

**Пріоритетні напрями охорони здоров'я**

*В.М. Пономаренко, Т.С.Грузєва, А.Б. Зіменковський.* Створення державної системи стандартизації в охороні здоров'я – актуальне завдання сьогодення

5

**Здоров'я та суспільство**

*А.М. Сердюк, Н.Г. Гойда, О.І. Тимченко, В.В. Єлагін, О.В. Линчак, Е.М. Омельченко.* Профілактична медицина: використання надбань медичної генетики для попередження онкологічних захворювань

11

*О. М. Волик.* Динаміка показників здоров'я військовослужбовців Збройних Сил України кадрового складу за даними щорічної статистичної звітності

15

*С.В. Афанасьєв.* Проблеми інвалідизації хворих після оперативних втручань на органах шлунково-кишкового тракту

18

*Г.В.Бесполудіна, О.А.Козікова.* Характеристика деяких змін способу життя сімей, постраждалих внаслідок чорнобильської аварії, та програма реабілітаційно-профілактичного моніторингу їх відновлення

22

*Н.А.Буняк.* Особливості адаптації студентів у вузі

25

**Організація медичної допомоги**

*Ю.А. Хунов.* Перший досвід впровадження сімейної медицини в охорону здоров'я Луганської області

27

*Н.В. Медведовська.* Методичні основи побудови узагальнюючого статистичного показника (огляд літератури)

31

*Л.А. Голик.* Результати реформування амбулаторно-поліклінічної допомоги у Київському гарнізоні з погляду військових лікарів та пацієнтів

35

*Ж.В. Усатенко, П.А. Федірко, І.В. Кадошнікова.* Потреба в диспансерному спостереженні офтальмологом з приводу рефракційних порушень у дітей та підлітків – мешканців міст на радіаційно забруднених територіях

39

*Г.Г. Рошчін, В.О. Волошин, М.М. Михайловський, І.М. Рогач, С.В. Синельник, А.В. Терентьєва.* Резер-

**Priority directions for the public health system**

*V.M. Ponomarenko, T.S. Hruzeva, A.B.Zimenzovsky.* Creation of the State standardization system within Ukraine PHS is one of nowadays priority tasks

**Health and society**

*A.M. Serdyuk, N.G. Hoida, O.I. Tymchenko, V.V. Yelagin, O.V. Lynchak, E.M. Omelchenko.* Preventive medicine: use of medical genetics achievements in prevention of oncological diseases

*O.M. Volik.* Dynamics of health indices for the Ukrainian armed forces military men (officers) based on the data of annual statistic reports

*S.V Afanasjev.* Invalidity outcomes challenge in patients with various gastro-intestinal tract pathologies after their surgical treatment

*G.V.Bespoludina, O.A.Kozikova.* Characteristics of some changes of family mode of life suffered from Chernobyl catastrophe and the program rehabilitation-prophylactic monitoring of their recovery

*N.A.Bunyak.* The peculiarities of adaptation of students at the higher educational institution

**Organization of Medical Care Provision**

*Yu.A.Khunov.* The first experience and outcomes of family medicine introduction in PHS of Luganskaya province

*N.V. Medvedovskaya.* Methodical basis of developing the general statistic indices (literature survey)

*L.A.Golik.* Reformation outcomes of the outpatient care system within Kyiv garrison in assessment of military doctors and servicemen patients

*J.V. Usatenko, P.A. Fedirko, I.V. Kadoshnikova.* The need in of dispensary observation by an ophthalmologist for refractive anomalies in children and teen-agers, living in zones with different degree of radioactive contamination

*H.H. Roschin, V.A. Voloshin, N.N. Mikhailovsky, E.M. Rogach, S.V. Sinelnik, A.B. Terentjeva.* Reserves of

рви лікарських засобів, виробів медичного призначення та медичного обладнання для ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій

42

*О.І.Темченко.* Нові підходи в організації своєчасної діагностики пухлин яєчників

47

## Наукове забезпечення охорони здоров'я

*В.М. Пономаренко, Г.М. Москалець, А.Л. Карлова, В.І. Аксенова, Т.М. Смирнова.* Пріоритетні напрями наукових досліджень з проблеми "Соціальна медицина" у медичній науці України за даними експертної оцінки

49

## Управління охороною здоров'я

*Л.М.Романюк, В.І.Польовчик.* Медико-статистична інформація в управлінні міською лікарнею

56

*В.В.Шкробот, С.І.Шкробот, Г.Ф.Корнієнко, Н.Є.Федчишин.* Досвід автоматизації управління психоневрологічною лікарнею

59

## Економіка охорони здоров'я

*М.В. Шевченко.* Бюджетне фінансування охорони здоров'я в 2002 році (на основі Закону України "Про державний бюджет України на 2002 рік")

62

*Г.О. Слабкий.* Стан фінансування спеціалізованої медичної допомоги міському населенню та перспективи його покращення

67

*А.О.Голяченко.* Медична та економічна ефективність пелюдотерапії в умовах багатопрофільного санаторію

72

## Формування здорового способу життя

*В.М.Пonomаренко, Г.Л. Апанасенко, Н.І. Чебаненко.* Методичні підходи до вивчення якості життя населення у взаємозв'язку зі станом здоров'я

74

*Л.П. Качанова.* Санітарно-епідеміологічний нагляд за діяльністю шкіл сприяння здоров'ю – насуцна вимога часу

78

## Історія медицини

*Я.В.Ганіткевич.* Володимир Удовенко – український вчений-гігієніст (До 120-річчя від дня народження)

81

## До авторів

86

drugs, medicines, other utility medical products and equipment needed for liquidation of medical-sanitary aftermath of various disasters and emergency situations

*O.I.Temchenko.* The new points of view in organization of well-timed diagnostics of tumours of ovaries

## Scientific provision of the public health system

*V.M. Ponomarenko, G.M. Moskalets, A.L. Karlova, V.I. Aksenova, T.M. Smirnova.* Priority directions in studying the problem of "social medicine in medical science of Ukraine according to an expertise assessment

## Health Care System Management

*L.N.Romanyuk, V.I.Polyovchik.* Medico-statistical information in the municipal hospital management

*V.V.Shkrobot, S.I.Shkrobot, H.F.Korniyenko, N.Ye.Phedchyshyn.* The experience of aytomation of psicho-neurological hospital management

## Economics of Health Care Provision

*M.V. Shevchenko.* Budget financing of the public health for 2002 (basing on the law of Ukraine National budget of Ukraine for 2002)

*G.A. Slabky.* State of financing the specialized medical aid provided to the adult urban population and projects for its improvement

*A.Golyachenko.* Medical and economic efficiency mud cure in conditions of versatile sanatorium

## Formation of health life-style

*V.M. Ponomarenko, G.L. Apanasenko, N.I. Chebanenko.* Methodical approaches to studying the population life quality in relationship with the health status

*L.P. Качанова.* Sanitary and epidemiological supervision over activities of shools promoting health – an urgent need of the time

## Hystory of medicine

*Ya.V.Hanitkevych.* Volodymyr Udovenko – a Ukrainian scientist-hygienist (on his 120<sup>th</sup> birth)

## Notices for Authors

*В.М. ПОНОМАРЕНКО, Т.С. ГРУЗЄВА, А.Б. ЗІМЕНКОВСЬКИЙ (КИЇВ)*

## СТВОРЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ СИСТЕМИ СТАНДАРТИЗАЦІЇ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я – АКТУАЛЬНЕ ЗАВДАННЯ СЬОГОДЕННЯ

Український інститут громадського здоров'я

Забезпечення доступності, якості і безпеки медичної допомоги є одним із найважливіших напрямів у вдосконаленні охорони здоров'я населення України, що відображено у Посланні Президента України до Верховної Ради України "Європейський вибір. Концептуальні засади стратегії економічного та соціального розвитку України на 2002–2011 роки", Концепції розвитку охорони здоров'я населення України, інших стратегічних документах державного рівня [4, 5, 10]. Поява дорогих технологій, дефіцит фінансування, зростання потреб пацієнтів, децентралізація управління вимагають пошуку нових шляхів досягнення високого рівня якості медичної допомоги.

Міжнародний досвід у сфері охорони здоров'я та вітчизняна практика у суміжних сферах господарювання свідчать про необхідність планомірного впровадження комплексної системи нормативного забезпечення надання медичної допомоги шляхом проведення у галузі робіт із стандартизації.

Водночас потрібний комплексний підхід до вирішення проблеми нормативного забезпечення взаємопов'язаних з наданням медичної допомоги процесів, робіт, товарів і послуг. Така система нормативного забезпечення захистить права громадян у сфері охорони здоров'я, дозволить здійснювати ефективний контроль над діяльністю установ і закладів галузі та роботою медичних і фармацевтичних працівників.

Створення та розвиток системи стандартизації в охороні здоров'я України дозволить визначити основні методичні підходи до розробки і вдосконалення стандартів, галузевих норм і правил, сформулювати систему управління якістю, тобто надасть можливість впливати на лікувально-діагностичний процес, використовуючи не тільки статистичні дані і фінансові важелі, але й об'єктивну оцінку якості медичної допомоги.

Необхідність стандартизації обумовлена об'єктивною соціально-економічною потребою в узагальненні, уніфікації, доступності нових пози-

тивних результатів досліджень і розробок у формі нормативно-технічної документації.

Цей процес спрямований на досягнення оптимального ступеня упорядкування в системі охорони здоров'я громадян шляхом широкого і багаторазового використання установлених положень, вимог, норм для вирішення реально існуючих, запланованих і потенціальних завдань. Стандарти або норми і нормативи повинні ґрунтуватися на узагальнених результатах науки, техніки і практичного досвіду, бути спрямованими на досягнення найкращих результатів.

Зміна медичних технологій в останнє десятиріччя призвела до того, що такі критерії оцінки медичної допомоги як частота госпіталізації, виконання плану ліжко-днів, що традиційно застосовувалися, перестали служити критеріями якості. Для об'єктивної оцінки обсягу і якості необхідні стандарти, зразки, на основі яких можна здійснювати порівняльний аналіз у кожному конкретному випадку надання медичної допомоги.

Сукупність загальних понять стандартизації визначена основоположними документами Міжнародної системи стандартизації, Міжнародної електротехнічної комісії, Всесвітньої торговельної організації.

Враховуючи необхідність державного регулювання економіки України при загальній її орієнтації на ринковий характер і високий рівень самостійності, інтеграції в Європейську світову систему економіки, налагодження партнерських відносин з країнами СНД, забезпечення вступу у Всесвітню торговельну організацію, розвиток системи стандартизації є необхідним і об'єктивно обумовленим [10].

Для успішної реалізації програми стандартизації у будь-якій сфері діяльності першочерговими завданнями є встановлення пріоритетних напрямів і об'єктів стандартизації, вдосконалення її законодавчих основ, оптимізація складу і структури фонду стандартів, перспективне і поточне планування, створення системи управління і виконавчих органів. Обов'язковою умовою є

впровадження сучасних інформаційних технологій у процес розробки стандартів.

Міжнародна практика свідчить, що в процесі стандартизації найчастіше застосовуються методи: класифікування і кодування вихідного числа об'єктів стандартизації за ознакою їх цільового або функціонального призначення; ранжування конкретних об'єктів стандартизації певного виду і призначення; штучний відбір або селекція прогресивних і одночасна симплікація морально застарілих об'єктів стандартизації; уніфікація конкретних об'єктів за їх головними параметрами і типізація; складання проектів стандартів; погодження, досягнення узгодженості усіх зацікавлених сторін [8].

Важливим напрямом у стандартизації є розробка нормативних документів, тобто таких, які містять загальні правила, принципи, характеристики об'єктів стандартизації, що стосуються певних видів діяльності чи їх результатів і доступні широкому колу споживачів.

Серед нормативних документів виділяють класифікатори техніко-економічної інформації, стандарти, технічні регламенти та правила із стандартизації, норми і рекомендації. Стандарт є нормативним документом із стандартизації, розробленим на основі згоди, при відсутності заперечень з принципових питань у більшості зацікавлених сторін, який прийнято чи затверджено уповноваженим на те органом.

За категорією розрізняють стандарти міжнародні, регіональні (регіони світу), державні, галузеві, адміністративно-територіальних одиниць; стандарти асоціацій, об'єднань, наукових і професійних товариств, медичних установ (підприємств).

Міжнародний досвід стандартизації в охороні здоров'я становить більше 100 років. Світовою спільнотою визначено, що наявність стандартів необхідна для здійснення ефективного управління якістю медичної допомоги. Країни-члени ВООЗ приділяють значну увагу раціональному використанню ресурсів і вартості медичної допомоги, вивчають ефективність діяльності системи охорони здоров'я, оцінюють якість медичної допомоги, її відповідність загальноприйнятим стандартам.

Протягом ХХ століття загальною тенденцією розвитку стандартизації в охороні здоров'я у США та у багатьох європейських країнах було створення системи класифікаторів пацієнтів, які поєднували хворих з урахуванням висхідного стану і досягнення подібних результатів при наданні їм медичної допомоги.

Найбільш відомі із систем класифікаторів пацієнтів є діагностично-споріднені групи (або клініко-статистичні групи), які розроблені в США до 1983 р. На сучасному етапі у світі отримав

значний розвиток новий напрям у стандартизації медичної допомоги – розробка клінічних керівництв і протоколів ведення хворих, що здійснюється не на аналізі типової практики, а на наукових доказах ефективності та безпеки медичних втручань, отриманих у дослідженнях, які проведено за єдиною методикою.

Оскільки керівництва створюються окремо за кожною конкретною проблемою і цей процес довготривалий, у країнах Західної Європи для першочергової розробки вибираються теми з урахуванням соціальної значущості захворювань, можливості попередження несприятливих наслідків, наявності різних підходів до ведення хворих та якісних наукових досліджень з цієї проблеми. Так, у Великобританії пріоритетними напрямками розробки клінічних керівництв стали серцева недостатність, остеоартроз, хвороба Альцгеймера, депресія, стенокардія, у Нідерландах – вторинна профілактика атеросклерозу, гіпертонічна хвороба, депресія, остеопороз.

Реалізація наукового підходу до розробки клінічних керівництв можлива за умови широкого доступу до інформації про результати проведених наукових досліджень у різних країнах, накопиченням якої займається міжнародна організація "Кохрейнівське співтовариство" [11]. У багатьох державах існують національні бази даних таких досліджень.

Починаючи з 1998 р., у Російській Федерації ведеться розробка 45 галузевих стандартів "Протоколи ведення хворих". У 93% з них розглядаються вимоги до медичної допомоги при різних захворюваннях і синдромах, у 7% – в певних клінічних ситуаціях. У розділі нозологічних і синдромальних галузевих стандартів за тематикою переважають дермато-венерологічні хвороби (10), інфекційні (7), серцево-судинні (6), нервової системи (4), стоматологічні (4), органів травлення (3), спадкові (3). Ситуаційні стандарти стосуються питань ведення хворих у сфері наркології і хірургії. Основні труднощі, на думку розробників, пов'язані з відсутністю єдиних підходів до діагностики лікування патології, що вимагає обговорень для досягнення консенсусу, а також з необхідністю проведення додаткових досліджень з обґрунтування вимог стандарту обов'язкового рівня. Оптимізація підходів з розробки документів цієї групи полягає у формуванні планів розробки галузевих стандартів "Протоколи ведення хворих" за основними напрямками клінічної медицини та у встановленні першочерговості і пріоритетності проектів. Розробники вважають доцільним розглядати питання про можливість фінансування робіт через систему державного замовлення на даний тип науково-практичної продукції [2].

В цілому досвід Російської Федерації щодо стандартизації в охороні здоров'я є особливо цікавим. Незважаючи на широке впровадження стандартів в медицину в усьому світі, саме в цій країні закладено систему, тобто сукупність взаємопов'язаних та взаємозалежних елементів, для забезпечення якості у всіх сферах охорони здоров'я.

Наказами Міністерства охорони здоров'я Російської Федерації затверджено ряд системоутворюючих документів, якими регламентовано діяльність з питань стандартизації, Програму робіт із створення та розвитку системи стандартизації в охороні здоров'я, визначено основні положення цієї програми, сформовано склад Експертної ради з розгляду проектів нормативних документів, встановлено порядок розгляду і затвердження тощо [1].

Крім класифікаторів і клінічних керівництв у міжнародній практиці існують і активно створюються інші види медичних стандартів, зокрема формуляри, переліки життєво важливих лікарських засобів, стандарти акредитації, стандарти у сфері медичної інформатики, стандарти клініко-економічних досліджень.

Передумовами розвитку стандартизації в охороні здоров'я України є швидкий розвиток та вдосконалення медичних технологій; поява високоефективних лікарських засобів і складність їх вибору через різноманітність альтернатив; відсутність згоди з приводу ефективності тих чи інших методик, тактик ведення хворих з однаковим діагнозом; зростання потреби в медичній допомозі у зв'язку з постарінням населення; випадки нерационального використання наявних ресурсів; недостатнє фінансове забезпечення потреб охорони здоров'я, незважаючи на щорічне збільшення бюджетних асигнувань; необхідність використання системи доказів ефективності, безпеки та економічної доцільності; нагальна потреба у визначенні обсягу гарантованого державою рівня безоплатної медичної допомоги та перспективи впровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

Визначення обсягу гарантованого рівня медичної допомоги, яка надається безоплатно усім громадянам у закладах охорони здоров'я, впровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування вимагають розробки ефективних і прийнятних на сьогодні механізмів їх реалізації.

Неможливо реально гарантувати громадянам рівні права на якісну і доступну медичну допомогу, і бути впевненими, що доступність і якість сприймають на усій території України однаково, не створивши стандартів, єдиних для держави. Усі методи профілактики, лікування, діагностики повинні

бути чітко визначені і легко відтворюватися не лише розробником, але й іншими фахівцями.

Таким чином, стандарт – це нормативний документ, у якому чітко сформульовано вимоги до якості того чи іншого виду товарів, робіт, послуг, які задовольняють потреби населення, або представлено класифікацію товарів, робіт, послуг, дані критерії технологічних процесів. Відповідно стандартизація є діяльністю із встановлення норм, правил, характеристик з метою забезпечення безпеки і якості продукції, робіт, послуг, технічної та інформаційної сумісності, взаємозамінності продукції, єдності вимірів, економії усіх видів ресурсів тощо.

Стандартизація в охороні здоров'я повинна стати галузевим розвитком державної системи стандартизації. Порядок державної реєстрації галузевих стандартів, стандартів науково-технічних та інженерних товариств і спілок регламентується Державним стандартом України [3]. Протягом багатьох років державна система стандартизації належала переважно до технічної сфери. До останнього часу розробка стандартів в охороні здоров'я України велася хаотично. Сьогодні в якості стандартів існують санітарні правила і норми (СанПіН), державні будівельні норми (ДБН), стандарти, які регламентують порядок розробки і постановки на виробництво виробів медичної техніки, лікарських засобів, вимоги з безпеки праці, протипожежні вимоги.

Постановою Кабінету Міністрів України від 28.06.97 №640 затверджено нормативи потреб у стаціонарній медичній допомозі у розрахунку на 10 тис. населення.

З 1995 р. почато розробку стандартів технологій надання медичної допомоги. У 1998 р. розроблено і затверджено на галузевому рівні "Тимчасові уніфіковані стандарти медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню у лікувально-профілактичних закладах України", "Тимчасові стандарти обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критерії якості лікування дітей", які затверджено наказом МОЗ України від 27.07.98 №226 [9]. Наказом МОЗ України від 24.03.98 №74 введено у дію орієнтовні нормативи при стаціонарній медичній допомозі дітям, вагітним, породіллям та гінекологічним хворим.

Поряд з галузевими, існують деякі регіональні і місцеві стандарти з надання медичної допомоги, які створювалися безсистемно, із застосуванням різних методичних підходів, і суттєво відрізняються між собою. Порівняльний аналіз стандартів, розроблених в різних регіонах України, свідчить про неідентичність їх не лише за змістом, але й за охопленням тих чи інших сфер охорони здоров'я [6].

З 2000 р. розпочато підготовку Державних соціальних нормативів у сфері охорони здоров'я. У 2001 р. розроблено класифікатор Державних соціальних нормативів у сфері охорони здоров'я, концептуальні положення якого схвалено постановою Кабінету Міністрів України від 06.05.02 №643.

Підґрунтям для розвитку нормативно-правової бази з питань стандартизації в галузі охорони здоров'я стали: Закон УРСР "Про захист прав споживачів" (1991 р. із наступними змінами і доповненнями); Основи законодавства України про охорону здоров'я (1992 р. з наступними змінами і доповненнями); Закон України "Про державні соціальні стандарти і державні соціальні гарантії" (2000 р.); Закон України "Про стандартизацію" (2001 р.); постанова Кабінету Міністрів України "Про затвердження заходів щодо виконання Концепції розвитку охорони здоров'я населення України" від 09.08.2001 р. №960; розпорядження Кабінету Міністрів України "Про заходи щодо реалізації Концепції державної регіональної політики" від 13.09.2001 р. №437-р.; доручення Кабінету Міністрів України від 08.01.2002 р. №26; постанова Кабінету Міністрів України "Про порядок та терміни дії галузевих стандартів і пріоритетних до них інших нормативних документів колишнього СРСР" від 03.01.2002 р. №2; постанова Кабінету Міністрів України "Про реалізацію статей 24 і 27 Закону України "Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії" від 17.05.2002 р. №643; наказ МОЗ України та АМН України "Про забезпечення виконання Закону України" від 10.10.2000 р. №2017-III, "Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії" від 18.01.2001 р. №16/1; наказ МОЗ України та АМН України "Про затвердження робочих груп з розробки Державних соціальних нормативів охорони здоров'я" від 12.03.2001 р. №92/12; наказ МОЗ України та АМН України "Про затвердження робочих груп з розробки Державних соціальних нормативів у сфері охорони здоров'я" від 23.04.2002 р. №153/23.

В стратегічному документі, який окреслює шляхи розвитку охорони здоров'я України на 2002–2011 роки, Міжгалузевій комплексній програмі "Здоров'я нації", серед важливих заходів державної політики визначено підготовку і запровадження стандартів медичних технологій, створення на основі стандартів якості системи забезпечення і контролю ефективності медичної допомоги [7].

Зрозуміло, що лише системний підхід до стандартизації в галузі може забезпечити реалізацію законодавства України щодо охорони здоров'я для розробки реального механізму управління якістю медичної допомоги.

Головною метою організації і проведення робіт із стандартизації в охороні здоров'я України повинно бути створення і розвиток системи стандартизації галузі як підґрунтя до підвищення якості медичних заходів щодо збереження і зміцнення здоров'я нації. Ця система спрямовується на вдосконалення управління галуззю, забезпечення її цілісності, підвищення якості медичної допомоги, раціонального використання кадрових і матеріальних ресурсів, оптимізації діяльності. Досягти цієї мети можна лише за рахунок застосування єдиних підходів до планування, нормування, ліцензування, сертифікації.

При створенні системи стандартизації необхідно дотримуватися міжнародних рекомендацій, зокрема Керівництва Міжнародної організації із стандартизації ISO/IEC GUIDE 2:1996. Основними принципами побудови системи мають бути принципи згоди або досягнення консенсусу, односторонності, значущості та актуальності, комплексності і можливості перевірки.

Таким чином, метою стандартизації в галузі охорони здоров'я є підвищення якості профілактичних і лікувально-діагностичних заходів для збереження і поліпшення здоров'я населення.

Основними завданнями розробки системи стандартизації в галузі охорони здоров'я повинні бути:

- нормативне забезпечення реалізації законів у сфері охорони здоров'я громадян, Концепції розвитку охорони здоров'я населення України;
- обґрунтування та створення єдиної системи оцінки показників якості і економічних характеристик медичних послуг, встановлення науково-обґрунтованих вимог до їх номенклатури, обсягу і якості, забезпечення взаємодії між суб'єктами, які беруть участь у наданні медичної допомоги;
- встановлення вимог до умов надання медичної допомоги, ефективності, безпеки, сумісності та взаємозамінності процесів, обладнання, інструментів, матеріалів, медикаментів і інших компонентів, які застосовуються в охороні здоров'я;
- нормативне забезпечення метрологічного контролю;
- встановлення єдиних вимог до ліцензування та акредитації медичних установ, підготовки, атестації і сертифікації спеціалістів;
- нормативне забезпечення процесів сертифікації і оцінки якості медичних послуг;
- створення і забезпечення функціонування системи класифікації, кодування і каталогізації в охороні здоров'я;
- нормативне забезпечення в установленому порядку нагляду і контролю за дотриманням вимог нормативних документів.

Відомо, що об'єктом стандартизації є про-

дукція, роботи, процеси та послуги, які в однаковій мірі стосуються матеріалів, компонентів, обладнання, систем, їх сумісності, правил, процедур, функцій, методів і діяльності. Вибір об'єктів стандартизації відбувається на основі єдиних принципів їх класифікації і структурування, з урахуванням функціонального взаємозв'язку між ними і можливостями розширення номенклатури.

Виходячи з цих положень, об'єктами стандартизації в охороні здоров'я України повинні стати: організаційні технології; медичні послуги та технологія їх виконання, технічне забезпечення та його якість; кваліфікація медперсоналу; виробництво, умови реалізації і якість лікарських засобів та медичної техніки; звітно-облікова документація; інформаційні технології; економічні аспекти; юридичні і деонтологічні питання.

Сукупність об'єктів стандартизації, охоплених функціонально і структурно однорідною діяльністю, складає сферу стандартизації. Відповідно до цього основними напрямками стандартизації повинні бути:

- стандартизація у сфері виконання медичних послуг;
- стандартизація у сфері забезпечення лікарями та виробами медичного призначення;
- регламентація вимог до умов надання медичної допомоги;
- стандартизація інформаційного забезпечення;
- стандартизація у сфері медичного страхування.

Нормативні документи системи стандартизації в охороні здоров'я можуть містити як мінімально необхідний, так і рекомендований набір вимог. При цьому мінімальний обов'язковий набір вимог гарантує усім громадянам, незалежно від місця проживання, однакові обсяги і якість медичної допомоги. Визначення нижньої межі цих вимог дозволить реалізувати принцип загальнодоступної медичної допомоги.

Отже, для створення цілісної системи стандартизації в охороні здоров'я України, необхідно:

- сформулювати програму робіт із створення та розвитку системи стандартизації в охороні здоров'я України (створення служби стандартизації, визначення порядку розробки, узгодження, розгляду, затвердження, введення у дію нор-

мативних документів системи стандартизації, впровадження, контролю за їх виконанням), її інформаційне та фінансове забезпечення;

- впровадити системний підхід у систему стандартизації охорони здоров'я України;
- створити експертну раду з розгляду проектів нормативних документів;
- чітко визначити пріоритетні напрями стандартизації охорони здоров'я;
- визначити об'єкти стандартизації в охороні здоров'я (організаційні технології, медичні послуги, кваліфікацію персоналу, обліково-звітну документацію, інформаційні технології, економічні, юридичні і деонтологічні аспекти);
- розробити класифікаційну структуру об'єктів стандартизації з визначенням категорій і видів конкретних окремих нормативних документів;
- обґрунтувати і розробити стандарти та нормативи у сфері охорони здоров'я, відповідно до пріоритетних напрямів стандартизації.

Оскільки система стандартизації в охороні здоров'я передбачає вирішення організаційно-технічних завдань та завдань нормативного забезпечення, особливо важливими є створення галузевої служби стандартизації, яка регламентуватиме організацію розробки, узгодження, прийняття і введення в дію нормативних документів, контролю за виконанням їх вимог. Після вирішення питань нормативного забезпечення буде сформовано систему нормативних документів з питань стандартизації в охороні здоров'я на основі спільної класифікаційної структури об'єктів стандартизації з визначенням категорії і видів конкретних груп чи окремих нормативних документів на усіх етапах їх створення.

Таким чином, першочерговими етапами у створенні та впровадженні системи стандартизації в охорону здоров'я України є вирішення організаційно-технічних питань, формування і затвердження програми роботи і поетапна розробка та впровадження необхідних нормативних документів.

Комплексний підхід до проблем стандартизації в охороні здоров'я дозволить удосконалити управління галуззю, підвищити якість медичної допомоги, оптимізувати використання кадрових і матеріальних ресурсів, забезпечити гарантовані громадянам України права на охорону здоров'я.

### Список літератури

1. Вялков А.И. Стандартизация как основа создания государственной программы обеспечения качества медицинской помощи // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2001. – №2. – С. 3–10.
2. Горохова С.Г., Воробьев П.А., Вялков А.И. и др. Анализ хода подготовки отраслевых стандартов «Протоколы ведения больных» // Проблемы стандартизации в здравоохранении – 2001. – №2. – С. 61–62.
3. Державний стандарт України «Порядок державної реєстрації галузевих стандартів, стандартів науково-технічних та інженерних товариств і спілок». – Київ, 1997. – 11 с.

4. Законодавство України про охорону здоров'я. – К.: Парламент. вид-во, 1999. – 134 с.
5. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України. – К., 2001. – 30 с.
6. Лехан В., Гук А. Методичні підходи до розробки медичних стандартів. – К.: Сфера, 2000. – 24 с.
7. Міжгалузева комплексна програма "Здоров'я нації" на 2002–2011 роки. – К. 2002. – 88 с.
8. Основы стандартизации в здравоохранении / Под ред. А.И. Вялкова, П.А. Воробьева. – М.: Ньюдиамед, 2002. – 216 с.
9. Пономаренко В.М., Нагорна А.М., Степаненко А.В. та співавт. Тимчасові галузеві уніфіковані стандарти медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України. – К.: МОЗ України, УІГЗ, 1999. – Т. 1, 2. – 1001 с.
10. Послання Президента України до Верховної Ради України "Європейський вибір. Концептуальні засади стратегії економічного та соціального розвитку України на 2002–2011 роки" // Уряд. кур'єр. – 2002. – 4 черв. – №100. – С. 5–12.
11. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология: основы доказательной медицины: Пер. с англ. – М.: Медиа Сфера, 1998. – 352 с.

### **СОЗДАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ – АКТУАЛЬНАЯ ЗАДАЧА НАСТОЯЩЕГО ВРЕМЕНИ**

*В.М. Пономаренко, Т.С. Грузева, А.Б. Зименковский (Киев)*

В статье обоснована необходимость создания государственной системы стандартизации в здравоохранении. Освещен зарубежный опыт и этапы развития стандартизации медицинской отрасли в Украине. Приведен перечень нормативно-правовых документов, служащих основанием для создания системы стандартизации, в том числе для разработки государственных социальных стандартов и нормативов в здравоохранении. Определены цель, основные направления, объекты стандартизации, первоочередные задачи организационно-технического и нормативного обеспечения.

### **DEVELOPMENT OF NATIONAL PUBLIC HEALTH STANDARDIZATION SYSTEM – AN ACTUAL TASK OF NOWADAYS**

*V.M. Ponomarenko, T.S. Hruzeva, A.B. Zimenkovsky (Kiev)*

The necessity to develop a national public health standardization system has been grounded. The foreign countries' experience and stages of medical branch standardization development in Ukraine are highlighted. The list of normative-legislative acts as the basis for development of the standardization system including those intended for developing state social standards and regulations in public health are laid down. The purpose, main directions and subjects of standardization have been identified together with first-line tasks in organizational, technical and regulative provision.



*А.М. СЕРДЮК, Н.Г. ГОЙДА, О.І. ТИМЧЕНКО, В.В. ЄЛАГІН, О.В. ЛИНЧАК,  
Е.М. ОМЕЛЬЧЕНКО (КИЇВ)*

## ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА: ВИКОРИСТАННЯ НАДБАНЬ МЕДИЧНОЇ ГЕНЕТИКИ ДЛЯ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Інститут гігієни та медичної екології АМН України, Міністерство охорони здоров'я України, Управління охорони здоров'я Київської обласної державної адміністрації

Відомо, що онкологічна патологія є мультифакторіальною. Це означає, що у її виникненні відіграють роль спадковий і середовищний компоненти. Тобто ризик захворювання і локалізація пухлин певною мірою залежатимуть від [22]:

- генетичного складу популяції;
- вікового розподілу населення;
- насиченості середовища існування людини канцерогенними чинниками.

Щодо генетичного складу популяції, то на нього впливають дрейф генів, шлюбні міграції, спонтанний та індукований мутагенні процеси. Здебільшого саме дрейф генів і потік шлюбних міграцій обумовлюють той чи інший склад організму, популяції, а отже адаптивні можливості населення та його схильність до виникнення багатьох хвороб, включаючи онкологічні [21].

Виникнення злоякісних пухлин розглядається як багатоетапний процес, в основі якого лежать мутації. Саме мутації супресорних генів, які в нормі стримують проліферацію клітин, є початком багатьох канцерогенних процесів. Встановлено зв'язок окремих генів з розвитком певних пухлин і лейкозу людини. В останні десятиріччя описано і клоновано більше десяти генів, пов'язаних з підвищеним ризиком розвитку пухлин у людини.

Їх відкриття розглядається як найбільш вагомий внесок молекулярної біології і генетики у розвиток онкології. Цей внесок став можливим завдяки створенню специфічних високочутливих молекулярних тестів, за допомогою яких розкрито конкретні молекулярні механізми канцерогенезу у людини [3, 11].

Виявили, що ген-супресор p53 є одним з найважливіших у молекулярній генетиці людини [26]. Нормальний ген кодує консервативний білок, який:

- забезпечує стабільність геному,
- бере участь у контролі клітинного циклу,
- впливає на апоптоз,

– бере участь у диференціюванні клітини.

Ген p53 інактивований у більшості пухлин і втрачає регуляторні функції. Найбільше клінічне і прогностичне значення цього гену виявлено при раку молочної залози, інвазивному раку сечового міхура, при хронічному радіаційному опроміненні. Мутації гена p53 пов'язані з підвищенням ризику лейкозу, в тому числі радіаційного [3, 4].

Ця інформація, при впровадженні у практику методів, які дозволяють ідентифікувати вказані вище гени, може бути з успіхом використана принаймні для:

- професійного відбору працюючих у різних шкідливих галузях промисловості;
- виділення груп ризику з метою первинної профілактики раку за допомогою різних заходів, зокрема, корекції способу життя.

Можна відзначити також певну кількість фенотипових маркерів, які свідчать про обумовлену генетично підвищену схильність до виникнення онкологічної патології. Наприклад, рак легенів, що виник внаслідок паління набагато частіше виявляють в осіб, що мають високу активність ферменту арилгідроксилази. Відомо, що існує чотири типи трансферину, білка, який переносить залізо. При наявності білка другого типу людина має підвищений ризик виникнення пухлин різної локалізації. Діагностика спадкової схильності до розвитку медулярного раку щитоподібної залози базується на тому, що медулярний рак має походження з парафолікулярних С-клітин, які секретують гормон кальцитонін. Його кількість при гіперплазії С-клітин збільшується. Таким чином, при спадковій схильності до розвитку медулярного раку, у людини можна виявити підвищену кількість кальцитоніну. Помічено асоціаційні зв'язки між HLA-фенотипом онкологічних хворих та розвитком гіперсенситивних реакцій [6, 8, 14, 16, 20, 24, 27].

Запровадження виявлення цих маркерів у практику онкологічної служби (або сімейної медицини) щодо прямої ідентифікації генів, як уже зазначалося вище, є перспективним при професійному відборі і для виділення груп ризику з метою профілактики онкопатології.

Протягом останніх двох десятиліть медико-генетичне консультування і диспансеризація груп ризику вважаються одними з основних ланок профілактики злоякісних пухлин. Принципи медико-генетичного консультування сімей зі схильністю до розвитку пухлин у їх членів опрацьовані. Так, при організації профілактичної диспансерної служби у дитячій онкології повинні використовуватися дані медико-генетичних центрів і кабінетів щодо генетичної патології, носії якої мають схильність до розвитку пухлинних процесів [6, 8]. Виділені спадкові стани, при яких реєструється сімейне накопичення злоякісних новоутворень жіночої репродуктивної сфери. Застосування генеалогічного методу, який є абсолютно доступним сьогодні, дозволяє сформувати групу генетичного диспансерного нагляду з родичів I та II ступенів спорідненості з метою виявлення захворювання на якомога ранній стадії розвитку. Цей метод з успіхом застосовується у Київській і Чернівецькій областях та заслуговує на поширення [5, 9, 13].

Відповідно до Цільової комплексної програми генетичного моніторингу, затвердженої Указом Президента України, в трьох областях України та у м. Києві з 1999 року ведуться комп'ютерні реєстри новонароджених, які містять інформацію про дітей, народжених зі спадковою або природженою патологією. Центральний реєстр розташований в Інституті гігієни та медичної екології. На жаль, ці реєстри не використовуються з метою диспансеризації дітей з підвищеним ризиком виникнення пухлин. Оскільки у перспективі ведення реєстрів поширюється (у другій половині цього року, наприклад, до такої роботи долучають ще кілька областей, створюється реєстр генетичної патології не тільки серед новонароджених, але й у дітей до року), вони обов'язково повинні використовуватись для профілактичної роботи щодо виникнення пухлин у дітей.

Відомо, що процеси старіння супроводжуються віковим зростанням частоти злоякісних пухлин. Це пояснюється розладом регуляторних систем організму, в тому числі дефектами в системах репарації генетичних структур. За даними Державного Комітету статистики України на 01.01.2001 р. особи віком 60 років і старші склали в Україні 20,8 %, що вказує (за шкалою Россета) на дуже високий рівень демографічної старості. Кількість осіб похилого віку постійно зростає, таким чином старіння населення є одним з суттєвих факторів канцерогенного ризику.

Нині бурхливий розвиток медичної генетики, пов'язаний з розшифруванням геному, розширює емпіричні можливості лікарів-онкологів щодо профілактики злоякісних захворювань. Спадковість, генетичні механізми відіграють значну роль у канцерогенезі і дають підстави для висновків про необхідність розширення в нашій країні наукових досліджень у цьому напрямку.

Водночас слід зазначити, що спеціалісти онкологічної служби здебільшого не мають відповідної медико-генетичної освіти і навичок генетичного консультування хворих та їхніх сімей, відсутня також лабораторна база для широкого впровадження сучасних молекулярних методів визначення схильності до виникнення пухлин та ранньої їх діагностики.

Відомо, що реалізація спадкової схильності до будь-якого онкологічного захворювання можлива в основному тільки при дії чинників навколишнього середовища. Для виявлення найбільш значущих факторів, що впливають на реалізацію спадкової компоненти, важливе значення мають стандартизовані епідеміологічні дані про поширеність різних форм пухлин серед населення, які можна отримати при діяльності канцер-реєстру. Саме на них повинна базуватися система диспансеризації [12, 28].

Не викликає сумнівів важливість усунення канцерогенних чинників з оточення людини для запобігання розвитку онкологічної патології, але важко переоцінити значення чинника харчування для профілактики злоякісних утворень. Серед чинників довкілля і способу життя, які суттєво впливають на виникнення онкопатології, найважливішим визнано харчування: його внесок сягає 35–50% [25].

Необхідно зазначити, що на сьогодні харчування населення можна оцінити як розбалансоване та полінутриєнтно дефіцитне. Українськими вченими вперше розроблені національні норми харчування, в яких проведена корекція вмісту у добовому раціоні аскорбінової кислоти – на 12%, токоферолу – на 50%, рибофлавіну – на 30 %. Вперше внесений норматив фізіологічних потреб у селені. Зазначається також, що вуглеводи у харчуванні повинні бути переважно складними і надходити в організм з овочами, фруктами, зерновими та складати 50-70 % від добових енергетичних витрат. При цьому необхідна забезпеченість клітковиною в межах 25–40 г на добу, пектинами – 6–8 мг на добу. Мінімальне споживання овочів і фруктів повинно становити не менше, ніж 400 г на добу (без врахування картоплі). Дотримання цих нормативів дозволяє проводити популяційну профілактику деяких захворювань, у тому числі суттєво впливати на рівень онкологічної патології. Нині зусиллями кількох країн під егідою ВООЗ проводиться епідеміологічне дослідження, яке має

на меті отримати безперечні докази впливу дієти, насиченої антиоксидантами (у тому числі вітамінами за рахунок овочів та фруктів), на зниження частоти злоякісних пухлин [19, 23].

Особливої уваги потребує насичення продуктів харчування йодом. Йодний дефіцит, притаманний значній кількості областей України [2], призводить до розладів діяльності щитоподібної залози, гормони якої відіграють важливу роль у процесах антиканцерогенезу. На сьогодні, патологія щитоподібної залози в країні є досить поширеною. Вона складає більш ніж 40% від усіх ендокринних хвороб і є навіть поширенішою, ніж цукровий діабет [10].

Необхідно підкреслити, що в нашій країні традиційно переважає лікувальна медицина. На лікувальний процес і його обґрунтування витрачається грошей у 20-25 разів більше, ніж на розроблення і впровадження заходів профілактичної медицини [17].

Серед тез доповідей, опублікованих на другому з'їзді онкологів країн СНД, тільки менше трьох відсотків були присвячені проблемам профілактики онкологічних хвороб [15]. Цей факт відображає невикористання належною мірою стратегії зміцнення здоров'я для профілактики онкозахворювань.

На сьогодні робота центрів здоров'я, засобів масової інформації, онкологічної служби не спрямована на первинну профілактику онкопатології шляхом формування прагнення і навичок здорового способу життя.

Поширюється паління, яке є чинником ризи-

ку багатьох онкологічних хвороб серед жінок. Палять навіть вагітні жінки [18].

Відсутня систематична пропаганда антиканцерогенних (антимутагенних) властивостей компонентів харчових продуктів, домішок, деяких фармакологічних препаратів.

Не використовуються шляхи попередження і корекції стресу різного походження незважаючи на те, що, у зв'язку із соціально-економічними обставинами нашого сьогодення, більша частина населення перебуває у стані хронічного емоційного стресу, який може бути джерелом соматичного мутагенезу, імунодепресії і раку опісля [1,7].

Пропонується:

- постійно використовувати всі галузеві структури та засоби масової інформації для підвищення поінформованості населення щодо важливості здорового способу життя для запобігання онкозахворюванням;

- організовувати диспансерний нагляд за особами з груп ризику (до таких груп віднести і осіб з хронічним гормональним дисбалансом різної етіології, особливо це стосується розладів діяльності щитоподібної залози);

- при організації профілактичної диспансерної служби в дитячій онкології використовувати дані реєстрів випадків природжених вад розвитку;

- одним із завдань онкологічної служби вважати медико-генетичне консультування сімей, що мають онкологічних хворих;

- включити в програму атестації онкологів, терапевтів і сімейних лікарів питання з онкологічної генетики.

### Список літератури

1. Апчел В.Я. Стресс, постстрессорные нарушения и их коррекция // Проблемы окружающей среды и природных ресурсов. Обзорная информация. – М., 1999. – Вып. 10. – С. 29–75.
2. Боднар П.М. Йододефіцитні розлади – актуальна медико-соціальна проблема // Лікар. справа. Врачеб. дело. – 2001. – № 3. – С. 8–10.
3. Бутенко З.А. Опухольассоциированные гены и канцерогенез // Журн. АМН України. – 1999. – Т. 5. – №3. – С. 413–425.
4. Возианов А.Ф., Романенко А.М., Ямамото Ш., Фукушима Ш. Специфические мутации гена p53 в уротелии мочевого пузыря у лиц, проживающих в загрязненных <sup>137</sup>Cs регионах Украины // Журн. АМН України. – 1999. – Т.5, № 3. – С. 402–412.
5. Ганина К.П., Пересулько А.П., Н. Н. Глущенко. Клинико-генеалогическая и генетико-математическое изучение в семьях пробандов с раком тела матки в Черновицкой области // Цитология и генетика. – 2001. – № 2. – С. 26–29.
6. Ганина К.П., Шевченко И.Т., Залетаева Т.А. Основы и принципы медико-генетического консультирования в онкологии. – М., 1979. – 20 с.
7. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Уколова М.А. Адаптационные реакции и резистентность организма. Ростов н/Д: Изд. Рост. ун-та. – 1990. – 223 с.
8. Гарькавцева Р.Ф., Сотникова Е.Н., Казубская Т.П. и др. Принципы выявления и диспансеризации лиц с повышенным риском развития злокачественных новообразований // Профилактика наследственных болезней. Сб. тр. / Под ред. Н.П. Бочкова. – М., 1987. – С. 114–127.
9. Запорожан В.М., Ганина К.Г., Гоженко А.І., Пересулько О.П. Генетичний підхід до ранньої діагностики злоякісних пухлин жіночої репродуктивної сфери // Журн. АМН України. – 2001. – Т. 7, №1. – С. 78–87.
10. Караченцев Ю.І. Особливості перебігу та тактики лікування тиреоїдної патології в Україні на сучасному етапі // Вісн. наук. досліджень. – 2001. – № 4. – С. 5–7.
11. Кисилев Ф.Л., Павлыш О.А., Татосян А.Г. Молекулярные основы канцерогенеза у человека. – М.: Медицина. – 1990. – 320 с.

12. Мечев Д.С. Статистика раку в Канаді: можливості зіставлення з "Канцер-реєстром України" // Укр. радіол. журнал. – 2001. – № 9. – С. 126–134.
13. Налескина Л.А., Ганина К.П., Осинская Е.В., Бородай Н.В. Сегрегационный и генетико-дисперсионный анализ родословный больных раком молочной железы Киевского региона // Цитология и генетика. – 1995. – Т. 29, №5 – С. 60–64.
14. Поповська Т.М. Асоціаційні зв'язки між HLA-фенотипом онкологічних хворих та розвитком гіперсенситивних реакцій // Укр. радіол. журнал. – 1998. – №6. – С. 300–302.
15. Профилактика и скрининг опухолей. Предрак. // Онкология 2000: Тез. II съезда онкологов стран СНГ, Киев, 23–26 мая 2000 г. – К., 2000. – С. 56–90.
16. Семинары по эпидемиологии окружающей среды: Учеб. пособие. – Бильтовен: ВОЗ, 1993. – 194 с.
17. Сердюк А.М., Тимченко О.І. Ресурси удосконалення медичної допомоги населенню: інформація та фінанси. друк // Информационные технологии и программно- аппаратные средства в медицине, биологии и экологии. – К.: Мединформ, 1998. – Ч. 1. – С. 7–13.
18. Смирнова И., Кваша Е. Табакокурение в Украине // Доктор. – 2001. – № 2. – С. 69–75.
19. Смоляр В.І. Основні положення нової концепції збалансованого харчування // Лікар. справа. Врачеб. дело. – 1997. – № 2. – С. 5–8.
20. Спицин В.А., Титенко Н.В. Экогенетическая обусловленность полиморфизма трансферина (Т) в разных половозрастных группах у русских и бурят // Генетика. – 1990. – Т. 26, № 9. – С. 1675–1678.
21. Тимченко О.І., Сердюк А.М., Омельченко Е.М. Генофонд і здоров'я населення: значення шлюбних міграцій. – К.: Преса України, 2002. – 79 с.
22. Фогель Ф., Мотульски А. Генетика человека. – М.: Мир, 1990. – Т. 2. – 376 с.
23. Циприян В.И., Ялукт С.И. Питание в профилактике опухолей. – К.: Книга плюс, 2000. – 147 с.
24. *Ecogenetics. Genetic predisposition to the toxic effects of chemicals* / Ed. Ph. Grandjean. – London, 1991. – P. 3–18.
25. *Diet nutrition and the prevention of chronic diseases.* – Geneva: WHO, 1991. – 30 p.
26. Lane D.P. p53. Guardian of the genome // *Nature.* – 1992. – №358. – P. 15–16.
27. Malvihill J.J. Genetic repertory of human neoplasia // *Genetic of Human Cancer* / Eds. J.J. Malvihill et al. – N-Y.: Raven Press, 1977. – P. 137–143.
28. Plesko I., Vlasak V., Kramarova E., Obsitnicova A. The Role of the registry in the study of relation between cancer and environment experiences from Slovakia // *Central European J. of Public Health.* – 1993. – № 1. – P. 19–25.

## ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДОСТИЖЕНИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ГЕНЕТИКИ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Сердюк А.М., Гойда Н.Г., Тимченко О.И., Елагин В.В., Линчак О.В., Омельченко Э.М. (Киев)

В возникновении и развитии онкологических заболеваний, любой мультифакториальной патологии играют роль наследственная и средовая компоненты. В последние годы установлена связь отдельных генов с развитием определенных опухолей и лейкоза человека.

Предлагается одной из задач онкологической службы считать медико-генетическое консультирование семей, имеющих онкологических больных; включить в программу атестации онкологов, терапевтов и семейных врачей вопросы онкологической генетики; организовать диспансерное наблюдение за группами риска (в частности, лиц с хроническим гормональным дисбалансом различной этиологии).

При внедрении в практику медико-генетического консультирования методов, позволяющих идентифицировать лиц с повышенным риском развития опухолей появится возможность осуществлять профессиональный отбор; определять группы риска с целью первичной профилактики рака.

## PREVENTIVE MEDICINE: USE OF MEDICAL GENETICS ACHIEVEMENTS IN PREVENTION OF ONCOLOGICAL DISEASES

A.M. Serdyuk, N.G. Hoida, O.I. Tymchenko, V.V. Yelagin, O.V. Lynchak, E.M. Omelchenko (Kyev)

The heredity and environmental factors play a definite role in development and occurrence of oncological diseases of any multi-factories pathology. In recent years a relationship was established between some genes and development of definite tumors and human leukosis.

Medico-genetic consulting of families who have oncologic patients is to be one of tasks of oncological services; it is proposed to include questions concerning the oncologic genetics into the program of certification of oncologists, therapists and family doctors; to organize an out-patient observation of risk-groups persons, those with chronic hormonal disbalance of different ethiology in particular.

When introducing medico-genetic consulting methods into practice which will allow to identify persons with a high risk of tumors development possibilities will occur to make an occupational selection and to define risk groups aiming at a primary cancer prevention.

ДК 312.6:616–057.36 (477)

О.М. ВОЛИК (ІРІНЬ)

## ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ЗДОРОВ'Я ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ КАДРОВОГО СКЛАДУ ЗА ДАНИМИ ЩОРІЧНОЇ СТАТИСТИЧНОЇ ЗВІТНОСТІ

Науково-дослідний інститут проблем військової медицини Збройних Сил України

Одним із найактуальніших напрямів наукових досліджень з питань соціальної медицини та охорони здоров'я є вивчення стану здоров'я та умов його формування в окремих статевих-вікових, територіальних, професійних і соціальних груп населення [6].

Стан здоров'я військовослужбовців – вагомий чинник боєздатності військ, який має значне економічне та соціальне значення [2, 3]. Дослідження стану здоров'я військовослужбовців Збройних Сил України (ЗС України) за матеріалами галузевої статистичної звітності та з використанням середніх інтенсивних і екстенсивних показників проводилися деякими авторами [4]. Також стан здоров'я військовослужбовців ЗС України кадрового складу вивчався шляхом визначення динаміки основних інтенсивних показників. Багаторічну динаміку показників здоров'я характеризували за основними параметрами – спрямованістю та швидкістю зміни рівня динамічності ряду, які визначали обчисленням середнього темпу росту показників як середньої геометричної величини за формулою:

$$T_{p, \text{геом}} = \sqrt[n]{\prod_{i=1}^n T_{p,i}}$$

де  $\prod_{i=1}^n$  – знак множення варіант від  $T_{p,i}$  до  $T_{p,n}$ ;  $T_{p,i}$  – окремі варіанти ряду ( $i=1, 2, \dots, n$ );  $n$  – число варіант у ряду.

Дослідження проводилося на основі даних галузевої статистичної звітності за період з 1994 по 2000 р. щодо показників здоров'я (первинна захворюваність, рівень госпіталізації, випадки та дні втрати працездатності, середня тривалість одного випадку непрацездатності, звільнення, смертність) військовослужбовців ЗС України кадрового складу (офіцерів).

Відомо, що показники захворюваності (загальної, госпіталізованої, з втратою працездатності) базуються на звертання пацієнтів до медичних закладів, а тому залежать від багатьох чинників: власне стану здоров'я, відстані до медичного закладу, рівня діагностичної роботи, ставлення

до власного здоров'я, професійних вимог до здоров'я тощо [5].

Відомий спеціаліст із санітарної та демографічної статистики Г.А. Баткіс зауважував, що "подібна "величина захворюваності" найменше відбиває хворобливість, а відображає рух звертання в умовах зростаючої доступності медичної допомоги" [1]. Тому в багатьох країнах основними показниками суспільного здоров'я є загальна та вікова смертність.

Стосовно ЗС слід враховувати те, що зменшення загальної смертності може відбуватися на тлі або невдовзі після збільшення кількості звільнень військовослужбовців за станом здоров'я. В такому випадку зменшення рівня загальної смертності не є показником поліпшення стану здоров'я.

Загалом високий рівень реєстрації захворювань та низький рівень смертності (звільнення із Збройних Сил) відображають доступність та якість медичної допомоги, а також добрий стан здоров'я населення. Низький рівень захворюваності на тлі високої смертності свідчить про малодоступність (низьку якість) медичного обслуговування та проблеми зі здоров'ям у досліджуваного контингенту [7].

Більшість показників, що характеризують стан здоров'я військовослужбовців, протягом визначеного періоду мали тенденцію до збільшення як в цілому, так і за окремими видами, оперативними командуваннями та об'єднаннями ЗС України. Однак рівень смертності в цілому по ЗС України дещо зменшувався – в середньому на 1,38 % щороку. Враховуючи, що водночас значно зріс рівень звільнення (на 26,01 %), можна стверджувати, що деяке зменшення смертності досягнуте завдяки звільненню з лав Збройних Сил військовослужбовців, які мають суттєві проблеми зі здоров'ям. Тобто основні показники, що характеризують стан здоров'я військовослужбовців (смертність та звільнення), мали помітну тенденцію до погіршення.

Саме звільненням найбільш проблемної з огляду на здоров'я категорії військовослужбовців

можна пояснити той факт, що на тлі погіршення стану здоров'я середня тривалість одного випадку непрацездатності в цілому по ЗС України практично не змінювалася (-0,03 %), а темпи зростання кількості випадків і днів втрати працездатності були майже однаковими (3,55 % та 3,57 % відповідно), що може бути показником стабільної тяжкості загальної суми захворювань.

Зростання рівнів загальної (в середньому на 2,51 % щороку) та госпіталізованої (на 6,32 %) захворюваності відображає як погіршення стану здоров'я, так і достатній рівень медичного забезпечення військовослужбовців. Крім того, певний надлишковий рівень госпіталізації за 1994–2000 рр. не мав тенденції до зменшення. Медична служба ЗС України продовжує працювати на екстенсивній основі без помітних зрушень щодо розвитку первинної медико-санітарної допомоги.

Цікавими є демографічні показники у Північному оперативному командуванні (ПівнОК), де спостерігаються найшвидші у Збройних Силах темпи зменшення смертності (11,74 %), первинної захворюваності (7,89 %), випадків (6,92 %) та днів (4,49 %) втрати працездатності, а також зниження рівня госпіталізації (в середньому на 2,83 % щороку). Водночас надзвичайно швидкими темпами зростає рівень звільнення (87,01 %) та найбільше серед інших формувань ЗС України збільшувалася середня тривалість одного випадку непрацездатності (2,62 %). Тобто, виходячи лише з наведених даних, можна констатувати погіршення стану здоров'я військовослужбовців ПівнОК та зменшення доступності для них медичного обслуговування.

Кардинально відмінною є ситуація у Військово-повітряних силах (ВПС) України, де з впевненістю можна констатувати тенденцію до поліпшення стану здоров'я їхнього особового складу: тривалість одного випадку непрацездатності зменшилася в середньому на 6,64 % щороку, рівень звільнення – 1,48, смертності – на 3,82 %. На такому тлі зростання рівня первинної захворюваності на 9,17 % пояснюється активізацією роботи з виявлення захворювань, тобто розвитком первинної ланки медичної допомоги, а щорічне збільшення (на 8,73 %) кількості випадків непрацездатності відбувається за рахунок порівняно нетяжких захворювань. Враховуючи поліпшення стану здоров'я військовослужбовців ВПС і ймовірний прогрес у розвитку первинної ланки медичної допомоги, тенденція до суттєвого скорочення рівня госпіталізації військовослужбовців (в середньому на 5,15 % щороку) є цілком законною.

Рівень звільнення військовослужбовців у 43-й Ракетній армії (43 РА) є єдиним серед інших показників, що мав виразну періодичність: стрімке

щорічне зростання від 32,4 у 1994 р. до 170,72 % у 1998 р. з багаторазовим зниженням за наступні два роки до 21,8. Тобто математичне зменшення звільняємості (в середньому за період дослідження на 6,39 % щороку) не повністю відображає дійсний стан речей. Інші показники стану здоров'я військовослужбовців 43 РА мали тенденцію до досить значного збільшення. Зокрема, найбільшим серед інших формувань ЗС України було зростання рівня первинної захворюваності (21,48 %), госпіталізації (24,99 %), кількості випадків (22,73 %) і днів (18,22 %) непрацездатності, а також смертності (13,93 %). Крім того, на 3,67 % зменшилася середня тривалість одного випадку непрацездатності.

Отже, погіршення стану здоров'я військовослужбовців 43 РА супроводжувалося досить значною активізацією роботи з виявлення захворювань і надання медичної допомоги.

В інших формуваннях загальні тенденції в стані здоров'я військовослужбовців з деякими особливостями близькі до тих, що спостерігаються у Збройних Силах в загальному.

Отже, існує помітна тенденція до погіршення стану здоров'я військовослужбовців кадрового складу як в цілому, так і в більшості формувань ЗС України; рівень медичного забезпечення залишається на досить високому рівні. Тобто чинники, що мають вирішальний вплив на стан здоров'я військовослужбовців, перебувають за межами можливого впливу медичної служби ЗС України. Особливо показово у цьому розрізі є ситуація у 43 РА. Відсутність належних заходів щодо мінімізації негативного впливу шкідливих чинників професійної діяльності (під час ліквідації ядерного озброєння) призвела до значного погіршення стану здоров'я військовослужбовців і відповідного зростання потреби у медичному обслуговуванні.

Дещо інша ситуація у ВПС, де начальник медичної служби є заступником командувача, який має широкі повноваження щодо впливу не лише на медичні підрозділи та частини, але й на загальновійськове командування усіх рівнів. Водночас це демонструє усвідомлення вищим командуванням ВПС важливості стану здоров'я військовослужбовців у забезпеченні боєздатності військ.

Як відомо, позитивні зміни у стані здоров'я населення в сучасних умовах можливі лише в разі створення ефективної багаторівневої системи охорони здоров'я поряд з існуючою системою надання медичної допомоги.

Система військової охорони здоров'я потребує:

– на державному рівні: законодавчого та ви-

контингенту забезпечення комплектування Збройних Сил здоровим контингентом, соціального захисту військовослужбовців, охорони навколишнього природного середовища тощо;

- на рівні Міністерства оборони України: нормативного забезпечення безпечних умов діяльності військовослужбовців;

- на рівні командування всіх ланок: персональної відповідальності командирів усіх рангів за збереження здоров'я і життя особового складу, дотримання вимог нормативних документів щодо охорони здоров'я військовослужбовців;

- на рівні військово-медичної служби: проведення комплексу лікувально-профілактичних, санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів,

пропаганди гігієнічних знань і здорового способу життя, впровадження програм превентивної медицини на основі пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги;

- на індивідуальному рівні: особистої відповідальності військовослужбовців за збереження власного здоров'я.

Основні положення системи охорони здоров'я військовослужбовців отримали відображення у військово-медичній доктрині, керівництві з медичного забезпечення ЗС України в мирний час та інших відомчих нормативних документах, що розробляються. На державному рівні необхідне прийняття закону про охорону здоров'я та життя військовослужбовців.

### Список літератури

1. Баткис Г.А. Вопросы санитарной и демографической статистики: Избр. произведения/ Под ред. А.М. Меркова. - М.: Статистика, 1964. - С. 207-208.
2. Білий В.Я., Сохін О.О., Вовкодав М.М., Варус В.І. Концепція професійного здоров'я військовослужбовців у Програмі будівництва та розвитку Збройних Сил України // Наука і оборона. - 2000. - №3. - С.22-26.
3. Варус В.І. Стратегія превентивної медицини в охороні професійного здоров'я військовослужбовців Збройних Сил України у XXI сторіччі // Там же. - 2001. - №2. - С.20-23.
4. Вовкодав М.М. Наукове обґрунтування основних напрямків реформування системи охорони здоров'я військовослужбовців Збройних Сил України: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.02.03. - К., 1999. - 20 с.
5. Голяченко О. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. - К.: Вігай, 1993. - 38 с.
6. Нагорна А.М. Основні напрями наукових досліджень з проблем соціальної медицини та охорони здоров'я. Шляхи їх реалізації // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. - 1999. - №1. - С.60-66.
7. Тарасов Г.В., Цека О.С., Масленников М.Ф., Ладыгина И.Д. К методике изучения здоровья на основе регистра населения // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2000. - №1. - С.23-26.

## ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВ'Я ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ УКРАИНЫ КАДРОВОГО СОСТАВА ПО ДАННЫМ ЕЖЕГОДНОЙ СТАТИСТИЧЕСКОЙ ОТЧЕТНОСТИ

А.Н. Волик (Ирпень)

Исследована многолетняя динамика основных статистических показателей, характеризующих состояние здоровья военнослужащих Вооруженных Сил (ВС) Украины кадрового состава. Выявлена тенденция к ухудшению состояния здоровья данного контингента на фоне относительно стабильного уровня медицинского обеспечения. В связи с тем, что большинство факторов, влияющих на состояние здоровья военнослужащих, находятся вне сферы влияния военно-медицинской службы, подчеркивается необходимость создания многоуровневой системы здравоохранения военнослужащих.

## DYNAMICS OF HEALTH INDICES FOR THE UKRAINIAN ARMED FORCES MILITARY MEN (OFFICERS) BASED ON THE DATA OF ANNUAL STATISTIC REPORTS

О.М. Volik (Irpen)

Long-term dynamics of the basic statistical parameters has been investigated. It characterizes a health status of military men (officers) of the Armed Forces (AF) of Ukraine. A tendency to deterioration of health status of the given quota on the background of a stable level of medical provision is revealed. Due to the majority of factors, which determine health status of military men are outside the influence sphere of a medical service, the necessity of creation of multilevel health protection sphere of military men is emphasized.

УДК 616.33/.34-089-036.86

С.В. АФАНАСЬЄВ (ДНІПРОПЕТРОВСЬК)

## ПРОБЛЕМИ ІНВАЛІДИЗАЦІЇ ХВОРИХ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ НА ОРГАНАХ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності

Всесвітньою організацією охорони здоров'я проголошено нову політику щодо удосконалення якості охорони здоров'я, мета якої – збереження життя і досягнення якомога вищого рівня здоров'я населення. Згідно з нею, до 2000 р. в усіх країнах-учасниках ВООЗ мали бути започатковані структури та процеси, які гарантували б безперервне удосконалення якості охорони здоров'я, а також розвиток та впровадження на відповідному рівні медичних технологій [1].

В Україні питанням підвищення ефективності та якості медичної допомоги приділяється велика увага на державному рівні, про що свідчить "Концепція розвитку охорони здоров'я населення України" (надалі – Концепція), затверджена Указом Президента України від 7 грудня 2000 р. № 1313\2000.

Одним із завдань, що впливають з неї, є підвищення якості результатів оперативних втручань на органах шлунково-кишкового тракту (ШКТ). Нині останні залишаються основним методом лікування багатьох захворювань органів ШКТ, таких, як гострі запальні процеси, травматичні ушкодження, гостра кишкова непрохідність непухлинного генезу, жовчно-кам'яна хвороба, ускладнена виразкова хвороба, ускладнення гострого та хронічного панкреатиту, грижі різного генезу та ін. [3, 5]. Поряд з цим, незважаючи на значні успіхи у розвитку та впровадженні сучасних хірургічних технологій, первинна та набута інвалідність, пов'язана з тяжкими наслідками подібних оперативних втручань, залишається на досить високому рівні.

На сьогодні в Україні немає статистичних даних щодо інвалідності серед хворих після оперативних втручань на органах ШКТ. Зазначені контингенти інвалідів у рамках статистичної звітності відносяться до рубрики "Інвалідність внаслідок хвороб органів травлення".

З метою визначення орієнтовних показників первинної та набутої інвалідності, пов'язаної з ускладненнями оперативних втручань на органах ШКТ, у 2001 році співробітниками хірургіч-

ного відділення Українського державного науково-дослідного інституту медико-соціальних проблем інвалідності проведено анкетування головних експертів усіх областей України. Згідно з отриманими даними, у 2001 році після оперативних втручань на органах ШКТ в Україні первинно визнано інвалідами близько 2000 хворих, тобто 35% первинної інвалідності виникає внаслідок хвороб органів травлення. Набута інвалідність серед згаданого контингенту становила близько 7000 хворих.

Отримані дані навели на думку про доцільність визначення негативних факторів, що сприяють нині інвалідації пацієнтів після оперативних втручань на органах ШКТ, а також позитивних, які впливають на адекватне відновлення життєдіяльності цих хворих.

Для досягнення цієї мети проаналізовано 300 випадків післяопераційних ускладнень оперативних втручань на органах ШКТ. У 52 хворих (група контролю) ускладнення не призвели до інвалідності, 248 (дослідна група) – стали інвалідами після загальноприйнятих, добре відпрацьованих оперативних втручань. В дослідній групі було 177 інвалідів III групи та 71 інвалід II групи.

Аналіз показав, що причинами інвалідності хворих після оперативних втручань на органах ШКТ були тяжкі післяопераційні ускладнення або пролонгація основного захворювання у післяопераційному періоді, що супроводжуються значним обмеженням життєдіяльності та соціальною дезадаптацією пацієнтів. Поряд з цим визначено, що виникнення вказаної вище патології у післяопераційному періоді може не призводити до значної соціальної дезадаптації та інвалідації хворих.

Міжнародна номенклатура порушень, обмежень життєдіяльності та соціальної недостатності пропонує єдину концепцію наслідків хвороби: хвороба чи розлад – порушення – обмеження життєдіяльності – соціальна дезадаптація [2]. З розвитком клінічних проявів хворий звертається за медичною допомогою, йому проводиться



длий комплекс діагностично-лікувальних та реабілітаційних, профілактичних заходів, спрямованих на вторинну профілактику інвалідності. Цей процес завершується наслідком захворювання: повним одужанням, виникненням ускладнень або перехоном захворювання у хронічну форму. Два останні наслідки можуть бути причиною суттєвого обмеження життєдіяльності та соціальної дезадаптації, тобто інвалідності. Таким чином, процеси одужання або інвалідизації хворих є динамічними. Поряд з цим, на них впливають об'єктивні та суб'єктивні фактори, які по суті є медико-соціальними і можуть бути керованими

або некерованими, носити негативний або позитивний характер [4, 6].

Проведене дослідження показало, що ризик інвалідизації хворих з наслідками оперативних втручань на органах черевної порожнини був вищим, якщо сума негативних факторів перевищувала суму позитивних.

З метою оцінки дії різних факторів було розроблено інтегральну схему етапів надання медико-експертної допомоги хворим та інвалідам, які потребували оперативного втручання на органах ШКТ або перенесли його, що діє в Україні сьогодні (рис. 1).



Рис. 1. Схема надання хірургічної та медико-експертної допомоги хворим та інвалідам, які потребували та перенесли хірургічні втручання.

У результаті проведеного аналізу були визначені об'єктивні фактори негативного характеру, що мають суттєвий вплив на вказані процеси, а також оцінені можливості ефективного впливу на них з боку органів управління охорони здоров'я та медичних кадрів.

Некеровані об'єктивні негативні фактори:

1. Медико-біологічні:

1.1. патогенетичні та патофізіологічні особ-

ливості тяжкості клінічного перебігу основного захворювання та його ускладнень (спайкова хвороба черевної порожнини, тяжкі форми хронічного панкреатиту та ін.);

2. Соціальні:

2.1. важке економічне становище в Україні;

2.2. неможливість перенавчання та раціонального працевлаштування хворих у даній місцевості.

За нашими даними, медико-біологічні нега-

тивні фактори мали суттєве значення щодо наслідку захворювання лише у 2% інвалідів. У цих випадках тяжкі за клінічним перебігом захворювання мало піддавалися лікуванню та супроводжувались вираженими функціональними розладами, які обумовлювали значне обмеження їх життєдіяльності та спричиняли соціальну дезадаптацію пацієнтів.

Соціальні некеровані фактори справляли негативний вплив на розвиток післяопераційних ускладнень у 80% хворих контрольної групи та майже у всіх випадках дослідної групи. Пацієнти через важке матеріальне становище не отримували сучасної високотехнологічної спеціалізованої хірургічної допомоги. Тому лікування, що їм проводилося, було неадекватним (наприклад, при патології протокової системи підшлункової залози, хронічному калькульозному холециститі, гігантських грижах черевної стінки та ін.).

Поряд з цим, деякі хворі не мали можливості влаштуватися за місцем проживання на роботу, адекватну стану їх здоров'я та професійній підготовці, що було пов'язано з відсутністю у даній місцевості потрібних підприємств, тому їм встановлювали ІІІ групу інвалідності через соціальні причини. На сьогодні з цілого ряду обставин об'єктивного характеру ефективний вплив на цю групу факторів обмежений.

Важке економічне становище в Україні зумовлює дію наступних керованих негативних факторів: нераціональна організація медичної допомоги, особливо на селі, диспропорції у розвитку амбулаторно-поліклінічної, стаціонарної, первинної та спеціалізованої допомоги, а також незадовільний зв'язок між її етапами.

Нині, з огляду на соціально-економічні умови в Україні, на перший план виходять: недостатнє використання сучасних медичних технологій у практичній діяльності хірургічних стаціонарів та недостатнє володіння ними медичним персоналом, обмежене матеріально-технічне забезпечення сучасним лікувально-діагностичним обладнанням медичних закладів. Поряд з цим, суттєво погіршують результати лікування такі фактори, як незадовільний стан підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації кадрів, що призвело сьогодні до нестачі висококваліфікованих кадрів, особливо у сільській місцевості. Не останнє місце в інвалідизації даного контингенту хворих посідає низький рівень інформаційного забезпечення та управління системою охорони здоров'я.

Також слід констатувати, що в багатьох випадках сучасне високотехнологічне хірургічне лікування недоступне більшості верств населення у зв'язку з його високою вартістю. Крім цього, сьогодні в Україні недостатньо розроблені стандарти надання хірургічної та медико-експертної

допомоги хворим та інвалідам з абдомінальною патологією.

Негативний вплив об'єктивних медико-соціальних факторів спостерігався у близько 80% хворих дослідної групи, у контрольній групі – у 60% хворих.

Результати дослідження свідчать про те, що нині в Україні з'являються об'єктивні фактори, передбачені у Концепції, які справляють позитивний вплив на процеси надання хірургічної та медико-експертної допомоги зазначеним контингентам. Слід особливо відзначити ті з них, що безпосередньо пов'язані з впливом на результати оперативних втручань у цих хворих:

1. Реформування системи охорони здоров'я, зокрема, установ медико-соціальної експертизи України;
2. Створення альтернативних медичних закладів;
3. Впровадження в Україні страхової системи охорони здоров'я;
4. Впровадження в ЛПЗ сучасних медичних технологій та заохочувальної системи оплати праці за кінцевим результатом;
5. Впровадження в ЛПЗ стандартів хірургічної допомоги щодо установи;
6. Оволодіння лікарями ЛПЗ сучасними медичними технологіями.

За матеріалами нашої роботи, дія позитивних факторів відзначалася лише у 40% спостережень контрольної групи та близько 18% – у дослідній.

Поряд з об'єктивними факторами, які справляють суттєвий вплив на процес надання хірургічної та медико-експертної допомоги хворим та інвалідам з ускладненнями після оперативних втручань на органах ШКТ, було визначено роль суб'єктивних факторів у впливі на наслідки захворювання, оцінювалися фактори, які залежать від пацієнтів та від медичного персоналу, що безпосередньо надає допомогу цим хворим. Оцінка дії суб'єктивних факторів проводилася за даними анкетування та аналізу медико-експертних справ хворих. Оцінювалися: ставлення до свого здоров'я, рівень самодисципліни, освіти, культури, професійна діяльність, особливості характеру, утриманські настрої та ін.

До факторів, що залежать від медичних кадрів, були віднесені: професійна майстерність та дисципліна, зацікавленість у кінцевому результаті лікування тощо.

У результаті проведеного дослідження визначено наступні негативні суб'єктивні фактори:

1. Ті, що залежать від пацієнтів:
  - 1.1. пізнє звернення за медичною допомогою та несвоєчасне її отримання, пов'язане із зволіканням з боку пацієнта;

1.2. відмова від комплексної реабілітації у післяопераційному періоді;

1.3. відмова від перенавчання та працевлаштування;

1.4. раннє формування у хворого "утриманських настроїв".

Проведене дослідження показало, що суб'єктивні фактори, які залежать від хворого, впливають на всі етапи надання медико-експертної допомоги зазначеним контингентам. Вони значною мірою визначають своєчасне звернення хворого за медичною допомогою, а надалі – виконання ним медичних та соціальних рекомендацій, потребу в реабілітації.

Але поряд з викладеними вище негативними факторами не можна не враховувати суб'єктивні негативні фактори, які мають місце з боку медичного персоналу і спостерігалися у 42% випадків дослідної групи (14% з боку ЛПЗ, 28% – з боку МСЕК). На перший план у цій групі факторів сьогодні виходять діагностичні, технічні та тактичні помилки, які мали місце на різних етапах надання хірургічної та експертної допомоги цим пацієнтам. Пов'язано це з недостатньою обізнаністю медичного персоналу і з особливостями клінічного перебігу інвалідизуючих функціональних порушень з боку ШКТ та недостатнім обстеженням хворих перед направленням до МСЕК, що зумовлює неправильне трактування клініко-експертного діагнозу і пов'язану з цим помилкову оцінку ступеня обмеження життєдіяльності.

Хворим дослідної групи у 20% випадків не виправдано призначається група інвалідності на 5 і більше років. Майже зовсім не приділяється увага професійній та соціальній реабілітації. Недостатньо проводиться динамічне спостереження за хворими-інвалідами з післяопераційними ускладненнями після операцій на органах ШКТ. Всі перелічені фактори сприяють психологічній дезадаптації хворих. Якщо у перші 2-3 роки після встановлення інвалідності хворі можуть відчувати потребу у реабілітації, то потім інвалідність стає невід'ємним атрибутом їхнього життя і реабілітувати їх дуже важко.

#### Висновки:

1. Проведене дослідження показало, що в Україні на сьогодні дія негативних факторів на процесі надання медико-експертної допомоги хворим та інвалідам з тяжкими наслідками оперативних втручань на органах ШКТ значно перевищує дію позитивних.

2. Вплив негативних об'єктивних факторів, які на сьогодні не підлягають корекції, значно менший від дії суб'єктивних керованих факторів. Зниження показників інвалідності за умов, що склалися, може ґрунтуватися на реалізації невикористаних резервів підвищення кваліфікації медичних кадрів, розробці та впровадженні науково обґрунтованих стандартів медико-експертної допомоги зазначеним контингентам, а також підвищенні ролі їх адекватної психологічної реабілітації та соціальної реадaptaції.

#### Список літератури

1. *Европейская политика по достижению здоровья для всех на XXI столетие (проект)*. – Женева: ВОЗ, 1997. – 217 с.
2. *Международная номенклатура нарушений, ограниченной жизнедеятельности и социальной недостаточности*. – М., 1998. – 106 с.
3. *Плечев В.В., Корнилов П.Г., Шавалеев В.В. и др. Хирургическая реабилитация больных с грыжевыми дефектами брюшной стенки огромных размеров // Паллиативная медицина и реабилитация*. – 1998. – №2-3. – 141 с.
4. *Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения: В 2 т. / Под ред. Ю.П. Лисицына*. – М.: Медицина, 1987. – Т. 1. – С. 148–150.
5. *Саенко В.Ф., Сухарев И.И., Масловская Н.И. Современные тенденции обеспечения качества в хирургии // Клін. хірургія*. – 1998. – № 2. – С. 36–38.
6. *Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / За ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка*. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – С. 95–101.

#### ПРОБЛЕМЫ ИНВАЛИДИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ОРГАНАХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

С.В. Афанасьев (Днепропетровск)

На основании анализа результатов оперативных вмешательств на органах желудочно-кишечного тракта у 300 больных оценено влияние различных объективных и субъективных факторов на исходы заболевания у этих пациентов. Выделены группы факторов, оказывающих отрицательное и положительное влияние на результаты хирургического лечения патологии желудочно-кишечного тракта, а также оценены возможности управления этими факторами с целью улучшения результатов лечения этих больных. Определено, что снижение показателей инвалидности, связанной с указанной патологией, в Украине на сегодняшний день должно основываться на разработке и внедрении стандартов хирургической и реабилитационной

помоги при абдоминальній патології, з акцентуацією на підвищенні ролі психологічної і соціальної реабілітації больних.

## INVALIDITY OUTCOMES CHALLENGE IN PATIENTS WITH VARIOUS GASTRO-INTESTINAL TRACT PATHOLOGIES AFTER THEIR SURGICAL TREATMENT

S.V Afanasjev (Dnipropetrovsk)

An experts' analysis of surgical treatment outcomes in a cohort of 300 patients with various GIT lesions has been performed. Some essential groups of factors concerning the treatment practices as well as medical, psychological and social rehabilitation seems to affect outcomes of basic surgical treatment in these patients have been also identified. The main activity direction for lowering possible invalidity outcomes after such treatment has to be based on strict observance of the existing Ukraine PHS departmental standards of surgical treatment and medical rehabilitation of GIT pathology patterns to be followed by provision of psychological and social rehabilitation and support for such patients.

УДК 616:301.185.1

*Г.В. БЕСПОЛУДИНА, О.А. КОЗИКОВА (ЛУТАНСЬК)*

## ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕЯКИХ ЗМІН СПОСОБУ ЖИТТЯ СІМЕЙ, ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ АВАРІЇ, ТА ПРОГРАМА РЕАБІЛІТАЦІЙНО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО МОНІТОРИНГУ ЇХ ВІДНОВЛЕННЯ

*Луганський державний медичний університет*

Стан здоров'я сімей, потерпілих внаслідок аварії на ЧАЕС, характеризується поєднанням соматичних і психоемоційних розладів, обумовлених впливом багатьох чинників, в тому числі постійним психоемоційним напруженням і характерним для членів цих сімей "синдромом жертви" [3]. Вказаний стан має тенденцію до погіршення, а в деяких сім'ях стає головним суб'єктивним чинником, що знижує "якість життя", фізичну, психологічну і соціальну адаптацію сім'ї [1]. Саме тому в таких сім'ях захворювання набувають тривалого перебігу, мають тенденцію до негативного розвитку і формування так званого замкненого кола.

Члени "чорнобильських сімей" належить до найбільш соціально вразливої категорії населення, оскільки основною особливістю їх поведінки є нестійкість нервово-психічної діяльності, що фор-

мує в ряді випадків недостатньо адекватні поведінкові реакції. Тому психологічний клімат сім'ї є вирішальним чинником виникнення захворювань, характеру їх перебігу та реабілітації [2].

Очевидно, що особи, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, формують підвищену потребу в стаціонарній допомозі, в лікарському забезпеченні, але головна проблема – організація систематичного відновлюючого лікування [4]. Оскільки кількість осіб, потерпілих внаслідок аварії на ЧАЕС, досить велика, гостро стоїть питання про пошук і розробку нових реабілітаційно-профілактичних програм, котрі враховують багатофакторність впливу аварії на ЧАЕС на організм людини.

На основі аналізу матеріалів дослідження встановлено ряд типових закономірностей, властивих сім'ям, що потерпіли від Чорнобильської

катастрофи. Серед найбільш значущих серед них потрібно виділити високий рівень поширеності патології, інвалідності й смертності в порівнянні з іншими контингентами. Особливо несприятливо складається ситуація в сім'ях переселенців і евакуйованих, де негативних показників значно більше, ніж в сім'ях ліквідаторів. Це пояснюється тим, що сім'ї переселенців і евакуйованих як мігранти зазнали додаткових труднощів, пов'язаних з переїздом і влаштуванням власного побуту на новому місці проживання, що внаслідок сполученої дії радіаційного чинника і міграції призвело до того, що саме в цих сім'ях у 85,0% випадків є захворювання, вищий рівень нагромадження хронічної патології, значно вищі показники тимчасової та стійкої непрацездатності, а також частіші випадки передчасної смертності в активному працездатному віці.

Загалом же для сімей, що постраждали від аварії, характерний більш високий рівень стресів, одним з виявів яких є байдуже ставлення до свого здоров'я. Зокрема 22,8±1,8% сімей нерегулярно проходять медичні огляди, 28,9±2,1% гнорують диспансерним спостереженням і не виконують запланованих курсів профілактичного оздоровлення й лікування, незважаючи на патологію, що є. 29,7±1,4% тільки в крайніх випадках звертаються за медичною допомогою лише тоді, коли хвороба набуває клінічно вираженого декомпенсованого характеру, у зв'язку з чим виникає потреба в стаціонарному лікуванні й у

проведенні інтенсивної терапії, що призводить до подовження термінів перебування на лікарняному ліжку, до збільшення витрат на лікування.

Крім того, встановлено, що 42,4±3,2% потерпілих сімей не беруть участі у реабілітаційних програмах, тому не досягається реабілітаційний ефект, значно зростають терміни інвалідності, несприятлива її динаміка. Таке становище пояснюється результатами проведеного опитування, згідно з яким 34,6±2,6% сімей не приділяють належної уваги своєму здоров'ю, нічого не роблять для його збереження й зміцнення та не вважають за необхідне проводити оздоровчо-профілактичні заходи.

Отже, проблема ліквідації медико-соціальних наслідків Чорнобильської аварії й розробка реабілітаційно-профілактичної програми для даних сімей залишається актуальним завданням. Його рішення вимагає комплексного підходу, що враховує всю сукупність медико-демографічних, соціально-економічних і організаційно-правових умов. Це забезпечує можливість динамічного спостереження за цими сім'ями, своєчасну реєстрацію змін в здоров'ї і проведення необхідних медичних заходів.

Можливий характер порушення окремих функцій сім'ї представлений на малюнку 1. Одним з виявів порушення сімейно-шлюбної функції є погіршення подружніх стосунків, розпад шлюбу, відсутність у сім'ї гармонії і щастя, небажання з боку подружжя мати дітей, розлад репродуктивної функції та ін.



Рис.1. Зміни способу життя в розрізі окремих функцій сім'ї, що постраждала внаслідок Чорнобильської аварії.

Характерними рисами порушення соціальної функції є: зрив адаптації, наслідком якого є втрата соціальних орієнтирів, зниження комунікативної функції, пониження соціального статусу, погіршення матеріального добробуту, поява девіантних форм соціальної поведінки тощо.

У процесі порушення виробничо-трудова функції нерідко спостерігається зневажливе ставлення до правил охорони праці й техніки безпеки на виробництві, випадки порушення трудової та технологічної дисципліни, поява браку й відсутність творчого підходу до виконуваної роботи, підвищений рівень конфліктності з колегами по роботі, зниження інтересу до праці, незадоволення її оплатою та організацією.

Типовими ознаками порушення санологічної функції є погіршення соціального, фізичного, психічного, духовного та сексуального здоров'я, зниження імунітету та опору чинникам зовнішнього середовища, в тому числі інфекційним агентам.

Під час розладу психологічної функції можуть спостерігатися: депресивні стани, агресія, фобії, неврозоподібні стани, надмірне реагування на стандартні ситуації і втрата антистресового захисту.

При незбалансованому способі життя нерідко страждає медична функція сім'ї, що виражається в ігноруванні порад лікаря і його призначень, нерегулярності звертання за медичною допомогою, низькому рівні санітарно-гігієнічної грамотності, у відсутності сімейних традицій щодо формування здорового способу життя і підтримки здоров'я.

Враховуючи різноплановий характер програми реабілітаційно-профілактичного моніторингу, орієнтованого на поліпшення здоров'я постраждалих сімей, найбільш чітко в ній виділяються медична і соціальна суть.

Медичний аспект програми полягає в своєчасній діагностиці преморбідних станів і в ранньому виявленні захворювань, у здійсненні комплексу оздоровчо-профілактичних і лікувально-реабілітаційних заходів. Важлива роль у здійсненні цих заходів відводиться сімейним і дільничним лікарям.

Соціальна суть програми зводиться до створення в сім'ї оптимальних умов для реалізації

основних функцій, пов'язаних з підтримкою відповідного соціального статусу, формуванням сприятливих взаємостосунків в сім'ї і за її межами, відновлення необхідного морально-психологічного клімату й соціального комфорту як важливих умов реалізації творчого потенціалу, добробуту і формування ідеології здорового способу життя. Крім того, помітна роль повинна відводитися вихованню у кожного члена сім'ї активної позиції щодо свого здоров'я і здоров'я інших членів сім'ї як вищої загальнолюдської цінності і необхідної умови фізичного і духовного благополуччя.

В організаційному плані реабілітаційно-профілактична програма є комплексним завданням, вирішення якого передбачає створення інфраструктури індустрії здоров'я і дозвілля для сім'ї. Це стає можливим за двох обставин.

По-перше, при створенні внутрішньосімейної інфраструктури індустрії здоров'я й відпочинку, яка виходить з матеріальної забезпеченості сім'ї (з коштів і технологій, що використовуються) і служить для підвищення потенціалу здоров'я.

Іншим аспектом реалізації такого завдання є споживання сім'єю товарів і послуг, що пропонуються ринком індустрії здоров'я й відпочинку. Досягнення організаційної мети – це не тільки умова підвищення здоров'я сімей, а й чинник інтенсивного розвитку інфраструктури індустрії здоров'я й дозвілля, що створює нові робочі місця, в умовах яких здійснюється професійна реабілітація, працевлаштування.

Отже, ефективність реабілітаційно-профілактичних заходів, що проводяться, визначається відношенням поставленої мети до отриманого результату. Така мета при здійсненні даних заходів є мірою відновлення тієї або іншої функції сім'ї: рівня добробуту, характеру задоволення споживчих запитів, а також відіграв роль, в інфраструктурі здоров'я, відпочинку й організації дозвілля, впливає на самопочуття й здоров'я. Тобто, поставлена мета допомагає зменшити факторне навантаження на сім'ю.

Вказані заходи складають основу сімейної профілактики в умовах істотного підйому хронічної патології, їх реалізація повинна стати одним з пріоритетних напрямків у системі суспільних цінностей і в галузі соціальної політики.

### Список літератури

1. Бєро М.П. Адаптивність семей ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС // Междунар. мед. журн. - 1998. - № 4. - С.57-59.
2. Лаврінєнко Н. В. Сім'я в умовах постчорнобильської ситуації // Чорнобиль і соціум.. - К., 1999. - Вип.5. - С.147-165.
3. Малаховський В.Н., Викторов В.И., Савинкина Л.П. Обоснование социально-гигиенических мероприятий по реабилитации населения территорий, подвергшихся радиационному загрязнению в результате Чернобыльской аварии // Вестник Российской АМН. - 1994. - № 5. - С. 52-54.

- 4 Москаленко В.Ф. Діяльність галузі охорони здоров'я за 2000 рік, завдання щодо подальшого її розвитку та покращення рівня здоров'я населення України: Доповідь на підсумковій колегії МОЗ 12.02.2001 // Діяльність галузі охорони здоров'я за 2000 рік, завдання щодо подальшого її розвитку та покращення рівня здоров'я населення України / МОЗ України, ред. Москаленко В.Ф. – Тернопіль: Укрмедкнига - 2001. – С.3-57

### **ХАРАКТЕРИСТИКА ОТДЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ОБРАЗА ЖИЗНИ СЕМЕЙ, ПОСТРАДАВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АВАРИИ, И ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИОННО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ИХ ВОССТАНОВЛЕНИЯ**

В. Бесполудина, О.А. Козикова (Луганск)

Дана характеристика изменений образа жизни семей, пострадавших в результате Чернобыльской аварии. Выявлены отдельные нарушения социальной, медицинской, семейно-брачной, производственно-трудовой, санологической, психологической функций, выполняемых семьей. Предложена программа профилактических мероприятий, направленная на оздоровление данных семей.

### **CHARACTERISTICS OF SOME CHANGES OF FAMILY MODE OF LIFE SUFFERED FROM CHERNOBYL CATASTROPHE AND THE PROGRAM REHABILITATION-PROPHYLACTIC MONITORING OF THEIR RECOVERY**

В. Bespoludina, O.A.Kozikova (Lugansk)

Characteristics of the changes of the way of life in the families suffered in the result of Chernobyl catastrophe is given. Some disturbances in their social, medical, marital, occupational, sanologic, psychological functions fulfilled by the family. The program of prophylactic measures aimed at health improvement of these families is recommended.

БДК 612.017.2 – 053.7

*Н.А. БУНЯК*

## **ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЇ СТУДЕНТІВ У ВУЗІ**

Тернопільський державний технічний університет імені Івана Пулюя

Перехід до нової соціальної ролі – ролі студента, зміна звичного шкільного “режиму” і вимог школи на незнайомий “режим” праці у вищих навчальних закладах, поява нових вимог потребують часу для адаптації навіть тоді, коли студент зустрічається із розумінням та дружнім ставленням викладацького колективу.

Життя студента будується за новими нормами і правилами – адже це перший крок у самостійності і початок відповідальності за свої зчинки.

Відомо, що процес адаптації до навчання у вузі явище багатогранне і завершується, зазвичай, до кінця третього курсу. Прискорення процесу адаптації до нового способу життя і діяльності, дослідження психологічних особливостей станів, що виникають в процесі навчальної діяльності, а також виявлення факторів, психологічних умов і закономірностей підвищення адаптації студентів – завдання поки що повністю не вирішене.

У результаті проведених бесід, опитування, анкетування студентів I-III курсів технічних спец-

іальностей одержана можливість виділити групи труднощів, з якими вони зустрічаються в цей період.

Перша група труднощів стосується досить великого числа студентів. Полягає вона у відсутності навичок до навчання у вищому навчальному закладі. Подібні навички швидко набуваються, але відсутність їх негативно відбивається на процесі адаптації. Мається на увазі конспектування лекцій, першоджерел, користування бібліотечним фондом і т.п.

До цієї ж групи відносяться труднощі спілкування з викладачами вузу. Студенти прагнуть перенести "шкільний" стиль спілкування у стіни вузу, проте це зумовлює безліч непорозумінь і конфліктних ситуацій. Процес спілкування утруднюється ще й тому, що більшість викладачів вищих навчальних закладів не мають спеціальної педагогічної освіти, їхня психологічна компетентність є вкрай низькою, що зумовлює додаткові труднощі і призводить до виникнення проблем.

Як свідчать результати наших досліджень, окремі студенти мають труднощі із спілкуванням і взаєморозумінням з ровесниками. Ми глибоко переконані, що причини цього полягають у застосуванні неадекватних, невірних видів виховання дітей в сім'ях. Проте свою роль накладає специфіка формування студентських груп, а також існуюче переконання про "жіночі" чи "чоловічі" спеціальності.

Друга група проблем пов'язана з недостатністю мнемонічної сфери. Це стосується тих спеціальностей, які вимагають уже на першому курсі запам'ятовування великої кількості матеріалу, що не йде ні в яке порівняння з вимогами школи.

У завдання викладачів вузу не входить формування навичок пізнавальної діяльності у студентів, тому дана ситуація може зумовити появу наслідків.

Насамперед, у студента протягом навчання в вузі можуть не сформуватися адекватні способи пізнавальної діяльності. В такому випадку всі сили студента будуть спрямовані лише на "відшукування обхідних шляхів". Це, в свою чергу, призведе до появи несформованого і малокваліфікованого фахівця своєї справи.

Окремо слід виділити особистісні труднощі студентів. Готовність до самовизначення є основним для старшокласників. З літературних джерел відомо, що особистість усвідомлено вибирає і регулює процес життя. Результати дослід-

жень доводять, що готовність до вибору життєвого шляху формується у досить незначній кількості випускників шкіл.

Слід підкреслити основну роль батьків в формуванні уявлень дитини про мету і структуру життєвого шляху. Отже, рішення про вступ до вузу не є самостійним і власним, а підказаним батьками, і повністю відповідає їхнім очікуванням. Тому після перших "святкових" днів з'являється відчуття, що потрапив "не в ті двері".

Бажання вступити до вузу аж ніяк не пов'язане з чіткою життєвою метою, а з прагненням таки "переступити поріг" вищого навчального закладу.

Майбутні студенти зовсім не знайомі з тим, що їх очікує в стінах вузу. А виявляється, що очікує їх навчання, та ще й до того у незвичних зовсім умовах – відсутності відчуття постійної опори і захищеності зі сторони батьків та необхідності самостійно приймати рішення. Студент губиться і не може ефективно пристосуватися до діяльності.

Переживання першокурсників можуть бути також досить об'єктивними. Справа в тому, що уява про майбутню професію та шлях, яким її можна досягти часто не співпадають з тим, чим реально доводиться займатися студенту. Структура процесу професійної підготовки має свою специфіку. Навчання розпочинається з вивчення загальних проблем, що мають відношення до дисциплін спеціальності. Лише з середини терміну навчання загальні дисципліни повністю замінюються спеціальними. І в кінці терміну навчання переважають практичні заняття і тренування для вироблення знань і навичок, необхідних в даній професійній діяльності.

Образ професії у більшості студентів пов'язаний з "захоплюючим викладанням предметів", "розумінням дітей і дорослих", "спілкуванням з людьми" і зовсім трохи із "добрим знанням предметів".

Підсумовуючи труднощі, що виникають в процесі навчання студентів в вищих навчальних закладах, треба зазначити наступне:

1. Низький рівень готовності до самостійного життя сучасних випускників шкіл.

2. Необхідність функціонування психологічної служби у вищих закладах освіти. Основним напрямком діяльності служби має бути розвиток особистості, прагнення до цілковитого вияву і постійного розвитку можливостей і здібностей, формування якостей, що дозволяють адаптуватися до професійної діяльності.



## ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ В ВУЗЕ

Н.А. Буняк (Тернополь)

Для анализа сложностей, с которыми встречаются студенты высших учебных заведений в процессе учебы проведено социологическое исследование студентов I-III курсов технических специальностей.

Полученные результаты показали необходимость функционирования психологической службы в вузах, основным направлением деятельности которой должно быть развитие личности, формирование качеств, которые помогут адаптироваться к профессиональной деятельности.

## THE PECULIARITIES OF ADAPTATION OF STUDENTS AT THE HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTION

N.A. Bunyak (Ternopil)

Sociological investigation of the students of I-III courses of engineering majors for the analysis of the difficulties with which the students of the higher educational institutions meet in their studies was held.

The results received showed the necessity of functioning of psychological service at the higher educational institution. The main trend of its activity should become the development of personality, forming of qualities, which help to adapt to the professional activity.

## ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

УДК 614.2:369.06(477.61)

Ю.А. ХУНОВ

## ПЕРШИЙ ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я ЛУГАНСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Управління охорони здоров'я Луганської обласної державної адміністрації

Багаторічний екстенсивний розвиток вітчизняної системи охорони здоров'я, невиправдане розширення спеціалізованої медичної допомоги призвели до серйозних диспропорцій у співвідношеннях між різними видами медичної допомоги.

Усунення таких перекосів стало одним із стратегічних завдань реформування галузі, спрямованих на удосконалення організації системи медичної допомоги і раціоналізацію витрат на охорону здоров'я за умови забезпечення доступності всіх видів медичної допомоги для різних верств населення, подальшого підвищення їх якості та ефективності [3].

Ухвалення Кабінетом Міністрів України постанови від 20.06.2000 р. №989 "Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я" та відповідних наказів Міністерства охорони здоров'я України, створило можливості для реорганізації первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) сільському та міському населенню на засадах сімейної медицини [2].

Нормативно-правовою базою для цих заходів стали: Концепція розвитку сімейної медицини в Україні, схвалена І з'їздом сімейних лікарів; моделі організації ПМСД на засадах сімейної медицини, розроблені Українським інститутом гро-

мадського здоров'я; пакет нормативно-правових документів, інструктивно-методичних матеріалів та удосконалених статистичних форм, необхідних для регламентації та характеристики організації і діяльності закладів (підрозділів) сімейної медицини, які вже частково затверджені наказами Міністерства охорони здоров'я [1, 4, 5, 6].

Важливе значення для впровадження сімейної медицини мало створення Української асоціації сімейної медицини і проведення I з'їзду сімейних лікарів у Львові, на якому було обговорено і вирішено багато актуальних питань.

Впровадження сімейної медицини має на меті задовольнити на первинному рівні до 80% медичних потреб населення, скоротити рівень та обсяги госпіталізації, зменшити потреби у спеціалізованій та швидкій медичній допомозі і таким чином скоротити витрати на ці дорогі види медичної допомоги.

Виконуючи зазначені постанову Кабінету Міністрів України, накази МОЗ України і рішення I з'їзду сімейних лікарів, управління охорони здоров'я Луганської обласної державної адміністрації, органи та заклади охорони здоров'я, медичні працівники області зробили перші, але дуже важливі кроки для їх реалізації. Серйозну і постійну допомогу в цій важливій і складній справі нам надають науковці Українського інституту громадського здоров'я на чолі з директором інституту професором В.М.Пономаренком.

В Луганській області ПМСД міському і сільському населенню на засадах загальної лікарської практики/сімейної медицини за станом на 01.01.2002 року надають в 19 закладах охорони здоров'я, де введено 22,25 ставок сімейних лікарів, які займають 23 фізичні особи. Їхніми помічниками працюють 49 середніх медичних працівників. Співвідношення лікарів і середніх медичних працівників становить 1:2,13.

За даними моніторингу, медичним обслуговуванням на засадах сімейної медицини охоплено 46 235 осіб, що становить 1,8% населення області (табл. 1). Вони зробили до своїх лікарів 191 089 відвідувань, тобто 4,1 відвідування на одного прикріпленого жителя.

З приводу захворювань сімейних лікарів відвідали 21 834 пацієнти, 77,5% з яких закінчили лікування на первинному рівні. Тільки 14,8% з них було направлено на консультацію та лікування до лікарів вузьких спеціальностей, а 7,1% госпіталізовано (в тому числі 6,4% в заклади вторинного і 0,7% в лікарні третинного рівня), тоді як рівень госпіталізації по області становить 21,08% (табл. 2).

Кількість викликів швидкої медичної допомоги на дільницях, які обслуговуються сімейними лікарями, порівняно з іншими територіями, знизилась

до 109,9 на 1000 прикріплених жителів проти 271.

Навіть ці перші кроки свідчать про ефективність надання ПМСД на засадах сімейної медицини. Хоча на початковому етапі цього процесу, коли замість потрібних 30–35 тис. сімейних лікарів первинну медико-санітарну допомогу на цих засадах за даними моніторингу надають лише 1056 фізичних осіб, давати об'єктивну оцінку такої реорганізації ще передчасно.

Сімейна медицина активніше впроваджується в сільській місцевості, оскільки лікарі сільських амбулаторій та дільничних лікарень за родом їх діяльності зобов'язані надавати медичну допомогу всьому населенню, незалежно від статі і віку, при всіх найбільш поширених захворюваннях і травмах [4].

Випереджаючими темпами здійснюється впровадження сімейної медицини в Новоайдарському і Троїцькому районах, де на засадах сімейної медицини працюють по 4 сільських лікарів, в Старобільському районі, де працюють три сімейних лікарів. Два сімейних лікарів працюють в селах Сватівського району, по одному лікарю – у Лутугінському і Кремінському районах.

Якщо за станом на 01.07.2001 р. в сільській місцевості області сімейні лікарі працювали в 6 закладах, у тому числі в 5 сільських амбулаторіях (з 60 наявних) і одній дільничній лікарні (з 19 наявних), то на 01.01.2002 р. кількість таких закладів збільшилась до 15, тобто втричі. Тепер сімейні лікарі працюють в 11 сільських амбулаторіях, трьох дільничних лікарнях і на одній сільській дільниці, приписаній до районної лікарні.

Таким чином, сімейну медицину в області впроваджено у 14,8% всіх закладів, що надають ПМСД сільському населенню, а сімейні лікарі становлять 10,6% лікарів, які працюють на сільських лікарських дільницях. При цьому частка населення, прикріплена до сімейних лікарів, досягла 9,3% від усієї чисельності сільського населення області.

Всі 15 сільських лікарських дільниць укомплектовано лікарями (по одному лікарю на дільницю), з яких двох лікарів атестовано за I категорією, 6 лікарів – за II категорією, а 7 лікарів ще не атестовано за фахом "загальна практика/сімейна медицина".

З 15-ма сімейними лікарями на сільських дільницях працюють 37 фізичних осіб середніх медичних працівників (медсестер і акушерок), співвідношення між ними становить 1:2,47.

Чисельність населення на трьох лікарських дільницях відповідає нормативу МОЗ України (1100-1200 осіб дорослого і дитячого населення на одного сімейного лікаря), в інших 11 випадках лікарські дільниці підлягають розукрупненню.

Таблиця 1. Охоплення населення Луганської області медичним обслуговуванням на засадах загальної лікарської практики/сімейної медицини

Чисельність населення Луганської області	Чисельність населення, яке одержує ПМСД на засадах сімейної медицини		Кількість відвідувань сімейних лікарів		Середня кількість відвідувань на одного жителя області
	абс. число	%	абс. число	на 1 прикріпленого жителя	
2 619 500	46235	1,8	586505	12,7	10,26

Таблиця 2. Надання первинної медико-санітарної допомоги населенню Луганської області на засадах сімейної медицини

Кількість пацієнтів, які звернулись до сімейного лікаря з приводу захворювання	3 них закінчили лікування у ЛЗП/СЛ		Були направлені на консультацію до вузьких спеціалістів %	Були госпіталізовані		Рівень госпіталізації на 100 прикріплених жителів	Рівень госпіталізації прикріплених жителів	Кількість викликів ШМД на 1000 жителів по області	Кількість викликів ШМД на 1000 жителів прикріплених жителів	Кількість викликів ШМД на 1000 жителів по області
	%	в т.ч. отримали стаціонаро-замінне лікування		в лікарні вторинного рівня, %	в лікарні третинного рівня, %					
21834	77,5	7,7	14,8	6,4	0,7	7,1	21,08	109,9	271,0	268,0

Кількість зареєстрованих хворих, які звернулися за медичною допомогою до сімейного лікаря, становить 42,2 на 100 мешканців. Кількість відвідувань на одного мешканця по дільницях сімейного лікаря складає в середньому 1,2, з яких 0,8 – з приводу захворювання, а решта 0,4 має профілактичний характер. Із загальної кількості лікарських відвідань 15,3% становлять відвідування вдома.

Загальний рівень госпіталізації населення сільських лікарських дільниць з урахування всіх рівнів медичного обслуговування становить 3,7%. Крім того, 2,7% пацієнтів одержали стаціонаро-замінні форми медичної допомоги.

Майже в 12% випадків сімейні лікарі консультувалися у лікарів вузьких спеціальностей.

Реорганізація ПМСД міському населенню на засадах сімейної медицини в області знаходиться на початковому етапі. При цьому, крім міста Рубіжного, сімейна медицина передусім впроваджується в малих містах і селищах міського типу, переважно сільськогосподарських районів – Сватівського, Біловодського, Слов'янськ-Сербського, Кременського.

За станом на 01.01.2002 р. в області було всього 5 міських закладів (підрозділів) сімейної медицини. Два з них відкрито лише у другому півріччі, тому показники їхньої діяльності ще недостатньо інформативні. У цих закладах (підрозділах) працюють 8 сімейних лікарів і 11 середніх медичних працівників (співвідношення між ними 1:1,4 (в економічно розвинених країнах з одним

сімейним лікарем працює більше медичних сестер). Це становить лише 0,6% дільничних терапевтів та педіатрів, які надають ПМСД міському населенню області. Вони забезпечують медичне обслуговування 12 802 чоловік (0,57% міського населення Луганської області).

Обсяг проведеної роботи дозволяє зробити такі попередні висновки:

1. Органи і заклади охорони здоров'я області включилися у виконання постанови Кабінету Міністрів №989 від 20.06.2000 р. "Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я".

2. Медичним обслуговуванням на засадах загальної лікарської практики/сімейної медицини поки що охоплена лише незначна частка населення області (1,8%).

3. Сімейні лікарі забезпечують основний обсяг медичної допомоги пацієнтам, які прикріплені до них. Так, 77,5% хворих завершують лікування у своїх сімейних лікарів, а на консультативну допомогу направляється лише 14,8% пацієнтів.

4. Про певні медичні переваги такої форми медичного обслуговування в області свідчать нижчі показники рівня госпіталізації прикріплених жителів (7,1 на 100 жителів проти 21,08 загалом по області) та нижчий показник кількості викликів швидкої медичної допомоги до населення, що обслуговується сімейними лікарями (109,9 на 1000 жителів проти 271 звернень до швидкої медичної допомоги в цілому по області).

### Список літератури

1. Концепція розвитку сімейної медицини в Україні // Матеріали I з'їзду сімейних лікарів, Львів, 7–9 лист. 2001 р. – К.-Л., 2001. – С. 4–11.
2. Організація первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в Україні: сучасний стан та нормативно-правові документи, що регламентують роботу сімейних лікарів: Довідник-посібник для лікарів загальної практики – сімейної медицини. – К.: Б.в., 2001. – 112 с.
3. Пономаренко В.М., Ціборовський О.М., Євсєєв В.І. Програма реформування системи охорони здоров'я України і перспективи її реалізації // Вісн. соц. гігієни і орг. охорони здоров'я України. – 1999. – №2. – С. 57–61.
4. Пономаренко В.М., Ціборовський О.М. і співавт. Реорганізація первинної медико-санітарної допомоги населенню на засадах загальної лікарської практики / сімейної медицини: Інструкт.-метод. матеріали для сімейного лікаря. – К.: Б.в., 2001. – 182 с.
5. Пономаренко В.М., Ціборовський О.М. та співавт. Специфічні проблеми впровадження сімейної медицини в сільській місцевості: Матеріали I з'їзду сімейних лікарів України, Львів, 7–9 лист. 2001 р. – К.-Л., 2001. – С. 43–47.
6. Резолюція I з'їзду сімейних лікарів України: Матеріали I з'їзду сімейних лікарів України, Львів, 7–9 лист. 2001 р. – К.-Л., 2001. – С. 12–15.

### ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЛУГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Ю.А. Хунов (Луганск)

По данным мониторинга проведен анализ развития сети учреждений (подразделений) семейной медицины и их деятельности по оказанию первичной медико-санитарной помощи городскому и сельскому населению области.

Отмечено, что у семейных врачей начинали и заканчивали лечение 77,5% их пациентов. Среди них наблюдалось значительное снижение уровня госпитализации и частоты вызовов скорой медицинской помощи по сравнению с остальным населением области.

## THE FIRST EXPERIENCE AND OUTCOMES OF FAMILY MEDICINE INTRODUCTION IN PHS OF LUGANSKAYA PROVINCE

Ю.А.Хунув (Lugansk)

An analysis of the family medicine facilities (departments) net development and their performances in primary medical-sanitary aid provision for urban and rural population in Luganskaya province has been performed based on data collection obtained during the monitoring programme. Up to 77.5 % patients were cared by family doctors from the beginning up to the end of their treatment terms. Inside this group there were observed substantial decrease in hospitalization needs as well as frequency of calls for emergency medical aid provision comparatively with other population of the province.

УДК 614.2:65.015.3 (048)

*Н.В. МЕДВЕДОВСЬКА (КИЇВ)*

## МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ПОБУДОВИ УЗАГАЛЬНЮЮЧОГО СТАТИСТИЧНОГО ПОКАЗНИКА (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Український інститут громадського здоров'я

Одним із способів оцінки будь-якої діяльності, з тому числі охорони здоров'я, є збирання показників, що характеризують різні її напрямки, та їх аналіз. Оскільки ефективність діяльності, ресурсне забезпечення охорони здоров'я мають надзвичайно складну структуру та взаємозв'язки, зазнають постійних змін, існує потреба в достовірному, адекватному їх аналізі.

Для аналізу складних соціально-економічних явищ необхідно визначити один статистичний показник, здатний відобразити узагальнюючу властивість того чи іншого явища, який надалі можна було б використовувати у статистичному аналізі поряд з іншими статистичними показниками [3,11,22, 23, 50].

Кожен з напрямків охорони здоров'я (наприклад, профілактична робота, ресурсне забезпечення галузі, ефективність та якість надання медичної допомоги тощо) має безпосередній вплив на здоров'я населення і може бути охарактеризований певним переліком статистичних показ-

ників. Ці показники відрізняються за способом та методикою обчислення, ознаками часу, а отже і аналітичними можливостями [17, 18, 41, 47].

Перехід від множини показників до одного максимально інформативного узагальнюючого показника – це визначення місця (рейтингу) певного об'єкта у всій їх сукупності [1, 20, 28, 34, 36, 38, 39].

Потреба в рейтинговій оцінці змін у галузі охорони здоров'я виникла в останні роки, оскільки одних ресурсів, головним чином фінансових, різко не вистачає, а інші, трудові, є в надлишку [2, 19, 24, 37, 43].

Аналіз діяльності бюджетного медичного закладу, спрямований на об'єднання медичної і фінансово-економічної інформації про організацію медичної допомоги та її результативність, можна назвати медико-економічним аналізом. Для його проведення необхідно мати систему показників, які характеризують наявність різних ресурсів, всі елементи витрат і результати діяль-

ності медичного закладу і системи охорони здоров'я визначеної території в цілому. В основі такого аналізу має бути визначення затрат ресурсів, обсягів діяльності та виробництва послуг, економічної ефективності, якості медичної допомоги [4, 10, 16, 45]. За даними інших авторів, рейтинг регіону потрібно визначати, враховуючи такі показники: рівень розвитку (питома вага внеску регіону в загальнодержавний обсяг), демографічна характеристика, рівень екологічного та інших ризиків, забезпеченість транспортом, ресурсами [5, 12, 44, 49].

В Україні на сьогодні немає єдиних методик аналізу фінансово-економічної діяльності медичних закладів, узгоджених з Міжнародною системою стандартів, відсутні також типові універсальні методи обробки та інтерпретації емпіричних числових даних [6, 29, 31, 33, 40, 42, 46].

В основному при оцінці методом рейтингу орієнтуються на лінійні моделі без обґрунтування умов їх застосування. Крім того, ігноруються показники динаміки обраної діяльності. У зв'язку з цим відсутні і принципи побудови рейтингів.

Проводячи загальний аналіз проблеми, можна виокремити основні етапи обчислення рейтингу:

1. Підготовка первинних даних (формування бази даних, системи показників або переліку значень, за якими при потребі збиратиметься інформація).

2. Обробка первинних даних (з використанням статистичного та інших методів аналізу).

3. Визначення узагальнюючого статистичного показника (рейтингу).

Основою для визначення рейтингу медичного закладу є первинна інформація про його діяльність. Ця інформація може бути стандартною і специфічною. Стандартна інформація – це масив даних, що міститься в запроваджених раніше звітах. Специфічна інформація міститься в інших звітах, властивих тільки обраному закладу. Ці звіти можуть бути підготовані як самим об'єктом рейтингу, так і незалежними експертами [8, 21, 25, 39, 48, 51].

Кожен показник може мати різну значущість, тому необхідно виділити загальні однорідні групи медичних закладів, до яких допустиме застосування однотипних методик аналізу діяльності. Система показників при необхідності може бути скорочена чи збільшена. Кожен із показників є точковою оцінкою.

Також при формуванні бази даних для визначення узагальнюючого статистичного показника важливо забезпечити інформаційне однакове спрямування показників. Для цього їх поділяють на стимулятори і дестимулятори. Зв'язок між узагальнюючим статистичним показником (УСП)

і показником-стимулятором – прямий, а між УСП і показником-дестимулятором – обернений.

Після того, як множина показників сформована, приступають до другого етапу – обробки даних. На думку більшості авторів, порівняння показників у сукупностях, що відрізняються за своєю структурою, потребує їх стандартизації, тобто поправки, за умови, що структура сукупності буде зведена до єдиного стандарту. Доведено, що, якщо ознаки підлягають відповідним процедурам стандартизації, то ефективність такого перетворення значно зростає.

Головним завданням стандартизації є приведення показників до спільної основи за умови збереження співвідношення між ними. Таким чином, величини стають безвимірними. В різні роки були запропоновані різні способи стандартизації, що обираються залежно від природи показників та змісту дослідження, яке проводиться. Основні з них: стандартизація на основі відхилень; на основі відношень; на основі рангів.

Після проведеної стандартизації відбувається агрегування суми стандартизованих показників. Спосіб агрегування змінюється і коригується залежно від мети дослідження і змісту первинних даних. В літературі згадується ряд детермінованих методів одержання рейтингової оцінки: метод сум, метод коефіцієнтів, метод суми місць, метод відстаней.

Доведено, що існує залежність процедури агрегування стандартизованих даних від обраної процедури стандартизації. На основі цього проведена класифікація методів агрегування, яка дозволяє адаптувати їх до конкретних умов проведення соціально-економічних досліджень з використанням узагальнюючого статистичного показника (рейтингу) [7, 26, 27, 47]. В результаті досліджуваних об'єкти (медичні заклади, регіони України тощо) можуть бути розділені на: пріоритетні, з достатньо високим, середнім, низьким рівнем розвитку охорони здоров'я.

За іншою методикою, яку пропонує В. Горбатенко [6], визначаються базові та прогностичні значення показників, які характеризують рівень функціонування обраного об'єкта, а також рівень, який реально може бути досягнутий. Згідно з кожною групою показників, будується графік-номограма у вигляді квадрату. Результати аналізу всіх графіків потім об'єднуються в одному інтегральному графіку, на базі якого визначаються інтегральні оцінки функціонування обраного об'єкта. Шляхом порівняння відповідних інтегральних оцінок різних об'єктів визначають рівень їх рейтингу (за еталонну інтегральну оцінку приймають 100%).

Деякі автори наголошують на доцільності доповнювати методикою визначення узагальнюючо-

го статистичного показника результатами експертного аналізу. Останній дає можливість досліджувати стан обраного об'єкта на новому якісному рівні [9, 13, 14, 15, 30, 31, 32, 35]. Хоча експертні методи погано піддаються формалізації, необхідність їх використання обумовлена тим, що вони дають можливість оцінити адекватність реального стану справ числовим значенням, яке декларується у звітах.

Таким чином, рейтинг є результатом багатофакторного аналізу. У світовій практиці рейтинговій оцінці властиво бути інтегральною, комплексною, загальноприйнятною і зрозумілою. Складність і об'єктивність вирішення названих вище проблем, а також зростаюче значення інформаційних технологій роблять актуальною проблему проектування системи обчислення узагальнюючого статистичного показника – рейтингу.

### Список літератури

1. Андросчук А.О., Задорожна О.М. Рейтингова технологія навчання у вищих та середніх закладах освіти. – Луганськ, 1997. – 52 с.
2. Бахуринський Ю.М. Рекомендації по організації системи контролю якості медичної допомоги в установах охорони здоров'я України // Вісн. стоматології. – 1998. – №3. – С. 40–42.
3. Бойчук В.В., Буркут І.Г., Малініч М.І. та ін. Актуальні проблеми регіонального розвитку: Зб. наук.-досл. робіт за результатами соціол. дослідж. – Чернівці: Прут, 2000. – 80 с.
4. Больницы и здоровье для всех: Сер. техн. докл. – Женева: ВОЗ, 1988. – №744. – 80 с.
5. Бутник А.Б., Сайфулин Р.С., Рельян Я.Р. и др. Экономико-математические методы в анализе хозяйственной деятельности предприятий и объединений. – М.: Финансы и статистика, 1982. – 200 с.
6. Горбатенко А.В. Аналіз ефективності управління підприємством на базі оцінки його економічної спроможності: Автореф. дис... канд. екон. наук / Одес. держ. екон. ун-т. – О., 1999. – 20 с.
7. Ермошенко Н.Н., Скворцов Н.Н., Назимова Н.К. Словарь предпринимателя. – К.: УкрИНТЭИ, 1992. – 143 с.
8. Иванов Л.Н., Иванов А.Л. Рейтинг инвестиционной привлекательности банков // Бух. учет. – 1995. – №2. – С.12–15.
9. Игнатова Е.А., Прохорова Л.Я. Рейтинговая оценка надежности партнера // Деньги и кредит. – 1992. – №2. – С. 44–47.
10. Кахновский И.М., Маринин В.Ф. Усовершенствование преподавания внутренних болезней на основе использования рейтингового контроля знаний студентов // Терапевт. Архив. – 1998. – №6. – С. 80–83.
11. Колосов А. Ранжирование регионов Украины по уровню инвестиционной привлекательности // Бизнес-информ. – 1998. – №2. – 3 с.
12. Колот І. П. Управління інвестиційним розвитком регіону: Автореф. дис.... канд. екон. наук / Харк. держ. акад. міськ. гос-ва. – Х., 2000. – 18 с.
13. Кондрашова-Діденко В.І. Менеджмент: метод. посіб. для модульно-рейтинг. системи навчання / За ред. А.А.Чухно. – 2-е вид., доп. – К.: Педагогіка, 1997. – 136 с.
14. Костенко І. 50 страхових компаній контролюють 90% ринку // Галицькі контракти. – 1998. – №25. – С. 16–18.
15. Куликов Г.В. Японский менеджмент и теория международной конкурентоспособности. – М.: Экономика, 2000. – 247 с.
16. Линденбратен А.П., Третьяков А.Е., Роговина А.Г. и др. Вопросы организации материального стимулирования в условиях добровольного выбора врача пациентом // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 1999. – №1. – С. 30–32.
17. Литвак А.И. Анализ в управлении медицинским учреждением // Вісн. стоматології. – 1999. – №3. – С. 71–75.
18. Литвак А.И. Качество медицинской помощи – определение понятия – определение понятия, контроль, оценка, управление // Вісн. стоматології. – 1999. – №4. – С. 60–69.
19. Литвак А.И. Управление качеством медицинской помощи // Вісн. стоматології. – 2000. – №3(27). – С. 32–36.
20. Літвак А.І., Калюжна І.І., Балецька О.Б. Методичні підходи до оцінки рейтингу лікарень // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 1999. – №2. – С. 62–64.
21. Ляшенко В.И. Фондовые индексы и рейтинги. – Д.: Сталкер. – 1988. – 320 с.
22. Мешалкин В.И. Учреждения высшего и среднего профессионального образования в Российской Федерации: аккредитация–самообследование–рейтинг. – М.: Изд-во Рос. ун-та дружбы народов, 1995. – 129 с.
23. Москаленко В.Ф., Пономаренко В.М. Рейтингова оцінка діяльності органів управління охорони здоров'я регіонального рівня // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2000. – №2. – С. 31–34.
24. Муравьев М.В. Применение рейтинга для оценки профессионального уровня терапевтов и хирургов // Клин. медицина – 1990. – №6. – С. 144–149.
25. Носко М.О., Синіговець М.І. Модельно-рейтингова оцінка фізичної підготовленості юних волейболістів 10–12 років на етапі початкового спортивного відбору // Педагогіка, психологія та мед.-біол. проблеми фіз. виховання і спорту. – Х., 2001. – №13. – С.25–31.
26. Пичугин В.А., Иванников А.Ф. Кто есть кто: Рейтинговый каталог руководителей, общественных деятелей и творческой интеллигенции. – Саратов: Приволж. книж. изд-во, 1996. – 149 с.
27. Подколызин А.Я. Методика рейтинговой оценки знаний и навыков. – Петродворец: ВВМУРЭ, 1994. – 29 с.
28. Пономаренко В.С. Стратегічне управління підприємством. – Х.: Основа, 1999. – 620 с.

29. Приходько О. Двадцать пять компаний, которые восхитили мир // Зеркало недели. – 1998. – №45 (214). – 10 с.
30. Путьянина Л.М. Экономический рейтинг предприятий // Финансы СССР. – 1992. – №2. – С. 10–15.
31. Савицкая Г.В. Анализ хозяйственной деятельности предприятий. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ИП «Экоперспектива», 1998. – 498 с.
32. Самолетов В.Г., Федорова Г.П. Совершенствование управления социально-экономическим развитием региона на основе рейтинга народнохозяйственных объектов. – К.: ИЭ, 1990. – 46 с.
33. Свистун Л.О. Статистичне забезпечення рейтингової оцінки банківських установ: Автореф. дис.... канд. екон. наук / Київ. Нац. екон. ун-т. – К., 1999. – 17 с.
34. Теорія і практика перебудови економіки: Матеріали наук.-практ. конф., Черкаси, 4–5 жовт. 2000 р. / За ред. В.І. Хомяков. – Черкаси, 2000. – 124 с.
35. Трофимов О.Е., Шустерман В.Р. Рейтинговая экспертная система для дифференциальной диагностики заболеваний, сопровождающихся кардиологическим синдромом. – Новосибирск: ИАНЭ, 1991. – 20 с.
36. Тюков Ю.А., Чернова Т.В. и др. К оценке эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений. // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2001. – №1. – С.21–25.
37. Чередниченко Т. Россия 90-х в слоганах, рейтингах, имиджах: Актуальный лексикон истории культуры. – М.: Новое лит. обозрение, 1999. – 416 с.
38. Черныш М. Рейтинг влияния политиков // Эксперт. – 1999. – №26. – 12 июн. – 4 с.
39. Шеремет А.Д., Сайфулин Р.С. Методика финансового анализа. – М.: ИНФРА-М, 1996. – 176 с.
40. Шмаров А. Эксперт –100. Репутация // Эксперт. – 1999. – №18. – 17 мая. – 5 с.
41. Шортел С.М., Колюжний А.Д. Менеджмент в охороні здоров'я: структура та поведінка організації охорони здоров'я: Пер. з англ. – К.: Основи, 1998. – 556 с.
42. Brownwell V., Roos N. Monitoring the hospital system: The update report and summary, 1993/94. Manitoba center for health policy and evaluation. – N.-Y.: Harper Perennial, 1996. – P. 602–604.
43. Carriere K.C., Roos L.L. Comparing standardized rates of events // Amer. J. Epidemid. – 1994. – Vol. 140, № 5. – P. 472–481.
44. Doug E., Ludwig Auer, J. Eden Cloutier. Statistics Canada. National population Health Survey. – Ottawa. – 1995. – 420 p.
45. Green J., Wintefeld N., Krasner M. et al. In search of America's best hospitals // JAMA. – 1997. – Vol. 277, № 14. – P. 1152–1158.
46. Krasner M. et al. In search of America's best hospitals // JAMA. – 1997. – Vol. 277, № 14. – P. 1152–1158.
47. Leroux L., Le Bris S., Knoppers B. The feasibility of a National Canadian ethics advisory committee: Points to Consider: Papers Commissioned by the national forum on health. Ottawa. 1997. – P. 845–848.
48. Miller C.A., Moore K.S., Richards T.B. et al. A proposed method for assessing the performance of local public health functions and practices // Am. J. Publ. Health. – 1994. – Vol. 84, №11. – P. 1743–1748.
49. Moody's investor's service today assigned a Baa 3 foreign-currency issuer rating to the state of Sarawak. – Singapore, 2001. – May 25. – 120 p.
50. Turnock B., Hadler A., Dyal W. et al. Implementing and assessing organizational practices in local health departments // Publ. Health. Rep. – 1994. – Vol. 109, № 4. – P. 476–484.
51. Moody's upgrades rating of Apia healthcare group inc. – senior subordinated notes to Ba 2. – New York, 2001 – May 24. – 135 p.

## МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПОСТРОЕНИЯ ОБОБЩЕННОГО СТАТИСТИЧЕСКОГО ПОКАЗАТЕЛЯ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)

Н.В. Медведовская (Київ)

Представлен анализ современных научных отечественных и зарубежных публикаций по организации и перспективам дальнейшего внедрения метода комплексной рейтинговой оценки в практическое здравоохранение.

## METHODICAL BASIS OF DEVELOPING THE GENERAL STATISTIC INDICES (LITERATURE SURVEY)

N.V. Medvedovskaya (Київ)

The analysis of recent scientific national and foreign publications on organization and perspectives for further introduction of the method of complex rating estimation into public health practice is presented.



УДК 616-082:356.33]:001.73

Л. А. ГОЛИК (КИЇВ)

## РЕЗУЛЬТАТИ РЕФОРМУВАННЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНОЇ ДОПОМОГИ У КИЇВСЬКОМУ ГАРНІЗОНІ З ПОГЛЯДУ ВІЙСЬКОВИХ ЛІКАРІВ ТА ПАЦІЄНТІВ

Головний військовий клінічний шпиталь МО України

Проблеми збереження і зміцнення здоров'я населення України складають одну з найважливіших внутрішніх функцій нашої держави. Саме широтою і складністю завдань з охорони здоров'я пояснюється необхідність всіх без винятку органів державної влади України виконувати ті ж інші функції державного управління з питань охорони здоров'я [3].

Передусім це пояснюється тим, що, з одного боку, "рівень здоров'я є особистісною характеристикою людини, яка забезпечує її можливість самореалізації, конкурентоспроможності в суспільстві, у досягненні певної якості життя, а з іншого боку, забезпечення оптимальної якості життя населення є метою перетворень в економічній, політичній та соціальній сфері життєдіяльності суспільства. Таким чином, здоров'я людини і населення в цілому становить органічну складову прогресу суспільства як цілісної системи і забезпечується багаторівневим державним управлінням" [4].

Повною мірою це стосується і системи державного управління медичною службою Збройних Сил (ЗС) України, яка на даний час працює над вирішенням чотирьох найважливіших проблем [2]:

- покращення стану здоров'я військовослужбовців;
- підвищення якості та оперативності надання медичної допомоги;
- раціональне використання наявних ресурсів;
- забезпечення широкого доступу військовослужбовців, членів їх сімей, військових пенсіонерів населення країни до сучасних засобів діагностики та лікування.

Висвітленню питань стану реформування амбулаторно-поліклінічної допомоги у Київському гарнізоні як важливої складової всієї системи медичного забезпечення ЗС України з погляду військових лікарів та їх пацієнтів і присвячена дана публікація.

Медико-соціологічні дослідження в охороні здоров'я мають велике значення для оцінки діяльності галузі. Як зазначають дослідники даної проблеми, ці дослідження "... дають змогу отримати інформацію про об'єктивні явища, що спостерігаються в суспільстві й галузі загалом і в лікувальних закладах зокрема, виявити недоліки та проблеми, що існують в системі охорони здоров'я, і основне, визначити напрямки їх подолання шляхом мобілізації наявних ресурсів або кардинальної зміни стратегії та тактики управління в охороні здоров'я" [6].

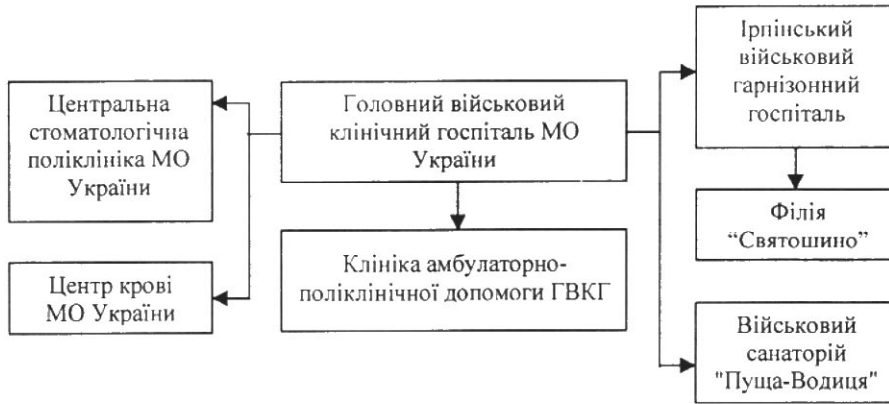
Особливої актуальності проблема медико-соціальних досліджень набуває сьогодні, коли в державі здійснюється перехід до обов'язкового медичного страхування.

У 1997 р. у Київському гарнізоні з метою вирішення практичних завдань щодо реформування та оптимізації системи медичного забезпечення військовослужбовців і пенсіонерів МО України на базі Головного військового клінічного госпіталю МО України (ГВКГ) наказом Міністра оборони № 399 було створено Київський військово-медичний центр (КВМЦ), структуру якого подано на рис. [1].

Схема функціонування системи медичного забезпечення Київського гарнізону наступна.

Весь контингент, що забезпечується медичною допомогою, в кількості 100 тисяч осіб розподілено на 66 лікарсько-територіальних дільниць (далі ЛТД) по 800–1500 осіб кожна. Роботу ЛТД забезпечує один лікар. ЛТД об'єднуються у три загальнолікарські відділення клініки амбулаторно-поліклінічної допомоги (АПД) ГВКГ. Одна половина ЛТД (33) розміщена безпосередньо в клініці АПД і забезпечує в основному пенсіонерів МО України.

Друга половина ЛТД (33) розміщується на базі медичних пунктів військових частин та військово-навчальних закладів. У клініці АПД функціонують 6 філіалів лікувальних та діагностичних



Структура Київського військово-медичного центру

відділень, що дає змогу користуватись спільною діагностичною та лікувальною базою як для амбулаторних, так і для стаціонарних хворих.

З метою вивчення відгуків пацієнтів роботою лікарів загальної практики (сімейної медицини) клініки АПД ГВКГ та з'ясування оцінки фахівцями військово-медичної служби існуючої системи охорони здоров'я військовослужбовців Київського гарнізону, у 2001 р. нами проведено медико-соціологічне дослідження шляхом анкетування. На запитання спеціально розроблених анкет, в основу яких покладено досвід науковців С.-Петербурга, які в свою чергу скористалися опитувальником Європейського товариства з вивчення якості загальної лікарської практики (WONCA) [13], відповіді дали 636 респондентів. Це становить 2,27% від загальної кількості (28.000) пенсіонерів МО України, які перебувають на медичному забезпеченні ГВКГ, та 51 лікар амбулаторно-поліклінічної допомоги (100%) даного військового лікувально-профілактичного закладу.

Серед 636 опитаних постійних пацієнтів клініки АПД ГВКГ МО України - 627 (98,6 %) чоловіків та 9 (1,4%) жінок віком від 45 до 89 років. За освітою серед пенсіонерів МО України 578 осіб, (90,9% від загальної кількості опитаних), закінчили вищі навчальні заклади, а решта 58 осіб (9,1%), мають середню освіту.

У зазначеному дослідженні нами використані два основні напрямки соціологічного методу. По-перше, в процесі анкетування здійснювалося вивчення думки пацієнтів ГВКГ щодо оцінки їх звернень за медичною допомогою та з'ясувався рівень їх задоволення якістю роботи клініки АПД ГВКГ МО України. При цьому особлива увага зверталася на виявлення причин, які впливали на ставлення пацієнтів до умов лікування і медичного обслуговування. Метою цієї частини зазначеного дослідження було і вивчення думки хворих щодо визначення шляхів удосконалення організації надання медичної допомоги. По-друге,

опитування лікарів клініки АПД ГВКГ МО України дозволило оцінити результати реформування військової охорони здоров'я, виявити найбільш пріоритетні проблеми, які стоять перед військово-медичною службою, та зважити реальні можливості щодо подальшого поліпшення роботи клініки АПД ГВКГ МО України.

Перша група запитань, з якими ми звернулися до пацієнтів, стосувалася інформації про лікаря загальної практики сімейної медицини. ("Чи знаєте Ви свого сімейного лікаря?", "Чи знаєте Ви адресу Вашого сімейного лікаря, його службовий або домашній телефон?", "Чи відвідував Вас сімейний лікар вдома?", "Чи відвідував Вас сімейний лікар, коли Ви лікувалися в стаціонарі?", "Чи проводив з Вами сімейний лікар санітарно-просвітницьку роботу?", "Чи існують труднощі з викликом лікаря по телефону?", "Як часто направляв Вас сімейний лікар до лікаря - спеціаліста (окуліста, невропатолога, інфекціоніста тощо)?").

Відповідаючи на запитання цієї частини анкети, пацієнтам, окрім відповіді на останнє запитання, пропонувалося використовувати наступні варіанти кодування відповідей: А - "так", В - "ні".

За результатами опитування за першою групою запитань переважна більшість наших респондентів (99,5%) позитивно оцінила роботу сімейного лікаря і тільки 0,2% опитаних дали негативну відповідь, а 0,3% респондентів не відповіли на поставлені запитання. Правда, на запитання щодо існування труднощів, пов'язаних із викликом сімейного лікаря по телефону, відповіді розподілилися інакше. Для 545 опитаних (85,7% від їх загальної кількості), ніяких причин для виклику лікаря за допомогою телефону не існує. Але для значної кількості опитаних (91 особа, або 14,3%) певні труднощі в цьому плані все-таки є.

Що стосується запитання "Як часто направляв Вас сімейний лікар до лікаря - спеціаліста (окуліста, невропатолога, інфекціоніста тощо)?", то відповіді наших респондентів розподілились так: 490 опитаних (77%) вважають, що їх на-

правляли до вузьких спеціалістів за необхідністю; 90 респондентів (14,2%) відповіли, що їх жодного разу не направляли до вузьких спеціалістів; один пацієнт (0,2%) заявив, що його часто направляли до інших спеціалістів; 47 респондентів (7,4%) навпаки вважають, що їх рідко направляли до вузьких спеціалістів; 8 пацієнтів (1,2%) не дали відповіді на це запитання.

Друга група запитань до пацієнтів стосувалася інформації щодо причин звернення до сімейного лікаря та оцінки ефективності його діяльності порівняно з роботою дільничного терапевта.

Відповіді на запитання анкети "Чи перебуваєте Ви на диспансерному обліку?" розподілились наступним чином. Позитивну відповідь дали 496 опитаних, що становить майже 78% від їх загальної кількості, 137 (21,5%) опитаних не перебувають на диспансерному обліку, не дали відповіді 3 пацієнти (0,5%).

Співвідношення відповідей постійних пацієнтів ГВКГ МО України на запитання "Чи зверталися Ви до сімейного лікаря впродовж останнього року?" мало наступний вигляд: "так" – 610 (95,9%), "ні" – 26 (4,1%). Таким чином, майже 96,0% опитаних торік зверталися за медичною допомогою до свого сімейного лікаря, отже, переважна більшість з наших респондентів могла впевнено говорити і про причини цих звернень.

Відповіді на запитання анкети "Які причини звернення до сімейного лікаря?" розподілились наступним чином. З причини загострення хронічного захворювання або появи нової хвороби до сімейного лікаря звернулося 200 (майже 31,5%) респондентів. Ще 423 хворих (66,5%) відвідали сімейного лікаря згідно з планом обстеження. З приводу оформлення документів на медико-соціальну експертну комісію (МСЕК) до сімейного лікаря впродовж минулого року звернулося 7 хворих (1,1%), а з метою оформлення документів для санаторно-відбіркової комісії (СВК) – 6 чоловік (0,9%) від загальної кількості опитаних.

На запитання анкети "Якщо Ви захворієте, то звернетесь до сімейного лікаря: А – тільки в разі необхідності, Б – в усіх випадках (окрім легкого захворювання), В – в усіх випадках?" нами отримані наступні відповіді. Тільки в разі необхідності до сімейного лікаря звернулося б 174 пацієнти, тобто 27,4% від загальної кількості респондентів. Така ж кількість опитаних – 174 (27,4%) для відповіді на це запитання вибрала варіант "В". У всіх випадках (окрім легких захворювань) до сімейного лікаря звернулося б 265 (41,6%) пацієнтів. Не дали відповіді на дане запитання або вписали свій варіант 23 пацієнти, що становить 3,6% респондентів.

Відповіді на запитання анкети "Що Вас приваблює в роботі сімейного лікаря: А – рівень

знань, Б – різнобічність знань лікаря, В – вміння, Г – організованість?", розподілились наступним чином. Рівень знань лікаря загальної практики та їх різнобічність визначило 219 (34,4%) респондентів; рівень знань – 54 (8,5%); різнобічність знань – 68 (10,7%). Окрім того, рівень знань і організованість у роботі сімейного лікаря відзначили 22 респонденти (3,4%). На думку 176 респондентів, тобто 27,7% від загальної кількості опитаних, в роботі сімейного лікаря їх приваблює саме вміння останнього. Для решти 97 опитаних (15,3%) в роботі сімейного лікаря привабливими є всі (АБВГ) запропоновані нами характеристики.

На запитання анкети "Як Ви вважаєте, чому діяльність сімейного лікаря ефективніша за діяльність дільничного терапевта?" при запропонованих нами варіантах: А – зменшилась кількість досліджень, Б – зменшилась кількість консультацій, В – досить одного лікаря, Г – підвищилась увага до членів сім'ї, відповіді наших респондентів розподілились наступним чином: А – 27 (4,2%); Б – 58 (9,1%); В – 182 (28,6%); Г – 143 (22,5%). Ще 123 (19,4%) респонденти для відповіді на зазначене вище запитання обрали комбінації із запропонованих відповідей: АВ – 54 (8,5%), АБВ – 36 (5,7%), БВ – 33 (5,2%). Не дали відповіді 103 респонденти (16,2%).

Відповіді на запитання анкети "Як Ви вважаєте, чи необхідна спеціальність сімейного лікаря?" розподілились наступним чином: "так" – 600 (94,3%), "ні" – 15 (2,4%). Не дали відповіді на дане запитання 20 осіб (3,1%), один з опитаних (0,2%) заявив, що "не знає".

Третя група запитань стосувалася інформації щодо оцінки стану особистого здоров'я респондентів та з'ясування причин, які заважають пацієнтам відвідувати клініку АПД ГВКГ МО України.

Відповіді на запитання анкети "Ваша оцінка стану особистого здоров'я" при запропонованих нами варіантах: А – "добре", Б – "задовільне", В – "незадовільне", розподілились наступним чином: А – 73 (11,5%), Б – 526 (82,7%), В – 30 (4,7%). Не дали відповіді 7 респондентів (1,1%).

На наше прохання: "Перерахуйте обставини, що заважають Вам відвідувати клініку АПД ГВКГ МО України" (при запропонованих нами варіантах: А – значні затрати часу, Б – недоброзичливе ставлення лікарів, В – низька кваліфікація лікарів, Г – нестача діагностичного обладнання, Д – висока платня за додаткове використання нових діагностичних технологій, Е – інші причини) відповіді респондентів розподілились так: А – 367 (57,7%); Г – 3 (0,5%); Б – 21 (3,3%); АЕ – 5 (0,8%); АБВ – 1 (0,2%). Привертає увагу той факт, що серед інших причин 6 респондентів,

або 0,9% від загальної кількості опитаних, вказали на недостатнє забезпечення ліками. Як недолік у роботі клініки АПД вважаємо і те, що 51 чоловік (8%) не дали відповіді на дане запитання.

На запитання анкети "При виникненні нової хвороби або загостренні хронічного захворювання пацієнт: А – звертався у поліклініку за місцем проживання, Б – відвідував клініку АПД ГВКГ МО України, В – користувався платними медичними послугами, Г – лікувався самостійно, Д – Ваш варіант" респонденти дали такі відповіді: А – 189 (29,7%), Б – 335 (52,7%), В – 11 (1,7%), Г – 20 (3,2%). Серед своїх варіантів 60 опитаних, тобто 9,4% від їх загальної кількості, вказали медичний пункт військової частини за місцем проживання; одному з опитаних (0,2 %) довелося викликати карету швидкої допомоги. Не дали відповіді 5 респондентів (0,8%) .

Четверта група запитань стосувалась інформації щодо оцінки роботи реєстратури та клініки АПД у цілому. Для ілюстрації отриманих відповідей на цю частину анкети наводимо відповіді респондентів на два запитання із цієї групи.

На запитання "Скільки хвилин пацієнт стоїть у черзі за талоном до лікаря?" (при запропонованих нами варіантах: А – до 15 хв, Б – від 15 до 30 хв, В – від 30 до 60 хв, Г – понад 60 хв) відповіді респондентів були наступними. До 15 хв на це витрачає 382 опитаних (60,1%), 191 пацієнт (30,1%) простояє в черзі, як правило, від 15 до 30 в. Ще 28 респондентів (4,4%) очікують на отримання талону на прийом до лікаря від 30 до 60 хв. А 35 (5,4 %) із числа опитаних витрачає на отримання талона до лікаря понад 1 годину

Роботу клініки АПД ГВКГ МО України у цілому оцінюють, як відмінну – 60 чоловік (9,4%), хорошу – 274 (43,1%), задовільну – 301 (47,3%), незадовільну – один чоловік (0,2%). Таким чином, 99,8% респондентів оцінили роботу клініки АПД ГВКГ МО України позитивно.

Підбиваючи підсумки соціального дослідження у цій його частині, можна сказати наступне. **По-перше**, інститут сімейного лікаря набуває все більшого поширення в системі охорони здоров'я у цілому і в системі медичного забезпечення ЗС України зокрема. Про це свідчать такі показники:

- висока інформованість пацієнтів про сімейних лікарів;

- частіше звертання до сімейного лікаря у разі захворювання;

- довіра до різнобічності знань та компетентності сімейного лікаря.

**По-друге**, опитування засвідчило, що сімейному лікарю у порівнянні з дільничним віддається перевага. Респонденти це пояснюють тим, що відвідування одного і того ж лікаря зменшує психолого-емоційне напруження. Останнє можна пояснити з позицій клінічної психології тим, що атмосфера довіри, яка складається у стосунках сімейного лікаря і пацієнта, зменшує психологічний дискомфорт (почуття страху та тривоги) у хворого.

**По-третє**, в результаті проведеної роботи стали зрозумілими не лише переваги інституту сімейного лікаря, але й намітилися шляхи подальшого розвитку та реформування системи надання амбулаторно-поліклінічної допомоги військовослужбовцям ЗС України.

Проведене опитування серед лікарів клініки АПД ГВКГ МО України, показало, що своєю роботою задоволені 37 респондентів, що складає 72,5% від їх загальної кількості (51 лікар). Правда, умовами для реалізації своїх професійних можливостей задоволені лише 50% опитаних, при цьому переважна більшість респондентів вважають, що їх заробітна плата не відповідає виконаній роботі. Що стосується питань про оснащеність клініки АПД, центрів та відділень ГВКГ МО України медичним обладнанням, можливість використання сучасних лікувально-діагностичних технологій, то лише 60,1% відповіли позитивно.

Одним з найважливіших для нас було питання ставлення лікарів до реформування первинної медико-санітарної допомоги у військово-медичній службі. Радує той факт, що всі опитані нами лікарі позитивно ставляться до реформи первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини.

На нашу думку, отримані в результаті проведеного дослідження відомості можуть бути цікавими і для лікувально-профілактичних закладів МОЗ України. Вони послугують об'єднанню зусиль відомчої та цивільної медицини по прискоренню впровадження у практику інституту лікарів загальної практики-сімейних лікарів, сприятимуть створенню єдиного медичного простору України.

### Список літератури

1. Бойчак М., Голик Л., Радиш Я. До питання про реформування системи надання амбулаторно-поліклінічної допомоги військовослужбовцям Київського гарнізону. – Командор. – 2002. – № 1. – С. 34–37.
2. Бойчак М.П., Голик Л.А., Радиш Я.Ф. Лікувально-діагностична вертикаль в ЗС України: стан та шляхи подальшого удосконалення // Військ. медицина України. – 2001. – №2. – Т.1. – С. 9–14.
3. Гладун З.С. Державне управління в галузі охорони здоров'я. – Тернопіль: Укрмедкнига. 1999. – 312 с.

4. Жаліло Л., Кунгурцев О., Мартинюк О. та ін. Засади системного підходу в підготовці рішень управління охороною здоров'я // Підвищення ефективності державного управління: стан, перспективи та світовий досвід: Зб. наук. пр. / За заг. ред. В.М. Князева. – К.: Вид-во УАДУ, 2000. – С. 331–336.
5. Котова Г.Н., Нечаева Е.Н., Гучек П.А. и др. Социологическая оценка качества медицинской помощи // Здравоохранение Рос. Федерации. – 2001. – №4. – С. 22–26.
6. Нагорна А., Степаненко А., Слабкий Г. та ін. Стан та напрями підвищення якості медичного забезпечення населення з погляду лікарів лікувально-профілактичних закладів України // Ліки України. – 2001. – №10. – С.14–15.
7. Шевчук П.П., Фролова Е.В., Кочугова М.С. Общая врачебная практика и специализированная медицинская помощь в первичном здравоохранении. Мнение пациентов // Рос. семейн. врач. – 2001. – №3. – С. 42–43.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КИЕВСКОМ ГАРНИЗОНЕ: ВЗГЛЯД ВОЕННЫХ ВРАЧЕЙ И ПАЦИЕНТОВ**

Л.А. Голик (Киев)

На основании анализа медико-социологического анкетирования изучено мнение пациентов клиники амбулаторно-поликлинической помощи Главного военного клинического госпиталя МО Украины. Также изучено мнение врачей этого лечебного учреждения относительно реформирования организации медицинского обеспечения Киевского гарнизона за принципом семейной медицины.

## **REFORMATION OUTCOMES OF THE OUTPATIENT CARE SYSTEM WITHIN KYIV GARRISON IN ASSESSMENT OF MILITARY DOCTORS AND SERVICEMEN PATIENTS**

Л.А. Голик (Kyiv)

The special medico-social survey has been conducted among servicemen patients of ambulatory subdepartment of the main military clinical hospital of Ukrainian Ministry of Defense to assess their satisfaction with health care provision. Its data were analyzed. The collective opinion of military doctors staff of the hospital concerning the outcomes so far of health care reorganization within the Kyiv garrison medical facilities structure, including introduction into it the principle of family medicine, has been also presented.

УДК 617.726:616-084-053.3/.7]614.876

*Ж.В. УСАТЕНКО, П.А. ФЕДІРКО, І.В. КАДОШНІКОВА (КИЇВ)*

## **ПОТРЕБА В ДИСПАНСЕРНОМУ СПОСТЕРЕЖЕННІ ОФТАЛЬМОЛОГОМ З ПРИВОДУ РЕФРАКЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ –МІШКАНЦІВ МІСТ НА РАДІАЦІЙНО ЗАБРУДНЕНИХ ТЕРИТОРІЯХ**

Науковий центр радіаційної медицини АМН України

Визначення потреби населення радіаційно забруднених територій в медичній допомозі і диспансерному спостереженні має важливе значен-

ня для економіки системи охорони здоров'я. Особливої актуальності ця проблема набула у зв'язку з необхідністю реформування охорони

здоров'я і впровадження страхової медицини.

У літературі констатується значна поширеність офтальмопатології серед населення радіаційно забруднених територій і залежність ризику розвитку патології від віку, в якому потерпілі зазнали радіаційного впливу: контингент підвищеного ризику складають особи, опромінені в дитячому або підлітковому віці [1, 6].

Негативний вплив радіаційного опромінення на процеси рефрактогенезу у дітей – мешканців радіаційно забруднених територій останніми роками описаний низкою авторів [2, 4, 5]. Водночас, питанню оцінки потреби у диспансерному спостереженні з приводу аномалій рефракції дитячої і підліткової популяції мешканців радіаційно забруднених зон в літературі не приділяється належної уваги.

Викладене вище обумовило мету даної роботи – розрахувати потребу в офтальмологічному диспансерному спостереженні з приводу аномалій рефракції для підліткового і дитячого населення 3-ої (зона гарантованого добровільного відселення) і 4-ої (зона посиленого радіоекологічного контролю) зон.

**Пацієнти і методи.** Використано результати обстеження за програмою Клініко-епідеміологічного реєстру потерпілих при Чорнобильській катастрофі 1948 дітей та підлітків – мешканців поселень міського типу на радіаційно забруднених територіях. Згідно з вимогами дослідження, офтальмологічне обстеження здійснювалось “сліпим” методом. Серед обстежених – 1487 мешканців Боярки (селище міського типу, Київська область, віднесене до зони посиленого радіоекологічного контролю (далі 4 зона) і 461 мешканець Овруча (місто, Житомирська область, віднесене до зони гарантованого добровільного відселення (далі 3 зона). У зоні добровільного відселення щільність забруднення ґрунту 185–555 кБк/м<sup>2</sup>, у зоні посиленого радіоекологічного контролю щільність забруднення ґрунту 37–184,9 кБк/м<sup>2</sup>. За даними літератури, 90,7% дітей - мешканців 3 зони зазнали опромінення в дозі 10–50 мЗв, для 73,5% дітей в 4 зоні доза не перевищувала 10 мЗв [3]. Вік обстежених статистично не відрізнявся (11,38±0,16 – 3 зона, 11,09±0,07 – 4 зона,  $t=1,71$ ,  $p>0,05$ ).

Вивчено поширеність аномалій рефракції у різних вікових групах обстежених (до 7, 8–12, 13 і більше років) і відносні ризики розвитку окремих нозологій для мешканців 3 зони порівняно з 4 зоною. Статистична обробка результатів здійснена з використанням програми “Epi Info 5.01”

**Результати.** Встановлено, що аномалії рефракції в структурі очної патології дітей і підлітків – мешканців 3 зони (Овруч) становили

59,4%, в структурі очної патології мешканців Боярки – 52,9%. Така структура захворюваності обумовлює необхідність особливої уваги саме до рефракційних порушень. Аналіз внеску в структуру окремих патологічних станів показав, що серед патологічних станів в Овручі превалює астигматизм (18,26% від усіх хвороб ока), на другому місці гіперметропія (16,43%), на третьому – міопія (11,41%). Натомість у менш опроміненіх мешканців Боярки на першому місці гіперметропія (22,34% від усіх хвороб ока), на другому місці – астигматизм (11,49%), на третьому місці – спазм акомодативної м'язової системи (11,24%). Частка міопії становить 7,2%.

Поширеність аномалій рефракції в обстежених групах населення 3 і 4 зон суттєво не відрізнялася (281,99 на 1000 осіб у 3 зоні і 281,78 на 1000 у 4 зоні,  $\chi^2=0$ ,  $p=0,96$ ). Не знайдено також істотних відмінностей в частоті випадків гіперметропії (78,09 на 1000 обстежених в 3 зоні і 119,03 на 1000 обстежених в 4 зоні), астигматизму (86,77 на 1000 мешканців 3 зони і 61,2 на 1000 – 4 зони) і міопії (54,23 на 1000 обстежених в 3 зоні і 38,33 на 1000 обстежених в 4 зоні,  $\chi^2=2,53$ ,  $p=0,111$ ).

Результати аналізу за віковими групами представлені у табл. 1. Наведені в таблиці дані свідчать про суттєве зростання з віком поширеності міопії як у 3, так і у 4 зонах. Водночас з віком зростає і кількість гіперметропів, що може розглядатись як наслідок сповільнення рефрактогенезу. Відносний ризик астигматизму більш ймовірний для 8–12 річних мешканців 3 зони порівняно з тією ж віковою групою 4 зони (RR=1,6; CL -1,01; 2,55,  $\chi^2=3,95$ ,  $p=0,047$ ). Відносний ризик гіперметропії для мешканців більш забрудненої зони був меншим (RR= 0,5; CL- 0,3; 0,82,  $p=0,004$ ).

Водночас у мешканців 3 зони порівняно з 4 спостерігається більша схильність до міопізації. Таким чином, у дитячого і підліткового населення радіаційно забруднених територій можна констатувати значну поширеність аномалій рефракції і наявність негативної тенденції до її зростання з віком.

Відомо, що, згідно з існуючими положеннями, діти і підлітки з аномаліями рефракції високого ступеня підлягають диспансерному спостереженню 1 раз на рік. Враховуючи наявність тенденції до аномального перебігу рефрактогенезу, вважаємо за необхідне здійснювати диспансерний огляд дітей і підлітків – мешканців радіаційно забруднених територій – 1 раз на рік незалежно від величини аномалії рефракції.

Проведення цільової диспансеризації потребує додаткових обсягів медичного обслуговування. Згідно з розрахунками, що базуються на нор-

Таблиця 1. Частота аномалій рефракції в групах дитячого і підліткового населення 3 і 4 зон, на 1000 осіб

№ пор.	Діагноз	3 зона n=461			4 зона n=1487		
		до 7 років	8–12 років	більше 13	до 7 років	8–12 років	більше 13
		n=89	n=213	n=159	n=184	n=875	n=428
1.	Гіперметропія	78,65	75,12 *	81,76	76,08	134,86	105,14
2.	Міопія	11,24	28,17	113,21	–	24,0	84,11
3.	Астигматизм	112,35	103,29*	50,31	97,83	64,0	39,72
4.	Анізотропія	–	14,08	6,29	–	4,57	2,34
5.	Спазм акомодациї	11,24	56,34	75,47	70,65	57,14	60,74
	Всього	213,48	276,99	327,04	244,57	284,57	292,06

Примітка. \* – різниця між 3 і 4 зоною ймовірна,  $p < 0,05$

мативах для офтальмологічного дитячого амбулаторного прийому, для забезпечення планової диспансеризації з приводу аномалій рефракції

потрібно 2,8 ставки офтальмолога на 100 тисяч дитячого і підліткового населення радіаційно забруднених територій.

#### Список літератури

- Бузунов В.А., Федірко П.А., Прикащикова Е.Е. Особенности структуры и распространенность офтальмопатологии у эвакуированных из зоны отчуждения ЧАЭС в различном возрасте // Офтальмол. журн. – 1999. – № 2. – С. 65–69.
- Дітчук О.М. Зміни в передньому відрізку ока і на очному дні у дітей, що зазнали впливу малих доз радіації // Офтальмол. журн. – 1998. – №6. – С. 454–458.
- Романенко А.Е., Бомко Е.Н., Костенко А.И. и др. Заболеваемость детей, проживающих на радиационно загрязненных территориях Украины и подвергшихся хроническому воздействию ионизирующего излучения / / Междунар. журн. радиац. медицины. – 2001. – Т 3. – № 3–4. – С. 61–74.
- Сердюченко В.И., Бушуева Н.Н., Козина Л.В. и др. Глазная заболеваемость у жителей Гомельской области, проживающих в зонах с различной степенью радиоактивного загрязнения // Офтальмол. журн. – 1992. – № 3. – С. 164–167.
- Сердюченко В.И., Ностопирева Е.И. Функциональное состояние органа зрения у детей из радиоактивно загрязненного района и его взаимосвязь с общим состоянием организма, возрастом и экологической характеристикой зоны обитания // Междунар. журн. радиац. медицины. – 2001. – Т. 3. – №1–2. – С. 286–287.
- Федірко П.А. Епідеміологічний аналіз стану органа зору мешканців зон радіаційного контролю у віддалені строки після Чорнобильської катастрофи // Практ. медицина. – 1999. – № 5–6. – С. 113–117.

#### ПОТРЕБНОСТЬ В ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ОФТАЛЬМОЛОГА ПО ПОВОДУ РЕФРАКЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ – ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДОВ НА РАДИОАКТИВНО ЗАГРЯЗНЕННЫХ ТЕРРИТОРИЯХ

\* В. Усатенко, П.А. Федірко, І.В. Кадошнікова (Киев)

На основании результатов офтальмологического обследования детей и подростков – жителей зоны гарантированного добровольного отселения и усиленного радиологического контроля проанализирована потребность в диспансерной помощи данному контингенту лиц. Необходимость проведения исследования вызвана наличием большого числа детей с аномалиями рефракции в результате тенденции неправильного протекания рефрактогенеза у жителей данного региона.

#### THE NEED IN OF DISPENSARY OBSERVATION BY AN OPHTHALMOLOGIST FOR REFRACTIVE ANOMALIES IN CHILDREN AND TEEN-AGERS, LIVING IN ZONES WITH DIFFERENT DEGREE OF RADIOACTIVE CONTAMINATION

В. Usatenko, P.A. Fedirko, I.V. Kadoshnikova (Kyev)

The need in dispensary observation of ophthalmologist for refractive anomalies in children and teen-agers, living in the zones 3 and 4 subjected to radioactive contamination after the Chernobyl accident has been studied. The necessity for the conducted investigation is due to a large group of children with refractive anomalies, caused by the tendency for incorrect refractogenesis in habitants of the given region.

УДК 614.8:615.2/.4

*Г.Г.РОЩІН, В.О.ВОЛОШИН, М.М.МИХАЙЛОВСЬКИЙ, І.М.РОГАЧ, С.В.СИНЕЛЬНИК,  
А.В.ТЕРЕНТЬЄВА (КИЇВ)*

## **РЕЗЕРВИ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ, ВИРОБІВ МЕДИЧНОГО ПРИЗНАЧЕННЯ ТА МЕДИЧНОГО ОБЛАДНАННЯ ДЛЯ ЛІКВІДАЦІЇ МЕДИКО-САНІТАРНИХ НАСЛІДКІВ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ**

Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф

Третє тисячоліття у спадщину від минулого отримало вантаж зростаючих протиріч між людиною та довкіллям. Надмірні техногенні навантаження на природне середовище негативно вплинули на рівень природно-техногенної безпеки усіх держав, у тому числі й України. На території України більш як 7000 об'єктів та адміністративних територій несуть у собі потенційну небезпеку для життя і здоров'я людей. Географічне положення України та метеорологічні фактори створюють умови для виникнення стихійних лих: геологічних процесів, надзвичайних ситуацій медико-біологічного характеру. За період з 1997 по 2001 р. в Україні зареєстровано 3470 надзвичайних ситуацій. Внаслідок надзвичайних ситуацій (далі - НС) та нещасних випадків у нашій державі щорічно гине близько 60 тис. осіб, а приблизно 2 млн. осіб отримують травми.

При виникненні НС великого масштабу існуюча мережа лікувально-профілактичних закладів та система надання екстреної медичної допомоги у повсякденних умовах будуть значно перевантажені через велику кількість постраждалих. В районі НС відчуватиметься нестача медичних працівників, лікарських засобів, виробів медичного призначення та медичного обладнання. Надання екстреної допомоги постраждалим при НС техногенного та природного характеру потребують, залежно від обсягу санітарних втрат, оперативного зосередження у зоні катастрофи потрібної кількості медичних працівників, своєчасності та організації стабільного медичного постачання.

Для надання екстреної медичної допомоги постраждалим від надзвичайних ситуацій у державі постановою Кабінету Міністрів України від 14 квітня 1997 р. N343 [7] утворена Державна служба медицини катастроф (далі – ДСМК). Значний кадровий потенціал медичних працівників

дозволяє укомплектувати мобільні формування ДСМК висококваліфікованими лікарями та середнім медичним персоналом.

На жаль, у зв'язку з тяжким економічним станом держави, матеріально-технічне забезпечення системи охорони здоров'я у цілому і ДСМК зокрема не задовольняє реальних потреб у лікарських засобах, výroбах медичного призначення, медичному обладнанні, спеціалізованих транспортних засобах тощо. За цих обставин нагальним завданням для забезпечення надання екстреної медичної допомоги за умов НС є створення відповідних матеріальних резервів.

На час утворення ДСМК єдиним правовим актом, який визначав можливості створення та використання матеріальних резервів на випадок надзвичайних ситуацій, був Закон України "Про державний матеріальний резерв" [1]. Згідно з статтею 3 цього Закону "державний резерв призначається для ...забезпечення першочергових робіт під час ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій". Стаття 121 визначала порядок відпуску матеріальних цінностей з державного резерву. У ній зазначалося, що "державний резерв матеріальних цінностей є недоторканим і може використовуватися лише за рішенням Кабінету Міністрів України. Відпуск матеріальних цінностей з державного резерву для ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій здійснюється центральним органом виконавчої влади, що здійснює управління державним резервом, за поданням міністерств, інших органів виконавчої влади, Ради міністрів Автономної Республіки Крим, на які покладено функції щодо координації робіт по ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій за рішенням Кабінету Міністрів України". На жаль, підзаконних нормативних та директивних актів, які б розкривали механізм створення, поповнення та використання медичного майна державно-



резерву силами ДСМК із складу цього резерву при надзвичайних ситуаціях у мирний час розроблено не було. Крім того, виникає сумнів щодо якості та відповідності вмісту цього резерву сучасному рівневі медицини.

На виконання постанови Кабінету Міністрів України від 29 березня 2001 року № 308 "Про порядок створення і використання матеріальних резервів для запобігання, ліквідації надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру, та їх наслідків" [10] за дорученням Міністерства охорони здоров'я України науковими підрозділами Українського науково-практичного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (далі УНПЦ ЕМД та МК) із залученням фахівців провідних НДІ та керівників територіальних органів охорони здоров'я було науково обґрунтовано порядок створення і використання резервів лікарських засобів, виробів медичного призначення та медичного обладнання для запобігання та ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій, їх номенклатуру, обсяг та норми накопичення.

Враховуючи існуючу систему класифікації надзвичайних ситуацій [8] і вимоги згаданої вище постанови Кабінету Міністрів [10], накопичення медичного майна для ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій може здійснюватись у:

- державному резерві;
- оперативному резерві МНС України;
- відомчому резерві МОЗ України;
- відомчих резервах інших центральних органів виконавчої влади (відомств), ліквідацію медико-санітарних наслідків НС на об'єктах яких передбачається здійснювати силами і засобами цих відомств;
- регіональних резервах;
- резервах медичних закладів;
- об'єктових резервах (запасах).

Крім того, відповідно до Положення про Державну службу медицини катастроф, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 1 липня 2001 року № 827, окремо передбачається створення оперативних резервів лікувальних закладів ДСМК.

Державний резерв створюється Кабінетом Міністрів України для проведення першочергових робіт з ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій та надання термінової допомоги постраждалому населенню і залучається для ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій на території держави за рішенням Кабінету Міністрів України. Це завдання практично збігається з положеннями діючого Закону України "Про державний матеріальний резерв". З позиції Державної служби медицини катастроф, яку відстоюють автори

статті, на сьогодні ще не налагоджена взаємодія між органами-розпорядниками цього резерву і органами управління ДСМК щодо таких кардинальних питань, як накопичення та використання медичного майна за умов НС мирного часу, порядку погодження номенклатури медичного майна, створення зручних для використання при НС комплектів, укладок медичного майна для формувань ДСМК, підзаконних актів, що регламентують нормативну базу щодо вилучення і порядку отримання цього майна за певних умов. Слід відзначити, що в пункті 3 постанови Кабінету Міністрів України від 9 грудня 1997 року №1379 "Про затвердження заходів щодо розвитку ДСМК на 1998-2001 роки" [11] (проект якої був підготовлений фахівцями УНПЦ ЕМД та МК), від Державного комітету з матеріальних ресурсів і ряду зацікавлених відомств вимагалось "підготувати в тримісячний термін проект постанови Кабінету Міністрів України щодо створення системи матеріально-технічного забезпечення служби медицини катастроф". Незважаючи на спроби фахівців ДСМК вирішити це питання, цей пункт постанови залишається невиконаним.

Оперативний резерв медичного майна створюється МНС України і залучається для ліквідації наслідків НС на території держави за рішенням міністра з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи. Враховуючи, що безпосередньо у підпорядкуванні МНС є військові підрозділи, воєнізовані аварійно-рятувальні загони та визначений у складі ДСМК центрального рівня мобільний госпіталь МНС, оперативний резерв МНС має складатися з медичного майна, яке необхідне для надання медичної допомоги особовому складу військ та воєнізованих аварійно-рятувальних загонів МНС, постраждалому при ліквідації наслідків надзвичайної ситуації. Крім того, до його складу повинно входити табельне медичне майно (лікарські засоби, виробів медичного призначення, медичне обладнання, м'який інвентар, запаси продовольства тощо), необхідне для автономної роботи мобільного госпіталю МНС протягом 30 діб. Хотілося б зауважити, що для ліквідації медико-санітарних наслідків НС в Україні передбачено створення відомчого резерву МОЗ України, тому, на нашу думку, дублювання його у складі оперативного резерву (причому, використовуючи одні й ті ж джерела фінансування), мабуть, недоцільно.

Відомчий резерв МОЗ України створюється для надання екстреної медичної допомоги постраждалому населенню та ліквідації медико-санітарних наслідків НС силами ДСМК центрального рівня. Він використовується за рішенням МОЗ України. Виходячи з аналізу медико-санітарних

наслідків надзвичайних ситуацій державного рівня в Україні протягом останніх 12 років і науково обґрунтованого прогнозу з урахуванням найбільш вагомих ризиків виникнення надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру, а також реальних можливостей Державного бюджету МОЗ України, було прийнято рішення визначити обсяги відомчого резерву з урахуванням умов забезпечення надання екстреної медичної допомоги одночасно 3000 постраждалим при НС природного та техногенного характеру з комбінованими ураженнями. Фахівцями УНПЦ ЕМД та МК із залученням спеціалістів МОЗ України розроблені номенклатура, обсяг та норми накопичення лікарських засобів та виробів медичного призначення відомчого резерву МОЗ України для запобігання та ліквідації медико-санітарних наслідків НС. Номенклатура лікарських засобів та виробів медичного призначення включає 134 найменування. З них антибіотиків – 9 найменувань, серцево-судинних, спазмолітичних та гіпотензивних засобів – 18 найменувань, ненаркотичних анальгетиків – 12 найменувань, наркотичних анальгетиків – 2 найменування, антисептичних, дезінфікуючих, антимікробних препаратів – 8 найменувань, препаратів для проведення місцевої анестезії – 3 найменування, плазмозамінних, інфузійних розчинів – 8 найменувань, антидотів – 4 найменування, препаратів інших фармакологічних груп – 16 найменувань, гормонів – 2 найменування, цукрознижуючих препаратів – 2 найменування, сироваток – 7 найменувань, психотропних препаратів – 6 найменувань, вітамінних препаратів – 6 найменувань, перев'язувальних засобів, шприців, катетерів – 31 найменування. Крім того, перелік медичного обладнання складався з 48 найменувань. Орієнтовна вартість відомчого резерву МОЗ України, згідно з розробленою його номенклатурою та обсягами у цінах 2001 року складала 11 140 тис. грн., тобто менше 25 копійок на одного громадянина держави.

Крім відомчого резерву МОЗ, аналогічні резерви створюються іншими центральними органами виконавчої влади (відомствами) для проведення заходів з ліквідації медико-санітарних наслідків на відомчих об'єктах Міністерства оборони (на арсеналах, складах боєприпасів, у військових частинах), Мінпаливенерго (аварії в шахтах тощо), Мінтрансу (аварії на судах та плавоб'єктах), Державного департаменту України з питань виконання покарань (НС в місцях відбування покарання тощо). Ці резерви створюються в обсягах, необхідних для максимальної гіпотетичної (прогнозованої) НС, характерної для цих відомчих об'єктів і обсягу робіт з ліквідації медико-санітарних наслідків НС на них [10].

Регіональні резерви медичного майна створюються Міністерством охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управліннями охорони здоров'я обласних, Севастопольської міської та Головним управлінням охорони здоров'я Київської міської держадміністрації для надання екстреної медичної допомоги постраждалому населенню та ліквідації медико-санітарних наслідків НС силами ДСМК територіального рівня. Вони використовуються за рішенням органів управління охорони здоров'я відповідної адміністративної території. Фахівцями УНПЦ ЕМД та МК із залученням спеціалістів МОЗ України, представників органів управління охорони здоров'я адміністративних територій розроблені номенклатура, обсяг та відносні норми накопичення лікарських засобів та виробів медичного призначення у регіональних резервах медичного майна для запобігання та ліквідації медико-санітарних наслідків НС із розрахунку на 1 млн чоловік населення. Остаточна норма накопичення регіонального резерву кожної адміністративної території визначається залежно від чисельності населення. Орієнтовна вартість регіонального резерву, згідно з розробленою номенклатурою, на кожний мільйон населення в цінах 2001 року складала 4 825 тис. грн (4,825 грн на одного жителя регіону).

Місцеві резерви створюються в лікувально-профілактичних закладах з певним ліжковим фондом для забезпечення додаткового розгортання ліжок при масовому надходженні постраждалих з осередку НС. Нами розроблено номенклатуру лікарських засобів та виробів медичного призначення. Враховуючи необхідність мати резерви в лікувальних закладах кожного району, міста районного та обласного підпорядкування, при розробці пропозицій нормативного характеру було запропоновано створювати ці резерви в закладах охорони здоров'я, що мають не менше 100 ліжок і у Центральних районних лікарнях, незалежно від обсягу їх ліжкофонду. При цьому пропонувалось розраховувати обсяг місцевого резерву, виходячи із можливості надання стаціонарної медичної допомоги при розгортанні 20% додаткових ліжок. Кожному закладу охорони здоров'я, використовуючи затверджену номенклатуру лікарських засобів та виробів медичного призначення, запропоновано розробити власну номенклатуру, обсяг та норми накопичення резерву медичного закладу лікарських засобів та виробів медичного призначення для запобігання та ліквідації медико-санітарних наслідків НС, виходячи з профілю ліжкофонду та можливого виду НС. Для накопичення недоторканого резерву в лікувально-профілактичних закладах запропоновано виділяти з місцевого бюджету 500 грн на кожне додаткове лікарняне ліжко. При цьому номенк-

атура, обсяги та норми накопичення медичного майна закладу мають затверджуватись вищим органом управління охорони здоров'я.

Створення об'єктових резервів (запасів) лікарських засобів та виробів медичного призначення, згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 29 березня 2001 року № 308 [10], покладено на суб'єкти господарської діяльності, в власності яких є об'єкт підвищеного ризику. Вони формуються за рахунок власних коштів підприємства і залучаються для ліквідації медико-санітарних наслідків НС на даному об'єкті.

Наказом МОЗ України від 3.05.2001 року № 165 "Про створення резервів лікарських засобів та виробів медичного призначення для запобігання, ліквідації надзвичайних ситуацій техногенного і природного характеру та їх наслідків" [4] затверджено "Положення про відомчий, регіональний та місцевий резерви лікарських засобів та виробів медичного призначення МОЗ України на випадок виникнення НС". Цим положенням визначено, що відомчий та регіональні резерви розміщуються на центральних складах спецмедпостачання МОЗ України та на складах баз спеціального медичного постачання уповноважених охорони здоров'я облдержадміністрацій.

Наказом МОЗ України від 10.08.2001 року № 331 "Про затвердження номенклатури резервів лікарських засобів, виробів медичного призначення та медичного обладнання для запобігання та ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій техногенного і природного характеру" [5] затверджені номенклатура, обсяг та норми накопичення лікарських засобів та виробів медичного призначення відомчого резерву МОЗ України, регіональних резервів та номенклатура порядку накопичення резервів медичних закладів. У цьому наказі з міркувань економічного характеру було запропоновано накопичувати резерви в закладах охорони здоров'я, що мають не менше 180 ліжок. При цьому обсяги резервів повинні забезпечити функціонування 10 % додаткових ліжок. У зв'язку з цим більшість сільських районів не накопичують ніяких резервів, що ускладнює діяльність місцевих органів охорони здоров'я за НС на їх території. Крім того, наказом визначені терміни (до 01.2004 року), протягом яких резерви мають бути створені і накопичені. Проведений моніторинг стану планування роботи з накопичення резервів та фінансування цих потреб у державному та місцевих бюджетах і відповідних кошторисах органів управління охорони здоров'я на 2002 рік показав, що у 2002 році передбачається виділення коштів не більше 10% до потреб.

Крім того, Положенням про Державну службу медицини катастроф, затвердженим поста-

новою Кабінету Міністрів України від 11 липня 2001 року №827, передбачено створення оперативних резервів лікувальних закладів ДСМК [6]. Вони накопичуються закладами ДСМК для забезпечення першочергових робіт з ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій в автономному режимі на час до залучення для ліквідації наслідків НС матеріальних засобів із вищеназваних резервів. Резерви нормовані. Норми оперативного резерву розраховуються, виходячи з кількості формувань ДСМК, що створює заклад, або кількості резервного ліжкофонду ДСМК, згідно з таблицями їх оснащення. Основною метою створення цих резервів є забезпечення роботи формувань в автономному режимі протягом певного часу та використання ліжкофонду без додаткового постачання протягом визначеного терміну. Термін автономної роботи формувань та ліжкофонду без додаткового постачання для розрахунків оперативного резерву визначається нормативними документами. До введення в дію нормативних документів Уряду з затвердженням механізмів та порядку використання державного резерву медичного майна оперативний резерв за тимчасовими нормативами [12] розраховується на три доби.

Розрахунки потреб майна для закладів та формувань проводяться, виходячи з їх таблиць оснащення. Табелі розробляються з урахуванням виконання основних функцій того чи іншого формування або закладу для надання медичної допомоги певній кількості постраждалих за конкретний термін. Типові таблиці оснащення затверджуються МОЗ України. Враховуючи, що типовий таблиць передбачає виконання тільки основних функцій, притаманних даному закладу чи формуванню, та іноді не враховує особливостей роботи конкретного об'єкту, у планах медико-санітарного забезпечення населення в надзвичайних ситуаціях може передбачатись додаткова номенклатура і обсяги постачання для конкретних формувань та закладів. МОЗ України організував розробку тимчасових таблиць оснащення формувань ДСМК, які видані у вигляді затверджених методичних рекомендацій [3]. Фінансування створення оперативних резервів передбачається з державного та місцевого бюджетів цільовим призначенням [9, 11] та за рахунок джерел фінансування лікувальних закладів.

Підбиваючи підсумки, можна сказати, що розроблена система резервів медичного майна на сьогодні є оптимальною за складом та обсягом, розрахованою на можливі в умовах України надзвичайні ситуації загальнодержавного та регіонального рівнів і потребує від органів виконавчої влади всіх рівнів відповідальної роботи щодо їх створення та використання.

### Список літератури

1. Закон України від 24 січня 1997 р. "Про державний матеріальний резерв" // Надзвичайні ситуації: Зб. норм.-прав. актів. – К., 2001. – Т. 3, МНС України. – С. 105–121.
2. Закон України від 8 червня 2000 р. "Про захист населення і територій від надзвичайних ситуацій технічного та природного характеру" // Надзвичайні ситуації: Зб. норм.-прав. актів. – К., 2001. – Т. 3, МНС України. – С. 16–46.
3. Картиш А.П., Рошчін Г.Г., Волошин В.О. та ін. Медичне постачання формувань і закладів Державної служби медицини катастроф України: Метод. рекомендації. – К.: МОЗ України, УНПЦ ЕМД та МК, 1999. – 121 с.
4. Наказ МОЗ України від 03.05.2001 р. №165 "Про створення резервів лікарських засобів та виробів медичного призначення для запобігання, ліквідації надзвичайних ситуацій техногенного і природного характеру та їх наслідків": Зб. норм.-директ. док. з охорони здоров'я. – К., 2001. – берез. – С. 56–57.
5. Наказ МОЗ України від 10.08.2001 р. №331 "Про номенклатури резервів лікарських засобів, виробів медичного призначення та медичного обладнання для запобігання та ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій техногенного і природного характеру": Зб. норм.-директ. док. з охорони здоров'я.-К., 2001. – верес. – С. 46–58.
6. Постанова Кабінету Міністрів України від 11 липня 2001 р. №827 "Про затвердження Положення про Державну службу медицини катастроф" // Офіц. вісн. України. – К. – 2001. – №8. – С. 49–54.
7. Постанова Кабінету Міністрів України від 14 квітня 1997 р. №343 "Про утворення державної служби медицини катастроф" // Державна служба медицини катастроф: Зб. норм.-прав. актів. – К.: МОЗ України, УНПЦ ЕМД та МК. – 1998. – С. 48–49.
8. Постанова Кабінету Міністрів України від 15 липня 1998 р. №1099 "Про порядок класифікації надзвичайних ситуацій" // Надзвичайні ситуації: Зб. норм.-прав. актів. – К., 2001. – Т. 3, МНС України. – С. 369–404.
9. Постанова Кабінету Міністрів України від 15 лютого 2002 р. №174 "Про затвердження Програми розвитку Державної служби медицини катастроф на 2002 – 2005 рік" // Офіц. вісн. України. – К., 2002. – №3. – С. 32–43.
10. Постанова Кабінету Міністрів України від 29 березня 2001 р. №308 "Про порядок створення і використання резервів для запобігання, ліквідації надзвичайних ситуацій техногенного і природного характеру та їх наслідків" // Офіц. вісн. України. – К., 2001. – №3. – С. 43–47.
11. Постанова Кабінету Міністрів України від 9 грудня 1997 р. №1379 "Про затвердження заходів щодо розвитку Державної служби медицини катастроф на 1998 - 2001 роки" // Державна служба медицини катастроф: Зб. норм.-прав. актів. – К.: МОЗ України, УНПЦ ЕМД та МК. – 1998. – С. 88–98.
12. Рошчін Г.Г., Волошин В.О., Михайловський М.М. та ін. Особливості організації матеріально-технічного забезпечення формувань і закладів державної служби медицини катастроф України // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2000. – №3. – С. 82–86.

### РЕЗЕРВЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ ДЛЯ ЛИКВИДАЦИИ МЕДИКО-САНИТАРНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

Г.Г. Рошчин, В.А. Волошин, Н.Н. Михайловский, И.М. Рогач, С.В. Синельник, А.В. Терентьева (Киев)

Изложены результаты научного обоснования видов, номенклатуры и объема резервов лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинского оборудования для ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций. Приведены требования действующих правовых и нормативных актов по созданию и накоплению резервов. Проанализированы состояние и перспективы накопления резервов.

### RESERVES OF DRUGS, MEDICINES, OTHER UTILITY MEDICAL PRODUCTS AND EQUIPMENT NEEDED FOR LIQUIDATION OF MEDICAL-SANITARY AFTERMATH OF VARIOUS DISASTERS AND EMERGENCY SITUATIONS

H.H. Roschin, V.A. Voloshin, N.N. Mikhailovsky, E.M. Rogach, S.V. Sinelnik, A.B. Terentjeva (Kiev)

Scientific substantiation of reasonable-sufficiency reserves volumes of drugs, medicines, other utility medical products as well as such equipment ( e.g. their kinds, items lists and volumes) needed for liquidation of medical-sanitary consequences of various probable or imaginable disasters and emergency situations has been presented together with requirements of some now-in-force departmental regulatory documents dealing with a stock-piling of such reserves. The present situation with the reserve capacity in Ukraine and its future prospects has been also analyzed.

ДК 614.2:312.6 (477)

О.І. ТЕМЧЕНКО

## НОВІ ПІДХОДИ В ОРГАНІЗАЦІЇ СВОЄЧАСНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПУХЛИН ЯЄЧНИКІВ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

**Вступ.** Без перебільшення можна сказати, що найважчим і підступним захворюванням у жінок залишається рак яєчників.

Проблема цієї онкологічної патології дуже важлива, тому обговорюється не тільки онкогінекологами, але й спеціалістами інших галузей медицини.

Зниження смертності жіночого населення від онкологічних захворювань, які займають друге місце серед причин смертності в Україні, є одним з першочергових завдань системи охорони здоров'я України [1]. Актуальність проблеми визначається тим, що епітеліальні пухлини складають 80-90 % від усіх злоякісних пухлин яєчників і займають перше місце в структурі смертності від онкогінекологічних захворювань, а кожна 2-3 жінка, в якій виявлено рак яєчників, помирає до одного року з моменту виявлення захворювання [3].

**Матеріали і методи.** Ретроспективний та проспективний аналіз застосування сучасних методів діагностики пухлин яєчників включав клінічну характеристику, проведено у 216 хворим, визначення СА-125 у 130 жінок груп ризику, 196 випадків застосування УЗД з метою діагностики пухлин яєчників, 56 випадків застосування лапароскопії, 108 випадків субопераційної морфологічної діагностики та проаналізована медична документація на 809 хворих з метою вивчення епідеміологічних особливостей пухлин яєчників.

Серед 809 хворих з пухлинами яєчників істинні пухлини виявлені у 743 хворих. Найбільшу групу серед них склали хворі з епітеліальними пухлинами — 572 (77 %). Серед них доброякісні пухлини, виявлені у віці від 30 до 55 років, склали 64%, а злоякісні, виявлені у віці від 50 до 75 років, склали 71 %, тобто доброякісні пухлини зустрічаються частіше у віці від 30 до 55 років, а злоякісні — у віці від 50 до 75 років. Такі дані показують, що доброякісні пухлини яєчників передують злоякісним, тобто їх слід вважати передраковими захворюваннями. Тому основні зусилля з ранньої діагностики пухлин яєчників повинні спрямовуватися на контингенти жінок у віці від 30 до 50 років.

### Результати дослідження та їх обговорення.

Аналіз даних епідеміологічних досліджень показав, що крім вікових факторів важливе значення в скрінінгу пухлин яєчників займають розлади менструальної функції, дані сімейного анамнезу, наявність гіпертонічної хвороби, цукрового діабету, ожиріння, перенесені операції на яєчниках.

Аналіз рівня онкомаркера СА-125 виявив, що його рівень був достовірно вищим відносно групи здорових жінок. У хворих із злоякісними пухлинами яєчників вміст онкомаркера СА-125 достовірно підвищується відносно здорових жінок та хворих із доброякісними захворюваннями жіночих статевих органів.

Тобто, середній рівень концентрації СА-125 має діагностичне значення відносно доброякісних та злоякісних пухлин яєчників.

Діагностична чутливість онкомаркера СА-125 склала 83,3 %, діагностична специфічність — 82,5 %. Отже, в скрінінговій програмі з діагностики пухлин яєчників слід застосовувати онкомаркер СА-125.

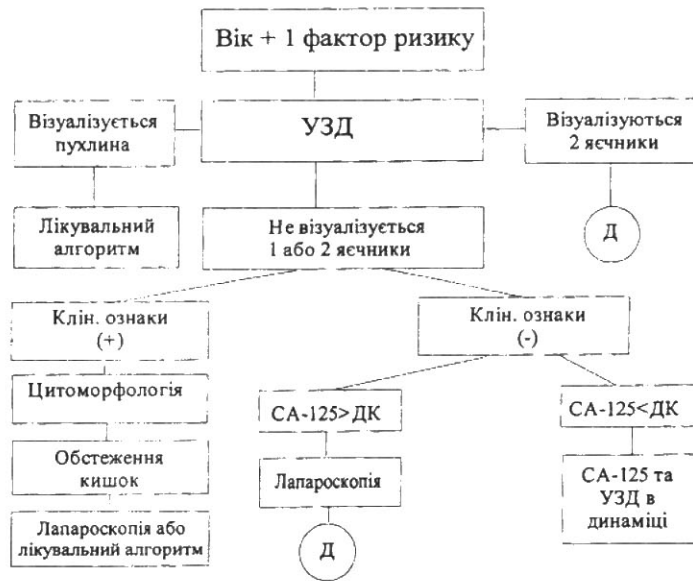
Аналіз 196 випадків застосування УЗД з метою діагностики пухлин яєчників підтвердив високу діагностичну ефективність методу, яка за нашими даними склала 91,8 %. Простота методики та висока інформативність висновків дозволяє залучати в діагностичний процес і лікарів іншого фаху.

Лапароскопія нами виконана у 56 хворих у віці від 21 до 86 років. Всім хворим до лапароскопії проведено УЗД органів малого тазу, клінічне обстеження, за показами — цитологічне дослідження пунктату дугласового простору (у всіх хворих не виявлені дані за злоякісний ріст). Після проведеної лапароскопії виявлені злоякісні пухлини у 15 (26,9 %) випадках, доброякісні у 16 (28,6 %), пухлиноподібні утвори у 11 (19,6 %), зовнішній ендометріоз у 7 (12,5 %) випадках, туберкульоз очеревини у 3 (5,36 %) випадках та цироз печінки у 2 (3,57 %) випадках. Отже, точність лапароскопічної діагностики характеру пухлин склала 96,4 %.

Нами проведений ретроспективний аналіз частоти виявлення факторів ризику у 311 хворих за шкалою, яка логічно впливає з проведених епідеміологічних досліджень. Поєднання віку хворих (після 35 років) ще з одним фактором ризику виявлено нами у 82,6 % хворих. Тому поєднання віку хворих ще з одним фактором ризику дозволяє застосовувати їм діагностичний алгоритм (рис. 1).

При виявленні фактора ризику виникнення пухлин яєчників пацієнтам після 35 років показане УЗД. При виявленні пухлини яєчника такі хворі направляються до гінеколога. При чіткому виявленні обох незмінених яєчників пацієнти продовжують соматичне лікування за профілем, а сонограма зберігається як "контроль" при динамічному спостереженні. Відсутність одного або двох

яєчників при УЗД повинна насторожити лікаря, зобов'язує провести гінекологічне дослідження. Ні в кого не викликає сумніву те, що за наявності пухлини та сумнівних даних УЗД необхідно застосувати хірургічне лікування. За сумнівних даних УЗД і відсутності чітких клінічних ознак пухлини необхідно визначити концентрацію пухлинного маркера СА-125. На наступному діагностичному етапі при рівні СА-125, що перевищує дискримінантну концентрацію, слід застосувати діагностичну лапароскопію. При рівні СА-125  $\leq 30$  од/мл хворих з сумнівними даними УЗД слід віднести до групи підвищеного ризику виникнення раку яєчників і проводити їм контрольні обстеження із застосуванням УЗД та визначення СА-125 кожні 6 місяців [2].



Д — диспансерний нагляд; УЗД — ультразвукове дослідження; ДК — дискримінантна величина

Рис.1. Діагностичний алгоритм виявлення пухлин яєчників.

**Висновки.** В нових економічних умовах раннє або активне виявлення пухлин яєчників повинно опиратися не стільки на проведення профілактичних оглядів серед декретованих груп населення, скільки активно виявлятися лікарями різних профілів

при звертанні до них пацієнтів. При розробці програми профілактичних оглядів потрібно провести навчання щодо застосування мультимодульного діагностичного алгоритму серед всіх ланок медпрацівників, які беруть участь в профілактичних оглядах.

### Список літератури

1. Воробьева Л. И. Организация онкогинекологической помощи в Украине // Рак в Україні: епідеміологічні та організаційні аспекти проблеми. — Матеріали науково-практ. конф. — Київ, 1997. — С. 91-92.
2. Запорожан В. М., Гладчук І. З., Темченко О. І. Рішення про видачу деклараційного патенту на винахід № 2000074550 від 28.07.2000 "Спосіб ранньої діагностики раку яєчників".
3. Jacobs J. Studies of Screening for Ovarian Cancer in the general population // 1<sup>st</sup> Annual International Conference for Ovarian Cancer Screening and Prevention Session. - Houston, Texas. - 1999. - 56 p.

## **НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ОРГАНИЗАЦИИ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ**

*О.И. Темченко*

Проведенный анализ применения современных методов диагностики разрешил создать мультимодульный диагностический алгоритм, эффективность которого составляет 86 %, и который доступен для пользования всем звеньям медработников, которые принимают участие в проведении профилактических осмотров.

## **THE NEW POINTS OF VIEW IN ORGANIZATION OF WELL-TIMED DIAGNOSTICS OF TUMOURS OF OVARIES**

*О.И. Temchenko*

The analysis that was carried out about application of modern methods of diagnostics has let us to frame multimodule diagnostic algorithm, which efficiency makes 86 %, and which is accessible for usage to all parts of medical workers, who take part in carrying out of routine maintenances.

## **НАУКОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

УДК 614.2:001.891:338(477)

*В.М. ПОНОМАРЕНКО, Г.М. МОСКАЛЕЦЬ, А.Л. КАРЛОВА, В.І. АКСЕНОВА, Т.М. СМІРНОВА (КИЇВ)*

## **ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМИ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ З ПРОБЛЕМИ “СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА” У МЕДИЧНІЙ НАУЦІ УКРАЇНИ ЗА ДАНИМИ ЕКСПЕРТНОЇ ОЦІНКИ**

Український інститут громадського здоров'я

Проблема визначення пріоритетів зараз вирішується в усьому світі в усіх галузях життєдіяльності людини. До цього спонукають висока вартість і велика трудомісткість управлінських, організаційних, господарських технологій, прискорений розвиток суспільства, жорстка конкуренція та інші фактори. У країнах Заходу та Сходу йде удосконалення медичної допомоги населенню шляхом реформування за новими пріоритетами, що потребують наукового обґрунтування.

У сучасних економічних умовах визначення пріоритетних наукових розробок у медичній науці набуває в Україні першочергового значення

[4]. Основна мета цього методу полягає у створенні нової інформації, необхідної для прийняття рішень під час вибору оптимальної науково-технічної політики, розробці стратегії наукових досліджень на перспективу, ефективній інвестиційній політиці. В Україні протягом багатьох років проводилися прогностувальні розробки, метою яких був вибір наукових пріоритетів та формування пропозицій для включення в Комплексну програму науково-технічного прогресу і його соціально-економічних наслідків в Українській РСР до 2015 року. Наукове дослідження з визначення наукових пріоритетів у галузі за

допомогою методу індивідуальних експертних оцінок востаннє було проведено у 1993 році. За його результатами здійснено ранжирування медичних наукових проблем відповідно до їх наукового і практичного значення.

Питанню визначення напрямів подальшого розвитку охорони здоров'я та його наукового супроводження у сучасних політичних та економічних умовах України приділяється велика увага з боку організаторів охорони здоров'я та науковців. Це питання постійно розвивається, відповідно до розвитку і змін у суспільному житті та широко висвітлюється в медичній літературі [1–3, 5–15]. Основні комплексні наукові завдання визначаються у положеннях Концепції розвитку охорони здоров'я населення України [11], Міжгалузевій комплексній програмі «Здоров'я нації» на 2000–2011 рр. [5] та інших документах, у яких перелічені основні напрями розвитку охорони здоров'я України. Більшість з них потребує наукового супроводу.

Враховуючи обмежене фінансування медичної науки, науковці повинні зосередити зусилля на вирішенні найбільш актуальних проблем. Згідно з листом МОЗ України від 12.06.2001 р. № 253 та Планом основних організаційних заходів Міністерства охорони здоров'я України на 2001 рік, затвердженим рішенням колегії МОЗ України від 17.01.2001, протокол № 1 і відповідно до п.2.1 зазначеного плану «Заслухати на засіданнях колегії питання «Про стан та перспективи розвитку наукового напрямку «Соціальна медицина» нами проведено дослідження щодо визначення стану розвитку та пріоритетності наукових досліджень з проблеми «Соціальна медицина» на сучасному етапі в Україні. Для цього було обрано метод заочних індивідуальних експертних оцінок за допомогою анкетування, при якому найповніше виявляється професіоналізм експертів. Для формування експертної групи застосовано документальний метод.

Згідно з вимогами щодо проведення експертних оцінок, зазначений процес проведено в два етапи. Перший етап – апробаційний – здійснювався групою експертів (20 осіб), до складу якої увійшли завідувачі структурних підрозділів та провідні наукові співробітники Українського інституту громадського здоров'я. Їх зауваження та пропозиції дали можливість внести в анкету доповнення та поправки. Зокрема слід відзначити рекомендацію щодо доповнення дослідження визначенням рангового місця основних напрямів наукових досліджень. Другий етап – основний, проводився групою експертів (50 осіб), до якої увійшли завідувачі, професори та доценти кафедр соціальної медицини та управління охороною здоров'я вищих медичних навчальних закладів III–IV рівня акредитації і закладів післядипломної осві-

ти України. Про авторитетність експертів свідчить той факт, що 13 із них – доктори медичних наук.

До анкети в перелік напрямів наукових досліджень з проблеми «Соціальна медицина» з розробленого нами Рубризатора напрямів наукових досліджень з соціальної медицини і організації охорони здоров'я увійшло 15 напрямів. Кожний з них має піднапрями, кількість яких варіює від 3 до 18, що в окремих рубриках деталізуються. Деталізовані напрями у таблиці не наведено через їх велику кількість.

Для оцінювання розвитку напрямів наукових досліджень з проблеми «Соціальна медицина» в Україні до анкети введено 4 види оцінок: «розвивається активно», «розвивається недостатньо»; «не розвивається», «не маю достатньої інформації». Для оцінювання ступеня пріоритетності напрямів наукових досліджень на сучасному етапі в Україні – 5 видів оцінок: «найбільш пріоритетні», «достатньо пріоритетні», «пріоритетні», «не достатньо пріоритетні», «не пріоритетні» (табл. 2).

Для обробки анкетних даних використано метод альтернативного аналізу, згідно з яким було обчислено по кожному напрямку наукових досліджень і кожному піднапрямку показники в абсолютних значеннях (кількість експертів, які віддали перевагу тій чи іншій альтернативі), і у відсотках. Кількісні оцінки оброблено за методом параметричної статистики, при цьому розраховані коефіцієнти варіації; для визначення погодження експертів застосовано коефіцієнт конкордації; для оцінки вірогідності коефіцієнта конкордації використана формула розрахунку критерію  $\chi^2$  з подальшим визначенням його табличного варіанту і вірогідності  $P$ .

### **Експертна оцінка існуючого розвитку напрямів наукових досліджень з проблеми «Соціальна медицина» в Україні**

Обчислені дані щодо існуючого розвитку напрямів наукових досліджень з проблеми «Соціальна медицина» в Україні за оцінками експертів, згідно з анкетами, наведено у таблиці 1.

Оцінкою «розвивається активно» позначено 11 з 15 напрямів наукових досліджень, але невеликою кількістю експертів. Крім того, в межах всіх 15 напрямів немає жодного піднапрямку, якому б основна маса експертів дала оцінку «розвивається активно».

На думку експертів, найкраще розвивається напрям III. «Стан здоров'я населення і методи його вивчення» (30%), зокрема, його піднапрями – «Демографічні процеси» (36%), «Захворюваність населення за окремими класами хвороб» (32%), «Захворюваність населення на соціально значущі хвороби (системи кровообігу, онкологічні, ендокринологічні, алергічні, розлади психіки)» (28%); напрям V «Організація медичної допомоги» (10%),



Таблиця 1. Експертна оцінка існуючого розвитку напрямів наукових досліджень з проблеми «Соціальна медицина» в Україні, %

Напрями наукових досліджень	Експертні оцінки розвитку напрямів наукових досліджень				всього
	розвивається активно	розвивається недостатньо	не розвивається	не маю достатньої інформації	
I. Теоретичні проблеми охорони здоров'я	4	84	12	—	100
II. Нормативно-правове забезпечення системи охорони здоров'я	2	66	28	4	100
III. Стан здоров'я населення і методи його вивчення	30	56	14	—	100
IV. Профілактичні напрями	—	64	36	—	100
V. Організація медичної допомоги	10	76	14	—	100
VI. Система управління охороною здоров'я	8	76	16	—	100
VII. Економіка і фінансування	—	72	22	6	100
VIII. Прогнозування і планування	—	70	28	2	100
IX. Статистика	6	64	28	2	100
X. Інформатизація	2	82	14	2	100
XI. Основи науково-медичної інформації	—	76	12	12	100
XII. Загальна диспансеризація населення	2	72	26	—	100
XIII. Проблеми підготовки та використання медичних і фармацевтичних кадрів	10	80	8	2	100
XIV. Проблеми наукознавства	4	76	18	2	100
XV. Міжнародне співробітництво	4	78	18	—	100

зокрема з піднапрямами «Спеціалізована медична допомога» і «Організація медичної допомоги дітям і матерям» (по 22%), «Амбулаторно-поліклінічна медична допомога» та «Стационарна денна медична допомога» (по 16%); напрям XIII «Проблеми підготовки та використання медичних та фармацевтичних кадрів», у тому числі піднапрямами «Проблеми додипломної освіти» (24%).

Невеликою кількістю експертів (8% і менше) надано оцінку «розвивається активно» таким напрямом: VI. «Система управління охороною здоров'я» (8%); IX. «Статистика» (6%); I. «Теоретичні проблеми охорони здоров'я», IV. «Проблеми наукознавства» та XV. «Міжнародне співробітництво» (по 4%); II. «Нормативно-правове забезпечення системи охорони здоров'я», X. «Інформатизація» та XII. «Загальна диспансеризація населення» (по 2%).

Особливу увагу привертає той факт, що жодним експертом не надано оцінку «розвивається активно» таким напрямом наукових досліджень: IV. «Профілактичні напрями», VII. «Економіка і фінансування», VIII. «Прогнозування і планування», XI. «Основи науково-медичної інформації». Водночас піднапрямами «Профілактичні напрями медико-санітарного обслуговування: стан навколишнього середовища, вплив на здоров'я людини» IV напрямом та піднапрямами «Фінансування охорони здоров'я за рахунок особистих коштів громадян (платні послуги)» VII напрямом одержали позитивну оцінку відповідно у 20% і 22% експертів.

Більшість експертів поставили оцінку «розви-

вається недостатньо» всім 15 напрямом наукових досліджень, у тому числі більше двох третин експертів – 11 таким напрямом: I. «Теоретичні проблеми охорони здоров'я» (84%), X. «Інформатизація» (82%), XIII. «Проблеми підготовки та використання медичних і фармацевтичних кадрів» (80%), XV. «Міжнародне співробітництво» (78%), V. «Організація медичної допомоги», VI. «Система управління охороною здоров'я», XI «Основи науково-медичної інформації» та XIV.

«Проблеми наукознавства» (по 76%), VII. «Економіка і фінансування» та XII. «Загальна диспансеризація населення» (по 72%), VIII. «Прогнозування і планування» (70%).

Оцінкою «не розвивається» експертами відзначено всі без винятку напрями наукових досліджень. Причому процент експертів, які таким чином схарактеризували стан наукових розробок досить значний – від 8–12 до 28–36%. Особливо слід відзначити такі напрями: IV. «Профілактичні напрями» (36%), у тому числі піднапрямами «Формування здорового способу життя» (ЗСЖ), гігієнічне виховання населення» (54%); II. «Нормативно-правове забезпечення системи охорони здоров'я», VIII. «Прогнозування і планування» та IX. «Статистика» (по 28%).

Досить велика кількість напрямів наукових досліджень, за якими експерти визначилися, хоча і в малій кількості, що «не мають достатньої інформації» (за 8 напрямом), у тому числі: II. «Нормативно-правове забезпечення системи охорони здоров'я» (4%); VII. «Економіка і фінансування» (6%),

VIII. "Прогнозування і планування", IX. "Статистика", X. "Інформатизація" та XIV. "Проблеми наукознавства", XIII. "Проблеми підготовки та використання медичних і фармацевтичних кадрів" (по 2%). Той факт, що 12% експертів не мають достатньої інформації щодо розвитку напрямку XI. "Основи науково-медичної інформації", потребує окремого вивчення, зважаючи на професію експертів. Привертає увагу наявність цієї експертної оцінки, особливо високої у відсотковому відношенні, за такими піднапрямами: "Нормативно-правове забезпечення міжнародного співробітництва системи охорони здоров'я" (II напрям) – 18%; "Взаємозв'язки та взаємовідносини з іншими країнами" (IV напрям) – 26% та з X напрямку – "Телекомунікаційні інформаційні системи" – 20%, "Інформаційні системи" – 30% та "Інформаційні технології" – 28%. Ця оцінка визначена майже у всіх піднапрямах.

Таким чином, на думку експертів, наукові дослідження з проблеми «Соціальна медицина» в Україні розвиваються недостатньо, що відзначили 66–84% експертів, або зовсім не розвиваються (8–36%).

З 15 напрямів наукових досліджень тільки про один можна умовно сказати, що він розвивається, а саме про напрям III. "Стан здоров'я населення і методи його вивчення" (30% експертів дали йому оцінку «розвивається активно»). Дещо менше розвиваються напрями V. "Організація медичної допомоги" та XIII. "Проблеми підготовки та використання медичних і фармацевтичних кадрів", яким 10% експертів дали таку ж оцінку.

Оцінки експертів даної експертної групи відзначаються дуже великим ступенем різноманітності, про що свідчать оброблені дані експертної оцінки за методом математичної статистики для кількісних оцінок з визначенням коефіцієнтів варіації, які дорівнюють 51–103%.

#### Експертна оцінка ступеня пріоритетності напрямів наукових досліджень з проблеми «Соціальна медицина» в Україні

Одержані дані експертних оцінок щодо найбільш пріоритетних напрямів наукових досліджень з проблеми «Соціальна медицина» в медичній науці України наведено у табл. 2.

Таблиця 2. Експертна оцінка ступеня пріоритетності напрямів наукових досліджень з проблеми «Соціальна медицина» в Україні на сучасному етапі, %

Напрями наукових досліджень	Експертні оцінки ступеня пріоритетності напрямів наукових досліджень на сучасному етапі						найбільш і достатньо пріоритетні
	найбільш пріоритетні	достатньо пріоритетні	пріоритетні	недостатньо пріоритетні	не пріоритетні	всього	
I. Теоретичні проблеми охорони здоров'я	40	24	34	2	—	100	64
II. Нормативно-правове забезпечення системи охорони здоров'я	32	38	26	4	—	100	70
III. Стан здоров'я населення і методи його вивчення	30	28	42	—	—	100	58
IV. Профілактичні напрями	46	40	12	2	—	100	86
V. Організація медичної допомоги	44	32	24	—	—	100	76
VI. Система управління охороною здоров'я	22	42	36	—	—	100	64
VII. Економіка і фінансування	48	26	24	2	—	100	74
VIII. Прогнозування і планування	30	20	42	8	—	100	50
IX. Статистика	16	28	54	2	—	100	44
X. Інформатизація	16	28	52	—	4	100	44
XI. Основи науково-медичної інформації	10	32	54	4	—	100	42
XII. Загальна диспансеризація населення	18	26	52	2	2	100	44
XIII. Проблеми підготовки та використання медичних і фармацевтичних кадрів	28	28	44	—	—	100	56
XIV. Проблеми наукознавства	20	40	38	2	—	100	60
XV. Міжнародне співробітництво	8	46	44	—	2	100	54

До найбільш пріоритетних напрямів наукових досліджень з проблеми «Соціальна медицина» експертами віднесено всі без винятку напрями, але процент експертів стосовно такої оцінки досить низький і варіює від 8 до 48%.

На думку 48% експертів «найбільш пріоритетним» є напрям VII. «Економіка і фінансуван-

ня», і таку оцінку поставлено кільком з багатьох його піднаправів, а саме: «Державний бюджет» (46%), у тому числі «З урахуванням обсягу якості та ефективності проведених медичних заходів» та «На підставі нормативів витрат із розрахунку на 1 мешканця» (по 36%); «Форма медичної допомоги «багатоукладна» (40%); Моделі економі-

чних відносин (форми соціальної організації медичної допомоги) «ринкові» (38%).

Як *«найбільш пріоритетні»* 40–46% експертів також відзначили такі напрями: IV. «Профілактичні напрями» (46%), V. «Організація медичної допомоги» (44%), I. «Теоретичні проблеми охорони здоров'я» (40%).

У межах напрямів IV. «Профілактичні напрями» до *«найбільш пріоритетних»* віднесено піднапрями: «Механізми відповідальності людей за власне здоров'я» (44%), «Організація і ефективність моніторингу здоров'я населення (рівень, методи, форми)» (38%), «Організація, завдання, сфери, методи роботи центрів здоров'я; проблема їх акредитації» (34%), «Розвиток медичної валеології як науки» (32%), «Стан навколишнього середовища, вплив на здоров'я людини» (30%), «Питання профілактики шкідливих звичок» (28%).

В напрямі V. «Організація медичної допомоги» більшість експертів визначили як *«найбільш пріоритетні»* такі піднапрями: «Первинна медико-санітарна допомога (ПМСД)» (62%), «Організація медичної допомоги дітям і матерям» (52%), «Модель організаційної структури» та «Державний рівень управління» (по 44%), «Діти і підлітки» (серед контингентів) та «Амбулаторно-поліклінічна медична допомога» (по 40%). Разом з тим у цьому напрямі більшості піднапрямів 28–44% експертів поставили нижчу оцінку *«пріоритетні»*, зокрема таким: «Рівень управління: міський, район міський, дільниця (місто)», «Медична допомога: стаціонарна на дому» (по 42%), «Молодь, що вчиться» (серед контингентів 40%) та ін.

У межах напрямів I. «Теоретичні проблеми охорони здоров'я» як *«найбільш пріоритетний»* визначено піднапряма «Концепція (державна політика) подальшого розвитку (реформування) охорони здоров'я, виходячи з сучасних реальних умов» (46%).

Третина експертів вважає за *«найбільш пріоритетні»* такі напрями наукових досліджень: II. «Нормативно-правове забезпечення системи охорони здоров'я» (32%), III. «Стан здоров'я населення і методи його вивчення» та VIII. «Прогнозування і планування» (по 30%), XIII. «Проблеми підготовки та використання медичних і фармацевтичних кадрів» (28%). Слід зауважити, що окремим піднапрямом поставлено більшу кількість позитивних оцінок, ніж напрямом, до яких вони належать.

Із піднапрямів напрямів II. «Нормативно-правове забезпечення системи охорони здоров'я» до *«найбільш пріоритетних»* віднесено нормативно-правове забезпечення «Фінансування охорони здоров'я у сучасних умовах, медичне страхування» (56%), «Медичної допомоги дітям і матерям»

(44%), «Забезпечення здорових і безпечних умов життя (санітарного та епідемічного благополуччя населення)», «Соціального захисту» (по 42%).

У межах напрямів III. «Стан здоров'я населення і методи його вивчення» тільки два піднапрями отримали оцінку *«найбільш пріоритетні»* – «Захворюваність населення на соціально-небезпечні хвороби (СНІД, туберкульоз, хвороби, що передаються статевим шляхом)» (52%) та «Соціально-значущі хвороби (системи кровообігу, онкологічні, ендокринні, алергічні, розлади психіки)» (30%). Цікаво, що досить високий процент експертів поставили нижчу оцінку *«пріоритетні»*, наступним піднапрямом: «Захворюваність населення за окремими класами хвороб» (60%), «Фізичний розвиток населення» та «Захворюваність з тимчасовою втратою працездатності» (по 54%), «Демографічні процеси» (48%), «Особливості захворюваності різних груп населення» (44%), «Інвалідність» (42%).

І останні п'ять напрямів одержали оцінку *«найбільш пріоритетні»* тільки у 16–22% експертів: VI. «Система управління охороною здоров'я» (22%), у тому числі піднапрямом: «Медичні стандарти технологій (стандарти якості)» (40%), «Рівень управління – державний» та «Ефективність діяльності системи охорони здоров'я» (по 32%); XIV. «Проблеми наукознавства» (20%), XII. «Загальна диспансеризація населення» (18%), IX. «Статистика» та X. «Інформатизація» (16%). Лише 8–10% експертів віддали перевагу напрямом XV. «Міжнародне співробітництво» та XI. «Основи науково-медичної інформації».

Якщо підсумувати дані за оцінками *«найбільш пріоритетні»* та *«достатньо пріоритетні»*, то найвагомішими напрямом (70% і більше) визначено такі: IV. «Профілактичні напрями» (86%), V. «Організація медичної допомоги» (76%), VII. «Економіка і фінансування» (74%), II. «Нормативно-правове забезпечення системи охорони здоров'я» (70%). До найменш вагомих віднесено 4 напрями: IX. «Статистика», X. «Інформатизація» та XII. «Загальна диспансеризація населення» (по 44%); XI. «Основи науково-медичної інформації» (42%). Інші напрями за оцінками експертів займають середнє положення: I. «Теоретичні проблеми охорони здоров'я» (64%), VI. «Система управління охороною здоров'я» (64%), XIV. «Проблеми наукознавства» (60%), XV. Міжнародне співробітництво, III. «Стан здоров'я населення і методи його вивчення» (58%), XIII. «Проблеми підготовки та використання медичних і фармацевтичних кадрів» (56%), «Міжнародне співробітництво» (по 54%), VIII. «Прогнозування і планування» (50%).

Незважаючи на досить високий відсоток експертних оцінок щодо пріоритетності напрямів наукових досліджень з проблеми «Соціальна ме-

дицина» деякі експерти визначили 9 напрямів як «недостатньо пріоритетні» і три напрями як «непріоритетні».

До перших належать: VIII. «Прогнозування і планування» (8%), II. «Нормативно-правове забезпечення системи охорони здоров'я» та XI. «Основи науково-медичної інформації» (по 4%), I. «Теоретичні проблеми охорони здоров'я», IV. «Профілактичні напрями», VII. «Економіка і фінансування», IX. «Статистика», XII. «Загальна диспансеризація населення», XIV. «Проблеми наукознавства» (по 2%). До других: X «Інформатизація» (4%), XII «Загальна диспансеризація населення» та XV «Міжнародне співробітництво» (по 2%).

Наведені факти свідчать про велику варіативність експертних оцінок, що підтверджується обчисленими коефіцієнтами варіації, значення яких є дуже високим – 76,8–132%.

#### **Експертна оцінка пріоритетності основних напрямів наукових досліджень з проблеми «Соціальна медицина» в Україні за рангами та у кінцевому підсумку**

Крім визначення вищенаведених оцінок пріоритетності напрямів наукових досліджень з проблеми «Соціальна медицина» в Україні при анкетуванні одержано експертні оцінки основних напрямів за рангами (табл. 3). За пріоритетністю основні напрями розподілено таким чином: на першому місці – I. «Теоретичні проблеми охоро-

ни здоров'я»; на другому – II. «Нормативно-правове забезпечення охорони здоров'я»; на третьому – V. «Організація медичної допомоги».

Відповідно на 4,5 та 6 місцях знаходяться напрями: IV. «Профілактичні напрями», VI. «Система управління охорони здоров'я», III. «Стан здоров'я населення і методи його вивчення». На 7, 8, 9 та 10 місцях знаходяться: VII напрям. «Економіка і фінансування», VIII. «Прогнозування і планування», IX. «Інформатизація», X. «Статистика».

Останні 5 місць експерти віддали напрамам: 11 місце – XI. «Основи науково-медичної інформації», 12 місце – XII. «Загальна диспансеризація населення», 13 місце – XIII. «Проблеми підготовки та використання медичних і фармацевтичних кадрів», 14 місце – XIV. «Проблеми наукознавства», 15 місце – XV. «Міжнародне співробітництво».

Таблиця 3 також ілюструє наскільки рангова оцінка ступеня пріоритетності напрямів наукових досліджень співпадає з експертною оцінкою «найбільш пріоритетні».

Хоча при ранжируванні експертні оцінки мають розбіжності у визначенні місць напрямів наукових досліджень за різними підходами (за рангами, за оцінкою «найбільш пріоритетні», за поєднаною оцінкою «найбільш пріоритетні» і «достатньо пріоритетні»), але вони збігаються щодо перших п'яти місць і підкріплюються одною (див. табл. 4).

**Таблиця 3. Експертна оцінка пріоритетності напрямів наукових досліджень з проблеми «Соціальна медицина» в Україні на сучасному етапі (в кінцевому підсумку)**

Основні напрями наукових досліджень	Експертна оцінка напрямів в рангах	Експертна оцінка ступеня пріоритетності напрямів – «найбільш пріоритетні», % та після ранжирування	Експертна оцінка ступеня пріоритетності напрямів – «найбільш пріоритетні» та «достатньо пріоритетні», % та після ранжирування
I. Теоретичні проблеми охорони здоров'я	1	40% (4)	64% (5-6)
II. Нормативно-правове забезпечення системи охорони здоров'я	2	32% (5)	70% (4)
III. Стан здоров'я населення і методи його вивчення	6	30% (6-7)	58% (8)
IV. Профілактичні напрями	4	46% (2)	86% (1)
V. Організація медичної допомоги	3	44% (3)	76% (2)
VI. Система управління охороною здоров'я	5	22% (9)	64% (5-6)
VII. Економіка і фінансування	7	48% (1)	74% (3)
VIII. Прогнозування і планування	8	30% (6-7)	50% (11)
IX. Статистика	10	16% (12-13)	44% (12-13-14)
X. Інформатизація	9	16% (12-13)	44% (12-13-14)
XI. Основи науково-медичної інформації	11	10% (14)	42% (15)
XII. Загальна диспансеризація населення	12	18% (11)	44% (12-13-14)
XIII. Проблеми підготовки та використання медичних і фармацевтичних кадрів	13	28% (8)	56% (9)
XIV. Проблеми наукознавства	14	20% (10)	60% (7)
XV. Міжнародне співробітництво	15	8% (15)	54% (10)

Таблиця 4. Найбільш пріоритетні напрями наукових досліджень з проблеми «Соціальна медицина» в Україні за даними експертів

Місце основ-ного напрямку	Основні напрями наукових досліджень		
	за оцінкою в рангах	за оцінкою «найбільш пріоритетні»	за поєднаною оцінкою «найбільш пріоритетні» та «достатньо пріоритетні»
1	I. Теоретичні проблеми охорони здоров'я	VII. Економіка та фінансування	IV. Профілактичні напрями
2	II. Нормативно-правове забезпечення системи охорони здоров'я	IV. Профілактичні напрями	V. Організація медичної допомоги
3	V. Організація медичної допомоги	V. Організація медичної допомоги	VII. Економіка та фінансування
4	IV. Профілактичні напрями	I. Теоретичні проблеми охорони здоров'я	II. Нормативно-правове забезпечення системи охорони здоров'я
5	VI. Система управління охороною здоров'я	II. Нормативно-правове забезпечення системи охорони здоров'я	II. Нормативно-правове забезпечення системи охорони здоров'я

Таким чином, за узагальненими оцінками експертів-науково-педагогічних співробітників в першу п'ятірку пріоритетних напрямів входять: IV. «Профілактичні напрями», V. «Організація медичної допомоги», VII. «Економіка і фінансування», I. «Теоретичні проблеми охорони здоров'я», II. «Нормативно-правове забезпечення системи охорони здоров'я».

До найменш пріоритетного напрямку як за оцінкою в рангах, так і за оцінкою «найбільш пріоритетні» експерти віднесли XV. «Міжнародне співробітництво».

Для визначення узгодження співвідношення між даними експертної оцінки напрямів наукових досліджень за рангами та ступенем пріори-

тетності «найбільш пріоритетні» розраховано коефіцієнт конкордації (W), який дорівнює 0,869, що свідчить про високе узгодження експертних оцінок. Достовірність даного показника підтверджується величиною обчисленого  $s^2$ , яка дорівнює 24,332 і у табличному варіанті визначає  $P=0,05$ , що є досить високим показником достовірності.

Одержані дані свідчать про необхідність тісного спілкування і співробітництва соціал-гігієністів і організаторів охорони здоров'я України для обговорення, визначення і проведення взаємоузгоджених пріоритетних комплексних наукових досліджень, для підняття рівня наукових розробок та професіоналізму фахівців.

### Список літератури

1. Власт Ролан, Букарі Софі. Кому служить наука? // Кур'єр Юнеско. – 1999. – лип. – С. 15–17.
2. Возіанов О.Ф. Академія медичних наук – незалежній Україні // Журн. Академії мед. наук України. – 2001. – Т. 7, №2. – С. 207–218.
3. Вороненко Ю.В. Проблеми охорони здоров'я та обґрунтування перспектив розвитку вищої медичної освіти в Україні // Мед. освіта. – 1999. – № 1. – С. 6–11.
4. Горбань Є.М., Єльчиць Т.В., Петрашенко П.Р. та ін. Медична наука в системі охорони здоров'я України: стан, проблеми, перспективи // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 1999. – № 1. – С.51–59.
5. Заходи щодо виконання Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації на 2002-2011 роки». – К.: Б.в., 2002. – 131 с.
6. Кундієв Ю.І. Біоетика – веління часу: Тези доп. Першого Нац. конгр. з біоетики, Київ, 17-20 верес. 2001 г. – К., 2001. – 1 с.
7. Москаленко В.Ф., Горбань Є.М., Табачников С.І. Актуальні проблеми соціальної психіатрії України // Лікар. справа. Врacheб. дело.–2001. – №2.– С. 3–9.
8. Москаленко В.Ф., Пономаренко В.М. Самооцінка здоров'я – складова частина моніторингу Європейської політики «Здоров'я для всіх» в Україні // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2002. – № 1. – С. 5–10.
9. Покровский В.И. Финансирование научных центров «по конечному результату» состоится не скоро // Экономика здравоохранения. – 2002. – № 3(62). – 1 с.
10. Пономаренко В.М. Основні проблеми реформування системи охорони здоров'я України // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я. – 1999. – №1. – С. 7–10.
11. Указ Президента України від 7 грудня 2000 року № 1313/2000 «Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України» // Офіц. вісн. України. – 2000. – № 49. – Ч.І. – С. 2116.
12. Чемерис А.О., Калинин Т.Г., Слабкий М.В. та ін. Місце християнської етики і біоетики у вихованні студентів: Тези доп. Першого Нац. конгр. з біоетики, Київ, 17-20 верес. 2001 р. – К., 2001. – 38 с.

13. European Advisory Committee on Health Research – XIX-th session. – Copenhagen: WHO, Reg. Off. Eur., 1999. – 27 p.
14. Kahssay H.M. Health centers the future of health depends on them // *Wid. Health. Forum.* – 1998. – Vol.19, № 4. – P. 341–347.
15. Reshaping health systems towards health outcomes. – Copenhagen: Reg. Off Eur., 1999. – 37 p.

### **ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ПРОБЛЕМЕ «СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА» В МЕДИЦИНСКОЙ НАУКЕ УКРАИНЫ ПО ДАННЫМ ЭКСПЕРТНЫХ ОЦЕНОК**

*В.М.Пономаренко, Г.М.Москалец, А.Л.Карлова, В.И.Аксенова, Т.Н.Смирнова (Киев)*

Определено состояние развития и степень приоритетности направлений научных исследований по социальной медицине в Украине путем оценок экспертов научно-педагогических сотрудников медицинских вузов III-IV уровней аккредитации и последиplomного образования Украины. Согласно экспертизе, в Украине развиваются такие направления, как "Состояние здоровья населения и методы изучения", "Организация медицинской помощи" и "Проблемы подготовки и использования медицинских и фармацевтических кадров". Наиболее приоритетными на современном этапе являются следующие направления научных исследований: "Профилактические направления", "Организация медицинской помощи", "Экономика и финансирование", "Теоретические проблемы здравоохранения", "Нормативно-правовое обеспечение системы здравоохранения".

### **PRIORITY DIRECTIONS IN SCIENTIFIC INVESTIGATION OF THE PROBLEM "SOCIAL MEDICINE" IN MEDICAL SCIENCE OF UKRAINE BY THE DATA OF EXAMINATION ASSESSMENTS**

*V.M. Ponomarenko, G.M. Moskalets, A.L. Karlova, V.I. Aksenova, T.N. Smirnova (Kyev)*

The state of developing and the degree of priority in scientific investigation of social medicine in Ukraine nowadays have been determined according to assessments of experts (scientific and pedagogical workers of higher medical educational institutions of the III and IV levels of accreditation and that of advanced education). According to available examination data the following directions in investigations are developing now in Ukraine: "Population health and methods of investigation", "Organization of medical care", "Problems of training and use of medical and pharmaceutical staff". By the priority list of scientific investigations the first five places at the present-day stage are ranged as follows: "Preventive directions", "Organization of medical care", "Economics and finance", "Theoretical problems of public health", "Normative and legal provision of public health system".

## **УПРАВЛІННЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я**

УДК 614.21:614.1

*Л.М. РОМАНЮК, В.І. ПОЛЬОВЧИК (ТЕРНОПІЛЬ)*

### **МЕДИКО-СТАТИСТИЧНА ІНФОРМАЦІЯ В УПРАВЛІННІ МІСЬКОЮ ЛІКАРНЕЮ**

Медична академія ім. І.Я. Горбачевського, міська лікарня № 2

Наукове управління охороною здоров'я загальном та її закладами, зокрема, базується на трьох основних видах інформації: директивній, науковій

та інформації із внутрішніх джерел або т.з. медико-статистичній. Медико-статистична інформація є основою в управлінському процесі, вона

найважливіша за змістом і найскладніша за характером збору, обробки та аналізу.

Міська лікарня є основним закладом базового рівня для надання медичної допомоги мешканцям міста. В управлінні міською лікарнею задіяні: головний лікар, його заступники, завідувачі відділеннями, начальник міського управління охорони здоров'я, головні фахівці.

Для забезпечення належного рівня повноти та ефективності процесу управління міською лікарнею необхідна наступна медико-статистична формація.

#### 1.0. Демографічні показники.

1. Народжуваність загальна.
2. Смертність загальна.
3. Природний приріст.
4. Смертність вікова.
5. Смертність від окремих причин.

#### 2.0. Захворюваність.

1. Захворюваність загальна.
2. Захворюваність первинна.
3. Захворюваність гострими інфекційними хворобами.
4. Захворюваність туберкульозом.
5. Захворюваність доброякісними новоутворами.
6. Захворюваність венеричними захворюваннями.
7. Захворюваність алкоголізмом та алкогольними психозами.
8. Розповсюдженість травм.
9. Захворюваність окремими хворобами.
10. Захворюваність з тимчасовою втратою працездатності.
11. Захворюваність із стійкою втратою працездатності (первинна інвалідність).
12. Розподіл населення за групами здоров'я.

#### 3.0. Медичні кадри.

1. Забезпеченість кадрами лікарів та середніх медичних працівників (штатні, зайняті посади, фізичні особи).
2. Укомплектованість лікарськими і середніми медичними кадрами.
3. Атестація медичних кадрів (% лікарів вищої, першої та другої кваліфікаційної категорії, частка неатестованих лікарів та середніх медичних працівників).

#### 4.0. Діяльність поліклініки.

1. потужність (кількість відвідувань за зміну).
2. Чисельність людності району обслуговування.
3. Чисельність людності на одній дільниці (терапевтичній, педіатричній).
4. Функція лікарської посади в поліклініці (виконання нормативного навантаження).
5. Показник обсягу якості та ефективності допомоги (на рівні структурного підрозділу).
6. Вартість лікування.
7. Експертні оцінки.

8. Відповідність обстеження хворих нормам і стандартам.

9. Відповідність лікування хворих нормам і стандартам.

#### 5.0. Профілактичні огляди.

1. Охоплення профілактичними оглядами.
2. Захворювання, виявлені під час оглядів.
3. Частка хворих на туберкульоз, виявлених під час профоглядів.
4. Частка деструктивних форм туберкульозу серед усіх форм туберкульозу.
5. Частка хворих зляжисними новоутворами, що виявлені під час оглядів.
6. Частка хворих із зляжисними новоутворами, що виявлені в IV клінічній стадії.
7. Відповідність оглядів стандартам та нормам.
8. Вартість оглядів.

#### 6.0. диспансеризація хворих.

1. Рівень диспансеризації.
2. Число взятих на диспансерний облік.
3. Число знятих з диспансерного огляду.
4. Контингенти диспансерних хворих.
5. Частка хворих, що мали покращення.
6. Частка хворих, що мали погіршення.
7. Частка хворих, що мали загострення.
8. Частка хворих, що тимчасово втратили працездатність.
9. Пересічне число днів тимчасової непрацездатності.
10. Експертні оцінки.
11. Відповідність обстеження і лікування диспансерних хворих нормам і стандартам.

#### 7.0. стаціонарна допомога.

1. Забезпеченість ліжками на 10 тис. населення.
2. Пересічна зайнятість ліжка.
3. Пересічна тривалість перебування хворого на ліжку.
4. Обіг ліжка.
5. Функція лікарської посади в стаціонарі.
6. Показник обсягу якості та ефективності.
7. Частка хворих, що виписались з одужанням.
8. Частка хворих, що виписались з покращенням.
9. Частка хворих, що виписались без змін.
10. Частка хворих, що виписались з погіршенням.
11. Лікарняна летальність.
12. Вартість лікування.
13. Експертні оцінки.
14. Відповідність обстеження і лікування.
15. Рівень госпіталізації.
16. Забезпеченість ліжками денних стаціонарів на 10 тис. населення.
17. Кількість пролікованих хворих в денних стаціонарах на 10 тис. населення.
18. Число хворих, що припадає на одне ліжко стаціонару.

## 8.0. Хірургічна служба.

1. Загальна кількість операцій (без абортів).
2. Кількість операцій на 10 тис. населення.
3. Кількість операцій в амбулаторних умовах на 10 тис. населення.
4. Хірургічна активність.
5. Лікарняна летальність.
6. Післяопераційна летальність.
7. Питома вага післяопераційних ускладнень.
8. Питома вага планових операцій.
9. Структура оперативних втручань.

## 9.0. Медична допомога дітям.

1. Рання смертність новонароджених (0–6 днів).
2. Перинатальна смертність.
3. Смертність новонароджених (0–27 днів).
4. Смертність немовлят.
5. Захворюваність дітей (загальна, первинна).

## 10.0. Медична допомога вагітним та породіллям.

1. Частота токсикозів та екстрагенітальних захворювань у другій половині вагітності.
2. Частота ускладнень в пологах.
3. Частота оперативних втручань.
4. Частка операцій кесарського розтину.
5. Кількість абортів на 100 пологів.
6. Частка передчасних пологів.
7. Кількість випадків післяпологової інфекції.
8. Проведення онкопрофоглядів.
9. Взяття на облік вагітних до 3-х місяців.
10. Виявлено онкохворих в запущеній стадії.
11. Мертвонароджуваність.
12. Перинатальна смертність.
13. Материнська смертність.

## 11.0. Допоміжна лікувально-діагностична служба.

1. Рентгенобстеження хворих, що відвідували поліклініку.
2. Рентгенобстеження стаціонарних хворих.

3. Відповідність рентгенобстеження нормам і стандартам.

4. Лабораторні дослідження в поліклініці.

5. Лабораторні дослідження в стаціонарі.

6. Відповідність лабораторних досліджень нормам і стандартам.

7. Фізіотерапевтична допомога амбулаторним хворим.

8. Фізіотерапевтична допомога стаціонарним хворим.

9. Відповідність фізіотерапевтичної допомоги нормам і стандартам.

Джерелами отримання даної інформації були і залишаються наступні медичні документи: талон амбулаторного пацієнта (ф. 025–7/0); статистична карта вибулого із стаціонару (ф. 066/0); лікарське свідоцтво про смерть (ф. 103/0). Збір і аналіз цієї інформації повинен ґрунтуватися на поєднанні суцільного і вибіркового методів статистичного дослідження та застосуванні варіаційного, динамічного, кореляційного аналізу, економіко-математичних методів та математичного моделювання.

Таким чином, медико-статистична інформація є найважливішим складником системи інформаційного забезпечення управління міською лікарнею. Для забезпечення належного рівня повноти та якості статистичної інформації та отримання даних стосовно соціальної зумовленості здоров'я та вартості медичної допомоги необхідна корекція існуючої медико-статистичної служби, що включає доповнення до основних медико-статистичних документів, централізацію їхнього збору та впровадження відповідних алгоритмів обробки з допомогою сучасної обчислювальної техніки.

### Список літератури

1. Голяченко О.М., Сердюк А.М., Приходський О.О. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я. – Тернопіль – Київ – Вінниця, Джура: 1977. – 328 с.
2. Вардинець І.С., Польовчик В.І. Управління охороною здоров'я на базовому рівні. – Тернопіль, Лідер: 2001. – 96 с.
3. Голяченко А.М., Мельник В.К., Серкова В.К. Методические рекомендации по совершенствованию информационного обеспечения системы управления здравоохранением области. Винница, 1983. – 34 с.
4. Приходський О., Морарь Л., Голяченко А. Управління охороною здоров'я. – Тернопіль: Лілея, 2001. – 65 с.

### МЕДИКО-СТАТИСТИЧЕСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ В УПРАВЛЕНИИ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЕЙ

*Романюк Л.Н., Полівчик В.И. (Тернополь)*

Приведен перечень медико-статистической информации, необходимой для управления городской больницей. Рекомендовано сочетанное применение выборочного и сплошного методов статистического исследования.

### MEDICO-STATISTICAL INFORMATION IN THE MUNICIPAL HOSPITAL MANAGEMENT

*Romanyuk L.N., Polyovchik V.I. (Ternopol)*

The list of medico-statistical information, necessary for the municipal management is cited. There recommended using both selective and entire methods of statistical investigation.



УДК: 616.611-002-082.4

В.В. ШКРОБОТ, С.І. ШКРОБОТ, Г.Ф. КОРНІЄНКО, Н.Є. ФЕДЧИШИН (ТЕРНОПІЛЬ)

## ДОСВІД АВТОМАТИЗАЦІЇ УПРАВЛІННЯ ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНОЮ ЛІКАРНЕЮ

Тернопільська обласна клінічна психоневрологічна лікарня

Незадовільна соціально-економічна ситуація в Україні, проблеми медичного забезпечення населення призвели до негативних змін у стані громадського здоров'я. Це стосується і поширеності психічних розладів. За останні 10 років

щорічний приріст числа психічно хворих в Тернопільській області становив в середньому 312 осіб, а число вперше в житті визнаних інвалідами – 300 осіб (табл. 1). Можна припустити, що надалі ця тенденція збережеться.

Таблиця 1. Динаміка захворюваності та поширеності психічних розладів в Тернопільській області за 1992-2001рр.

	1992р.				2000р.				2001р.			
	Захворюваність		Поширеність		Захворюваність		Поширеність		Захворюваність		Поширеність	
	абс. число	на 100 тис.	абс. число	на 100 тис.	абс. число	на 100 тис.	абс. число	на 100 тис.	абс. число	на 100 тис.	абс. число	на 100 тис.
Тернопільська область	3369	313,0	27659	2360	2877	249,6	29726	2578,9	2599	223,0	30774	2670
Україна	132613	256,0	1142752	2206	128954	260,7	1202249	2430,9	124832	252,9	1281182	2449,2

З врахуванням специфіки перебігу психічної патології зрозумілим стає той факт, що впродовж років одні й ті ж пацієнти періодично поступають на стаціонарне лікування в обласну клінічну психоневрологічну лікарню. Стало необхідним постійне накопичення інформації про кожного з них в розрізі районів, населених пунктів, дільниць обласного центру, відділень стаціонару, нозологічних рубрик, лікуючих лікарів, кратності лікування, його ефективності тощо. Наявність такої інформації дозволить суттєво вплинути на стан психіатричної допомоги населенню.

В Тернопільській психоневрологічній лікарні до недавня проводилась ручна обробка облікової документації (форми 007/0, 066/0, 025/0, 030/0, 025/40).

Щомісячний аналіз даних, взятих із вказаних

облікових форм, був недостатнім, позаяк штат статистичної служби лікарні малопотужний для проведення поглибленого аналізу. Це унеможливило отримання вищенаведених даних. Деяка з наведеної інформації епізодично добувалась окремими завідувачами відділеннями на основі аналізу Ф. 003/0.

Отже, традиційний підхід до обробки облікових форм та аналізу отриманих даних давно себе вичерпав. Його цінність для своєчасної корекції управлінських рішень під сучасну пору вкрай обмежена.

Недостатні інформативні та аналітичні можливості ручної обробки даних змусили вишукувати більш надійні, об'єктивні і оперативні шляхи здійснення поглибленого аналізу за оптимальних матеріальних витрат.

Це було реалізовано шляхом запровадження комп'ютерного обліку і обробки офіційних статистичних даних (фф. 025/0, 025/40, 007/0, 066/0). Названі носії статистичних даних щодня по-

ступають в організаційно-методичний кабінет.

Нижче наводимо макети вихідних таблиць, що характеризують роботу психіатричної та неврологічної служб області (табл. 2, 3, 4, 5).

Таблиця 2. Звіт по захворюваннях за період \_\_\_\_\_

Код захворювання	Відділення	Діагноз	Вибуло всього	Госпіталізовано		В даному стаціонарі	було супутніх захворювань	Термін лікування	% розх. діагноз напр. Установи і спец.
				вперше в житті	повторно				
				повторно в цьому році					
				вперше	повторно				
							в середньому	до 3-х днів	більше 25 днів

Таблиця 3. Робота відділення за період \_\_\_\_\_

Відділення	Вибуло хворих	Померло хворих	Переведено в інший заклад	Проведено ліжко-днів				Результат лікування			
				вибувшими	померлими	виздоровлення	покршення	погіршення	без змін	помер	переведено в інший лікувальний заклад

Таблиця 4. Список хворих за період \_\_\_\_\_

Номер карти	Прізвище хворого	Дата народж.	Відділення	Проведено ліжко-днів	Дата поступлення	Дата виписки	Діагноз клін. осн.	Результат лікування
-------------	------------------	--------------	------------	----------------------	------------------	--------------	--------------------	---------------------

Таблиця 5. Робота лікарів стаціонару за період \_\_\_\_\_

Відділення Лікуючий лікар	Вибуло хворих	Кількість розх. діаг. напр. уст. і спец.	% розходження	День виписки						
				понеділок	вівторок	середа	четвер	п'ятниця	субота	неділя

Дані таблиць переконливо свідчать про надзвичайно широкі можливості отримання оперативної статистичної інформації за будь-який проміжок часу про хворих з будь-якого населеного пункту області, а також в розрізі окремих підрозділів, лікуючих лікарів, нозологічних форм, результатів лікування, розходження діагнозів. Матеріальні витрати лікарні звелись до придбання одного комп'ютера відповідної потужності, виготовлення друкарським способом фф. 007/0, 066/0, 025/40, 039/0.

#### ВИСНОВКИ.

1. Загальноприйнята в межах України обробка статистичних даних основних облікових форм

роботи психіатричної та неврологічної служб має обмежену аналітичну здатність і не справляє істотного впливу на управлінську діяльність обласних психоневрологічних лікарень.

2. Впровадження комп'ютерного обліку та обробки статистичних даних відкриває надзвичайно широкі можливості для персоніфікованого підходу до аналізу роботи підрозділу чи виконавця психіатричної та неврологічної служб області за будь-який період року і на будь-якому рівні.

3. Значних додаткових затрат удосконалена форма обліку та аналізу роботи не потребує.

#### Список літератури

1. Голяченко О.М., Сердюк А.М., Приходський О.О. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я. – Тернопіль, "Д" 1997 р. – 328 с.
2. Пономаренко В.М., Кальниш В.В., Майоров О.Ю. Шляхи інформатизації медичної галузі. Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2000. - № 2. - С. 54-58.
3. Оленін М.В., Хунов Ю.А. Інформаційні технології в системі охорони здоров'я: стан проблеми. Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2002. - № 1. – С. 43-47.

#### ОПЫТ АВТОМАТИЗАЦИИ УПРАВЛЕНИЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕЙ

*В.В. Шкробот, Г.Ф. Корниенко, Н.Е. Федчишин (Тернополь)*

В статье приводится современная компьютерная система сбора и обработки статистической информации о здоровье и деятельности психоневрологической службы области.

#### THE EXPERIENCE OF AUTOMATION OF PSYCHO-NEUROLOGICAL HOSPITAL MANAGEMENT

*V.V. Shkrobot, S.I. Shkrobot, H.F. Korniyenko, N.Ye. Phedchyshyn (Ternopil)*

The article presents the modern computer system of gaining and processing statistic information about health and activity of the region psycho-neurological service.

М.В. ШЕВЧЕНКО (КИЇВ)

## БЮДЖЕТНЕ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В 2002 РОЦІ (НА ОСНОВІ ЗАКОНУ УКРАЇНИ “ПРО ДЕРЖАВНИЙ БЮДЖЕТ УКРАЇНИ НА 2002 РІК”)

Український інститут громадського здоров'я

Важливою особливістю Державного бюджету України в 2002 році є те, що при його складанні застосовано програмно-цільовий підхід та програмну класифікацію видатків. Суть цих змін полягає у кардинальному перегляді існуючої практики складання і виконання бюджету, яка ґрунтувалася переважно на принципах утримання бюджетних установ та фінансування заходів, виходячи з підрахунку затрат. Новий підхід передбачає, що всі видатки державного бюджету можуть здійснюватися відповідно до програм, які мають мету, завдання та критерії оцінки, що дозволить значно підвищити ефективність використання коштів платників податків України.

Суттєво посилено соціальну функцію бюджету. Збільшено питому вагу видатків, що спрямовуються на соціальні програми, включаючи інвестиції у людський капітал, – освіту, охорону здоров'я та соціальні компенсації.

Ще одним пріоритетом є створення через

бюджетну політику умов для економічного зростання у 2002 році, а також суттєве зміцнення фінансової бази місцевого самоврядування та збільшення частки місцевих бюджетів у зведеному бюджеті. Однак, ряд важливих соціальних питань та проблем розвитку окремих галузей об'єктивно не знайшов відображення у бюджеті через обмеженість ресурсів.

Забезпечення фінансування охорони здоров'я у 2002 році, згідно із Законом України “Про Державний бюджет України на 2002 рік”, передбачено в обсязі 1,897 млрд. грн., що становить 3,8% до видатків Державного бюджету (за аналогією в 2001 році законодавчо визначений обсяг фінансування в 1,2 млрд. грн., що становило 2,9% до видатків Державного бюджету) [3].

Розподіл витрат Державного бюджету України в розрізі фондів за характером надходження коштів (загальний та спеціальний фонди) подається в таблиці 1\*.

Таблиця 1. Структура видатків Державного бюджету за фондами на 2002 рік, %

№	Найменування	По загальному фонду	По спеціальному фонду **	Разом
1	Консолідований бюджет України, всього	80,3	19,7	100,0
2	Міністерство охорони здоров'я України	74,6	25,4	100,0

Примітка. \* Додаток №3 до Закону України “Про Державний бюджет України на 2002 рік”. \*\*Кошти, які спрямовуються на заходи, пов'язані з організацією надання послуг, виконанням робіт та інших заходів з утримання бюджетних установ та організацій згідно з законодавством (за рахунок джерел, визначених пунктом 18 статті 8 цього Закону)

У структурі поточних витрат загального і спеціального фондів Державного бюджету 2002 року збережена тенденція фінансування захищених статей, а саме оплати праці і комунальних послуг та енергоносіїв. У порівнянні з минулим роком, суттєво виросли капітальні видатки по загальному фонду стосовно видатків консолідованого бюджету і для Міністерства охорони здоров'я (відповідно на 3,2 відсоткові пункти і 12,2 відсоткові пункти) (таблиця 2 і рис. 1).

Основні умови та вимоги щодо видатків 2002 року викладені в статтях Закону України “Про Державний бюджет України на 2002 рік”, розділі IV (“Видатки Державного бюджету України”). Статтею 17 цього розділу затверджено бюджетні призначення головним розпорядникам коштів Державного бюджету України на 2002 рік в розрізі відповідальних виконавців за бюджетними програмами згідно з додатком №3 “Розподіл видатків Державного бюджету України на 2002 рік”

Таблиця 2. Структура витрат Державного бюджету за напрямками використання на 2002 рік, %

Найменування	По загальному фонду:			По спеціальному фонду:		
	У відсотках до поточних витрат		Капітальні видатки у відсотках до "всього" по фонду	У відсотках до поточних витрат		Капітальні видатки у відсотках до "всього" по фонду
	Оплата праці	Комунальні послуги та енергоносії		Оплата праці	Комунальні послуги та енергоносії	
	1	2	3	4	5	6
1. По консолідованому бюджету України, всього	21,6	2,9	7,2	10,8	3,7	16,9
2. Міністерство охорони здоров'я України	28,4	5,9	18,4	22,8	6,7	22,5

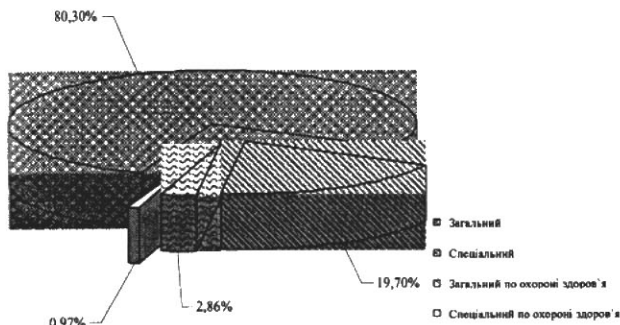


Рис. 1. Структура видатків Державного бюджету на 2002 рік (% обсяги фондів по відношенню до видатків "всього")

цього Закону. Бюджетні зобов'язання приймаються розпорядниками коштів в обсягах, які не перевищують суми бюджетних призначень. У статті 21 цього розділу затверджено перелік захищених статей видатків загального фонду Державного бюджету України на 2002 рік за економічною структурою видатків, а саме:

- оплата праці працівників бюджетних установ;
- нарахування на заробітну плату;
- придбання медикаментів та перев'язувальних матеріалів;
- забезпечення продуктами харчування.

Крім того, стаття 26 чітко регламентує механізм розподілу на регіональному рівні обсягів поставок інсулінів для хворих на цукровий діабет, лікарських засобів для лікування онкологічних хворих та хворих на туберкульоз, імунобіологічних препаратів для захисту населення від інфекційних хвороб за рахунок централізованих закупівель, а також забезпечення проведення у повному обсязі видатків, затверджених на цю мету.

Розподіл видатків Державного бюджету України на 2002 рік серед головних розпорядників коштів, яким передбачені бюджетні асигнування на витрати з охорони здоров'я, наведено на рис. 2.

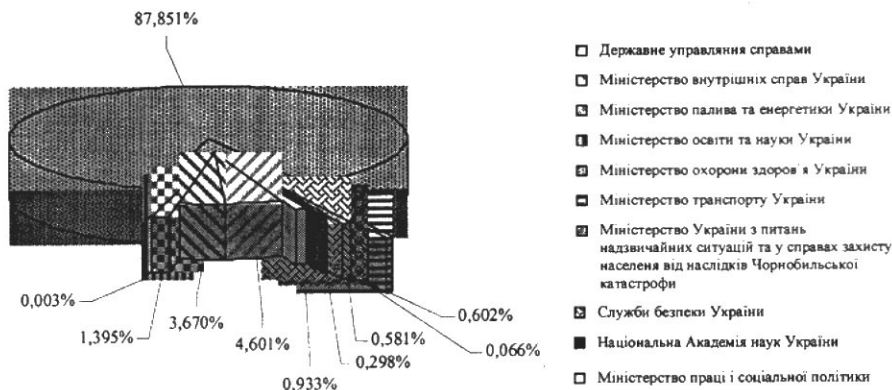


Рис. 2. Розподіл видатків Державного бюджету України серед головних розпорядників коштів, яким передбачено кошти на витрати з охорони здоров'я

Обсяги фінансування, які виділяються на охорону здоров'я міністерствам і відомствам з Державного бюджету становлять 2159368,5 грн., що на 40 % більше від запланованого в 2001 році. З них 87,9 % ( в 2001 р. -79,8%) спрямовується на фінансування заходів по Міністерству охорони здоров'я України, решта - 12,1 % (аналог-

ічний показник 2001 р. - 20,2 %) іншим міністерствам і відомствам для фінансування відомчих лікувально-профілактичних закладів. Особлива увага в бюджеті поточного року приділяється фінансуванню надання амбулаторної і стаціонарної допомоги представникам силових міністерств і відомств (Міністерство внутрішніх справ, Служ-

ба Безпеки України, міністерство України з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від Чорнобильської катастрофи).

Законом "Про Державний бюджет України на 2002 рік" визначено і включено до переліку розпорядників коштів по Міністерству охорони здоров'я не лише апарат Міністерства охорони здоров'я (як в аналогічних Законах попередніх років), але й Державний департамент з контролю за якістю, безпекою та виробництвом лікарських засобів і виробів медичного призначення, Академію медичних наук; Національний комітет Товариства Червоного Хреста України, Українську науково-технічну асоціацію по виробництву медтехніки і інструментів "Укрмедприлад"; Державний департамент з питань діяльності курортів, що дозволяє сконцентрувати і раціонально використовувати асигнування, які виділяються державою на охорону здоров'я населення.

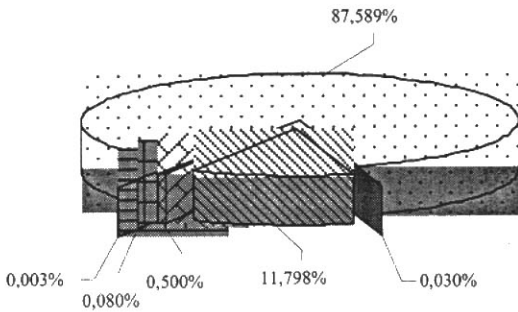
Розподіл видатків Державного бюджету України на 2002 рік серед розпорядників коштів по Міністерству охорони здоров'я України подано на рис. 3. Частка обсягів асигнувань, які заплановано направити на фінансування охорони здоров'я в системі Міністерства охорони здоров'я України складає 87,6%. У бюджеті окремо

заплановано витрати на фінансування фундаментальних досліджень, прикладних розробок і державно-технічних програм у сфері профілактики і лікування хвороб людини Академії медичних наук України в обсязі 11,8% від загальних витрат. Витрати стосовно інших розпорядників коштів по Міністерству охорони здоров'я заплановано на рівні 0,6%.

Структура видатків загального і спеціального фондів за основними напрямками діяльності Апарату Міністерства охорони здоров'я України на 2002 рік свідчить про те, що в структурі загального фонду 88,87% коштів заплановано на фінансування закладів охорони здоров'я, 9,07% – медичної освіти, 1,45% – науково-дослідних установ, 0,43% – на керівництво і управління сферою охорони здоров'я, 0,18% – закладів культури. Структура видатків спеціального фонду розподіляється наступним чином: на охорону здоров'я – 57,06%, медичну освіту – 42,09%, науково-дослідні установи – 0,77%, заклади культури – 0,08%. (рис. 4.)

Порівняльний аналіз структури видатків за основними напрямками діяльності Міністерства охорони здоров'я протягом 2000-2002 року подано в таблиці 3.

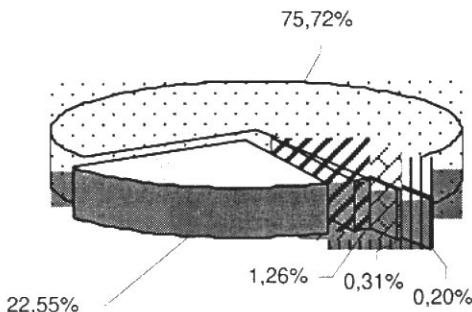
Загальний і спеціальний фонди



- 1. 2301000 Апарат Міністерства охорони здоров'я
- 2. 2302000 Державний департамент з контролю за якістю, безпекою та виробництвом лікарських засобів і виробів медичного призначення
- 3. 2303000 Академія медичних наук
- 4. 2304000 Національний комітет Товариства Червоного Хреста
- 5. 2305000 Українська науково-виробнича асоціація по виробництву медтехніки і інструментів "Укрмедприлад"
- 6. 2306000 Державний департамент з питань діяльності курортів

Рис. 3. Розподіл видатків Державного бюджету серед розпорядників коштів по МОЗ України.

Загальний і спеціальний фонди



- 1. Керівництво і управління у сфері охорони здоров'я
- 2. Науково-дослідні установи та науково-технічної діяльності
- 3. Заклади медичної освіти
- 4. Заклади охорони здоров'я
- 5. Заклади культури

Рис. 4. Структура видатків за основними напрямками діяльності МОЗ України в 2002 році.

Таблиця 3. Структура видатків за основними напрямками діяльності Міністерства охорони здоров'я на основі Законів "Про Державний бюджет України" за 2000–2002 рр.

Найменування	Структура видатків		
	2000 р.	2001 р.	2002 р.
Керівництво та управління у сфері охорони здоров'я	0,3	0,25	0,31
Охорона здоров'я	65,2	73,73	75,72
Медична освіта	28,1	20,85	22,55
Медична наука	6,2	4,98	1,26
Бібліотеки і музеї	0,2	0,19	0,20
Всього	100,0	100,00	100,00

Дані вищенаведеної таблиці свідчать про певні відмінності у видатках за основними функціями діяльності МОЗ України в 2002 році, а саме:

– збільшення бюджетних асигнувань на фінансування діяльності закладів і установ охорони здоров'я на 10,5% порівняно з 2000 роком та на 2% – з 2001 роком [1, 2];

– збільшено на 1,7% у порівнянні з минулим роком державні видатки на фінансування медичної освіти;

– зменшено на 3,7% державні асигнування на фінансування наукових та науково-технічних розробок в охороні здоров'я (у порівнянні з 2001 роком) у зв'язку з переходом частини науково-дослідних інститутів до складу Академії Медичних наук України;

– видатки на фінансування закладів і установ

культури і мистецтва (бібліотеки, музеї) залишились на рівні минулих років і становлять 0,2% ;

– на 0,5% порівняно з 2001 роком, збільшено видатки на керівництво та управління у сфері охорони здоров'я.

Крім того, суттєво розширено перелік і збільшено у 2,6 рази обсяги фінансування національних програм і централізованих заходів по охороні здоров'я (заплановані бюджетом обсяги 2002 р. – 866284,8 тис. грн. проти 330424,7 тис. грн. у 2001 р.), що свідчить про переорієнтацію на цільове фінансування пріоритетних напрямків галузі.

Порівняльний аналіз структури витрат загального фонду стосовно функцій Міністерства охорони здоров'я України за 2001 - 2002 рр. подається на рис. 5.

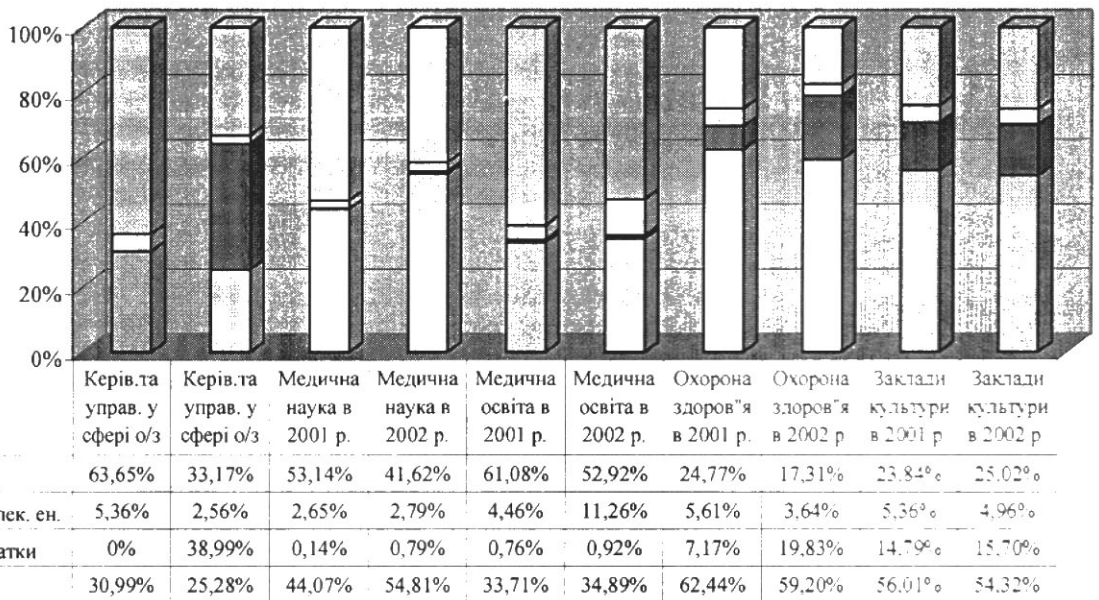


Рис. 5. Структура витрат загального фонду стосовно функцій Міністерства охорони здоров'я України за 2001–2002 рр.

У бюджеті 2002 року суттєво виросли обсяги асигнувань на капітальні видатки, особливо це стосується фінансування закладів керівництва та управління у сфері охорони здоров'я (на 38,99%),

закладів і установ охорони здоров'я (на 12,66%), закладів науково-технічної діяльності (на 0,65%).

У порівнянні з минулим роком скорочено видатки на оплату праці у загальному фонді бюд-

жету в середньому у 1,2–2 рази, що пояснюється випереджаючим темпом збільшення витрат на охорону здоров'я в цілому по відношенню до темпів зростання оплати праці в галузі.

Таким чином, аналіз структури видаткової частини Державного бюджету на 2002 рік засвід-

чує, що бюджет поточного року переорієнтований на збільшення питомої ваги видатків на охорону здоров'я, сформований на основі програмно-цільового підходу та програмної класифікації видатків і відображає реалії економічного розвитку держави.

#### Список літератури

1. Закон України "Про Державний бюджет України на 2000 рік" від 17 лютого 2000 року №1458-III // Відомості Верховної Ради України. – 21 квіт. 2000 р. – №14-15-16. – С. 178–248.
2. Закон України "Про Державний бюджет України на 2001 рік" від 7 грудня 2000 року №2120-III // Там же. – 19 січ. 2001 р. – № 2-3. – С.26-88
3. Закон України "Про Державний бюджет України на 2002 рік" від 20 грудня 2001 року №2905-III // Там же. – 29 берез. 2002 р. – №12-13. – С. 258–360.

### **БЮДЖЕТНОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В 2002 ГОДУ НА ОСНОВАНИИ ЗАКОНА УКРАИНЫ "ПРО ДЕРЖАВНИЙ БЮДЖЕТ УКРАЇНИ НА 2002 РІК"**

М.В. Шевченко (Киев)

В условиях реформирования здравоохранения Украины особый интерес представляет анализ системы финансирования отрасли.

В данной статье рассматривается бюджетное обеспечение здравоохранения на основании Закона Украины "Про Державний бюджет України на 2002 рік", особенности формирования бюджета здравоохранения в 2002 году, распределение расходов среди главных распорядителей.

### **BUDGET FINANCING OF PUBLIC HEALTH SERVICES FOR 2002 ON THE BASIS OF THE LAW OF UKRAINE " ABOUT THE STATE BUDGET OF UKRAINE FOR 2002"**

M.V. Shevchenko (Kyev)

In conditions of Ukrainian public health services reforming the analysis of the branch financing system is of special interest.

The budget maintenance of public is considered in this article on the basis of the law of Ukraine "About the State budget of Ukraine on 2002". The problem of the budget formation in public health services for 2002 and distribution of expenses among the main managers has been also examined.



УДК 616-082(1-21).033

Г.О. СЛАБКИЙ (МАКІЇВКА)

## СТАН ФІНАНСУВАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ МІському НАСЕЛЕННЮ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЙОГО ПОКРАЩЕННЯ

Міська лікарня №2

Європейська політика, спрямована на виконання програми "Здоров'я для всіх у XXI столітті" передбачає, що держави повинні мати економічно ефективні, стабільні системи фінансування та виділення ресурсів, які сприятимуть утвердженню принципів справедливості, рівності, доступності та якості медико-санітарної допомоги [4].

У нашій країні склалася система медичної допомоги, що не має аналогів як у власній історії, так і у світовій практиці, і є симбіозом державної та приватної медицини. Формально медичні заклади є державною власністю і, згідно з 49 статтею Конституції України, держава повинна забезпечувати їх фінансування. Фактично ж забезпечується фінансування лише двох статей бюджету – заробітної плати та енергоносіїв. Решту основних витрат у сфері охорони здоров'я перекладено на плечі пацієнтів, зокрема, медикаментозне лікування, забезпечення білизною тощо [2]. У той же час в Україні зберігається традиційний підхід до розрахунків фінансових витрат, а саме: на одне лікарняне ліжко, на одного госпіталізованого хворого, лікарську посаду тощо. Це, насамперед, призводить до того, що в країні 80% коштів витрачається на утримання стаціонарів [1]. Значно відволікають від цільового та ефективного використання державних коштів різного роду пільги. За орієнтовними підрахунками, близько 30% населення користується пільговими правами на медичні послуги та медикаментозне забезпечення [3].

Враховуючи вищесказане, багато авторів підкреслюють необхідність реформування системи фінансування медичної допомоги та проведення заходів, спрямованих на раціональне використання коштів: перехід на інтенсивний шлях розвитку галузі замість екстенсивного; дотримання принципу єдиного медичного простору закладами з бюджетним фінансуванням; чітке визначення потреб населення у медичній допомозі різних рівнів; зміщення акцентів з дорогої стаціонарної на значно дешевшу амбулаторно-поліклінічну допомогу тощо [5–8].

Все це спонукало нас провести наукове дослідження для визначення стану фінансування спеціалізованої медичної допомоги дорослому населенню великого міста з розробкою шляхів його оптимізації.

Нами за допомогою статистичного, медико-соціологічного та методу експертних оцінок на базі майже півмільйонного промислового міста Макіївка Донецької області вивчався стан фінансування спеціалізованої медичної допомоги дорослому населенню за період з 1994 по 2000 рік, а також раціональність використання коштів, можливі шляхи зниження витрат з метою розробки моделі захисту населення від фінансового ризику на випадок хвороби. Аналіз стану фінансового забезпечення спеціалізованої медичної допомоги дорослому міському населенню показав, що протягом усього періоду, при плануванні бюджетних асигнувань відзначається значний дефіцит затвердженого бюджету по відношенню до необхідних потреб: 71,9–37,4%. Аналіз співвідношення потрібного та затвердженого обсягу фінансування вказує на те, що щорічно зростає негативна тенденція до збільшення розриву між ними.

Вивчення фактичного фінансування лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ) показало, що лікарні живуть в борг. Борги складають до 15,1% загальних витрат. У структурі витрат до 74,1% фактичного фінансування витрачається на заробітну платню. Порівняно з 1994 роком відсоток витрат на заробітну платню у структурі загального фінансування зріс на 37,9%. Друге місце в структурі загальних витрат посідають господарські витрати (15%), питома вага яких скоротилася за сім років на 2,7%. Значно скоротилися витрати на придбання медикаментів (на 15,0%) та продуктів харчування хворих (на 13,1%), їх питома вага відповідно склала 5,2% та 3,2%. Менше 1% складає питома вага фінансування на оплату витрат на відрядження, придбання обладнання, апаратури та інструментарію, проведення ремонтних робіт тощо.

В ході виконання роботи була встановлена значна нерівномірність у плануванні та фактичному фінансуванні ЛПЗ, які надають спеціалізовану медичну допомогу. Норматив фінансування на харчування хворих не виконується і складає в різних ЛПЗ, які надають спеціалізовану допомогу, від 2,7 до 33,7%.

У зв'язку з цим було проведено медико-соціологічне дослідження серед пацієнтів стаціонарних відділень міських лікарень по з'ясуванню питання забезпеченості хворих медичними препаратами. Опитуванням було охоплено 462 респонденти. У ході дослідження було встановлено, що повністю забезпечені ліками лише 9,3% пацієнтів стаціонарних відділень, частково - 77,4%. Повністю купували ліки за власні кошти - 13,2% пацієнтів стаціонарних відділень. Як правило, це пацієнти, що були госпіталізовані у плановому порядку. З госпіталізованих в ургентному стані були повністю забезпечені ліками та медичними засобами для надання необхідної невідкладної медичної допомоги, в тому числі і операційної, 82,5%. З усієї кількості опитаних, які повинні були придбати необхідні ліки самостійно (частково чи повністю), тільки 6,7% вважали ціни на них доступними.

Вивчалось також питання задоволеності пацієнтів стаціонарних відділень харчуванням. Особливо ця проблема непокоїла пенсіонерів, одиноких осіб, пацієнтів хірургічних відділень у післяопераційному періоді, які потребували регулярного, повноцінного харчування в умовах стаціонару. Проблема організації харчування існувала для 64,3% госпіталізованих хворих.

Факти, наведені вище, вказують на значний фінансовий ризик для населення в разі захворювання.

Далі, з урахуванням того, що перше місце в постатейній питомій вазі витрат займає заробітна платня, був проведений аналіз середньої заробітної платні медичних працівників (в розрізі ЛПЗ), яка за сім років підвищилась по всіх категоріях працівників. При цьому в 6 ЛПЗ середні медичні працівники і у 8 молодші (з 9 проаналізованих лікувальних закладів) отримували заробітну плату в середньому нижчу, ніж гарантована державою мінімальна платня.

Під час дослідження було проаналізовано випадки виділення на охорону здоров'я та медичні послуги бюджетних коштів, які, згідно з чинним законодавством, повинні були компенсуватися їх одержувачами.

Вони включають витрати на медичне обслуговування військкоматів, проведення попередніх та періодичних медичних оглядів, надання діагностично-лікувально-експертно-реабілітаційної допомоги хворим на професійні захворювання,

травмованим на виробництві, утримання цехової служби та здоров'я пунктів промислових підприємствах. Зазначені витрати склали від 175 до 1103 тис. грн. на рік. По роках вони компенсовані від 26,2 до 55,6%. Найменше (до 1%) компенсуються затрати на медичну допомогу хворим з професійними захворюваннями та постраждалим на виробництві. Затрати ЛПЗ на медичне обслуговування військкоматів в останні роки не компенсуються взагалі.

Вивчення раціональності використання наявних фінансових ресурсів показало, що вони витрачаються далеко не завжди раціонально. Нераціональність використання наявних фінансових ресурсів умовно можна поділити на ті, що безпосередньо пов'язані з лікувально-діагностичним процесом, і ті, які безпосередньо не пов'язані з цим процесом.

До пов'язаних з лікувально-діагностичним процесом на амбулаторно-поліклінічному рівні належать необґрунтовані затрати, при виконанні лікарями-спеціалістами невластивих їм функцій (2,2%); виконанням лікувально-діагностичної роботи, яка може бути передана лікарям загальної практики (сімейним лікарям) до 5,9%; проведенням необґрунтованих амбулаторних прийомів (до 46,2%). На стаціонарному рівні: недостатньо вмотивована госпіталізація хворих (18,4%) та терміни їх перебування у стаціонарі (10,8%); необґрунтовані дублювання обстеження хворих (42,7%) і призначення певних методів та обсягів обстеження (31,4%); призначення дорогих препаратів при наявності дешевих та більш ефективних аналогів тощо.

До затрат, безпосередньо не пов'язаних з лікувально-діагностичним процесом, належать: утримання технічно недосконалих будівель та споруд у той час, коли нові лікарняні комплекси експлуатуються з неповним навантаженням (54,6% від проектної потужності); фінансування необґрунтовано великої мережі ЛПЗ (у тому числі малопотужних лікарень та відділень з фіксованими ліжками, які дублюються в кожній лікарні); утримання застарілих та неефективних структур та зношеного обладнання, яке часто неможливо відремонтувати або замінити; низька мотивованість медичного персоналу через недостатнє його стимулювання і низькі зарплати при наявності великої кількості персоналу.

Враховуючи, що бюджетне фінансування задовольняє потреби в наданні спеціалізованої медичної допомоги лише на третину, нами вивчалися можливі додаткові джерела фінансування. У ході дослідження було встановлено, що основними джерелами позабюджетних асигнувань є добровільне медичне страхування населення, внески благодійних фондів, платні послуги

ти тощо. Питома вага зареєстрованих позабюджетних асигнувань у фактичних витратах на спеціалізовану медичну допомогу міському населенню становить до 12,7%. Так, страховою компанією "СПІЧ і К" у 2000 році на придбання медикаментів для лікування застрахованих осіб витрачено 485 тис. грн., що становить 51,03% від бюджетних асигнувань по цій статті витрат. Підтримка впровадження обов'язкового медичного страхування була виявлена під час медико-соціологічного дослідження, яке проводилось серед пацієнтів як амбулаторно-поліклінічних (84,1%) так і стаціонарних відділень (82,4%), а також лікарів (68,7%), організаторів охорони здоров'я (88,1%) та середніх медичних працівників (82,3%). Витрати благодійного фонду "Гематолог" на придбання медикаментів для лікування хворих на гематологічні хвороби складають до 110 тис. грн. на рік.

При недостатньому фінансуванні спеціалізованої медичної допомоги, за даними медико-соціологічного дослідження, значну частину фінансових витрат у разі захворювання бере на себе пацієнт. За такої ситуації необхідно відзначити, що недосконала законодавчо-правова база сприяє розвиткові тіньових відносин у сфері охорони здоров'я, обсяги яких можна встановити тільки при проведенні спеціальних досліджень.

Інші джерела (добровільні пожертви, гуманітарна та спонсорська допомога) відіграють лише другорядну роль, їх питома вага в загальних зареєстрованих витратах на спеціалізовану допомогу складає лише біля 2%.

Сьогодні важливим питанням системи охорони здоров'я є ефективне використання наявних фінансових ресурсів та стримування зростання вартості медичних послуг у результаті зменшення витрат на спеціалізовану медичну допомогу населенню.

Під час дослідження нами вивчалися шляхи зменшення витрат на спеціалізовану медичну

допомогу дорослому міському населенню.

Пропозиції по здешевленню спеціалізованої медичної допомоги розділені на такі напрями:

1) раціональне використання наявних фінансових ресурсів;

2) запровадження нових організаційних форм у наданні спеціалізованої медичної допомоги дорослому міському населенню;

3) запровадження нової системи фінансування охорони здоров'я.

У нашому дослідженні заходи щодо раціонального використання коштів з метою зменшення витрат на спеціалізовану медичну допомогу за термінами виконання можна розділити на такі, які можуть бути проведені найближчим часом, і такі, які повинні постійно контролюватися.

До заходів, які можуть бути проведені найближчим часом і дадуть значний одномоментний ефект, належать: відмова від експлуатації споруд та будівель, що використовуються нераціонально і не відповідають технічним, санітарно-гігієнічним вимогам; оптимізація мережі ЛПЗ, які надають спеціалізовану медичну допомогу; і передача від лікарів-спеціалістів до лікарів загальної практики та середніх медичних працівників частини функцій, що призведе до інтенсифікації праці лікарів та зменшення потреби у їх послугах.

До заходів, які необхідно проводити постійно з метою здешевлення спеціалізованої медичної допомоги, належить контроль за раціональним використанням спеціалізованого ліжкового фонду та медичних кадрів, фінансових та матеріально-технічних ресурсів. Необхідно запровадити нові організаційні форми надання спеціалізованої медичної допомоги міському населенню.

Проведені наукові розробки на всіх етапах дослідження в результаті запровадження запропонованих заходів дозволили визначити рівень зменшення витрат на спеціалізовану медичну допомогу (таб.).

#### Шляхи зменшення витрат на спеціалізовану медичну допомогу

№ п/п	Заходи	%	Термін дії
1	Приведення мережі, кадрового та ліжкового потенціалу до нормативу	7.1	Одномоментно
2	Запровадження стаціонарозамінних форм лікування хворих	9.3	Постійно
3	Впровадження галузевих стандартів медичних технологій	5.7	Постійно
4	Відмова від експлуатації технічно недосконалих будівель та споруд	3.4	Одномоментно
5	Передача медичного обслуговування військкоматів у підпорядкування Міноборони	0.04	Постійно
6	Виконання Закону України "Про охорону праці"	2.2	Постійно
7	Запровадження етапності в наданні спеціалізованої допомоги за новою функціонально-структурною системою	2.2	Постійно
8	Запровадження принципу сімейної медицини з передачею частини функцій лікарів-спеціалістів лікарям загальної практики	5.9	Постійно

Дослідженням встановлено, що населення України не повною мірою захищене від фінансового ризику на випадок хвороби. Тому важливим питанням є не декларування безоплатного принципу медичної допомоги, що на даному етапі соціально-економічного розвитку держави забезпечити неможливо, а організація певного рівня кваліфікованої, доступної всьому населенню ме-

дичної допомоги. З метою забезпечення захисту населення від фінансового ризику на випадок хвороби нами запропонована та розроблена модель консолідованого фінансування спеціалізованої медичної допомоги, яка відображена на рис. Ця модель діє на фоні впровадження механізму зменшення витрат на спеціалізовану медичну допомогу.

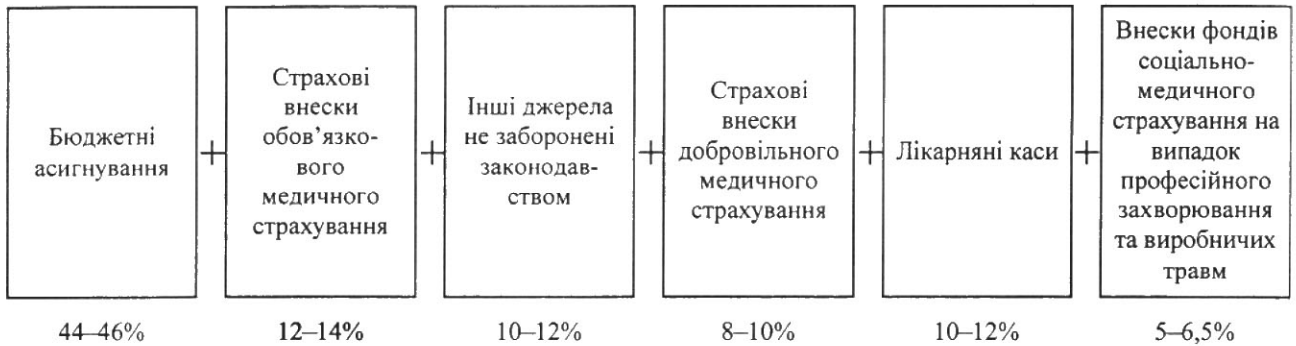


Рис. Модель консолідованого фінансування спеціалізованої медичної допомоги.

Згідно з поданою моделлю, захист від фінансового ризику на випадок хвороби здійснюється як за рахунок держави, роботодавців, так і за власні кошти громадян. Він формується за рахунок:

1. Бюджетних асигнувань, що надає гарантований рівень медичної допомоги. Цим джерелом фінансування покривається 44–46% загальних витрат на функціонування системи охорони здоров'я.

2. Страхових внесків від обов'язкового соціального медичного страхування, за рахунок чого може фінансуватися до 12–14% загальних витрат.

3. Інших джерел, не заборонених законодавством. До них належать спонсорська та гуманітарна, у тому числі закордонна, допомоги, внески благодійних фондів, за рахунок яких можна покрити до 10–12% витрат.

Ці джерела фінансуються безпосередньо населенням, яке сплачує до 18–22% за отриману медичну допомогу, залежно від виду та ступеня інтенсивності лікувально-діагностичної допомоги.

4. Страхових внесків (добровільного медичного страхування) за рахунок чого надається медична допомога понад гарантований державою рівень у обсягах, обумовлених страховим полісом.

5. Лікарняних кас, які організуються на принципах благодійних фондів з метою поступового накопичення фінансових ресурсів на випадок хвороби. Лікарняна каса сплачує медичну допомогу понад гарантований державою рівень в межах накопичених даною особою грошових сум, що зменшує фінансове навантаження у разі хвороби.

6. Фінансування витрат на надання медичної допомоги хворим на професійні захворювання

та у випадку виробничих травм здійснюється створеними фондами соціального медичного страхування від цих випадків.

Проведене наукове дослідження з питання стану та перспектив фінансування спеціалізованої медичної допомоги дорослому міському населенню дозволяє зробити такі висновки:

1. Соціально-гігієнічним дослідженням доведено, що в умовах обмеженого бюджетного фінансування спеціалізованої медичної допомоги (37,4% від потреби) та використання позабюджетних джерел фінансування (12% від загальних зареєстрованих витрат) кошти охорони здоров'я на рівні лікувально-профілактичних закладів використовуються недостатньо раціонально.

2. Встановлено, що витрати на спеціалізовану медичну допомогу можна скоротити за рахунок приведення мережі, кадрового та ліжкового потенціалу до нормативу, запровадження етапності в наданні спеціалізованої медичної допомоги, широкого застосування стаціонарзамінних форм лікування хворих, впровадження галузевих стандартів медичних технологій, відмови від експлуатації технічно недосконалих, нерационально використовуваних будівель та споруд, компенсації витрат на медичну допомогу хворим на професійні хвороби та травмованим на виробництві, спрямування коштів, одержаних у результаті скорочення витрат, на придбання апаратури і обладнання, їх технічне обслуговування.

3. Виявлено високу питому вагу витрат фактичного фінансування на заробітну плату (до 70%), що не дає змоги розвиватися системі охо-

рони здоров'я і потребує зниження питомої ваги витрат на заробітну плату до 50% з перерозподілом наявних коштів на статті кошторису, що не фінансуються.

4. Визначено необхідність розробки та затвердження гарантованого державою рівня надан-

ня безоплатної медичної допомоги, який забезпечений бюджетним фінансуванням.

5. Розроблено модель консолідованого фінансування спеціалізованої медичної допомоги, запровадження якої забезпечить захист громадян від фінансового ризику на випадок хвороби.

### Список літератури

1. Васильченко С.А., Мостипан А.В. Перший етап реформи охорони здоров'я: перерозподіл ресурсів // Медицина України. – 1995. – №3. – С. 36–37.
2. Голяченко А.О. Економічні проблеми української охорони здоров'я на мікрорівні // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2000. – №4. – С. 48–49.
3. Дейкун М.П. Реформа фінансування системи медичної допомоги – шлях до ефективного її фінансування // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 1999. – №2. – С. 54–56.
4. *Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ* (Европейская серия по достижению здоровья для всех, №6). – Копенгаген: ВОЗ, ЕРБ, 1999. – 310 с.
5. Спиридонова Е. Здравоохранение идет навстречу пациенту // Экономика и жизнь. – 1997. – №4. – С. 25–27.
6. *Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні* / За ред. В.М. Лехан. – К.: Сфера, 2001. – 175 с.
7. Крамаренко В.І. Механізм фінансування економічних відносин в охороні здоров'я. – Сімф.: Тавріда, 1997. – С. 132–147.
8. Харченко О.В. Фінансовий механізм обов'язкового медичного страхування // Вісн. проблем біології і медицини. – 1999. – №8. – С. 123–127.

## СОСТОЯНИЕ ФИНАНСИРОВАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕГО УЛУЧШЕНИЯ

Г.А.Слабкий (Макеевка)

На основании анализа финансирования специализированной медицинской помощи взрослому населению крупного промышленного города предложена ее модель. В соответствии с ней финансирование медицинской помощи должно осуществляться из разных источников. Это бюджетные ассигнования, поступления от страховых взносов от обязательного социального и добровольного медицинского страхования, а также других, не запрещенных законодательством источников. Определены пути снижения затрат на специализированную медицинскую помощь населению.

## STATE OF FINANCING THE SPECIALIZED MEDICAL AID PROVIDED TO THE ADULT URBAN POPULATION AND PROJECTS FOR ITS IMPROVEMENT

G.A. Slabky (Makiivka)

On the basis of analysis of financing the specialized medical aid provided to the adult population of a big industrial city the new model of its financing has been proposed. According to the proposed model the financing of medical aid is to be taken from different sources such as budget assignments, entries from insurance dues of compulsory social and voluntary medical insurance and from other sources not banned by law.

The ways of reducing the expenditures for specialized medical aid to the population have been defined.

УДК 616-036.82

А. О. ГОЛЯЧЕНКО (ТЕРНОПІЛЬ)

## МЕДИЧНА ТА ЕКОНОМІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПЕЛОЇДОТЕРАПІЇ В УМОВАХ БАГАТОПРОФІЛЬНОГО САНАТОРІЮ

Медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Були підбрані дві групи хворих на остеохондроз хребта, поєднаного з остеопорозом по 15 хворих в кожній групі. В обох групах проводилась комплексна реабілітація, яка включала теплотерапію, електропроцедури, бальнеопроце-

дури, масаж та ЛФК. В одній із груп, крім цих методів застосовувалась пелоїдотерапія. Ця група стала дослідною, інша група – контрольною.

Вивчення ефективності медичної реабілітації в обох групах дало такі результати (таблиця):

Таблиця. Медична ефективність реабілітації хворих на остеохондроз хребта, поєднаного з остеопорозом

### 1. Число звертань (абс. число)

Група спостереження	До реабілітації (традиційного лікування)	Після реабілітації (традиційного лікування)	Індекс ефективності
Дослідна	45	11	2,5
Контрольна	39	25	

### 2. Число випадків госпіталізації (абс. число)

Група спостереження	До реабілітації (традиційного лікування)	Після реабілітації (традиційного лікування)	Індекс ефективності
Дослідна	3	1	3,0
Контрольна	3	3	

### 3. Тимчасова непрацездатність (абс. число днів втрати працездатності)

Група спостереження	До реабілітації (традиційного лікування)	Після реабілітації (традиційного лікування)	Індекс ефективності
Дослідна	9	3	2,0
Контрольна	12	6	

В дослідній групі число звертань за медичною допомогою після виконання реабілітаційної програми знизилось в 4 рази, в контрольній – в 1,6 рази, індекс ефективності – 2,5. Число госпіталізованих в дослідній групі знизилось із 3 до 1, а в контрольній групі не змінилось. Індекс ефективності з цього показника склав 3,0. Тимчасова непрацездатність в дослідній групі зменшилась з 9 до 3 днів, а в контрольній – з 12 до 6, індекс ефективності – 2,0.

Економічний ефект. Було вивчено економічний ефект в чотирьох основних напрямках:

1) економічний ефект від повернення хворого до праці;

2) економічний ефект від зниження витрат на соціальний захист і соціальне страхування;

3) економічний ефект від зниження затрат на лікування;

4) економічний ефект від прямих доходів.

Оскільки певну частину хворих (6 із 15) склали особи працездатного віку, економічний ефект був отриманий за рахунок зниження витрат на соціальне страхування, виробленого продукту та від зниження затрат на лікування.

Економічний ефект реабілітації від зменшення тривалості тимчасової непрацездатності ( $E_1$ ) визначався згідно з моделлю:

$$E_1 = E_1' + E_1'', \text{ де}$$

$E_1'$  - економічний ефект від зниження тривалості тимчасової непрацездатності у селян і робітників;

$E_1''$  - економічний ефект від зниження тривалості тимчасової непрацездатності у службовців.

Економічний ефект від зниження тривалості тимчасової непрацездатності у селян і робітників визначався згідно з моделлю:

$$E_1' = K_{\phi} \cdot L_d' \cdot n_1', \text{ де}$$

$L_d'$  - середнє число днів, на яке зменшува-

лась тривалість одного випадку тимчасової непрацездатності у селян і робітників;

$n_1'$  - число хворих селян і робітників, яким була встановлена тимчасова непрацездатність за рік;

$K_\Phi$  - коефіцієнт вартості, який встановлювався так:

$$K_\Phi = V_{дл} + C_{лд}, \text{ де}$$

$V_{дл}$  - валовий дохід на людину-день;

$C_{лд}$  - середня виплата за листком непрацездатності за день.

$V_{дл} = 80,5$  грн;  $C_{лд} = 10,1$  грн, звідси

$$K_\Phi = 80,5 + 10,1 = 90,6 \text{ грн.}$$

$L'_д = 1,8$  дня;  $n_1' = 4$  особи, тоді

$$E_1' = 90,6 \cdot 1,8 \cdot 4 = 652,32 \text{ грн.}$$

Для визначення економічного ефекту від зниження тривалості тимчасової непрацездатності у службовців коефіцієнт  $K_c$  визначався так:

$$K_c = Hд/245 + C_{лд} = 6000/245 + 10,1 = 24,5 + 10,1 = 34,6 \text{ грн, де}$$

$Hд$  - національний дохід на одного працівника; 245 - середнє число робочих днів за рік.

Звідси  $E_1'' = 34,6 \cdot L''_д \cdot n_1''$ , де  $L''_д = 2$ ,  $n_1'' = 2$ .

$$E_1'' = 34,6 \cdot 2 \cdot 2 = 138,4 \text{ грн.}$$

Сумарний ефект ( $E_1$ ) в дослідній групі склав:

$$652,32 + 138,4 = 790,72 \text{ грн.}$$

Економічний ефект від зниження звертань працездатних реабілітованих хворих ( $E_2'$ ) складався із виробленого додаткового продукту і зекономлених коштів на амбулаторне лікування. Для непрацездатних реабілітованих хворих ( $E_2''$ ) - тільки із зекономлених коштів на амбулаторне лікування.

Отже, сумарний ефект ( $E_2$ ) дорівнював  $E_2' + E_2''$ , при цьому

$$E_2' = (Ч'_{здр} - Ч'_{зпр}) \cdot V'_{дл} \cdot V_n, \text{ де}$$

$Ч'_{здр}$  - число звертань працездатних реабілітованих до реабілітації;

$Ч'_{зпр}$  - число звертань працездатних реабілітованих після реабілітації;

$V'_{дл}$  - чистий валовий дохід на одного працюючого за день ( 66,03 грн );

$V_n$  - вартість одного амбулаторного відвідування ( 1,87 грн ).

Отже,  $E_2' = ( 18 - 5 ) \cdot 66,03 \cdot 1,87 = 13 \cdot 66,03 \cdot 1,87 = 1605,19$  грн.

$$E_2'' = ( Ч''_{здр} - Ч''_{зпр} ) \cdot V_n, \text{ де}$$

$Ч''_{здр}$  - число звертань непрацездатних реабілітованих до реабілітації;

$Ч''_{зпр}$  - число звертань непрацездатних реабілітованих після реабілітації.

Отже,  $( 27 - 6 ) \cdot 1,87 = 21 \cdot 1,87 = 39,27$  грн.

$$E_2 = 1605,19 + 39,27 = 1644,46 \text{ грн.}$$

Економічний ефект від зменшення потреби у звичайній стаціонарній допомозі ( $E_c$ ) визначався так:

$$E_c = V_{лс} \cdot D_c \cdot n_c, \text{ де}$$

$V_{лс}$  - вартість ліжка-дня у звичайному стаціонарі ( 81,2 грн );

$D_c$  - середнє число днів, на яке знизилось перебування хворого в стаціонарі у зв'язку з переводом його у реабілітаційне відділення ( 3,4 дня );

$n_c$  - число хворих, переведених із звичайного стаціонару у реабілітаційне відділення ( 3 ).

$$E_c = 81,2 \cdot 3,4 \cdot 3 = 828,24 \text{ грн.}$$

Економічний ефект від зменшення числа повторних госпіталізацій в стаціонари ( $E_4$ ) визначався так:

$$E_4 = ( Ч_{дгд} - Ч_{дгн} ) \cdot V_{лс}, \text{ де}$$

$Ч_{дгд}$  - число днів госпіталізації до реабілітації;

$Ч_{дгн}$  - число днів госпіталізації після реабілітації.

$$E_4 = ( 19 - 10 ) \cdot 81,2 = 9 \cdot 81,2 = 730,8 \text{ грн.}$$

Сумарний ефект ( $E$ ) =  $E_1 + E_2 + E_c + E_4 = 790,72 + 1644,46 + 828,24 + 730,8 = 3994,22$ , що в розрахунку на одного реабілітованого ( $3994,22 : 15$ ) склало 266,28 грн.

### Список літератури

1. Голяченко О.М., Сердюк А.М., Приходський О.О. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я. - Тернопіль-Київ-Вінниця, 1997. - 328 с.
2. В.С. Киливник та ін. Організація медичної реабілітації. - Тернопіль, 2001. - 118 с.

### МЕДИЦИНСКАЯ И ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕЛОИДОТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО САНАТОРИЯ

А.А.Голяченко (Тернополь)

Изучена эффективность реабилитации больных остеохондрозом с применением пелоидотерапии и без нее. Пелоидотерапия повышает эффективность реабилитации.

### MEDICAL AND ECONOMIC EFFICIENCY MUD CURE IN CONDITIONS OF VERSATILE SANATORIUM

A.Golyachenko (Ternopil)

Efficiency of rehabilitation of patients by an osteochondrosis with application mud cure and without it is investigated/ Mud cure raises efficiency of rehabilitation.

*В.М. ПОНОМАРЕНКО, Г.Л. АПАНАСЕНКО, Н.І. ЧЕБАНЕНКО (КИЇВ)*

## МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ НАСЕЛЕННЯ У ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ЗІ СТАНОМ ЗДОРОВ'Я

Український інститут громадського здоров'я, Київська медична академія післядипломної освіти

Добробут народу є головною метою діяльності держави. Оцінити реальний рівень добробуту можна за допомогою якісних і кількісних параметрів, визначальними з яких є здоров'я та якість життя. Всесвітня організація охорони здоров'я при розробці стратегії досягнення здоров'я для всіх особливого значення надає вирішенню проблеми "здоров'я та якість життя". Окремий напрям стратегії передбачає забезпечення можливості розвитку і використання населенням особистого потенціалу здоров'я, щоб вести повноцінне у соціальному, економічному і психологічному плані життя. Мета може бути досягнута за умови посилення моніторингу потенціалу здоров'я і якості життя, заохочення активної участі у житті суспільства, поліпшення доступу до необхідних для здоров'я передумов, особливо до освіти, поширення здорового стилю життя. Необхідним є підвищення ефективності охорони здоров'я, покращення природоохоронних аспектів життя і праці, збільшення акцентів на якість життя при наданні первинної, вторинної і третинної медико-санітарної допомоги [3, 4]. У зв'язку з цим вивчення якості життя є пріоритетною проблемою, якою повинна займатися система охорони здоров'я.

Відомо, що здоров'я людини формується і підтримується сукупністю умов повсякденного життя. ВООЗ розглядає здоров'я як позитивний стан, що характеризує особистість у цілому, і визначає здоров'я як стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не тільки як відсутність хвороб та інвалідності. Це визначення є основою постулату "якість життя, пов'язана зі здоров'ям". Ідея зміцнення здоров'я для всіх полягає у тому, щоб створити структури і механізми, які б підтримували окремих людей і дозволяли їм якомога повніше використовувати свої можливості та розвивати їх.

Якість життя визначають як ступінь задоволення людських потреб. Це поняття виходить за рамки традиційного уявлення про матеріальне буття, життєвий рівень і включає філософські,

культурні та психологічні компоненти. Якість життя – це інтегральна характеристика фізичного, психологічного і соціального функціонування людини, яка ґрунтується на суб'єктивному сприйнятті. Оскільки якості життя притаманний суб'єктивізм, при вивченні цього показника необхідно якомога більше об'єктивізувати одержану інформацію. Для цього, поряд з оцінкою суб'єктивного статусу здоров'я, який досягається шляхом анкетування пацієнтів чи здорових людей, необхідне вивчення об'єктивного статусу за допомогою більш обґрунтованих клінічних і лабораторних досліджень.

Параметри визначення якості життя повинні бути орієнтовані на вивчення фізичної, психічної та соціальної компонент здоров'я. Не всі вони можуть бути об'єктивно зареєстровані і точно виміряні.

Аналіз наукових публікацій свідчить про те, що інтерес до вивчення якості життя та здоров'я постійно зростає. Обумовлено це намаганням більш точно оцінити індивідуальне та популяційне здоров'я, а також необхідністю застосування макроекономічного аналізу в охороні здоров'я і страховій медицині [7]. Найбільш вдалі спроби вивчення якості життя пов'язані з оцінкою ефективності медичної допомоги [14, 15 17]. Головною проблемою в інтерпретації результатів є багатомірність поняття. Запропоновано оцінювати якість життя за допомогою як єдиної шкали, так і декількох шкал. Існує 2 базових підходи до оцінки якості життя. Один застосовується для вивчення специфічного захворювання чи групи захворювань [18, 19]. Другий, більш загальний підхід, використовується для широкого ранжирування проблем здоров'я з урахуванням профілів впливу хвороби та індексу здоров'я. Відомі спроби досліджень з допомогою цих двох інструментів [16, 20]. Профілі впливу хвороби включають декілька шкал, які дозволяють оцінити в обстежених рухову активність, здатність до самообслуговування, емоційні прояви, особливості харчування, роботи, сну, відпочинку тощо.



Індекс здоров'я дозволяє описувати здоров'я особи єдиною неперервною шкалою від 0 (смерть) до 1 (бездоганне здоров'я).

Застосовуються підходи, що є проміжними між загальним і хворобо-специфічним інструментом вивчення якості життя, зокрема, для виміру психологічного благополуччя за допомогою профілю стану настрою, індексу загального психологічного благополуччя і тесту рівня симптомів.

Механізм виміру якості життя, в першу чергу, повинен застосовуватися для вивчення найбільш поширених і соціально значущих захворювань – ішемічної хвороби серця, гіпертонії, різних форм раку, цукрового діабету, бронхіальної астми тощо. Одночасно необхідно вичленяти і оцінювати внесок спадкової компоненти і несприятливого впливу середовища.

Інструмент виміру якості життя повинен ідентифікувати пацієнтів з різними групами захворювань, а також виявляти майбутні контингенти хворих задовго до того, як процес позначиться на статистичних показниках захворюваності, а тим більше, смертності.

Важливим аспектом виміру якості життя є застосування його для розподілу обмежених асигнувань, які виділяються на охорону здоров'я, серед конкуруючих програм з використанням показника якісно адаптованих років життя. Цей показник використовується як індекс комбінованих змін в якості життя людей, що оцінюється за корисністю від впровадження тієї чи іншої програми охорони здоров'я.

В літературних джерелах відображено зв'язок між якістю життя та захворюваннями на хронічну серцеву недостатність [6], ішемічну хворобу серця [10], бронхіальну астму [12], хронічні обструктивні захворювання легень [13], артеріальну гіпертонію [5]. Висвітлюється зв'язок між якістю життя та проблемами реабілітації [11], самооцінкою здоров'я [1], деякі показники якості життя окремих контингентів населення [2, 8].

Проте в літературі не знайдено даних, котрі вказували б на безпосередній зв'язок комплексу показників характеристики якості життя з рівнем індивідуального здоров'я і можливістю розвитку хронічних соматичних захворювань. Рекомендації з поліпшення якості життя дуже суперечливі, тому що якість життя визначається при різних захворюваннях за різними методиками. В літературних джерелах не знайдено оцінки ступеня соціальної дезадаптації хворого, залежно від індивідуального рівня здоров'я. Відомо тільки те, що зниження рівня здоров'я закономірно супроводжується зростанням показників захворюваності.

Швидкі соціальні, економічні і політичні зміни, які відбуваються в даний час в Європейському регіоні, в тому числі в Україні, підвищують акту-

альність обґрунтування шляхів забезпечення таких умов життя і роботи, які допомагали б зберегти і зміцнювати здоров'я, підвищувати якість життя.

Деякі групи і категорії населення є особливо вразливими. У них обмежена можливість для повного використання своїх здібностей, в результаті чого їм не вдається повною мірою реалізувати свій потенціал здоров'я. В деяких випадках це створює додаткові перешкоди або звужує функціональну сферу. Особливо потерпають від цього люди похилого та старечого віку, сім'ї, в яких діти виховуються одним з батьків, особи, які працюють позмінно або зайняті на нічних роботах, етнічні меншини і робочі мігранти, люди з фізичними і розумовими вадами, дефектами, ув'язнені і особи, що перебувають у спеціальних будинках і закладах, та люди з хронічними захворюваннями.

Особливі перешкоди, з якими стикаються ці групи у розвитку і використанні свого потенціалу здоров'я, повинні розглядатися у спеціальних, розрахованих на ці групи програмах дій.

Вирішення завдання підвищення якості життя і здоров'я вимагає такої стратегії і програм, які б відображали збалансований підхід до питань, пов'язаних з якістю життя і фізичними, психічними та соціальними аспектами здоров'я.

Виходячи з вищевикладеного, можна зробити висновки, що сьогодні невірним залишається ряд проблем. Не визначено зв'язок між показниками характеристики якості життя та рівнем здоров'я. Не визначена ймовірність розвитку хронічних соматичних захворювань залежно від рівня якості життя та рівня індивідуального здоров'я. Не обґрунтовано шляхи підвищення ефективності профілактичних заходів серед населення на основі аналізу якості життя та рівня здоров'я.

Для вирішення цих проблем необхідно виявити закономірності співвідношення: рівень здоров'я – якість життя та розробити комплексну систему оцінки якості життя – рівня здоров'я, спрямовану на поліпшення ефективності профілактичних заходів серед населення України.

Вивчення якості життя є надійним і простим методом оцінки загального благополуччя та загальноприйнятим у міжнародній практиці методом оцінки стану здоров'я населення. Йому притаманна висока інформативність та чутливість. Цей метод можна застосувати до однієї людини, групи осіб, різних прошарків населення, а також суспільства в цілому.

Важливим методичним питанням дослідження якості життя є вибір запитальника. Загальні чи спеціальні запитальники повинні відповідати таким вимогам, як багатомірність, простота за-

повнення та необхідні психометричні характеристики. В Інституті здоров'я США розроблено запитальник SF-36, який відповідає усім наведеним вимогам і застосовується в популяційних дослідженнях у багатьох країнах світу [21].

Враховуючи важливість вивчення різних аспектів якості життя населення України, пов'язаної із станом здоров'я, в Українському інституті громадського здоров'я заплановано проведення такого дослідження. Методологія дослідження була розроблена на основі загальних принципів вивчення якості життя, зокрема, мінімального обсягу вибірки та її репрезентативності, методики збирання даних, підготовки спеціальної анкети, яка б враховувала етнічні, соціальні та інші особливості країни порівняно з іншими країнами.

В основу анкети покладено запитальник SF-36, який містить 8 параметрів здоров'я, які найбільше пов'язані з захворюваністю та лікуванням.

Запитальник містить шкали фізичного функціонування, рольового фізичного функціонування, болю, психологічного здоров'я, рольового емоційного функціонування, життєздатності та загального здоров'я. Завдяки цьому буде визначено як фізичний, так і психологічний компоненти здоров'я. В спеціально розроблену нами анкету включені питання, які стосуються демографічних характеристик, тобто віку, статі, зайнятості, освіти, сімейного стану, а також інформації про рівень доходів, умови життя, звертання за медичною допомогою, хронічні захворювання відповідно до МКХ Десятого перегляду.

Відомо, що підлітковий і молодіжний вік є періодами життя, які мають високий потенціал для інтелектуального і фізичного розвитку, протягом яких формуються соціальні навички, включаючи вживання тютюну, алкоголю тощо. Всесвітня організація охорони здоров'я одним із важливих завдань визначає необхідність підвищення рівня здоров'я молоді з тим, щоб виконувати свої обов'язки у суспільстві. Зокрема, політикою досягнення здоров'я для всіх передбачено необхідність зменшення принаймні на 50% смертності та інвалідності серед молоді, пов'язаної з актами насилля та нещасними випадками, значного скорочення вживання наркотиків, тютюну і алкоголю, зменшення частоти вагітностей у дівчаток-підлітків, набуття кращих життєвих навичок і можливості зробити здоровий вибір.

Зазначені цілі накреслені в Міжгалузевій комплексній програмі "Здоров'я нації", яка є стратегією розвитку охорони здоров'я України на середньострокову перспективу. В розділі IV Програми говориться, що одним з пріоритетів пол-

ітики держави є діти та молодь, від рівня здоров'я яких великою мірою залежить формування трудового та інтелектуального потенціалу України [9]. Враховуючи значення молоді для перспектив розвитку суспільства, ми обрали об'єктом дослідження якості життя і рівня здоров'я молодіжний контингент.

Заплановане дослідження має на меті обґрунтувати і підвищити ефективність профілактичних заходів на основі виявлених взаємозв'язків між якістю життя і рівнем здоров'я.

Для досягнення мети передбачається вирішити ряд завдань, зокрема провести скринінг рівня індивідуального здоров'я у молодіжних контингентів населення; визначити якість їх життя; співставити та виявити кореляцію показників якості життя та рівня здоров'я; розробити практичні рекомендації з оцінки ефективності профілактичних заходів на основі обліку якості життя та рівня здоров'я; обґрунтувати комплексну систему їхньої оцінки.

Дослідження взаємозв'язку якості життя та рівня здоров'я буде проводитися на базі центрів здоров'я м. Києва та обласних центрів здоров'я. Об'єктом дослідження стане міське та сільське населення чоловічої та жіночої статі віком 18-30 років. Обсяг вибірки дозволить отримати репрезентативні дані. На підставі даного дослідження планується розробити комплексну систему оцінки рівня здоров'я та якості життя.

Вивчення якості життя і здоров'я дає можливість впроваджувати ефективні механізми управління в практику охорони здоров'я України. Зокрема це допомагає виявляти пріоритети в наданні медико-санітарної допомоги для досягнення справедливості стосовно груп чи контингентів населення, які перебувають у несприятливих умовах, накреслювати заходи для поліпшення якості життя хронічно непрацездатних та хворих, оптимізувати справедливий розподіл фінансів на потреби охорони здоров'я завдяки відлагодженому моніторингу якості життя.

Виявлені закономірності співвідношення: рівень індивідуального здоров'я – якість життя зможуть стати основою для розвитку сучасної концепції якості життя індивідууму. Система оцінки рівня індивідуального здоров'я та якості життя використовуватиметься в процесі організації профілактичної роботи центрами здоров'я, лікувально-профілактичними закладами, закладами освіти, культури, соціальних служб тощо.

В результаті проведеного дослідження буде отримано можливість реєстрації і аналізу таких характеристик здоров'я, які не можуть бути ідентифіковані іншими методами. Вони особливо важливі для визначення популяційних норм, які відображають якість життя населення тієї чи

іншої країни або регіону. Дані про нормативні показники якості життя доцільно використовувати при порівнянні показників якості життя населення різних регіонів чи окремих груп хворих

з популяційною нормою, проведенні моніторингу якості життя різних груп населення, комплексній оцінці ефективності програм у сфері охорони здоров'я.

### Список літератури

1. Антипенко Е.Н., Когут Н.Н. Качество жизни и самооценка здоровья // Мед. вести. – 1997. – №2. – С. 20–21.
2. Воробьев П.А. Новые аспекты в проблеме качества жизни пожилого человека // Клиническая геронтология. – 1999. – №2. – С. 3–8.
3. Задачи по достижению здоровья для всех. Европейская политика здравоохранения. Пересмотр. изд. – Копенгаген: ВОЗ, ЕРБ, 1991. – 322 с.
4. Здоровье 21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ (Европейская серия по достижению здоровья для всех, № 6). – Копенгаген: ВОЗ, ЕРБ, 1999. – 310 с.
5. Колпакова Е.В. Качество жизни и артериальная гипертензия: роль оценки качества жизни в клинических исследованиях и практической деятельности врача // Терапевт. архив. – 2000. – №4. – С.76–79.
6. Недошивин А.О., Петрова Н.Н., Кутузова А.Э. и др. Качество жизни больных с хронической сердечной недостаточностью. Эффект лечения милдронатом // Терапевт. архив. – 1999. – №8. – С. 10–12.
7. Новик А.А., Иванова Т.И., Гандек Б. и др. Показатели качества жизни населения Санкт-Петербурга // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2001. – №4. – С. 22–31.
8. Петрова Н.Н. Качество жизни детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы // Педиатрия. – 1998. – №6. – С. 4–7.
9. Постанова Кабінету Міністрів України від 10 січня 2002 р. №14 “Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми “Здоров'я нації” на 2002–2011 рр.” // Офіц. вісн. України. – 2002. – 15 берез. – ст. 403. – 30 с
10. Сыркин А.Л., Печорина Е.А., Дриницина С.В. Определение качества жизни у больных ишемической болезнью сердца – стабильной стенокардией напряжения // Клиническая медицина. – 1998. – № 6. – С. 52–58.
11. Сулаберидзе Е.В. Проблемы реабилитации и качества жизни в современной медицине // Рус. мед. журн. – 1996. – №4. – С. 9–11.
12. Чучалин А.Г., Сенкевич Н.Ю. Качество жизни больных: влияние бронхиальной астмы и аллергического ринита // Терапевт. архив. – 1998. – №8. – С. 53–57.
13. Шмелев Е.И., Беда М.В., Пауи В., и др. Качество жизни больных хроническими обструктивными болезнями легких // Пульмонология. – 1998. – №2. – С. 79–81.
14. Bardasley M., Coles J. Practical experience in auditing patient outcomes // Quality in Health Care. – 1992. – V.1. – P. 124–130.
15. Benefits and abstracts of health status assessment in ambulatory setting: the clinicians point of view /J.Wasson, A.Keeller, L.Rubenstein et al // Med. Care. – 1992. – V. 30 (suppl.) – MS 9–42.
16. Hunt S., McEwen J., McKenna S. Measuring health status. London: Groom Helm, 1986. – 20 p
17. Lansky D., Butter J., Waller F. Using health status measures in the hospital setting: from acute to “outcomes management” // Med.Care. – 1992. – V.30 (suppl.) – MS 57–73.
18. Roland M., Morris R. A study of the natural history of back pain. 1. Development of a reliable and sensitive measures of disability in low back pain // Spine. – 1983. – V. 8. – P. 141–144.
19. The arthritis impact measurement scales: further investigation of a health status instrument / R.Meenan, P.Gertman, J.Mason et al. // Arth. Rheum. – 1982. – V. 25. – P. 1048–1053.
20. The sickness impact profile: development and final revision of a health status measure / M.Bergner, R.Bobbitt, W.Carter et al. // Med.Care. – 1981. – V. 19. – P. 787–805.
21. Ware J., Candek B. // J. Clin. Epidemiol. – 1998. – Vol. 51, N11. – P. 945–952.

## МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С СОСТОЯНИЕМ ЗДОРОВЬЯ

В.М. Пономаренко, Г.Л. Апанасенко, Н.И.Чебаненко (Киев)

В статье изложены методические подходы к изучению разных аспектов качества жизни населения Украины во взаимосвязи с состоянием здоровья. Методология исследования, запланированного Украинским институтом общественного здоровья, была разработана на основе общих принципов изучения качества жизни, в том числе, максимального объема выборки и ее репрезентативности, методики сборов данных, подготовки специальной анкеты, которая бы учитывала этнические, социальные и другие особенности страны в сравнении с другими странами. Исследование позволит определить связи между показателями характеристики качества жизни и уровня здоровья, вероятность развития хронических и соматических заболеваний в зависимости от уровня качества жизни и уровня индивидуального здоровья, обосновать пути повышения эффективности профилактических мероприятий среди населения на основе проведенного анализа и будет способствовать внедрению эффективных механизмов управления в практику здравоохранения.

**METHODICAL APPROACHES TO STUDYING THE POPULATION LIFE QUALITY IN RELATIONSHIP WITH THE HEALTH STATUS**

V.M. Ponomarenko, G.L. Apanasenko, N.I. Chebanenko (Kiev)

Methodical approaches to studying various aspects of the population life quality in Ukraine in relationship with the health status are laid down. The methodology of studying being initiated by Ukrainian Institute of Public Health has been developed on the basis of general principles of studying the life quality, including the maximum sampling size and its representation, methods of the data collection, preparation of a special questionnaire which should specify ethnic, social and other peculiarities of Ukraine in comparison with other countries. The study will allow to define connections between indices of the quality life and health levels, probability of chronic and somatic disease development depending on the life quality levels and the level of personal health, to ground ways for increasing the efficiency of preventive measures implementation among the population basing on the performed analysis and will promote to introduce effective managerial mechanism into the public health practice.

УДК 614.2: [614.39+614.4]

*Л.П. КАЧАНОВА (КИЇВ)***ОРГАНІЗАЦІЯ САНІТАРНО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО НАГЛЯДУ ЗА ДІЯЛЬНІСТЮ ШКІЛ СПРИЯННЯ ЗДОРОВ'Ю – НАГАЛЬНА ВИМОГА ЧАСУ**

Український інститут громадського здоров'я, Уманська міська санепідстанція

Здоров'я дітей – індикатор соціально-економічного та духовного стану країни.

Сьогоднішні школярі - майбутній економічний, науковий і культурний потенціал нашої держави, проте лише кожна 8–10 дитина є здоровою, коли йде до школи, а залишається здоровою після її закінчення тільки кожна 20. До I групи здоров'я можна віднести лише 10% школярів, II і III групи мають по 45% учнів [7].

Негативні фактори суспільства позначились на фізичному розвитку дітей (децелерація і трофічна недостатність) [2]. За останнє десятиріччя в 2,3 рази збільшилась кількість дітей з низьким рівнем фізичного розвитку. Високий рівень фізичного здоров'я мають лише 1,4% школярів, вище середнього – 10,1%, середній 30%, нижче середнього – 30,6%, низький 21,9% [7].

Статистичні дані та дані наукових досліджень свідчать про зростання захворюваності в дитячому віці і її поширеність. У структурі захворюваності дитячого населення I рангове місце зай-

мають хвороби органів дихання, II – нервової системи і органів чуття, III – шкіри і підшкірної клітковини, IV – інфекційні і паразитарні хвороби, V – травми та отруєння. Катастрофічно зростають соціально значимі хвороби: наркоманія, ВІЛ/СНІД, туберкульоз тощо [7].

Основними чинниками, які впливають на стан здоров'я учнів, є соціальні, екологічні фактори та фактори навчально-виховного процесу. Найвагомішими факторами ризику навчально-виховного процесу є гіподинамія, нераціональне харчування, порушення гігієнічних вимог до розкладів та структури уроків, матеріально-технічна база та тип закладів освіти [6]. Ці фактори спричиняють суттєве зростання загальної патологічної ураженості у 5 та 9 класах порівняно з першим. За даними Українського НДІ охорони здоров'я дітей і підлітків серед учнів перших класів рівень загальної патологічної ураженості складає 538,6‰, п'ятих – 735,9‰, дев'ятих – 914,7‰. У дітей 7–14 років, порівняно з дітьми

0–6 років, поширеність хвороб серця і органів кровообігу більше в 2,9 рази, бронхіальної астми в 3,2 рази, психічних розкладів в 2,6 рази, захворювань нервової системи та органів чуття в 1,3 рази [7].

Створення навчальних закладів нових типів (гімназій, ліцеїв, колегіумів), впровадження інноваційних технологій, які не завжди відповідають психофізіологічним особливостям учнів, призвело до погіршення здоров'я школярів внаслідок психоемоційних перевантажень, поглиблення наслідків гіподинамії. Встановлено, що в перших класах закладів нового типу і загальноосвітніх шкіл кількість здорових дітей практично однакова, а вже у 5 класах є значна різниця. Серед учнів 11 класів гірші показники здоров'я мають ліцеїсти та гімназисти. Частота патології кістково-м'язової системи, шлунково-кишкового тракту, органів зору в 1,5–2 рази, а серцево-судинної системи в 4 рази вище, ніж у школярів загальноосвітніх шкіл [1, 3, 4].

Враховуючи показники захворюваності та поширеності, наявні соціально-економічні умови, екологічну ситуацію, можна очікувати збереження негативних тенденцій у стані здоров'я дитячого населення.

З метою стабілізації ситуації та покращення показників здоров'я дитячого населення в Україні прийняті міжгалузеві програми "Діти України", "Здоров'я нації", Закон України від 26 квітня 2001 р. № 2402-III "Про охорону дитинства". Питання здоров'я відображені в законах від 23 травня 1991 р. № 1060-XII "Про освіту" та від 13 травня 1999 року №651-XIV "Про загальну середню освіту".

Одним із напрямків "інвестицій", як на цілі освіти, так і охорони здоров'я школярів є рух за приєднання до Міжнародного проекту Євро ВООЗ "Європейська мережа шкіл сприяння здоров'ю" [ЄМШСЗ], який був започаткований у 1992 році. Україна розпочала цю роботу в 1995 році. Станом на 01.01.2001 р. близько 250 шкіл нашої країни стали учасниками ЄМШСЗ [5].

Ідея ЄМШСЗ є подальшим розвитком стратегії ВООЗ "Здоров'я через освіту". Орієнтуючись на основні принципи проекту, кожний учасник повинен визначити регіональні та місцеві пріоритети і працювати над вирішенням власних проблем. Досвід роботи перших шкіл здоров'я показав перспективність комплексного підходу до навчально-виховного процесу в закладах освіти, спрямованих на формування валеологічної свідомості, навчання основам здорового способу життя і зміцнення здоров'я учнів та персоналу шкіл [5].

Враховуючи, що на державному рівні не створено нормативно-правову базу діяльності таких

шкіл, кожний заклад самостійно вирішує питання впровадження оздоровчих технологій у навчально-виховний процес. Нерідко це здійснюється без погодження з державною санепідслужбою, що може призвести до поглиблення негативних тенденцій у стані здоров'я школярів.

Система санітарно-епідемічного нагляду за діяльністю шкіл сприяння здоров'ю – це сукупність технологій державного санепіднагляду спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я школярів та персоналу шкіл шляхом оптимізації умов навчання і виховання, оздоровлення "шкільного середовища".

У системі санепіднагляду об'єктом управління виступає здоров'я школярів, суб'єктом управління є органи місцевого самоврядування та адміністрації шкіл. Державна санепідслужба виступає в ролі блоку наукового регулювання, забезпечуючи інформаційно-методичне керівництво.

Основними завданнями санепіднагляду є попередження негативного впливу навчально-виховного процесу та "шкільного середовища" на учнів, та профілактика інфекційних, паразитарних, хронічних неінфекційних захворювань, отруєнь і травм.

При побудові моделі системи санепіднагляду необхідно враховувати такі аспекти системного підходу: системно-історичний, системно-інтегративний, системно-комунікаційний, системно-компонентний, функціональний та структурний.

Вагоме значення має *системно-історичний аспект*, який включає вивчення досвіду діяльності шкіл сприяння здоров'ю за матеріалами Оттавської Хартії, Міжнародного проекту Євро ВООЗ "Європейська мережа шкіл сприяння здоров'ю", Українсько-канадських проектів "Школи здоров'я" та "Молодь за здоров'я".

*Системно-інтегративний аспект* забезпечує науковий підхід до впровадження цього досвіду та регламентує її діяльність. На державному рівні основними правовими документами є програми "Діти України", "Здоров'я нації", наказ Міністерств освіти та охорони здоров'я "Про подальше впровадження міжнародного проекту Європейської мережі шкіл сприяння здоров'ю в Україні" від 20.07.98 №206/272. На місцевому рівні це повинні бути рішення органів місцевого самоврядування, накази відділів освіти та органів охорони здоров'я, постанови головного державного санітарного лікаря адміністративної території.

Оскільки система санепіднагляду є соціальною, постійною і відкритою, повинен бути і *системно-комунікаційний аспект*, який включає в себе зв'язки з органами місцевого самоврядування, державними адміністраціями та громадськістю.

Найголовнішу роль відіграють *системно-компонентний, функціональний та структурний аспекти*, оскільки вони передбачають наявність компонентів системи, їх повноваження та структуру. У систему санепіднагляду за діяльністю шкіл сприяння здоров'ю входять державна санепідслужба, заклади охорони здоров'я та освіти. Фахівці державної санепідслужби здійснюють нагляд за дотриманням санітарного законодавства, охорони здоров'я – за медичним забезпеченням, а працівники органів освіти – за дотриманням педагогічних вимог.

У структуру системи санепіднагляду входять відділення гігієни дітей і підлітків, епідеміологічний відділ закладів державної санепідслужби, дошкільно-шкільні відділи дитячих поліклінік, підліткові кабінети міських (районних) поліклінік, медична служба шкіл, методичні кабінети та відділи інспектування органів освіти.

Санепідслужба, здійснюючи нагляд за діяльністю шкіл сприяння здоров'ю, виконує контролюючу, консультативну, організаційно-методичну, науково-практичну та нормативну функції, використовуючи такі методи роботи як динамічне санітарне та епідемічне спостереження, лабораторно-інструментальні дослідження, експертизу санепідситуації, статистичні та соціологічні.

Система здійснення санепіднагляду передбачає такі етапи:

#### I. Аналітичний.

1. Аналіз фізичного розвитку, здоров'я та захворюваності школярів.

2. Визначення об'єктивних і суб'єктивних факторів ризику навчально-виховного процесу та пріоритетних напрямків діяльності школи.

#### II. Попереджувальний.

##### 1. Гігієнічна експертиза:

а) нормативної документації щодо діяльності шкіл сприяння здоров'ю;

б) організації навчально-виховного процесу школи;

в) інноваційних педагогічних та медичних технологій.

2. Погодження рішень органів місцевого самоврядування про діяльність шкіл сприяння здоров'ю.

#### III. Поточний нагляд.

1. Перевірки дотримання вимог санітарного законодавства щодо влаштування та обладнання шкіл; організації навчально-виховного процесу, харчування, оздоровлення, медичного забезпечення, виконання заходів по корекції факторів ризику навчально-виховного процесу.

2. Гігієнічна експертиза розкладів уроків та аналіз працездатності.

3. Аналіз харчування по меню-розкладах та лабораторний.

4. Лабораторні дослідження мікроклімату приміщень, освітленості, забрудненості атмосферного повітря, повітря робочих місць, бактеріальної забрудненості та інвазованості об'єктів довкілля.

5. Аналіз результатів поглиблених медичних оглядів.

6. Ведення моніторингу оздоровчих процесів в школах.

7. Протиепідемічна робота.

8. Організаційна робота.

9. Санітарно-освітня робота.

Впровадження системи санепіднагляду за діяльністю шкіл сприяння здоров'ю потребує внесення доповнень в "Державні санітарні правила, норми влаштування навчальних закладів та організації навчально-виховного процесу" 2001 року.

Діяльність Європейської мережі шкіл сприяння здоров'ю – є інвестицією в здоров'я дітей, а значить – в майбутнє нашої держави. Забезпечення санітарного та епідеміологічного нагляду в них - одне з головних завдань сьогодення державної санепідслужби.

### Список літератури

1. Гребняк Н.П., Машинистов В.В. Физиолого-гигиенические детерминанты учебного процесса в лицеях: Материали наук.-практ. конф., Харків, 17–19 трав. 2000 р. –Х., 2000. – С. 19–21.
2. Дука Е.Д., Васильева Т.Л., Залесская В.В. Актуальные проблемы состояния здоровья школьников Приднестровского района: Там же. – С. 29–33.
3. Козярин И.П., Сисоенко Н.В., Сущева Г.В. Зміни психофізіологічних функцій та розумової працездатності під впливом учбового навантаження у гімназистів: Там же. – С. 44–45.
4. Колпакова Т.М., Светличная Е.Ф. Психологический контроль школьников в процессе внедрения педагогических инноваций: Там же. – Т. 2. – 3 с.
5. Мовчанюк В., Царенко А., Морозова-Хмарська Л. Діяльність міжнародного проекту Європейська мережа шкіл сприяння здоров'ю в Україні – крок у XXI сторіччя // Сучасні методи залучення до здорового способу життя, профілактики шкідливих звичок та захворювань у дітей та підлітків: Зб. серії Столична освіта / За ред. Б. Жебровського. – К., 2001. – С. 191–200.
6. Монов А.В., Богомоллов Е.С., Котова Н.В. Влияние условий обучения на состояние здоровья школьников современных образовательных учреждений: Там же. – С. 47–49.
7. Нагорна А.М., Грузева Т.С., Дудіна О.О. та ін. Стан та перспектива здоров'я підлітків України: Там же. – С. 55–57.

## САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ШКОЛ СОДЕЙСТВИЯ ЗДОРОВЬЮ – НАСУЩНОЕ ТРЕБОВАНИЕ ВРЕМЕНИ

Л.П. Качанова (Киев)

В статье освещена важная проблема, касающаяся санитарно-эпидемиологического надзора и сопровождения деятельности перспективных учреждений образования, работающих по новым технологиям. Научно обоснована необходимость разработки гигиенических регламентов, как дополнения к действующим Государственным санитарным нормам и правилам, по оптимальной организации школ инновационного типа, работающих в соответствии с международным проектом "Европейская сеть школ содействия здоровью"

## SANITARY-EPIDEMIOLOGICAL SUPERVISION OVER ACTIVITY OF HEALTH PROMOTING SCHOOLS

L.P. Kachanova (Kyev)

The article is devoted to an important problem related to a sanitary-epidemiological supervision and to following up the activity of perspective educational establishments functioning according to new technologies. The necessity to develop hygienic regulations as amendments to available national sanitary norms and regulations has been grounded for optimum work organization at innovative schools working over the Project "European Network of Health Promoting Schools".

## ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ

УДК 61 (091) (477)

Я.В. ГАНІТКЕВИЧ (ЛЬВІВ)

## ВОЛОДИМИР УДОВЕНКО - УКРАЇНСЬКИЙ ВЧЕНИЙ-ГІГІЄНІСТ (ДО 120-РІЧЧЯ ВІД ДНЯ НАРОДЖЕННЯ)

Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького

Виповнилося 120 років від дня народження Володимира Васильовича Удовенка - професора, завідувача кафедри загальної гігієни Київського медичного та Київського художнього інститутів, одного із засновників українського медичного факультету, автора низки наукових праць з гігієни житла та водопостачання, засудженого у сфабрикованому процесі "СВУ" і розстріляного на Соловках у 1937 р.

Володимир Удовенко народився 9 липня 1881 р. в Києві у сім'ї старшого бухгалтера київських головних майстерень Південно-західної залізниці.

Навчався у Київській 4-й гімназії, ще тоді почав цікавитися релігійними і національними питаннями, бував на нелегальних зібраннях "Українського клубу" у проф. Антоновича, на вечірках у М.Лисенка.

У 1900-1907 рр. навчався на медичному факультеті Університету св. Володимира, був головою видавничої студентської комісії. Вже тоді почав жити без допомоги батьків, працював інтерном в Київській лікарні для чорноробочих.

Здобувши диплом, вступив на службу земським лікарем у Бердичівському повіті, згодом пра-

цював санітарним земським лікарем, а в 1913 р. перейшов до Києва на посаду санітарного земського лікаря Київського повіту.

В роки війни В.Удовенко був мобілізований і 1915-1917 рр. служив військовим лікарем. В період Української національно-визвольної революції брав активну участь у становленні української державності [10], став завідувачем санітарно-статистичного відділу медично-санітарної управи Генерального секретаріату внутрішніх справ. За Гетьманату та директорії працював віце-директором санітарного департаменту у Міністерстві народного здоров'я та опікування [8,9]. Після повалення УНР у 1919 р. його, як фахівця, призначають завідувачем санітарно-епідеміологічного відділу Народного комісаріату охорони здоров'я. З осені 1919 р. до весни 1920 р. працював в Одеській обласній комісії по боротьбі з епідеміями та в Одеському губернському здоровідділі.

У 1920 р. на запрошення Київського губздоровідділу В.Удовенко займає в ньому посаду завідувача санітарним відділом. Одночасно працює в медичній частині Українського Червоного Хреста. Характер праці в умовах військового комунізму не задовольняє молодого лікаря і патріота, він звертається до науково-педагогічної діяльності, яка на той час була ще незалежною від влади. Він стає асистентом кафедри гігієни української лектури Київського медичного інституту, яку очолював проф. О.Корчак-Чепурківський, включається в науково-дослідну роботу, спеціалізується в питаннях гігієни житла та водопостачання. Одночасно він продовжує працювати завідувачем центральної санітарної лабораторії губздоровідділу, завідувачем санітарної лабораторії Південно-західної залізниці.

У 1923 р. Володимира Удовенка обирають професором кафедри гігієни Київського медичного інституту [5]. Коли в тому ж році О.Корчак-Чепурківський добився відкриття нових гігієнічних кафедр, професору В.Удовенку він передав свою кафедру загальної гігієни, а сам перейшов на створену ним кафедру народного здоров'я у ВУАН. Проф. В.Удовенко організовує також кафедру гігієни в Київському художньому інституті, бере активну участь в діяльності Медичної секції ВУАН, стає членом президії Медичної секції [3]. У 1928 р. його обирають дійсним членом науково-дослідної кафедри теоретичної медицини ВУАН, він керує науковими роботами в Інституті гігієни праці. Вчений проживав на вул. Павловській 9, кв 1.

Співробітники проф. В.Удовенка розвивають напрямок гігієни води і водопостачання, розробляють гігієнічні оцінки способів очищення та знезараження води, займаються питаннями

гігієни житла, переважно сільського. Вже за два роки роботи кафедри в Державному видавництві України в Харкові у серії медичної науково-популярної бібліотеки виходить книга В.Удовенка "Житло та здоров'я" [11]. Проф. В.Удовенко бере участь як в українських, так і у всесоюзних гігієнічних конференціях і з'їздах, повідомляє в українських медичних виданнях результати своїх робіт.

На II Всесоюзному з'їзді бактеріологів, епідеміологів і санітарних лікарів В.Удовенко виступив з доповіддю про гігієнічні дослідження і оцінку будівельних матеріалів і конструкцій, властивих для українського селянського житла. В 1925 р. він разом з професорами О.Черняхівським, П.Кучеренком, М.Левітським, О.Тижненком, М.Стражеском та ін. засновує журнал Київського медичного інституту та входить в склад його редколегії. Проф. В.Удовенко, разом з проф. В.Підгаєцьким, стають редакторами відділу гігієни. Журнал видається виключно українською мовою (в Харкові вже виходить російськомовний журнал "Врачебное дело"), йому дають багатозначну назву "Українські медичні вісті", що могло свідчити про бажання засновників продовжувати традиції першого українського часопису, який під цією назвою видавався в Києві в період української національної революції. Уже в першому числі нового видання В.Удовенко публікує велику статтю "Значення профілактичних дисциплін в системі вищої медичної освіти та стан гігієнічних кафедр за матеріалами Всесоюзних нарад цих кафедр".

Наступного року він виступає в цьому ж журналі із статтями "Загально-санітарні питання на X Всесоюзному з'їзді бактеріологів, епідеміологів і санлікарів (Одеса, 1926)", "Г.Н.Хлопін як учений", публікує рецензію на книгу А.Марзеєва "Жилища и санитарный быт сельского населения Украины" (Харьков, 1927). В останній він відзначає, що деякі дані не зовсім задовільні, невдало приведені групи будівель, є хиби в трактуванні плану хат: проте є цінні цікаві матеріали, з якими можна щиро вітати автора. Наприкінці В.Удовенко ставить запитання: "Чи не природніше було книжку про санітарний стан української хати, написану українським санітарним робітникам, видати українською мовою?" [14]. Як бачимо, він відкрито писав те, що думав і відчував, сміливо виступав на захист української мови в розвитку української науки. Не багато таких вчених було і в пізніші часи, навіть після засудження "культу особи" і послаблення репресій.

В 1928 р. проф. В.Удовенко публікує велику працю "Повітропроникальність глиняних матеріалів, уживаних на українське селянське житлове будівництво". Необхідно відзначити, що не всі



результати гігієнічних досліджень тоталітарний режим дозволяв публікувати; оскільки статистичне, і особливо соціально-гігієнічне вивчення умов життя того часу, захворюваності, смертності, умов харчування і т.п. виявляли важкий стан життя та населення України [2].

В.Удовенко часто виступав з рецензіями на різні праці, реферує статті про стан громадської охорони здоров'я в Києві [13] та ін. За неповний 1929 рік, який йому було дано ще працювати, він публікує статтю "Санітарні питання на II (XIV) Всесоюзному водопроводному та санітарно-технічному з'їзді" (Харків, 1927), рецензії на книгу Г.В.Хлопина "Методы санитарных исследований" (Ленінград, 1928), на перше число нового московського журналу "Гигиена и эпидемиология" (1929, N 1).

В 1929 р. проф. В.Удовенко входить до складу ради Медичної секції ВУАН. На Краєвій санітарній нараді його обирають головою комісії для реалізації програми санітарного обстеження містечок України. Він приділяє багато уваги методичній роботі, очолює інститутську предметну комісію з гігієни. У збірнику "Досвід методологічної роботи Київського медичного інституту за 1923-1925 роки" він публікує статтю про методологічну роботу гігієнічної предметної комісії [12]. Про В.Удовенка, як видатного вченого і свого вчителя згадує В. Плющ [8], характеризує його як блискучого педагога, українського громадського діяча.

В 1929 р. ГПУ заарештовує проф. В.Удовенка у сфабрикованій справі "СВУ". Його, як і інших лікарів-вчених звинувачували в т.зв. "медичному терорі". Прокурор Ахматов на суді в Харківському оперному театрі говорив: "Було дуже важко питати професорів, культурних діячів, відомих медиків, чи вважають вони за можливе застосувати до політичних супротивників "медичний терор"..."

Виникає ряд запитань, в тому числі таке: як вчені-медики, спеціалісти теоретичних дисциплін, які не мали клінік і практично контактів з хворими, могли "відмовляти хворим комуністам у медичній допомозі, отруювати їх?" Московський вчений М.Мирський пише: "Звинувачення вчених медиків, названих "членами медичної групи СВУ", вражало своєю абсурдністю, безглуздістю й жахливою нісенітницею" [6]. "Медичну групу СВУ назвали "чорним кабінетом", - писала одна з центральних газет "Комсомольская правда". - В "чорному кабінеті" поважні професори й академіки потихеньку обмірковували важливе й складне питання: як їм, лікарям, легше й тихіше знищити комуністів?.. Ось ви - комуніст, заслабли й запросили лікаря. На думку "чорного кабінету", що засідав у Київському медичному

інституті, лікар повинен з'явитись до вас, помацати пульс, подивитись язика, дізнатись, з якого року ви перебуваєте в партії, ... відправити вас до праотців".

Ще далі пішла "Правда". Центральний партійний орган затаврував "усіх цих лікарів-бандитів" як небачених досі злочинців, заявив, що "цією своєю терористичною лютістю медична група виділяється поміж інших груп СВУ"!

В ході процесу обвинувачення не представлено ніяких доказів "медичного терору" або "терористичної лютості лікарів-бандитів". Не казали про це і підсудні, хоч їх змушували каятись у всіх мислимих і немислимих гріхах. Український юрист А.Болаболъченко кілька років тому ознайомився з усіма 250 томами "справи СВУ" і не знайшов там жодного фактичного доказу злочинів, або вини хоча б кого-небудь із 45 підсудних, в тому числі і В.Удовенка [1]. Тільки в останні роки встановлено [6], що авторство цього висмоктаного з пальця звинувачення належить самому Сталіну. В 1992 р. в архіві ЦК КПРС було виявлено такий документ:

"Ш и ф р о м Харьков Косиору, Чубарю.

Когда предполагается суд над Ефремовым и др.? Мы здесь думаем, что на суде надо развернуть не только повстанческие и террористические дела обвиняемых, но и медицинские фокусы, имевшие своей целью убийство ответственных работников. Нам нечего утаивать перед рабочими грехи своих врагов. Кроме того, пусть знает как назыв. Европа, что репрессии против контрреволюционной части спецов, которые пытаются отравить и зарезать коммунистов-пациентов, имеют полное "оправдание" и по существу дела бледнут перед преступной деятельностью этих контрреволюционных мерзавцев. Наша просьба согласовать с Москвой план ведения дела в суде.

№ 8/ш Подпись И. Сталин. 2.1. 1930 г. 16.45".

Так матеріали таємних партійних архівів допомогли виявити ініціатора процесу "СВУ", і зокрема, абсурдних звинувачень лікарів: показали злочинну роль "наймудрішого вождя всіх народів", в якого і досі фанатично вірить частина задурманених пропагандою старших людей. Очевидно, дізнавшись, що серед заарештованих у "справі СВУ є медики, "геніальний вчений" тут же придумав "медичні фокуси, що мали своєю метою вбивство відповідальних працівників." Цілком зрозуміло, що в медицині "корифей науки" знався відверто слабо, а про те, що існують клінічні й теоретичні спеціальності, і аж ніяк, можливо не гадав. Ніхто так і не наважувався підказати йому, що абсурдно приписувати намагання "отруїти й зарізати комуністів-пацієнтів" ученому

гігієністу. Проте тон звинуваченням лікарів було задано. І хоча витримати його на процесі, як показали свідчення підсудних, не вдалося, справу було зроблено: всьому світові було повідомлено про злочинну діяльність "лікарів-бандитів".

Проф. В.Удовенка засудили на 8 років позбавлення волі на 3 роки з обмеженням у правах. У витягу з вироку у справі В.Удовенка [4], зробленому 26 серпня 1936 р. сказано: "Удовенко Владимир Васильевич, 49 лет, сын служащего, бывший вице-директор департамента министерства здравоохранения при гетмане; быв. служащий земской управы у Деникина, научный работник ВУАН, профессор Киевского медицинского института, не судился, что он: а/ являлся активным членом СВУ; б/ захвативши в свои руки президиум Медсекции ВУАН и претворив её в центр СВУ, проводил сам по директивам СВУ к-р деятельность согласно программы и основных заданий СВУ, вместе с другими подбирали и выковывали молодые кадры врачей на селе для подготовки свержения соввласти, вместе с тем широко распространяли антисемитизм в своей организации. Разработавши план своей к-р деятельности, давал указания врачам во время лечения больных коммунистов не оказывать медицинской помощи, а проводить метод медицинского террора. Пр.пр ст.54-11-2".

Засудженого В.Удовенка вислали в північні концтабори ГУЛАГу у горезвісний СЛОН – Соловецький табір особливого призначення. За спогадами Семена Підгайного В.Удовенко, разом із Барбаром, Слабченком, Чехівським та ін. засудженими в справі "СВУ", перебував в одному з таємних ізоляторів – "Савватієвському", до якого доступ було строго заборонено. Проте, як лікаря, його інколи відпускали з ізолятора. С.Підгайний згадував: "Вістки з Савватієвого, як правило, до Кремля приносили проф. Барбар і проф. Удовенко, що, будучи лікарями, час від часу прибували до соловецького лазарету на лікарські консультації в санітарній частині острова" [4].

Як вченому вдалося вижити ці роки ув'язнення - невідомо, проте він дожив до кінця "терміну", і можна тільки уявити, як він чекав виходу на волю. Проте не такою була репресивна система тоталітарного режиму, щоб дозволити своїм жертвам вийти на волю, розповісти правду про оспівувані "будови комунізму".

В 1937 р. перестали надходити до рідних листи від В.Удовенка. Повідомлення про його смерть не надходило, на багаторазові запити у найвищі інстанції відповіді рідні не отримували. В 1961 р., задовго після засудження культу особи Сталіна і репресій того часу, син вченого Всеволод Удовенко звернувся з листом до голови

Комітету партійного контролю при ЦК КПРС М.Н.Шверника. Він писав: "Тепер, після XXII з'їзду КПРС, коли восторжествували ленінські принципи і норми партійного життя, я вважаю своїм обов'язком вияснити долю батька, оскільки з думкою, що він був ворогом народу, мені важко погодитися". Відповідь зам. Прокурора Української РСР І.Ардеріхіна і зам. нач. відділу по нагляду за слідством в органах держбезпеки Г.Малого від 28 липня 1962 р. була короткою: "Жалобу Удовенко В.В. оставить без удовлетворения, о чем ему сообщать. Дело возвратить в УЛО КГБ при СМ УССР для хранения".

Щойно у 1989 р. встановлені обставини масового знищення ув'язнених ГУЛАГу. На честь XX-ої річниці жовтневого перевороту Єжов видав наказ про масові розстріли ув'язнених за "контрреволюційну діяльність". Соловецькій в'язниці він виділив ліміт для розстрілів – 1200 чоловік! За три дні після закінчення терміну ув'язнення, 25 листопада 1937 р. особлива трійка УНКВД Ленінградської області в складі: голова – Заковський, члени В.Гарин, Позерн, секретар – Єгоров розглянула справу 425 чоловік (одного дня!) і всіх їх засудила до розстрілу. В протоколі № 198 читаємо: "Слушали: Дело № 104308/37 р. Оперчата Соловецкой тюрьмы ГУГБ НКВД СССР на 25 чел. заключенных, ранее осужденных за к-р. деятельность УВО и БИЦ на разные сроки ...№ 58. Удовенко Владимир Васильевич, 1881 г.р., гр. СССР, украинец, ур. г.Киева, служащий, образование среднее (? - прим.Я.Г.), б/п., профессор-медик. Верховным Судом УССР 9/111, 19/1У-30 г. по ст.54-2,11 УК УССР осужден на 8 лет ИТЛ. Постановили: Расстрелять".

8 грудня 1937 р. комендант УНКВД ЛО старший лейтенант держбезпеки Полікарпов підписав акт про виконання вироку. Могила В.Удовенка невідома. Така була "соціалістична законність" "найпередовішої" країни робітників і селян!

Кафедрою загальної гігієни після арешту проф. В.Удовенка короткий час завідував проф. Федір Баштан, але незабаром кафедру передали проф. Костянтину Ерастовичу Добровольському [5], випускнику Московського університету. Українську мову з кафедри витіснили, як і всякі прояви "націоналістичного" духу, прагнення українських вчених розвивати свою національну гігієнічну школу.

В незалежній Україні справу проф. Володимира Удовенка переглянуто. У висновку реабілітаційного відділу СБУ відзначено, що В.Удовенко був репресований на основі оперативних матеріалів. Попереднє слідство по справі не проводилося, обвинувачення В.В.Удовенку не пред'являли і його не допитували. Доказів

здійснення В.В.Удовенком контрреволюційних і інших злочинних дій в справі немає (Чому цих фактів не бачили представники соціалістичної законності ні у 1937 р., ні в 1962 р.?). Рішенням Генеральної прокуратури України 22 березня 1996 р. В.В.Удовенко реабілітований.

Тільки 6 років було дано Володимирі Удовенку працювати завідувачем кафедри. Потрібно ще розшукати відомості про його співробітників і учнів, про їх наукову тематику, повністю повернути в українську гігієнічну науку ім'я та доробок українського вченого і патріота.

### Список літератури

1. Болабольшенко Анатолій. "СВУ": суд над переконаннями // Вітчизна. – 1989. – Ч. 11. – С.156-179; УКСП "Кобза". Київ. – 1994. – С. 74, 91, 98-99.
2. Ганіткевич Я.В. До історії українських національних і радянських науково-медичних шкіл // Охорона здоров'я і довкілля. Матеріали ювілейної науково-практичної конференції, присвяченої 100-річчю від дня народження професора В.З.Мартинюка. Львів. ЛДМУ та ін. – 1996. – 126 с.
3. Енциклопедія Українознавства: Словникова частина: У 10 т. / За ред. В.Кубійовича. – Мюнхен, 1984. – Т.10. – 1224 с.
4. Життєпис Удовенка. Із справи В.Удовенка ДА СБУ, Київ, справа 67098 ФП, т. 117, т. 117А // Там само. – С.322-323.
5. Макаренко И.М., Полякова И.М. Биографический словарь заведующих кафедрами и профессоров Киевского медицинского института (1841-1991). Киев. "Здоров'я". – 1991. – 116 с.
6. Мирський Марк. Українські вчені-медики - жертви сталінських репресій // Аґаніт. Київ. – 1995. – № 2. – 48 с.
7. Підгайний Семен. Українська інтелігенція на Соловках. Спогади 1933-1941 років // Новий Ульм. – 1947. – С.33-91; Остання адреса. До 60-річчя соловецької трагедії. Вид-во Сфера. Київ. – 1999. – Т.3. – С. 47, 366.
8. Плющ В. Медична наука в Україні в першій половині ХХ-го сторіччя // Матеріали до історії української медицини Т. І. Нью-Йорк-Мюнхен.- 1975. – С. 102, 149.
9. Пундій Павло. Українські лікарі. Біобібліографічний довідник. Кн.1. Естафета поколінь національного відродження. – Львів-Чикаго, 1994. – С.232.
10. Удовенко В. Найближчі завдання та схема організації санітарної статистики на Україні // Вісник Міністерства народного здоров'я. – 1918. – Ч.1.
11. Удовенко В. Житло та здоров'я. Науково-популярна бібліотека. Серія медична. Харків. ДВУ. – 1925. – 93 с.
12. Удовенко В.В. Методологічна робота гігієнічної предметної комісії // Досвід методологічної роботи Київського медичного інституту за 1923-1925 роки. Збірник КМІ. Київ. – 1925.
13. Удовенко В. Про стан громадської охорони здоров'я в Києві // Укр. медичні вісті. – 1927. – № 1.
14. Удовенко В. Рец.: А.Марзеев. Жилища і санітарний быт сільського населення України; Харьков, 1927 // Там само. – 1927.

## ВЛАДИМИР УДОВЕНКО – УКРАЇНСЬКИЙ УЧЕНИЙ-ГИГИЕНИСТ (К 120-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)

Я.В. Ганіткевич (Львов)

Приведены данные о врачебной, научной и общественной деятельности профессора Владимира Удовенко, заведующего кафедрами общей гигиены Киевского и Киевского художественного институтов, одного из основателей украинского медицинского факультета, заместителя директора санитарного департамента Министерства народного здоровья УНР, автора ряда работ в области гигиены жилья и водоснабжения. Он был осужден в сфабрикованном органами ГПУ процессе «СВУ» и расстрелян в 1937 г.

## VOLODYMYR UDOVENKO - A UKRAINIAN SCIENTIST -HYGIENIST (ON HIS 120<sup>TH</sup> BIRTH )

Ya. Hanitkevych (L'viv)

Biografic data concerning medical, scientific and political activity professor Volodymyr Udovenko are presented. He headed the department of general hygiene at Kyiv Medical Institute and Kyiv Institute of Art, also founded the Ukrainian medical faculty, supervised the ministry of People's Health in Ukrainian People's Republic, and authored scientific works on hygiene of dwelling and water-supply. V. Udovenko was convicted in the fabricated "SVU" process and murdered in 1937 by the bolsheviks.