такі електронні банки інформації:

- перелік усіх лікувально-профілактичних закладів;
- перелік матеріально-технічного та кадрового оснащення лікувально-профілактичних закладів;
- бази даних про стан здоров'я населення та роботу лікувально-профілактичних закладів;
- персоналізована база даних смертності населення;

- персоналізована база даних захворюваності населення;
- персоналізована база даних стаціонарної допомоги населенню;
- персоналізована база даних стану здоров'я населення;
- підключення лікувально-профілактичних закладів до мережі Internet;
- забезпечення лікувально-профілактичних закладів можливостями електронної пошти;
- створення Web-сторінок усіма інформаційно-аналітичними центрами охорони здоров'я, як мінімум.

Комп'ютеризація обов'язково передбачає підготовку кадрів, що дасть лікарям можливість вільного володіння комп'ютерами.

Запровадження комп'ютерних технологій має підтримуватися наявністю фахівців з цих питань. Їх треба готувати, створюючи курси підвищення кваліфікації з питань інформатики, операційних систем, адміністрування операційних систем, зі створення та супроводження баз даних тощо. Підготовка фахівців має вирішуватись на рівні міністерства за такими питаннями: на якій базі мають проходити цикли підвищення кваліфікації, з якою періодичністю, яка установа буде керувати цим процесом.

Підсумовуючи наведене, можна зробити висновок, що проблема інформаційного забезпечення є дуже складною, оскільки потребує системного та комплексного підходу до її вирішення. Це організаційні заходи, незначні матеріальні вкладення, впровадження програмного забезпечення, технічне та кадрове забезпечення, готовність керуючого складу обласної системи охорони здоров'я до розв'язання питань комп'ютеризації та інформаційного забезпечення галузі і переходу на якісно новий рівень роботи.

## **ОПЫТ, ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СЛУЖБЫ ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВИННИЧИНЫ**

В.Д. Желєзняк, Л.Г. Коломієць (Винниця)

Освещены проблемы и пути развития службы информационного обеспечения системы здравоохранения Винницкой области.

## **EXPERIENCE, PROBLEMS AND PERSPECTIVES FOR DEVELOPING INFORMATION SUPPLY SERVICE IN VINNITSKAYA PROVINCE HEALTH SYSTEM**

V.D. Zheleznyak, L.H. Kolomyiets (Vinnitsa)

The problems and means of information provision service in Vinnitskaya province health care system have been defined.

В.В. ПОКАНЕВИЧ, А.М. НАГОРНА, Н.О. КУЛЬЧИЦЬКА (Київ)

## СОЦІАЛЬНО-ГІГІЄНИЧНІ ТА КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ МЕТОДАМИ НАРОДНОЇ ТА НЕТРАДИЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Медичний інститут Української асоціації народної медицини, Український інститут громадського здоров'я, Інститут ендокринології та обміну речовин

Головною метою системи охорони здоров'я є збереження та поліпшення здоров'я населення України, що можливо за умови ефективного використання всього арсеналу існуючих засобів медицини. У зв'язку з цим дуже актуальним є визначення місця і ролі методів народної та нетрадиційної медицини (НіНМ) у сучасній системі медичного забезпечення.

Інтерес суспільства до НіНМ зумовлений потребою збільшення кількості ефективних, технічно доступних, економічно вигідних, фізіологічно адекватних технологій, а також обізнаністю населення про ускладнення, що виникають внаслідок застосування синтетичних лікарських засобів (залежність від них, алергічні реакції, вплив на генетичні структури тощо).

У науковій літературі соціально-гігієнічні аспекти НіНМ висвітлені найменше, в той час як досить широко представлені проблеми лікувально-діагностичних технологій з погляду нозології та методології НіНМ [1–4].

У зв'язку з цим нами був проведений аналіз результатів мануальної терапії, гомеопатії, фітотерапії, рефлексотерапії хворих із різних лікувально-профілактичних закладів м. Києва протягом 1995–1999рр. залежно від віку, статі, класу хвороб, або окремих нозологічних форм, характеру і результатів застосування методів лікування.

Лікування хворих за допомогою мануальної терапії проводилося у Медичному інституті УАНМ на кафедрі мануальної терапії з курсом біоенергоінформотерапії, за допомогою гомеопатії – кафедрі клінічної фармакології з курсом гомеопатії (Дарницьке ТМО №1 м. Києва), фітотерапії – фітотерапії з курсом фармакогнозії (Дарницьке ТМО №1 м. Києва), рефлексотерапії – рефлексотерапії (обласна лікарня №1 м. Києва) і у відділенні дитячої ендокринології Інституту ендокринології та обміну речовин АМН України.

Мануальна терапія застосовувалась у 376 хворих віком від 0 до 14 років (2,1%), 15–19 (2,7%), 20–39 (35,4%), 40–49 (32,2%), 50–59 (17,8%), 60

років і старше (9,8%). Це були хворі з патологією кістково-м'язової системи, зокрема, грижу міжхребцевих дисків – 19,7% випадків, остеохондроз поперекового відділу хребтового стовпа – 11,2, поширений остеохондроз – 9,3, торакодинію і люмбалгію – відповідно у 8 і 7,4%. Серед них переважали хворі віком 20 – 49 років, які становили залежно від патології 71–78 %.

Чоловіки частіше лікувалися з приводу грижі міжхребцевих дисків (75,7%), остеохондрозу поперекового відділу хребтового стовпа (61,9%), жінки – торакодинії (60%), люмбалгії (57,2%), остеохондрозу шийного відділу хребтового стовпа (54,6%). Поширений остеохондроз, цервікалгія, вертебрально-базиллярна недостатність, міжреберна невралгія, спондиліоз однаково часто були приводом до лікування і у жінок, і у чоловіків.

Характер надання медичної допомоги був таким: 61,4% хворих отримували допомогу тільки шляхом мануальної терапії, 38,6% – у комплексі з традиційним медикаментозним лікуванням.

Мануальна монотерапія застосовувалась у всіх хворих з порушеннями постави, у 83,3% хворих – із цервікалгією, 76,7 – торакодинією, 71,4 – люмбалгією, 68,7 – остеохондрозом шийного відділу хребтового стовпа, 66,7% – грудного.

Комплексна терапія призначалась здебільшого з приводу деформуючого спондилоартриту (76,9%), спондиліозу (70%), артрозу колінних суглобів (67%). З приводу інших патологічних станів кількість хворих, які лікувалися як комплексно, так і за допомогою лише мануальної терапії, була приблизно однаковою.

Результати лікування з приводу хвороб кістково-м'язової системи в цілому були позитивними у 95,7% випадків. Лише у 0,6% хворих зареєстровані негативні результати (в разі лікування з приводу грижі міжхребцевих дисків). Не було виявлено позитивних змін під час лікування з приводу порушень постави, плечо-лопаткового періартриту і грижі міжхребцевих дисків.

У всіх хворих після лікування з приводу остеохондрозу поперекового, грудного, шийного відділів хребтового стовпа відзначалось покращення їхнього стану. При торакодинії, люмбалгії, деформуючому спондилоартриті, спондиліозі кількість позитивних результатів була також значною – більше 90%. При поширеному остеохондрозі, плечолопатковому періартриті як у випадку монотерапії, так і в разі комплексного лікування отримані позитивні результати, що свідчить про можливість ізольованого застосування мануальної терапії в лікуванні цих хвороб.

Позитивні результати отримані також у разі лікування з приводу люмбаго, ішіалгії, вертебрально-базиллярної недостатності, міжреберної невралгії, але кількість таких хворих була незначною.

Гомеопатичну допомогу отримав 661 хворий, з яких 29,7% чоловіків і 70,3% – жінок. Найбільша кількість хворих була у віці 40–49 років – 40,2%; 20–39 – 23,6; 50–59 – 16,8; 0–14 – 15,9%, найменша – 14–19 років – 1,5; 60 років і старше – 2%. Найчастіше гомеопатичне лікування призначалось з приводу хвороб органів травлення, дихання, ендокринних залоз, алергічних, рідше – хвороб шкіри, сечостатевої системи. Що стосується окремих нозологічних форм, при яких надавалась гомеопатична допомога, то здебільшого це була виразкова хвороба дванадцятипалої кишки – 21,9% випадків, зоб еутиреоїдний I–II ст. – 10,9, хронічний тонзиліт – 10, хронічний холецистопанкреатит – 9,2%.

Жінки лікувались гомеопатичним методом набагато частіше, ніж чоловіки (70,3% проти 29,7). Особливо це стосується еутиреоїдного зоба I–II ст. (75% проти 25), вегетативно-судинної дистонії (75% проти 25), різних форм бешихи (73,3% проти 26,7), алергічних хвороб шкіри, харчової алергії (71,4% проти 28,6), хронічного холецистопанкреатиту (70,5% проти 29,5).

Більше 60% хворих гомеопатичні засоби призначались у комплексі з алопатичними й іншими засобами, в 39,3% випадків – самостійно. Гомеопатична монотерапія найчастіше застосовувалась в лікуванні з приводу рецидивних гострих респіраторних вірусних інфекцій (100% випадків), вегетативно-судинної дистонії (100%), фіброзно-кістозної мастопатії (75%), патологічного клімаксу (75%), хронічного тонзиліту (72,7%), алергічних хвороб шкіри, харчової алергії (57%).

Комплексна терапія, як правило, призначалась з приводу різних форм тяжкості бешихи (100% випадків), гострої бронхопневмонії (100%), еутиреоїдного зоба I–II ст. (84,7%), виразкової хвороби дванадцятипалої кишки (70,7%), рецидивного бронхіту (66,7%), порушень менструального циклу (66,7%), хронічного холецистопанкреатиту (60,6%).

Найефективнішим було лікування гомеопатичними засобами хворих на інфекційні хвороби шкіри (карбункули, фурункули, абсцеси) – 100% позитивних результатів, на різні форми бешихи (91%), алергічні хвороби шкіри, харчову алергію (90,5%), еутиреоїдний зоб (88,9%), патологічний клімакс (87,7%), хронічний тонзиліт (86,4%), гостру бронхопневмонію (78,7%), вегетативно-судинну дистонію (75,6%), рецидивні гострі респіраторні вірусні інфекції (75%), рецидивний бронхіт (75%).

Майже не зареєстровано позитивних змін лише під час лікування цим методом хворих на фіброзно-кістозну мастопатію – 37,5%, виразкову хворобу дванадцятипалої кишки – 35,2%, бронхіальну астму – 29,4%, порушення менструального циклу. При бронхіальній астмі, крім цього, виявлено 11,8% негативних результатів.

Зважаючи на те, що при таких захворюваннях, як хронічний тонзиліт, алергічні хвороби шкіри, патологічний клімакс більшість хворих, а в разі рецидивних гострих респіраторних вірусних інфекцій і вегетативно-судинної дистонії – всі хворі лікувались тільки гомеопатичними засобами і при цьому отримано значну кількість позитивних результатів, можна зробити висновок про високу ефективність гомеопатичного методу лікування. Велику кількість позитивних результатів отримано і при комплексному лікуванні з застосуванням гомеопатії. Це різні форми бешихи, рецидивний бронхіт, еутиреоїдний зоб I–II ст., гостра бронхопневмонія, хронічний холецистопанкреатит, інфекційні хвороби шкіри.

Фітотерапевтичне лікування пройшли 316 хворих (73,1% чоловіки, 26,9% – жінки). З них у віці 15–19 років – 0,9%; 20–39 – 13,3; 40–49 – 44,6; 50–59 – 29,4; 60 років і старше – 11,8%.

Аналіз показав, що серед пацієнтів переважали особи з хворобами органів травлення (53,5%) і дихання (28,2%). Решту хворих складали особи з хворобами системи кровообігу (13,9%), сечостатевої системи (3,5%), ендокринних залоз (0,9%). Як і чоловіки, жінки отримували фітотерапевтичну допомогу в комплексі з загальноприйнятим медикаментозним лікуванням. Ці дані свідчать про високу результативність такого виду медичної допомоги.

Після лікування хворих на хвороби органів дихання покращення зареєстровано у 93,3% випадків, органів травлення – 92,3, системи кровообігу – 90,9%. У всіх хворих з порушеннями сечостатевої та ендокринної систем результати лікування були позитивними.

Під спостереженням перебували також 566 хворих, які лікувались за допомогою рефлексотерапії. Серед них найбільше (43,4%) було хворих віком 20–39 років.

Допомогу методом рефлексотерапії отримали переважно хворі з патологією нервової системи і

органів чуття – 51,6%, ендокринних залоз – 23,8, системи кровообігу – 23%. Серед обстежених пацієнтів переважали чоловіки – 75% проти 25 (жінки). Всі хворі отримували комплексну допомогу, а саме, рефлексотерапію разом із медикаментозним лікуванням.

Результати лікування залежно від класу хвороб виглядають так. У випадку хвороб нервової системи та органів чуття покращення спостерігалось у 87% пацієнтів, не виявлено змін – у 13%; при ендокринній патології покращення було у 95% хворих, не було змін – у 5%; при хворобах системи кровообігу стан здоров'я покращився у 85,4% випадків, не виявлено змін – у 14,6. У всіх хворих з патологією кістково-м'язової системи спостерігалось покращення їхнього стану.

У 125 хворих на інсулінзалежний цукровий діабет дітей, які лікувались методом електропунктури в комплексі з медикаментозною терапією, вивчались показники імунної системи та метаболізму, спостерігались суттєві позитивні зміни вмісту імуноглобулінів у крові. Так, у дітей в стані декомпенсації вуглеводного обміну знизився рівень IgG на 14,1% ( $P < 0,05$ ), а також підвищився на 19% вміст IgM ( $P < 0,05$ ). У хворих з компенсованим цукровим діабетом суттєво знизилася концентрація IgA (з  $2,03 \pm 0,11$  г/л до  $1,7 \pm 0,11$  г/л,  $P < 0,05$ ) та IgG (з  $14,6 \pm 0,47$  г/л до  $12,8 \pm 0,45$  г/л,  $P < 0,05$ ), підвищилася концентрація IgM (з  $0,76 \pm 0,05$  г/л до  $0,92 \pm 0,05$  г/л,  $P < 0,05$ ). Крім того, після лікування суттєво зменшилася потреба в екзогенному інсуліні (до лікування –  $0,54 \pm 0,04$  ОД/кг маси тіла, після лікування –  $0,41 \pm 0,04$  ОД/кг,  $P < 0,05$ ), збільшився вміст С-пептиду в крові, який характеризує можливості інсулінпродукуючої функції підшлункової залози (до лікування –  $0,26 \pm 0,03$  ммоль/л, після –  $0,42 \pm 0,05$  ммоль/л,  $P < 0,01$ ), а також виявилася тенденція до зниження рівня глікованого гемоглобіну в крові, який віддзеркалює стан вуглеводного обміну та якість контролю за цукровим діабетом.

У дітей, яким застосовувалась електропунктура, спостерігалось поліпшення загального стану,

зникнення типових скарг (спрага, поліурія, полідипсія, слабкість, головний біль, нудота), зменшення розмірів печінки. У контрольній групі (лікування тільки лікарськими засобами) отримано менш суттєві позитивні результати.

Отже, мануальну терапію, гомеопатію, фітотерапію і рефлексотерапію отримали 1919 хворих переважно активного працездатного віку (20–49 років) Лікувались за допомогою мануальної терапії в рівній мірі чоловіки і жінки, рефлексотерапії – переважно чоловіки, гомеопатичними засобами – жінки.

Гомеопатичний метод в комплексі з традиційним медикаментозним лікуванням застосовувався у 60,7% випадків, мануальна терапія самостійно – в 61,4%. Фітотерапевтичне і рефлексотерапевтичне лікування призначалося тільки в комплексі з методами офіційної медицини.

Усі хворі, що лікувались за допомогою мануальної терапії, страждали на хвороби кістково-м'язової системи. За гомеопатичною допомогою пацієнти звертались переважно з приводу хвороб органів травлення, дихання і ендокринної системи, за фітотерапевтичною – з порушеннями органів травлення, дихання, системи кровообігу. Рефлексотерапія застосовувалася частіше при патології нервової системи і органів чуття.

Після лікування мануальною терапією покращення спостерігалось у 95,7% хворих, відсутність змін – у 3,7, погіршення стану здоров'я – у 0,6%, гомеопатичними засобами – відповідно у 80,3; 18,5; 1,2% випадків, фітотерапевтичними – покращення – у 92,7, відсутність змін – у 7,3%.

Покращення стану здоров'я після рефлексотерапії зареєстровано у 88,7% випадків, відсутність змін – у 11,3. Рефлексотерапія позитивно впливає на показники імунної системи, вміст у крові С-пептиду та глікованого гемоглобіну, загальний стан хворих.

Отримані дані дозволять вирішувати питання організації медичної допомоги, зокрема при визначенні категорії хворих, комплексного чи ізолюваного застосування окремих методів лікування.

### Список літератури

1. Гарник Т.П. Влияние препаратов аира на показатели липидов сыворотки крови у больных хроническими гепатитами // Матеріали наук.-практ. конф. "Народна та нетрадиційна медицина України на сучасному етапі". – К., 1997. – С. 43–44.
2. Зилов В., Кудяева Л., Пальцева И. Су Джок акупунктура как новый метод комплементарной медицины // Лікар. справа. Врачеб. дело. – 1994. – №3 – С. 59–61.
3. Корж Н.А., Мачерет Е.Л., Коваленко О.Є. Деякі аспекти щодо застосування лазеротерапії для лікування дистальної діабетичної полінейропатії // Матеріали наук.-практ. конф. "Нетрадиційні методи діагностики та лікування". – К., 1999. – С. 72–73.
4. Поканевич В.В., Кресний Д.И. К вопросам механизма действия мануальной терапии // Матеріали наук.-практ. конф. "Народна та нетрадиційна медицина України на сучасному етапі". – К., 1997. – С. 98–99.



**СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕТОДАМИ НАРОДНОЙ И НЕТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ**

В.В. Поканевич, А.М. Нагорная, Н.О. Кульчицкая (Киев)

Определены возраст-половые характеристики 1919 больных, которые получали медицинскую помощь методами народной и нетрадиционной медицины (мануальная терапия, гомеопатия, фитотерапия, рефлексотерапия) с учетом классов болезней, комплексности применения методов, эффективности лечения. Полученные результаты свидетельствуют о достоверно высокой эффективности данных методов лечения и особенностях их применения у различных категорий больных.

**SOCIO-HYGIENIC AND CLINICAL ASPECTS FOR MEDICAL PERFORMANCES BY FOLK AND ALTERNATIVE METHODS**

V.V.Pokanevitch, A.M.Nahorna, N.O.Kultchitska (Kyiv)

Age and sex characteristics of 1919 patients have been defined. They all received medical aid using folk and non-traditional medicine (manual therapy, homeopathy, phytotherapy, reflexotherapy), taking into account classes of diseases, complexity of methods used, treatment effectiveness. The results received testify for statistically reliable high effectiveness of these treatment methods and methods of their implementation in different patients categories.

**МЕДИЧНА ДЕМОГРАФІЯ**

УДК 314.4:616-052(477)

Л.А. ЧЕПЕЛЕВСЬКА (Київ)

**ОСОБЛИВОСТІ СМЕРТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ  
В 90-Х РОКАХ**

Український інститут громадського здоров'я

В Україні в 90-х роках критично загострилась медико-демографічна ситуація. Спостерігається обвальне падіння народжуваності і зростання смертності населення, і, як результат, – депопуляція. Остання супроводжується погіршенням такої важливої якійсної характеристики населення, як його здоров'я. Нині розрив у стані здоров'я населення з України і розвинених країнах світу значний і продовжує збільшуватись, особливо серед населення працездатного віку. Цей розрив зумовлено значною мірою різницею в рівнях смертності [1].

Склалась ситуація, коли важкий стан економіки посилює медико-демографічну кризу в країні, а остання, в свою чергу, гальмує вихід із загально-

системної кризи, оскільки, по-перше, населення, відкинуте у своїй більшості за межу малозабезпеченості, не може в повній мірі бути творчою силою побудови соціально зорієнтованої економіки, а, по-друге, кризові явища у сфері відтворення населення призводять до формування економічно несприятливої вікової структури населення.

Основною тенденцією еволюції статеві-вікової структури населення України є його постаріння, збільшення частки осіб старших вікових груп. На початок 1999 р. частка осіб старше працездатного віку становила 23% (у чоловіків – 15,2%, у жінок – 30,3%). Чисельність осіб пенсійного віку майже на 14% перевищує чисельність дітей і підлітків.

Нині майже кожен четвертий житель країни перебуває у пенсійному віці.

Головна причина постаріння населення, а в Україні вона практично єдина, це зменшення народжуваності. Смертність же в наших умовах сповільнює постаріння, тому що багато людей не доживає до старості або живе в похилому віці менше, ніж в інших країнах. Постаріння населення підвищує навантаження працездатного населення людьми похилого віку. Особливо значним воно є у Чернігівській, Хмельницькій, Сумській і Житомирській областях.

За останнє десятиріччя ситуація зі смертністю в Україні різко погіршилась. Особливо помітним зростання смертності було у першій половині 90-х років. Стандартизований коефіцієнт смертності підвищився на 25,8% (у містах на 30,3%, у селах – на 18,2%). Середня тривалість життя скоротилась у чоловіків на 4,1 року, у жінок – на 2,3 року.

Економічні негаразди в державі істотно позначилися на стані справ в сфері медичного обслуговування. Вкрай обмежені видатки з бюджету на цю сферу явно недостатні для нормального її функціонування. Україна при своєму більш ніж скромному валовому внутрішньому продукті витрачає на охорону здоров'я в 3–4 рази менше, ніж більшість європейських держав. Звісно, це теж впливає на рівень здоров'я нації та її життєздатність. Крім названих чинників, підвищення рівня смертності зумовлено також і соціально-психологічним станом населення в умовах кризи. Реакція населення на соціально-економічні події, пов'язані з кардинальними змінами в політичному і соціально-економічному житті України у 90-і роки, набула характеру соціального стресу.

У збільшенні смертності проявився синдром адаптації до цього становища, а його основними жертвами стали чоловіки і жінки працездатного віку, які несуть основний тягар активного пристосування до нових економічних і соціальних умов. Головними причинами зростання смертності серед осіб даного вікового контингенту виявилися нещасні випадки, травми та отруєння і хвороби системи кровообігу, які склали чотири п'ятих усього падіння середньої тривалості життя, причому у чоловіків на першому місці стоять нещасні випадки, травми та отруєння, а у жінок – хвороби системи кровообігу.

Однак ситуація починає трохи виправлятися. В 1996 р. з'явилися перші ознаки стабілізації смертності. Кількість померлих у 1998р. зменшилась порівняно з 1995р. на 73 тис. чоловік, а стандартизований коефіцієнт смертності знизився на 9,2% (у містах на 13,1%, у селах –2,9%) [2, 3, 4].

Певні позитивні зрушення у динаміці смертності населення за останні три роки поки що неможливо розглядати як початок стійких змін на кра-

ще. Остаточні висновки можна буде зробити лише тоді, коли тренд показників смертності та середньої тривалості життя стане більш стійким. Однак слід пам'ятати, що в еволюції смертності населення України накопичилася потужна інерція стагнації. Вона була порушена кон'юнктурними коливаннями другої половини 80-х – першої половини 90-х років, але навряд чи зникла, тому що не зникло підґрунтя, на якому вона трималася і яке буде дуже важко перебороти, навіть коли "шокове" піднесення смертності першої половини 90-х років відійде в минуле. Вона була породжена всією сукупністю умов, що стримували можливості боротьби за збереження людського життя у радянські, та й у пострадянські часи. Межі цих можливостей визначались і визначаються залишковим принципом розподілу ресурсів на охорону здоров'я, низькою ціною життя за шкалою суспільних цінностей. Більше того, деякі досягнення минулих років на ниві охорони здоров'я навіть втрачені, і зараз необхідні умови та час для їх відновлення. Тому й за межами ХХ ст. Україну очікують стагнаційні процеси в динаміці смертності з незначними її коливаннями. Нині ж рівень смертності в Україні вдвічі вищий, ніж у розвинених країнах. На пострадянському просторі вищі, ніж в Україні, стандартизовані показники смертності спостерігаються лише в Молдові, Казахстані та Росії.

Зростання смертності в першій половині 90-х років охопило майже всі вікові групи і не торкнулося лише дитячих контингентів. Частота смертельних випадків найбільш суттєво зросла у чоловіків і жінок у віковому інтервалі 25 – 55 років. Викликає тривогу те, що максимальне підвищення рівня смертності зафіксоване у відносно молодому віці, а саме у 40–44-річних чоловіків (на 72,7%) та у 25–29-річних жінок (на 57,1%) [8].

Категорією населення, що найбільше потерпіла у період критичного зростання смертності, виявилися міські чоловіки працездатного віку. Прискорене зростання смертності чоловіків порівняно з жінками призвело до значної надсмертності чоловіків. Рівень їхньої смертності більше ніж у 3 рази перевищує такий у жінок віком 16–65 років. Максимальне перевищення припадає на вік від 30 до 44 років (майже у 4 рази).

Особливе місце у структурі причин смерті населення належить класу хвороб системи кровообігу, які у минулому році зумовили 50,5% чоловічих і 69,7% жіночих смертей [5]. Ці хвороби – основний клас ендегенних причин смерті, що є найбільш небезпечною і поширеною недугою переважно у старших вікових групах. На жаль, ці хвороби є дуже поширеною причиною передчасної смерті населення працездатного віку. За першу половину 90-х років смертність від хвороб цього класу зросла на 36%.

Особливу роль у динаміці смертності від захворювань системи кровообігу відіграє процес постаріння населення. Його внесок у зростання смертності становив 12%, решта приросту пов'язана зі збільшенням вікової смертності від даного класу причин смерті. В 1998 р. рівень смертності від серцево-судинних захворювань трохи знизився, але він ще й зараз занадто високий – у 2,9 раза вищий, ніж у розвинених країнах світу.

Рівень смертності від хвороб системи кровообігу підвищився за минулі роки у переважній більшості регіонів країни, але найбільше у Чернігівській, Донецькій, Луганській, Дніпропетровській областях та в Автономній Республіці Крим.

Із усіх хвороб системи кровообігу найвищий рівень смертності спостерігається від ішемічної хвороби серця (60%) з особливо високим рівнем серед сільських жителів, у яких він майже вдвічі вищий, ніж у міських. Протягом 90-х років частота смертності від цього захворювання стрімко підвищувалась і зростає в 1,6 раза як у містах, так і в сільській місцевості.

Крім ішемічної хвороби серця, частота летальних наслідків якої зростає випереджаючими темпами, поступово підвищувалась також смертність від цереброваскулярних захворювань. Темпи зростання її були значно повільніші, і підвищення спостерігалось тільки до 1995 р., а за останні три роки зафіксовано навіть зниження.

Новоутворення стають посідають друге місце в структурі причин смерті і спричиняють 13,6% смертельних випадків від загальної кількості померлих. На сьогодні стандартизований коефіцієнт смертності від новоутворень в Україні майже на 10% нижчий, ніж у країнах Західної Європи. Ця перевага порівняно з західноєвропейськими країнами розглядається інколи як ознака недооцінки смертності від новоутворень в українській статистиці, особливо в старших вікових групах, де з більшою готовністю реєструються серцево-судинні захворювання. Правда, хоч ймовірність померти від раку в Україні дещо менша, ніж на Заході, середній вік настання смерті від нього в Україні помітно нижчий. При цьому динаміка середнього віку за останні десятиріччя не свідчить про яку-небудь тенденцію до покращання.

Смертність від новоутворень за останні 10 років практично не зазнала змін. Серед хвороб даного класу найбільшу питому вагу мають злоякісні новоутворення органів травлення. Далі у жінок із певним відривом ідуть злоякісні новоутворення статевих органів і рак молочної залози, а у чоловіків – новоутворення органів дихання. Причому частка їх у структурі онкологічної смертності більше ніж вчетверо перевищує таку у жінок.

Максимальні втрати від найпоширеніших локалізацій раку спостерігаються в Дніпропетровській

і Запорізькій областях (рак органів травлення, дихання, молочної залози та лейкемія), Кіровоградській, Полтавській, Черкаській (новоутворення органів травлення), Миколаївській, Херсонській (рак органів дихання), Харківській і Полтавській (рак молочної залози) областях.

Загрозливими стають масштаби смертності населення від зовнішніх причин смерті (нещасних випадків, отруєнь і травм). У 1995 р. – році найбільшого загострення медико-демографічної ситуації – стандартизований коефіцієнт смертності серед чоловіків у 4 рази, а у жінок – у 2,8 раза перевищував відповідний показник у розвинених країнах світу.

Протягом 1998 р. в Україні від зовнішніх причин смерті загинуло майже 70 тис. чоловік, з яких 49 тис. – у працездатному віці.

Після різкого підвищення рівня смертності від зовнішніх причин у першій половині 90-х років (в 1,5 раза) в подальшому спостерігається його зниження. Так, у 1998 р. порівняно з 1995 рівень смертності зменшився на 13% (у містах – на 17%, селах – на 6%). Зменшення смертності від зовнішніх причин відбулося в основному за рахунок випадкових отруєнь алкоголем, нещасних випадків, пов'язаних з транспортом, убивств. Але без змін залишився рівень смертності від самогубств [6].

Найбільш неблагополучне становище зі смертністю від зовнішніх причин склалося в Дніпропетровській, Донецькій, Херсонській, Луганській, Харківській, Запорізькій областях. Порівняно краще положення у західному регіоні країни.

Сприятливою на тлі змін смертності від основних причин виглядає динаміка смертності від хвороб органів дихання – четвертим за значенням класом у структурі причин смертності. Після досить суттєвого зростання у першій половині 90-х років рівень смертності від хвороб органів дихання в останні три роки знизився на 19% і за величиною вийшов на рубежі 1990-го року, з якого почалося його підвищення.

Нині ймовірність померти від хвороб органів дихання суттєво зменшилася, але давати цьому позитивну оцінку можна, зважаючи тільки на постійно низький середній вік настання смерті від них, який на 10, 15, а то й 20 років нижче, ніж на Заході. Там смертність від цього класу хвороб характеризується найбільшим середнім віком померлих. Вкрай несприятливим є той факт, що ні один вагомий клас причин смерті не демонструє такого величезного і сталого перевищення західних стандартів смертності дітей, як хвороби органів дихання, при тому, що рівень смертності населення від цих хвороб у віці, старіше працездатного, набагато нижчий.

Позитивні зміни спостерігаються у смертності населення майже від усіх хвороб органів дихання.

Суттєво знизився рівень смертності від пневмонії та бронхіальної астми, хронічного бронхіту, хронічної та гіпостатичної хвороб легенів.

Найвищі рівні смертності населення від хвороб органів дихання в останні роки утримуються в Чернівецькій, Кіровоградській, Волинській і Тернопільській областях.

Одним із шляхів подолання негативних тенденцій смертності населення є здійснення довгострокових програмних заходів щодо сприяння здоров'ю та запобігання захворюванням, звичайно, без відриву від соціально-економічних зрушень.

Зменшення передчасної смертності є основною метою національних програм розвинених країн світу, а саме США, Великобританії, країн Європейської Співдружності. У нашій країні ще у 1997 р. розроблено "Національну програму профілактики

і лікування артеріальної гіпертензії в Україні", в якій передбачено зменшення смертності від інсультів на 20–30% і від ішемічної хвороби серця – на 10% [7]. Реалізація програми має забезпечуватися заходами, що здійснюються на державному, обласному та місцевому рівнях.

Україна бере участь у запропонованій ВООЗ загальнонаціональній інтегрованій програмі профілактики неінфекційних захворювань (CINDI), одним із пріоритетних напрямів якої є боротьба з серцево-судинними захворюваннями [1].

Боротьба з передчасною смертністю населення потребує науково обгрунтованих підходів, ретельно виважених з точки зору реальних можливостей втручання на базі вивчення вітчизняного та міжнародного досвіду і сумісних державних, суспільно-політичних і медичних заходів.

### Список літератури

1. *Возіанов О.Ф.* Смертність населення України: головні причини, шляхи подолання негативних тенденцій // Журн. АМН України. – 1996. – №2. – С. 191–198.
2. *Демографічний* щорічник "Населення України, 1995". – К.: М-во статистики України, 1997. – 913 с.
3. *Демографічний* щорічник "Населення України, 1996". – К.: Держкомстат України, 1997. – 543 с.
4. *Демографічний* щорічник "Населення України, 1997". – К.: Держкомстат України, 1998. – 580 с.
5. *Корнацький В.М.* Медико-соціальні аспекти серцево-судинної захворюваності і смертності серед населення України в сучасних економічних умовах // Матеріали наук.-практ. конф. "Нові напрямки профілактики, діагностики та лікування серцево-судинних захворювань", 26–28 трав. 1999 р. – К.: Б.в., 1999. – С. 255–257.
6. *Пакін Ю.В.* Причини смертності населення України. Структура, динаміка, прогноз та резерви збільшення середньої тривалості життя // Демографічна ситуація в Україні: Матеріали наук. конф., жовт. 1993 р. – К.: Б.в., 1993. – С. 71–76.
7. *Смірнова І.П.* Національна програма профілактики та лікування артеріальної гіпертензії в Україні // Клінічна фармакологія, фізіологія, біохімія. – 1996. – №2. – С.6–9.
8. *Стешенко В.С.* Демографічні перспективи України // Демографічна ситуація в Україні: Матеріали науков. конф., жовт. 1993 р. – Київ: Б.в., 1993. – С. 9–14.

### ОСОБЕННОСТИ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ В 90-Х ГОДАХ

Л.А.Чепелевская (Київ)

Освещены тенденции смертности населения Украины в 90-х годах. Показано динамику уровня смертности обоих полов, сельского и городского населения, региональные отличия смертности, зависимость особенностей смертности от отдельных причин.

### MORTALITY FEATURES OF THE UKRAINIAN POPULATION IN 1990 S

L.A.Chepelevska (Kyiv)

The tendencies in the mortality of the Ukrainian population in 1990 s are under consideration. The dynamics of mortality of both the sexes in urban and rural areas has been shown, the regional mortality differences and the dependence of mortality from various causes have been adduced.



УДК 614.1:314.4(477)

С.Т.ОМЕЛЬЧУК (Київ)

## ГІГІЄНІЧНА ОЦІНКА ДИНАМІКИ СМЕРТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ – ОСНОВА РОЗРОБКИ СИСТЕМИ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ

Національний медичний університет

Для комплексної оцінки здоров'я населення важливе значення має аналіз смертності через багатофакторну залежність цього показника та ймовірну у порівнянні з іншими показниками здоров'я прогностичну керованість з боку системи охорони здоров'я [2]. Ступінь керованості цього показника здоров'я залежить як від внутрішніх резервів охорони здоров'я (профілактичні програми, спеціалізація медичної допомоги тощо), так і від загальнодержавних аспектів регулювання (соціально-економічні параметри, контроль за екологічним станом, фінансування охорони здоров'я тощо) [5]. Актуальність даної проблеми першочергово визначається загальною динамікою смертності населення України. Зниження рівня загальної смертності, яке спостерігалось протягом 80-х років, практично припинилось у 1987–1989 рр., і намітилась стійка тенденція до його зростання. Особливо ця тенденція прискорила після 1991 р. і набула тотального характеру [1, 3, 6]. Неприятлива загалом ситуація зі смертністю населення в Україні поєднується зі значними територіальними розбіжностями в рівнях цього показника. Ці особливості супроводжуються неоднорідністю динаміки смертності за окремими причинами, що зумовлює актуальність її поглибленого вивчення.

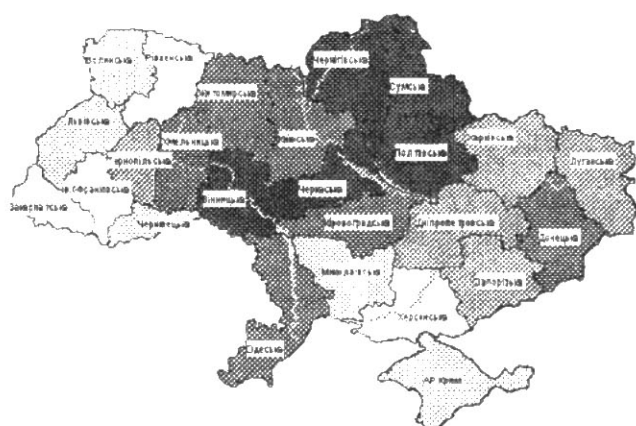
Проведений нами аналіз регіональних особливостей смертності населення базувався на вивченні відповідних показників у розрізі областей України за період з 1985 по 1997 р. за даними Держкомстату України. Для згладжування ймовірних щорічних коливань смертності оцінку проводили з трирічними інтервалами за базовими роками: 1985, 1988, 1991, 1994, 1997.

Зважаючи на значну різноманітність рівнів смертності та неоднозначність їх динаміки, нами використаний широкий спектр параметрів математичного аналізу. Гігієнічну оцінку проводили на основі середньорічних рівнів смертності за областями України, аналізуючи їх варіабельність, динаміку (темп приросту). Комплексну оцінку здійснювали за методикою Полякова–Малинського [5], яка полягає у кількісній та якісній індивідуальній оцінці

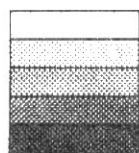
кожного показника відносно його середнього рівня по Україні, прийнятого за 50%. Якісну комплексну характеристику смертності давали шляхом обчислення сигмальних відхилень окремих її рівнів і визначення відповідної оцінки: "низька", "нижче середньої", "середня", "вище середньої" та "висока". Крайні значення рівнів можуть мати оцінку "дуже висока" чи "дуже низька". Практична цінність такого підходу полягає в тому, що дослідник має змогу оцінити рівень будь-якого регіонального показника відносно середнього рівня і рівнів інших показників з проведенням індивідуальної та узагальненої за тривалий період спостереження якісної оцінки.

Основою поглибленого аналізу стали такі провідні причини смерті населення України (що складають понад 80% усіх причин), як хвороби системи кровообігу, органів дихання, травлення, інфекційні, ендокринні, злоякісні новоутворення. Так, хвороби системи кровообігу у 1997 р. становили 59,2% усіх причин смерті [4]. Смертність від цієї причини за період з 1985 по 1997 р. поряд з високими рівнями значно відрізняється як в цілому по Україні (від 67 випадків на 10 000 населення у 1991 р. до 88 – у 1997), так і за окремими областями (від 37 випадків на 10 000 населення у Житомирській області до 116,7 – у Чернігівській).

Комплексна оцінка регіонів України за порівняльною характеристикою смертності їх населення відносно середніх рівнів смертності, спричиненої хворобами системи кровообігу, свідчить, що оптимальним регіоном з дуже низькою оцінкою рівнів смертності є Закарпатська область (комплексна кількісна оцінка рівнів упродовж 1985–1997 рр. становить 6,7% відносно середнього рівня, що дорівнює 50%). Рівень смертності, що оцінюється як низький, спостерігався у Івано-Франківській області (29,2% відносно середнього рівня), а також Рівненській, Херсонській, Львівській областях та Автономній Республіці Крим (у межах 33,5 – 37,3%) (рис.1). Неприятливими за комплексною оцінкою смертності є Чернігівська та Вінницька області, де її рівні впродовж досліджуваних періодів



Умовні позначення за шкалою якісної оцінки рівнів смертності:



Низька та дуже низька  
 Нижче середньої  
 Середня  
 Вище середньої  
 Висока та дуже висока

Рис. 1. Комплексна оцінка областей України за рівнями смертності населення, зумовленої хворобами системи кровообігу, впродовж 1985–1997 рр.

дів оцінюються переважно як дуже високі (79,2 – 81,9 %), а також Полтавська та Сумська області, які мають високу оцінку рівнів смертності (70,3 – 70,5%).

Відносно сприятливим періодом можна визнати 1991–1994 рр., протягом яких тільки чотири області мали оцінку рівня смертності “високу” чи “дуже високу”. Протягом наступного періоду кількість таких регіонів зростає.

За динамікою смертності внаслідок хвороб системи кровообігу період до 1991 р. для переважної більшості областей України характеризувався від’ємними темпами приросту смертності. В цілому по Україні в 1988 р. цей показник становив (-5,3%), у 1991 (-11,13%) відносно базового рівня смертності у 1985 р. Усі наступні періоди відзначаються позитивним приростом смертності (від 10,2% у 1994 р. до 16,6% – у 1997) (табл.1). Максимальні значення регіональних темпів приросту на завершальному етапі аналізу (1997 р.) реєструються в Донецькій (43,9%), Дніпропетровській (30,3%), Житомирській (27,6%) областях та Автономній Республіці Крим (29,6%). Від’ємний приріст смертності протягом усього досліджуваного періоду зберігався тільки в Кіровоградській області.

Таблиця 1. Динаміка приросту смертності населення України від хвороб системи кровообігу впродовж 1985–1997 рр. та його комплексна оцінка (відносно середнього рівня темпу приросту по Україні, взятого за 50%)

Регіон (область)	Темп приросту відносно базового рівня смертності у 1985 р., %				Комплексна оцінка темпів приросту	
	1988	1991	1994	1997	якісна	кількісна, %
Вінницька	-6,05	-15,66	12,91	13,52	Середня	51,2
Волинська	-1,42	-18,95	-17,2	3,92	Нижче середньої	42,4
Дніпропетровська	-4,15	-5,27	18,82	30,29	Висока	64,8
Донецька	-1,14	7,14	37,14	43,86	Дуже висока	87,6
Житомирська	-7	-18	19,25	27,63	Вище середньої	57,9
Закарпатська	-19,53	-27,02	-15,98	0,79	Дуже низька	19,7
Запорізька	-5,33	-6,92	13,69	18,59	Вище середньої	54,6
Івано-Франківська	-4,49	-31,3	-4,98	11,4	Нижче середньої	41,7
Київська	-6,32	-22,83	15,57	22,48	Середня	51,6
Кіровоградська	-7,86	-18,67	-18,98	-11,33	Низька	29,4
Автономна Республіка Крим	-4,94	5,45	33,56	29,64	Дуже висока	77,6
Луганська	-6,75	-16,35	12,72	17,59	Середня	51,5
Львівська	-5,32	-22,45	-5,32	8,42	Нижче середньої	43,2
Миколаївська	-9,1	-16,06	-7,9	-4,55	Нижче середньої	37,3
Одеська	-3,58	-0,26	15,36	15,76	Вище середньої	60,4
Полтавська	-6,28	-17,28	10,16	11,73	Середня	49,9
Рівненська	-3,32	-6,65	-3,8	4,91	Те саме	50
Сумська	-5,22	-11,06	5,32	6,58	– “ –	49,5
Тернопільська	-12,33	-9,08	4,00	11,14	Нижче середньої	45
Харківська	0,26	-6,44	0,39	16,99	Вище середньої	60,1
Херсонська	-7,06	-21,17	-6,01	3,78	Нижче середньої	42
Хмельницька	-1,51	-12,69	-0,35	11,18	Вище середньої	53,6
Черкаська	-5,14	-18,63	1,61	14,56	Середня	48,6
Чернівецька	-16,6	-18,14	2,25	9,28	Нижче середньої	37,3
Чернігівська	-8,41	-18,77	12,32	14,08	Середня	48,7
Україна	-5,3	-11,13	10,2	16,56	Те саме	50

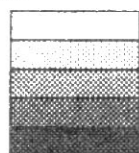
Аналіз особливостей смертності населення України неможливий без вивчення смертності внаслідок злоякісних новоутворень, які у 1997 р. в цілому становили 12,9 % усіх випадків смерті. Рівень загальної смертності за даною причиною становив по Україні від 16,4 випадку на 10 000 населення у 1985 р. до 19,2 – у 1997 при максимальному діапазоні коливань даного показника в регіонах 10,1 (у Закарпатській області) – 23,2 (у Кіровоградській).

Нами встановлено, що на початковому етапі аналізу (1985 р.) смертність, рівню якої можна дати оцінку "дуже низька" чи "низька", реєструвалась у західному регіоні України, а саме, в Закарпатській, Івано-Франківській, Львівській, Рівненській, Житомирській, Тернопільській та Чернівецькій областях. Рівень комплексної оцінки смертності в цих областях становив 11–32 % відносно середнього рівня по Україні. Несприятливими регіонами з високим рівнем комплексної оцінки смертності були області з великим промисловим навантаженням – Дніпропетровська, Донецька, Запорізька та Харківська.

Наступні періоди дослідження характеризуються згладженням різниці між регіонами за якісною оцінкою рівнів смертності переважно за рахунок скорочення кількості областей з високою оцінкою та переміщенням їх у групу з оцінкою рівня "вище середньої". Висока оцінка залишається відносно стабільно за Донецькою та Запорізькою областями, де рівень смертності постійно перевищує 20 випадків на 10 000 населення. Мінімальні рівні смертності за якісною оцінкою (6,9 % відносно середнього рівня) за весь період аналізу спостерігались у Закарпатській області (рис.2).



Умовні позначення за шкалою якісної оцінки рівнів смертності:



Низька та дуже низька  
Нижче середньої  
Середня  
Вище середньої  
Висока та дуже висока

Рис. 2. Комплексна оцінка регіонів України за рівнями смертності населення від злоякісних новоутворень впродовж 1985-1997 рр.

Особливістю смертності від злоякісних новоутворень є позитивний темп її приросту за всіма досліджуваними регіонами та періодами відносно базового рівня смертності у 1985 р. Темп приросту змінюється в окремі часові періоди, зберігаючи основну тенденцію. Максимальний темп приросту по Україні був у 1991-1994 рр. близько 22 % з наступною стабілізацією і зменшенням у деяких регіонах.

Зауважимо, що західний регіон України, маючи мінімальні оцінки рівнів смертності, відрізняється більшим її приростом з часом. Наприклад, у Тернопільській області темп приросту смертності має оцінку "дуже висока" (комплексна оцінка становить 86 % відносно середнього рівня темпу приросту), у Івано-Франківській – "вище середньої" (60,9 %) (табл.2).

Особливої уваги, на нашу думку, заслуговує аналіз смертності населення внаслідок злоякісних новоутворень органів дихання, тому що цей критерій використовують для оцінки особливостей смертності за певним видом онкологічної патології та за патологією органів дихання. Проте проведений нами аналіз показав, що необхідно відокремлено вивчати смертність від зазначених причин через відмінності основних закономірностей їх формування.

Так, смертність внаслідок онкологічної патології органів дихання у західному регіоні України характеризується мінімальними рівнями. Тим часом Закарпатська, Волинська, Івано-Франківська та Львівська області складають досить несприятливу групу за комплексною оцінкою рівнів смертності від інших хвороб органів дихання. Крім наведених областей, "високу" та "дуже високу" оцінку рівнів смертності має також Тернопільська, Чернівецька та Кіровоградська області (70–90% за комплексною оцінкою).

Смертність населення України, зумовлена хворобами органів дихання, значно відрізняється за окремими регіонами. Найбільш типовим є діапазон її рівнів від 4 до 15 випадків на 100 000 населення з підвищенням в окремих регіонах (переважно у наведених вище) до 20-22 випадків.

Мінімальні рівні смертності протягом 1985-1997 рр. сформувались переважно в південному регіоні України: Запорізькій, Херсонській, Харківській областях, а також в Автономній Республіці Крим (33-35 % за комплексною оцінкою).

Темп приросту смертності населення внаслідок хвороб органів дихання по Україні за весь період дослідження відносно такого темпу у 1985 р. має від'ємні значення (-11,2 % у 1997 р.). Для окремих регіонів характерні значні відмінності в темпах приросту смертності, позитивні рівні яких (від 15 до 62 %) виявлені тільки в 7 областях України. Найбільш суттєвим є приріст смертності у Луганській, Чернівецькій та Волинській областях (кількісна комплексна оцінка становить 65-90 %). Для більшості

Таблиця 2. Динаміка приросту смертності населення України від злоякісних новоутворень впродовж 1985-1997 рр. та його комплексна оцінка (відносно середнього рівня темпу приросту по Україні)

Регіон (область)	Темп приросту відносно базового рівня смертності у 1985 р., %				Комплексна оцінка темпів приросту	
	1988	1991	1994	1997	якісна	кількісна, %
Вінницька	24,6	34,3	32,4	28,8	Висока	66,6
Волинська	23,3	29,5	32,6	23,3	Вище середньої	58,6
Дніпропетровська	1,5	9,3	7,8	0,5	Дуже низька	7,4
Донецька	7,9	20	15,8	9,5	Низька	31,6
Житомирська	25	32,6	35,4	31,3	Висока	68,6
Закарпатська	20,8	29,7	13,9	23,8	Середня	48,8
Запорізька	13,4	17,5	14,4	13,6	Ниже середньої	36,5
Івано-Франківська	14,8	21,3	36,1	37	Вище середньої	60,9
Київська	17,6	25,5	27,9	26,7	Середня	51,7
Кіровоградська	14,4	21,7	28,9	24,4	Те саме	49,4
Автономна Республіка Крим	8,2	15,8	15,8	14	Низька	31
Луганська	16,8	20,1	25,7	16,8	Середня	47,1
Львівська	21,2	26,6	22,1	28,3	Вище середньої	53,7
Миколаївська	17,4	29,1	23,8	15,7	Середня	50
Одеська	15,9	22,1	24,5	20,3	Те саме	48,8
Полтавська	12	19,1	21,3	19,7	Ниже середньої	43,8
Рівненська	20,2	33,4	40,3	26,2	Висока	64,8
Сумська	20,2	26	22,5	20,8	Середня	50,8
<i>Тернопільська</i>	26,6	38,7	41,1	42,7	Дуже висока	86
Харківська	10,6	16,4	6,9	3,2	Дуже низька	21,7
Херсонська	12,4	27,1	28,8	24,7	Середня	49,8
Хмельницька	16,9	29,5	33,3	32,1	Вище середньої	59,1
Черкаська	12	18,8	22,1	12,7	Ниже середньої	41
Чернівецька	28,5	27,4	33,9	21,8	Вище середньої	62,4
Чернігівська	14,6	27,8	32,9	25,4	Середня	53,1
Україна	14,4	21,9	21,3	17,1	Те саме	50

областей характерне зниження рівнів смертності відносно вихідних її рівнів у діапазоні 2-92 %.

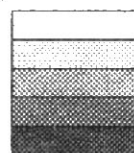
Зважаючи на різноманітність розподілу областей України за рівнями смертності населення від окремих причин, нами проведена узагальнена комплексна оцінка регіонів за станом на 1997 р. за провідними причинами смерті: хворобами системи кровообігу, органами дихання, травлення, новоутвореннями, інфекційними хворобами (рис. 3).

Результати аналізу показали, що до регіонів з низькими рівнями смертності від провідних причин у 1997 р. належала Івано-Франківська, Рівненська, Закарпатська, Львівська, Тернопільська, Чернівецька, Київська та Харківська області. Найвищі рівні смертності спостерігались у Донецькій, Луганській, Житомирській, Одеській, Кіровоградській, Дніпропетровській і Сумській областях.

Отже, проведений аналіз дозволив виявити основні особливості динаміки смертності населення регіонів України від основних причин. Отримані результати можуть бути використані під час планування діяльності закладів охорони здоров'я різних регіонів України та прикладних досліджень з метою встановлення конкретних чинників, що впливають на рівень і структуру смертності населення України.



Умвні позначення за шкалою якісної оцінки рівнів смертності:



Низька та дуже низька  
Ниже середньої  
Середня  
Вище середньої  
Висока та дуже висока

Рис. 3. Комплексна оцінка областей України у 1997 р. за рівнями смертності населення від провідних причин смерті.



### Список літератури

1. Бардов В.Г., Омельчук С.Т., Пельо І.М. Екологічна ситуація та рівень загальної захворюваності населення України на хвороби щитовидної залози // Пробл. медицини. – 1998. – № 2. – С. 34-37.
2. Гончарук Е.И., Вороненко Ю.В., Марценюк Н.И. Изучение влияния факторов окружающей среды на здоровье населения. – К., 1989. – 204 с.
3. Омельчук С.Т. Медико-географічний метод оцінки потенційного екологічного ризику захворювання населення України на хвороби серцево-судинної системи // Пробл. медицини. – 1999. – № 4. – С. 41-43.
4. Омельчук С.Т. Картографічна оцінка захворюваності населення України на хвороби органів травлення залежно від екологічної ситуації // Пробл. медицини. – 1998. – № 3. – С. 40-43.
5. Поляков В.А., Малинский Д.М. Метод комплексной вероятности оценки состояния здоровья населения: опыт построения модели и решения задачи на ЭВМ // Сов. здравоохранение. – 1971. – № 3. – С. 7-15.
6. Сердюк А.М. Навколишнє середовище і здоров'я населення України // Довкілля та здоров'я. – 1998. – № 4(7). – С. 2-6.

### ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ДИНАМИКИ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ – ОСНОВАНИЕ ДЛЯ РАЗРАБОТКИ СИСТЕМЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

С.Т. Омельчук (Киев)

На основании математического анализа определены основные закономерности динамики смертности населения регионов Украины от основных причин смерти, которые могут использоваться при планировании деятельности учреждений здравоохранения и разработке профилактических мероприятий.

### HYGIENIC EVALUATION OF MORTALITY DYNAMICS AMONG POPULATION OF UKRAINE AS A BASE FOR WORKING OUT A SYSTEM OF PROPHYLACTIC MEASURES

S.T.Omelchuk (Kyiv)

On the base of mathematical analysis main principles of dynamics of mortality among population of Ukraine due to some major reasons were determined. The received results will be used both for planning of institutions of public health in different regions of Ukraine and for working out a complex of prophylactic measures.

УДК 314.5 (477.87)

В.М. ШИМОН

## ШЛЮБИ ТА РОЗЛУЧЕННЯ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ЗАКАРПАТТЯ

Хустська центральна районна лікарня Закарпатської області

З моменту оформлення шлюбу розпочинається відлік часу існування сім'ї. В усі часи шлюб був і є основною формою, в якій відбувається народження і виховання дітей. Шлюб є величезною цінністю людини, надбанням людської культури. Він регламентує, узаконує, впорядковує взаємини чоловіків і жінок у процесі відтворення населення. Шлюб і сім'я є тією основною формою, в якій від-

бувається природне оновлення і заміщення покоління [10].

Кількісний дисбаланс, що спостерігається серед молодих чоловіків і жінок у 20-29 років, – роки набуття професії, створення сім'ї – призводить до дуже негативних наслідків. Досить суперечливо розвиваються міграційні процеси. Як і раніше, основний міграційний потік відбувається з села у

місто, що пов'язано з процесами працевлаштування, призовом у армію, після чого юнаки не повертаються в село. Це вплинуло й на закономірності шлюбності [10].

Аналіз літературних джерел показав, що хоча чисельність раннях (до 20 років) шлюбів ще досить велика, але все ж набагато менша, ніж у країнах, що розвиваються, де вона сягає 80 % й більше [7, 10, 12]. Цей показник для міського і сільського населення України дорівнює відповідно 33,9 % і 67,7 %.

У колишньому Радянському Союзі найвищий рівень загальної плідності, тобто кількості народжених за рік на 1000 жінок фертильного (15-49 років) віку спостерігався у жінок 20-29 і 30-39 років [1, 12]. Одним із основних стимулів саморегулювання чисельності сім'ї було масове залучення жінок до громадської роботи і суспільного життя [1, 7].

Більшість жінок обмежує себе 1-2 дітьми і тільки незначна кількість їх народжує трьох і більше дітей [4]. В Україні цей показник складав у 1975 р. 3,4 дитини, в 1989 – 3,2, 1995 – 3, 1998 р. – 1,2 [12, 13].

Інтенсивність плідності має прямий зв'язок з віком жінки. Так, у віці 15-29 років плідність найінтенсивніша, а далі, починаючи з 30-35 років, вона знижується, і в кінці дітородного періоду спадає до мінімуму [1, 13]. У матерів віком до 30 років народилось 68 % усіх народжених дітей. Жінки старше 40 років складали всього 1,5 % породіль [2].

Останнім часом у колишньому СРСР та інших постсоціалістичних країнах спостерігається зниження рівня народжуваності внаслідок зменшення кількості шлюбів, вступлення в шлюбне життя нечисленних груп населення, а також збільшення кількості бездітних шлюбів [1].

Виходячи з наведеного вище, ми поставили за мету вивчити шлюбність і розлучення населення

Закарпаття, що належить до західного регіону України, протягом 1990-1999 рр. (табл.).

Як видно з таблиці, рівень шлюбності у Закарпатській області у 1999 р. порівняно з 1990 знизився на 21,6 %, у тому числі серед міського населення – на 23,6, сільського – на 21,6 %. У Хустському районі Закарпатської області спостерігалась така сама тенденція: зниження рівня шлюбності становило -1,6 на 1000 населення, або 17,2 %, міського населення – -1,3, або 13, сільського – -1,8, або 20 %. По Україні зниження рівня шлюбності становило -2,4, або 25,8 %, серед міського населення -2,8, або 28, сільського – -1,6 на 1000 населення, або 20,2%.

Отже, найбільше зниження рівня шлюбності було серед міського населення як Закарпаття, так і по Україні загалом [5, 6, 8, 11, 13].

У деяких розвинених країнах, таких як Норвегія, Бельгія, Великобританія і Уельс, Швеція і Австрія, ФРН, США шлюбність становила відповідно 6,8; 7; 7,7; 7,8; 8,3; 9,2 на 1000 населення [1, 4].

Аналіз вікової структури подружжів Закарпаття показав, що 80% жінок виходить заміж у віці до 24 років, а 78% чоловіків одружуються у віці 20-29 років. У 1997 р. у Закарпатській області 59,7 % наречених чоловіків у віці 16-29 років взяли шлюб із нареченими, молодшими за себе, 5,7 – старшими, 34,6 % – з однолітками [5].

Поряд із зниженням рівня шлюбності протягом досліджуваного періоду (1990-1999 рр.) виявлена тенденція до збільшення кількості розлучень у Закарпатській області, а по Україні – до її зменшення (див. табл.). Найбільше розлучень спостерігається також серед міського населення Закарпаття, а серед сільського їх кількість залишається стабільною.

Серед населення Закарпаття зменшилася міцність шлюбів. У 1997 р. шлюбні пари, що прожили

Таблиця. Динаміка шлюбності та розлучень населення Закарпатської області впродовж 1990-1999 рр.

Регіон	Кількість шлюбів на 1000 населення							Кількість розлучень на 1000 населення						
	1990	1995	1996	1997	1998	1999	Зміна 1999 до 1990, %	1990	1995	1996	1997	1998	1999	Зміна 1999 до 1990, %
Закарпатська область всє населення, в тому числі:	8,8	7,9	6,4	6,8	6,2	6,9	-21,5	1,8	2	2	1,9	1,9	1,9	-5,5
	8,9	7,8	6	6,7	6	6,8	-23,6	2,6	3,1	3,4	3,1	3,1	3,1	-19,2
	8,8	8	6,7	6,9	6,3	6,9	-21,5	1,2	1,2	1,1	1,2	1,2	1,1	-8,3
Хустський район всє населення, в тому числі:	9,3	9	7,4	7,2	6,5	7,7	-17,2	1,6	2,1	2	1,8	1,9	1,9	+18,75
	10	8,4	7,1	7,7	7,6	8,7	-13	2,4	3,7	3,5	2,4	3,1	1,3	-79,2
	9	9,3	7,6	7	6	7,2	-20	1,2	1,3	1,3	1,5	1,3	0,7	-41,6
Україна всє населення, в тому числі:	9,3	8,4	9,5	6,8	6,2	6,9	25,8	3,7	3,8	3,7	3,7	3,6	3,5	-5,4
	10	8,8	10,1	7,1	6,4	7,2	-28	4,7	4,8	4,8	4,6	4,4	4,3	-8,5
	7,9	7,5	8	6,2	5,7	6,3	-20,3	1,9	1,9	1,6	1,9	1,9	1,9	0

разом менше року, склали 4% розлучень, більше 10 років – 37,2%. Серед розлучених близько 12% становлять пари не першого шлюбу [5].

Внаслідок багатьох чинників, в тому числі і за рахунок погіршення соціально-економічного становища в Україні стала проявлятися тенденція свідомого обмеження народжуваності, орієнтація на малодітність (не більше 1-2 дітей). У 1994-1995 рр. сумарний коефіцієнт народжуваності, або середня кількість дітей, народжених жінками протягом усього життя, в Закарпатській області становила

1,8 при необхідному для простого відтворення населення 2,2 [5, 9].

Підсумовуючи наведене вище можна дійти висновку, що серед населення Закарпатської області впродовж 1990–1999 рр. спостерігалось відчутне зниження рівня шлюбності, особливо серед міського. Водночас із зниженням рівня шлюбності і народжуваності, обмеженням кількості дітей (не більше 1-2) виявлена тенденція до зростання кількості розлучень, особливо серед міського населення.

### Список літератури

1. Добровольский Ю.А. Здоровье населения мира в XX веке.–М.: Медицина, 1968.
2. Догле Н.В., Широков Ю.Г. Сдвиги в состоянии здоровья населения Наро-Фоминского района Московской области за 1922–1966 гг.// Гигиена и санитария.– 1969.– №2.– С.56-61.
3. Дорно И.В. Современный брак: Проблемы и гарантии.–М.: Педагогика, 1990.– 86 с.
4. Мерков А.М. Современные данные о численности и воспроизводстве населения СССР//Сов. здравоохранение.– 1971.– №8.– С.12-18.
5. Населення Закарпатської області: Зб. демографічної статистики.– Ужгород, 1998.– С.59-69.
6. Населення Закарпатської області: Стат. зб.– Ужгород, 1990.– С.3-174.
7. Садвокасова Е.А. Социально-гигиенические аспекты регулирования размеров семьи. – М.: Медицина, 1969.
8. Сім'я в Закарпатській області: Стат. зб.– Ужгород, 1993.– С. 3-44.
9. Статистичний щорічник Закарпатської області за 1996 рік.– Ужгород, 1997.– С. 16-47.
10. Стеценко С.Г., Швець В.Г. Статистика населення. – К.: Вища шк., 1993.
11. Україна у цифрах у 1993 році.– К.: Техніка, 1994.– С. 3-96.
12. Чепелевська Л.А., Нагорна А.М., Рудницький О.П. та ін. Медико-демографічна ситуація в державі // Здоров'я населення України та діяльність лікувально-профілактичних закладів системи охорони здоров'я (щорічна доп. 1998 р.) /За ред. Р.В. Богатирьової. – К., 1999. – С. 7-37.
13. Шкіряк-Нижник З.А. Сучасна демографічна ситуація в Україні // Педіатрія, акушерство та гінекологія.– 1996.– №4.– С. 4-5.
14. Шумахер Р.Е. Санитарно-демографическая характеристика населения Коми АССР // Здравоохранение Рос. Федерации.– 1972.– №2.– С. 7-11.

### БРАКИ И РАЗВОДЫ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ЗАКАРПАТЬЯ

В.М. Шимон (Хуст, Закарпатская область)

Представлен анализ динамики брачности и разводов среди населения Закарпатской области в 1990-1999 гг. Отмечено снижение брачности за этот период населения региона, особенно среди городского населения по сравнению с сельским, и тенденцию к росту количества разводов среди городского населения.

### MARRIAGES AND DIVORCES STATUSES OF THE POPULATION OF ZAKARPATSKAYA PROVINCE OF UKRAINE

V.M. Shimon (Khust, Zakarpatskaya province)

The analysis of marriages and divorces in dynamics among the population of Zakarpatskaya province for 1990-1999 has been presented. There was marked matrimony decrease and, contrary to this, increase trend in divorces rates, especially among urban population.

УДК 614.23:378(477.84)

В.А. БОЛЯРСЬКА, Г.Г. КОНОПЕЛЬКО, О.Н. ЛИТВИНОВА, Л.М. РОМАНЮК, В.Л. СМІРНОВА

## ДОСВІД КАФЕДРИ СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ДЕРЖАВНОЇ МЕДИЧНОЇ АКАДЕМІЇ ІМ. І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО З ПРОГРАМНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПІДГОТОВКИ БАКАЛАВРІВ ТА МОЛОДШИХ СПЕЦІАЛІСТІВ МЕДИЦИНИ

Тернопільська державна медична академія

На кафедрі соціальної медицини та організації охорони здоров'я Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я. Горбачевського розроблені та затверджені Міністерством охорони здоров'я України чотири навчальні програми для бакалаврів і молодших спеціалістів медицини, зокрема: 1) "Соціальна медицина та основи медичної статистики"; 2) "Економіка охорони здоров'я. Маркетинг медичних послуг"; 3) "Менеджмент і лідерство в медсестринстві"; 4) "Здоров'я і основи медичної статистики".

Сьогодні для чіткої організації та реалізації дій служб охорони здоров'я на різних напрямках та етапах значно зросла роль сестринської служби, рівень всебічної підготовки персоналу. В сучасних умовах, коли перед медичною сестрою відкриваються можливості працювати в інших країнах, крім спеціальної підготовки необхідно мати відповідний культурний та фаховий кругозір.

Програма професійно-освітньої підготовки бакалаврів з соціальної медицини та основ медичної статистики передбачає оволодіння студентами методологією та методами вивчення громадського здоров'я, методиками проведення статистичного дослідження і застосування їх у практичній діяльності бакалавра, вивчення показників здоров'я людей та впливу на нього соціальних чинників, організаційних форм і методів охорони здоров'я, підготовку та виховання бакалаврів на ґрунтовній соціально-гігієнічній основі. Розрахована програма на 54 год (10 год – лекції, 20 – практичні заняття, 24 – позааудиторна самостійна підготовка).

Оволодіваючи дисципліною, бакалавр навчається проводити комплексну оцінку здоров'я людей у зв'язку з впливом соціальних і природних чинників, статистичні дослідження з оцінкою вірогідності середніх та відносних значень показників, оволодіває методиками обчислення, оцінки та

практичного застосування демографічних показників, обліку, обчислення та оцінки захворюваності населення, зокрема з тимчасовою та стійкою втраченою працездатності.

Особлива увага приділяється вмінню бакалаврів правильно видавати та оформляти основну медичну документацію, готувати лекції за певною тематикою, читати їх, проводити бесіди, складати план санітарно-освітньої роботи.

Оволодінню знаннями з управління охороною здоров'я, зокрема складними системами, сприяє програма "Менеджмент і лідерство в медсестринстві", розрахована на 108 год (20 год – лекції, 56 – практичні заняття та 32 год – позааудиторна самостійна підготовка). Вона передбачає вивчення загальних основ менеджменту як науки про управління, обґрунтування принципів засад діяльності систем і організацій разом із лікувально-профілактичними закладами. Майбутні бакалаври знайомляться з основними теоріями менеджменту і через аналіз історичного розвитку усвідомлюють сучасний стан і перспективу їх застосування.

Значне місце в програмі відведено ролі менеджера в психології службових стосунків, керівника в управлінні людьми, організації управлінської праці, ліцензуванню та акредитації в охороні здоров'я. Основні функції менеджера подані у світлі управління в лікувально-профілактичних закладах, роблячи наголос на управління конфліктами та стресами – проблему, що набуває актуальності в період нестабільності в суспільстві.

Детально розглядаються структура та функції управління, системні організації в охороні здоров'я, зовнішні чинники, які впливають на її діяльність.

Отже, програма "Менеджмент і лідерство в медсестринстві" використовується для виховання майбутніх керівників середньої ланки на принципово нових засадах розуміння науки управління,



здатних ефективно приводити заклад (організацію) до досягнення поставленої мети.

Тісно пов'язана з викладеним вище програма з "Економіки охорони здоров'я та маркетингу медичних послуг", яка передбачає вивчення організації охорони здоров'я в ринкових умовах та забезпечення її економічної ефективності. Вона складається з 16 год лекцій, 36 – практичних занять та 29 год – позааудиторної самостійної роботи.

Основними завданнями вивчення предмета є: 1) обґрунтування шляхів реформування системи медичної допомоги відповідно до економічних законів ринку; 2) визначення опосередкованого впливу охорони здоров'я на відтворення робочої сили; 3) оволодіння методикою визначення вартості медичної допомоги на різних рівнях її надання; 4) ознайомлення з різними механізмами фінансування медичної допомоги.

На практичних заняттях майбутні медсестри-бакалаври знайомляться з визначеннями нормативних і фактичних показників здоров'я населення та діяльності медичних закладів, маркетингом медичних послуг, методами дослідження ринку медичних послуг, вивчають моделі визначення економічних збитків від тимчасової непрацездатності, інвалідності, передчасної смерті. Велика увага приділяється вивченню механізму ціноутворення медичної допомоги в умовах ринкової економіки і обчисленню вартості медичної допомоги хворим на різних етапах її надання (під час скринінгових обстежень, амбулаторного та стаціонарного лікування), а також вивченню механізму фінансування медичної допомоги, особливостей і переваг диференційованого фінансування кожного району окремо із розрахунку на одного мешканця за рік.

Зауважимо, що, крім тематичних занять, студенти-бакалаври залучаються до самостійної позааудиторної роботи з економіки охорони здоров'я та маркетингу медичних послуг, аналізу витрати на систему медичної допомоги в Україні, особливостей її функціонування в умовах ринку, вивчають досвід медичного страхування в країнах світу, самостійно розраховують вартість надання

медичної допомоги з окремих хвороб (серцево-судинних, дитячих тощо).

У підготовці бакалаврів і молодших спеціалістів медицини багато часу відводиться вивченню заходів профілактики захворювань. Програма "Здоров'я і основи медичної статистики" розрахована на 106 год (16 год лекцій, по 36 год практичних занять і занять з позааудиторної самостійної роботи). На заняттях розглядаються соціально-медичні аспекти хвороб системи кровообігу, злоякісних новоутворень, нещасних випадків, травм, які є основними причинами смертності та інвалідизації людей.

Останнім часом в Україні склалася вкрай несприятлива демографічна ситуація, яка характеризується низьким рівнем народжуваності, відносно високим рівнем загальної смертності та від'ємним природним приростом. Тому саме тепер слід багато уваги приділяти вивченню здоров'я людей, щоб запобігати несприятливій динаміці його показників, поліпшити демографічну ситуацію.

Згідно з визначенням ВООЗ, "Здоров'я – це стан повного фізичного, душевного та соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб чи фізичних дефектів". Фізичне і душевне здоров'я потрібно розглядати у нерозривній єдності.

Здоров'я людей залежить від багатьох чинників, і в першу чергу від рівня розвитку суспільства, якості життя, тих соціально-економічних і культурно-соціальних умов, у яких живе людина.

Громадське здоров'я слід вивчати в розрізі впливу соціальних чинників (міські чи сільські мешканці, повні чи неповні сім'ї, професія, вид роботи, матеріальний стан тощо) та з урахуванням регіональних особливостей. Це потребує застосування комплексних методів дослідження стосовно спостереження, збирання даних, їх обробки та аналізу для визначення основних показників здоров'я, їхньої динаміки, закономірностей і тенденцій.

Отже, підготовка бакалаврів і молодших медичних спеціалістів проводиться з урахуванням потреб сьогодення та стратегічного розвитку охорони здоров'я в Україні.

## **ОПЫТ КАФЕДРЫ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТЕРНОПОЛЬСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ ИМ. И.Я. ГОРБАЧЕВСКОГО ПО ПРОГРАММНОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ ПОДГОТОВКИ БАКАЛАВРОВ И МЛАДШИХ СПЕЦИАЛИСТОВ МЕДИЦИНЫ**

В.А. Болярская, Г.Г. Конопелько, О.Н. Литвинова, Л.М. Романюк, В. Л. Смирнова (Тернополь)

Представлен анализ четырех учебных программ для подготовки бакалавров и младших медицинских специалистов, разработанных на кафедре социальной медицины и организации здравоохранения с учетом потребностей сегодняшнего дня и стратегии развития здравоохранения в Украине и по которым ведется обучение студентов.

**THE EXPERIENCE OF THE DEPARTMENT OF SOCIAL MEDICINE AND PUBLIC HEALTH CARE ORGANIZATION OF THE TERNOPOL STATE MEDICAL ACADEMY, NAMED AFTER I. YA. HORBACHEVSKY, IN PROGRAMME SUPPLY FOR BACHELORS AND JUNIOR SPECIALISTS TRAINING FOR DIFFERENT BRANCHES OF MEDICINE**

V.A.Bolarska, H.H.Konopelko, O.N.Litvinova, L.M.Romaniuk, V.L.Smirnova (*Ternopil*)

The analysis of four programmes for bachelors and juniour medical specialists training worked out at the department of Social Medicine and Public Health Organization, taking into account current needs and strategies of health care development in Ukraine has been presented. Students training is being performed on the basis of these programmes.

**ІСТОРИЯ МЕДИЦИНИ**

УДК 613+614]“71”:614.253.1(477.41)

*В.Г. БАРДОВ, А.М. ГРИНЗОВСЬКИЙ (Київ)*

**ВИДАТНИЙ УЧЕНИЙ, ПРОФЕСОР КИЇВСЬКОГО УНІВЕРСИТЕТУ СВ.ВОЛОДИМИРА І.П. СКВОРЦОВ ТА ЙОГО ВНЕСОК У РОЗВИТОК ГІГІЄНИ**

Національний медичний університет

19 серпня 1847 р. у селі Ромашкіно Бузулужського повіту Самарської губернії, в сім'ї священика народився хлопчик. Його чекала кар'єра священнослужителя. Служінню богу він присвятив дев'ять років, навчаючись у духовному училищі та семінарії. Але допитливий розум молодої людини не могли задовольнити теологічні догми. Його цікавила людина не як вмістилище душі, а як жива істота. Саме цей інтерес і став для нього поштовхом до вступу в 1867 р. на медичний факультет Казанського університету.

Так почав медичну діяльність видатний учений-гігієніст і громадський діяч професор Іринарх Поліхроньевич Скворцов.

У 1871 р. І.П. Скворцов закінчує Казанський університет і отримує звання лікаря. Того ж року його, як фахівця, чекав перший іспит – епідемія холери, яка охопила рідний повіт і від якої загинув брат. Втрата перших своїх пацієнтів, спостереження за умовами проживання та лікування мешканців повіту, відсутність у них гігієнічних знань і навичок визначили подальший напрямок наукової

діяльності молодого лікаря. І.П. Скворцов починає займатися питаннями гігієни і санітарної справи, піклуючись про широке їх впровадження в практику та проведення різноманітних санітарних заходів. Це проходить червоною ниткою через усі його численні роботи та публічні виступи.

Свої гігієнічні погляди І.П. Скворцов уперше доповів на I з'їзді земських лікарів у Казані у 1872 р., займаючи на той час посаду земського лікаря Самарського повіту. На цьому з'їзді Скворцов виступив з трьома доповідями: "Что есть и чем должна быть больница?", "Записки о состоянии народного здравия", "О необходимости особого губернского санитарного врача".

У тому ж році молодого лікаря обирають стипендіатом від медичного факультету Казанського університету для підготовки до професорського звання. І.П. Скворцов їде поглиблювати свої знання з гігієни до Медико-хірургічної академії в Санкт-Петербурзі, де під керівництвом відомого гігієніста професора О.П. Доброславіна пише дисертацію з метою отримання ступеня доктора наук з гігієни.

У 1873 р. на IV з'їзді натуралістів і лікарів І.П. Скворцов, оперуючи статистичними даними, доводить, що поліпшення гігієнічних умов сприяє зменшенню захворюваності населення, збільшує середню тривалість життя людини. "Можна вилікувати Івана, Петра", ... , говорить І.П. Скворцов, ... "але від цієї самої причини хворіє Павло, Семен та ін., до нескінченності, а тим часом треба було б тільки у певних випадках, коли захворіє один, відшукати причину цього і усунути її, щоб гарантувати від цього захворювання інших. Тому основною турботою громадських правлінь, якщо вони дійсно хочуть принести користь суспільству, має бути не те, щоб лікувати хворих, а те, щоб оберігати здорових від хвороби. У першому випадку ми можемо принести, і дуже часто, сумнівну користь лише кільком особам, у другому – завжди присутню і до того ж суспільству загалом" [2].

Під час навчання в Санкт-Петербурзі І.П. Скворцов знайомиться з видатним російським композитором А.П. Бородиним і одружується з його вихованкою І.А. Слоттєєвою. Вона була вірним другом ученому до своєї трагічної смерті в 1919 р.

У 1874 р. І.П. Скворцов захищає докторську дисертацію на тему: "Материалы для анатомии и гистологии сердца и его оболочек". Після закінчення Медико-хірургічної академії І.П. Скворцов у 1875 р. отримує запрошення зайняти посаду доцента кафедри гігієни Казанського університету, на якій він працював до 1882 р. Паралельно займається громадською діяльністю – очолює земську фельдшерську школу Казані, є старшим лікарем "богоугодних" закладів Казанського земства. Видає низку публікацій, серед яких варто відзначити навчальний посібник "Гигиена, ее предмет, цель, значение и пути действия", "Краткий курс военно-полевой гигиены", відзначений у 1879 р. премією "Петра Великого", а також "Общедоступную гигиену для военных" та ін.

З 1882 по 1885 р. професор І.П. Скворцов плідно працює на посаді завідувача кафедри гігієни Варшавського університету; друкує навчальний посібник з санітарної статистики та географії, публікує роботи, в яких з наукового погляду характеризує умови праці робітників у Росії. В них він доводить, що, крім одномантності виконуваної роботи, негативно впливають на робітників "...надлишкова її тривалість, погана в санітарному відношенні обстановка, шкідливий для здоров'я матеріал, спосіб його обробки, небезпечні для здоров'я і самого життя знаряддя праці, непомірна робота жінок і дітей, нічна робота взагалі, недостатня забезпеченість працюючих їжею, одежею, приміщеннями" [7].

З 1885 по 1906 рр. І.П. Скворцов – професор і завідувач кафедри гігієни Харківського університету. В цей час він широко займається громадською роботою в земстві, бере участь у всіх міжнародних гігієнічних конгресах, святкуванні 50-річчя

наукової, педагогічної та громадської діяльності Миколи Івановича Пирогова. Разом з професорами Дудукаловим, Трубе І.П. Скворцов від імені медичного факультету вручив ювіляру вітальну адресу та звернувся до присутніх на ювілей з великою промовою "Взгляды Н.И. Пирогова на гигиену и военно-санитарное дело".

При нагоді І.П. Скворцов займається практичною діяльністю санітарного лікаря. Відомо, що під час великої епідемії холери в 1892 р. професор з майже 20-річним стажем бере на себе обов'язки "епідемічного" лікаря вузлової станції Батайськ, організовуючи протиепідемічні заходи щодо зменшення поширення холери в регіоні.

У цей час виходить у світ велика кількість робіт І.П. Скворцова не тільки з гігієни, а й просвітництва, соціології, геології та астрології. Проте пільне місце серед його праць займає курс "Основы гигиологии и гигиены", написаний у 1900 р. і за який він отримав звання заслуженого професора [1]. У цій оригінальній праці І.П. Скворцов запропонував термін "гігіологія", що означає науку про здоров'я, виклав своє сприйняття гігієни як науки, тісно пов'язаної з основними фізико-хімічними і біологічними процесами життя, природи загалом.

З приводу цих поглядів І.П. Скворцова академік О.М. Сисін писав: "Погляди, з якими він виступав у рясі, були оформлені пізніше як новий напрям у нашій гігієнічній науці. Професор Скворцов дає свою оригінальну концепцію розуміння гігієни і свою особливу думку про природу і життя – "динамічну теорію сутності життя" як цілісної єдності середовища і людини. Звідси й відмінність завдань двох суміжних наук – гігіології та гігієни, за термінологією Скворцова: гігіології, що вивчає природне внутрішнє середовище, та гігієни, що вивчає штучне середовище, створене людиною" [7].

В положеннях І.П. Скворцова знаходимо обґрунтування необхідності комплексного вивчення людини та зовнішнього середовища в їх взаємодії. "Все наше життя, писав він, з усіма його змінами є наслідком взаємодії організму з зовнішнім середовищем" [6].

Його перу належить двотомний "Курс практической гигиены для врачей и студентов", "Основы гигиены", "Военно-полевая гигиена" та інші роботи, а також звіти, нариси, нотатки про санітарний стан у різних куточках Росії, Європи, Туреччини, Єгипту, де він побував.

Наукова діяльність І.П. Скворцова виходила за рамки гігієни. Йому належить розробка оригінального методу вивчення тканинних культур, фізіологічних, фізичних і хімічних методів дослідження. Значну увагу він приділяв і розвитку викладання гігієни в університетах Росії.

Як громадський діяч, І.П. Скворцов часто виступав у пресі, популяризуючи медико-гігієнічні

знання. "Чим поширенішими будуть гігієнічні відомості в суспільному середовищі, тим скоріше й легше гігієна буде впроваджена в життя, а це щире бажання кожної людини, кому близькі інтереси суспільства і всього людства. Тримати гігієну замкненою, в межах наукового викладу її тільки на медичних факультетах і в академіях по меншій мірі дивно... Гігієністи повинні прикласти всіх зусиль для того, щоб відкрити суспільству очі на ті небезпеки, котрі всюди його оточують" [5].

З 1906 р., переїхавши до Києва, професор І.П. Сковорцов читає приват-доцентський курс епідеміології та санітарної поліції в Київському університеті. Публікує праці "О санитарном законодательстве и санитарном праве", "К вопросу о борьбе с холерой", а також такі великі роботи, зміст яких далеко сягає за межі гігієни: "Новая космология", "Строй и жизнь Земли. Очерк геофизики и геохимии как введение в общую геологию" та багато інших. Разом із професорами Київського університету В.Д. Орловим, Ф.Г. Яновським, іншими колегами організовує і керує секціями статистики і епідеміології, гігієни виховання та освіти, оздоровлення населених пунктів, клі-

матології і бальнеології при Київському відділі Русского общества охраны народного здравия. На засіданнях цих секцій з доповідями виступали практичні лікарі, відомі науковці та керівники галузі.

Педагогічну та наукову роботу І.П. Сковорцов поєднував з великою санітарно-практичною діяльністю. Як керівник санітарного відділу Київської земської управи, І.П. Сковорцов активно брав участь у розробці методів знезаражування дніпровської води як одного з важливих заходів боротьби з епідеміями, а також у проведенні загальних санітарно-гігієнічних заходів [3].

Пропрацювавши в медицині 50 років, у 1921 р. на 74-му році життя зупинилося серце видатного гігієніста, заслуженого професора І.П. Сковорцова. Він залишив у спадщину понад ста п'ятидесят наукових праць, що вражають широтою та різноманітністю його інтересів.

Незважаючи на проведену пошукову роботу, нам поки що не вдалось знайти документи, які б допомогли встановити місце поховання І.П. Сковорцова. Тому, на жаль, нинішнє покоління не має змоги вклонитися могилі видатного вченого.

### Список літератури

1. *Заблудовский П.Е.* Развитие гигиены в России в период капитализма // Медицина в России в период капитализма. – М.: 1962. – С.59-60.
2. *Каневский Л.О.* Русский гигиенист и общественный деятель І.П. Сковорцов // Сов. здравоохранение. – 1952. – №6. – С.40-45.
3. *Макаренко И.М.* Материалы о развитии гигиены на Украине: Дис. ... канд. мед. наук. – К., 1964. – 368с.
4. *Сковорцов И.П.* Гигиена со включением анатомии, физиологии и патологии человеческого тела. – СПб.: Изд. К.Л. Риккера, 1906. – 360с.
5. *Сковорцов И.П.* О расширении преподавания гигиены в университетах и о введении ее в программу других учебных заведений // Врачеб. ведомости. – 1883. – Июнь.
6. *Сковорцов И.П.* Основы гигиологии и гигиены. Краткий курс для студентов и врачей. – М.: Товарищество И.Н. Кушнерова и К<sup>о</sup>, 1900. – 368с.
7. *Сысин А.Н.* Эрисман как представитель русской гигиенической школы XIX столетия // Тр. науч. конф., посвященной памяти Ф.Ф.Эрисмана. – М.: Центр. санитарно-эпидемиологического. ин-т им. Ф.Ф. Эрисмана, 1947. – С.19.

### ВЫДАЮЩИЙСЯ УЧЕНЫЙ, ПРОФЕССОР КИЕВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА СВ. ВЛАДИМИРА И.П. СКВОРЦОВ И ЕГО ВКЛАД В РАЗВИТИЕ ГИГИЕНЫ

*В.Г.Бардов, А.М.Гринзовський (Київ)*

Освещен вклад профессора И.П. Сковорцова в развитие гигиенической науки в России во второй половине XIX – начале XX века, участие в формировании педагогического процесса гигиенических кафедр Казанского, Варшавского, Харьковского и Киевского университетов, его общественная деятельность по распространению гигиенических знаний среди медицинской общественности и народных масс.

### AN EMINENT SCIENTIST, PROFESSOR OF SAINT VLADIMIR KYIV UNIVERSITY I.P. SKVORTSOV AND HIS CONTRIBUTION TO THE DEVELOPMENT OF HYGIENE

*V.G. Bardov, A.M. Hrinzovsky (Kyiv)*

This article describes a contribution of professor I.P.Skvortsov to development of hygienic conceptions in the second half of the 19<sup>th</sup> – the beginning of the 20<sup>th</sup> century, his participation in forming of educational process at hygienic departments of Kazan, Warsaw, Kharkiv and Kyiv Universities. The article reflects professor Skvortsov's large volunteer social activity in spreading of hygienic knowledge among the medical community and the population as well.



УДК 614(092)

## ОЛЕКСАНДР МАКАРОВИЧ ГОЛЯЧЕНКО (до 60-річчя від дня народження)

Виповнилося 60 років відомому українському вченому в галузі соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я, доктору медичних наук, професорові Олександрові Макаровичу Голяченку.

Народився О. Голяченко на Житомирщині в селянській родині. Закінчивши в 1957 році школу із золотою медаллю, вступив до Вінницького медичного інституту. Тут зайнявся науковою роботою на кафедрі організації охорони здоров'я, яку очолював видатний соціальний гігієніст Л.Г.Лекарев. На 5-му курсі у провідному і на той час єдиному фаховому журналі "Советское здравоохранение" опублікував першу наукову працю "Социально-гигиенические идеи в трудах Т. Мора и Т. Кампанеллы". Був кваліфікований однокурсниками як "Мікролекарев".

Завдяки професорові Л. Лекареву він був залишений в аспірантурі на кафедрі організації охорони здоров'я. Аспірантуру завершив захистом кандидатської дисертації "Розвиток лікарняної справи на Україні (1864-1964)".

Пропрацювавши на кафедрі після захисту кандидатської дисертації шість років, О.Голяченко доходить висновку, що подальша робота тут безперспективна. У 1972 році він переходить на роботу в Калинівську центральну районну лікарню на скромну посаду лікаря-методиста оргметодкабінету ЦРЛ. Це згідно запису в трудовій книжці, а взагалі він створює в цій лікарні потужну науково-інформаційну лабораторію з питань організації та управління охороною здоров'я. Розквіту наукової діяльності сприяли ряд обставин, і головною була фігура тодішнього головного лікаря А. Обухова, що розбудував у лікарні найкращу на той час не лише в області, а й у республіці матеріально-технічну базу. О. Голяченко вдихнув у цю базу високий науковий дух. До наукової діяльності залучаються практично всі організатори охорони здоров'я району. Тут науково обґрунтовується і реалізується на практиці ідея доступності лікарської допомоги жителям села, впроваджується диференційований підхід до медичного обслуговування різних соціальних прошарків людної, радикально перебудовується на засадах системного підходу і системного аналізу інформаційне забезпечення управління охороною здоров'я. Публікуються десятки наукових праць, захищаються кандидатські



дисертації. Тут О. Голяченко готує докторську дисертацію, присвячену соціально-гігієнічним проблемам організації доступної лікарської допомоги жителям села.

Тепер з висоти 60-ти років О. Голяченко вважає калинівський період своєї роботи найпліднішим і найцікавішим, а від'їзд з Калинівки – помилкою. Правда були обставини, які змушували це зробити. В 1975 році у ВАКу СРСР відбулась велика пертурбація і однією з умов захисту докторської дисертації з питань організації охорони здоров'я була не лише належна якість самої роботи, а й відповідна посада дисертанта. Коли лікар-методист районної лікарні привіз до Москви рукопис докторської дисертації, перше питання, яке йому було задане – навіщо це потрібно лікарю-методисту?

У 1977 році О. Голяченко очолює оргметодвідділ обласної лікарні у Вінниці. Тут він продовжує наукові пошуки, прагне підняти критерії організаційно-методичної роботи до найвищих наукових стандартів. Одна за другою виходять наукові монографії – "Лікарняна допомога сільському населенню УРСР" (1974), "Центральная районная больница" (1977), "Фельдшерсько-акушерський пункт"(1982), "Управление многопрофильной больницей" (1983). Будучи

послідовним у поєднанні теорії з практикою, О. Голяченко прагне відкрити на базі оргметодвідділу обласної лікарні кафедру з питань управління охороною здоров'я для підготовки практичних організаторів охорони здоров'я, але ця його ідея не була підтримана медичними чиновниками.

У 1983 році О. Голяченко переїздить до Тернополя, де очолює кафедру соціальної гігієни та організації охорони здоров'я Тернопільського медичного інституту.

Здобуття Україною незалежності, демократизація життя в країні сприяли новому злету в науковій діяльності вченого. У 1993 році він формулює засади організації медичної допомоги в Україні за умов ринку в монографії "Соціальна медицина та організація охорони здоров'я". У 1996 році виходить його унікальна монографія "Економіка української здоровоохорони", де вперше ним визначено предмет та методи економіки охорони здоров'я як науки, розкрито механізм функціонування системи медичної допомоги за умов ринку, запропоновано методіку та методологію ціноутворення в системі медичної допомоги.

У 1997 році вперше на теренах СНД О. Голяченко видає підручник у співавторстві з тодішнім

Міністром охорони здоров'я А. Сердюком і начальником Вінницького управління охорони здоров'я О. Приходським із "Соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я".

Медичній громадськості запам'ятались і публікації професора О.Голяченка в "Українській медичній газеті", яка виходила з 1994 до 1999 року і де майже в кожному номері він піднімав болючі питання української здоровоохорони.

"Ахілесова п'ята" радянської і української здоровоохорони – відірваність теорії від практики і навпаки – встановлена ще в молоді роки, на думку О. Голяченка, залишається основною проблемою і дотепер. Лише в Калинівці йому вдалося сповна втілити свої наукові ідеї в практику. Тоді Калинівська ЦРЛ була найкращою лікарнею Союзу, куди з'їжджались організатори охорони здоров'я з усього світу. Новітні ідеї вченого досі залишаються на папері. У своїй Вітчизні пророків немає. Україна запозичує то новий господарський механізм у Росії, то прагне впровадити механізм медичного страхування, то рецепти Міжнародного валютного фонду. А охорона здоров'я тим часом занепадає. Будемо сподіватися, що це явище тимчасове.

**Колектив кафедри соціальної медицини ТДМА  
Управління охорони здоров'я Вінницької  
облдержадміністрації**

## ДО ВІДОМА АВТОРІВ!

Редакція журналу "Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України" за прохує 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 повідомляється, а передається на розгляд лише після погашення заборгованості.**

• Статті повинні бути надіслані з підписами всіх авторів, прізвище, ім'я та по батькові, адреса, номери телефонів (службовий, домашній) автора, з яким редакція буде спілкуватись.

• Матеріал, що надісланий оригінал має складатися з трьох примірників українською мовою:

- наукові статті, рецензії, огляди літератури, у тому числі рисунків, літератури, реферату, не більше ніж 8 с., статті з оглядом літератури, реферативних статей - не більше ніж 12 с., коротких повідомлень, рецензій - не більше ніж 2 с.

- огляди літератури (якщо в статті є посилання, не більше ніж 20 літературних джерел, в оглядах - не більше ніж 50);

- таблиці;

- рисунки (максимум - 3) - підписів до них;

- рефератів у-українською, російською та англійською мовами обсягом не більше 1/3-1/2 с.

• Статті надіраються на комп'ютері (я програми Word 7.0 шрифтом 14 пунктів і не більше ніж 32 рядки на сторінці) зберігаються у форматі \*.rtf, подаються надруковані з дискетою. Ілюстрації (діаграми, графіки, таблиці) надіраються в програмах Word 6.0/7.0 або Excel 6.0/7.0 та у вигляді окремих файлів разом із статтею надіраються на дискеті. Якщо стаття - авторський оригінал може бути надрукований на друкарській машинці з розривом між рядками не більше ніж 12 пунктів з 2 інтервалами на одній стороні аркуша формату А4 (висота рядка, відступів від лівого краю 30 мм, правого - 10 мм, згори і знизу - по 25 мм (28-30 рядків на сторінці), розрив між рядками, враховуючи пропуски на рядку).

• На першій сторінці статті вказується шифр УДК літературної, ініціали та прізвища авторів, місто в дужках, назва статті, назва установи, де виконана робота.

Літери літературних подій та назв вказуються з абеткою - спочатку праці вітчизняних авторів, далі іноземних, а потім 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 (рисунок, схеми, діаграми) має бути мінімальною. Таблиці і рисунки вміщують у текст статті відразу 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 (СИ), медичні терміни - згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань - за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, лікарські засоби - за Державною Фармакопеею (X, XI). Назви фірм і апаратів треба давати в оригінальній транскрипції.

- Скорочення у тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Аббревіатура 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 в 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 вклейці:

- двостороння - 550 ум.од.;

- одностороння - 350 ум.од.;

- чорно-біла на аркушах формату 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/uiiph](http://www.uact.cit-ua.net/uiiph)

http: [www.uact.kharkov.com/uiiph](http://www.uact.kharkov.com/uiiph).

- 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