
Український інститут громадського здоров'я
Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

**ВІСНИК
СОЦІАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ
ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

ЩОКВАРТАЛЬНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

4

Ukrainian Institute of Public Health
Ternopil State Medical Academy by I.Y. Horbachevsky

**BULLETIN
OF SOCIAL HYGIENE AND
HEALTH PROTECTION
ORGANIZATION OF UKRAINE**
QUARTERLY SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

Київ - Тернопіль
“Укрмедкнига”
2002

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор **В.М. Пономаренко**

Ю.В. Вороненко, О.М. Голяченко (відповід. редактор), Л.Я. Ковальчук (заст. головного редактора), Б.П. Криштопа, О.Я. Никитюк (відповід. секретар), О.Ю. Майоров, В.Ф. Москаленко, Г.М. Москалець (відповід. секретар), А.М. Сердюк, І.М. Солоненко, А.Р. Уваренко, А.О. Шелюженко

РЕДАКЦІЙНА РАДА

В.О. Волошин (Київ), Є.М. Горбань (Київ), Ю.І. Губський (Київ), В.В. Єлагін (Київ), М.П. Захараш (Київ), А.П. Картиш (Київ), В.О. Колоденко (Одеса), В.І. Огарков (Донецьк), З.М. Парамонов (Житомир), А.Ю. Романенко (Київ), Л.А. Чепелевська (Київ)

Журнал включено до Переліку № 1 наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття вченого ступеня кандидата і доктора наук (додаток до Постанови Президії ВАК України від 9.06.99 № 1-05/7)

*Рекомендовано до друку вченою радою
Українського інституту громадського здоров'я
(протокол № 44 від 23.10.2002 р.)*

Передплатний індекс – 22867

Пріоритетні напрями охорони здоров'я

А.В. Підаєв. Пріоритетні напрями розвитку системи охорони здоров'я в Україні

5

В.М. Пономаренко, В.М. Бодак. Актуальні питання становлення інформаційного забезпечення процесів управління сільськими закладами ПМСД на засадах сімейної медицини

9

Ю.А. Хунов. Реалізація стратегічного напрямку охорони здоров'я щодо підвищення доступності медичної допомоги на регіональному рівні

13

Здоров'я і суспільство

В.М. Пономаренко, О.О. Бобильова, Т.Л. Прокліна. Сучасний стан здоров'я дітей, народжених від батьків, які постраждали від наслідків аварії на Чорнобильській АЕС

19

Т.С. Грузева. Здоров'я населення в умовах соціальної стратифікації суспільства

22

В.А. Огнєв. Регіональний медико-соціальний моніторинг алергійних захворювань у дітей

28

І.П. Лубянова, О.О. Вербілов, М.П. Соколовська, І.Г. Балашова, М.А. Єршова. Професійні захворювання в Україні: сучасний стан, проблеми і актуальні завдання

32

Л.П. Качанова. Особливості та тенденції захворюваності дітей і підлітків м. Умані у взаємозв'язку з чинниками формування здоров'я

39

А.Р. Уваренко, Л.М. Романюк. Інтегрована оцінка здоров'я мешканців України

44

Організація медичної допомоги

Л.І. Галієнко. Наукове обґрунтування створення стандартів надання стаціонарозамінної медичної допомоги в денних стаціонарах загального профілю

47

В.О. Галаган. Медико-генетичне консультування в неонатальний період

51

О.М. Волик. Обсяги госпіталізації до медичних закладів та підрозділів Збройних сил України

56

О.А. Бур'янов, В.П. Кваша, Г.К. Костануполо, М.М. Мірошніченко. Система відновлювального лікування та реабілітації хворих на псоріатичний артрит

58

Priority directions for the public health system

A.V. Pidayev. Priority Directions in Public Health Development in Ukraine

V.M. Ponomarenko, V.M. Bodak. Actual problems of information support development of managerial processes of PHC rural family institutions

Y.A. Khunov. Implementation of the strategic direction to increasing the accessibility of medical care on the regional level

Health and society

V.M. Ponomarenko, O.O. Bobylyova, T.L. Proklina. Health status of children born by parents suffered from the Chernobyl NPPD consequences

T.S. Hruzeva. Population's health in conditions of social stratification of society

V.A. Ognev. Regional medical and social monitoring of children's allergic diseases

I.P. Lubyanova, O.O. Verbilov, M.P. Sokolovskaya, I.G. Balashova, M.A. Yershova. Occupational diseases in Ukraine: contemporary, problems and actual tasks

L.P. Kachanova. Peculiarities and tendencies for children's and teenagers' morbidity in Uman town in relation to health formation factors

A.R. Uvarenko, L.M. Romanjuk. Integated evaluation of health of Ukrainian inhabitants

Organization of Medical Care Provision

Z.I. Haliyenko. Scientific grounding for standards creation in hospital replacing medical care at general type day-time hospitals

V.O. Galagan. Medical and genetic consultations in neonatal period

O.M. Volyk. Volumes of hospital admittance to medical treatment facilities and sub divisions of armed forces of Ukraine

O.A. Buriyanov, V.P. Kvasha, G.K. Kostanupolo, M.M. Miroshnychenko. System of recovery and rehabilitation of patients with psoriatic arthritis

О.М. Голяченко, В.В. Бігуняк, В.Б. Гощинський. До питання щодо оцінки лікувальної роботи співробітників клінічних кафедр

Економіка охорони здоров'я

А.Б. Зіменковський. Реальність та перспективи клінічної економіки як інструменту стандартизації медичних технологій в Україні

М.М. Вовкодав, М.П. Бойчак, Л.А. Голик. Медико-економічні стандарти як основа організації безоплатної медичної допомоги військовослужбовцям і пенсіонерам МО України

А.О. Голяченко, С.І. Загородній, В.В. Шкробот, В.А. Болярська, В.А. Смірнова, Н.Г. Корнієнко. Ціноутворення психіатричної допомоги та забезпечення її економічної ефективності

Огляд літератури

В.М. Пономаренко, Г.М. Москалець, В.Б. Подрушняк, Н.В. Якутович. До питання стосовно кадрової політики в охороні здоров'я (аналітичний огляд)

Історія медицини

Я.В. Ганіткевич, О.М. Голяченко. Овксентій Корчак-Чепурківський — фундатор національної вищої медичної школи та медичної науки (до 145-річчя з дня народження)

В.Т. Нековаль. Науково-практична конференція "Життя і наукова діяльність С.А. Томіліна – служіння справі охорони здоров'я населення України (до 125-річчя з дня народження)"

Резолюція науково-практичної конференції "Життя і наукова діяльність С.А. Томіліна – служіння справі охорони здоров'я населення України (до 125-річчя з дня народження)"

Некролог

Візир Анатолій Дмитрович

Амосов Микола Михайлович

До авторів

О.М. Golyachenko, V.V. Bigunyak, V.B. Goschynsky. To the question of curative work evaluation of clinic departments' staff

Economics of Health Care Provision

A.B. Zimenkovsky. Reality and future of clinical economics as the tool of medical technologies standardization in Ukraine

M.M. Vovkodav, M.P. Boychak, L.A. Golyk. Medical and economic standards as the basis for free of charge medical aid provided to servicemen and pensioners of the ministry of defence of Ukraine

A.O. Golyachenko, S.I. Zagorodny, V.V. Shrobot, V.A. Bolyarska, V.A. Smirnova, N.H. Kornienko. Pricemaking of psychiatric and providing of its economical effectiveness

Survey of literature

V.M. Ponomarenko, H.M. Moskalets, V.B. Podrushnyak, N.V. Yakutovych. About manpower policy in health protection system (analytical review)

Hystory of medicine

Y.V. Ganitkevich, O.M. Golachenko. Ovsentiy Korchac-Chepurkivskiy — founder of national high medical school and medical knowledge (to the 145-th anniversary of birthday)

V.T. Nekoval. Scientific and practical Conference "Life and scientific activity of S.A. Tomilin – work devoted to the population public health in Ukraine (to the 125-th anniversary)"

Resolution of scientific and practical Conference "Life and scientific activity of S.A. Tomilin – work devoted to the population public health in Ukraine (to the 125-th anniversary)"

Obituary

93 Vizyr Anatoliy Dmytrovych

94 Amosov Mykola Mykhailovych

95 Notices for Authors

ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМИ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Міністерство охорони здоров'я України

Здоров'я населення є одним з найважливіших елементів соціального, культурного та економічного розвитку держави. Тому питання стану здоров'я населення та розвитку галузі охорони здоров'я віднесено до головних пріоритетів діяльності Уряду і Парламенту України.

Протягом більш ніж десятилітнього періоду розбудови національної системи охорони здоров'я досягнуто певних зрушень у реформуванні галузі.

Розпочато формування правового поля охорони здоров'я незалежної української держави, закладено підвалини нових економічних відносин, започатковано реформу управлінських та організаційних засад медичної сфери. У складні роки державотворення вдалося зберегти потенціал охорони здоров'я та створити основи діяльності системи у нових ринкових умовах.

Водночас більшість проблем, які стоять перед національною системою охорони здоров'я, залишаються не вирішеними, ефективність діяльності галузі – невисокою, стан здоров'я населення – низьким.

Здоров'я населення характеризується високими рівнями захворюваності та поширеності хвороб, інвалідності та смертності. У період 1998–2001 рр. рівень смертності збільшився на 5,6 %. Найвищі темпи приросту смертності за останні п'ять років властиві станам, що виникають у перинатальний період (+36,0 %), інфекційній і паразитарній патології (+33,5 %), хворобам системи кровообігу (+6,2 %), кістково-м'язової системи і сполучної тканини (+6,0 %). Провідними причинами смерті залишаються серцево-судинні захворювання (61,3 %), новоутворення (12,7 %), травми та отруєння (10,1 %). Особливу тривогу викликає зростання рівня самогубств.

Високі показники смертності обумовлюють низьку тривалість життя населення України, яка складає 62,1 року в чоловіків і 73,4 року в жінок та є значно нижчою, ніж у розвинених європейських країнах.

Щорічно реєструється близько 70 млн захворювань, більше половини з яких – уперше виявлено. За останні 5 років захворюваність населення збільшилася на 14,6 %, поширеність – на 24,6 %.

Певних позитивних змін досягнуто у зниженні рівня екзогенної патології в результаті разових зовнішніх дій. Рівень травматизму за 5 років знижено на 10,4 %, захворюваність на розлади пси-

хіки і поведінки – на 6,0 %, зменшилася частота деяких інфекційних і паразитарних хвороб, гострих хвороб органів дихання і травлення.

Разом з тим, у структурі захворюваності й поширеності хвороб послідовно зростає частка ендогенної патології, зокрема хвороб системи кровообігу, новоутворень, внаслідок значної поширеності факторів ризику. Збільшується захворюваність на екологічно детерміновану патологію як результат обтяжливості середовища проживання. Частішою стає поява соціально детермінованих і небезпечних нозологічних форм, таких, як туберкульоз, СНІД, хвороби, що передаються статевим шляхом.

Поряд із зниженням рівня смертності немовлят до 11,3 на 1000 живонароджених і материнської смертності – до 24,2 на 100 тис. народжених живими, продовжується погіршення показників репродуктивного здоров'я. Зростає захворюваність вагітних на екстрагенітальну патологію, скоротилося число нормальних пологів, які становлять сьогодні лише третину. Ці проблеми мають особливу значущість у зв'язку із складною демографічною ситуацією в країні.

Причиною такого стану стало те, що реформування галузі відбувалося фрагментарно і, деякою мірою, хаотично. Відсутнім був системний підхід до розбудовчих процесів. Лише в кінці 2000 р. було прийнято Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України, яка визначила цілі, завдання та принципи здійснення галузевих реформ. Механізм бюджетного фінансування галузі виявився малоефективним при проведенні соціально-економічних перетворень. Залишковий принцип фінансування гальмував здійснення реформ у галузі охорони здоров'я.

Статтею 12 Основ законодавства про охорону здоров'я передбачено, що державна політика охорони здоров'я забезпечується бюджетними асигнуваннями в розмірі, що відповідає її науково обґрунтованим потребам, але не менше 10 % національного доходу. За весь термін дії цього закону жодного року ця норма не була реалізована і послідовно знижувалася. У 2001 р. частка ВВП, що виділяється на охорону здоров'я, була найменшою і склала 2,6 % (рис. 1). За даними ВООЗ, у 1999 р. країни світу витрачали 8 % свого ВВП на медико-профілактичні заходи.

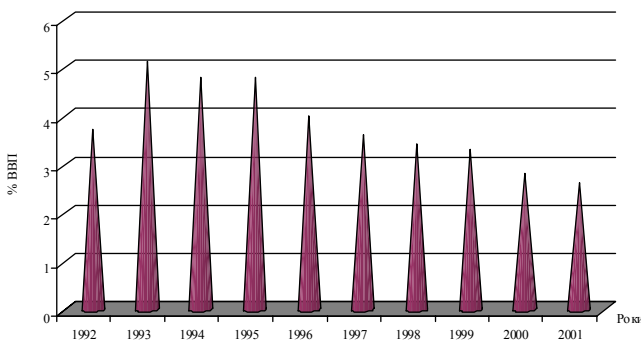


Рис. 1. Питома вага витрат ВВП на охорону здоров'я в Україні в динаміці 1992–2001 рр.

Хронічне недофінансування галузі ставить під загрозу виконання більш ніж 20 національних та державних цільових програм і комплексних заходів у системі охорони здоров'я. Досить навести дані 2001 р., згідно з якими програми профінансовано лише на 78,8 %, а за 9 місяців 2002 р. – на 47,2 %.

Аналогічні тенденції зберігаються і при формуванні бюджету галузі охорони здоров'я на 2003 рік. На фінансування програми з профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу передбачено лише 13,7 млн грн при мінімальній потребі 15,4 млн грн, на програми і централізовані заходи з імунопрофілактики – 101,6 млн грн, що складає лише 80 % від потреби.

Поряд з незадовільною координацією дій різних суб'єктів систем управління і фінансування охорони здоров'я ситуація ускладнювалася низькою ефективністю використання наявного ресурсного потенціалу галузі, виправдано повільними темпами структурних перетворень.

Незважаючи на певне скорочення ліжкового фонду, дороговартісна стаціонарна медична допомога, як і раніше, поглинає найбільше фінансових асигнувань, що виділяються на галузь охорони здоров'я.

Аналіз структури витрат за усіма видами економічної класифікації видатків на надання окремих видів медичної допомоги населенню протягом 2001 р. засвідчує, що 61,1 % витрат загального фонду бюджету галузі охорони здоров'я було спрямовано на надання стаціонарної допомоги, 19,8 % – амбулаторно-поліклінічної, 3,1 % – сільським мешканцям, 4,4 % – швидкої допомоги, 8,1 % – на інші видатки.

Недосконалість існуючих механізмів міжбюджетних і бюджетних субвенцій не дозволяє повною мірою забезпечити рівні умови функціонування закладів охорони здоров'я. Згідно із статтею 93 (2) Бюджетного кодексу України, передача коштів на фінансування закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу мешканцям кількох адміністративно-територіальних одиниць, здійснюється на підставі спільних рішень відповід-

них рад і на основі укладених між ними договорів. Хоча цей механізм чітко виписаний у Бюджетному кодексі України, на практиці існує проблема як порядку укладання цих договорів, так і розрахунку відповідних трансфертів бюджетних коштів, особливо на рівні район – місто обласного значення. До прийняття Бюджетного кодексу України фінансування закладів охорони здоров'я здійснювалося з різних рівнів бюджетів. Бюджетний кодекс це заборонив і статтею 86 чітко регламентував критерії розмежування видів видатків між місцевими бюджетами і рівні фінансування, що обумовлено потребою забезпечення єдиного кошторису і вимогою визначення єдиного органу влади, який би відповідав за стан здоров'я населення даної території. Проблемою залишається визначення головного розпорядника коштів для галузі охорони здоров'я. До прийняття Бюджетного кодексу коштами розпоряджався головний лікар лікарні. Сьогодні існує вимога призначити головним розпорядником коштів виключно посадову особу виконавчого органу місцевої влади, що не завжди позитивно впливає на доступність і якість надання медичної допомоги населенню. У зв'язку з цим, необхідним є внесення змін до Бюджетного кодексу України стосовно покладання функції розпорядника бюджетних коштів на керівників лікувально-профілактичних закладів.

Наростання фінансового дефіциту гостро поставило проблему відповідності коштів, які виділяються на галузь охорони здоров'я, обсягам медичного обслуговування.

Відомо, що досягнення стратегічних цілей державної політики в галузі охорони здоров'я безпосередньо залежить від рівня керованості системою, тому важливим завданням стала модернізація системи управління галуззю. Запроваджена децентралізація управління дозволила деякою мірою поліпшити медичне обслуговування і раціоналізувати розподіл ресурсів з урахуванням регіональних особливостей.

Проте розподіл функцій управління між центральним і регіональними органами у сфері охорони здоров'я вимагає особливої уваги. Цілісна система охорони здоров'я передбачає не регіональну, а єдину державну політику. Саме вона є гарантом отримання максимального ефекту від використання ресурсів галузі та забезпечення конституційних прав громадян на охорону здоров'я.

Світовий досвід свідчить, що, чим демократичнішою є держава, тим чіткіша управлінська вертикаль. Тому таку сучасну обґрунтовану вертикаль управління в галузі охорони здоров'я нам необхідно створювати і розвивати.

Прямим наслідком порушення управлінської вертикалі стало погіршення реальної доступності медичної допомоги для широких верств населення та

збільшення її платності в соціально неприйнятних формах. Закриття більшості медико-санітарних частин на підприємствах знизило доступність медичної допомоги для працюючого населення і погіршило її якість. Ускладнило ситуацію також тотальне скорочення системи диспансеризації населення.

Надзвичайно повільними темпами відбувається впровадження в галузь охорони здоров'я прогресивних форм медичного обслуговування населення – сімейної медицини та стаціонарозамінних форм. Цей процес активізувався лише після прийняття Постанови Кабінету Міністрів України від 20.06.2000 р. № 989.

Протягом 2001 р. в 3,5 раза збільшено кількість закладів, де ПМСД населенню надавалась на засадах сімейної медицини, а на селі – в 4,5 раза. Число функціонуючих лікарів загальної практики/сімейних лікарів зросло майже у 2,5 раза.

За даними моніторингу, нині ПМСД на засадах сімейної медицини одержує близько 5 % населення, в тому числі 3,4 % міського і 9,1 % сільського.

Станом на 01.07.2002 р. закладів, де ПМСД населенню надавалась на засадах сімейної медицини, налічується 841, в тому числі 203 в містах і 638 у сільській місцевості, а лікарями загальної практики/сімейними лікарями працює 1352 фізичні особи. Але це вкрай недостатньо при загальній потребі близько 35 тис. сімейних лікарів.

З метою активізації та прискорення впровадження сімейної медицини в практику охорони здоров'я необхідно: розширити додипломну підготовку і післядипломну перепідготовку сімейних лікарів; забезпечити їх робочими місцями; затвердити Концепцію та моделі організації ПМСД на засадах сімейної медицини і схему реструктуризації системи медичної допомоги; визначити порядок і механізми пріоритетного фінансування, кадрового і матеріально-технічного забезпечення закладів сімейної медицини; запровадити подушний принцип оплати праці.

Гострою залишається проблема медикаментозного забезпечення. Багато ліків є дорогішими і малодоступними як для хворих, так і для лікувальних установ. Заклади охорони здоров'я не мають необхідної кількості ліків та обладнання для надання гарантованої Конституцією України безоплатної медичної допомоги в необхідному обсязі. Як в регіонах, так і в державі відсутні банки даних з інформацією про потреби населення та закладів охорони здоров'я в лікарських засобах, ступінь задоволення цих потреб. Враховуючи, що найбільш вразливі та соціально незахищені групи становлять більше половини населення України, нагально необхідним є створення системи соціальних гарантій. Застосування нових підходів вимагають проблема ціноутворення на продукцію фармакологічної галузі та система оподаткування.

Недостатнім є матеріально-технічне забезпечення закладів охорони здоров'я. На розвиток і модернізацію їхньої матеріально-технічної бази виділяється обмаль коштів. Особливо несприятлива ситуація склалася у сільській місцевості. Приміщення багатьох центральних районних та дільничних лікарень, лікарських амбулаторій та фельдшерсько-акушерських пунктів знаходяться в незадовільних умовах, нерідко аварійні або не відповідають елементарним санітарно-гігієнічним вимогам. Значна частина медичної апаратури ЦРЛ для діагностики і лікування морально та фізично застаріла. Терміново потребує заміни 60–70 % рентгенівських апаратів та флюорографів, 50–60 % апаратів штучної вентиляції легень та УЗ-досліджень, електрокардіографів. Не вистачає приліжкових моніторів, дефібриляторів, ендоскопічного обладнання та ін. Дефіцит автомобільного транспорту на селі становить 1,4 тис. одиниць. Близько 80 % наявного автотранспорту експлуатується понад 8 років, лише у 20 % термін експлуатації не вийшов. Вимагає підвищення рівень телефонізації сільських лікарських амбулаторій та ФАПів. Сільські лікарські амбулаторії повністю телефонізовані лише у 20 областях, а 13,6 % ФАПів залишаються без телефонів.

Значно скоротилися масштаби медичної профілактики. Намітилась негативна тенденція до скорочення мережі центрів здоров'я та відділень профілактики в закладах охорони здоров'я. Через дефіцит коштів ліквідовано міжвідомчу систему випуску кіно- і відеофільмів на медико-гігієнічну тематику, тому пропаганда здорового способу життя кіно-, відеозасобами практично відсутня. Різко скоротився випуск популярної санітарно-освітньої літератури з нагальних проблем охорони здоров'я: у 2001 р. загальний її тираж дорівнював лише 1,8 млн примірників. Дефіцит санітарно-освітнього інструментарію є однією з причин недостатньої результативності гігієнічного навчання населення.

Незважаючи на досягнення високих рівнів забезпеченості населення лікарськими кадрами, проблемними залишаються питання якості їх підготовки та укомплектованості первинної ланки охорони здоров'я, особливо у сільській місцевості, а також фтизіатричної, патологоанатомічної, рентгенологічної та лабораторної служб. У закладах охорони здоров'я залишаються неуккомплектованими майже 14 тис. лікарських посад, у т. ч. близько 4 тис. – у сільській місцевості. Сьогодні сільська мережа укомплектована лікарями на 85 %, а кількість дільничних лікарень, лікарських амбулаторій та фельдшерсько-акушерських пунктів без спеціалістів становить 190. Зростає дефіцит лікарських кадрів у санітарно-епідеміологічній службі.

В умовах сьогодення кадрова політика в галузі охорони здоров'я повинна ґрунтуватися на

перспективній потребі регіонів у медичних і фармацевтичних кадрах, вимогах до їх кваліфікації.

Невирішеною залишається проблема оплати праці працівників галузі. Заробітна плата медиків не відповідає реальній вартості їх робочої сили. Не виконані вимоги статті 77 Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо встановлення посадових окладів медпрацівників на рівні заробітної плати у промисловості. Оплата медиків є нижчою, ніж у промисловості, у 2,3 рази.

Стан справ, який склався у вітчизняній системі охорони здоров'я, заслухано на засіданні Верховної Ради України у жовтні 2002 р. Діяльність щодо медичного обслуговування громадян визнано незадовільною. Критичний аналіз існуючих проблем у сфері охорони здоров'я дозволив накреслити шляхи виходу із кризового становища. Вони стосуються поліпшення фінансування галузі, забезпечення виконання у повному обсязі бюджетних призначень на фінансування державних програм, додаткових видатків на оплату праці медичних працівників, придбання лікарських засобів закладами охорони здоров'я, забезпечення централізованої закупівлі інсуліну вітчизняного виробництва, пільг для медиків сільської місцевості.

Надзвичайно важливою є розбудова нормативно-правового поля діяльності галузі, яка передбачає розробку нового проекту закону Основ законодавства України про охорону здоров'я, інших нормативно-правових актів, внесення змін до Бюджетного і Податкового кодексів, адаптацію вітчизняного законодавства до вимог міжнародного права.

Зусилля фахівців галузі повинні бути спрямовані на запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування та відпрацювання механізмів договірної оплати медичних послуг, що надаються населенню. Вимагає вдосконалення система здійснення державних закупівель медичних послуг та тендерних закупівель

лікарських засобів, виробів медичного призначення і медичного обладнання. Вважаємо за необхідне запровадження формулярної системи медикаментозного забезпечення медичної допомоги, вдосконалення системи ціноутворення у фармації. Потребують розширення самостійність і права державних та комунальних закладів охорони здоров'я. Прискореного запровадження вимагають державні соціальні стандарти та нормативи у сфері охорони здоров'я, розробка яких закінчується у 2002 р., комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в галузь охорони здоров'я, поліпшення медичного обслуговування сільського населення, заходи, передбачені Міжгалузевою комплексною програмою "Здоров'я нації".

З метою поліпшення стану справ у вітчизняній системі охорони здоров'я та медичного обслуговування населення, виконання завдань Угоди між Урядом та Парламентом України Міністерство охорони здоров'я України вважає за необхідне зосередити свою діяльність на питаннях розробки подальшої стратегії сфери охорони здоров'я. Затверджено робочі групи з обґрунтування і вирішення фінансово-економічних питань, проблем реформування галузі та кадрового забезпечення, медико-соціальних проблем постраждалих на ЧАЕС, туберкульозу, ВІЛ/СНІДу, до складу яких увійшли провідні фахівці головних управлінь Міністерства, начальники управлінь охорони здоров'я обласних держадміністрацій, провідні вчені.

Це дозволить започаткувати ефективну і постійно діючу систему координації діяльності медичних закладів, забезпечити колегіальність у визначенні та реалізації пріоритетних стратегічних напрямів державної політики у сфері охорони здоров'я з урахуванням інтересів та досвіду регіонів, що буде сприяти досягненню головної мети реформування галузі – збереження і зміцнення здоров'я населення України, поліпшення медичного обслуговування, забезпечення справедливості й рівності в питаннях охорони здоров'я.

ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УКРАИНЕ

А.В. Пидаев (Киев)

В статье освещены проблемы, стоящие сегодня перед национальной системой здравоохранения, выявлены недостатки в проведении реформирования отрасли, определены пути их преодоления с учетом современных социально-экономических условий, подчеркнута необходимость разработки дальнейшей стратегии системы здравоохранения.

PRIORITY DIRECTIONS IN PUBLIC HEALTH DEVELOPMENT IN UKRAINE

A.V. Pidayev (Kyiv)

The problems which the national public health system is faced now are elucidated in the article. There were revealed shortcomings when conducting reform in this branch and determined the ways for their overcoming with due account of actual social and economic conditions. The necessity for elaboration of further strategies in public health system is emphasized.

В.М. ПОНОМАРЕНКО, В.М. БОДАК (Київ)

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СТАНОВЛЕННЯ ІНФОРМАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРОЦЕСІВ УПРАВЛІННЯ СІЛЬСЬКИМИ ЗАКЛАДАМИ ПМСД НА ЗАСАДАХ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Український інститут громадського здоров'я

Поглиблений аналіз сучасного стану системи сільської служби охорони здоров'я вказує на велику кількість чинників, які дестабілізують її резистентність. Серед них розрізняють редуційні (скорочення мережі дільничних лікарень, значне зменшення ліжкового фонду) та інволюційні (зношення основних фондів, зниження функціонального потенціалу мережі лікувальних закладів) процеси. Суттєвим поштовхом для їх інтенсифікації стали норми Бюджетного кодексу України, згідно з яким фінансування дільничних лікарень, сільських амбулаторій, фельдшерсько-акушерських пунктів повинно здійснюватись з бюджетів сільських та селищних рад [3]. Концептуально це правильна правова норма, однак в реальній економічній ситуації вона значно зменшує адаптивні можливості даної ланки сільської служби охорони здоров'я. Водночас, якщо врахувати демографічні процеси серед сільського населення, на тлі яких відбувається інтенсивне накопичення хронічних неспецифічних захворювань, а період термінального нездоров'я продовжується значний період життя, то потреба у фінансуванні сільської служби охорони здоров'я збільшується з року в рік [8]. Однак зростання потреби в коштах на сільську охорону здоров'я випереджає їх надходження та накопичення в бюджетах сільських і селищних рад.

За прогнозами, старіння сільської популяції в подальшому буде мати ще більший вплив на структуру охорони здоров'я та її вартість, тому що у зв'язку із захворюваністю співвідношення кількості здорових років життя та років життя в стані нездоров'я зміниться в бік збільшення останніх. У цих умовах актуальним є не метод "залатування дірок", а пошук та впровадження нових підходів до вирішення проблеми сільської служби охорони здоров'я, зокрема її первинної ланки, змістом яких повинні бути підвищення реальної доступності й результативності медичної допомоги та стабілізація витрат на послуги охорони здоров'я.

Прийнята Кабінетом Міністрів України Постанова від 20 червня 2000 р. № 989 "Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я" створила висхідне правове поле для реорганізації первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на селі [11].

За даними моніторингу впровадження сімейної медицини, цей процес в сільській місцевості проходить досить інтенсивно. Так, в 2000 р. в сільській місцевості на базі сільських лікарських амбулаторій було відкрито 96 закладів сімейної медицини, на базі дільничних лікарень – 21 (всього 123), а протягом 2001 р. їх кількість зросла в 3,1 раза і становить 382 заклади, в яких працює 571 лікар загальної практики/сімейної медицини.

Реорганізація сільської ПМСД на засадах сімейної медицини дозволить вирішити значне коло проблем. Технологія роботи лікаря загальної практики/сімейного лікаря (ЛЗП/СЛ), із соціально-гігієнічної точки зору, дає змогу відсунути виникнення неспецифічних захворювань на більш пізній вік, а в їх перебігу забезпечити подовження ремісії, зменшення числа рецидивів та ускладнень за рахунок доступної, своєчасної, якісної медичної допомоги та формування в сім'ях ідеології здорового способу життя [1, 2, 7, 16].

Завдяки такому підходу період нездоров'я в кінці життя може бути скорочений або настане у більш пізньому віці. Орієнтація роботи ЛЗП/СЛ на такі кінцеві наслідки щодо здоров'я членів сім'ї дасть можливість зменшити навантаження на сільські бюджети відносно витрат на охорону здоров'я.

У такому ключі повинна також працювати система управлінських заходів, ефективних не тільки з медичного, а й з економічного боку. Зокрема Указом Президента України від 3 січня 2002 р. № 8/2002 "Про комплексні заходи щодо поліпшення медичного обслуговування

сільського населення на 2002-2005 рр.” передбачено створення у сільських населених пунктах, в яких проживає понад 1000 осіб, амбулаторій загальної практики/сімейної медицини, прискорення реорганізації сільських лікарських амбулаторій, фельдшерсько-акушерських пунктів у такі амбулаторії [14]. Нагальним є вирішення питань про нормативно-правовий статус сільської лікарської дільниці в сучасних умовах, у тому числі її діяльність на сімейних засадах, про чітке впорядкування взаємодії та взаємозв'язку закладів (підрозділів) сімейної медицини із спеціалізованими службами вторинного та третинного рівнів, про подальше впровадження стаціонарозамінних форм медичної допомоги – денних і домашніх стаціонарів – на основі визначення науково обґрунтованої потреби в них [4, 5, 6, 9].

Проблеми первинної ланки медичної допомоги, становлення сімейної медицини на селі є стратегічним напрямком розвитку сільської служби охорони здоров'я, згідно з яким повинно будуватись інформаційне забезпечення управління на засадах системності [13].

Вивчення інформаційних потоків та інформаційних ресурсів у сільському закладі сімейної медицини стало підставою для таких висновків:

1. Дані, що накопичуються в облікових документах, перелік яких затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я від 12 липня 2001 р. № 283 “Про затвердження медичної облікової документації щодо діяльності закладів загальної практики/сімейної медицини”, використовуються в основному для формування статистичних звітів.
2. Статистичні звіти, зокрема ф.20 “Звіт лікувально-профілактичного закладу”, ф.12 “Звіт про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають в районі обслуговування лікувального закладу” та інші, орієнтовані за своїм змістом на отримання показників кількісного плану і недостатньо відтворюють специфіку надання медичної допомоги лікарем загальної практики/сімейним лікарем та характеризують її ефективність.
3. Дані облікових документів, на підставі яких можна визначити результативність роботи лікаря загальної практики/сімейного лікаря (показники якості) щодо змін у стані здоров'я, динаміки контактів із сім'ями, нагляду за здоров'ям членів сім'ї, своєчасності виявлення захворювань і їх лікування, обсягу та якості надання медичної допомоги, фактично не використовуються.
4. Для закладів сімейної медицини не опрацьовано інформаційно-довідкові системи щодо

діагностики, невідкладної допомоги, стандартів лікування, медикаментозного забезпечення, а якщо й опрацьовано, то заклади ними не забезпечені. Практично не впроваджуються скринінг-діагностичні комп'ютерні системи, системи дистанційної діагностики (телемедицини).

5. У керівництва системою охорони здоров'я сільських адміністративних районів немає єдиних підходів до формування нормативно-правової бази в закладах сімейної медицини, необхідного пакета нормативних документів, завдяки яким можна забезпечувати управління на правових засадах.

Наведені факти свідчать про те, що наявні інформаційні ресурси закладів сімейної медицини використовуються недостатньо, вихідна інформація в основному обмежена малоінформативними статистичними звітами, вхідні інформаційні потоки не регламентовані. Таким чином, управління розвитком сімейної медицини на селі в розрахунок на її ефективний вплив на стан здоров'я сільських жителів як кінцевий результат медичної допомоги потребує негайного вдосконалення, передусім упорядкування інформаційних потоків, розробки та впорядкування інформаційних систем, необхідних для забезпечення якості медичної допомоги на сімейних засадах та визначення її ефективності.

Виходячи з Концепції інформаційного забезпечення ПМСД на засадах сімейної медицини, опрацьованої Українським інститутом громадського здоров'я, було розроблено систему показників щодо кількісних та якісних характеристик сімейної медицини, які лягли в основу моделі інформаційного забезпечення процесів управління, розвитку, впровадження та результативності надання медичної допомоги на рівні закладу (підрозділу) сімейної медицини [15].

Складовими частинами цієї моделі є класифікація існуючих та необхідних для управління інформаційних потоків за ознаками: напрямку (внутрішня, зовнішня та вихідна інформація), значущості у часовому вимірі (оперативна, постійна) та змісту.

Інформаційні потоки згруповані в інформаційні системи за змістом та призначенням:

- інформаційно-дорадчі системи;
- інформаційно-довідкові системи;
- інформаційно-управлінські (керуючі) системи;
- інформаційно-аналітичні системи.

До категорії **інформаційно-дорадчих** систем віднесено:

1. Стандарти діагностики та лікування для забезпечення ефективної діагностичної, лікувальної, реабілітаційної допомоги при найбільш поширених серед сільського населення зах-

воруваннях. При розробці стандартів враховуються не тільки існуючі довідкові матеріали, наукові розробки, методичні рекомендації, а й стан медико-технічного, кадрового забезпечення сільського закладу сімейної медицини. Опрацьований за участю фахівців центральної районної лікарні стандарт затверджується наказом головного лікаря сільського адміністративного району. Стандарти можуть не тільки використовуватись за своїм призначенням, але й виступати еталонами обсягу та якості надання медичної допомоги лікарем загальної практики/сімейним лікарем. Оскільки кожний стандарт має свою вартість, то при впровадженні загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування він стане одним з основних механізмів регулювання фінансових взаємовідносин між ЛЗП/СЛ і страховими органами.

2. Стандарти організації і проведення індивідуальної профілактичної роботи з метою попередження основних хронічних неінфекційних захворювань та факторів ризику їх виникнення серед членів сімей. Базовим для такої дорадчої системи може бути адаптований для України варіант рекомендацій ВООЗ [12].
3. Системи дистанційної діагностики. Наприклад: верифікація запису електрокардіограми проводиться в обласному діагностичному центрі, за висновком якого сімейний лікар отримує консультацію щодо вірогідного діагнозу хвороби та програми лікування хворого.
4. Скринінг-системи для проведення профілактичних оглядів.
5. Невідкладну медичну допомогу при термінових станах. Для такої системи доцільно користуватися рекомендаціями, розробленими фахівцями Київської медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика.

У роботі лікаря загальної практики/сімейного лікаря, особливо в умовах села, нерідко стає проблемою отримання необхідних довідкових даних. На цій підставі в зазначеній моделі спроектовано такі **інформаційно-довідкові** системи, як:

1. Лікарські засоби. В основу даної моделі по-

кладено "Національний перелік основних (життєво необхідних) лікарських засобів і виробів медичного призначення", затверджений Постановою Кабінету Міністрів України від 16 листопада 2001 р. № 1482 [10].

2. Сучасні медичні технології, впроваджені в закладах області.
3. Медико-демографічна ситуація на сімейній лікарській дільниці (населення дільниці, його віково-статевий склад, народжуваність, смертність, захворюваність, соціальні ознаки, розподіл за станом здоров'я тощо).
4. Санітарно-епідеміологічна характеристика території сімейної лікарської дільниці.

Основу **інформаційно-управлінських** систем складають нормативно-правова база сімейної медицини, закони України, укази Президента України, постанови Кабінету Міністрів України з питань охорони здоров'я, а також накази, розпорядження, плани, які видаються органами місцевого самоврядування, обласними управліннями охорони здоров'я, головними лікарями сільських адміністративних районів.

Інформаційно-аналітичні системи формуються на підставі облікової документації сімейного лікаря. У цих системах потрібно використати показники, які характеризують якість та ефективність надання медичної допомоги сімейним лікарем. Так, наприклад, показники, які відображають за поточний рік збільшення (зменшення) кількості сімей, які ведуть здоровий спосіб життя, відсутність рецидивів та ускладнень у перебігу хвороби, подовження ремісії у хворих, що перебувають під диспансерним наглядом, число оздоровлених в лікувально-профілактичних закладах, зниження (зростання) захворюваності за віковими групами населення, зменшення (збільшення) числа випадків із запущеними формами онкозахворювань та туберкульозу серед вперше виявлених в поточному році тощо.

Впровадження таких інформаційних систем на рівні закладів, які працюють на сімейних засадах, за матеріалами експертних оцінок, є суттєвим резервом поліпшення надання медичної допомоги населенню.

Список літератури

1. Брагин А.А. Этапность планирования медицинской помощи сельскому населению // Тез. докл. Всесоюз. науч. конф. – М., 1983. – С. 76–78.
2. Бутняк М.М., Виштикалюк Д.М. Деякі аспекти реформування ПМСД в сільській місцевості // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2000. – № 3. – С. 72–74.
3. Бюджетний кодекс України від 21 червня 2001 р. № 2542-III // Уряд. Кур'єр. – 25 липня 2001. – С. 5.

4. Вальчук Э.А. Особенности медико-санитарного обслуживания на селе. Проблемы и задачи // Медицина. – 2000. – № 1 (28). – С. 12–14.
5. Гаджиев Р.С. Современные проблемы управления и организации медицинской помощи сельскому населению: Дис. ... д-ра мед. наук в виде науч. докл. / Рос. мед. ин-т. – М., 1992. – 47 с.
6. Голяченко А.М. Сельская врачебная амбулатория. – К.: Здоров'я, 1985. – 160 с.
7. Гурькова В.В. Эволюция управления районной системой сельского здравоохранения в Украине // Укр. мед. часопис. – 1999. – № 4. – С. 62–64.
8. Ортендаль К. Глобальные проблемы здравоохранения // Рос. семейный врач. – 2000. – № 3. – С. 8–10.
9. Пономаренко В.М., Польшченко В.І., Ціборовський О.М. Про деякі особливості проблеми первинної медико-санітарної допомоги сільському населенню // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2001. – № 3. – С. 35–38.
10. Постанова Кабінету Міністрів України від 16 листопада 2001 р. № 1482 “Про затвердження Національного переліку основних (життєво необхідних) лікарських засобів і виробів медичного призначення” // Зб. нормат.-директ. документів з охорони здоров'я. – січень 2002.– С. 9–21.
11. Постанова Кабінету Міністрів України від 20 червня 2000 р. № 989 “Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я” // Офіц. вісн. України. – 2000. – № 25. – С. 1056.
12. Профілактика в первинних структурах охорони здоров'я. – К., 1999. – 165 с.
13. Романюк Л.М. Інформація забезпечення управління сільською лікарською дільницею // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2001. – № 3. – С. 79–81.
14. Указ Президента України від 3 січня 2002 р. № 8/2002 “Про комплексні заходи щодо поліпшення медичного обслуговування сільського населення на 2002–2005 рр” // Зб. нормат.-директ. документів з охорони здоров'я. – лютий 2002. – С. 21.
15. Указ Президента України від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000 “Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України” // Офіц. вісн. України. – 2000. – № 49, Ч. 1. – С. 2116.
16. Ходаковский В.Г. Совершенствование управления здравоохранением сельского врачебного участка. – К.: Здоров'я, 1987. – 64 с.
17. Швецов В.С., Ціборовський О.М., Курчатова Г.В. та ін. Інформаційне забезпечення діяльності закладів ПМСД на засадах сімейної медицини як засіб поліпшення управління якістю медичної допомоги населенню // Матеріали І Українського з'їзду сімейних лікарів, м. Львів, 7-9 листопада 2001 р. – Львів, 2001. – С. 73.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТАНОВЛЕНИЯ ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОЦЕССОВ УПРАВЛЕНИЯ СЕЛЬСКИМИ СЕМЕЙНЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ ПМСД

В.М. Пономаренко, В.М. Бодак (Киев)

Проведен анализ состояния первичной медицинской помощи сельскому населению на семейных началах и управления ее функционированием, который стал базовой основой для разработки модели информационного обеспечения сельского учреждения семейной медицины.

ACTUAL PROBLEMS OF INFORMATION SUPPORT DEVELOPMENT OF MANAGERIAL PROCESSES OF PHC RURAL FAMILY INSTITUTIONS

V.M. Ponomarenko, V.M. Bodak (Kyiv)

The analysis of PHC of rural population and its functioning on the principles of a family medicine was made. It was used as the basis for developing an information model in support of a rural institution of family medicine.

УДК 614.2:616-082(477.61)

Ю.А. ХУНОВ (Київ)

РЕАЛІЗАЦІЯ СТРАТЕГІЧНОГО НАПРЯМУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЩОДО ПІДВИЩЕННЯ ДОСТУПНОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

Управління охорони здоров'я Луганської обласної державної адміністрації

Принцип рівності в питаннях охорони здоров'я є основоположним у стратегії Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо досягнення здоров'я для всіх. Він передбачає рівний доступ до медичного обслуговування при рівній потребі, використання відповідно до потреби та однакової якості медичного обслуговування. Рівний доступ до наявних видів медичного обслуговування для задоволення потреб означає рівні права і можливості стосовно усіх видів обслуговування для всіх і кожного, справедливий розподіл у країні, виходячи з потреб охорони здоров'я і зручного доступу в кожній географічній зоні, а також подолання усіх перешкод для такого доступу.

Нерівність у питаннях медичного обслуговування виникає, коли ресурси і відповідні засоби та можливості розподіляються нерівномірно, зосереджуючись в основному в міських чи більш розвинених районах [4, 7].

Доступ обмежується також, якщо ресурси витрачаються виключно на високотехнологічні служби при недостатній збалансованості медико-санітарного обслуговування в інтересах більшості населення [11].

Одним з чинників, які впливають на доступність медичної допомоги, є її територіальна доступність. Внаслідок високої вартості деяких медичних втручань і потреби висококваліфікованих спеціалістів у їх здійсненні надання таких послуг концентрується у спеціалізованих центрах. Це обумовлює різний ступінь доступності медичної допомоги, яка пов'язана з місцем проживання. Концентрація дорогих технологій призводить не тільки до зменшення доступності, але й до підвищення нерівності.

Географічна віддаленість від великих міст з їх медичними центрами є очевидною перешкодою на шляху отримання медичної допомоги. Жителі сільської глибинки, які мають менший прибуток, ніж жителі міст, часто додатково обтяжуються транспортними витратами, щоб отримати доступ до належної допомоги.

Зважаючи на те, що концентрація медичної допомоги об'єктивно необхідна через неможливість значного поширення дорогих технологій, очевидно є потреба у проведенні заходів компенсації географічної нерівності, які б підвищували доступність спеціалізованої допомоги для жителів віддалених територій.

У кожній країні є категорії людей, які з тих чи інших причин мають менший доступ до медичної допомоги, ніж інші. Громадяни з низькими доходами, рівнем освіти, зайняті некваліфікованою роботою рідше відвідують лікарів, мають гірший доступ до профілактичних медичних втручань, працюють і живуть в умовах обмежених можливостей особистої гігієни, зазнають труднощів у придбанні медикаментів. Усі проблеми, пов'язані з різними аспектами доступності медичного обслуговування, вимагають глибокого аналізу та визначення шляхів вирішення.

В Україні питанням доступності медичної допомоги приділяється постійна увага на державному, галузевому та регіональному рівнях [2, 7, 10].

Концепція розвитку охорони здоров'я населення України спрямована на реалізацію положень Конституції та законів України щодо забезпечення доступної кваліфікованої медичної допомоги кожному громадянину України, запровадження нових ефективних механізмів фінансування та управління у сфері охорони здоров'я, створення умов для формування здорового способу життя [5].

Відповідно до стратегічних завдань розвитку системи охорони здоров'я, проблема підвищення доступності медичного обслуговування населення Луганської області вирішується комплексно з науково обґрунтованих позицій.

Доступність медичної допомоги населенню області забезпечується широкою мережею лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я, розвитком їх матеріально-технічної бази, застосуванням сучасних ефективних форм і методів медичного обслуговування, наявністю кваліфікованих кадрів.

Проте досягнення високого рівня здоров'я населення, доступності та якості медичного обслуговування вимагає комплексного підходу до проблем охорони здоров'я, вирішення їх на міжсекторальному підґрунті з урахуванням регіональних особливостей [6].

Основою розробки заходів, спрямованих на поліпшення доступності медичної допомоги, є аналіз стану здоров'я населення області, розвитку мережі та ресурсного забезпечення медичних закладів, моніторингу їх діяльності, дослідження головних показників доступності та обґрунтування шляхів її покращання [1].

З цією метою здійснено аналіз діяльності різних служб охорони здоров'я області та забезпечення медичною допомогою населення, виявлено головні тенденції, територіальні особливості медичного забезпечення, проблемні ситуації.

Джерелом інформації стали дані, які викопійовувалися зі звітних статистичних форм № 20 закладів охорони здоров'я області, а також дані соціологічних досліджень.

Особливу увагу було приділено питанням забезпечення доступності амбулаторно-поліклінічної допомоги як найбільш масової. Вона надається жителям області у 292 установах. З них 21,2 % розміщені при міських лікарнях, 6,5 % – при дільничних, 11,0 % – при диспансерах. Самостійні поліклініки становлять 5,1 % усіх амбулаторних закладів, амбулаторії у міських поселеннях – 6,8 %, у сільських – 20,5 %, стоматологічні поліклініки – 8,2 %. Протягом п'ятирічного періоду відбулося незначне скорочення загальної чисельності амбулаторно-поліклінічних установ (на 4,3 %). Поряд із скороченням на 18,4 % амбулаторій при міських лікарнях та на 29,6 % – при дільничних, на 87,5 % збільшено кількість самостійних поліклінік, на 13,2 % – амбулаторій у сільських поселеннях. Загальна потужність амбулаторно-поліклінічних закладів становить 51,1 тис. відвідувань за зміну, в тому числі у містах – 37,8 тис., у районах – 11,9 тис. Нами проаналізовані показники відвідуваності лікарів населенням різних територій області в динаміці 1996–2001 рр.

Вивчення відвідуваності показало, що протягом року населенням області здійснюється 27,1 млн відвідувань лікарів. У розрахунку на 1 жителя показник становить 9,9 відвідування в рік. Він є одним з кращих в Україні, оскільки середнє число відвідувань на одного жителя у рік складає 10,1. Динаміка відвідувань населенням лікарів за п'ятирічний період характеризується зростанням показника з 9,8 до 9,9 випадку на 1 жителя в рік. Аналіз відвідуваності у розрізі міських і сільських поселень свідчить про більші

рівні відвідувань лікарів міським населенням. Так, у великих промислових центрах рівень відвідуваності складав 11,1–12,4 відвідування на 1 жителя у рік. Найнижчі рівні відвідувань виявлено у містах Кіровську (7,9) та Антрациті (8,4). У містах з низьким рівнем відвідуваності населенням лікарів протягом п'яти років спостерігалось зниження цього показника на 3,0–16,8 %. Разом із тим, у кількох містах цей показник підвищився на 20,0 %.

У сільських районах рівень відвідуваності був відносно невисоким і знаходився в межах 4,9–9,2 випадку на 1 жителя у рік. Найнижчі показники відвідуваності виявлено в Антрацитівському, Міловському та Попаснянському районах, які розташовані на значній відстані від обласного центру.

Забезпечення сільського населення мережею медичних закладів є дуже важливою проблемою, оскільки для сільських мешканців доступність медичної допомоги є меншою, ніж для міських. Відомо, що значну роль в обслуговуванні сільського населення відіграють фельдшерсько-акушерські пункти.

Ці медичні заклади забезпечують надання найбільш масового виду долікарняної медичної допомоги населенню села, а також проведення профілактичних заходів. У 2000 р. в Луганській області функціонувало 425 фельдшерсько-акушерських пунктів. З метою наближення медичної допомоги до населення вони організовані в населених пунктах, де мешкає 700 жителів і більше. Фельдшерсько-акушерські пункти перебувають у віданні сільських рад народних депутатів. Керує їх діяльністю лікувально-профілактичний заклад, якому вони підпорядковані. Кількість посад пункту залежить від чисельності населення, що обслуговується. Як правило, у вказаних пунктах працюють фельдшер, акушерка та санітарка.

Медичні працівники пункту ведуть прийом населення, надають в межах компетенції та прав фельдшера і акушерки медичну допомогу на амбулаторному прийомі та вдома, своєчасно скеровують хворих на консультацію до лікаря.

У Луганській області на базі фельдшерсько-акушерських пунктів періодично організовуються прийоми дільничними лікарями. Це дає можливість жителям віддалених сіл одержати консультації лікарів за місцем проживання. Важливим є те, що фельдшер особисто консультує своїх хворих, оскільки це сприяє своєчасному встановленню діагнозу, лікуванню, раціональному працевлаштуванню хворого та підвищенню кваліфікації фельдшера.

В обов'язки персоналу пункту входять виявлення вагітних в ранні строки, надання їм медич-

ної допомоги під час вагітності, спостереження за жінками після виписування з пологового будинку. Акушерка навчає жінок гігієни вагітності, правильного годування дитини, гігієнічного догляду за нею та запобігання інфекційним захворюванням. Фельдшерсько-акушерський пункт здійснює нагляд за дітьми віком до 1 року та медичне обслуговування дітей, які відвідують ясла, дитячий садок, школу.

Значна роль відводиться фельдшерсько-акушерським пунктам у проведенні профілактичних щеплень. Ця робота здійснюється за планом, який складається на основі повікового обліку дітей та певного контингенту дорослого населення.

Всесвітньо визнаною стратегією, спрямованою на поліпшення доступності медичної допомоги, є розвиток первинної медико-санітарної допомоги. Вона є першоосновою всієї системи охорони здоров'я і передбачає задоволення головних потреб в охороні здоров'я кожного колективу людей шляхом організації відповідних служб якнайближче до місць роботи і проживання, забезпечення їх доступності.

ВООЗ одним з головних завдань Європейської політики досягнення здоров'я для всіх визначає задоволення основних потреб населення у сфері охорони здоров'я завдяки первинній медико-санітарній допомозі шляхом надання широкого спектра послуг щодо зміцнення здоров'я, лікування, реабілітації і надання підтримки [3].

У Луганській області активно проводиться реорганізація первинної медико-санітарної допомоги населенню на засадах сімейної медицини. Впровадження цієї прогресивної форми медичного обслуговування відбувається у 19 закладах охорони здоров'я. У штатні розписи введено 22,25 ставки сімейних лікарів та 49 – середніх медичних працівників. Цією прогресивною формою медичного обслуговування охоплено більше 46 тис. населення. Протягом року до сімейних лікарів здійснено понад 586 тис. відвідувань, що становить 12,7 відвідування на одного прикріпленого жителя в рік.

Про ефективність такої форми медичного обслуговування свідчить великий обсяг відвідувань сімейних лікарів пацієнтами з приводу захворювань та значна питома вага недуг, лікування яких починалося і закінчувалося на первинному рівні. Так, сімейними лікарями проведено лікування 77,5 % усіх випадків захворювань у прикріпленого населення і лише в 14,8 % випадків виникла необхідність консультування у вузьких спеціалістів, у 7,1 % – госпіталізації.

Впровадження сімейної медицини більшого поширення набуло у сільській місцевості, зокрема у Ново-Айдарському, Троїцькому, Старо-

більському, Сватівському та Кременському районах. Близько 15 % закладів, які надають первинну медико-санітарну допомогу сільському населенню, працюють за сімейним принципом. Сімейні лікарі становлять 11 % від усіх лікарів, що працюють на сільських лікарських дільницях, обслуговуючи понад 9 % усього сільського населення.

В області розпочато процес реорганізації первинної медико-санітарної допомоги міському населенню шляхом відкриття 5 міських закладів сімейної медицини, які обслуговують близько 13 тис. жителів.

У цілому медичним обслуговуванням на засадах сімейної медицини охоплено близько 2 % населення області. Порівняння показників відвідуваності прикріпленим населенням сімейних (12,7 на 10 тис. населення) та дільничних (10,3) лікарів з іншими показниками, такими, як рівні госпіталізації (7,1 та 21,1 % відповідно), кількість викликів бригади швидкої медичної допомоги на 1000 жителів (109,9 та 271,0), свідчить про значно більшу доступність медичної допомоги, що надається на засадах сімейної медицини.

Відносно невисокі рівні відвідуваності сільськими жителями, (особливо віддалених районів) лікарів вимагали аналізу забезпеченості населення, яке проживає на цих територіях, медичними кадрами.

У цілому забезпеченість населення області лікарями становить 41,1 на 10 тис. населення, що є близьким до середнього показника в Україні. При врахуванні зубних лікарів рівень забезпеченості дорівнює 42,1 на 10 тис. Міські жителі мають показники забезпеченості, в 1,6 раза вищі, ніж сільські. Рівень укомплектованості штатних посад лікарів дорівнює 85,1 % зі значною диференціацією по територіях та спеціальностях. Понад 66 % лікарів пройшли атестацію, з них вищу категорію мають 23,1 %, першу – 45,9 %, другу – 31,0 %. Протягом п'ятирічного періоду спостерігалася тенденція до скорочення чисельності лікарів і зменшення забезпеченості ними населення, темп якого становив 16,1 %. Скорочення відбувалося майже на всіх адміністративних територіях області. Разом із тим, виявлено нерівномірність забезпечення лікарями окремих районів. Серед міських поселень високими рівнями забезпеченості виділялися обласний центр (45,8), промислові центри Алчевськ (45,1), Лисичанськ (44,7), а серед сільських районів – Кременецький (33,5), Марківський (28,0), Сватівський (27,7). Відвідуваність лікарів тісно корелює із забезпеченістю ними населення, що підтверджено у ході дослідження.

Населення області забезпечене лікарями, які ведуть прийом в поліклініці на рівні 20,1 на 10 тис.

При цьому в містах показник забезпеченості цією категорією лікарів перевищує аналогічний показник у сільських районах в 1,6 раза. Міське населення найкраще забезпечене лікарями в обласному центрі (25,0) та великих промислових центрах, таких, як Лисичанськ, Краснодон, Первомайськ, Северодонецьк, де рівень забезпеченості перевищує 22 лікарі на 10 тис. Проведений нами аналіз виявив низьку забезпеченість лікарями, які працюють у поліклінічних закладах, в Беловодському, Слав'янсько-сербському та Старобільському районах, де показник коливався у межах 10,0–11,6 лікарів на 10 тис. На цих територіях відвідуваність населенням лікарів була нижчою, ніж в середньому по області, в 1,3–1,7 раза.

Разом із тим, на територіях з високою забезпеченістю лікарями відвідуваність значно перевищувала середні показники. Це свідчить про залежність доступності медичної допомоги від забезпеченості лікарськими кадрами і вимагає розробки заходів щодо поліпшення кадрового забезпечення окремих районів області. В установах охорони здоров'я області працює майже 24 тис. осіб середнього медичного персоналу. Рівень забезпеченості середніми медичними працівниками складає 89,8 % на 10 тис. У містах забезпеченість в 1,3 раза вища, ніж у районах. Серед окремих адміністративних територій низькі рівні забезпеченості виявлено в Попаснянському (46,2), Краснодонському (51,2), Перевальському (58,3 на 10 тис.) районах. Першочерговим завданням визначено укомплектування штатних посад медичних працівників на територіях, де встановлено їх найбільший дефіцит. Вирішення проблеми кадрового забезпечення передбачається шляхом застосування цільового набору студентів, пріоритетного розподілу випускників медичних закладів у райони, де виявлено дефіцит кадрів, та впровадження методів матеріального стимулювання для закріплення кадрів на цих територіях.

Аналіз доступності стаціонарної медичної допомоги населенню області здійснювався за показниками забезпеченості лікарняними ліжками, рівнями госпіталізації. Досліджувався розвиток стаціонарозамінних форм медичного обслуговування.

Ліжковий фонд у Луганській області нараховує 25,1 тис. ліжок, з яких 21,4 % – терапевтичного профілю, 19,4 % – хірургічного, 59,2 % – спеціалізовані.

Для надання медичної допомоги жінкам і дітям використовується 25,7 % ліжкового фонду.

У міських лікарнях розміщено 44,0 % ліжок, в центральних міських – 19,2 %, в центральних районних – 14,7 %. Забезпеченість населення лікарняними ліжками становить 95,2 на 10 тис.,

що значно перевищує оптимальний показник (80 ліжок на 10 тис.).

На більшості територій кількість ліжок є близькою до оптимальних значень. Разом із тим, на окремих територіях спостерігається надлишок ліжкового фонду, що свідчить, поряд з іншими показниками, про нераціональне використання наявних ресурсів. Так, рівень забезпеченості стаціонарними ліжками у Лисичанську (99,3 на 10 тис.) та Алчевську (116,2 на 10 тис.) на 4,3–22 % перевищує середній по області й на 24,1–45,3 % – оптимальний у країні. Тому вказана ситуація вимагає додаткового вивчення і прийняття відповідних управлінських рішень на основі науково обґрунтованих потреб.

Завдяки інтенсивному використанню ліжкового фонду, в області щорічно забезпечується лікування понад 540 тис. осіб, що складає 20,9 випадку на 100 жителів. Досить високий рівень госпіталізації населення свідчить про доступність цього виду допомоги. Ефективному застосуванню ліжкового фонду сприяли збільшення кількості днів роботи ліжка у рік до 339 і скорочення середньої тривалості перебування хворого на ліжку до 15 днів. Аналіз роботи ліжок окремих профілів медичної допомоги у закладах різних рівнів дозволив виявити значні резерви поліпшення медичного обслуговування та економного використання ресурсів.

Протягом п'ятирічного періоду відбувалися реструктуризаційні процеси шляхом упорядкування ліжкового фонду області та впровадження сучасних прогресивних форм і методів медичного обслуговування. При скороченні 6,5 тис. стаціонарних ліжок у 124 закладах було розгорнуто денні стаціонари, у 180 закладах – домашні.

Кількість ліжок у денних стаціонарах досягла 3,3 тис., що дозволило пролікувати протягом року 66,1 тис. хворих. У домашніх стаціонарах лікувалося понад 93,7 тис. хворих.

Більшого поширення стаціонарозамінні форми набули у містах, внаслідок чого контингенти пролікованих у них жителів у 4 рази перевищували відповідні контингенти у селах.

У цілому забезпеченість населення ліжками у денних стаціонарах досягла 12,4 на 10 тис., у тому числі у містах – 13,8, у районах – 8,9 відповідно.

Найбільші показники забезпеченості населення ліжками денних стаціонарів виявлено у містах Первомайську (27,4), Красному Лучу (27,2), Антрациті (18,6), Рубіжному (18,6 на 10 тис.). Разом із тим, в містах Кіровську та Ровеньках цей показник не перевищує 4,8 на 10 тис.

Серед сільських районів лідирують за показниками впровадження стаціонарозамінних форм медичної допомоги Міловський (26,8), Кре-

менський (22,0), Антрацитівський (21,5) та Біловодський (21,4) райони. Інтенсифікувати впровадження стаціонарозамінної допомоги необхідно у Первомайському (1,0), Попаснянському (2,9), Краснодонському (4,3 на 10 тис.) районах, де ці процеси відбуваються повільно.

Важливу роль у забезпеченні доступності висококваліфікованої медичної допомоги відіграють розвиток спеціалізованих служб і наближення їх до населення. Значна питома вага спеціалізованих лікарняних ліжок у структурі ліжкового фонду та чисельність і кваліфікація лікарів, які їх обслуговують, свідчать про достатнє забезпечення населення області вузькоспеціалізованими видами медичної допомоги. Проте проведене нами анкетування населення виявило певні перешкоди на шляху їх отримання. Значна частина жителів віддалених населених пунктів не має можливості виїжджати у районний центр, де зосереджені основні кадри охорони здоров'я, лікарі вузьких спеціальностей та є база для лабораторно-діагностичних обстежень. Враховуючи цю обставину, в області започатковано практику виїздів бригад лікарів, у тому числі вузьких спеціальностей, в населені пункти віддалених районів для обстеження і лікування хворих. Така форма медичного обслуговування, за даними соціологічного опитування, отримала високу оцінку як населення віддалених районів, так і лікарів, що працюють у місцевих закладах охорони здоров'я. Вона є економічно вигідною і дозволяє при найменших витратах досягти значного медико-санітарного та соціального ефекту. Особлива увага приділялася забезпеченню лікарськими препаратами та лікувально-діагностичним обладнанням медичних установ, розташованих у сільських та віддалених районах. Усе це дозволило забезпечити досить високий рівень доступності медичної допомоги населенню області.

Важко переоцінити роль швидкої медичної допомоги в збереженні життя людей. Щорічно за цим видом медичної допомоги звертається близько 700 тис. осіб. У 2000 р. число звертань склало 714 тис. Виконано 271,4 викликів на кожну тисячу населення. Частка госпіталізованих серед усіх осіб, яким надана швидка медична допомога, становить 88,4 %. Про якість роботи служби швидкої медичної допомоги свідчить питома вага підтверджених діагнозів (94,2 %). Проте на окремих територіях виявлено значно нижчі рівні підтверджених діагнозів, що вимагає поглибленого аналізу і відповідних заходів.

Таким чином, аналіз діяльності закладів охорони здоров'я області, забезпеченості населення медичною допомогою засвідчив певні позитивні зрушення та досягнення в медичному обслуговуванні жителів Луганщини. Перш за все

досягнуто стабільної роботи усіх служб охорони здоров'я на регіональному рівні в умовах розбудови галузі та її недостатнього фінансування. В області послідовно здійснюється процес реформування медичної сфери відповідно до стратегічних напрямів розвитку охорони здоров'я населення України та з урахуванням досягнень світового досвіду, активно впроваджуються перспективні організаційні форми медичного обслуговування та сучасні медичні технології.

Усе це дозволило забезпечити значний рівень доступності медичної допомоги населенню області. У складній ситуації система охорони здоров'я зберегла, а за окремими напрямками і поліпшила, показники обсягів основних видів медичної допомоги населенню.

Разом із тим, виявлено ряд проблемних ситуацій в регіональній системі охорони здоров'я, що вимагають комплексного, міжсекторального підходу до їх вирішення. Вони стосуються меншої доступності медичної допомоги жителям сіл та віддалених районів області, порівняно з міським, особливо спеціалізованих видів медичного обслуговування тощо.

Результати аналізу стали основою для обґрунтування комплексу заходів, спрямованих на підвищення доступності та якості медичної допомоги, поліпшення здоров'я населення, які включено до регіональної програми "Здоров'я нації" [9]. Серед основних завдань програми необхідно виділити планування фінансових заходів та залучення додаткових джерел фінансування регіональної системи охорони здоров'я. Поряд із заходами соціального та соціально-економічного плану передбачається оптимізація використання ресурсів, продовження реструктуризації медичної допомоги, збільшення обсягів амбулаторно-поліклінічної допомоги, широкого впровадження ресурсозберігаючих технологій, включаючи розвиток стаціонарозамінних форм медичного обслуговування, первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Відповідно до цих процесів проводитимуться розукрупнення лікарських дільниць, організація самостійних лікарських практик, розвиватиметься система реабілітації та структур медико-соціальної допомоги. Наближенню спеціалізованої допомоги до населення сільських та віддалених від центру районів сприятиме застосування виїзної форми лікувально-діагностичного обслуговування, апробація якої підтвердила її доцільність та ефективність. Програмою передбачено модернізацію та зміцнення матеріально-технічної бази медичних закладів. Буде вдосконалено кадрову політику, підготовку та розподіл медичних працівників, докладено зусиль до повної укомплектованості посад спеціалістів,

а також введено додаткові штатні одиниці. Пріоритетом кадрового забезпечення залишатимуться сільська система охорони здоров'я, материнство і дитинство, розвиток сестринства. Значно підвищить можливості оперативного реагування на зміни кадрової складової на території області запровадження регіонального моніторингу кадрового забезпечення. Ширше застосовувати-

муться методи матеріального стимулювання праці медичного персоналу, підвищення зацікавленості в її результатах.

Реалізація регіональної програми "Здоров'я нації" у Луганській області дозволить досягти реальної високої доступності медичної допомоги для всіх груп населення і сприятиме поліпшенню якості їх здоров'я та життя.

Список літератури

1. *Бабанов С.А.* Пути оптимизации медицинской помощи населению // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и история медицины. – 2001. – № 3. – С. 30–32.
2. *Діяльність* галузі охорони здоров'я за 2001 рік // Матеріали підсумкової колегії. – К., 2002. – 82 с.
3. *Здоровье* по достижению здоровья для всех: Европейская серия "Здоровье для всех" № 1. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1985. – 238 с.
4. *Концепции и принципы равенства* в вопросах охраны здоровья. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1985. – 29 с.
5. *Концепція* розвитку охорони здоров'я населення України. – Одеса, 2001. – 29 с.
6. *Міхгалузева* комплексна програма "Здоров'я нації" на 2002–2011 роки. – К.: ОФ, 2002. – 88 с.
7. *Политика и стратегия* обеспечения справедливости в вопросах охраны здоровья. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1991. – 56 с.
8. *Послання* Президента України до Верховної Ради України "Європейський вибір. Концептуальні засади стратегії економічного та соціального розвитку України на 2002–2011 роки" // Голос України. – 4 червня 2002. – № 100. – С. 5–12.
9. *Регіональна* програма "Здоров'я нації" Луганської обласної держадміністрації. – Луганськ, 2002.
10. *Хунов Ю.А.* Перший досвід впровадження сімейної медицини в охорону здоров'я Луганської області // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2002. – № 3 – С. 27–31.
11. *Exploring health policy development in Europe: Europ. ser.* № 68 / Ed. by A. Ritsataris. – Copenhagen: WHO reg. pub, 2000. – 537 p.

РЕАЛИЗАЦИЯ СТРАТЕГИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО ПОВЫШЕНИЮ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

Ю.А. Хунов (Киев)

В статье рассматривается вопрос о доступности разных видов медицинской помощи населению Луганской области на основании анализа деятельности всех медицинских служб и данных социологических исследований. Обоснованы пути повышения доступности медицинской помощи на региональном уровне.

IMPLEMENTATION OF THE STRATEGIC DIRECTION TO INCREASING THE ACCESSIBILITY OF MEDICAL CARE ON THE REGIONAL LEVEL

Y.A. Khunov (Kyiv)

The article concerns a problem of accessibility of various types of medical care for the population of Lugansk oblast basing on the analysis of activities of all medical services and on the data of sociological studies. The ways of raising the accessibility of medical care on the regional level have been grounded.

В.М. ПОНОМАРЕНКО, О.О. БОБИЛЬОВА, Т.Л. ПРОКЛІНА (Київ)

СУЧАСНИЙ СТАН ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ, НАРОДЖЕНИХ ВІД БАТЬКІВ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС

Український інститут громадського здоров'я

Кількість дітей, які народилися після аварії від постраждалих батьків і перебувають під наглядом у лікувально-профілактичних закладах МОЗ України, складає 497 187 осіб (4-та група первинного обліку). Оскільки їх число щороку збільшується і вплив радіаційного чинника на стан здоров'я дітей опосередкований, через батьків, є підстави передбачати деякі генетичні зміни в їх організмах.

Склад контингенту не однорідний, тому що у дітей, які народилися від ліквідаторів, переважно лише один з батьків підпав під вплив радіації (здебільшого це батько). У дітей, які народилися від евакуйованих жителів або мешканців забруднених територій, під дією радіаційного чинника, як правило, перебували і матір, і батько. А діти, що народилися у мешканців радіаційно забруднених територій, залишалися жити в умовах хронічного впливу іонізуючої радіації низької інтенсивності.

В осіб, що перенесли гостру променеву хворобу, протягом післяаварійних років народилось 26 дітей, які перебувають під постійним медичним наглядом фахівців Наукового центру радіаційної медицини. Починаючи з першого року життя, у цих дітей реєструвались гострі респіраторні інфекції, хвороби мигдаликів, аденоїдів, бронхіти. А до 6–7 років серед них не було жодної практично здорової дитини. Оцінка їх імунного статусу показала високу частоту відхилень імунологічних параметрів від фізіологічних.

Існують і демографічні особливості: якщо в перші роки після аварії більшість дітей була дошкільного віку, то зараз переважають школярі віком 12–14 років, які складають 55,9 %.

Для дітей, які народилися після аварії від постраждалих батьків, впроваджено щорічну обов'язкову диспансеризацію, створено мережу спеціалізованих лікувально-профілактичних закладів для обстеження, лікування та оздоровлення. У 2001 р. питома вага дітей, щодо яких застосовано окремі види лікування, складала 99,76 %, у

тому числі амбулаторно – 83,2 %, в стаціонарі – 16,4 %, у санаторно-курортних установах – 31,4 %, в реабілітаційних центрах – 1,2 %.

Результати спецдиспансеризації 2001 р. свідчать про негативні тенденції в головних показниках здоров'я – наявність змін транзиторного та стабільного характеру. Зросли кількість дітей із хронічними захворюваннями в стадії компенсації і декомпенсації, частота переходу гострих форм захворювань у рецидивні та хронічні, тривалість перебігу захворювань, схильність багатьох хвороб до ускладнень [1–5].

Розподіл обстежених за групами диспансеризації такий: здорові – 28,14 %; практично здорові – 35,98 %; хворі, компенсаційний перебіг – 35,11 %; хворі, субкомпенсаційний перебіг – 0,37 %; хворі, декомпенсаційний перебіг – 0,38 %; померло у 2001 р. – 0,01 %.

Відмічаються зростання загальносоматичної патології за класами хвороб органів травлення, нервової системи, органів дихання, кістково-м'язової системи та сполучної тканини, шкіри та підшкірної клітковини; уроджені вади та спадкові захворювання. Рівні показників перевищують середньостатистичні.

Лікарями-спеціалістами визначено, що головний ризик втрати здоров'я пов'язаний із хворобами щитоподібної залози, органів травлення, крові та кровотворних органів, нервової системи (у тому числі й розладами вегетативної нервової системи з різними симптомокомплексами).

У структурі захворювань дітей, які мешкають на радіаційно забруднених територіях, та дітей із сімей ліквідаторів аварії на ЧАЕС перше місце посідають порушення статури, друге – гіперплазія щитоподібної залози і третє – захворювання шлунково-кишкового тракту, насамперед дискінезія жовчовивідних шляхів, яка в переважній більшості випадків поєднується з хронічними гастритами, гастродуоденітами та вегето-судинною дистонією. Виявлено таку особливість: серед дітей із сімей ліквідаторів переважають по-

рушення статури, гіперплазія щитоподібної залози; серед дітей, батьки яких мешкали на забруднених територіях, – патологічні зміни органів шлунково-кишкового тракту, ендокринної, нервової систем, кровотворних та лімфоїдних органів.

У всі наступні за аварією роки поступово зростає первинна захворюваність дітей 4-ї групи первинного обліку. Динаміка змін має виражений характер. Слід відмітити, що рівень показників первинної захворюваності дітей протягом усіх років перевищував загальний рівень захворюваності дітей усіх груп первинного обліку в цілому і загальний по Україні.

У 2001 р. в структурі вперше виявлених хвороб домінують хвороби органів дихання – 31,1 %, ендокринної системи – 9,48 %, органів травлення – 9,3 %, нервової системи – 6,0 %. Кількість захворювань із цих класів хвороб складає 55,88 % від загального числа вперше зареєстрованих хвороб.

У класі хвороб органів дихання питому вагу становлять гострі респіраторні інфекції (47,2 %), хвороби мигдаликів, аденоїдів (32,4 %), бронхіти (1,76 %). Показники захворюваності стабільно високі впродовж усіх післяаварійних років, але найвищими були у 1987–1988 рр.

Привертає увагу зростання кількості хвороб нервової системи. Про щорічне збільшення цієї патології серед дітей свідчать показники: від 22,8 ‰ у 1988 р. до 170,4 ‰ у 2001 р.

Патологія органів травлення у дітей підвищилась за рахунок хвороб ротової порожнини, шлунка (гастритів, гастродуоденітів), печінки, підшлункової залози, жовчних шляхів. Збільшилась кількість випадків виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки. Показники за класом хвороб органів травлення щороку зростають – від 42,1 до 258,1 ‰.

У структурі поширеності хвороб на першому місці також хвороби органів дихання – 23,5 %, далі – органів травлення – 15,0 %, ендокринної системи – 14,12 %, нервової системи – 9,9 %. Інші класи хвороб, незважаючи на меншу питому вагу в її структурі, теж мають значні темпи зростання.

За 1988–2001 рр. поширеність хвороб ендокринної системи збільшилась у 6,9 раза – від 34,6 до 242,27 ‰. Найрозповсюдженішими серед дітей є функціональні та патологічні зміни щитоподібної залози. Показники поширеності хвороб щитоподібної залози за післяаварійні роки зросли більш ніж у 10 разів – від 19,3 до 208,95 ‰. Потрібно збільшення розмірів щитоподібної залози розглядати як можливість розвитку вторинної тиреоїдної патології (вузли, кісти, автоімунний тиреоїдит, пухлини) і захищувати дітей до групи ризику.

Ризик розвитку патології щитоподібної залози постійно підвищується, ймовірність прояву гіпо- та гіпертиреоїдних станів може простежуватися ще протягом багатьох років, що диктує необхідність довгострокового моніторингу. Діти з патологією щитоподібної залози потребують особливої уваги лікарів-ендокринологів.

Серед усіх груп первинного обліку дітей новоутворення, як весь клас, так і злоякісні, виявлялись більше у дітей, народжених від батьків, що постраждали від наслідків аварії на Чорнобильській АЕС (91,7 % усіх випадків). Показники поширеності новоутворень зросли від 3,8 до 5,07 ‰.

Показники первинної інвалідності за 1988–2001 рр. зросли від 2,7 до 11,4 ‰. В її структурі хвороби нервової системи складають 28,7 %, уроджені аномалії розвитку – 28,0 %, хвороби ендокринної системи – 9,1 %. Найпоширенішими причинами інвалідності дітей є розумова відсталість, дитячий церебральний параліч, хвороби вуха, ока та соскоподібного відростка, у тому числі глухість. Цукровий діабет також є однією з причин інвалідності.

Постійний медичний нагляд за станом здоров'я дітей, удосконалення методів і методик діагностики та лікування зумовили зниження і стабілізацію показників дитячої смертності, зниження абсолютного числа її випадків. Переважна більшість випадків смертності припадає на дітей перших років життя. Серед її головних причин – травми та отруєння (40 %), злоякісні новоутворення (20 %), вади розвитку і спадкові хвороби (13,3 %).

Чорнобильська катастрофа негативно вплинула на стан здоров'я дітей, що зазнали опосередкованого впливу радіаційного чинника. Наведені дані щодо зазначеного погіршення стану здоров'я дітей, народжених від батьків, які постраждали від її наслідків, дають підставу визнати, що реалізовані в попередні роки заходи з протирадіаційного, соціального та медичного захисту дітей виявилися недостатньо ефективними. Сучасна ситуація стосовно обстеження дітей, народжених від постраждалих батьків, свідчить про наявність недоліків у проведенні диспансеризації, зменшення кількості оглянутих. Враховуючи складні економічні умови в державі та зростання кількості постраждалих дітей, медична галузь в умовах реформування не спроможна виконувати у повному обсязі вимоги до спецдиспансеризації. Вивчається можливість скорочення кількості спеціальностей фахівців, які залучаються до її проведення, запровадження скринінгового обстеження, спрямованого на виявлення груп ризику за гематологічними, ендокринологічними, онкологічними захворюваннями. Особливу увагу слід звернути на про-

філактику уроджених вад і спадкових захворювань.

Здійснення активної диспансеризації постраждалих контингентів із своєчасним виявленням доклінічних порушень у стані здоров'я та надання допомоги, проведення необхідних профілактичних і реабілітаційно-оздоровчих заходів сприятимуть покращанню здоров'я і ви-

конуватимуть головне завдання – запобігати-муть медичним наслідкам Чорнобильської катастрофи. Результати спостережень за дітьми, що народились від батьків, які постраждали від наслідків Чорнобильської аварії, можуть бути покладені в основу обґрунтування прогнозу динаміки її віддалених несприятливих наслідків.

Список літератури

1. Боярська О.Я., Копилова О.В., Афнасьєв Д.Є. Стан тиреоїдної системи та сомато-статевого розвитку дітей, що постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, через 15 післяаварійних років // П'ятнадцять років Чорнобильської катастрофи. Досвід подолання: Зб. тез. – К., 2001. – С. 11.
2. Горішна О.В. Порівняльна структура захворюваності дітей-переселенців та дітей із сімей ліквідаторів аварії на ЧАЕС // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2000. – № 3. – С. 10–11.
3. Парамонов З.М. Стан щитовидної залози у дітей при дії малих доз радіації // Вісн. наук. досліджень. – 1999. – № 2. – С. 65–66.
4. Петрук Д.А., Скалій А.О. Оцінка впливу наслідків аварії на ЧАЕС на здоров'я дитячого контингенту // П'ятнадцять років Чорнобильської катастрофи. Досвід подолання: Зб. тез. – К., 2001. – С. 89.
5. Петрук Д.А. Стан здоров'я дітей. 15 років після Чорнобильської катастрофи // Радіаційна безпека в Україні. – 2001. – № 1–4. – С. 26–29.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ РОДИТЕЛЕЙ, ПОСТРАДАВШИХ ОТ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

В.М. Пономаренко, О.О. Бобылева, Т.Л. Проклина (Киев)

Авария на Чернобыльской АЭС оказала негативное влияние на состояние здоровья детей, родившихся от пострадавших родителей (косвенное действие радиационного фактора). Результаты диспансеризации 2001 г. свидетельствуют о значительном росте болезней органов пищеварения, дыхания, нервной, эндокринной систем.

Растёт количество врожденных аномалий и наследственных заболеваний, увеличилась частота инфекционных болезней.

HEALTH STATUS OF CHILDREN BORN BY PARENTS SUFFERED FROM THE CHORNOBYL NPPD CONSEQUENCES

V.M. Ponomarenko, O.O. Boblyova, T.L. Proklina (Kyiv)

The Chornobyl NPPD negatively influenced the health status of children born by parents suffered from the disaster (indirect influence of radiation factor). The results of 2001 dispensarization show a considerable increase in digestive, respiratory, nervous, endocrine system diseases.

There is a tendency to inborn anomalies and hereditary diseases, increase of infectious diseases.

УДК 614.2:312.6

ГРУЗЕВА Т.С. (Київ)

ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ СОЦІАЛЬНОЇ СТРАТИФІКАЦІЇ СУСПІЛЬСТВА

Український інститут громадського здоров'я

Здоров'я населення є важливим чинником реалізації життєвої програми кожної людини і значною мірою визначає можливість реалізації суспільних завдань. Знання закономірностей та тенденцій формування здоров'я населення, його особливостей – необхідна передумова для визначення політики держави і вирішення стратегічних питань реформування охорони здоров'я.

Внаслідок кардинальних змін у суспільному розвитку країни, появи нових тенденцій у стані здоров'я населення, впровадження передових організаційних форм та сучасних технологій надання медичної допомоги обов'язково потрібно мати найбільш повне уявлення про характер медико-демографічних процесів, захворюваності та інвалідності як об'єктивного явища виникнення, розвитку і результатів патологічних станів різної природи.

Вимагають поглибленого дослідження показники здоров'я різних регіональних, територіальних та соціальних груп населення. Поряд з усвідомленням реальної соціальної неоднорідності здоров'я, необхідними є виявлення і вимір показників, які характеризують його особливості серед різних контингентів, а також оцінка сприйняття патології людиною. Визначення кількісних і якісних параметрів здоров'я, його особливостей та тенденцій, епідемічних характеристик різних видів патології сьогодні є не тільки предметом теоретичних досліджень, але й фундаментом формування багатьох питань державної політики, визначення стратегії охорони здоров'я, перспектив її розвитку та капіталовкладень держави.

Статистичні дані та дані спеціальних досліджень свідчать, що в останнє десятиліття відбувається реструктуризація патології, яка пов'язана з багатьма чинниками, у тому числі з комплексом умов сучасного життя. Проблеми оцінки здоров'я вимагають нового підходу у зв'язку з формуванням нової соціальної категорії – якості життя людини і значною диференціацією її у різних групах населення.

Очевидним є факт, що в сучасних оцінках здоров'я населення домінує соціальний аспект. Соці-

ально-економічний розвиток суспільства стає визначальним у формуванні стану здоров'я популяції [12]. Зниження рівня здоров'я спостерігається в країнах, де має місце спад економіки, що, у свою чергу, відображається на якості життя широких мас населення. Так, найбільша тривалість життя відмічається в країнах з найвищими доходами на душу населення. Зокрема, в США, Швеції та Японії, де валовий внутрішній продукт на душу населення перевищує 17,5 тис. доларів, очікувана тривалість життя чоловіків становить 72,5–76,4 рр., жінок – 79,3–82,5 рр. [18].

Посилений економічний розвиток у світі за останні десятиріччя призвів до економічного і соціального прогресу в багатьох сферах діяльності суспільства. Масова бідність була подолана у найбільш економічно розвинених країнах і значно знизилася у країнах, що розвиваються. Доходи на одну людину в країнах, що розвиваються, в 1995 р. на 90 % перевищували показники 1970 р. Для розвинених країн цей показник становить 60 %. Знизився коефіцієнт дитячої смертності, збільшилася очікувана тривалість життя. Спостерігалися позитивні зрушення у сфері освіти, охорони здоров'я, покращились умови життя і технології. Проте таке благополуччя було не всюди. У багатьох бідних країнах економічне зростання відбувалося повільно чи взагалі не відбувалося. За оцінками Світового Банку, в Північній Африці та Латинській Америці доходи на одну людину збільшилися за період 1970–1995 рр. на 25–50 %, у Південній Азії – на 60 %, у Східній Азії, у тому числі в Китаї, – вдвічі, тоді як у країнах Західної Азії та Африки вони знизилися на 80–90 % [19].

Одна чверть усього населення світу живе у великій бідності. У багатьох регіонах вона посилюється. Різниця між життєвими стандартами цього населення і більш привілейованими групами має тенденцію до збільшення. У багатьох країнах особлива увага приділяється особам, які живуть в абсолютній бідності й зазнають дискримінації, а також особам похилого віку та інвалідам.

Загальновідомо, що бідність є великим соціальним злом. Люди з низьким матеріальним забезпеченням погано харчуються і частіше хворіють на інфекційні хвороби. Світова статистика свідчить, що 8 % новонароджених на планеті не доживають до 5 років. Бідні не отримують належного рівня освіти і тому приречені працювати на важких, шкідливих для здоров'я роботах. Близько 9 % хлопчиків і 14 % дівчаток шкільного віку у світі ніколи не відвідуватимуть школу. Низький матеріальний стан сімей пов'язаний із поганими умовами життя, передачею інфекцій, нездоровою поведінкою (курінням, алкоголізмом, наркоманією, проституцією). Зокрема куріння є навіть більш шкідливим для бідних, ніж для матеріально забезпечених людей.

Незважаючи на значний економічний прогрес, бідність залишається дуже поширеною. Відомо, що на 2 долари у день живуть 2,8 млрд людей з 6 млрд населення планети [23].

Навіть у багатому суспільстві, яке може пом'якшити тиск бідності на найменш забезпечених громадян, вони продовжують страждати. У більшості розвинених країн серед людей з доходами менше 9 тис. доларів на рік смертність у 3–7 разів вища, ніж серед їх співгромадян, прибуток яких перевищує 25 тис. доларів на рік [14].

У благополучних країнах Європи в наданні медичної допомоги мають місце також значні розбіжності у рівні якості медичного обслуговування між більш і менш забезпеченими групами населення.

Існує безліч прикладів соціальної неоднорідності здоров'я населення, що свідчить про стійкі тенденції до соціальної обумовленості й соціальної дискримінації здоров'я. При вивченні поширеності злоякісних пухлин, серцево-судинних захворювань, хвороб органів дихання, травлення, ендокринної патології, нещасних випадків, травм, психічних розладів дослідники дійшли висновку про суттєві відмінності в смертності й захворюваності між соціальними та майновими прошарками населення багатьох розвинених країн [4].

Наслідки бідності не обмежуються лише несвоєчасним, неправильним або дешевим лікуванням. Вони обумовлюють особливу структуру захворювань через умови життя і праці бідних людей, особливу їх поведінку, специфічне ставлення до лікування і профілактики захворювань. Тиск хвороб на бідних є значно більшим, ніж на людей із середнім і великим достатками. На цю нерівність накладаються особливості стосунків лікарів з малозабезпеченими пацієнтами, їх ставлення до способу життя та поведінки бідних і соціально дезадаптованих осіб [17, 21].

Бідні страждають не лише від хвороб, зумовлених матеріальними обставинами, але й від хво-

роб, викликаних усвідомленням свого статусу в суспільстві, низькими можливостями доступу до освіти і соціального прогресу, обмеженнями в отриманні кваліфікованої медичної допомоги.

Тісний зв'язок між здоров'ям людей і розвитком країн, де вони проживають, було підкреслено на П'ятому глобальному форумі з досліджень у сфері охорони здоров'я. Зокрема наголошувалося, що погане здоров'я громадян знижує очікувану тривалість життя, продуктивність праці, зменшує можливості батьків у допомозі своїм дітям, підсилює нерівність в отриманні медичної допомоги і в цілому погіршує соціальну та політичну стабільність держави [20].

Відмічено більш спустошливий, прямий, самопідсилювальний ефект поганого здоров'я на соціальний стан і рівень бідності. Це перш за все недостатнє харчування, погані житлові умови, безробіття, низькі доходи та рівень освіти, відсутність доступу до медичної допомоги, небажані вагітності, зловживання наркотиками тощо. У численних доповідях, включаючи Хартію здоров'я і звіт Світового Банку, підкреслюється, що соціально-економічні негаразди, бідність і погане здоров'я – це замкнене коло, яке дуже важко розірвати [3, 16].

В арсеналі сучасної демографії є набір випробуваних засобів, які дозволяють виміряти, наскільки велика нерівність у розподілі багатства між громадянами країни і наскільки багато в країні тих, чиї доходи не дозволяють вести благополучний спосіб життя. Переконаливо доведено, що, чим більша частка бідних серед населення, тим вищою є економічна нерівність, менш благополучною є країна за різними показниками, починаючи зі здоров'я населення і закінчуючи науково-технічним прогресом.

Вплив економічного становища на здоров'я громадянина настільки великий, що при зіставленні рівня прибутків з іншими факторами ризику розвитку хронічних захворювань і смерті низькі доходи визначено одним із найбільш вагомих чинників ризику [22]. Водночас бідні мають обмежені можливості отримання медичної допомоги, оскільки вона є послугою, за яку треба платити. Це може призвести до додаткового збільшення різниці в стані здоров'я багатих і бідних та зниження тривалості життя малозабезпечених. Відмінності у доступі до медичної допомоги зберігаються навіть у країнах із системами загальної медичної допомоги, які фінансуються з державного бюджету [13].

Оскільки шкода для здоров'я бідних величезна й очевидна та пов'язана з труднощами в отриманні медичної допомоги при хворобах, лікарі завжди були стурбовані тим, як ефективно їм допомагати [15].

Головною метою розвитку людської спільноти є зміцнення людських ресурсів для освіти, здоров'я і продуктивності праці. Тому політика, спрямована на поліпшення людських ресурсів, здоров'я і досягнення рівності, є ключовою для економічного росту і зниження бідності [11].

Досвід показує, що підвищення рівня грамотності, зниження показників смертності та поліпшення здоров'я найбільш важко досягаються в країнах із низьким рівнем сукупного валового внутрішнього продукту на душу населення.

З утворенням у пострадянській період нових незалежних держав, розвитком ринкових відносин, труднощами перехідного періоду розпочалося виразне соціальне розшарування суспільства, яке позначилося на показниках здоров'я різних контингентів населення.

Так, у Російській Федерації рівень бідності у 1988 р. становив 2 %, а в 1998 р. – 19 %. Радикальні соціально-економічні перетворення дев'яностих років супроводжувалися зниженням рівня життя й основних показників здоров'я великих груп населення [12]. Протягом останнього десятиріччя зросли незворотні втрати населення із зовнішніх причин (перш за все травм і отруєнь, у тому числі алкоголем, самогубств, судинних уражень стресогенного характеру, туберкульозу). Змінилася структура патології – вона стала більш тяжкою, зі схильністю до хронізації і комплексності. Знизився рівень звертань за медичною допомогою, захворюваності з тимчасовою втратою працездатності. У компенсаторному порядку зросли показники інвалідності та смертності [9]. Суттєво погіршилися якісні та кількісні показники харчування. За даними соціологічних досліджень, лише 1,8 % населення Росії витрачають на харчування менше чверті своїх доходів, 88 % відмовляють собі у м'ясі, 16 % – у фруктах [7]. За даними офіційної статистики, у 1996 р. в Російській Федерації було зареєстровано 24,7 % населення з грошовими доходами, нижчими прожиткового мінімуму. Зменшення рівня матеріального добробуту та погіршення якості життя більшості громадян призвели до негативних змін у стані здоров'я людей. У ході спеціальних досліджень виявлено, що матеріальні умови життя погіршилися у 60 % населення. Розподіл суб'єктивних оцінок здоров'я в однорідних за віком групах, залежно від самооцінки матеріального становища сім'ї і рівня життя, виявляє яскраво виражену диференціацію. З поліпшенням соціально-економічного статусу в сім'ї різко зростає частка осіб, які оцінюють своє здоров'я як добре, і знижується частка тих, хто оцінює його як погане. Сім'ї з неоднаковим матеріальним достатком мають різні можливості в отриманні медичної допомоги і придбанні ліків. Дані спеціальних досліджень свідчать, що в сім'ях, де

погіршилося матеріальне становище, 84,5 % батьків відмічають неможливість забезпечити повноцінне харчування дитини. Діти з таких сімей відстають від однолітків за показниками фізичного розвитку [5].

У зв'язку з великою тривалістю суспільних перетворень і економічної нестабільності, погіршенням матеріального становища, зростанням безробіття, соціального розшарування населення з переважанням у його складі малозабезпечених у матеріальному відношенні контингентів прогноуються на найближчу перспективу збільшення частоти захворювань на гіпертонічну хворобу та інші хвороби кровообігу, патології обміну речовин та імунітету, кровотворення, гальмування процесів росту і розвитку дітей, прояви елементів прискореного старіння населення [6]. Усе це свідчить про необхідність використання певного соціального амортизатора, виділення коштів на підтримку малозабезпечених прошарків населення, введення пільгових категорій.

Проблема розшарування суспільства за рівнем достатку торкнулася й України. Перебудова економічних відносин в умовах спаду виробництва, зміни форм власності призвели до зниження рівня життя населення, зменшення його платоспроможності. Протягом 1991–1999 рр. валовий внутрішній продукт скоротився майже на 60 %, реальна заробітна плата зменшилася у 3,8 раза, а реальна пенсія – в 4 рази [10].

У 2000 р., після десяти років спаду, в Україні почалося економічне зростання, яке становило майже 6 %, тобто темпи його були одними з найбільших у світі, а промислове виробництво швидко збільшилося майже на 18 % [11].

Проте, незважаючи на відчутні темпи зростання протягом 2000–2002 рр. макроекономічних показників, помітного відновлення втрачених доходів населення ще не відбулося. Дані Державного комітету статистики України свідчать про збереження тенденції до подальшого розшарування населення за рівнем прибутків і збільшення масштабів бідності [1]. Головними причинами виникнення і поширення бідності є зменшення рівня зайнятості населення, зростання безробіття, низькі показники оплати праці та пенсійного забезпечення, відсутність розвиненої системи страхування та адресної соціальної допомоги тощо.

Згідно з даними офіційної статистики, трудові ресурси України у 2000 р. становили близько 22,5 млн осіб, рівень зареєстрованого безробіття за часи незалежності підвищився майже з нульового до 4,2 %. За оцінками дослідження трудових ресурсів, рівень безробіття, визначений на основі методики Міжнародної організації праці, становить 12 %, а за даними експертів, він ще більший. У будь-якому випадку рівень

безробіття в Україні залишається надто високим.

Протягом перехідного періоду бідність в Україні "поглибилася". "Поглибився" рівень бідності тих, хто не зміг пристосуватися до нового ринкового середовища або не мав доступу до відповідної мережі соціального забезпечення. З часу проголошення незалежності різниця між середніми видатками бідних та межею бідності істотно зросла. Ця різниця, яку називають "глибиною бідності", становить нині 23 % межі бідності [11].

В Україні 20 % населення з найвищими доходами одержали у 2001 р. 41 % прибутків, тоді як 20 % населення з найнижчими доходами отримали лише 8,6 %, тобто співвідношення становить 4,8:1.

У результаті тривалого процесу реформування соціально-економічної сфери в державі сформувалися прошарки населення з різко відмінними рівнями доходів, умовами та способом життя, матеріальними можливостями для лікування і підтримки свого здоров'я.

Про значні розбіжності у рівні життя окремих верств населення України свідчать дані комплексного дослідження рівня добробуту різних соціальних груп шляхом вибіркового обстеження умов життя домогосподарств.

Розподіл населення України за рівнем середньодушових місячних сукупних витрат у 2001 р. свідчить про зменшення, порівняно з 2000 р., частки населення у групі з низькими сукупними витратами (до 210 грн на місяць) і збільшення – у всіх інших групах. Разом із тим, у 2001 р. збереглася тенденція до переважання серед населення групи, рівень життя якої нижчий середнього по країні. Частка цієї групи, як і в 2000 р., перевищувала 3/5 всього населення. Середньодушові сукупні витрати 83 % населення країни були нижчими від прожиткового мінімуму. Мінімальний рівень сукупних витрат серед 10 % найбільш забезпеченого населення перевищував максимальний серед 10 % найменш забезпеченого в цілому в Україні серед міських жителів у 3,9 раза, серед сільських – у 3,8 раза [1].

Продовжувала зберігатися тенденція до поглиблення диференціації у споживанні продуктів харчування населенням із середньодушовими сукупними витратами в місяць, нижчими прожиткового мінімуму, та найбільш заможними людьми. Вартість спожитих однією особою за добу продуктів була серед забезпечених верств населення в 2,7 раза (10,3 грн) вищою, ніж серед бідних, калорійність – в 1,6 раза (4897 ккал). У домогосподарствах з витратами, нижчими прожиткового мінімуму, однією особою споживалося менше, ніж у найбільш заможних: м'яса і м'ясопродуктів, фруктів, ягід, горіхів, винограду,

риби і рибопродуктів, молока і молочних продуктів – у 2–2,8 раза; цукру, овочів і баштанних, яєць, олії та інших рослинних жирів, хліба і хлібних продуктів, картоплі – в 1,2–1,9 раза.

Грошові витрати домогосподарств на медичні та санаторно-курортні послуги становили у 2001 р. 8,4 грн на одне домогосподарство, що складало 1,9 % від усіх споживчих витрат. На предмети гігієни та медикаменти витрачалося у 2001 р. 15,3 грн, тобто 3,4 % усіх споживчих витрат. Витрати на медичні та санаторно-курортні послуги збільшилися протягом 2000–2001 рр. на 25,7 %, на предмети гігієни та медикаменти – на 17,8 % [8].

Диференціація у рівні задоволення потреб різних верств населення особливо відчутно спостерігалася щодо користування медичними та санаторно-курортними послугами. Найменш забезпечені групи населення витрачали на медичні та санаторно-курортні послуги 2,7 грн на місяць, групи із середньодушовими сукупними витратами, нижчими прожиткового мінімуму, – 7,6 грн, а найбільш забезпечені – 33 грн. Міські домогосподарства направляли на оплату медичних та санаторно-курортних послуг 2 % своїх сукупних витрат, сільські – в 1,8 раза меншу частку.

У сім'ях із середньодушовими грошовими витратами до 60 грн на місяць на предмети гігієни і медикаменти витрачається в 5,8 раза менше грошей, ніж у сім'ях із середньодушовими грошовими витратами понад 360 грн, на медичні та санаторно-курортні послуги – в 16,2 раза.

У містах ця різниця становить 6,4 та 18,4 раза, у селах – 5,1 та 7,2 раза відповідно.

Соціальна та майнова стратифікація українського суспільства, відмінності в рівнях доходів та можливостях задоволення нагальних потреб різних контингентів населення, у тому числі належного рівня здоров'я, обумовили необхідність обґрунтування і розробки стратегії подолання бідності, основними принципами якої є забезпечення економічного зростання, підвищення рівня продуктивної зайнятості населення, вжиття заходів щодо блокування найгостріших проявів бідності, реформування системи соціальної підтримки населення шляхом консолідації всіх соціальних програм і видів допомоги [10].

Відповідно до затвердженої Указом Президента України стратегії подолання бідності, Уряд держави затвердив Комплексну програму забезпечення реалізації стратегії подолання бідності [10]. Вона передбачає декілька етапів, а також вагомий комплекс заходів з підвищення зайнятості населення та розвитку ринку праці, збільшення доходів від трудової діяльності, впровадження соціального страхування як способу

захисту особи та її сім'ї від втрат прибутків, запровадження консолідованої системи адресної соціальної допомоги та соціальних послуг, соціальної підтримки непрацездатних громадян та осіб з обмеженими фізичними можливостями. У реалізації заходів, передбачених даним документом, братимуть участь усі причетні міністерства і відомства. Для успішного виконання поставлених Програмою завдань надзвичайно важливим є визначення проблемних ситуацій та причин їх виникнення. У цьому аспекті важлива роль відводиться встановленню особливостей здоров'я вразливих прошарків населення, їх тенденцій з метою обґрунтування заходів щодо поліпшення показників здоров'я.

Враховуючи необхідність отримання диференційованої інформації про стан здоров'я різних соціальних груп населення в умовах стратифікації суспільства, ці питання включено до Програми вибіркового комплексного вивчення здоров'я, приуроченого до Всеукраїнського перепису 2001 р. [3]. У ході соціологічного анкетування, поряд з іншими характеристиками, передбачено одержання даних про соціальний статус осіб, які становлять вибірку сукупність, та середньомісячний прибуток на одного члена сім'ї, а також про побутові та виробничі умови, спосіб життя та оцінку стану свого здоров'я. Глибину соціальної значущості змін здоров'я, що відбуваються, можна оцінити, виявивши ставлення кожного з громадян до свого здоров'я. Тому одним із завдань дослідження є вивчення оцінки населенням власного здоров'я. Обсяги вибіркової сукупності дозволять встановити відмінності в самооцінці здоров'я залежно від достатку. А доповнення їх даними про звертання в лікувально-профілактичні заклади та даними медичних оглядів забезпечить визначення об'єктивної оцінки здоров'я у групах населення з різним рівнем матеріального забезпечення. Така інформація є особливо необхідною для визначення гарантованого рівня медичної допомоги вразливим верствам населення та обґрунтування адресної допомоги, у тому числі на медичне страхування.

Серед умов та способу життя передбачаються вивчення житлових умов (вид житла, розмір житлової площі, наявність побутових зручностей) та задоволеність людей умовами проживання.

У ході медико-соціологічного дослідження

буде отримано характеристики медичної активності населення з різних соціальних груп, медичної поведінки та медичної грамотності, їх впливу на здоров'я дітей.

Великого значення надається питанням стосунків у сім'ї, внутрішньосімейному психологічному мікроклімату, організації сімейного дозвілля, ведення домашнього господарства, механізації домашнього побуту.

Заплановано вивчення характеру харчування у різних соціальних групах населення, частоти споживання основних продуктів харчування, а також алкогольних напоїв, тютюнових виробів.

Досліджуватимуться особливості проведення вільного часу, рівень фізичного навантаження, характер рухової активності.

Особлива увага приділятиметься вивченню питань трудової активності на виробництві, умов праці, у тому числі шкідливих чинників виробництва, нервово-емоційної напруги на роботі, стосунків у колективі, задоволеності роботою тощо.

До програми вивчення включено порівняння свого здоров'я із здоров'ям однолітків, виявлення недуг, які обмежують життєдіяльність, встановлення місця здоров'я у шкалі життєвих цінностей, потреби у соціальній та медичній допомозі, рівня її якості й фактичної доступності.

Вивчення здоров'я різних верств населення у зв'язку із соціальною диференціацією суспільства проводиться в семи регіонах України на репрезентативних вибіркових сукупностях. У 2002 р. буде завершено збір первинного матеріалу та розпочато його науковий аналіз.

Плануються визначення питомої ваги факторів ризику, які в кінцевому рахунку формують здоров'я, встановлення їх рейтингової оцінки та побутових моделей обумовленості здоров'я в сучасному суспільстві.

Отримані результати дадуть можливість прогнозувати зміни здоров'я населення як бази стратегічних і тактичних рішень у сфері охорони здоров'я, визначити диференційовану потребу різних верств населення у медичному та медико-соціальному обслуговуванні, забезпечити гарантовані їх обсяги та запровадити систему адресної допомоги для найвразливіших верств, що сприятиме досягненню реальної рівності та справедливості в питаннях охорони здоров'я.

Список літератури

1. *Витрати і доходи домогосподарств України у 2001 році* (за даними вибіркового обстеження умов життя домогосподарств України). – К., 2002 – Ч. I. – 352 с.
2. *Грузьова Т.С.* Вибіркове комплексне вивчення стану здоров'я населення, приурочене до Всеукраїнського перепису 2001 року, – необхідна складова формування програм розвитку охорони здоров'я // Зб. наук. праць "Проблеми реформування політики в галузі охорони здоров'я". – Одеса, 2001. – Ч. 1. – С. 25–33.

3. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 г.: системы здравоохранения; улучшение деятельности. – Женева, Швейцария, 2001. – 232 с.
4. Лисицин Ю.П. Здоровье населения и современные теории медицины. – М.: Медицина, 1982. – 328 с.
5. Максимова Т.М. Современное состояние, тенденции и перспективы оценки здоровья населения. – М.: ПЕРСЭ, 2002. – 192 с.
6. Максимова Т.М. Современные проблемы и перспективные оценки здоровья населения как основа реформирования здравоохранения // Пробл. соц. гигиены, здравоохран. и истории медицины. – 2000. – № 5. – С. 9–15.
7. Назарова И.Б. О здоровье населения в современной России // Социолог. исслед. – 1998. – № 11. – С. 117–123.
8. Соціально-економічне становище домогосподарств у 2001 році (за даними вибіркового обстеження умов життя домогосподарств України). – К., 2002. – 30 с.
9. Тишук Е.А. Основные тенденции здоровья населения России в современных условиях // Пробл. соц. гигиены, здравоохран. и истории медицины. – 2001. – № 2. – С. 3–4.
10. Указ Президента України “Про стратегію подолання бідності” від 15.08.2001 № 637/2001 // Урядовий кур’єр. – 18 серпня 2001. – № 149. – С. 10–11.
11. Україна. Національний звіт з людського розвитку. Сила суспільної взаємодії. – К.: Україна, 2001. – 113 с.
12. Щегин О.П. Проблемы здоровья населения Российской Федерации и его прогноз на период до 2005 г. // Пробл. соц. гигиены, здравоохран. и истории медицины. – 2001. – № 3. – С. 3–10.
13. Bisset A.F., Russell D. Cromets, tonsillectomies, and deprivation in Scotland // Brit. Med. J. – 1994. – V. 308. – P. 1129–1132.
14. Cos J. Poverty in rural areas is more hidden but no less real than in urban areas // Brit. Med. J. – 1998. – V. 316.
15. Heath I. Doctors can do something about poverty // Brit. Med. J. – 1998. – V. 316, № 7142. – P. 1456–1457.
16. Murray Ch.G.L., Lopez A.D. The global Burden of disease. – Geneva: WHO, 1996.
17. Rathor S.S., Berger A.K., Weinfurt K.P. et al. Race, sex, poverty, and the medical treatment of acute myocardial infarction in the elderly // Circulation. – 2000. – V. 102, N: 6. – P. 642–648.
18. Tobacco and Health. – Geneva: WHO, 1996.
19. The World health report, 1998. Life in the 21-st century Avision for all Report of Director-General. – Geneva: WHO, 1998. – P. 136–138.
20. The 10/90 report on health research 2001-2002. Gobar forum for health research. – Geneva: WHO, 2002. – P. 3–6.
21. Wilkinson R.C. Unhealthy Societies L. – Routledge, 1996.
22. Weissman J.S., Stern R., Fielding S.L. et al. Delayed access to health care: risk factors reasons and consequences //Ann. Intern. Med. – 1991. – V. 114, № 4. – P. 325–331.
23. World Development Report 2000/2001: Attacking Poverty. – Oxford etc: Oxford University Press, 2002.

ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНОЙ СТРАТИФИКАЦИИ ОБЩЕСТВА

Т.С. Грузева (Киев)

В статье освещено влияние социально-экономических факторов, в том числе материального благополучия, на состояние здоровья населения. Охарактеризованы особенности заболеваемости и смертности разных социальных групп общества в зависимости от уровня их доходов. Обоснованы и внедрены методические подходы к определению закономерностей и особенностей здоровья в условиях стратификации населения в Украине с целью разработки мероприятий по улучшению здоровья и качества жизни населения.

POPULATION HEALTH IN CONDITIONS OF SOCIAL STRATIFICATION OF THE SOCIETY

T.S. Hruzeva (Kiev)

The influence of social and economic factors, including financial prosperity, on population health status has been described. The peculiarities of morbidity and mortality rates in various social groups of the society have been characterized depending on their income level. Systematic approaches to regularities and health peculiarities definition in conditions of the Ukrainian population stratification have been grounded. It was intended to work out measures aimed at the improvement of population health and life quality.

УДК 616.053.3-053.2:364.4

В.А. ОГНЄВ (Харків)

РЕГІОНАЛЬНИЙ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИЙ МОНІТОРИНГ АЛЕРГІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ.

Харківський державний медичний університет,
Національний центр міжнародної медичної програми "ISAAC"

Алергійні хвороби належать до найбільш розповсюджених серед дитячого населення недуг [1]. На першому місці серед них – бронхіальна астма, алергійний риніт та atopічний дерматит. Алергійні захворювання є також одними з найскладніших у виборі адекватного лікування, вони і сьогодні найбільш витратні для держави та родини хворого, особливо через часті звертання у відділення швидкої та невідкладної медичної допомоги і госпіталізацію. Крім того, дитячі алергійні захворювання – найчастіша причина опосередкованих економічних збитків держави, пов'язаних із втратою робочого часу та зниженням продуктивності праці їхніх батьків.

На сьогодні не існує методів повноговилікування алергійних захворювань, тому здебільшого дитина з алергією переходить у підлітковий і дорослий вік, що вимагає спостереження впродовж усього життя з боку як медичних працівників, так і самого хворого та членів його родини. Поняття "видужання" при алергозах найчастіше варто розглядати як тривалу клінічну ремісію. Успіх лікування таких дітей багато в чому залежить від організаційних форм ПМСД і моніторингу.

Моніторинг – науково обґрунтована система активного, динамічного спостереження за станом здоров'я дітей, умовами їхнього проживання, аналіз, оцінка, прогноз і розробка цілеспрямованих медико-соціальних заходів.

Перші моніторингові системи, запропоновані ще в 1963 р. були спрямовані головним чином на привертання уваги медичної громадськості до проблем можливого шкідливого впливу факторів навколишнього середовища на людину та її нащадків. Сьогодні у багатьох країнах світу існують моніторингові системи. На жаль, в Україні цей напрямок не розвивається належним чином.

Забезпечення моніторингу, безсумнівно, спричинить додаткові витрати в системі охорони здоров'я на розробку методичної і технічної документації, придбання електроннообчислювальної

техніки та програмного забезпечення, організацію оперативної системи збору, збереження, прогнозу, обміну інформацією, але, разом із тим, спеціалізований моніторинг здатний забезпечити й найбільш ефективний механізм боротьби з алергійними захворюваннями. Досвід інших країн показує, що моніторинг є найбільш економічним засобом, який дозволяє системі охорони здоров'я забезпечити ефективне спостереження за станом здоров'я населення і розробляти відповідні заходи.

Нами поставлена мета – розробити регіональну програму медико-соціального моніторингу алергійних захворювань у дітей в умовах великого промислового регіону України.

Для вивчення системи надання алергологічної допомоги дітям проаналізовано 670 контрольних карт диспансерного нагляду (ф.030/о), історій розвитку дитини (ф.112/о), медичних карт дитини (ф.026/о), 1102 статистичні карти хворих, які вибули із стаціонару (ф.066/о), карти хворого денного стаціонару поліклініки, стаціонару вдома (ф.003/о), обстежено 783 родини, в яких були хворі на алергійні захворювання. Проведено зустрічі з лікарями спеціалізованого алергологічного відділення ОДКЛ № 1, міського алергологічного кабінету, дитячих поліклінік та поліклінічних відділень дитячих лікарень. Роботу виконано в межах Міжнародної медичної програми "ISAAC" (Міжнародне вивчення астми та алергії у дітей).

Аналіз перерахованого вище статистичного матеріалу дозволив виявити закономірності й особливості в системі надання алергологічної допомоги дитячому населенню і розробити науково обґрунтовану програму медико-соціального моніторингу. Його головна мета – досягнення повного, ефективного, динамічного спостереження за станом здоров'я дітей з алергійними захворюваннями на індивідуальному, сімейному та популяційному рівнях на основі сучасних медичних технологій. В основній меті виділено клінічні, психоемоційні та економічні підцілі. У

програмі окреслено концептуальні принципи моніторингу:

1. Ціль, завдання, ключові елементи програми медико-соціального моніторингу повинні бути чітко визначені з урахуванням характеру й особливостей перебігу захворювань.

2. Сприяння збереженню і зміцненню здоров'я дитячого населення шляхом формування в них здорового способу життя.

3. Одержання достовірної динамічної інформації про поширеність алергійної захворюваності серед дитячого населення в регіоні, формування банку даних, аналітична обробка з використанням новітніх комп'ютерних технологій.

4. Додання пріоритетного напрямку профілактичним та оздоровчим заходам серед населення і забезпечення з цією метою раннього активного виявлення факторів ризику алергійних захворювань, визначення їхньої рангової ролі в розвитку алергійних захворювань у дітей.

5. Залучення населення, установ охорони здоров'я, держадміністрації, інших організацій до розвитку і забезпечення заходів медико-соціального моніторингу на основі економічної доцільності проведених заходів.

6. Забезпечення надання раціональної загальнодоступної первинної кваліфікованої алергологічної допомоги дітям.

7. Встановлення довірчих взаємин з населенням з метою одержання об'єктивної інформації про захворюваність населення, виявлення факторів, які формують його здоров'я, проведення санітарно-просвітньої роботи, медико-соціальне навчання.

8. Інтеграція регіонального медико-соціального моніторингу в єдину комплексну програму заходів щодо надання медико-санітарної допомоги населенню з урахуванням особливостей регіону.

9. Формування переконання хворих на алергійні захворювання дітей та їхніх батьків у тому, що вони можуть вести нормальне життя – таке, як усі здорові люди.

10. Регіональне картографування дитячої алергопатології на фоні регіонального забруднення навколишнього середовища з метою розробки регіональних пріоритетних заходів керування цими захворюваннями.

11. Забезпечення раннього прогнозування й ефективного попередження виникнення алергійних захворювань серед дитячого населення.

12. Підготовка фахівців для забезпечення регіонального медико-соціального моніторингу.

13. Регулярне забезпечення населення моніторинговою інформацією на індивідуальному, сімейному та популяційному рівнях.

14. Розробка і реалізація ефективних, науково обґрунтованих медико-соціальних програм

боротьби з алергійними захворюваннями у дітей, оперативне поширення профілактичної інформації серед населення регіону.

15. Оцінка ефективності медико-соціального моніторингу з використанням сучасних методик оцінки якості життя дітей, що страждають від алергозів.

На основі завдань програми розроблено модель регіонального медико-соціального моніторингу (схема). Модель подається у вигляді блоків: 1. Блок збору інформації про поширеність алергійних захворювань серед дитячого населення. 2. Забезпечення інформації та її аналізу. 3. Виявлення факторів ризику при алергічних захворюваннях. 4. Прогнозування ризику виникнення алергійних захворювань. 5. Застосування моніторингових даних у системі охорони здоров'я й оцінка ефективного моніторингу в цілому.

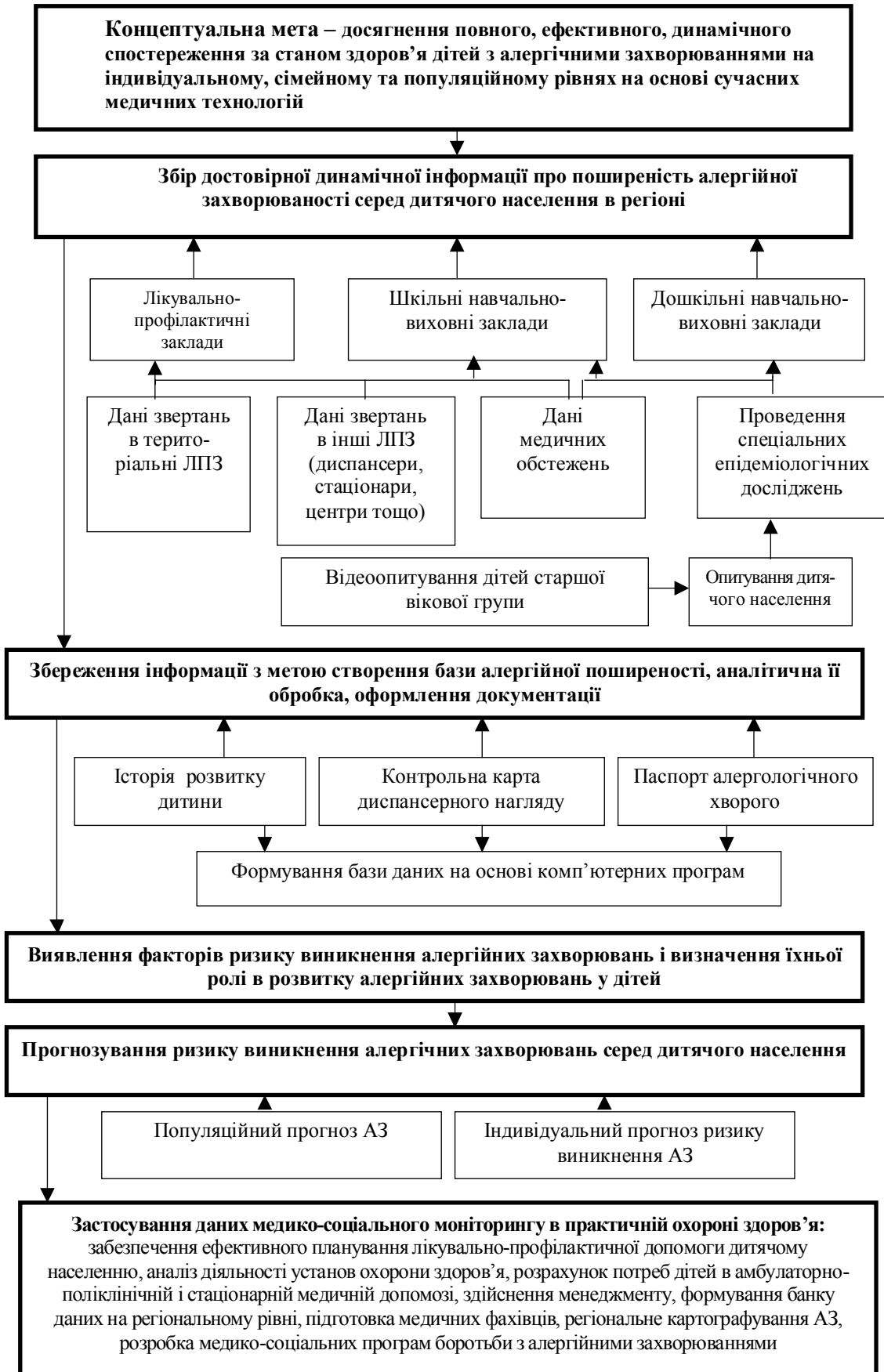
У блоці збору інформації широко використовуються відомі способи одержання даних про захворюваність (дані звертань дитячого населення в лікувально-профілактичні установи, медичних оглядів дітей, опитування населення). Авторами запропонована методика виявлення алергійних захворювань на основі стандартизованого питальника [3, 4, 5]. Важливе місце в отриманні достовірної інформації належить спеціальним вибірковим епідеміологічним дослідженням.

Блок збереження та аналізу інформації заснований на створенні регіонального банку даних на основі комп'ютерної програми та її обробки за допомогою сучасного статистичного аналізу. В базі даних інформація накопичується, обробляється, систематизується. Вона є однією з реальних можливостей підвищення якості профілактичної допомоги пацієнтам при одночасному зниженні витрат системи охорони здоров'я на її надання в умовах лікувально-профілактичної установи. Крім цього, база даних дозволяє оцінити якість життя пацієнта, забезпечити розробку стандартизованого плану лікувально-профілактичних заходів.

Блок виявлення факторів ризику. З огляду на велику соціально-гігієнічну значущість алергійних захворювань, особливо на медичні, соціальні та економічні збитки, до яких вони призводять, актуальною проблемою сучасної медицини й системи охорони здоров'я є виявлення, оцінка і моніторингування різних факторів, які сприяють алергізації дитячого населення. У розвитку алергійних захворювань важливу роль відіграють численні фактори біологічного, фізіологічного порядку, патологічних станів і хвороб, зовнішнього фізичного і соціального середовища, що перебувають один з одним у тісній взаємодії та взаємовпливі.

Проведене нами в Харківському регіоні ретроспективне дослідження дало можливість вия-

Схема. Модель регіонального медико-соціального моніторингу алергійних захворювань серед дитячого населення



вити регіональні фактори ризику при алергійних захворюваннях. Серед вивчених факторів ризику було виділено 3 групи: 1) біологічні; 2) фактори, що характеризують стан здоров'я батьків і дитини; 3) соціально-гігієнічні.

Для встановлення значущості факторів ризику нами визначені сила впливу (відсоткове вираження частки участі фактора у виникненні захворювання) та інформативність кожного фактора, а також їхнє рангове місце. Залежно від величини показника сили впливу на виникнення респіраторних алергозів та алергодерматозів, вони поділені на основні й другорядні фактори. Це має важливе практичне значення.

Блок прогнозування ризику виникнення алергійних захворювань. Прогнозування є невід'ємною складовою моніторингу. Саме науково обґрунтований прогноз може бути основою формування комплексу медико-соціальних заходів щодо збереження і зміцнення здоров'я населення в цілому й окремих його груп. Можна кожній попередній події приписувати свою ймовірність, оцінювати ці варіанти і направити заходи в потрібне русло. Відомо, що стан здоров'я дорослої людини багато в чому визначається здоров'ям у дитячому віці. Тому дуже важливо заздалегідь виявляти медико-соціальні фактори, що характеризують окремі сторони способу життя дітей та їхніх батьків. Це дозволить своєчасно скорегувати лікувально-оздоровчі й профілактичні заходи, тобто уникнути виникнення тих чи інших захворювань, у тому числі й алергійних.

Нами відпрацьована методика популяційного та індивідуального прогнозування алергійних захворювань серед дитячого населення.

Для проведення індивідуального прогнозування нами використані дані блоку виявлення факторів ризику в дітей. На основі цих даних запропоновано методики виявлення дітей, які мають ризик розвитку респіраторних алергозів (бронхіальної астми й алергійного риніту) та алергодерматозів у період новонародженості, з метою формування груп динамічного спостереження, проведення комплексу оздоровчих і профілактичних заходів в умовах родини, дитячої дошкільної уста-

нови, школи та лікувально-профілактичних установ. В основі цієї методики – складені нами прогностичні таблиці, до яких включено найбільш інформативні фактори ризику. Вони розташовані у порядку зменшення інформативності. При такому розміщенні швидкість досягнення необхідного порога є в середньому найбільшою, а число помилок – мінімальним [2].

Для популяційного прогнозування буде використовуватися база даних про поширеність алергійних захворювань, отриманих за декілька років. Статистична обробка цих даних за допомогою регресійного аналізу дозволить з високим ступенем вірогідності прогнозувати поширеність алергійних захворювань у майбутньому. При неможливості використовувати регресійний аналіз з технічних причин одним з методів популяційного прогнозування поширеності алергії можуть бути показники динамічного ряду (температура росту чи темп приросту).

У 5 блоці визначено напрямки впровадження моніторингової інформації в практичну охорону здоров'я та запропоновано методику оцінювання ефективності моніторингу на основі показників якості життя [7, 8, 9].

Дані, отримані за допомогою медико-соціального моніторингу, знайдуть широке застосування в практичній охороні здоров'я – при плануванні лікувально-профілактичної допомоги дитячому населенню, аналізуванні діяльності установ охорони здоров'я, розрахунку потреб дитячого населення в амбулаторно-поліклінічній і стаціонарній медичній допомозі, здійсненні менеджменту, формуванні банку даних на регіональному і національному рівнях, підготовці медичних фахівців, розробці різних програм боротьби з алергійними захворюваннями.

Запропонована програма, розроблена з урахуванням регіональних особливостей надання медико-соціальної допомоги дітям, дозволить зменшити число госпіталізованих, викликів бригади швидкої медичної допомоги, збільшити планові відвідування сімейного лікаря, пульмонолога й алерголога, зменшить витрати на лікування алергійних захворювань, а також поліпшить якість життя пацієнтів.

Список літератури

1. Ласица О.И. Индивидуализация противовоспалительной базисной терапии бронхиальной астмы у детей // Матеріали наук. пр. І з'їзду алергологів України, Київ, 3–5 квітня 2002. – К., 2002. – С. 99.
2. Огнєв В.А., Галичева Н.О., Кожемяка А.И. и др. Прогнозирование индивидуального риска развития респираторных аллергозов у детей в период новорожденности // Информ. письмо. – К., 1992. – Вып. 3.
3. Огнєв В.А., Огнева А.Г., Чумак Л.І. та ін. Спосіб визначення важкості та частоти алергічного ринокон'юнктивіту у дітей // Деклараційний патент України на винахід, (11) 43984А, (51) 7 А61В 10/00.
4. Огнєв В.А. Спосіб визначення важкості та частоти астми у дітей // Деклараційний патент України на винахід, (11) 34862А, (51) 6 А61В 10/00.

5. *Огнев В.А., Чеверда В.М., Чумак Л.І. та ін.* Спосіб визначення важкості та поширеності екземи у дітей // Деклараційний патент України на винахід, (11) 43508А, (51) 7 А61В 10/00.
6. *Огнев В.А., Шкляр С.П.* Спосіб визначення якості життя дітей, хворих на астму // Деклараційний патент України на винахід, (11) 34835А, (51) 6 А61В 10/00.
7. *Огнев В.А., Шкляр С.П., Чеверда В.М. та ін.* Спосіб визначення якості життя дітей з алергічним ринокон'юнктивітом // Деклараційний патент України на винахід, (11) 43983А, (51) 7 А61В 10/00.
8. *Огнев В.А., Шкляр С.П., Чеверда В.М.* Спосіб визначення рівня якості життя дітей з екземою // Деклараційний патент України на винахід, (11) 43982 А, (51) 7 А61В 10/00.
9. *Фещенко Ю.И.* Бронхиальная астма – одна из главных проблем современной медицины // Матеріали наради-семінару пульмонологів, терапевтів, педіатрів, алергологів України "Актуальні питання діагностики та лікування бронхіальної астми". // Укр. пульмонолог. журн.– Дод. до 2(28). – С. 13–16.

РЕГИОНАЛЬНЫЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ МОНИТОРИНГ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

В.А. Огнев (Харьков)

На основании анализа системы оказания лечебно-профилактической помощи детям разработана программа регионального медико-социального мониторинга аллергических заболеваний у детей. В программе определены цель, концептуальные принципы, выделены задачи и разработана модель мониторинга аллергических заболеваний у детей.

Работа выполнена в рамках Международной медицинской программы "ISAAC" (Международное изучение астмы и аллергии у детей).

REGIONAL MEDICAL AND SOCIAL MONITORING OF CHILDREN'S ALLERGIC DISEASES

V.A. Ognev (Kharkiv)

On the basis of medical preventive care system analysis provided to children the program of regional medical and social monitoring for children's allergic diseases has been worked out. The aims and conceptual principles and tasks have been determined in the program. The model of monitoring for children's allergic diseases has been created.

The work has been done in the frames of international medical program "ISAAC" (international research in children's asthma and allergy).

УДК 616-057:001.73

І.П. ЛУБЯНОВА, О.О. ВЕРБИЛОВ, М.П. СОКОЛОВСЬКА, І.Г. БАЛАШОВА, М.А. ЄРШОВА (Київ)

ПРОФЕСІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ В УКРАЇНІ: СУЧАСНИЙ СТАН, ПРОБЛЕМИ І АКТУАЛЬНІ ЗАВДАННЯ

Інститут медицини праці АМН України

Як відомо, розвиток професійних захворювань перш за все обумовлений впливом на організм тих, хто працює, несприятливих умов праці. При цьому формування професійної па-

тології значною мірою залежить і від стану здоров'я працівника. Статистичні показники, що характеризують професійну захворюваність, істотно залежать від особливостей її виявлення (на

ранніх стадіях при проведенні періодичних медичних оглядів, у запущених стадіях, при активному звертанні хворого), складностей процедурного характеру при прийнятті рішень щодо зв'язку захворювань з умовами праці, від потреби в прийнятті таких рішень. В остаточному підсумку ці показники далеко не завжди відображають дійсну частоту і питому вагу професійних захворювань у країні. Водночас добробут будь-якої держави визначається рівнем і якістю трудового потенціалу її громадян, що значною мірою залежить від професійного здоров'я.

Протягом останнього десятиліття динаміка професійної захворюваності характеризується істотними коливаннями. Значне зростання її в 1993-1995 рр. пов'язане із прийняттям Закону України від 14 жовтня 1992 р. № 2694-III "Про охорону праці", що дає хворим право отримувати велике матеріальне відшкодування збитку здоров'ю, змінилося до 2000 р. поступовим спадом у зв'язку з припиненням регресійних виплат за профзахворювання. З 2001 р. спостерігається підвищення професійної захворюваності, що збігається зі вступом у силу Закону

України від 23 вересня 1999 р. № 1105-14 "Про обов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві і професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності" та з роботою Фонду соціального страхування.

Кількість уперше зареєстрованих хворих з професійними хворобами у 2001 р. збільшилася, порівняно з 2000 р., з 2583 до 4043, тобто у 1,5 раза (рівень на 10000 працівників – з 1,2 до 1,9). Зростання професійної захворюваності відзначається практично в усіх галузях народного господарства (табл. 1). Найбільшу кількість хворих на професійні захворювання виявлено у вугільній промисловості – 2857 (70,8 %). Їх кількість підвищилася порівняно з 2000 р., у 1,8 раза. Далі: металургія – 395 випадків (9,8 %) і машинобудування – 335 випадків (8,3 %), зростання на 19 %, хімічна промисловість – 16 випадків (0,4 %), зростання на 60 %. Більш ніж у 2 рази підвищилась кількість вперше зареєстрованих випадків професійних захворювань у працівників сільського господарства – 151 чоловік (3,7 % у структурі виявленої в 2001 р. професійної захворюваності).

Таблиця 1. Розподіл хворих на професійні захворювання за галузями народного господарства України в 2000–2001 рр.

Галузі	2000		2001	
	Кількість хворих	Питома вага, %	Кількість хворих	Питома вага, %
Вугільна	1551	60,1	2857	70,8
Металургія	332	12,9	395	9,8
Машинобудування	281	10,9	335	8,3
Хімічна	9	0,3	16	0,4
Легка	9	0,3	13	0,3
Промбудматеріали	32	1,2	31	0,8
Будівництво	9	0,4	4	0,1
Сільське господарство	70	2,7	151	3,7
Інші галузі	296	11,2	232	5,8
ВСЬОГО по Україні	2583	100	4034	100

В установах Міністерства охорони здоров'я, порівняно з 2000 р., також збільшилась кількість виявлених хворих на професійні захворювання з 55 до 71. Основну частку складають хворі на туберкульоз легень.

Специфіка розподілу захворілих за регіонами країни характеризується найбільшою їх кількістю в "шахтарських" областях: Донецькій (1774, або 44 %), Луганській (555, або 13,7 %), Дніпропет-

ровській (493, або 12,2 %), Львівській (403, або 10 %). Помітно зросла професійна захворюваність у Кіровоградській – 144 (проти 93 у 2000 р.) і Сумській – 131 (проти 78 у 2000 р.) областях. Поодинокі випадки професійних захворювань реєструються у Тернопільській, Чернівецькій, Закарпатській областях. У м. Києві виявлення хворих із професійними захворюваннями зменшилося з 23 у 2000 р. до 14 у 2001 р. (табл. 2).

Таблиця 2. Розподіл хворих на професійні захворювання за областями України в 2000–2001 рр.

Області	2000		2001	
	Кількість постраждалих	Питома вага, %	Кількість постраждалих	Питома вага, %
Всього по Україні У тому числі	2583	100	4034	100
Вінницька	29	1,1	32	0,9
Волинська	54	2,1	95	2,3
Луганська	382	14,8	555	13,7
Дніпропетровська	430	16,6	493	12,2
Донецька	998	38,6	1774	43,9
Житомирська	40	1,5	27	0,7
Закарпатська	1	0,03	2	0,05
Запорізька	66	2,5	56	1,4
Івано-Франківська	6	0,23	15	0,4
м. Київ	23	0,9	14	0,3
Київська	7	0,3	15	0,4
Кіровоградська	93	3,6	144	3,6
м. Севастополь	3	0,1	2	0,05
АР Крим	4	0,1	6	0,1
Львівська	151	5,8	403	10,0
Миколаївська	20	0,8	22	0,5
Одеська	5	0,2	13	0,3
Полтавська	16	0,6	8	0,2
Рівненська	5	0,2	6	0,1
Сумська	78	3,0	131	3,2
Тернопільська	5	0,2	3	0,07
Харківська	108	4,2	115	2,8
Херсонська	12	0,5	25	0,6
Хмельницька	3	0,1	9	0,2
Черкаська	36	1,4	57	1,4
Чернігівська	4	0,1	10	0,2
Чернівецька	1	0,03	2	0,05

У структурі професійних захворювань, як і раніше, перше місце посідають хвороби органів дихання, що виникли внаслідок впливу пилу, в тому числі пневмоконіоз – 1406, або 34,9 %, (зріс у 2 рази), хронічний бронхіт – 876, або 21,7 % (табл. 4). Наступне місце посідає професійна патологія, що з'явилась у результаті фізичної перенапруги і дії фізичних чинників: захворювання опорно-рухового апарату (радикулопатія, поліневрит, артрози та ін.) – 694 випадки, вібраційна хвороба – 455 випадків, кохлеарний неврит або нейросенсорна приглухуватість – 227 випадків, захворювання хімічної етіології, у тому числі алергози, бронхіальна астма, хронічні й гострі отруєння, – 183 випадки. У складі так званих “інших” форм (193 випадки) реєструються такі важкі захворювання, як професійний рак, туберкульоз тощо. Гострі форми профзахворювань склали 3 % у структурі всієї професійної захворюваності 2001 р. (табл. 3).

Професійні захворювання діагностували у 349 жінок. Стаж роботи в шкідливих умовах чоловіків

і жінок, що захворіли, коливався від 5 до 30 років, складаючи в середньому 17,3 року, а середній вік працівників – 50 років. Серед хворих з уперше виявленими в 2001 р. професійними захворюваннями значну частку (56 %) становлять особи пенсійного віку – 2259 чоловік, велика частина яких – робітники вугільної, металургійної промисловості й машинобудування. При цьому слід зазначити, що питома вага пенсіонерів серед хворих з уперше виявленими професійними захворюваннями в цілому по країні за останні 2 роки змінилася несуттєво (52,8 % у 2000 р. і 56 % у 2001 р.) (табл. 4).

Професійна патологія реєструвалася в осіб понад 185 професій, серед яких варто виділити працівників, зайнятих на підземних роботах (зайнятих, прохідники, машиністи комбайнів, врубівних машин, кріпильники та ін.), зварювальних виробництвах, машиністів, що працюють на різному устаткуванні, транспорті.

На превеликий жаль, сьогодні в Україні є умови для розвитку професійних захворювань. За да-

Таблиця 3. Розподіл хворих на професійні захворювання за основними діагнозами та групами профпатології в Україні за 2000–2001 рр.

Форма профпатології	2000		2001		Зростання (у скільки разів)
	Кількість хворих	Питома вага, %	Кількість хворих	Питома вага, %	
Пневмоконіоз	710	27,5	1406	34,9	2,0
Хронічний пиловий бронхіт	564	21,8	876	21,7	1,6
Вібраційна хвороба	359	13,9	455	11,3	1,3
Кохлеарний неврит	168	6,5	227	5,6	1,4
Захворювання опорно-рухового апарату	541	20,9	694	17,2	1,3
Захворювання хімічного генезу	137	5,3	183	4,5	1,3
Всі інші форми	104	4,1	193	4,8	1,8
Всього по Україні	2583	100,0	4034	100,0	1,6

Таблиця 4. Розподіл пенсіонерів із вперше виявленою профпатологією відносно загальної кількості хворих на професійні захворювання за галузями народного господарства України в 2001 р.

Галузі	Загальна кількість хворих	У тому числі пенсіонерів		
		Кількість хворих	Питома вага, %	
			В загальній структурі по країні	В структурі галузей
Вугільна	2587	1727	76,5	60,4
Металургія	395	194	8,6	49,1
Машинобудування	335	202	8,9	60,3
Хімічна	16	10	0,4	62,5
Легка	13	8	0,4	61,5
Промбудматеріали	31	16	0,7	51,6
Будівництво	4	–	–	–
Сільське господарство	151	44	1,9	28,9
Інші галузі	232	58	2,6	25,1
Всього по Україні	4034	2259	100	56,0

ними Центральної санепідслужби МОЗ, в останні 5 років (1997–2001 рр.) лише на 15–18 % підприємств країни не було виявлено серйозних порушень санітарних норм. Отже, понад 80 % підприємств створюють загрозу розвитку професійних захворювань [3]. Аналіз причин професійних захворювань показав, що в їх основі лежать недосконалість технології, машин і механізмів (55,6 %); відсутність, несправність, неефективність або незастосування засобів індивідуального захисту (22,7 %); недосконалість і несправність засобів колективного захисту; порушення правил безпеки, режимів праці, відпочинку тощо (21,7 %). Параметри шкідливих виробничих чинників перевищували ГДК і ГДР у 98 % випадків, у тому числі в половині випадків – у 10–100 разів і більше.

Поряд з погіршенням умов праці є й інші чинники розвитку професійної захворюваності.

Роздроблення великих державних підприємств, створення на їх основі акціонерних товариств, дрібних приватних підприємств без відповідного контролю за умовами праці й здоров'ям робітників, залучення дітей до роботи в шкідливих умовах (що є характерним для сільських регіонів) також створюють умови для розвитку професійних захворювань і погіршення здоров'я населення в цілому. Ці процеси посилюються руйнацією відносно стрункої системи медико-санітарного обслуговування робітників, що призвело до погіршення якості профілактичних медичних оглядів і повноти охоплення ними тих, хто працює у шкідливих і небезпечних умовах, контролю за станом умов праці, впровад-

ження дійових заходів первинної і вторинної профілактики та ін.

Варто сказати, що на сьогодні основну частину хворих серед вперше виявлених складають особи, які активно звертаються в ЛПЗ, а, не ті, що виявляються при проведенні періодичних медичних оглядів.

Яскравою рисою сьогодення є приховування працівниками своїх захворювань через страх втратити роботу й активне звертання їх у профпатологічні установи при звільненні або при бажанні припинити свою діяльність на визначеному етапі, але вже будучи соціально обумовленими інвалідами, що вимагає значних матеріальних компенсацій. Ранні, зворотні при раціональному працевлаштуванні й відповідному лікуванні форми професійної патології, що повинні виявлятися в процесі періодичних медичних оглядів, практично зникли. Не вирішуються питання працевлаштування з урахуванням медичних рекомендацій. Складається враження, що рання діагностика професійних захворювань є не вигідною ні підприємцеві, який не хоче вкладати кошти в лікування, реабілітацію, а тим більше у відрахування в зв'язку з ризиком розвитку професійних захворювань, ні працівнику, який боїться втратити роботу, тобто засоби утримання родини, ні медичному закладу, якому підприємство сплачує за проведення медичних оглядів, бо при виявленні професійних захворювань з ним можуть розірвати договір на проведення медоглядів.

Така ситуація завдає відчутного удару по трудових ресурсах у цілому і врешті-решт негативно відіб'ється на демографічних показниках країни.

Зростає нервово-емоційний пресинг як з боку хворих, що зазвичай мають орієнтацію на зв'язок наявної в них патології із працею у несприятливих умовах, так і з боку роботодавців, незважаючи на те, що виплату регресів передано у Фонд соціального страхування від нещасних випадків і професійних захворювань. Істотно збільшилася необхідність у вирішенні експертних питань у судовому порядку.

В основі профілактики професійних захворювань лежать виключення впливу на організм шкідливих чинників шляхом удосконалення технологічних процесів, засобів індивідуального і загального захисту, раціональний режим праці й відпочинку, поліпшення якості життя населення.

Основу медичної профілактики професійних захворювань становить диспансерне спостереження за особами, що підлягають впливу професійних шкідливостей. На жаль, диспансеризація тих, хто працює у шкідливих умовах, не здійснюється в повному обсязі, а хворі пенсійного віку, отримавши довічне право на профе-

сійне захворювання, зникають із поля спостереження лікарів.

Водночас однією з головних особливостей професійних захворювань, що дозволяє виділити їх із ряду інших, так званих "загальних захворювань", є можливість успішного їх попередження. По-перше, етіологічні чинники, які обумовлюють розвиток цих захворювань, можуть бути ідентифіковані, виміряні, проконтрольовані й у більшості випадків усунуті; по-друге, контингенти, що піддаються ризику розвитку професійних і виробничо обумовлених захворювань, як правило, відомі, їх можна регулярно обстежувати і лікувати. Початкові зміни часто можна зменшити при своєчасному припиненні дії шкідливого чинника і цілеспрямованому лікуванні.

Економічним механізмом, що дозволяє стимулювати зацікавленість підприємств у ранньому виявленні професійних захворювань, може бути запровадження юридичної і матеріальної відповідальності підприємців за приховування професійних захворювань. Необхідне вдосконалення правових механізмів взаємовідносин між підприємствами і медичними установами, підприємствами і Фондом соціального страхування від нещасних випадків і професійних захворювань, установами МОЗ України і Фондом, а також підвищення відповідальності працівника за своє здоров'я.

Слід ще раз звернути увагу на те, що кількість хворих на професійні захворювання, яка щорічно реєструється в Україні, не відображає дійсного стану справ. Підтверджують цей висновок показники професійної захворюваності у високорозвинених країнах світу. Наприклад, у Канаді починаючи з 1989 р., щорічно реєструється від 77 до 112 тис. випадків профзахворювань. У США кількість випадків професійних захворювань коливається від 125 до 350 тис. на рік, а збитки від них становлять близько 60 млрд доларів щорічно; 10 % місць у лікарнях займають особи, що захворіли внаслідок впливу професійних факторів.

В Україні кількість профпатологічних ліжок складає 0,3 % (1340) від загального ліжкового фонду (472 450) і продовжує зменшуватися. Так, незважаючи на закриття профпатологічного відділення, в Житомирській області помітно "поліпшилися" показники професійної захворюваності (40 випадків у 2000 р. і 27- у 2001 р.). Число МСЧ до 1997 р. зменшилося в 3 рази порівняно з 1989 р. (відповідно, 86 і 236) і продовжує зменшуватися.

Варто звернути увагу на те, що зниження рівня професійної захворюваності не може бути критерієм ефективності роботи установ профпатологічної служби. Тільки раннє виявлення хворих

із професійною патологією, своєчасне лікування і реабілітація, раціональне їх працевлаштування дають підстави розраховувати на збереження здоров'я тих, хто працює у шкідливих умовах а отже, і на зниження регресних виплат за втрату працездатності.

У найближчій перспективі ризик розвитку професійних захворювань буде супроводжувати трудовий процес. Науково-технічний прогрес неминуче призводить до появи нових шкідливих виробничих чинників, а подальший розвиток наукової медицини іноді дозволяє розкрити нові грані патогенезу професійної патології. На жаль, відсутність реєстру хворих на профзахворювання позбавляє можливості визначити їх кількість в Україні, а також кількість інвалідів, що потребують проведення реабілітаційних заходів. Зараз вивчення професійної захворюваності в Україні здійснюється на підставі карт обліку випадків профпатології, що реєструються за допомогою автоматизованої інформаційної системи (АІС) "Профзахворювання".

Головними профпатологами України виконується велика робота щодо вдосконалення законодавчих та інструктивно-методичних документів стосовно профпатології.

За останні роки головними фахівцями профпатологічних центрів підготовлені проекти таких документів, затверджені згодом Кабінетом Міністрів України:

- Постанова Кабінету Міністрів України від 8 листопада 2000 р. № 1662 "Про затвердження Переліку професійних захворювань";

- Постанова Кабінету Міністрів України від 21 серпня 2001 р. № 1094 "Деякі питання розслідування та обліку нещасних випадків, професійних захворювань і аварій на виробництві" [1, 2].

Затверджені Міністерством охорони здоров'я України:

- Тимчасові уніфіковані галузеві стандарти медичних технологій лікувально-діагностичного процесу, в тому числі й для профпатологічних клінік (наказ від 27 червня 1998 р. № 226 "Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України та Тимчасових стандартів обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критерії якості лікування дітей");

- Національний реєстр канцерогенно несприятливих підприємств, цехів, професій (1997 р.);

- наказ МОЗ України від 11 жовтня 2000 р. № 667 "Про поліпшення організації, проведення і якості профмедоглядів працюючих в шкідливих умовах (з пестицидами і агрохімікатами) в сільському господарстві";

- наказ Міністерства охорони здоров'я України, АМН України, Міністерства праці та соціальної політики України від 29 грудня 2000 р. № 374/68/338 "Про затвердження інструкції про застосування переліку професійних захворювань".

Підготовлено:

- Положення про профпатологічну службу в Україні;

- Положення про обов'язкові медичні огляди працівників визначених категорій;

- Положення про медико-санітарну допомогу працюючим;

- Вимоги до упорядкування санітарно-гігієнічної характеристики умов праці;

- концепцію створення і функціонування на території України "Реєстру осіб, у яких зареєстровані профзахворювання";

- методику визначення ризику аварій на промислових об'єктах підвищеної небезпеки і його прийняттого рівня.

Готуються методичні рекомендації "Критерії діагностики професійних захворювань".

Таким чином, основною причиною погіршення здоров'я працівників, зростання професійної захворюваності є прогресуюче погіршення умов праці та медико-соціального обслуговування робітників.

Передумовою збереження професійного здоров'я повинна бути державна політика, спрямована на поліпшення всього комплексу умов життя і трудової діяльності робітників на основі довгострокових програм захисту здоров'я населення, яке працює, із залученням для її фінансування коштів не тільки державного бюджету, але й, більшою мірою, власників працюючих підприємств незалежно від форми власності, а також з регіональних бюджетів.

Назріла необхідність розробки комплексної програми заходів, спрямованих на профілактику професійних захворювань й оздоровлення умов праці, а також удосконалення медико-соціального забезпечення в реальних економічних умовах.

Першочергові напрямки цієї програми повинні включати:

- створення системи гігієнічного моніторингу основних шкідливих виробничих чинників, використання засобів колективного та індивідуального захисту, медичної профілактики;

- систематичний аналіз професійної захворюваності та причин, що її породжують, вивчення регіональних особливостей формування, перебігу, наслідків, віддалених наслідків і наукове обґрунтування прогнозу професійних захворювань на основі створення автоматизованого реєстру хворих на професійні захворювання;

- наукове обґрунтування максимального безпечного терміну роботи в умовах впливу шкідли-

вих професійних чинників з обліком дозового навантаження, впровадження контрактної системи приймання на роботу зі шкідливими умовами праці у зв'язку з тим, що в даний час технологія багатьох виробничих процесів (видобуток, виплавка сталей, електрозварювання та ін.) не завжди дозволяє суворо дотримуватись гігієнічних норм і правил;

– удосконалення нормативно-правового забезпечення на всіх рівнях надання спеціалізованої профпатологічної допомоги і медико-санітарного забезпечення працівників, що включає взаємовідношення хворий – ЛПЗ, ЛПЗ – підприємства, ЛПЗ – структури Фонду соціального страхування від нещасних випадків і професійних захворювань, ЛПЗ – правові органи (суди, адвокати, судмедекспертиза тощо);

– проведення ліцензування і сертифікації всіх лікувальних закладів, ЛПЗ, що займаються профілактичними медичними оглядами, диспансеризацією, реабілітацією, центрів профпатології) а також ліцензування фахівців, які беруть участь у проведенні профілактичних медичних оглядів, профпатологів, членів лікарсько-експертних комісій, комісій медико-соціальної експертизи; прискорення підготовки основних регламентуючих документів з організації й удосконалення профпатологічної служби і диспансерного спостереження за тими, хто працює в шкідливих умовах, з обов'язковим затвердженням їх проектів Проблемною комісією "Гігієна праці і профпатологія" та наступною публікацією в центральних журналах "Лікарська справа", "Охорона праці" та ін.

Список літератури

1. *Постанова* Кабінету Міністрів України від 21 серпня 2001 р. № 1094 "Деякі питання розслідування та обліку нещасних випадків, професійних захворювань і аварій на виробництві"// *Офіц. вісн. України.* – 2001. – № 35. – С. 1625.
2. *Постанова* Кабінету Міністрів України від 8 листопада 2000 р. № 1662 "Про затвердження Переліку професійних захворювань"// *Офіц. вісн. України.* – 2000. – № 45. – С. 1940.
3. *Тимошина Д.П., Ершова М.А., Соколовська М.П. та ін.* Професійна захворюваність в Україні // *Охорона праці.* – 2002. – № 6. – С. 37–38.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В УКРАИНЕ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ, ПРОБЛЕМЫ И АКТУАЛЬНЫЕ ЗАДАЧИ

И.П. Лубянова, О.О. Вербиллов, М.П. Соколовская, И.Г. Балашова, М.А. Ершова (Киев)

Статья посвящена анализу динамики профессиональных заболеваний в Украине, социально-экономическим причинам, которые способствуют ее росту. Усугубляется положение несовершенством нормативно-правовой базы. Сложившаяся ситуация наносит ощутимый урон трудовым ресурсам в целом, негативно отражаясь в конечном итоге и на демографических показателях страны. Наибольшее количество больных профессиональными заболеваниями выявлено в угольной промышленности. В статье приводится перечень нормативно-правовых документов, которые разработаны в последние годы для обеспечения организации медицинской помощи больным профессиональными заболеваниями. Одной из актуальных задач в настоящее время является доработка и совершенствование нормативно-правовой базы в соответствии со стандартами Европейского Союза с целью совершенствования медицинской помощи больным профессиональными заболеваниями.

OCCUPATIONAL DISEASES IN UKRAINE: CONTEMPORARY, PROBLEMS AND ACTUAL TASKS

I.P. Lubyanova, O.O. Verbilov, M.P. Sokolovskaya, I.G. Balashova, M.A. Yershova (Kyiv)

The article deals with the analysis of occupational diseases dynamics in Ukraine, social and economic reasons promoting its increase. The situation is aggravated by the uncertainty of standard and legislative database. It damages seriously the labor resources in general and finally reflects negatively on demographic indices of the country. The largest quantity of patients suffering from occupational diseases has been revealed in coal-mine industry. The list of normative and legislative documents worked out in the past years to provide medical aid for patients suffering from occupational diseases is given in the article. The improvement of normative and legislative database in conformity with the EU standards is one of most actual tasks. It is aimed at the perfection of medical aid to patients suffering from occupational diseases.

УДК 312.6:616-053.3/.7(477.46)

Л.П. КАЧАНОВА

ОСОБЛИВОСТІ ТА ТЕНДЕНЦІЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ М. УМАНІ У ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ З ЧИННИКАМИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'Я

Уманська міська санепідстанція

Охорона здоров'я дітей, забезпечення їх захисту та розвитку є пріоритетом державної політики України. У стратегічному документі галузі – Концепції розвитку охорони здоров'я населення України – одним з основних завдань визначено забезпечення всебічного гармонійного фізичного та психічного розвитку дитини, починаючи від народження, її раціонального харчування, оптимальних умов побуту, виховання і навчання [3, 5].

На забезпечення здорового початку життя, поліпшення можливостей для росту і розвитку дитини, зниження смертності немовлят, частоти уроджених вад і відхилень у стані здоров'я, травм та захворювань націлює політика Всесвітньої організації охорони здоров'я [2].

Враховуючи важливість і пріоритетність вирішення проблем охорони здоров'я дітей, у Міжгалузевій комплексній програмі “Здоров'я нації” на 2002–2011 рр. цим питанням присвячено окремий розділ, який передбачає комплекс загальнодержавних та регіональних заходів. У їх виконанні братимуть участь 28 міністерств і відомств та підпорядкованих їм установ і організацій [4, 7].

Основою розробки заходів, спрямованих на поліпшення здоров'я дитячого населення та забезпечення належних умов для його розвитку, є аналіз демографічних даних, показників фізичного розвитку, захворюваності та поширеності хвороб серед дітей, вивчення чинників, які формують здоров'я. Оскільки рівень здоров'я залежить від способу життя, спадковості, стану довкілля, розвитку і діяльності медичної галузі, при формуванні профілактичних програм у системі охорони здоров'я повинні враховуватися усі вищезазначені чинники та сила їх впливу на показники здоров'я.

В Україні здійснюється постійний аналіз стану здоров'я дитячого населення за даними офіційної статистичної звітності та спеціальних досліджень. Він дозволяє виявити особливості й тенденції основних показників здоров'я дітей на

державному та регіональному рівнях і обґрунтувати заходи щодо його поліпшення [1]. Аналітичні матеріали про здоров'я дитячого населення України стали підставою до прийняття ряду національних та державних цільових комплексних програм і проведення комплексних заходів у системі охорони здоров'я [6].

При розробці регіональних та місцевих програм розвитку охорони дитинства необхідним є поглиблений аналіз стану здоров'я дітей з визначенням особливостей і тенденцій основних характеристик здоров'я. У зв'язку з цим та відповідно до рішення виконкому Уманської міської державної адміністрації, нами проведено вивчення стану здоров'я дитячого населення міста в динаміці 1996–2000 рр.

Аналіз проводився на підставі даних ф.12 (“Звіт про захворюваність окремими нозологіями”) і результатів поглиблених медичних оглядів учнів 12 загальноосвітніх шкіл міста та школи-інтернату. Середньорічна кількість дітей в м. Умані за 1996–2000 рр. становила 16661, підлітків – 6681, що складає 26 % всього населення.

Аналіз демографічних даних свідчить, що за 5 років дитяче населення міста зменшилося на 12 %. Темп росту складав у 1997–1998 рр. 98 %, в 1999 р. – 95 %, у 2000 р. – 97 %, темп зменшення становив 2, 2, 5 та 3 % відповідно. Один відсоток приросту дорівнював у 1997 р. 194, у 1998 р. – 221, у 1999 р. – 159, у 2000 р. – 174 (середньорічне значення – 187).

Основним фактором, який обумовлює зменшення чисельності дитячого населення, є зниження народжуваності. У 2000 р. народжуваність була нижчою, ніж у 1996 р., на 25 %.

Захворюваність дитячого населення, як загальна, так і вперше виявлена, протягом п'ятирічного періоду залишалася приблизно на однаковому рівні (відхилення – 2 %), у підлітковому віці відзначено зростання загальної та первинної захворюваності на 15 %.

У структурі захворюваності дитячого населення перше рангове місце займають хвороби органів дихання (51,1 %), друге – органів трав-

лення (9 %), третє – інфекційні та паразитарні хвороби (6,3 %), четверте – хвороби крові та кровотворних органів (4,8 %).

У структурі захворюваності підлітків перше рангове місце посідають хвороби органів

дихання (31,1 %), друге – нервової системи та органів чуття (16,0 %), третє – сечостатевої системи (13,0 %), четверте – кістково-м'язової системи та сполучної тканини (10 %) (рис. 1).

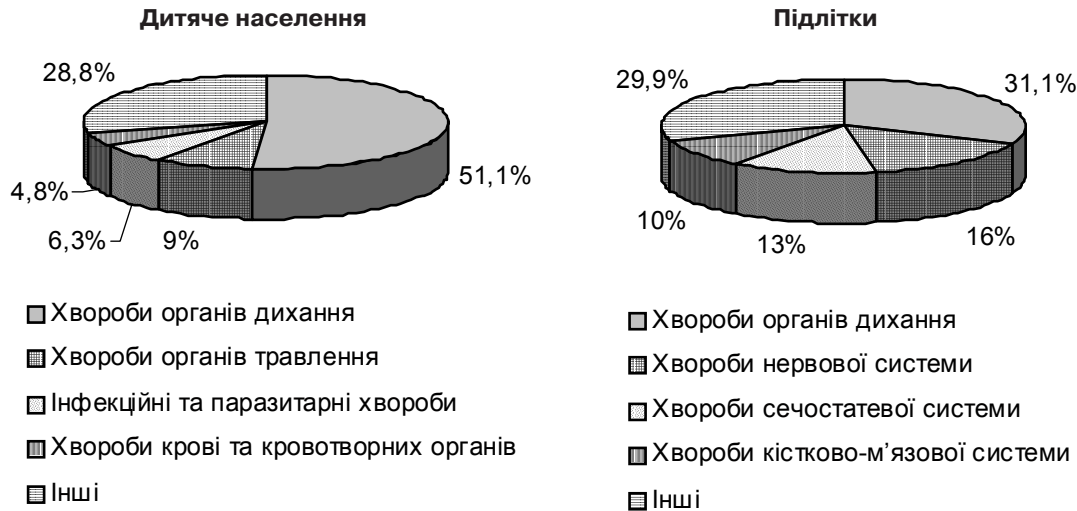


Рис. 1. Структура захворюваності дитячого та підліткового населення м. Умані.

Серед дитячого населення відмічено зростання, порівняно з 1996 р., захворюваності на хвороби крові та кровотворних органів в 1,4 раза, сечостатевої системи – в 7,6 раза. У підлітків збільшилася захворюваність на новоутворення у 3 рази, на хвороби системи кровообігу – в 2,9 рази, на хвороби крові та кровотворних органів – в 1,5 рази.

Під диспансерним наглядом знаходилося 49,3 % дітей та 33 % підлітків. У цілому за 5 років виявлено зростання частки дітей, які перебувають під диспансерним наглядом, на 5,4 %.

У структурі захворювань, які підлягають дис-

пансерному нагляду, серед дитячого населення перше рангове місце займають хвороби органів травлення (23 %), друге – крові та кровотворних органів (1,7 %) третє – ендокринної системи (11,4 %), четверте – інфекційні та паразитарні хвороби (11 %).

Серед підлітків перше рангове місце у структурі хвороб, що підлягають диспансерному нагляду, посідають хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (19 %), друге – ока та його додаткового апарату (13 %), третє – хвороби органів травлення (13 %) четверте – інфекційні та паразитарні хвороби (7 %) (рис. 2).

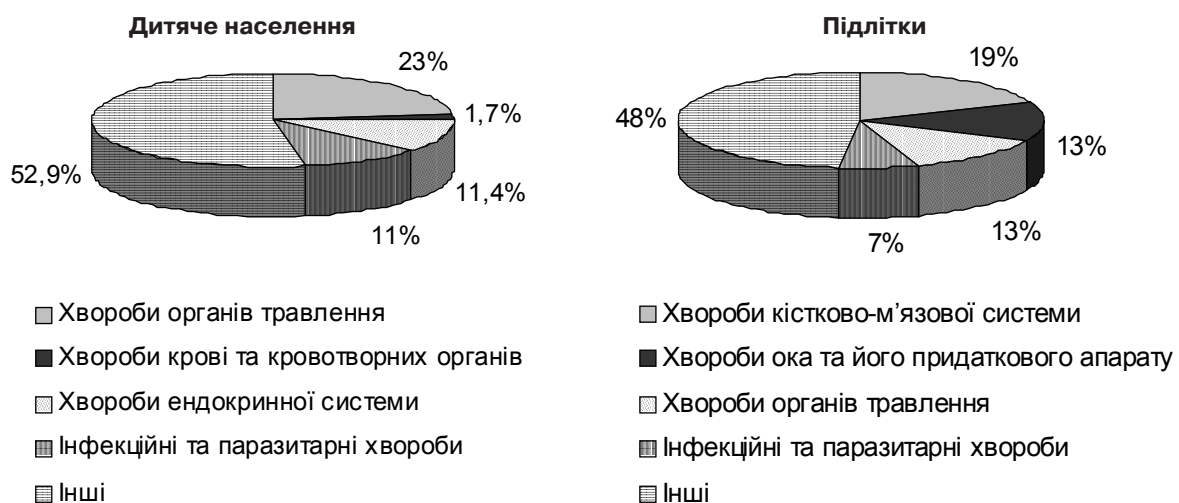


Рис. 2. Структура захворюваності дитячого населення та підлітків на хвороби, які підлягають диспансерному нагляду

За період 1996–2000 рр. контингент дітей-інвалідів збільшився на 14 %.

Аналіз обсягу надання амбулаторно-поліклінічної допомоги дитячому населенню протягом п'ятирічного періоду свідчить про його поступове збільшення. У 2000 р., порівняно з 1996 р., кількість відвідувань на одну дитину зростає в 2,6 раза, кількість відвідувань стоматологів – на 18 %.

Відмічається зниження частоти госпіталізації дітей. У період 1996–2000 рр. цей показник зменшився на 3 %. Середньорічний показник госпіталізації дітей становить 29,2 на 100. У структурі причин госпіталізації перше рангове місце займають хвороби органів дихання, друге – органів травлення, третє – інфекційні та паразитарні хвороби, четверте – хвороби шкіри та підшкірної клітковини.

Особливе занепокоєння викликає динаміка вікової структури захворюваності дітей на окремі нозологічні форми. Захворюваність на хвороби органів дихання у віковій групі 7–14 років у 4,2 раза перевищує аналогічний показник у віковій групі 0–6 років. У підлітків захворюваність на хвороби органів дихання є в 2,1 раза меншою порівняно з показником у групі дітей 7–14 років. У цілому за період навчання у школі захворюваність на хвороби органів дихання зростає у 2 рази. Це пояснюється віковими фізіологічними особливостями дитячого організму (об'єм, еластичність, экскурсія легень, глибина вдиху тощо) та дотриманням санітарно-гігієнічних вимог до мікроклімату в приміщеннях, де перебувають діти (температура, вологість, режим провітрювання). Порушення цих вимог призводить до зростання рівнів захворюваності. У підлітковому віці анатомо-фізіологічні властивості вже сформовані, але фактори ризику шкільного середовища на фоні імунодефіциту, нераціонального харчування істотно впливають на організм підлітків. У цьому віці найбільш актуальною є проблема зниження захворюваності на хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини, показник якої більший, ніж у віковій групі дітей 0–6 років, у 8,9 раза. Частота патології кістково-м'язової системи в шкільному віці в 3,8 раза перевищує аналогічний показник у дошкільнят.

Значний вплив на формування кістково-м'язової системи мають нераціональне харчування, гігієнічні чинники та фактори навчально-виховного процесу: невідповідність меблів зросту школярів, гіподинамія, пов'язана з перевантаженням, та порушення динаміки працездатності, структури уроків.

Друге місце серед “шкільних хвороб” посідають хвороби ока та його додаткового апарату. Захворюваність на дану патологію зростає в

підлітковому віці, порівняно з групою 0–6 років, у 4 рази, з групою 7–14 років – у 2 рази. Причинами цього явища є негативний вплив факторів ризику навчального процесу на рефракцію та акомодацию. Сприяють розвитку даної патології такі санітарно-гігієнічні порушення, як недостатня освітленість, нехтування правилами розсаджування учнів за партами, зорове перевантаження тощо.

Нами виявлено зростання захворюваності дітей і підлітків на хвороби системи кровообігу. Найбільш активно цей процес відбувається у підлітковому віці.

Проведений аналіз свідчить про негативний вплив на здоров'я дітей і підлітків окремих чинників, які діють у шкільному середовищі. Це викликає особливу стурбованість, враховуючи, що саме у шкільному віці формуються соматичне та психічне здоров'я, особистість громадянина.

У м. Умані середньорічна кількість учнів становить понад 12 тис. За період 1996–2000 рр. кількість їх зменшилася на 4 %. Відповідно зменшилося число шкіл, які працюють у дві зміни. Якщо у 1996 р. кількість дітей, яка навчалась у другу зміну, становила 1250, то вже в 2000 р. – 940.

За типовими проектами збудовано 72 % шкіл. Одна з шкіл розташована у пристосованому приміщенні, ще одна – в погано пристосованому. Всі школи мають проточну воду, каналізовані, 71 % підключений до системи центрального опалення, 29 % мають локальні котельні.

У 19 % навчальних кабінетів та 5,4 % майстерень було виявлено нижчий від норми світловий коефіцієнт.

У районі садибної забудови міста розміщено 50 % шкіл, у районі багатоповерхової забудови – 21 %. У центральній частині міста розташовано близько третини шкіл, 36 % – поблизу автомагістралей.

Достатню площу земельної ділянки мають 8,6 % шкіл, озеленення – 50 %. Основними елементами озеленення є рослини, які мають оздоровчі властивості.

У всіх школах виявлено порушення вимог до організації навчально-виховного процесу, санітарних правил і норм. Розклади уроків складаються без урахування навчального навантаження, динаміки працездатності, складності предметів. Найчастіше максимальне навантаження відмічається в понеділок, вівторок та четвер (рис. 3).

Інноваційні технології впроваджуються без погодження з державною санітарно-епідеміологічною службою.

Гарячі страви вживають 18 % учнів, тоді як у 29 % шкіл цей показник становить менше 15 %. Аналіз меню-розкладок свідчить про недостат-

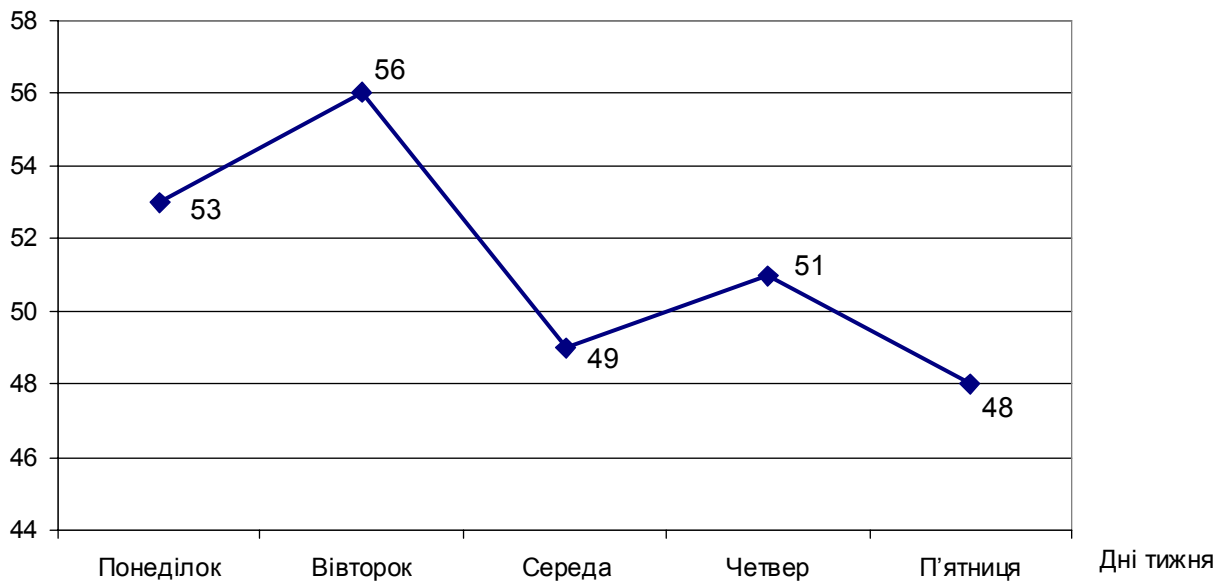


Рис. 3. Розподіл навчального навантаження у школах за днями тижня

ню кількість білків та жирів тваринного походження (на 48 %), надмірну кількість вуглеводів, порушення збалансованості у співвідношенні білки-жири-вуглеводи (1:1,3:4,8), Са-Р-Мд (1:1,8:0,5), вмісту мінеральних речовин, вітамінів. Не виконуються норми харчування щодо забезпечення соками і свіжими фруктами, м'ясом, рибою та молочними продуктами.

Ці та інші фактори обумовили прояви негативних тенденцій у стані здоров'я школярів м. Умані. За даними поглиблених медичних оглядів, проведених у 1996–2000 рр., менше 44 % школярів є здоровими і віднесені до I групи здоров'я, 50 % – до II групи, 6 % – до III групи. За 5 років кількість хворих школярів збільшилася на 18 % (рис. 4).

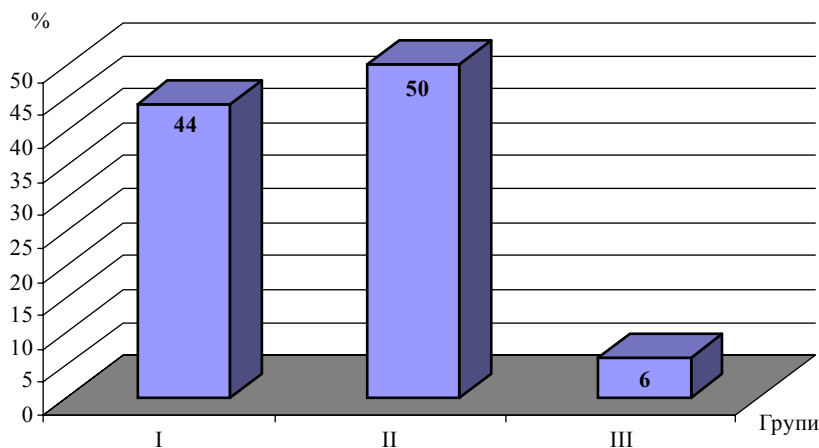


Рис. 4. Розподіл школярів м. Умані за групами здоров'я

До основної групи з фізичної культури зараховано 87 % школярів, до підготовчої – 7 %, до – спеціалізованої – 6 %. Показник низького фізичного розвитку становить 0,8 на 1000 оглянутих, затримки психічного розвитку – 2,2 відповідно.

У структурі захворюваності, за даними медичних оглядів (без врахування грипу та ГРЗ), перше рангове місце займають хвороби ока та його додаткового апарату, друге – кістково-

м'язової системи та сполучної тканини, третє – органів травлення, четверте – серцево-судинної системи, п'яте – нервової системи.

Аналіз захворюваності школярів у динаміці свідчить про найбільш інтенсивне зростання частоти уроджених аномалій (в 7,3 раза), патології ЛОР-органів, хвороб органів травлення, сечостатевої системи – в 3,0–3,7 раза, гіпертрофії щитоподібної залози – у 2,1 раза, хвороб кістково-м'язової системи – в 1,6 раза. Разом із тим,

за вказаний період спостерігалось зниження захворюваності на хвороби системи кровообігу (на 2 %), ока та його придаткового апарату (на 9 %), тубінфікованості (на 29 %).

У 29 % шкіл знизилась загальна захворюваність учнів, у 50 % – захворюваність на хвороби ока та його придаткового апарату, в 64 % – нервової системи, у 29 % – сечовидільної системи, у 21 % – кістково-м'язової системи та сполучної тканини, системи кровообігу, в 43 % – тубінфікованість. Разом із тим, у 50 % шкіл спостерігаються вищі за середньоміські показники захворюваності на хвороби ока та його придаткового апарату, в 43 % – кістково-м'язової системи та сполучної тка-

нини, системи кровообігу, у 36 % – органів травлення, в 21 % – сечовидільної системи.

Дані аналізу свідчать про те, що високі рівні захворюваності виявляються у школярів, які навчаються у школах з низьким рівнем матеріально-технічного забезпечення, де реєструється значна кількість порушень санітарно-гігієнічних вимог (25–30 %).

Визначені в процесі дослідження особливості та тенденції захворюваності дитячого населення і підлітків, у тому числі школярів, стали основою розробки заходів з поліпшення здоров'я вказаних контингентів та корекції факторів ризику навчально-виховного процесу.

Список літератури

1. Грузєва Т.С. Стан та тенденції захворюваності населення // Стан здоров'я населення України та результати діяльності закладів охорони здоров'я (щорічна доповідь, 2000). – К., 2001. – С. 33–44.
2. *Здоровье-21*. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе: Европейская серия по достижению здоровья для всех № 6. – Копенгаген: ВОЗ, ЕРБ, 1999. – 310 с.
3. *Концепція розвитку охорони здоров'я населення України*. – О., 2001. – 29 с.
4. *Міжгалузева комплексна програма “Здоров'я нації” на 2002–2011 роки*. – К.: ОФ, 2002. – 88 с.
5. Москаленко В.Ф., Пономаренко В.М. Концепція розвитку охорони здоров'я – стратегія реформування галузі / Лікар. справа. – 2001. – № 1. – С. 3–9.
6. *Нормативно-правові акти з питань охорони здоров'я (2001 рік)* / За ред. В. Ф. Москаленка. – К., 2001. – 103 с.
7. Пономаренко В.М. Охорона здоров'я матері і дитини – пріоритетний напрям Міжгалузевої комплексної програми “Здоров'я нації” // Матеріали наук.-практ. конф. “Охорона материнства та дитинства в сучасних умовах в м. Києві”. – К., 2002. – С. 10–11.

ОСОБЕННОСТИ И ТЕНДЕНЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Г. УМАНИ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ФАКТОРАМИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Л.П. Качанова (Умань)

В статье проанализированы структура и динамика заболеваемости детей и подростков г. Умани, в том числе школьников, за период 1996–2000 гг. По данным обращений в ЛПУ и медицинских осмотров выявлены особенности заболеваемости. Исследовано влияние социально-гигиенических факторов, в том числе учебно-воспитательного процесса, на состояние здоровья подрастающего поколения.

PECULIARITIES AND TENDENCIES FOR CHILDREN'S AND TEENAGERS' MORBIDITY IN UMAN TOWN IN RELATION TO HEALTH FORMATION FACTORS

L.P. Kachanova (Uman)

The structure and dynamics of children and teenagers' morbidity in Uman town, including schoolchildren, during 1996–2000 have been analysed in the article. According to the address data from medical prevention institutions (MPI) and medical examinations data the morbidity characteristics have been revealed. The influence of socio-hygienic factors, including educational process, upon the health state of growing up generation has been studied.

УДК 614.2 (477) (09)

А.Р. УВАРЕНКО (Київ), Л.М. РОМАНЮК (Тернопіль)

ІНТЕГРОВАНА ОЦІНКА ЗДОРОВ'Я МЕШКАНЦІВ УКРАЇНИ

Тернопільська державна медична академія

Здоров'я народу України з року в рік погіршується. Підвищується рівень загальної смертності, особливо серед працездатної частини людності, катастрофічно знижується народжуваність, стрімкими темпами відбувається депопуляція, тобто вимирання нації, скорочується пересічна тривалість життя, зростають інвалідність, захворюваність.

Причинами цих негативних процесів, які характерні для нинішнього рівня здоров'я нації, є насамперед кризові явища, деструктивні процеси в економіці, значний рівень безробіття і пов'язаний з ним масовий виїзд на заробітки за кордон, низька заробітна платня, що призводять до зниження якості життя, вкрай незадовільне державне фінансування системи охорони здоров'я.

Здоров'я мешканців України характеризується певними регіональними закономірностями, які пов'язані передовсім із соціальними чинниками. Проведене нами дослідження підтвердило цю істину.

У таблиці 1 наведено інтегровані оцінки здоров'я на основі вивчення загальної смертності, смертності немовлят, первинної та загальної захворюваності всієї людності й окремо дітей, тимчасової непрацездатності. Нормовані інтенсивні показники (НІП) визначались шляхом поділу фактичного показника на нормуючу величину, за яку приймався показник загалом по Україні. Сума НІПів, поділена на кількість показників (7), і склала інтегровану оцінку.

Отримані результати свідчать про значні регіональні відмінності здоров'я людності України. Пропонуємо такі критерії оцінки здоров'я: незадовільний рівень (оцінки вище 1,0), задовільний (оцінки від 0,9 до 1,0) і рівень, вищий задовільного (оцінки нижче 0,9). Найгіршим здоров'ям вирізняються східний регіон та ряд центральних областей (Донецька, Чернігівська, Луганська, Черкаська, Дніпропетровська та Київська), найліпшим – деякі західні (Закарпатська, Чернівецька, Тернопільська), південні області (АР Крим, Миколаївська, Херсонська).

Рівень здоров'я, наприклад мешканців Чернігівської області (найгірший показник, 25-те ран-

гове місце), в 1,43 раза нижчий порівняно із Закарпатською (найкращий показник, 1-ше рангове місце). Навіть у межах одного регіону відмічаються суттєві коливання рівня здоров'я людей. Так, у 1,22 раза гірше здоров'я людності Івано-Франківської області порівняно з Чернівецькою (західний регіон), у 1,27 раза гірше здоров'я мають мешканці Дніпропетровської області порівняно з Миколаївською (південний регіон).

Нормований інтенсивний показник загальної смертності коливається в діапазоні від 0,71 (Закарпатська область) до 1,29 (Чернігівська область), тобто смертність мешканців Чернігівської області (найвищий показник) майже у два рази більша, ніж у Закарпатській (найнижчий показник). Загальну смертність, нижчу пересічного рівня по Україні, мають всі без винятку області західного регіону (діапазон коливань – від 0,71 (Закарпатська) до 0,92 (Волинська)) і Автономна Республіка Крим. У всіх інших областях загальна смертність вища пересічного рівня по Україні.

Стосовно іншого вагомого складника інтегрованої оцінки здоров'я – смертності немовлят, – то регіональні відмінності тут мають інший характер. Смертність дітей до одного року, нижча пересічного рівня по Україні, спостерігається у всіх областях центрального регіону, за винятком Хмельницької, у трьох областях західного регіону (Волинська, Закарпатська та Чернівецька) та лише у двох областях південного (АР Крим, Херсонська) та двох областях східного (Полтавська, Харківська) регіонів. Смертність немовлят у Запорізькій області (найбільший показник) майже у 2 рази перевищує цей показник у Полтавській. Первинна та загальна захворюваність усієї людності найвища у Вінницькій області, найнижча – у Миколаївській та АР Крим. Відносно низькі показники захворюваності у деяких областях східного та центрального регіонів на фоні високого рівня загальної смертності в них свідчать про низьку зворотність населення за медичною допомогою.

Найвища первинна захворюваність дітей спостерігається у Черкаській, Чернігівській та Київській областях, найвища загальна захворю-

Таблиця 1. Інтегрована оцінка здоров'я мешканців України, 2001 р.
(нормовані інтенсивні показники, за нормуючу величину взято показники загалом по Україні)

№ за/п	НАЗВА РЕГІОНУ, ОБЛАСТІ	Загальна смертність	Смертність немовлят	Первинна захворюваність всієї людності	Загальна захворюваність всієї людності	Первинна захворюваність дітей	Загальна захворюваність дітей	Тимчасова непрацездатність
	Західний							
1	Волинська	0,92	0,97	1,19	1,19	1,04	1,15	0,68
2	Закарпатська	0,71	0,79	1,05	0,95	0,81	0,83	0,62
3	Івано-Франківська	0,78	1,15	1,18	1,03	1,07	1,07	0,96
4	Львівська	0,80	1,03	1,19	0,98	1,06	1,06	1,01
5	Рівненська	0,86	1,15	1,02	0,92	0,92	0,92	0,80
6	Тернопільська	0,89	1,03	0,87	0,99	0,77	0,85	0,76
7	Чернівецька	0,82	0,90	1,05	1,04	0,84	0,85	0,48
	Південний							
8	АР Крим	0,89	0,96	0,80	0,81	0,95	0,95	0,71
9	Дніпропетровська	1,05	1,07	1,12	1,07	1,05	1,03	1,29
10	Запорізька	1,01	1,24	0,89	0,86	1,00	0,89	1,03
11	Миколаївська	1,02	1,03	0,78	0,82	0,83	0,79	0,79
12	Одеська	0,99	1,15	0,93	0,99	0,85	0,76	0,84
13	Херсонська	0,99	0,91	0,91	0,90	0,81	0,76	0,80
	Східний							
14	Донецька	1,11	1,17	0,95	1,01	1,01	1,07	1,71
15	Луганська	1,14	1,11	0,87	0,91	0,98	0,88	1,47
16	Полтавська	1,17	0,66	0,86	0,90	0,87	0,87	0,86
17	Сумська	1,18	1,10	0,91	1,00	0,78	0,81	0,77
18	Харківська	1,07	0,95	0,89	0,84	0,95	0,93	0,88
19	Чернігівська	1,29	1,11	1,12	1,17	1,20	1,41	0,86
	Центральний							
20	Вінницька	1,10	0,83	1,21	1,23	1,11	1,16	0,57
21	Житомирська	1,06	0,87	0,93	0,96	1,01	1,05	0,89
22	Київська	1,08	0,76	1,06	1,14	1,18	1,32	1,02
23	Кіровоградська	1,17	0,98	0,84	0,95	0,88	0,87	1,15
24	Черкаська	1,12	0,89	1,13	1,17	1,27	1,28	0,75
25	Хмельницька	1,01	1,01	0,88	0,96	0,92	0,93	0,58
	Україна (на 1000 осіб)	15,3	11,9	676,9	1525,7	1253,1	1688,2	703,6 ⁽¹⁾

Примітка.

¹⁾ число днів на 100 працівників.

ваність дітей – у Чернігівській та Київській, що, очевидно, пов'язано з негативним впливом на здоров'я дітей Чорнобильської катастрофи.

Тимчасова непрацездатність найвища у Донецькій, Луганській та Дніпропетровській областях, де продовжують працювати великі промислові підприємства, фабрики та заводи, найнижча – у західному регіоні, де майже всі державні підприємства закриті або простоюють до невизначеного часу, а їх колишні працівники змушені шукати нелегкого шматка хліба по світах.

Той факт, що рівень здоров'я суттєво коливається в одному географічному регіоні країни з приблизно однаковим статевим-віковим складом населення та медичним забезпеченням, свідчить передовсім про соціальну зумовленість цих відмінностей.

Територіальні особливості здоров'я людей

вже давно відмічали епідеміологи та соціальні медики. Особливо це стосувалось так званих “соціальних” хвороб, тобто тих захворювань, що мають найвагомий вплив на громадське здоров'я.

Останні соціально-медичні дослідження підтвердили ці висновки. Однак наукової інформації про конкретні сполучення соціальних чинників і їх вплив на здоров'я вкрай недостатньо. Вивчення цих сполучень разом із впливом екологічних чинників (конкретне своєрідне вираження стану довкілля певного регіону) є однією з головних проблем, що стоять нині перед соціальною медициною.

Конкретні дані стосовно соціальної обумовленості здоров'я повинні стати науковим підґрунтям для розробки регіональних програм, кінцева мета яких – поліпшення здоров'я народу України.

Список літератури

1. Голяченко О.М., Сердюк А.М., Приходський О.О. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я. – Тернопіль – Київ – Вінниця: Джура, 1997. – 328 с.
2. Голяченко О.М., Федчишин Н.Є., Цідилко У.М. Територіальний аспект здоров'я людей // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2002. – № 2. – С. 32–35.
3. Основні показники стану здоров'я населення та ресурсів охорони здоров'я України. – Київ: МОЗ України, 2002.

ИНТЕГРИРОВАННАЯ ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ ЖИТЕЛЕЙ УКРАИНЫ

А.Р. Уваренко (Киев), Л.Н. Романюк (Тернополь)

Приведены региональные особенности здоровья жителей Украины на основании применения метода нормирования интенсивных показателей.

INTEGRATED EVALUATION OF HEALTH OF UKRAINIAN INHABITANTS

A.R. Uvarenko (Kijiv), L.N. Romanyuk (Ternopil)

Presented regional peculiarities of health of Ukrainian population are based on specially conducted research with the usage of method of intensive indices normalization.

Л.І. ГАЛІЄНКО (Київ)

НАУКОВЕ ОБГРУНТУВАННЯ СТВОРЕННЯ СТАНДАРТІВ НАДАННЯ СТАЦІОНАРОЗАМІННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ДЕННИХ СТАЦІОНАРАХ ЗАГАЛЬНОГО ПРОФІЛЮ

Український інститут громадського здоров'я

На сучасному етапі розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я зростає роль стаціонарозамінних форм медичної допомоги в обслуговуванні населення, зокрема денних стаціонарів (ДС) [3, 5, 9].

Світовий досвід показав, що ці структурні підрозділи за умов раціональної організації спроможні забезпечити надання різним категоріям дорослого і дитячого населення своєчасної, ефективною та якісної лікувально-діагностичної, профілактичної і реабілітаційної медичної допомоги на рівні, максимально наближеному до стаціонарної допомоги.

Проте вирішення проблем забезпечення якості та ефективності медичної допомоги в умовах ДС, як і в інших ланках системи охорони здоров'я, на сучасному етапі нерозривно пов'язане зі стандартизацією медичних послуг, лікувальних та діагностичних технологій тощо. Слід зазначити, що в більшості країн світу стандартизація в системі охорони здоров'я є невід'ємною складовою систем забезпечення якості медичної допомоги і відіграє значну роль у вирішенні нагальних питань організації та управління галуззю [1, 2, 8, 13].

Актуальність подальшого розвитку стандартизації у вітчизняній галузі, включаючи створення стандартів надання медичної допомоги в умовах амбулаторно-поліклінічних закладів, підкреслено в багатьох законодавчих документах України щодо охорони здоров'я та наказах МОЗ України [8-11, 15, 16]. Безумовно, розробка стандартів надання амбулаторно-поліклінічної допомоги, як і стандартів надання стаціонарозамінної медичної допомоги в ДС, повинна здійснюватись з урахуванням сучасних пріоритетів розвитку системи охорони здоров'я, зокрема переорієнтації первинної медико-санітарної допомоги на засади сімейної медицини, реструктуризації системи медичної допомоги, перспективи запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування тощо.

У межах розробки стандартів надання амбулаторно-поліклінічної допомоги, створення яких передбачено Законом України від 5 жовтня 2000 р. № 2017-III "Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії" [5], Українським інститутом громадського здоров'я розроблено проект стандартів надання стаціонарозамінної медичної допомоги в умовах ДС загального профілю.

Розробка зазначених стандартів здійснювалась відповідно до галузевих наказів, що регламентують діяльність медичних закладів на засадах загальної лікарської практики/сімейної медицини (ЗЛП/СМ), зокрема наказу МОЗ України від 23 липня 2001 р. № 303 "Про організацію роботи закладів (підрозділів) загальної практики – сімейної медицини" та наказу МОЗ України від 23 лютого 2001 р. № 72 "Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини"[9, 10].

При опрацюванні структури "Стандартів надання стаціонарозамінної медичної допомоги в ДС загального профілю" ми враховували як основні загальні вимоги до створення стандартів надання медичної допомоги, так і специфіку цієї організаційної форми, її поліфункціональність (зокрема можливість проведення в умовах ДС не тільки лікування хворих на гострі захворювання та хронічні хвороби у фазі загострення, але й превентивного лікування диспансерних хворих, долікування пацієнтів після виписування з лікарні та післяопераційних хворих, проведення діагностичних, профілактичних та оздоровчих заходів тощо), а також досить широке коло функціональних обов'язків лікарів загальної практики/сімейних лікарів, у тому числі щодо надання певних видів спеціалізованої медичної допомоги [1-18].

Зокрема, розробка проекту стандартів здійснювалась відповідно до таких вимог:

1. Подання переліку шифрів, класів та нозологічних форм хвороб відповідно до Міжнародної класифікації хвороб X перегляду (МКХ-X).

2. Практична можливість забезпечення передбаченої стандартами технології лікувально-діагностичного процесу в ДС загального профілю у складі закладів ПМСД, що надають медичну допомогу населенню на засадах ЗЛП/СМ незалежно від форми власності та джерел фінансування.

3. Адекватність передбачених стандартами видів та обсягів діагностичних процедур, а також лікувальних, реабілітаційних та профілактично-оздоровчих заходів, нозологічним формам, фазам, стадіям хвороби, характеру перебігу патологічного процесу тощо.

4. Включення до стандартів лікарських засобів, передбачених до застосування у вітчизняній медичній практиці Державним реєстром лікарських засобів.

5. Реальність досягнення оптимальних результатів стаціонарозамінного лікування.

6. Можливість застосування стандартів для оцінки якості надання стаціонарозамінної медичної допомоги в умовах ДС загального профілю та оцінки їх діяльності.

Методичні підходи до розробки проекту зазначених стандартів ґрунтувались на сучасних принципах стандартизації медичних послуг в Україні й за кордоном, наукових підходах та технологіях профілактики, діагностики і лікування, що застосовуються у вітчизняній та світовій медичній практиці, положеннях доказової медицини тощо.

Опрацювання поданих у стандартах схем діагностики і лікування хворих з різною патологією,

що входить до кола функціональних обов'язків ЛЗП/СЛ, базувалось на вітчизняному та зарубіжному досвіді клініки внутрішніх хвороб і здійснювалось з урахуванням нозологічної спрямованості, етіопатогенетичних механізмів та клінічних варіантів захворювань, принципів єдності лікувально-діагностичного процесу тощо.

Крім того, при розробці зазначених стандартів ми виходили також з необхідності забезпечення рівних прав та доступності в отриманні хворими стаціонарозамінної медичної допомоги певного рівня якості в закладах ПМСД з урахуванням гарантованого державою рівня безоплатної медичної допомоги [1, 2, 4-8, 11, 18].

Стандарти надання стаціонарозамінної медичної допомоги в ДС загального профілю мають таку структуру:

1. Шифр нозологічної форми (відповідно до вимог МКХ-X).

2. Найменування класів хвороб та нозологічних форм (згідно з вимогами МКХ-X).

3. Форма, фаза, стадія, характер перебігу хвороби, функціональний клас.

4. Перелік діагностичних заходів та консультативних оглядів хворих.

5. Обсяг лікувальних, реабілітаційних та профілактично-оздоровчих заходів.

6. Критерії якості надання медичної допомоги (бажані результати лікування).

7. Орієнтовна середня тривалість лікування (табл. 1).

Таблиця 1. Стандарти надання стаціонарозамінної медичної допомоги в ДС загального профілю

Шифр МКХ-X	Назва класів хвороб та нозологічних форм	Форма, фаза, стадія, характер перебігу хвороби, функціональний клас	Перелік діагностичних заходів та консультативних оглядів	Обсяг лікувальних, реабілітаційних та профілактично-оздоровчих заходів	Критерії якості надання медичної допомоги (бажані результати лікування)	Середня тривалість лікування
1	2	3	4	5	6	7

Зокрема до розділу "Форма, фаза, стадія, характер перебігу хвороби, функціональний клас" включено відомості щодо:

- клінічної форми хвороби (визначається клінічною симптоматикою: наявність чи відсутність больового, диспептичного або іншого синдрому тощо, переважне ураження певних органів чи систем (кардіальна, церебральна, ренальна, суглобова форми тощо) або їх поєднання (змішана форма);

- фази хвороби (активна, неактивна, загострення, помірне загострення, період реконвалесценції, неповна ремісія, стійка ремісія);

- стадії або ступеня тяжкості хвороби (легка, середньотяжка, тяжка);

- перебігу хвороби (гострий, підгострий, затягнутий, рецидивний, латентний, хронічний);
- функціонального класу хвороби (перший, другий тощо).

До розділу "Перелік діагностичних заходів та консультативних оглядів" включено такі заходи:

1) збирання анамнезу;

2) проведення діагностичних обстежень:

- фізикальних (огляд, пальпація, перкусія, аускультация);

- лабораторних, включаючи загальноклінічні дослідження крові, сечі, харкотиння, шлункового вмісту, калу тощо; біохімічних (аналіз крові на цукор, загальний білок та білкові фракції, печінкові проби, ревмопроби, коагулограма та інші

біохімічні аналізи), цитологічних, бактеріологічних, імунологічних та інших досліджень;

- функціональних та інструментальних (ЕКГ, функція зовнішнього дихання, рентгенологічне дослідження, езофагодуодено-гастроскопія, електроенцефалографія, ультразвукове дослідження тощо);

3) проведення консультацій суміжних спеціалістів різного фаху, потреба в яких визначається конкретною нозологічною формою, особливостями її клінічного перебігу, наявністю ускладнень або супровідних хвороб, що обумовлюють необхідність здійснення диференційної діагностики, корекції лікувальної тактики і консультування з лікарем відповідного профілю та іншими медико-організаційними обставинами.

Розділ “Обсяг лікувальних, реабілітаційних та профілактично-оздоровчих заходів” містить комплекс відповідних лікувальних, реабілітаційних та профілактично-оздоровчих заходів, обґрунтованих згідно з досягненнями сучасної медичної науки та традиціями вітчизняної терапевтичної школи, що повинні проводитись у процесі стаціонарозамінного лікування хворих в умовах ДС загального профілю з урахуванням фази, стадії, характеру перебігу хвороби, наявності супровідних захворювань, етапу лікування (повний курс лікування, долікування хворих після лікування в лікарняному стаціонарі, у тому числі післяопераційних хворих, превентивне лікування), а також якості й ефективності діагностики та лікування хворих на попередньому етапі, до направлення в ДС.

До розділу “Обсяг лікувальних, реабілітаційних та профілактично-оздоровчих заходів” було включено:

1) рекомендації щодо дієтичного харчування, режиму праці й відпочинку, сну тощо;

2) медикаментозне лікування із зазначенням

відповідних груп лікарських засобів та послідовності їх призначення;

3) немедикаментозні види лікування: лікувальна фізкультура, фізіотерапевтичні процедури різного типу, фітотерапевтичне, психотерапевтичне та інші види лікування.

У розділі “Критерії якості” (бажані результати лікування) представлено перелік суб’єктивних та об’єктивних критеріїв, за допомогою яких можна оцінити якість стаціонарозамінного лікування хворих у ДС загального профілю.

Зокрема, суб’єктивними показниками якості лікування, проведеного в ДС, можна вважати: зменшення кількості скарг або їх відсутність, покращання загального стану, нормалізація сну, підвищення працездатності хворих тощо. Об’єктивними критеріями якості лікування хворих у ДС є:

- загальноклінічні: нормалізація артеріального тиску, частоти серцевих скорочень, температури тіла та інших показників життєдіяльності організму;

- лабораторні: нормалізація або позитивна динаміка результатів лабораторних досліджень крові, сечі тощо;

- морфологічні: нормалізація або позитивна динаміка результатів цито- і гістологічних досліджень тощо;

- інструментальні: нормалізація або позитивна динаміка даних рентгенологічних досліджень, фіброгастродуоденоскопії тощо.

Проект “Стандартів надання стаціонарозамінної медичної допомоги в ДС загального профілю” підготовлено в розрізі окремих класів хвороб та нозологічних форм.

Запровадження зазначених стандартів у вітчизняну медичну практику сприятиме підвищенню якості та ефективності стаціонарозамінної медичної допомоги в умовах ДС загального профілю, забезпеченню управління якістю медичного обслуговування на рівні ПМСД.

Список літератури

1. Васи́лишин Р.Й. Медичні стандарти – досвід створення, недоліки і перспективи // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров’я України. – 2001. – № 3. – С. 86–88.
2. Вялков А.И. Стандартизация как основа создания государственной программы обеспечения качества медицинской помощи // Пробл. стандартизации в здравоохранении. – 2001. – № 2. – С. 3–10.
3. Галієнко Л.І. Проблеми та перспективи розвитку денних стаціонарів загального профілю на сучасному етапі // Ліки України. – 2002. – № 2. – С. 12–13; № 3. – С. 13–15.
4. Державний стандарт України “Порядок державної реєстрації галузевих стандартів, стандартів науково-технічних та інженерних товариств і спілок”. – К., 1997. – 11 с.
5. Закон України від 5 жовтня 2000 р. № 2017-III “Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії” // Відомості Верховної Ради. – 2000. – № 48. – С. 409.
6. Зиятдинов К.Ш., Рыбкин М.И. Дневные стационары (стационарозамещающие формы медицинской помощи населению) // Руководство для врачей. – М.: МЕДпресс, 2000. – 96 с.

7. Кузнецова Ю.Ю., Фролова Е.В., Андрианов А.Т. и др. Использование принципов доказательной медицины при создании клинических рекомендаций для врачей общей практики // Рос. семейный врач. – 2000. – № 2. – С. 47–48.
8. Лехан В., Гук А. Методичні підходи до розробки медичних стандартів. – К.: Сфера, 2000. – 24 с.
9. Наказ МОЗ України від 23 лютого 2001 р. № 72 “План поетапного переходу до організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини”.
10. Наказ МОЗ України від 11 вересня 2000 р. № 214 “Про затвердження окремих документів з питань організації сімейної медицини”.
11. Наказ МОЗ України від 23 липня 2001 р. № 303 “Про організацію роботи закладів (підрозділів) загальної практики – сімейної медицини”.
12. Наказ МОЗ України і АМН України від 18 січня 2001 р. № 16/1 “Про забезпечення виконання Закону України від 5 жовтня 2000 р. № 2017-III “Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії”.
13. Основы стандартизации в здравоохранении / Под ред. А.И. Вялкова, П.А. Воробьева. – М.: Ньюдиамед, 2002. – 216 с.
14. Пономаренко В.М., Галиєнко Л.І., Медведовська Н.В. Сучасний стан і перспективи розвитку стаціонарозамінних форм медичної допомоги // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2001. – № 3. – С. 39–42.
15. Пономаренко В.М., Грузєва Т.С., Степаненко А.В., Ярош Н.П. Розробка державних соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я (нормативи надання медичної допомоги в амбулаторно-поліклінічних закладах) // Метод. рекомендації. – К., 2002. – 14 с.
16. Постанова Кабінету Міністрів України від 20 червня 2000 р. № 989 “Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я” // Офіц. вісн. України. – 2000. – № 25. – С. 1056.
17. Указ Президента України від 7 грудня 2000 р. “Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України” // Офіц. вісн. України. – 2000. – № 49, Ч. 1. – С. 2116.
18. Courte-Wienecke S.Z. Accreditation for ambulatory health care in the USA // Arzl. Fortbild Qualitatssich. – Sep. 2000. – Vol. 94, № 8. – P. 634–638.

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ СОЗДАНИЯ СТАНДАРТОВ ОКАЗАНИЯ СТАЦИОНАРОЗАМЕНЯЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ДНЕВНЫХ СТАЦИОНАРАХ ОБЩЕГО ПРОФИЛЯ

Л.И. Галиенко (Киев)

В статье освещены основные принципы и методические подходы к созданию стандартов оказания медицинской помощи в условиях дневных стационаров общего профиля. Внедрение в отечественную медицинскую практику указанных стандартов будет способствовать повышению качества и эффективности стационарозамещающей медицинской помощи в условиях дневных стационаров, обеспечению управления качеством медицинского обслуживания на уровне ПМСП.

SCIENTIFIC GROUNDING FOR STANDARDS CREATION IN HOSPITAL REPLACING MEDICAL CARE AT GENERAL TYPE DAY-TIME HOSPITALS

Z.I. Haliyenko (Kyiv)

The main principles and methodical approach to standards creation in rendering medical care at general type day-time hospitals have been characterized in the article. The implementation of above-mentioned standard into the national medical practice will assist to increase the quality and efficacy of hospital replacing medical care at day-time hospitals, provision of quality health care management on the level of PHC.

УДК 616-082-053.31-056

В.О. ГАЛАГАН (Київ)

МЕДИКО-ГЕНЕТИЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ В НЕОНАТАЛЬНИЙ ПЕРІОД

Українська дитяча спеціалізована лікарня “ОХМАТДИТ”,
Медико-генетичний центр

Вступ. Медико-генетичне консультування (МГК) – це процес, у результаті якого хворі (або їхні родичі) з ризиком спадкового чи ймовірно спадкового захворювання одержують відомості щодо можливості його розвитку або успадкування, наслідків, методів попередження та лікування [2]. МГК може вважатися найважливішою галуззю прикладної генетики людини, оскільки природний добір зараз суттєво зменшився і відбувається в основному на рівні зиготи.

Враховуючи частоту уродженої патології (в Україні за останні 8 років – 26,7 на 1000 новонароджених), тяжкий та прогресивний перебіг спадкових хвороб, недостатньо ефективне лікування та передачу з покоління в покоління, запровадження МГК є однією з можливостей зменшити медичний і соціальний “вантаж” цієї патології і, в даному випадку, профілактичним заходом [3].

Досвід роботи медико-генетичних закладів показав, що найбільше число звернень до лікарня-генетика пов’язане з генетичним прогнозом та оцінкою генетичного ризику [1].

Консультування з приводу оцінки генетичного прогнозу поділяється на дві групи:

- проспективне як найбільш ефективний вид профілактики уродженої та спадкової патологій, коли ризик народження хворої дитини визначається ще до настання вагітності або на ранньому її терміні (у цьому випадку в родині ще відсутня хвора дитина, але існує певний ризик її народження);

- ретроспективне, коли йдеться про здоров’я майбутніх дітей після народження хворої дитини в сім’ї.

Мета даної роботи полягала в проведенні аналізу деяких показників ретроспективного МГК новонароджених м. Києва з уродженими аномаліями розвитку на основі проспективного обстеження.

Для досягнення поставленої мети виконувався ряд завдань, а саме:

- визначення етапів роботи лікарня-генетика

медико-генетичного центру (МГЦ) під час проведення МГК у неонатальний період;

- характеристика повноти охоплення МГК новонароджених з уродженими вадами розвитку (УВР) в системі генетичного моніторингу;

- розрахунок кількості лабораторних обстежень та об’єму консультативної допомоги профільних спеціалістів під час МГК у неонатальний період;

- оцінка стану дитини з уродженою патологією при народженні за шкалою Апгар залежно від вікової характеристики матері.

Матеріали і методи дослідження. Робота проводилась на базі МГЦ Української дитячої спеціалізованої лікарні “ОХМАТДИТ” МОЗ України в межах виконання Цільової комплексної програми генетичного моніторингу в Україні на 1999–2003 рр., затвердженої Указом Президента України від 4 лютого 1999 р. № 188/99 та наказом МОЗ України від 09 вересня 1998 р. № 78-адм.

На кожний випадок уродженої патології у новонароджених, що народилися у пологових стаціонарах м. Києва, заповнювалася карта реєстрації, яка впродовж двох тижнів з моменту народження дитини надходила до МГЦ. Реєстраційна карта містила загальні відомості про дитину та її батьків, акушерсько-гінекологічний та генетичний анамнез, попередній клінічний діагноз.

У роботі використано також дані звітів пологових стаціонарів м. Києва щодо УВР, які надходили до МГЦ.

Консультування дитини з уродженою аномалією та членів її родини проводилося на базі МГЦ лікарем-генетиком, який заповнював медико-генетичну карту сім’ї (свідоцтво про право автора на твір № 2024). Вона включала: паспортні дані та відомості про стан здоров’я батьків, пробанда, акушерсько-гінекологічний анамнез, детальний опис фенотипу новонародженого, аналіз родоводу та результати проведених лабораторно-інструментальних обстежень, дані кон-

сультатів інших спеціалістів та щоденник спостережень.

МГК проводилося на основі проспективного обстеження новонародженого і, при необхідності, за участю профільних спеціалістів.

Для верифікації діагнозу уродженої патології використовували такі методи:

1. Клініко-генеалогічний, який передбачав аналіз родоводу та акушерсько-гінекологічного анамнезу, дані про професійні шкідливості та шкідливі звички батьків пробанда, дані клінічного, лабораторного, інструментального обстежень хворого, при необхідності – членів родини. Необхідно зауважити, що МГК вимагає повного та ретельного клінічного обстеження новонародженого, результатом якого є опис фенотипу, встановлення попереднього діагнозу, при необхідності – визначення наявності успадкування патології. Слід наголосити на важливості детального опису фенотипу пробанда лікарем-генетиком з урахуванням основних антропометричних даних (маса тіла, зріст, обхват голови, грудної клітки), виявлених мікроаномалій розвитку (деякі дисморфії обличчя, шкіри, скелета, нігтів, волосся тощо).

2. Цитогенетичний – з використанням диференційного фарбування метафазних і прометафазних хромосом.

3. Біохімічні обстеження, які на першому етапі включали аналіз сечі за скринінг-програмою, на

другому – тонкошарову хроматографію амінокислот і вуглеводів сироватки крові.

Верифікація діагнозу уродженої патології проводилася з використанням комп'ютерної версії каталога Mc Kusic (1990) та здійсненням медико-генетичного спостереження за пробандом у динаміці, включаючи ранній неонатальний період.

За період спостереження проаналізовано 425 медико-генетичних карт, які заповнювалися на кожен випадок уродженої патології у новонародженого, що пройшов МГК на базі МГЦ, та 672 реєстраційні карти, заповнені в пологових стаціонарах.

Результати дослідження та їх обговорення. На початку обговорення отриманих даних слід зазначити, що в 1999–2000 рр., завдяки впровадженню системи генетичного моніторингу в клінічну практику в м. Києві, збільшився потік пацієнтів та членів їх сімей на консультацію до лікаря-генетика МГЦ (табл. 1). Згідно з наведеними даними, кількість сімей з новонародженими, проконсультованими генетиком, зросла вдвічі (від 125 в 1999 р. до 250 в 2000 р.). Цей факт відображає покращання співпраці акушерської, неонатологічної та генетичної ланок за участю лабораторії генетичного моніторингу ІГМЕ АМН України та регіонального інформаційно-аналітичного центру як епідеміологічної системи спостереження за уродженою та спадковою патологією в популяції.

Таблиця 1. Кількість сімей, проконсультованих лікарем-генетиком у медико-генетичному центрі м. Києва, 1999–2000 рр.

Роки	Загальна кількість сімей, проконсультованих лікарем-генетиком у МГЦ	Кількість сімей, проконсультованих лікарем-генетиком у МГЦ з приводу уродженої патології у новонародженого	
		абсолютне число	% від загальної кількості
1999	7950	125	1,6
2000	8075	250	3,1

Повнота охоплення МГК новонароджених з ізольованими УВР наведена в таблиці 2 і складає в середньому 64,1 % в 2000 р. проти 44,3 % у 1999 р., що обумовлено збільшенням повноти реєстрації випадків УВР у пологовому стаціонарі та надходженням реєстраційних карт до МГЦ. Слід зазначити, що охоплення МГК дітей з множинними вадами розвитку та хворобою Дауна склало за період дослідження в середньому 99,8 %, оскільки огляд дитини лікарем-генетиком проводився у пологовому стаціонарі в перші години чи дні після народження.

Під час МГК новонародженого з УВР лікар-генетик МГЦ виконував ряд основних завдань, а саме:

- встановлював попередній, по можливості, остаточний діагноз;
- визначав наявність успадкованої чи уродженої патології в сім'ї пробанда;
- розраховував генетичний ризик у родині при наявності точного діагнозу;
- надавав інформацію членам сім'ї щодо прогнозу для життя та подальшого перебігу захворювання у дитини;
- визначав можливість лікування та проведення профілактичних заходів, у тому числі ускладнень діагностованої патології;
- надавав інформацію родині з окремих питань, які виникають у зв'язку із захворюванням під час МГК і містять медичний, економічний,

Таблиця 2. Показники охоплення медико-генетичним консультуванням новонароджених м. Києва з ізольованими уродженими вадами розвитку, 1999–2000 рр.

Показник	1999 р.	2000 р.
Загальна кількість новонароджених з УВР (за даними звітів пологових стаціонарів)	697	647
Кількість реєстраційних карт з УВР, що надійшли до МГЦ з пологових стаціонарів	282	390
Кількість новонароджених з УВР, що пройшли МГК	125	250
Повнота реєстрації новонароджених з УВР, %	40,5	60,5
Охоплення МГК новонароджених з УВР, %	44,3	64,1

психологічний, соціальний та етичний аспекти.

За отриманими даними, найбільше число звертань (68,9 %) до лікаря-генетика МГЦ пов'язане із встановленням діагнозу та з питаннями подальшого фізичного і розумового розвитку дитини. Необхідно відмітити, що досить часто під час консультування виникали труднощі, обумовлені складністю встановлення попереднього та остаточного діагнозу в неонатальний період, оскільки уроджена патологія може бути складовою як хромосомних, так і генних синдромів з різним типом успадкування, характеризуватися в більшості випадків неспецифічними клінічними ознаками та потребувати неодноразового поетапного огляду пробанда. Особливо це стосувалося дітей з множинними вадами розвитку, в тому числі хромосомними синдромами, деякими ізольованими вадами (уроджені вади серця, мозкові кили, УВР шлунково-кишкового тракту та передньої черевної стінки).

На першому етапі МГК таких новонароджених проводилося в пологовому стаціонарі, що обумовлювалося їх тяжким клінічним станом та необхідністю вирішення деяких клінічних і організаційних питань з урахуванням обсягу першочергового клініко-лабораторного обстеження. На

другому етапі МГК для верифікації діагнозу та визначення тактики лікування огляд пробанда проводився на базі МГЦ при наявності членів родини або у спеціалізованих відділеннях, таких, як реанімаційне, хірургічне та відділення патології новонароджених.

У більшості випадків діагностика уродженої та спадкової патології потребувала консиліуму лікарів-генетиків, а також участі інших спеціалістів, таких, як невропатолог, хірург, ортопед, окуліст, кардіолог та ін.

Отримані дані свідчать про те, що найбільша кількість консультацій здійснюється лікарем-неврологом (24 % від загальної кількості дітей з УВР, що пройшли МГК, у 1999 р. і 26,8 % – у 2000 р.) та лікарем-окулістом (23,2 % – в 1999 р. і 28 % – у 2000 р.). Діагностика уродженої патології, крім вищезазначених спеціалістів, потребувала також участі лікаря-хірурга (16,8 % випадків від загальної кількості проведених генетичних консультацій у 1999 р. і 26 % – в 2000 р.), ортопеда (8,8 % – в 1999 р. і 12,8 % – у 2000 р.), ендокринолога (4 % – в 1999 р. і 3,6 % – у 2000 р.). Слід зазначити, що наведені показники щодо консультацій профільних спеціалістів розраховувались незалежно від діагнозу (табл. 3).

Таблиця 3. Консультування профільними спеціалістами новонароджених м. Києва з уродженими вадами розвитку, 1999–2000 рр.

Профіль спеціалістів	1999 р.		2000 р.	
	Кількість проконсультованих дітей	% від загальної кількості дітей, що пройшли МГК	Кількість проконсультованих дітей	% від загальної кількості дітей, що пройшли МГК
невролог	30	24	67	26,8
ендокринолог	5	4	9	3,6
окуліст	29	23,2	70	28
хірург	21	16,8	65	26
ортопед	11	8,8	32	12,8

Під час МГК новонародженим з УВР проводилися необхідні для діагностики лабораторні обстеження, серед них найчастіше – ультразвукове обстеження внутрішніх органів хворого (54,4 % від усіх новонароджених, що пройшли МГК, у

1999 р. і 56,0 % – в 2000 р.), нейросонографія (53,6 % – у 1999 р. і 56,4 % – в 2000 р.), визначення хромосомного набору (29,0 % – в 1999 р. і 28,0 % – в 2000 р.), загальний аналіз крові (28,8 % – у 1999 р. і 43,2 % – у 2000 р.) (табл. 4).

Таблиця 4. Показники деяких лабораторних обстежень, проведених під час медико-генетичного консультування новонароджених з уродженими вадами розвитку, 1999–2000 рр.

Вид обстеження	1999 р.				2000 р.			
	Кількість дітей, що пройшли обстеження	% від загальної кількості, що пройшли МГК	Кількість дітей з патологічними показниками	% від загальної кількості обстежених	Кількість дітей, що пройшли обстеження	% від загальної кількості, що пройшли МГК	Кількість дітей з патологічними показниками	% від загальної кількості обстежених
Загальний аналіз крові	36	28,8	13	36,1	108	43,2	16	14,8
Біохімічні показники крові	31	24,8	3	9,6	60	24	5	8,3
Цитогенетичний аналіз	36	29	28	77,8	70	28	54	77,1
УЗО внутрішніх органів	68	54,4	31	45,6	140	56	70	50
Нейросонографія	67	53,6	36	53,7	141	56,4	32	22,7

Серед вищезазначених видів обстеження в неонатальний період найбільший відсоток виявлення патології був при визначенні каріотипу (77,8 % – у 1999 р. і 77,1 % – в 2000 р.), УЗО внутрішніх органів (45,6 % – в 1999 р. і 50,0 % – у 2000 р.), проведенні нейросонографії (53,77 % – у 1999 р. і 22,7 % – в 2000 р.). Ці дані свідчать про те, що для лікаря-генетика при проведенні МГК необхідний перелік обстежень складається з визначення каріотипу, здійснення ультразвукового обстеження внутрішніх органів та нейросонографії. Для верифікації діагнозу, крім лабораторно-інструментальних методів обстеження використовувалися комп'ютерні диференційно-діагностичні програми (Mc Kusic, POSSUM та ін.). Слід підкреслити, що процес встановлення діагнозу уродженої чи спадкової патології у новонароджених із застосуванням необхідного комплексу обстежень можливий тільки в умовах спеціалізованого медичного закладу при неодноразовому проведенні МГК хворого та членів його сім'ї.

Одним із завдань даної роботи було проведення аналізу кожного випадку уродженої ано-

малії у дитини щодо оцінки її стану при народженні, незалежно від форми уродженої патології з урахуванням вікової структури жінок-породілей. Стан дитини оцінювався лікарем-неонатологом у пологовому стаціонарі за загальноприйнятою шкалою Апгар протягом перших 5 хвилин життя. Отримані дані свідчать про те, що оцінка 7–9 балів при народженні відмічалася в середньому в 83,7 % в 1999 р. та у 83,6 % в 2000 р. у жінок вікової групи 20–34 років. У жінок групи ризику за віком (до 19 та після 35 років) задовільний стан у дітей з УВР при народженні спостерігався в середньому в 72,2 % випадків в 1999 р. та в 69,7 % в 2000 р. Відносний ризик народження дитини з низькою оцінкою при народженні за шкалою Апгар при 5 % рівні значущості підвищений у жінок, старших 35 років, і складає 2,21 при довірчому інтервалі 1,46–3,34 (табл. 5). Для жінок вікової групи до 19 років відносний ризик підвищений і є статистично значущим тільки на 10-відсотковому рівні. Отримані результати збігаються зі світовими стандартами і потребують проведення санітарно-освітньої роботи, принаймні серед молодих жінок.

Висновки

1. Впровадження епідеміологічної системи генетичного моніторингу в клінічну медицину дозволило вдвічі збільшити число звертань сімей, що мають дітей з уродженою патологією, до лікаря-генетика МГЦ.

Таблиця 5. Відносний ризик народження дитини, яка має уроджену патологію, з низькою оцінкою за шкалою Апгар (3–6 балів) залежно від віку матері, 1999–2000 рр.*

Вікова група, років	Відносний ризик	Довірчий інтервал
до 19	1,32	0,80–2,15
35–44	2,21	1,46–3,34

Примітка. * Щиро вдячна п.н.с. лабораторії генетичного моніторингу ІГМЕ АМН України канд. фіз.-мат. наук Карташовій С.С. за розрахунки відносного ризику.

2. Для проведення своєчасної діагностики уродженої патології в неонатальний період з визначенням необхідної кількості лабораторних обстежень та вибору тактики подальшого ведення новонародженого доцільно починати МГК у пологовому стаціонарі.

3. МГК новонароджених з УВР потребує консиліуму лікарів-генетиків та залучення профільних спеціалістів, перш за все невролога, окуліста, хірурга.

4. Під час МГК у новонародженого найбільш інформативними виявилися визначення каріотипу (77,8 % від загальної кількості дітей, які пройшли МГК, у 1999 р. і 77,1 % – в 2000 р.), ультразвукове обстеження внутрішніх органів (45,6 % – в 1999 р. і 50,0 % – у 2000 р.) та нейросонографія (53,7 % – у 1999 р. і 22,7 % – у 2000 р.).

5. Жінки вікової групи (до 19 та після 35 років) мають підвищений ризик народити дитину з низькою оцінкою (3–6 балів) за шкалою Апгар.

Список літератури

1. Козлова С.И., Демикова Н.С., Семанова Е., Блинникова О.Е. Наследственные синдромы и медико-генетическое консультирование. – М.: Практика, 1996. – 416 с.
2. Кулаков В.И., Серов В.Н., Барашнев Ю.И. и др. Руководство по безопасному материнству. – М.: Триада-Х, 1998. – 87 с.
3. Тимченко О.І., Єлагін В.В., Галаган В.О. та ін. Поширеність генетичної патології серед живонароджених в Україні // Педіатрія, акушерство та гінекологія – 2001. – № 5. – С. 5–8.

МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В НЕОНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД

В.О. Галаган (Киев)

Описаны этапы медико-генетического консультирования новорожденных с врожденной патологией в неонатальный период, которые включают консилиум профильных специалистов и наиболее информативные лабораторно-инструментальные обследования, что позволяет своевременно верифицировать диагноз и выбрать тактику дальнейшего ведения больного.

MEDICAL AND GENETIC CONSULTATIONS IN NEONATAL PERIOD

V.O. Galagan (Kyiv)

The stages of medical and genetic consultations for newborns with inborn pathology in neonatal period have been described. They include consultations of medical experts and most informative laboratory and instrumental examinations which allow to verify in good time the diagnosis and choose the tactics for further treatment of a patient.

УДК 616-082.4-057.36(477)

О.М. ВОЛИК (Ірпінь)

ОБСЯГИ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ДО МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ ТА ПІДРОЗДІЛІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

Науково-дослідний інститут проблем військової медицини Збройних сил України

Вступ. Обсяги госпіталізації мають першочергове значення в процесі перспективного планування організації системи охорони здоров'я військовослужбовців Збройних сил України (ЗС України). Стаціонарна допомога потребує значних ресурсів, а тому її адекватна оцінка повинна сприяти підвищенню ефективності діяльності військово-медичної служби.

Матеріали і методи дослідження. Дослідження проводилось на основі даних статистичної галузевої звітності за 1994–2001 рр. щодо військовослужбовців строкової служби (солдат), кадрового складу (офіцерів) ЗС України, військовослужбовців інших збройних формувань, військових пенсіонерів, членів родин військовослужбовців та узагальненої групи інших пацієнтів. Для характеристики багаторічної тенденції обсягів госпіталізації до медичних закладів та підрозділів ЗС України використовувались два параметри: направленість та швидкість зміни рівня динамічного ряду, які виявлялись у результаті розрахунку середньорічного темпу росту показників.

Результати дослідження та їх обговорення. За період 1994–2001 рр. значно скоротився контингент, що обслуговується військово-медичною службою ЗС України. Зокрема, кількість військовослужбовців строкової служби зменшувалась у середньому на 10,22 % щороку, військово-

вослужбовців кадрового складу – на 3,83 %.

У зв'язку із прийняттям ряду нормативних актів обмежився перелік категорій громадян, які мають право на безоплатне лікування в медичних закладах та підрозділах ЗС України, що створило передумови до їх переорієнтації на цивільні та відомчі лікувальні установи: кількість госпіталізованих даної групи зменшувалась у середньому на 11,22 % на рівні військової ланки та на 5,43 % – до госпіталів.

Особливо помітно скоротився обсяг госпіталізації до медичних закладів ЗС України членів родин військовослужбовців (26,27 %) та військовослужбовців інших збройних формувань (14,00 %), меншою мірою – військових пенсіонерів (2,01 %).

Спостерігалася також тенденція до зменшення абсолютної кількості госпіталізованих солдат (7,18 %), тоді як рівень госпіталізації даного контингенту зростав (4,75 %).

Завдяки суттєвому збільшенню рівня госпіталізації офіцерів (6,24%), абсолютна кількість військовослужбовців кадрового складу, яких було прийнято на стаціонарне лікування, зростала в середньому на 3,29 %.

Динаміку щорічного середнього приросту військовослужбовців, направлених на стаціонарне лікування, у відсотках до абсолютних та відносних показників, наведено в таблиці 1.

Таблиця 1. Динаміка зміни потоку хворих військовослужбовців, направлених на стаціонарне лікування в окремі підрозділи та заклади

Місце стаціонарного лікування військовослужбовців	Офіцери		Солдати	
	абс.	‰	абс.	‰
Лазарет медичного пункту полку	-4,42	0,17	-8,63	3,99
Медичні заклади ЗС України	5,81	10,89	-4,68	8,49
Цивільні медичні заклади	-2,02	2,67	-13,21	-1,22

Як бачимо, спостерігається помітна тенденція до пріоритетного направлення військовослужбовців, особливо кадрового складу, в медичні заклади ЗС (госпіталі) та до значно меншого використання первинної ланки медичної служ-

би, а також цивільних медичних закладів.

Для оцінки динаміки обсягу госпіталізації важливе значення має питома вага окремих груп пацієнтів (рис. 1 та 2).

Взагалі, кількість хворих, яких було прийнято

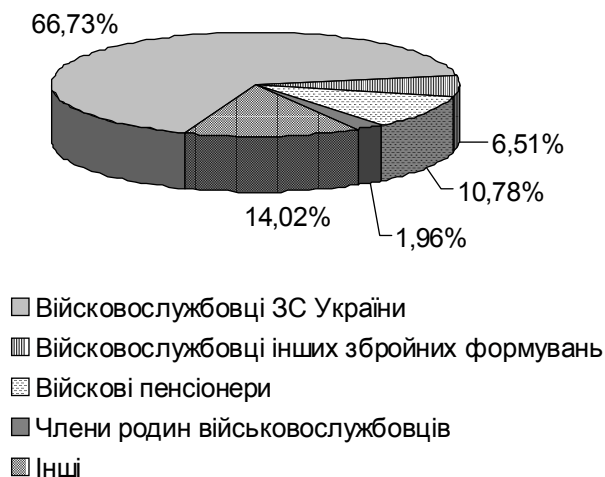


Рис. 1. Структура категорій пацієнтів, що перебували на стаціонарному лікуванні в госпіталях ЗС України.

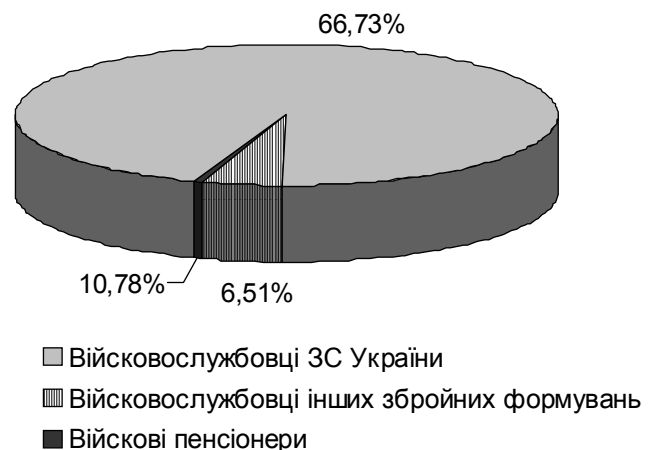


Рис. 2. Структура категорій пацієнтів, що перебували на стаціонарному лікуванні в лазаретах медичних пунктів частин ЗС України.

на стаціонарне лікування до лазаретів медичних пунктів військових частин, зменшувалась у середньому на 8,46 % щороку, госпіталів ЗС України – на 2,28 %.

На фоні значного скорочення контингентів, що обслуговуються військово-медичною службою, обсяги госпіталізації зменшувались повільніше у зв'язку із збільшенням рівня госпіталізації військовослужбовців ЗС України та відносно меншою питомою вагою інших контингентів. Таке зростання відносної кількості стаціонарних хворих військовослужбовців (на 4–7 % щороку) важко пояснити лише погіршенням стану здоров'я, особливо враховуючи загальні тенденції до пріоритетного розвитку первинних видів медичної допомоги та відомого надлишкового рівня госпіталізації, що був властивий системі охорони здоров'я нашої країни [1, 2, 3, 4].

При цьому перевага надавалась лікуванню на госпітальному рівні та значно меншому використанню лазаретів медичних пунктів військових частин. Об'єктивна ситуація з відсутністю кадро-

вих та матеріальних ресурсів для надання медичної допомоги і лікування в первинній ланці не спростовує того факту, що ми маємо тенденцію до відносного зростання обсягів порівняно дорогого виду медичної допомоги.

Плани щодо скорочення ЗС України та необхідність ефективного використання ресурсів надалі будуть загострювати проблему невідповідності наявних та доцільних з економічної, медичної та соціальної точок зору обсягів госпіталізації. Пом'якшити процес реорганізації системи медичних закладів та підрозділів ЗС України здатне помітне збільшення питомої ваги пацієнтів, які не є військовослужбовцями ЗС України. Це можливо за рахунок нормативно-правового закріплення окремих категорій громадян за військово-медичною службою з виділенням джерел цільового фінансування або (та) підвищення конкурентноздатності медичних закладів ЗС України з метою ще більшого залучення пацієнтів на платній (страховій) основі.

Список літератури

1. Вовкодав Н.Н., Хижняк Н.И., Гальченко Г.И., Ситниченко Ю.К. Проблемы состояния здоровья офицерского состава ВС Украины // Проблемы военного здравоохранения и пути его реформирования: Сб. науч. тр. Укр. воен.-мед. акад. – К., 1996. – С. 90–93.
2. Вовкодав Н.Н., Хижняк Н.И., Кухленко А.С., Дяченко В.В. Госпитализированная заболеваемость военнослужащих ВС Украины // Там же. – С. 95–98.
3. Волик О.М. Реформування системи первинної медико-санітарної допомоги у Російській Федерації (огляд літератури) // Прobl. військ. охорони здоров'я: Зб. наук. пр. Укр. військ.-мед. академії – К., 2000. – С. 16–21.
4. Волик О.М., Лопін Є.Б. Багаторічна динаміка загальної захворюваності військовослужбовців Збройних Сил України кадрового складу // Сучасні аспекти військової медицини: Зб. наук. пр. Головного військ. клін. госпіталю – К., 2001. – С. 17–20.

ОБЪЕМЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В МЕДИЦИНСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ И ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ УКРАИНЫ

А.Н. Волик (*Ирпень*)

Исследована многолетняя динамика объемов госпитализации в медицинские учреждения и подразделения Вооруженных сил Украины (ВС Украины). Выявлено уменьшение абсолютных показателей госпитализации на фоне значительного сокращения контингентов, обслуживаемых военно-медицинской службой, и возрастания уровня госпитализации военнослужащих ВС Украины. Наблюдается тенденция к относительному возрастанию объемов стационарного лечения в госпиталях ВС Украины. Подчеркивается необходимость развития первичных видов медицинской помощи с одновременным увеличением количества пациентов, которые не являются военнослужащими ВС Украины.

VOLUMES OF HOSPITAL ADMITTANCE TO MEDICAL TREATMENT FACILITIES AND SUB DIVISIONS OF ARMED FORCES OF UKRAINE

О.М. Volyk (*Irpen*)

Long-term dynamics of volumes of hospital admittance to medical treatment facilities and sub divisions of Armed Forces of Ukraine (AF of Ukraine) was investigated. There was revealed a reduction of absolute parameters of hospital admittance on the background of a significant reduction of quota served by a military medical service and increase of the level of hospital admittance of servicemen of AF of Ukraine. The tendency to a relative increase of volumes of in-patient treatment in hospitals of AF of Ukraine was observed. It is emphasized the necessity to being develop primary types of medical care with simultaneous increase of quantity of patients not to be servicemen of AF of Ukraine.

УДК 616.72-002.158:617-089.844

О.А. БУР'ЯНОВ, В.П. КВАША, Г.К. КОСТАНУПОЛУ, М.М. МИРОШНИЧЕНКО (Київ)

СИСТЕМА ВІДНОВЛЮВАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ПСОРИАТИЧНИЙ АРТРИТ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Псоріатичний артрит (ПА) – це хронічне прогресуюче захворювання опорно-рухового апарата (ОРА), яке зустрічається у 5–60 % хворих на псоріаз, може виникати у будь-якому віці й призводить до втрати працездатності та стійкої інвалідизації пацієнтів (30 %), а в дитячому віці – до каліцтв, що ставить питання про необхідність його ранньої діагностики, профілактики та лікування в ряд важливих соціальних проблем [2].

Ланки генезису анатомо-функціональних порушень при ПА недостатньо вивчено, що зумовлює суттєві протиріччя у поглядах на виникнення та

розвиток захворювання. Варіабельність початку, поліморфізм клінічної картини перебігу захворювання та спільні ознаки з багатьма колагенозами, поширеність уражень ОРА та внутрішніх органів створюють значні труднощі при діагностиці, особливо на ранніх стадіях захворювання, що призводить до встановлення значної кількості помилкових діагнозів (до 93 %). Невизначеність багатьох етіопатогенетичних ланок ПА, труднощі при діагностиці виключають можливість проведення своєчасного і патогенетичного лікування, адекватних профілактичних та реабілітаційних заходів.

Поєднання шкірних проявів та ураження ОРА, які взаємо обтяжують перебіг одне одного, значно обмежують можливості сучасних лікувальних заходів, призводять до довготривалої втрати працездатності та інвалідизації пацієнтів. Остання зумовлена цілою низкою різнопланових чинників: анатомо-функціональними порушеннями з боку ОРА, внутрішніх органів та шкірними проявами. Цей патологічний симптомокомплекс призводить до негативного психоемоційного стану пацієнтів, потребує особливих санітарно-гігієнічних заходів протягом доби. Поряд із цим чинники, які викликають загострення перебігу захворювання, значно обмежують професійну та побутову діяльність, соціальну активність пацієнтів, знижують якість життя.

Незадовільні результати лікування хворих на ПА зумовлені також і організаційними недоліками. Амбулаторна допомога хворим цієї категорії здійснюється переважно лікарями-дерматологами. На фоні проведення відповідного лікування поза увагою залишаються ураження ОРА, що призводить до важких необоротних змін.

Існуюча практика стаціонарного лікування хворих на ПА (госпіталізація пацієнта в дерматологічне чи ревматологічне відділення з участю ортопеда на рівні консультацій) не задовольняє потреб самих пацієнтів, оскільки виникають значні обмеження для проведення повноцінних консервативних ортопедичних заходів. Щодо оперативних втручань, то їх застосування повністю неможливе у зв'язку із специфікою вищезазначених відділень.

ПА – захворювання, яке частіше зустрічається в осіб найбільш працездатного віку, що завдає державі подвійного збитку: втрати спеціаліста та виплати фінансової компенсації у зв'язку з інвалідністю.

Усе вищезазначене підкреслює нагальну потребу в системі відновлювального лікування та реабілітації (СВЛР) хворих на ПА, яка має не тільки медичну, але й соціальну значущість. Однак, як свідчать практика та аналіз літературних джерел, цій проблемі не приділяється належної уваги.

СВЛР для хворих на ПА повинна враховувати специфіку пато- та саногенетичних механізмів розвитку захворювання, симптоматику, яка переважає на конкретному етапі захворювання, стадію та активність процесу, а також функціональні показники з боку різноманітних органів та систем, соціальний і побутовий стан пацієнта.

Основою для створення СВЛР стали положення теорії функціональної системи Анохіна П.К. [1] та погляди авторів на розвиток ПА, які базуються на результатах обстеження і лікування 252 пацієнтів з різною стадією та активністю проце-

су. Концептуальна модель розвитку ПА подається на рисунку 1.

Для створення дійової та адекватної СВЛР хворих на ПА необхідно вирішити цілий ряд організаційних, науково-практичних і матеріально-технічних питань.

Беручи до уваги поліморфність клінічної симптоматики захворювання, повноцінна профілактично-реабілітаційна програма для хворих на ПА повинна включати медикаментозні, психологічні, соціальні та побутові заходи відновного лікування з урахуванням індивідуальних компенсаторних можливостей пацієнта.

План всебічного обстеження пацієнтів із ПА, тактику лікування, комплекс профілактичних та реабілітаційних заходів, як у побутовому, так і в соціальному аспекті, найбільш раціонально визначати на консультативно-реабілітаційних радах (КРР) поліклінік, центрів реабілітації, лікарень, НДІ за участю ортопедів-травматологів, дерматологів, терапевтів, ендокринологів, невропатологів, психотерапевтів, фізіотерапевтів, а також спеціалістів лікувально-контрольних комісій, з метою визначення термінів непрацездатності, інвалідизації та рекомендацій про можливу професійну переорієнтацію.

Першочерговою ланкою в реалізації комплексної програми, яка забезпечить своєчасну діагностику, адекватне поетапне лікування та повноцінну реабілітацію хворих на ПА, повинна стати поліклініка. Хворий, який прийшов у поліклініку (особливо при первинному зверненні) з наявністю або навіть без суглобових проявів, повинен проходити КРР, що дозволить виявити ранні симптоми ураження ОРА, створить умови для здійснення своєчасного комплексного патогенетичного лікування та повноцінної профілактики.

Полісистемність уражень ОРА та внутрішніх органів при псоріазі потребує проведення комплексного обстеження функціонального стану всіх органів і систем. Повний об'єм обстеження може забезпечити лише участь в діагностичному процесі різнопланових спеціалістів, які входять до складу КРР, і використання сучасних клініко-лабораторних та інструментальних методів дослідження. Для забезпечення повноцінного обстеження, особливо на ранніх (дорентгенологічних) стадіях, обов'язковим є застосування таких інструментальних методів дослідження, як сонографія, термографія, денситометрія, біопсія тощо.

Поліморфна клінічна картина перебігу ПА та суб'єктивні особливості таких пацієнтів потребують цілеспрямованого обстеження, особливо з боку ортопеда-травматолога. Слід підкреслити, що початкові прояви ураження ОРА при псоріазі не мають специфічних ознак, малоінтенсивні, короточасні та не стійкі за характером і зали-

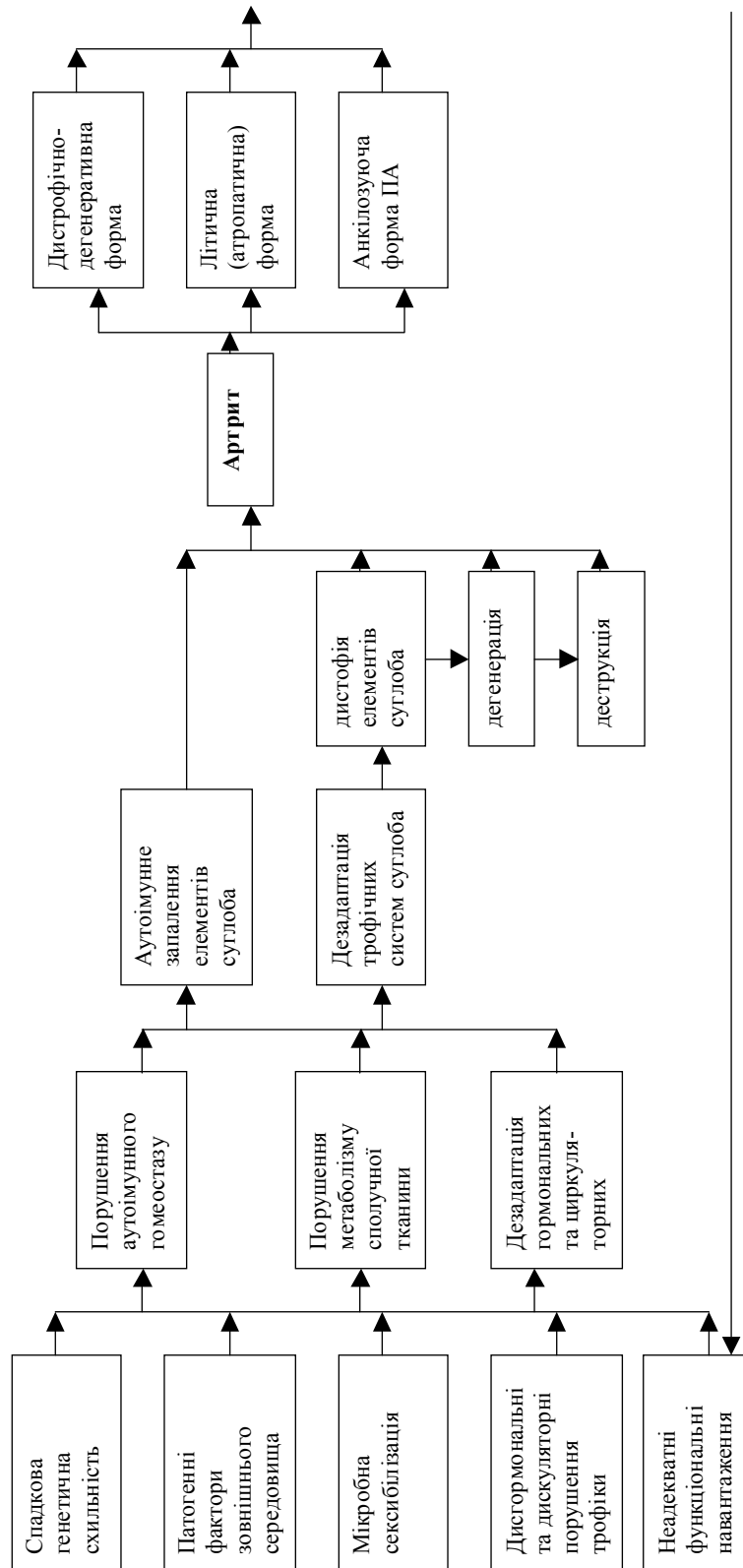


Рис. 1. Концептуальна модель розвитку ПА

шаються поза увагою пацієнтів, які більшого значення надають шкірним проявам захворювання.

При функціональному обстеженні таких пацієнтів необхідно враховувати: особливості екологічної ситуації та фактори зовнішнього середовища за місцем роботи і проживання; особливості генетичної схильності та типу спадковості; структурно-функціональний стан ОРА в цілому й ураженої ділянки зокрема, її компенсаторно-приспосувальні можливості; гормональний, психоемоційний та соціальний статус; тип, форму, стадію псоріазу, характер і ступінь порушення з боку внутрішніх органів та систем, інтеркурентну інфекцію тощо. Детальне з'ясування цих важливих питань дозволить виявити та усунути вплив негативних факторів, які провокують загострення процесу.

Визначення типу спадковості ПА має суттєве значення для оцінки емпіричного ризику для сибсів і потомства пробандів, що дуже важливо для медико-генетичного консультування при даному захворюванні, його профілактиці та реабілітації хворих. Основна увага повинна зосереджуватись на пробандах та їх здорових матерях молодого віку, які мають хворих батьків або сибсів.

Важливою ланкою в поліклінічній службі є диспансеризація хворих на ПА. Більшості хворих необхідне довготривале комплексне лікування, тому систематичні профілактичні огляди та організація медичної допомоги забезпечать систему динамічного індивідуального лікування, виключать проведення парамедичного лікування, сприятимуть нормалізації психоемоційного стану.

Диспансеризація хворих на ПА і створення умов для їх лікування та реабілітації базуються на загальноприйнятих принципах етапності та послідовності лікування з боку інших лікувально-профілактичних закладів: стаціонарних відділень, профільних НДІ, санаторіїв та профілакторіїв різного рівня, комісій медико-соціальної експертизи і т. д. Диспансерний нагляд повинен проводитися не тільки за хворими, але й за їхніми родичами, особливо I ступеня (батьками, братами, сестрами, дітьми).

Забезпечення повноцінної роботи поліклініки з координації та призначення патогенетичних лікувально-профілактичних заходів, з урахуванням саногенетичних механізмів розвитку ПА, можливе лише при залученні провідних профільних фахівців лікарень, НДІ тощо.

Важливою ланкою СВЛР є профільні стаціонарні відділення лікарень та клініки НДІ, які мають матеріально-технічну базу для забезпечення повноцінного комплексного обстеження хворих. Вперше виявлені пацієнти з ПА або навіть з підозрою на ураження АРО при псоріазі обов'язково

повинні проходити обстеження в цих закладах. Такий механізм треба регламентувати відповідними законодавчими актами з боку МОЗ України.

ПА – захворювання, розташоване на межі дерматології, ревматології та ортопедії, тому важливим аспектом у вирішенні даної проблеми є етапність та спадкоємність між провідними профільними закладами стосовно як діагностики, так і визначення тактики лікування та реабілітації.

Беручи до уваги розповсюдженість псоріазу взагалі (2–8 % населення світу) і ПА зокрема (до 66 % від загальної кількості хворих на псоріаз), особливості та поліморфізм перебігу захворювання, підходи в тактиці лікування та профілактиці важких порушень ОРА, які призводять до інвалідизації пацієнтів, нагальною потребою є створення профільного науково-методичного центру. Він забезпечить поглиблені цілеспрямовані дослідження пато- та саногенезу ПА, стане сполучною ланкою для різнопрофільних закладів і спеціалістів, створить умови для покращання результатів лікування, профілактики та всебічної реабілітації. Крім того, у центрі пацієнти зможуть отримати вичерпну інформацію щодо свого захворювання.

Невизначеність в термінології та поглядах на ПА як нозологічну одиницю, плутанина в класифікаціях захворювання створюють значні труднощі для роботи лікарсько-контрольних (ЛКК) та медико-соціальних експертних комісій (МСЕК). Відсутність відповідних законодавчих медичних і соціальних документів значно ускладнює визначення ступеня втрати працездатності та можливості професійної періорієнтації, формує комплекс соціальної незахищеності у пацієнтів. Поряд із цим, для ефективного лікування та реабілітації пацієнтів з ПА повинно бути чітке порозуміння між ЛКК і МСЕК для визначення їх терміну та об'єму відповідно до розповсюдженості, активності, фази, ступеня патологічного процесу, адаптаційно-компенсаторних можливостей ОРА з урахуванням професії та соціальної активності пацієнтів.

Основні ланки СВЛР та їх взаємодію наведено на рисунку 2.

Виходячи із сучасних уявлень про основні ланки пато- та саногенезу ПА, СВЛР повинна включати такі лікувальні заходи та принципи:

1. Терапевтичні заходи повинні мати патогенетичну, профілактичну та симптоматичну направленість.

2. Консервативні та оперативні ортопедичні заходи є невід'ємною частиною відновлювального лікування і повинні формуватись відповідно до структурно-функціональних змін ОРА.

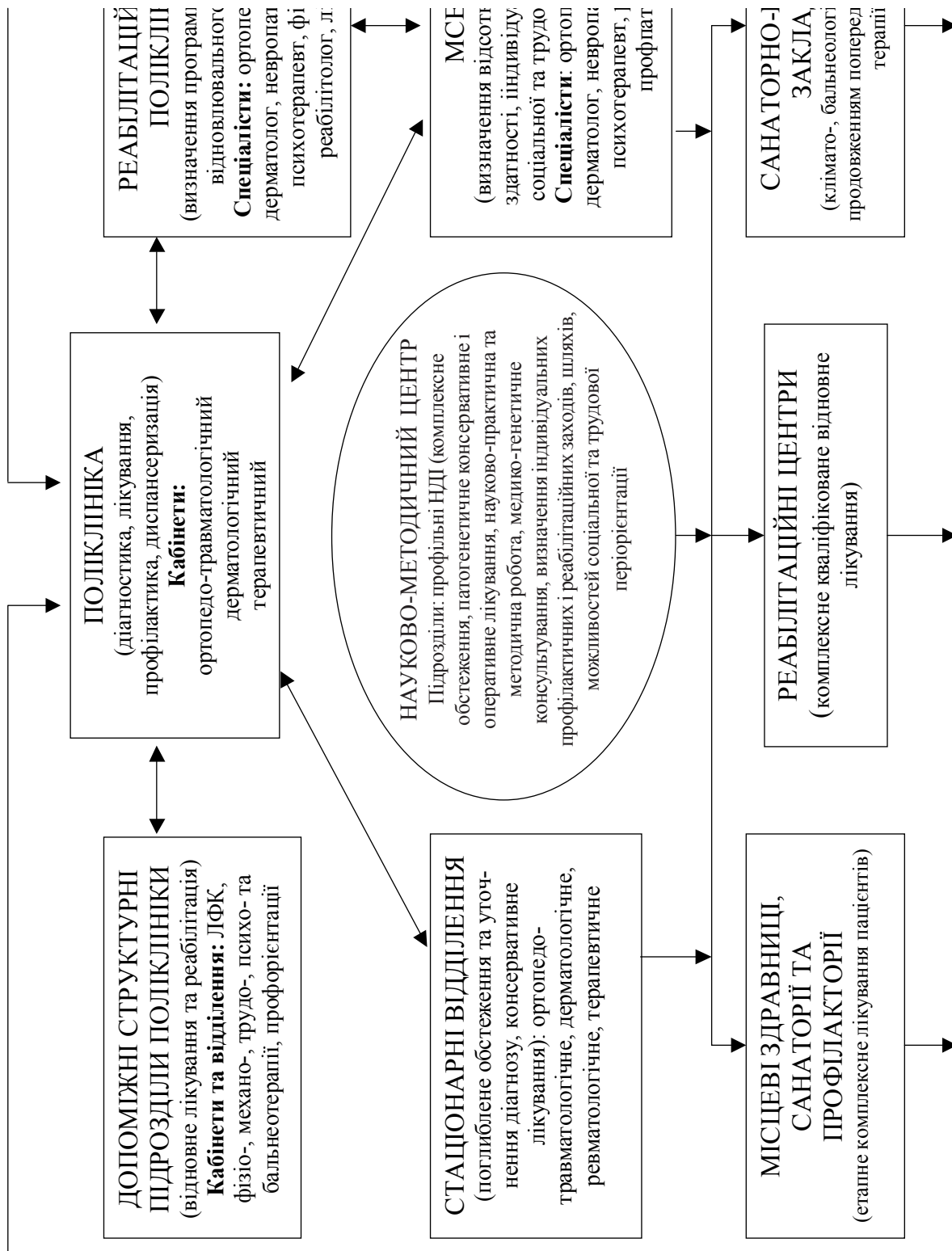


Рис. 2. Система відновного лікування та реабілітації хворих на ПА.

3. Фізіо- та бальнеологічні методи, які застосовуються в умовах реабілітаційних центрів, місцевих оздоровчих закладів, санаторіїв та профілакторіїв, повинні продовжувати проведені раніше лікування.

Соціально-економічні зміни в суспільстві, не завжди належна матеріально-технічна забезпеченість лікувальних установ (особливо поліклінік), психоемоційний стан та інвалідизація пацієнтів виключають можливість проведення повноцінного обстеження і лікування. Це призводить до того, що пацієнти починають звертатися до парамедиків, екстрасенсів, у приватні центри неофіційної медицини. Як наслідок – часті випадки різноманітних ускладнень, невіра в ефективність та необхідність того чи іншого комплексу лікувальних заходів. Це ще одне свідчення необхідності за-

гальнодержавної програми забезпечення комплексу лікувально-профілактичних заходів для даної категорії хворих. З іншого боку, результативність лікувальних заходів залежить і від самих пацієнтів – їх здорового способу життя, адекватного статико-динамічного навантаження тощо. Тому важливою ланкою в СВЛР є інформаційна забезпеченість пацієнтів на різних етапах лікування та реабілітації (наприклад у вигляді інформаційних листків, індивідуальних карток-пам'яток).

Таким чином, для покращання результатів лікування хворих на ПА є суттєва необхідність у створенні та впровадженні в практику СВЛР для даної категорії хворих. Дієвість останньої залежить від відповідних законодавчих актів МОЗ України та соціальної загальнодержавної програми.

Список літератури

1. Анохин П.К. Теория функциональной системы // Успехи физиолог. наук. – 1970. – № 1. – С. 19–54.
2. Милевская С.Г., Суколин Г.И., Куклин В.Т., Торбина О.В. Псориатический артрит (патогенез, клиника, диагностика, лечение). – Казань, 1997. – 83 с.

СИСТЕМА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

О.А. Бурьянов, В.П. Кваша, Г.К. Костанопуло, М.М. Мирошниченко (Киев)

Псориатический артрит является довольно частым заболеванием, которое приводит к длительной потере трудоспособности и инвалидизации пациентов. Проведенный научно-практический анализ диагностики, лечения и реабилитации пациентов данной категории вскрыл целый ряд существенных причин, которые отрицательно сказываются на результатах лечения. В работе предложена обоснованная система восстановительного лечения и реабилитации больных псориатическим артритом, которая требует модернизации существующих и введения новых структурных подразделений, деятельность которых должна быть регламентирована соответствующими медицинскими законодательными актами.

SYSTEM OF RECOVERY AND REHABILITATION OF PATIENTS WITH PSORIATIC ARTHRITIS

О.А. Buriyanov, V.P. Kvasha, G.K. Kostanupolo, M.M. Miroshnychenko (Kyiv)

Psoriatic arthritis is a rather frequent disease which results in a long-term disablement and invalidization of patients. The conducted scientific and practical analysis of diagnostics, treatment and rehabilitation of this category of patients has revealed a number of essential causes which negatively effect on results of treatment. A substantiated system of recovery and rehabilitation of patients with psoriatic arthritis is offered for improving the existing and introduction of new structural subdivisions the activity of which should be regulated by corresponding medical acts.

УДК 614.253.1

О.М. ГОЛЯЧЕНКО, В.В. БІГУНЯК, В.Б. ГОЩИНСЬКИЙ

ДО ПИТАННЯ ЩОДО ОЦІНКИ ЛІКУВАЛЬНОЇ РОБОТИ ПРАЦІВНИКІВ КЛІНІЧНИХ КАФЕДР

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Оплата праці співробітників клінічних кафедр здійснюється за педагогічну і лікувальну роботу. Остання регламентована ще союзними наказами, згідно з якими клініцист повинен нести половинне навантаження лікаря ординатора (наказ МОЗ України від 5 червня 1997 р. № 174). Що стосується окремих висококваліфікованих асистентів, то це навантаження виконувалось на 0,25 ставки лікаря-ординатора за рахунок консультацій.

В умовах сталого фінансування за радянських часів та слабкого зацікавлення економічними аспектами медичної допомоги цієї регламентації було достатньо.

Інакше тепер, коли вищі навчальні заклади ліву частину грошей заробляють самі й стали зацікавлені в їхньому якомога кращому використанні.

Усе це спонукало нас вивчити дане питання і дати чітке кількісне обґрунтування лікувальної роботи працівників клінічних кафедр.

Визначення нормативного навантаження щодо роботи в стаціонарі базувалось на наказі МОЗ України від 24 червня 1998 р. № 172. Цим наказом встановлено нормативне число ліжок на одну лікарську ставку. Виходячи із цих даних, визначено нормативне число хворих та ліжко-днів (табл. 1).

Таблиця 1. Нормативне число ліжко-днів протягом місяця з розрахунку на 0,5 ставки (згідно з наказом МОЗ України від 24 червня 1998 р. № 172)

Відділення	Нормативне число ліжок на 0,5 ставки	Нормативне щоденне число хворих на 0,5 ставки	Нормативне місячне число ліжко-днів на 0,5 ставки
1	2	3	4
Педіатричне	10	9,3	279
Акушерське	7,5	6,2	186
Гінекологічне	12,5	11,6	348
Гастроентерологічне	12,5	11,6	348
Гематологічне	6	5,5	165
Інфекційне	11,25	8,6	258
Кардіологічне	12,5	11,6	348
Неврологічне	12,5	11,6	348
Неврологічне з порушенням кровообігу	10	9,3	279
Нефрологічне	12,5	11,6	348
Опікове	7,5	7,0	210
Онкологічне	10	9,3	279
Психосоматичне	17,5	16,3	489
Ортопедо-травматологічне	12,5	11,6	348
Отоларингологічне	12,5	11,6	348
Офтальмологічне	12,5	11,6	348
Проктологічне	10	9,3	279
Стоматологічне	12,5	11,6	348
Терапевтичне	10	9,3	279
Ревматологічне	12,5	11,6	348
Туберкульозно-легеневе	15	14	420
Урологічне	10	9,3	279
Хірургічне	12,5	11,6	348

Продовження табл. 1.

1	2	3	4
Ендокринологічне	12,5	11,6	348
Пульмонологічне	12,5	11,6	348
Судинної хірургії	7,5	7,0	210
Шкірно-венерологічне	20	18,6	558

Переважна більшість ліжок повинна бути зайнятою 340 днів протягом року. Виняток становлять акушерські (300 днів) та інфекційні (280 днів) ліжка.

Отже, якщо на 1 ставку лікаря – акушера-гінеколога, що працює в акушерському відділенні, визначено 15 ліжок, то, виходячи з їхньої зайнятості, щоденне нормативне число хворих повинно складати:

$$15 \times \frac{300}{365} : 2(0,5 \text{ ставки}) \approx 6,2 \text{ хворих}$$

які протягом місяця повинні провести 6,2 x 30 = 186 ліжко-днів.

Для педіатра, відповідно, розрахунки будуть

такі:

$$20 \times \frac{340}{365} : 2(0,5 \text{ ставки}) \approx 9,3 \text{ хворих}$$

які впродовж місяця проведуть 9,3 x 30 = 279 ліжко-днів.

Що стосується нормативного навантаження з інших розділів роботи (прийом хворих у поліклініці, консультації хворих у стаціонарі, консультації хворих в інших лікувальних закладах), то в колишніх союзних та теперішніх державних наказах маємо лише окремі дані.

Це спонукало нас до спеціального вивчення цього навантаження, результати якого представлено в таблиці 2.

Таблиця 2. Нормативне навантаження з амбулаторно-поліклінічної та консультативної роботи на 0,5 ставки

Спеціальність	Число хворих, прийнятих у поліклініці	Консультації в клініці		Обхід в клініці		Консультації в інших лікувальних закладах	
		Число хворих	Коефіцієнт складності	Число хворих	Коефіцієнт складності	Число хворих	Коефіцієнт складності
Акушер-гінеколог	9	5	1,8	14	0,65	3	3,0
Гастроентеролог	9	5	1,8	15	0,6	3	3,0
Гематолог	8	5	1,8	13	0,6	3	2,7
Дерматовенеролог	14	8	1,8	21	0,7	5	2,8
Інфекціоніст	9	5	1,8	15	0,6	4	2,3
Невропатолог	10	5	2,0	16	0,6	3	3,3
Онколог	8	5	1,6	13	0,6	2	4,0
Кардіолог	7	4	1,8	12	0,6	2	3,5
Ревматолог	7	4	1,8	12	0,6	3	2,3
Отоларинголог	14	8	1,8	19	0,7	5	2,8
Офтальмолог	11	8	1,4	22	0,5	4	2,8
Педіатр	9	5	1,8	13	0,7	4	2,3
ЛФК	5	3	1,7	8	0,6	2	2,5
Психіатр дорослий	6	4	1,5	9	0,7	3	2,0
Психіатр дитячий	4	2,5	1,6	7	0,6	2	2,0
Психіатр-нарколог	9	6	1,5	17	0,5	4	2,3
Стоматолог	5	3	1,7	15	0,3	2	2,5
Стоматолог-хірург	9	5	1,8	14	0,6	4	2,3
Стоматолог-ортопед	3	2	1,5	4	0,75	1	3,0
Судмедексперт	6	4	1,5	-	-	2	3,0
Терапевт	9	5	1,8	14	0,65	3	3,0
Ортопед-травматолог	12	7	1,7	19	0,6	5	2,4
Уролог	8	5	1,6	14	0,6	3	2,7
Фізіотерапевт	7	4	1,8	11	0,6	3	2,3
Хірург	12	7	1,7	19	0,6	5	2,4
Комбустіолог	6	4	1,5			3	2,0

За основу взято нормативне число годин на місяць, які відводяться на виконання ставки лікаря-ординатора. Це число в середньому складає 154 години. На 0,5 ставки, відповідно, припадає 77 годин.

Таким чином, середнє навантаження клініциста на один день роботи:

77 годин : 22 дні (число робочих днів 5-денного робочого тижня) = 3,5 годин

При цьому із 3,5 годин щоденного робочого часу 2,5 години слід виділити на обхід та консультації хворих, їх лікування, участь в оперативній діяльності, чергування у клініці або лікарні, чергування по санавіації тощо, 1,0 годину (22 години або 6,3 дня на місяць) – на інші види роботи (участь у науково-практичних та патологоанатомічних конференціях, засіданні контрольно-експертних комісій, рецензуванні медичної документації тощо). Відрядження за межі академії за наказом ректора вищого навчального закладу додається до інших видів роботи.

Наше вивчення також показало, що на обхід у клініці, який здійснює професор або доцент, слід виділити 5 годин на тиждень або 8 робочих днів на місяць.

Отже, в першій колонці таблиці 2 наведено нормативні числа хворих, яких повинен прийняти клініцист у поліклініці за 1 робочий день. В інших колонках представлено нормативні числа з інших розділів роботи та коефіцієнти її складності порівняно з прийомом хворих у поліклініці. Якщо, скажімо, клініцист-гастроентеролог займався консультацією хворих в інших лікувальних закладах, що розміщені поза клінікою, і при цьому надав допомогу 3 хворим, то це рівнозначно $3 \times 3 = 9$ хворим, яких би він прийняв у поліклініці.

У таблиці 3 наведено методику збору й оцінки даних щодо лікувальної роботи клініциста за певний проміжок часу (місяць).

Так, асистент факультетської хірургії П. протягом жовтня 2002 р. виконував таку лікувальну роботу: а) лікував у стаціонарі трьох хворих, які у сумі провели 42 ліжко-дні; б) проконсультував 35 хворих у відділенні лікарні; в) відчергував у клініці 2 чергування по 16 годин; г) мав планові чергування по санавіації 6 годин; д) на оперативну діяльність витратив 10 годин.

Отже, його лікувальне навантаження склало:

$$\frac{42}{348} = 0,12 \times 22 \text{ дні} = 2,7 \text{ робочого дня}$$

Консультації у клініці – $35 : 7 = 5$ днів.

Чергування у клініці – $16 \times 2 : 2,5 = 12,8$ дня.

Чергування по санавіації – $6 : 2 : 2,5 = 1,2$ дня.

Таблиця 3. Звіт про лікувальну роботу працівників кафедри _____ за _____ 2002 р.

№ за/п	П.І.Б.	Посада	Величина лікувальної ставки	Робота в стаціонарі (число пацієнтів)		Амбулаторно-поліклінічна та консультативна робота				Чергування (число годин)				Оперативна діяльність		
				Число виписаних хворих	Проведено ліжко-днів	Прійнято в поліклініці	Консультовано в клініці	Обхід у стаціонарі	Консультовано поза клінікою	У клініці	Санавіація	На дому (ург.)	На дому (не ург.)	Число операцій	Число асис-тенції	Витічені год
1			4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17

Примітки:

1. На обхід у клініці завідувачем кафедри виділяється 8 днів щомісяця.
2. Чергування в клініці враховує фактично затрачений час.
3. Враховуються тільки ургентні чергування в клініці і по санавіації з розрахунку 0,5 тривалості чергування.
4. Враховується той фактичний час, який витрачено під час виклику в клініку.

Оперативна діяльність – $10 : 2,5 = 4$ дні.
Разом: $2,7 + 5 + 12,8 + 1,2 + 4 + 6,7$ (інші види роботи) = 32,4 дня.

Виконання лікувального навантаження склало $32,4 : 22 = 147,2$ %.

Нами розроблена комп'ютерна програма в системі Microsoft Exel, що дає мож-

ливість автоматично розрахувати виконання ставки згідно з вищевикладеними нормативами.

Наведені дані дозволяють кожному завідувачу клінічної кафедри та проректору з лікувальної роботи цілеспрямовано планувати роботу кожного працівника.

Список літератури

1. *Голяченко О.М., Сердюк А.М., Приходський О.О.* Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. – Тернопіль: Джура, 1997. – 327 с.
2. *Наказ МОЗ України від 6 квітня 2001 р. № 161/137* “Про впорядкування та затвердження умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення”.
3. *Наказ МОЗ України від 5 червня 1997 № 174* “Про затвердження Положення про клінічний лікувально-профілактичний заклад охорони здоров'я”.
4. *Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / За ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка.* – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 677 с.

К ВОПРОСУ ОТНОСИТЕЛЬНО ОЦЕНКИ ЛЕЧЕБНОЙ РАБОТЫ РАБОТНИКОВ КЛИНИЧЕСКИХ КАФЕДР

О.М. Голяченко, В.В. Бигуняк, В.Б. Гоцинский (Тернополь)

Приведены результаты социального изучения лечебной работы работников клинических кафедр и их нормативные оценки.

TO THE QUESTION OF CURATIVE WORK EVALUATION OF CLINIC DEPARTMENTS' STAFF

O.M. Golyachenko, V.V. Bigunyak, V.B. Goschynsky (Ternopil)

The results of curative work of clinic departments' staff social studying and its standard evaluation are presented.

А.Б. ЗІМЕНКОВСЬКИЙ

РЕАЛЬНІСТЬ ТА ПЕРСПЕКТИВИ КЛІНІЧНОЇ ЕКОНОМІКИ ЯК ІНСТРУМЕНТУ СТАНДАРТИЗАЦІЇ МЕДИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В УКРАЇНІ

Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького

Медична економіка, більше відома в Україні як економіка охорони здоров'я, – далеко не нова наука. Вона розглядає глобальні економічні питання організації охорони здоров'я з урахуванням витрат на ліжко-день, харчування, робочий день медперсоналу та його зайнятість у лікувальному процесі, питання економіки непрацевдатності тощо [3].

Основним документом, що визначив шляхи розвитку охорони здоров'я в нашій державі, став Указ Президента від 7 грудня 2002 р. № 1313/2000 “Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України”, якою передбачено створення базового стандарту якості загальнодоступної медичної допомоги [4].

Поряд із цим, планування розвитку охорони здоров'я сьогодні потребує кращого економічного бачення проблем, перш за все на місцях [5]. Причому, йдеться не тільки про територіальне їх вирішення, але й про обмеження за вужчою спеціалізацією. Не так давно від медичної економіки почали відгалужуватись більш вузькоспеціалізовані напрямки: фармакоекономіка та наймолодша – клінічна економіка.

Клінічна (інколи її не зовсім правильно отожднюють з медичною) економіка – це економічна наука, що містить у собі всі форми економічного аналізу, пов'язані з клінічною практикою. Вона оцінює в цифрах вартість медичних втручань, робить спробу кількісно визначити і порівняти клінічну ефективність конкурентних або альтернативних методів лікування паралельно з їх ціною і користю [6]. Таке порівняння стає можливим завдяки тому, що економічні методики, які використовуються, в переважній більшості базуються на алгоритмах та стандартах лікування і математичному моделюванні. Сьогодні проблема полягає в тому, що ці дослідження можуть бути досить віддаленими від клінічної реальності, яка наповнена розмаїттям проявів і непередбачених наслідків лікування. У визначенні абсолютної оцінки медичної діяльності постає

необхідність встановлення вартості в грошовому еквіваленті різних складових захворювання чи патологічних станів (стрес, біль, страждання), які на практиці надзвичайно важко піддаються обчисленню [6]. Саме такі аспекти клінічної економіки найменше вивчено сьогодні як в Україні, так і за кордоном.

Фармакоекономіку віддзеркалюють наукові дослідження, в яких робиться спроба вирахувати “ціну” альтернатив фармакотерапії із застосуванням економічних методик з метою висвітлення й аналізу витрат на медикаментозну терапію у взаємозв'язку із системою охорони здоров'я і суспільством [1, 7]. Цікавість до фармакоекономіки різко збільшилась в останні роки у зв'язку з постійним зростанням витрат на сучасну діагностику і лікування. Разом із тим, з кожним роком розробляється все більше різноманітних методів діагностики і створюється ціла низка нових лікарських препаратів. Їх клінічна ефективність визначається контрольованими дослідженнями, що, у свою чергу, дозволяє застосовувати математичне моделювання для оцінки економічної ефективності й доцільності подальшого використання. Виконання таких завдань суттєво розширило межі фармакоекономіки. Сьогодні вона є інструментом для інтегральної оцінки медичної діяльності, загальних фінансових витрат і, разом із клінічною економікою, якості життя хворих. Отже, фармакоекономіка перш за все порушує економічні питання пошуку найвигіднішого для хворого і суспільства алгоритму діагностики та лікування [2]. Іншими словами, як тільки в лікувальній схемі з'являється хоча б один препарат, вона відразу ж потрапляє з економічної точки зору у сферу діяльності фармакоекономіки. З іншого боку, фактично не існує сучасних стандартів лікування, в яких би не використовувались фармацевтичні препарати (хіба що у нетрадиційній медицині). Будь-яке оперативне втручання проводиться під анестезією, а відтак застосовуються відповідні фармакологічні засо-

би. Здавалося б, сфера діяльності клінічної економіки досить обмежена. Однак виражена теоретичність фармакоеконіміки як науки, часта розбіжність її висновків із реальною клінічною практикою свідчать про необхідність існування саме економіки клінічної, яка перш за все торкається клінічних аспектів лікувального процесу, а вже потім економічних. Отже, погляд на проблему під дещо іншим кутом відкриває нові перспективи для дослідження, де фармакоеконіміка вже недостатньо. Хоча будь-який вид анестезії часто й пов'язаний із оперативним втручанням, наркоз, з економічної точки зору, розглядають як окрему структуру, яку можна оцінювати фармакоеконімічно. Наприклад, клінічна економіка в розрізі хірургічної гастроентерології розглядає питання суто оперативного втручання: показання, вибір альтернативних методів операції з подальшою економічною оцінкою (одноріч двоетапні операції, паліативні чи радикальні тощо). Крім того, хірург, як правило, під час операції не використовує лікарські препарати.

Іноколи досить важко знайти ту межу, де закінчується одна з трьох медичних економік, а де починається інша. У реальному житті вони перетинаються, вже не кажучи про те, що в основному економічні методики, які застосовуються, нерідко одні й ті ж або споріднені. Незважаючи на це, все ж таки можна висловити припущення про цільову приналежність описаних наукових напрямків: медична економіка – організаторам охорони здоров'я, клінічна економіка – клініцистам і організаторам охорони здоров'я, фармакоеконіміка – провізорам. Однак не можна не відзначити, що останнім часом у цю схему залучається порівняно новий в Україні фах – клінічний провізор. Якщо оцінити ситуацію з іншого боку, поява цієї спеціальності може трактуватись як спроба поєднати зусилля клініциста і провізора, більш тісно взаємопов'язати їх діяльність, знайти спільні шляхи вирішення проблем як клінічної, так і фармацевтичної економіки.

Невідкладна хірургічна гастроентерологія може бути зразком поєднання медичної, клінічної та фармацевтичної економік. Очевидно, це пов'язано з тим, що багато захворювань травної системи лікується різними спеціалістами. Наприклад, пептична виразка шлунка чи дванадцятипалої кишки курується хірургами, і гастроентерологами, і терапевтами, і сімейними лікарями. Нерідко кожна група спеціалістів використовує свої методи лікування, іноді значно відмінні від інших.

Сьогодні практично у 98 % випадків неускладнену пептичну виразку лікують консервативно. Це стало можливим завдяки не тільки розвитку фармацевтичної промисловості та появі

на ринку нових потужних противиразкових препаратів, але й початку розробки уніфікованих стандартів лікування. Без сумніву, це крок уперед, що відкриває великі перспективи. Водночас існує багато проблем на цьому шляху (недарма такі стандарти лікування тимчасові). І однією з них слід вважати те, що в опрацюванні таких стандартів не враховуються фармакоеконімічні показники, до побудови алгоритмів чи вибору схем лікування ще не залучаються клінічні провізори або спеціалісти від клінічної та фармацевтичної економік.

З іншого боку, стандарти лікування – це, на перший погляд, проблема спеціалістів, що мають безпосереднє відношення до цього питання: організаторів охорони здоров'я, клініцистів, провізорів. Хворому як об'єкту в цій проблемі часом не відводять належної ролі. Скажімо, пацієнту з неускладненою пептичною виразкою призначено відповідну фармакотерапію. Лікар остаточно встановив діагноз, вибрав схему, алгоритм чи стандарт лікування, впевнений у позитивному результаті його застосування. Здавалося б, що тепер від пацієнта вимагається тільки сумлінно виконувати настанови лікаря. Однак у реальному житті ситуація не виглядає такою простою. Алгоритм і стандарт вимагають коректності їх дотримання (відповідний режим дозування препаратів, тривалість, час призначення та послідовність їх приймання тощо). Стандарт фармакотерапії містить набір відповідних ліків, які повинні бути доступними саме для хворого (вони є в аптеці або гарантовані лікувальним закладом, прийнятні за ціною). Крім того, слід відзначити такий важливий фактор лікувального процесу, як лікарський контроль за його перебігом та дотриманням хворим всіх порад і настанов, а відтак періодичний, а іноді й постійний, контакт пацієнта з лікуючим персоналом. Очевидно, існують ще й психологічні фактори – пацієнт повинен мати бажання видужати, розуміти, що загоєння і періодичні протирецидивні курси неминучі. Іншими словами, стандарт фармакотерапії вимагає від хворого самодисципліни та відповідності його заощаджень чи іншого виду фінансування цьому стандарту. Але як бути в ситуації, коли пацієнт не відповідає таким вимогам, вкрай недисциплінований, хоч і заможний, або взагалі асоціальний і не має ні відповідної самодисципліни, ні заощаджень, а часом навіть і домівки?

У недисциплінованого пацієнта частіше виникатимуть рецидиви захворювання, що, у свою чергу, вимагатиме частішого залучення клініциста до лікувального процесу (зростає кількість робочих годин медичного персоналу, витрачених на хворого), а часом і госпіталізації хворого в стаціонар, якої можна було б уникнути при

сумлінному дотримуванні стандарту лікування. Мова вже навіть не йде про можливість розвитку небезпечних для життя ускладнень (у випадку з пептичною виразкою це кровотеча, перфорація, стеноз, малігнізація), які вимагатимуть величезних державних чи позабюджетних витрат, яких можна було б уникнути.

Ситуація з асоціальним пацієнтом ускладнюється тим, що йому навряд чи вдасться придбати необхідні ліки у зв'язку з відсутністю заощаджень. Він може взагалі не звернутись до лікаря, натомість бути прийнятим у лікарню у важкому, запущеному або й термінальному стані. Як це не виглядає парадоксально, таким хворим, очевидно, показане не консервативне, а оперативне лікування. І це, знову ж таки, вже не тільки соціальна, а й соціально-економічна проблема, вирішувати яку частково покликана клінічна економіка. З одного боку, для держави достатньо великими є витрати на оперативне лікування, вже не кажучи про те, що операція – це завжди ризик (сьогодні вже з'являються спроби обчислити цю категорію за допомогою економічних методик), з іншого – ці витрати значно зростають, якщо такий метод лікування не застосувати у згаданій вище ситуації. Інше питання, який вид оперативного лікування вибрати.

Не можна тут обминути й етико-деонтологічних проблем. Лікар, базуючись на опрацьованих стандартах чи рекомендаціях, знає, як консервативно вилікувати хворого, впевнений у позитивному результаті терапії, однак, розуміючи неможливість використання такого методу через причини, які від нього не залежать, зголошується на заздалегідь ризикований, але в даному випадку найбільш надійний оперативний метод лікування, причому ще й фактично за рахунок держави.

Нерідко клініцисти вважають, що, коли хворого доводиться оперувати, то це завжди, більшою чи меншою мірою, "провал" профілактики і невдача фармакотерапії. Наскільки остання ефективніша, настільки менша потреба в хірургічних втручаннях [5]. Згадана вище ситуація вже не вписується в традиційні чи звичайні межі і пояснення, притаманні медичній та фармацевтичній економікам.

Отож етико-деонтологічні проблеми – надзвичайно важливе питання клінічної економіки. У програмі 103-го конгресу Німецького товариства інтерністів (Вісбаден, 1997) окреме засідання було присвячено клінічній економіці. Одна з доповідей розглядала протиріччя, які виникають між результатами лікування і витратами, інша – питання економіки і лікарської етики [5]. Як приклад останнього конфлікту можна навести такий факт. Дослідження в США довели, що за кошти,

витрачені на одну пересадку серця, можна підготувати чотирьох лікарів, чия праця могла б забезпечити здоров'я тисячам людей, які такої витратної операції не потребують [5]. Те ж саме стосується і пересадки печінки. Та все ж не фармакоекономіка вирішує, жити хворому чи ні, й хоча інколи це парадоксально і нераціонально з економічної точки зору, клініцист, незважаючи на фармакоекономічні аспекти, вибирає навіть більш витратний метод, який дасть хоча б найменший шанс зберегти хворому життя чи бодай трохи його продовжити. Тому суб'єктивні поняття людської моралі часом можуть стати бар'єром між досить об'єктивною клінікою і точною, математично обґрунтованою економікою. Таким чином, у вирішенні багатьох клінічних питань фармакоекономіка вже не вкладається у свої досить широкі межі й поступається більш специфічній дисципліні – клінічній економіці.

Одним із найсучасніших показників як клінічної, так і фармакоекономіки є якість життя хворого. Хоча, на наш погляд, критерій якості життя більш притаманний саме клініко-економічним дослідженням, оскільки безпосередньо пов'язаний із клінічною ефективністю лікування. Розглянемо нове, досить неординарне поняття "якість життя хворого під час лікування". Мова не йде про умови перебування в стаціонарі чи харчування, питання полягає насамперед у "психологічному комфорті хворого під час лікування". Прикладом такого "псевдокомфарту" може бути призначення хворому проносного в альтернативний час – на ніч або зранку напередодні операції. У першому випадку він наступного дня буде справедливо нарікати на те, що практично не спав усю ніч, у другому ж – лікар грамотно вибрав термін призначення ліків. Оскільки призначались ліки, дана ситуація – "під патронатом" фармакоекономіки. Та насправді розглядається зовсім інша сфера – економічна оцінка та наслідки недооцінки психологічного комфорту хворого під час лікування. Уявімо, що після безсонної ночі пацієнта прооперують. Очевидно, його фізичний стан буде значно гіршим, ніж у хворого, який вночі відпочивав. А відтак зростає ризик оперативного лікування (втома пацієнта призвела до зниження опірності його організму), збільшуються, відповідно, прогнозовані витрати, тому це питання повинно розглядатись клінічною економікою.

Наведені приклади – лише маленька частка проблем, які покликана вирішити порівняно молода наука – клінічна економіка. Низка піднятих питань, відповідь на які лежить у сфері впливу цього перспективного наукового напрямку медицини, дозволяє стверджувати, що клінічна економіка має право на існування в Україні поряд з

медичною та фармацевтичною. Вона покликана виконувати конкретні, відмінні від інших завдання, що тісно пов'язані з лікувальним процесом, його організацією та вдосконаленням, соціально-етичними та деонтологічними проблемами, у центрі яких – орієнтація перш за все на пацієнта. В оптимізації діагностично-лікувального процесу, зокрема у невідкладній хірургічній гастроентерології, розробці алгоритмів, рекомендацій та стандартів лікування при захворюваннях травного тракту, повинні, поряд із клініцистами та організаторами охорони здоров'я, брати участь спеціалісти з клінічної та фармацевтичної економіки, клінічні провізори.

Список літератури

1. Заліська О.М. Основи фармакоекономіки / За ред. Б.Л. Парновського. – Львів: ВФ “Афіша”, 2002. – 360 с.
2. Исаков В.А., Иваников И.О. Фармакоэкономика при заболеваниях, связанных с инфицированием *Helicobacter pylori* // Терапевт. архив. – 2000. – № 2. – С. 61–63. 3. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680 с.
4. Указ Президента України “Про концепцію розвитку охорони здоров'я населення України” від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000 // Офіц. вісн. України. – 2000. – № 49, Ч. 1. – С. 2116.
5. Эльштейн Н.В. Ошибки в гастроэнтерологической практике (причины, тенденции, профилактика). – МИА, 1998. – 222 с.
6. Bodger K., Daly M.J., Heatley R.V. Clinical Economics in Gastroenterology. Blackwell Science. – Oxford, London, 2000. – 269 p.
7. Kozma C.M., Reeder C.E., Schulz R.M. Economic, clinical, and humanistic outcomes: a planning model for pharmaco-economic research // Clin Ther. – 1993. – № 15. – P. 21–32.

РЕАЛЬНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭКОНОМИКИ КАК ИНСТРУМЕНТА СТАНДАРТИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В УКРАИНЕ

А.Б. Зименковский (Львов)

Проведен сравнительный анализ с представлением оригинальных трактовок медицинской, фармацевтической и клинической экономик. Показана необходимость участия клинической экономики в стандартизации медицинских технологий в условиях современного реформирования здравоохранения в Украине. Сделана попытка доказательства права на существование в Украине новой науки – клинической экономики.

REALITY AND FUTURE OF CLINICAL ECONOMICS AS THE TOOL OF MEDICAL TECHNOLOGIES STANDARDIZATION IN UKRAINE

A.B. Zimenkovsky (Lviv)

A comparative analysis with the original explanation for medical, pharmaceutical and clinical economics has been carried out. The necessity of clinical economics participation in medical technologies standardization in conditions of current reforms in Ukrainian public health system has been shown. The author has made an attempt to prove the right for existence of the new science – clinical economics in Ukraine.

УДК 614.2:355:006.3(477)

М.М. ВОВКОДАВ, М.П. БОЙЧАК, Л.А. ГОЛИК (Київ)

МЕДИКО-ЕКОНОМІЧНІ СТАНДАРТИ ЯК ОСНОВА ОРГАНІЗАЦІЇ БЕЗОПЛАТНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ І ПЕНСІОНЕРАМ МО УКРАЇНИ

Головне військово-медичне управління МО України,
Головний військовий клінічний госпіталь МО України

Однією з найбільш помітних тенденцій реорганізації системи медичної допомоги впродовж останніх років є розширення стандартизації діяльності медичного персоналу.

Час професійної незалежності лікарів минає. У клінічну практику на основі сучасних концепцій доказової медицини впроваджено клінічні протоколи, в яких представлено сучасні й найбільш ефективні технології діагностики, лікування та надання медичної допомоги. Реальні плани у вигляді середніх обсягів лікувальних та діагностичних заходів, відповідно до яких повинен плануватись та реалізовуватись лікувально-діагностичний процес в інтересах конкретного хворого, відображено у медико-економічних стандартах (МЕС). Оскільки останні є тимчасовою формою угоди щодо шляхів вирішення діагностичних і лікувальних проблем пацієнта, то в стандартах закріплюється право пацієнта на необхідний гарантований обсяг медичної допомоги на даний час та обов'язки лікаря для його забезпечення. На сьогодні медична допомога не завжди відповідає МЕС через недостатнє забезпечення засобами діагностики і лікування. Відомо, що наказом МОЗ України від 27 липня 1998 року № 226 введено Тимчасові галузеві уніфіковані стандарти медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України та Тимчасові стандарти обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критеріїв лікування дітей [7]. Вони затверджені на галузевому рівні та є технологічним і правовим відображенням гарантованого обсягу та якості медичної допомоги, нижче рівня якого надання медичної допомоги у відповідному закладі не допускається.

Враховуючи вимоги вищезгаданого наказу МОЗ України, перед впровадженням стандартів у військових госпіталях необхідно було з'ясувати: чи готові ми до впровадження стандартів МОЗ в організаційному плані; чи вистачить ресурсів на медичну допомогу; які методичні підхо-

ди потрібні для адаптації стандартів до обмеженого фінансового, матеріального та іншого забезпечення госпіталів.

Намагаючись планувати реалізацію наказу МОЗ України, можна дійти висновку, що на даний час немає необхідних умов для виконання запропонованих обсягів лікувально-діагностичних заходів. "Ідеальним" МЕС може бути лише тоді, коли у пацієнта прогнозований типовий прояв хвороби, без ускладнень, які змінюють уявлення про стандарти основного захворювання, і йому буде проведено всі можливі для такого випадку діагностичні й лікувальні процедури. При спробі впровадження стандартів медичної допомоги, рекомендованих МОЗ України, в практику роботи військових госпіталів виник ряд проблем. Запропоновані стандарти передбачають надлишкове використання діагностичних засобів, на їх основі неможливо прогнозувати вартість лікування. Фактична заборона відхилень від обсягу медичної допомоги орієнтує лікарів не на врахування індивідуальних особливостей стану здоров'я пацієнта, а на вимоги стандарту, оскільки відхилення від запропонованих стандартів у відповідному закладі не допускаються.

Юридична сторона значення МЕС полягає у захисті перш за все прав пацієнта, а після його затвердження сприяє також правовому захисту лікаря. Разом із тим, "ідеальний" стандарт не повинен обмежувати права лікаря, звужувати його критичні погляди і творчу діяльність. У медичній допомозі не допустимий стандарт-регламент, що жорстко регулює порядок дій лікаря. Зміст його визначається суб'єктивною потребою пацієнта. Що ж до обсягу таких вимог, то він завжди залежить від стану хворого і, повною мірою, від ресурсних можливостей лікувально-профілактичного закладу. Пріоритетним є такий вибір діагностичних і лікувальних процедур, який зумовлюється інтересом пацієнта. Формальний підхід до їх вибору завжди негативно впливає на суб'єктивні та об'єктивні інтереси пацієнта і може при-

звести до юридичної відповідальності лікаря. Лікар під час надання медичної допомоги, орієнтуючись на МЕС, повинен встановити не тільки те, що потрібно зробити, але й те, чого не можна не виконати для успішної діагностики та лікування конкретного хворого. Відповідальність лікарів зумовлюється не фактом недотримання стандарту, а фактом спричинення шкоди здоров'ю пацієнта, фактом бездіяльності чи непрофесійності. Тому оцінка діяльності лікаря не залежить від кількості та номенклатури виконаних пацієнту процедур, вона оцінюється з точки зору досягнення реальної мети лікування та профілактики захворювань. Виникає закономірне запитання: "Як забезпечити лікування хворих і контролювати його якість, коли державні медичні стандарти неможливо виконати з об'єктивних причин?" Вихід із такого становища очевидний – стандарт повинен адаптуватись до різноманітних ресурсних можливостей медичних закладів і, що важливо, бути єдиним для амбулаторного та стаціонарного етапів лікування.

Приступаючи до розробки та впровадження стандартів лікування військовослужбовців, ми врахували те, що, в силу специфічності військової праці, військовослужбовці та пенсіонери МО України потребують підвищеного рівня соціального захисту, в тому числі й щодо медичної допомоги, на яку правило відмови не може розповсюджуватись. А тому обов'язково повинна передбачатися відповідальність посадових осіб за відмову в будь-якому вигляді (явна відмова чи прихована бездіяльність) в її наданні. Також обов'язково потрібно визначити осіб, які контролюють затверджені МЕС і порядок надання безоплатної допомоги при обмеженому фінансуванні. Відсутність таких передумов робить неможливим надання військовослужбовцям безоплатної якісної медичної допомоги, гарантованої державою. Ці передумови є ключовими для розробки стандартів, їх впровадження в діяльність госпіталів та своєчасної корекції, оскільки, очевидно, в реальних умовах безоплатна медична допомога може бути надана в обмеженому обсязі й тільки відповідно до обсягу виділених для військового госпіталю ресурсів.

Сучасна концепція доказової медицини відображена в клінічних протоколах, методичних рекомендаціях та інших документах. Нами розроблені соціально та економічно адаптовані до реального ресурсного забезпечення госпіталів структура та зміст медико-економічних стандартів. Вони містять набір обґрунтованих процедур, певну частину яких можна виконати хворому, виходячи з результатів аналізу й оцінки стану його здоров'я. Основна мета такого стандарту – зменшення часу перебування пацієнта

на етапі інтенсивної діагностики і лікування та, відповідно, заощадження коштів без шкоди здоров'ю хворого. При іншому підході до використання медичних ресурсів лікувальним закладам загрожує зубожіння.

Запропонований нами стандарт відрізняється від стандартів МОЗ України. По-перше, виходячи з гуманістичного принципу необхідної доступності медичної допомоги, вважаємо недоцільним впровадження у МЕС "рівнів медичної допомоги", оскільки це дискримінаційний критерій. По-друге, межі допустимості відхилень лікарів від МЕС обмежуються вимогами чіткого виконання завдань лікувально-діагностичного процесу для досягнення його мети. По-третє, МЕС може використовуватись як у стаціонарних, так і в амбулаторних умовах лікування пацієнта.

Для практичної реалізації вимог МЕС у різних умовах ресурсного забезпечення ми запропонували замінити обсяг лікувальних і діагностичних заходів на обов'язковий обсяг завдань, які повинні виконуватись лікарем для досягнення поставленої мети лікування. При такому підході до розробки МЕС буде існувати можливість розмежування відповідальності: за ресурсне забезпечення певної кількості пацієнтів – керівників підрозділів та закладів; а за ефективне використання діагностичних і лікувальних засобів в інтересах окремих пацієнтів – лікаря-куратора.

Таким чином, для практичної реалізації стандартів, адаптації їх до різних ресурсних можливостей військових госпіталів, амбулаторного чи стаціонарного етапу лікування нами запропоновані медико-економічні стандарти, які, на відміну від існуючих, дозволяють встановлювати обсяг лікувально-діагностичних заходів лікарем відповідно до цілей лікувально-діагностичного процесу для конкретного пацієнта та ресурсних можливостей лікувального закладу.

За допомогою експертних груп лікарів-терапевтів Головного військового клінічного госпіталю (ГВКГ) МО, викладачів кафедр терапії Української військово-медичної академії та Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця обґрунтовано середні терміни лікування хворих, спектр технології обстеження і лікування, які повинні виконуватись при конкретній нозології. Відомчі МЕС щодо обсягу медичної допомоги та його ресурсного забезпечення викладено у вигляді спеціально роздробленої карти, яка містить 6 розділів:

У розділі 1 вказується найменування нозологічної форми, для якої складено стандарт.

У розділі 2 – мета, якої в ідеалі можна досягти при лікуванні захворювання, що розглядається. Наприклад: *збереження життя, забезпечення ремісії, підбір терапії і поліпшення якості життя,*

видужання, хірургічне втручання, Військово-лікарська комісія (ВЛК). Мета обстеження і лікування є визначальною для вирішення питання щодо місця лікарського спостереження: стаціонар чи поліклініка.

Розділи 3–6 наведено у вигляді таблиць.

У розділі 3 розглядаються завдання, які необхідно виконати для досягнення поставленої мети, – діагностичні та лікувальні. Діагностичні завдання повинні бути спрямовані на диференціацію даної хвороби із синдромоподібними захворюваннями та на уточнення функціонального стану хворого, показників гомеостазу тощо, які істотно впливають на тактику лікування й, особливо, прогноз даного захворювання. Лікувальні завдання передбачають лікування тільки даного захворювання і профілактику очікуваних специфічних та патогномонічних ускладнень. Лікування і діагностика супровідної патології та ускладнень, які часто супроводжують інші захворювання, проводяться за відповідними для них стандартами. Також вказуються коди досліджень, лікувальних маніпуляцій, процедур, медикаментів, призначення яких може бути рекомендоване.

У розділі 4 наводяться коди та найменування, відсоток і кратність призначення діагностичних досліджень і консультацій, які найбільш часто застосовуються для виконання завдань, передбачених розділом 3. Відсоток призначення та їх кратність визначаються експертним шляхом з урахуванням літературних даних і середньостатистичних показників.

У розділі 5 вказуються код, найменування необхідних лікарських препаратів та витратного майна, дозування, кратність і кількість на курс (за час перебування у відділенні), відсоток потреби в призначеннях, виходячи із середньостатистичних даних про перебіг захворювання.

У розділі 6 визначено критерії якості лікування.

Стандарти дають змогу застосовувати їх для більшості пацієнтів, оскільки їхні можливості у конкретній ситуації визначаються лікарем-куратором відповідно до наявних ресурсів. Щодо обов'язковості виконання зазначених там вимог, то запропоновані стандарти мають рекомендаційний характер. Діапазон допустимих відхилень від стандартів визначається лікарем залежно від клінічної ситуації. Наявність у МЕС розділів діагностичних та лікувальних завдань, переліку обстежень та лікувальних засобів, які проводяться хворому за вибором лікаря, дають свободу останньому при прийнятті ним рішення щодо використання дефіцитних засобів, не знижуючи якості лікування. Зрозуміло, що завдання, викладені у МЕС, повинні бути виконані обов'язково. Але це зовсім не означає, що необхідно провес-

ти всі дослідження або використати всі медикаменти. Їх перелік зумовлюється клінічною ситуацією та метою обстеження і лікування. При такому підході до побудови медико-економічних стандартів діапазон допустимих відхилень від "обов'язкового" лікувально-діагностичного комплексу буде зумовлений не тільки ресурсними можливостями і завданнями лікувально-діагностичного процесу, але й, значною мірою, компетенцією і кваліфікацією лікаря.

Перевірити виконання вимог стандартів і, деякою мірою, якості медичної допомоги можна на основі оцінки адекватності й сукупності застосованих діагностичних та лікувальних заходів для досягнення цілей лікувально-діагностичного процесу.

Таким чином, запропоновані медико-економічні стандарти є основою для організації медичної допомоги і сприяють визначенню:

- правильності вибору медичної тактики, характеру та обсягу діагностичних досліджень, засобів лікування з урахуванням важкості хвороби;
- нормативів оснащення медичною технікою та обладнанням, регулюванню ресурсного забезпечення;
- реальної вартості медичних послуг при різноманітних формах захворювань;
- економічної ефективності медичної діяльності лікувально-профілактичних установ;
- можливості отримання медичною установою ліцензії або сертифіката, відповідно до яких надаватиметься конкретний обсяг медичної допомоги.

Стандарт – динамічна сукупність медичних знань: з часом змінюються уявлення про діагностику та лікування, з'являються більш ефективні та безпечні лікувальні засоби. Усі ці зміни повинні знаходити своє відображення в МЕС.

Процес розробки стандартів медичної допомоги повинен бути постійним, їх необхідно переглядати і затверджувати із внесенням змін не рідше одного разу на рік. Тільки за цих умов буде реалізована і може зростати роль стандартів щодо вдосконалення якості медичних послуг, раціонального використання матеріальних і трудових ресурсів, впровадження нових медичних технологій тощо.

Медико-економічний стандарт діагностичних і лікувальних завдань та їх ресурсне забезпечення¹

1. Діагноз: ІХС: нестабільна (прогресуюча) стенокардія.

2. Мета: зменшення ризику розвитку інфаркту міокарда, покращання виживання та якості життя.

Скорочення терміну стаціонарного лікування, середній ліжко-день (або термін безперервного спостереження при позастаціонарному лікуванні)

¹Варіант медико-економічного стандарту розроблений кандидатом медичних наук, доцентом Сидоровою Л.Л.

3. Завдання.

№	Діагностичні	Коди досліджень	№	Лікувальні	Коди лікування
1	Загальноклінічне дослідження	01.31.009-0012	1	Стабілізація коронарного атеросклерозу ^{10, 11, 14, 1-9,}	
2	Диференційний діагноз	01.10.001-005, 09.05.043,09.05.049, 09.05.041, 04.10.002, 04.12.003, 05.10.001, 12.10.001	2	Усунення (профілактика) тромбозу ^{10, 11, 14, 1-9}	
3	Визначення групи ризику ^{12, 13, 16, 17}	01.10.001,05.10.001, 04.10.002	3	Усунення ішемії міокарда ^{4, 5}	
4	Визначення факторів ризику загострення ІХС ¹⁵	01.10.001, 05.10.001,004, 09.05.023,026	4	Зменшення потреби міокарда у кисні	
5	Виявлення супровідної патології, що впливає на лікувальну тактику	02.12.001,002, 05.10.001, 04.10.002, 04.12.003, 06.10.007	5	Лікування ускладнень та супровідної серцевої недостатності	Згідно з відповідним стандартом
6	Визначення віддаленого прогнозу, режиму життєдіяльності та тактики на амбулаторному етапі ^{12, 13, 14, 15, 19}	05.10.004, 12.10.001 06.10.007	6	Визначення медикаментозної терапії на амбулаторному етапі ^{3, 6, 7}	Згідно із стандартом стабільної стенокардії

4. Діагностичні засоби виконання завдань

№	Найменування	Код	%	Кратність	№	Найменування	Код	%	Кратність
1	Загальний аналіз крові	08.05.001-003	100	2	6	Холтерівське моніторування	05.10..004	25	1
2	МВ КФК	09.05.043	100	1	7	ЕКГ	05.10.001	100	3,5
3	КФК	09.05.043	100	2	8	Ехокардіографія	04.10.002	100	1,5
4	Холестерин	09.05.026	100	1	9	Консультація кардіохірурга**		10	1
5	Глюкоза	09.05.023	100	1,5	10	Флюорографія або рентген дослідження ОГП	06.09.007,008	80	1

Примітка. * – для хворих групи низького ризику^{4,5,14,3},
** для хворих груп проміжного та високого ризику^{4,5,14}.

5. Лікувальні засоби виконання завдань

№	Код	Найменування	% призначення	Кратність на добу	Кількість на курс
1	2	3	4	5	6
І ГРУПА. ЗАСОБИ КРИТИЧНОЇ НЕОБХІДНОСТІ					
	450001	Гепарин 5 мл	95	0,8	4
	080010	Аспірин 0,325	95	1	4
	290010	Пропранололу гідрохлорид 0,01	95	4	16
		Обзидан 1 мл	95	1	1
		Ізокет-спрей	95		при потребі
		Олікард 0,02	95	3	12
	050005	Розчин морфіну гідрохлориду 1 % 1 мл	10	1,5	при потребі
	530015	Глюкоза 5 % 200 мл	95	1	4
	520060	Розчин натрію хлориду 0,9 % 200 мл	95	1	5
	E20750	Шприци 2,0	100	4	16
	E20755	Шприци 5,0	100	2-3	8-12

Продовження табл.

1	2	3	4	5	6
	E20760	Шприци 10,0	100	1-2	4
	E20510	Системи для внутрішньовенних інфузій	95	1	4-6
	300100	Нітрогліцерин 1 % 2,0			при потребі
		Ізосорбїду динітрат 0,01	80	3	12
	290020	Атенолол 0,1	50	2	8
		Метопролол 0,05	50	2	8
		Тиклопїдин 0,25	40	1	4
		Низькомолекулярний гепарин (еноксапарин 0,08)	60	2	8
		Ловастатин	30	1	4
		Стентування			
		Аортокоронарне шунтування			
II ГРУПА. ЗАСОБИ, ЯКІ МОЖУТЬ ПОЛІПШИТИ ЯКІСТЬ ДІАГНОСТИКИ					
		Реактиви для визначення вмісту тропонїну Т			
		Сцинтиграфія міокарда			
		Коронарографія	10		

6. Критерії лікування

Групи хворих на нестабільну стенокардію	Критерії
Низький ризик: 1. Стенокардія, що виникла вперше. 2. Прогресуюча стенокардія	1. Зниження нападів стенокардії. 2. Встановлення стенокардії вихідного функціонального класу
Помірний та високий ризик	1. Припинення нападів стенокардії. 2. Встановлення стенокардії вихідного функціонального класу. 3. Нормалізація електрокардіографічних змін. 4. Підвищення (встановлення вихідного рівня) толерантності до фізичного навантаження

Висновки

1. Процес розробки стандартів медичної допомоги повинен бути постійним. МЕС необхідно періодично переглядати із внесенням до них змін не рідше одного разу на рік. Тільки за таких умов буде реалізована і зможе постійно зростати роль стандартів щодо вдосконалення якості медичних послуг, вирішення питань стосовно раціонального використання матеріальних і трудових ресурсів, буде забезпечено впровадження нових медичних технологій тощо.
2. Враховуючи те, що, в силу специфічності військової праці, військовослужбовці та пенсіонери МО України потребують підвищеного рівня соціального захисту, для забезпечення даного контингенту своєчасною і, по можливості, повною безоплатною медичною допомогою необхідно затвердити і запровадити у практику військової медицині відомчі МЕС.

Список літератури

1. Грацианский Н.А. Нестабильная стенокардия – острый коронарный синдром без подъема сегмента ST. Антитромботическая терапия // Кардиология. – 2000. – № 12. – С. 12–25.
2. Джор Дж.Тейлор. Основи кардіологічної практики. – К., 1999.
3. Затейщиков Д.А. Нестабильная стенокардия. Русский медицинский сервер. – 1999.
4. Збірник нормативно-директивних документів з охорони здоров'я. – К.: ПП "Гордон", 1998. – Ч. 2. – 346 с.; Ч. 3. – 395 с.
5. Кириченко А.А. Нестабильная стенокардия. Русский медицинский сервер. – 1998.
6. Назаренко Г.И., Кишкун А.А. Формирование единого технологического процесса производства лабораторных анализов. Опыт медицинского центра ЦБ РФ // Клини. лаб. диагностика. – 2001. – № 5. – С. 45–49.
7. Наказ МОЗ України від 27 липня 1998 р. № 226 "Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України та Тимчасових стандартів обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критеріїв лікування дітей".

8. *Оценка качества и эффективности медицинской помощи (Методические материалы)* / Под ред. О.П. Щепина. – М.: Изд. НИИ соц. гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко, 1995. – 80 с.
9. *Пархоменко А.Н., Лутай Я.М.* Новые аспекты патогенеза и лечения больных с нестабильной стенокардией и мелкоочаговым инфарктом миокарда // Укр. мед. часопис. – 2000. – № 4. – С. 5–10.
10. *Система стандартизации в здравоохранении Российской Федерации: Сб. нормативных документов.* – М., 2000. – 275 с.
11. *Система стандартизации в здравоохранении Российской Федерации. Отраслевой стандарт. Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении.* – М., 2001. – С. 69–78.
12. *Степаненко А.В., Лішенко С.В., Уваров В.В.* Науково-методичне обґрунтування розробки військово-медичних стандартів України // Військ. медицина України. – 2001. – Т. 1, № 2. – С. 135–138.
13. *Braunwald E.* Unstable angina: a classification // *Circulation.* – 1989. – V. 80. – P. 410–414.
14. *Braunwald E.* Unstable angina: diagnosis and management. Agency for Health policy and research. – 1994.
15. *Verheugt F.* Acute coronary syndromes: drug treatment // *Lancet.* – 1999. – V. 353. – P. 20–23.
16. *Wallentin L.* Long-term management – the way forward? // *Clin Card.* – № 23. – P. 113–117.

МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ СТАНДАРТЫ КАК ОСНОВА ОРГАНИЗАЦИИ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВОЕННОСЛУЖАЩИМ И ПЕНСИОНЕРАМ МО УКРАИНЫ

М.М. Вовкодав, М.П. Бойчак, Л.А. Голик (Киев)

На основании анализа системы медицинского обеспечения военнослужащих и пенсионеров МО Украины предложены ведомственные медико-экономические стандарты диагностических и лечебных задач, их ресурсное обеспечение.

MEDICAL AND ECONOMIC STANDARDS AS THE BASIS FOR FREE OF CHARGE MEDICAL AID PROVIDED TO SERVICEMEN AND PENSIONERS OF THE MINISTRY OF DEFENCE OF UKRAINE

М.М. Vovkodav, M.P. Boychak., L.A. Golyk (Kyiv)

Based on the analysis of medical aid provision system provided to servicemen and pensioners at the Ministry of Defence of Ukraine the departmental medical and economic standards for diagnostic and medical problems and their resource provision have been proposed.

УДК 616.89:614.2:33

*А.О. ГОЛЯЧЕНКО, С.І. ЗАГОРОДНІЙ, В.В. ШКРОБОТ, В.А. БОЛЯРСЬКА, В.Л. СМІРНОВА,
Н.Г. КОРНІЄНКО*

ЦІНОУТВОРЕННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЇЇ ЕКОНОМІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ

Тернопільська державна медична академія, Тернопільська обласна психіатрична лікарня, Острозька психіатрична лікарня Рівненської області

В управлінні психіатричною допомогою врахування її вартості є визначальною передумовою для переходу до ринку. Визначення вартості лікування кожного хворого та оцінка затрат, які

допускає кожен лікар у своїй роботі, дозволяють вживати конкретних оперативних заходів щодо поліпшення надання психіатричної допомоги.

Вивчено вичерпну захворюваність 3515 жителів Борщівського району Тернопільської області, в тому числі з психічними розладами. Допомога психічним хворим експертним шляхом розподілена за трьома рівнями: лікар загальної практики, амбулаторна психіатрична допомога, що надається районним психіатром, стаціонарна психіатрична допомога, що надається в умовах психіатричного стаціонару на обласному рівні. Методичні підходи до визначення вартості психіатричної допомоги були такими: підраховано вартість кожної з медичних послуг і, в кінцевому підсумку, визначено вартість лікування кожного хворого. Даний підхід має багато переваг, а саме: можливість визначення пересічної вартості психіатричної допомоги пацієнту і застосування механізму фінансування на усіх рівнях, можливість введення розрахунків між рівнями, а також цільове фінансування деяких груп хворих на вторинному і третинному рівнях. Крім того, визначення вартості лікування пацієнта спрощує оцінку роботи кожного лікаря, що має велике значення для поліпшення діяльності системи в цілому: вихід на пацієнта (випадок) значно спрощує статистичні й бухгалтерські обчислення, що є далеко не останньою справою в діяльності медичних установ.

Визначення вартості психіатричної допомоги здійснювалось згідно із спеціально розробленими економіко-математичними моделями.

Економіко-математична модель для визначення вартості психіатричної допомоги амбулаторному пацієнту або випадку амбулаторної допомоги:

$$Ц_{ап} = V_{рхл} \times T_{л} + V_{рхс} \times T_{с} + V_{мтз} + S \left(\left(\frac{V_{об}}{T_{г}} \right) \times T_{о} + B_{дз} + V_{рхп} \times T_{о} \right) + S \left(\left(\frac{B}{T_{г}} \right) \times T_{п} + B_{дз} + V_{рхп} \times T_{п} \right) + S \left(V_{пз} + S \left(V_{р} \times T_{к} + (П_{н} + П) \right) \right)^1,$$

де $Ц_{ап}$ – вартість допомоги, наданої амбулаторному пацієнту;

$V_{рхл}$ – пересічна вартість робочої хвилини лікаря;

$T_{л}$ – кількість хвилин, витрачених лікарем на надання допомоги пацієнту;

$V_{рхс}$ – пересічна вартість робочої хвилини медсестри;

$T_{с}$ – кількість хвилин, витрачених медсестрою на надання допомоги пацієнту;

$V_{мтз}$ – пересічне число матеріально-технічних затрат на одного амбулаторного пацієнта (відвідування);

$V_{об}/T_{г}$ – вартість (амортизація) однієї хвилини обладнання, що використане для обстеження пацієнта, $T_{г}$ – гарантійний термін дії обладнання;

$T_{о}$ – термін обстеження (у хвилинах);

$B_{дз}$ – вартість допоміжних засобів, що використані під час обстеження (інструментального лікування);

$V_{рхп}$ – вартість робочої хвилини працівника, що проводив обстеження (інструментальне лікування);

¹ – застосовується при госпрозрахунковій діяльності;

$B/T_{г}$ – вартість (амортизація) однієї хвилини апарата, що використаний для інструментального лікування, $T_{г}$ – гарантійний термін дії апарата;

$T_{п}$ – термін інструментального лікування (у хвилинах);

$V_{мк}$ – вартість медикаментозних засобів, використаних для хірургічного лікування;

$V_{пз}$ – вартість перев'язувальних засобів, застосованих для хірургічного лікування;

$V_{рхк}$ – вартість робочої хвилини лікаря-консультанта;

$T_{к}$ – термін консультації (у хвилинах);

$П_{н}$ – прибуток;

$П$ – податок;

S – сума.

Модель не враховує лишень постійних витрат на будівництво приміщень амбулаторно-поліклінічних закладів.

Згідно з експертною оцінкою, весь обсяг психіатричної допомоги був розподілений за трьома рівнями: первинний (лікар загальної практики) – 37,4 %, вторинний (районний лікар-психіатр) – 60,6 %, третинний (обласна лікарня) – 2,0 %. Наведемо приклад визначення вартості допомоги психічним хворим на рівні лікаря загальної практики.

№ 1. Чоловік, 28 років, страждає розумовою відсталістю.

Хворий відвідував лікаря 3 рази.

Вартість лікування:

1. Заробітна платня працівників:

1.1. Лікар загальної практики – $0,36 \times 3 = 1,08$ грн.

1.2. Медична сестра – $0,21 \times 3 = 0,63$ грн.

1.3. Санітарка – $0,19 \times 3 = 0,57$ грн.

Разом – 2,28 грн.

2. Обстеження:

Разом – 6,34 грн.

3. Матеріально-технічні витрати – $4,65 \times 3 = 13,95$ грн.

4. Медикаментозні засоби лікування:

4.1. Аміналон – $75 \text{ табл.} \times 0,10 = 7,50$ грн.

4.2. Аміназин – $65 \text{ табл.} \times 0,03 = 1,95$ грн.

4.3. Бром-камфора – $60 \text{ табл.} \times 0,35 = 2,10$ грн.

Разом – 11,85 грн.

Всього: $2,28 + 6,34 + 13,95 + 11,85 = 34,42$ грн.

Визначення вартості лікування психічних захворювань на рівні лікаря загальної практики або родинного лікаря дало такі результати (табл. 1).

Таблиця 1. Вартість лікування психічних хворих у лікаря загальної практики (родинного лікаря)

Хвороби	Число захворювань на 1000 мешканців	Пересічна вартість лікування одного хворого (грн)	Загальна вартість на 1000 мешканців (грн)
1. Розумова відсталість	6,72	34,12	229,29
2. Органічні, включаючи симптоматичні, розлади психіки	2,38	132,16	314,54
3. Непсихотичні психічні розлади органічного походження	2,04	110,22	224,85
4. Невротичні, пов'язані із стресом, та соматоформні розлади	0,65	104,28	67,78
5. Шизофренія	1,82	150,40	273,73
6. Афективні розлади	0,67	123,50	82,75
7. Хронічні та інші психотичні розлади	0,34	106,12	36,08
Разом	14,62	84,02	1228,37

Другим етапом є надання психіатричної допомоги в сільському районі психіатром поліклініки центральної районної лікарні. Зупинимось на прикладі.

№ 1. Хвора, 35 років, з органічними, включаючи симптоматичні, розладами психіки. Зробила 5 відвідувань до психіатра районної лікарні.

Вартість відвідування:

1. Заробітна платня працівників:

1.1. Лікар-психіатр ЦРЛ – $0,36 \times 5 = 1,80$ грн.

1.2. Медична сестра – $0,21 \times 5 = 1,05$ грн.

1.3. Санітарка – $0,19 \times 5 = 0,95$ грн.

Разом – 3,80 грн.

2. Обстеження:

Разом: 6,34 грн.

3. Матеріально-технічні витрати - $4,65 \times 5 = 23,25$ грн.

4. Медикаментозні засоби лікування:

4.1. Аміназин – $75 \text{ табл.} \times 0,03 = 2,25$ грн.

4.2. Гедезепам – $30 \text{ табл.} \times 0,51 = 15,30$ грн.

4.3. Санопакс – $60 \text{ табл.} \times 1,50 = 90,0$ грн.

4.4. Діакарб – $10 \text{ табл.} \times 0,35 = 3,50$ грн.

4.5. Венкоцетин – $90 \text{ табл.} \times 0,22 = 19,80$ грн.

4.6. Вітамін В₁ – $10 \text{ ампл.} \times 0,21 = 2,10$ грн.

4.7. Вітамін В₆ – $10 \text{ ампл.} \times 0,14 = 1,40$ грн.

4.8. Шприци – $1,0 \text{ мл} - 20 \times 0,25 = 5,0$ грн.

Разом – 139,35 грн.

5. Допоміжні методи:

ЛФК – $10 \text{ сеансів} \times 2,25 = 22,50$ грн.

Всього: $3,80 + 6,34 + 23,25 + 139,35 + 22,50 = 195,24$ грн.

Результати визначення вартості амбулаторного лікування психічних захворювань на рівні психіатра поліклініки центральної районної лікарні наведено в таблиці 2.

Таблиця 2. Вартість амбулаторного лікування психічних захворювань у психіатра районної лікарні

Хвороби	Число захворювань на 1000 мешканців	Пересічна вартість лікування одного хворого (грн)	Загальна вартість на 1000 мешканців (грн)
1. Розумова відсталість	6,58	50,02	329,13
2. Органічні, включаючи симптоматичні, розлади психіки	5,83	192,24	1120,76
3. Непсихотичні психічні розлади органічного походження	4,28	163,48	699,69
4. Невротичні, пов'язані із стресом, та соматоформні розлади	2,92	153,14	447,17
5. Шизофренія	2,69	247,94	666,96
6. Афективні розлади	0,82	204,24	167,48
7. Хронічні та інші психотичні розлади	0,55	289,00	158,95
Разом	23,67	152,04	3598,72

Економіко-математична модель для визначення вартості психіатричної допомоги стаціонарному пацієнту виглядає так:

$$\text{ЦСП} = V_{\text{зплдл}} \times T_{\text{лд}} + V_{\text{зплдс}} \times T_{\text{лд}} + V_{\text{зплдм}} \times T_{\text{лд}} + V_{\text{зплдл}} \times T_{\text{лд}} + V_{\text{зплдл}} \times T_{\text{лд}} + S(V_{\text{об}}/T_{\text{г}} \times T_{\text{о}} + V_{\text{дз}} + V_{\text{рхп}} \times T_{\text{к}}) + S(V_{\text{м}}/T_{\text{г}} \times T_{\text{п}} + V_{\text{дз}} + V_{\text{рхп}} \times T_{\text{п}}) + S V_{\text{рхк}} \times T_{\text{к}} + S V_{\text{м}} + S V_{\text{пз}} + (P_{\text{н}} + P),$$

де ЦСП – вартість медичної допомоги стаціонарному пацієнту;

$V_{\text{зплдл}}$ – пересічна заробітна платня лікаря з розрахунку на один ліжко-день;

$T_{\text{лд}}$ – число ліжко-днів;

$V_{\text{зплдс}}$ – пересічна сумарна заробітна платня медичних сестер із розрахунку на один ліжко-день;

$V_{\text{зплдм}}$ – пересічна сумарна заробітна платня молодших медпрацівників із розрахунку на один ліжко-день;

$V_{\text{мтзлц}}$ – вартість матеріально-технічних затрат на один ліжко-день;

$V_{\text{хлд}}$ – вартість харчування хворого за день;

$V_{\text{м}}$ – витрати на медикаменти;

$V_{\text{об}}/T_{\text{г}} \times T_{\text{о}} + V_{\text{дз}} + V_{\text{рхп}} \times T_{\text{о}}$ – вартість допоміжних обстежень;

$V_{\text{п}}/T_{\text{г}} \times T_{\text{п}} + V_{\text{дз}} + V_{\text{рхп}} \times T_{\text{п}}$ – вартість інструментальних методів лікування, включаючи хірургічні;

$V_{\text{мх}}$ – вартість медикаментів, що використані під час хірургічного лікування;

$V_{\text{пз}}$ – вартість перев'язувальних засобів, що застосовані під час хірургічних втручань і лікування;

$V_{\text{рхк}}$ – вартість робочої хвилини консультанта (допоміжного працівника);

$T_{\text{к}}$ – час консультації (допоміжної роботи, у хвилинах);

$P_{\text{н}}$ – прибуток;

P – податок;

S – сума.

У цій моделі використано деякі нові складові, пов'язані з діяльністю стаціонарів. Заробітна платня працівників стаціонару визначається з розрахунку на один ліжко-день. Послідовність розрахунку така. Спочатку встановлюється нормативне число ліжко-днів. Посада лікаря-психіатра стаціонару реєструється на 35 ліжок, ліжко повинно працювати 340 днів на рік. Нормативне число ліжко-днів за місяць дорівнює: $340/360 \times 35 \times 30 = 978$.

Отже, пересічна заробітна платня лікаря з розрахунку на 1 ліжко-день становитиме

$300:978 = 0,31$ грн. Аналогічно визначається заробітна платня з розрахунку на 1 ліжко-день середніх (0,20 грн) і молодших медичних працівників (0,18 грн). Ця зарплатня, помножена на коефіцієнт (4) співвідношення лікарів і середніх (молодших) медичних працівників, складала так звану сумарну заробітну платню цих працівників із розрахунку на 1 ліжко-день.

Робота консультантів оцінювалася згідно з витраченим робочим часом. При цьому окремо визначався нормативний час для цих працівників.

Зупинимось на прикладі.

№ 1. Жінка, 26 років, діагноз: шизофренія, параноїдна форма, нападаподібний перебіг. Лікувалася у стаціонарі 42 дні.

Вартість лікування:

1. Заробітна платня працівників:

1.1. Лікар-психіатр обласної психоневрологічної лікарні – $0,31 \times 42 = 13,02$ грн.

1.2. Медичні сестри – $0,20 \times 4 \times 42 = 33,60$ грн.

1.3. Санітарки – $0,18 \times 4 \times 42 = 30,24$ грн.

Разом – **76,86 грн.**

2. Обстеження:

2.1. Загальний аналіз крові – $1,31 \times 2 = 2,62$ грн.

2.2. Загальний аналіз сечі – $1,09 \times 2 = 2,18$ грн.

2.3. Аналіз крові на цукор – 1,06 грн.

2.4. Вимірювання артеріального тиску – $0,08 \times 6 = 0,48$ грн.

Разом – 6,34 грн.

3. Матеріально технічні витрати – $4,65 \times 42 = 195,30$ грн.

4. Витрати на харчування – $1,08 \times 42 = 45,36$ грн.

5. Медикаментозне лікування:

5.1. Вітамін B_{12} № 15 – 3,60 грн.

5.2. Глюкоза 5 % 400,0 № 3 – 12,90 грн.

5.3. Ізотонічний розчин – 400,0 № 3 – 12,60 грн.

5.4. Система переливання № 3 – 6,0 грн.

5.5. Шприци одноразові – 2,0 № 20 – 5,00 грн; 5,0 № 20 – 6,00 грн; 20,0 № 5 – 2,50 грн.

5.6. Сибазон – 84 табл. $\times 0,63 = 52,50$ грн.

5.7. Азолептин – 90 табл. $\times 0,70 = 63,0$ грн.

5.8. Амітриптилін – 90 табл. $\times 0,11 = 9,90$ грн.

5.9. Аміназин – 60 табл. $\times 0,12 = 7,20$ грн.

Разом – 181,20 грн.

Всього: $76,86 + 6,34 + 195,30 + 45,36 + 181,20 = 505,06$ грн.

Результати визначення вартості стаціонарного лікування психічних захворювань на рівні обласної неврологічної лікарні наведено в таблиці 3.

Висновки

1. Визначена нами нормативна вартість лікування психічних захворювань на різних рівнях загалом складала (на 1000 мешканців) у гривнях.:

Лікар загальної практики – 1228,37.

Лікар-психіатр поліклініки ЦРЛ – 3598,72.

Таблиця 3. Вартість стаціонарного лікування психічних захворювань в обласній психоневрологічній лікарні

Хвороби	Число захворювань на 1000 мешканців	Пересічна вартість лікування одного хворого (грн)	Загальна вартість на 1000 мешканців (грн)
1. Розумова відсталість	0,14	271,66	38,03
2. Органічні, включаючи симптоматичні, розлади психіки	0,12	495,79	59,49
3. Непсихотичні психічні розлади органічного походження	0,06	423,21	25,39
4. Невротичні, пов'язані із стресом, та соматоформні розлади	0,03	279,51	8,39
5. Шизофренія	0,34	505,06	171,72
6. Афективні розлади	0,04	390,01	15,60
7. Хронічні та інші психотичні розлади	0,03	566,40	16,99
Разом	0,76	408,24	310,26

Стаціонарна психіатрична допомога – 310,26.

Разом – 5137,35.

2. Характерною є деформація складових вартості, зокрема, відносно низька вартість заробітної платні й відносно висока – матеріально-технічних витрат і медикаментозного лікування.
3. Надалі вартість психіатричної допомоги повинна зростати, передусім, за рахунок збільшення заробітної платні, а також матеріальних та інших витрат, і забезпечення раціонального співвідношення між ними.
4. Визначення фактичної вартості лікування на різних рівнях та з виходом на кожного лікаря дозволяє оптимізувати управління психіатричною допомогою, визначивши її вузькі місця.

ЦЕНООБРАЗОВАНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЕЁ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ

А.О. Голяченко, С.И. Загородный, В.В. Шкробот, А.В. Болярская, В.А. Смирнова, Н.Г. Корниенко

Изучена стоимость психиатрической помощи на трех уровнях: врач общей практики, психиатр поликлиники центральной районной больницы, стационарная психиатрическая помощь в областной психоневрологической больнице. Эта стоимость на 1000 жителей составила: врач общей практики – 1228,37 грн, психиатр поликлиники ЦРБ – 3598,72 грн, психиатрическое отделение областной психоневрологической больницы – 310,26 грн. В будущем стоимость психиатрической помощи должна возрастать, прежде всего, за счет повышения заработной платы.

PRICEMAKING OF PSYCHIATRIC AID AND PROVIDING OF ITS ECONOMICAL EFFECTIVENESS

А.О. Golyachenko, S.I. Zagorodny, V.V. Shkrobot, V.V. Bolyarska, V.A. Smirnova, N.H. Kornienko

The cost of the psychiatric aid on the three levels: the doctor of the general practice, psychiatrist of the central district hospital and the psychiatric aid at the regional psycho-neurological hospital. This cost for 1000 citizen includes: the doctor of the general practice – 1228,37 grn., the psychiatrist of the central district hospital – 3598,72 grn., the psychiatric department of in the regional psycho-neurological hospital – 310,26 grn. In the future the cost of psychiatric aid must be increased first owing increase of salaries.

УДК 614.23/.25

В.М. ПОНОМАРЕНКО, Г.М. МОСКАЛЕЦЬ, В.Б. ПОДРУШНЯК, Н.В. ЯКУТОВИЧ (Київ)

ДО ПИТАННЯ СТОСОВНО КАДРОВОЇ ПОЛІТИКИ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я (аналітичний огляд)

Український інститут громадського здоров'я

Згідно з Концепцією розвитку системи охорони здоров'я населення України, затвердженою Указом Президента України від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000, кадрова політика в галузі повинна бути спрямована на вдосконалення системи кадрового забезпечення галузі з урахуванням сучасних соціально-економічних умов та реальних потреб регіонів у медичних і фармацевтичних кадрах; реорганізацію системи планування і розподілу кадрового потенціалу у співвідношенні "лікар – медичний працівник середньої ланки"; запровадження в установленому порядку укладання трудового договору на умовах контракту з керівниками закладів охорони здоров'я, а в подальшому – з усіма медичними працівниками; реформування ступеневої медичної і фармацевтичної освіти; розроблення нових державних стандартів вищої медичної та фармацевтичної освіти, освітньо-кваліфікаційних характеристик фахівців, освітньо-професійних програм та засобів уніфікованої оцінки рівня знань медичних і фармацевтичних працівників [8].

Головною метою реформування національної системи охорони здоров'я повинні бути економічна доцільність та збалансованість різноманітних ресурсів охорони здоров'я, потреб та можливостей у досягненні медичними установами і кожним робітником певних результатів своєї діяльності. Для цього необхідно сформулювати цілі медичної діяльності кожної установи та її структурних підрозділів, залучити кожного робітника до справи реформування галузі через усвідомлення ними сенсу кінцевої мети і значення власної діяльності в її досягненні.

Для комплектування всіх рівнів системи охорони здоров'я висококваліфікованими кадрами, спроможними забезпечити прогресивний розвиток галузі, потрібно створити та впровадити систему регулювання чисельності медичних кадрів та зробити медичну освіту більш гнучкою відповідно до потреб і вимог реформування галузі [10, 21].

Вивчення динаміки чисельності медичних кадрів, їх соціально-демографічної характерис-

тики є необхідним етапом аналізу стану і тенденцій розвитку трудових ресурсів охорони здоров'я, визначення потреб у медичних кадрах, виконання завдань планування контингентів медичного персоналу [12, 13, 19].

Працівники системи охорони здоров'я різних країн за своєю характеристикою значно відрізняються. Вони поділяються на велику кількість категорій залежно від функцій, які виконують, типу суспільства, соціальних та економічних умов, культурних устроїв. Тому проводити порівняння між державами щодо кадрового забезпечення дуже складно.

Сучасний стан забезпеченості медичними кадрами країн Заходу, Центральної та Східної Європи і СНД характеризують статистичні дані щодо загальної кількості лікарів на 10 тис. населення. Так, серед країн Західної Європи мінімальний показник лікарі/населення становить 15,6 (Велика Британія), максимальний – 40,8 (Іспанія), середній для Європейського Союзу – 31,8. Для США цей показник дорівнює 25,3, а для Японії – 17,7. Серед країн Центральної і Східної Європи лише у Болгарії, Угорщині та Словенії цей показник вищий, ніж у Європейському Союзі, а серед країн СНД найнижчий у Таджикистані (21,0). Загальна кількість лікарів на 10 тис. населення в Росії – 45. В Україні в 2001 р. цей показник складав 40,4 (у 2000 р. – 40,8). Протягом останніх років забезпеченість лікарями в Україні перевищувала показники Європейського Союзу в 1,9 раза, країн з високим рівнем розвитку людського потенціалу – в 1,7 раза, країн Східної Європи і СНД – в 1,2 раза. Забезпеченість середніми медичними працівниками в Україні у 2001 р. складала 97,2 (у 2000 р. – 99,1). Станом на 1 січня 2002 р. у системі МОЗ України зайнято 1,1 млн чоловік, у тому числі 198501 лікар та 476823 молодших спеціалісти з медичною освітою [5, 11, 22].

Вибір медичної професії повинен бути свідомим, ґрунтуватися на любові до неї, розумінні високої відповідальності лікаря, його широкого

світогляду та різнобічних знань. Профорієнтація допомагає зробити свідомий вибір медичної професії. У попередні десятиріччя в основі професійної орієнтації молоді лежали державні інтереси. З цих позицій офіційно і підкреслювалася цінність будь-якої професії. Механізм профорієнтації молоді включав кілька елементів:

- освітній (навчальна підготовка до виробничої діяльності, профорієнтація, отримання навичок за професією тощо);
- моральний (формування ціннісних настанов на працю як сферу реалізації здібностей);
- економічний (ємний ринок праці, що потребує трудові ресурси різного профілю);
- правовий (система правового контролю, що не допускала трудової незайнятості).

Перехід на ринкові відносини призвів до значних змін у цьому механізмі та реорганізації кожного з його елементів. Почала формуватися установка на активне самовизначення молоді особи, самостійний вибір професії та інвестування коштів на її здобуття. Професія починає розглядатися як канал соціальної мобільності, джерело матеріального благополуччя та набуття престижу в суспільстві. Що ж до медичної професії, то тільки свідомий її вибір може забезпечити якість надання медичної допомоги. Отже, професійна орієнтація молоді та вивчення співвідношення вибору професії з мотивацією повинні допомагати вирішенню цього питання [3, 4, 17].

Визначення придатності особи до професії медика можна дослідити різними методами: вивчаючи професійну спрямованість особистості, переважаючі інтереси, мотивацію вибору професії, комунікативні та організаторські здібності стосовно професії, нахили до певного виду діяльності, стійкість нервової системи, моральну зрілість абітурієнтів при вступі до ВНЗ.

Всесвітня організація охорони здоров'я у своїй доповіді про стан охорони здоров'я у світі у 2000 р. звертає увагу на необхідність регуляції співвідношення пропозицій та реальної потреби у медичних кадрах на ринку праці. На прикладі Китаю, де національний прибуток від підготовки медичних кадрів від'ємний, розглядається питання щодо скорочення навчальних закладів, їх приватизації або надання державних субсидій ВНЗ як "стратегічних закупок". Досягнення балансу існуючих кадрових ресурсів планується здійснювати за рахунок зменшення квоти приймання до різних навчальних закладів без закриття останніх, а завдяки збереженням коштам проводити перепідготовку існуючих медичних працівників за більш необхідними спеціальностями [3, 7, 15].

Протягом останніх років на Заході відмічається зниження кількості лікарів, а в СНД, навпаки,

існує тенденція до її зростання. У США планується скорочення на 20 % числа випускників медичних ВНЗ за рахунок закриття 20 % медичних шкіл. Одночасно відмічається і тенденція до зниження кількості бажаючих навчатися у медичних закладах. Можливо, причиною цього є зменшення привабливості професії лікаря, що викликано негативним іміджем сучасної медичної практики. У Канаді зменшено на 10 % прийом студентів на медичні факультети, у Франції – на третину. В деяких країнах Заходу спеціально створено комісії з регулювання кількості осіб, що навчаються та стажуються з різних спеціальностей [1, 22].

В Україні в останні роки обсяг підготовки медичних кадрів зменшується. Випуск фахівців системи охорони здоров'я в 2001 р. становив 7601 лікар, 655 провізорів та 20907 молодших медичних і фармацевтичних спеціалістів. Але питання скорочення чисельності лікарів, на думку деяких авторів, потрібно вирішувати дуже обережно, враховуючи стан здоров'я населення, показники тривалості життя та смертності.

Важливим показником у характеристиці використання кадрового потенціалу галузі є співвідношення лікарів і середніх спеціалістів. Послуги системи охорони здоров'я потребують наявності як мінімум десяти лікарів на 10 тис. населення та від двох до чотирьох середніх медичних працівників на одного лікаря. Хоча конкретного оптимального числа лікарів на душу населення або оптимального співвідношення середнього персоналу та лікарів не існує, проте хорошим орієнтиром може стати емпіричне правило – число середнього медичного персоналу повинне перевищувати число лікарів не менше ніж удвічі. У 2001 р. цей показник в цілому по державі становив 1:2,4 [18, 20].

Сьогодні в Україні є достатня кількість кваліфікованих медичних працівників, але поряд із змінами, що відбуваються в державі, трансформується і попит на кадри з тієї чи іншої спеціальності. Отже, система планування підготовки кадрів у ВНЗ повинна чутливо реагувати на ці зміни, визначаючи потребу в медичних кадрах з кожної спеціальності та кількісну потребу їх перепідготовки за кожним фахом. Плани підготовки лікарів повинні співвідноситися з планами підготовки інших спеціалістів. Слід враховувати пропорції між різними спеціалістами і можливості їх змін у часі.

На сьогодні Україна готує лікарів та провізорів із близько 138 спеціальностей, що значно більше, ніж у країнах Заходу. Для порівняння: у США – 49, Великій Британії – 24, Німеччині – 16. У нашого найближчого сусіда – Росії – їх лише 70.

Підготовка середніх медичних працівників в Україні здійснюється за 13 спеціальностями, на циклах спеціалізації та вдосконалення – за 155, атестація проводиться за 29. У Росії номенклатура спеціальностей середнього медичного і фармацевтичного персоналу представлена 26 позиціями [2, 14].

Перелік спеціальностей є величиною змінною і залежить від цілого ряду причин: досягнень науки і техніки, частоти того чи іншого захворювання, кількості спеціалістів, успіхів у профілактиці, діагностиці та появі нових методів лікування. Диференціація спеціальностей вводиться з метою забезпечення більшої відповідності фахівців вимогам суспільного розподілу праці та мобільності системи їх підготовки. Але розвиток вузького професіоналізму робить спеціаліста певною мірою обмеженим, позбавляє його широти погляду на нові факти та явища, широти підходів до вирішення проблем надання медичної допомоги.

Виникнення нових спеціальностей зумовлене вимогами часу. Але досвід використання фахівців за новими спеціальностями, наприклад у системі охорони здоров'я держав СНД, свідчить про те, що вони не завжди знаходять своє місце

в практичній медицині [9]. За даними Міністерства праці та соціальної політики України, близько 300 професій у різних галузях народного господарства, за якими проводиться професійна підготовка у навчальних закладах України, відсутні у державних класифікаторах професій та видів економічної діяльності, а отже, випускники цих закладів, які отримали дипломи за новими спеціальностями, матимуть проблеми із працевлаштуванням. Для того, щоб така перспектива не чекала на фахівців, які навчаються у вищих медичних навчальних закладах, номенклатури спеціальностей та посад медичних працівників потрібно впорядкувати, а системи планування, прогнозування та моніторингу підготовки спеціалістів системи охорони здоров'я, зокрема за новими спеціальностями, вдосконалити.

Отже, введення нових спеціальностей і посад повинне обумовлюватися нагальною потребою практичної системи охорони здоров'я та забезпечуватися належною нормативно-правовою базою, а ефективне використання кадрових ресурсів повинне стати основним пріоритетом кадрової політики охорони здоров'я.

Список літератури

1. Аналітичні та довідкові матеріали // Матеріали звіту на Дні уряду України у Верховній Раді України "Стан фінансування системи охорони здоров'я України та невідкладні заходи щодо його поліпшення", 14 листопада 2000 р. – К., 2001. – С. 55–59.
2. Бесполудіна Г., Карецька І., Перетяка О. Про реформування системи підготовки медичних кадрів // Укр. мед. вісті. – 1998. – Т. 2, Ч. 1. – С. 80.
3. Гендин А.М., Сергеев М.И. Профорієнтація школьників // Социс. – 1996. – № 8. – С. 66–72.
4. Денисова Г.С., Радовель М.Р., Чеботарев Ю.А., Шогенов Р.Х. Молодежь Северного Кавказа: общее и особенное в профессиональной ориентации // Социс. – 1999. – № 5. – С. 62–69.
5. Жильева Е.П. Реформы здравоохранения в странах Центральной и Восточной Европы // Проблемы соц. гигиены и история медицины. – 1998. – № 1. – С. 56–58.
6. Какие требуются ресурсы // Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности. – Женева: ВООЗ, 2000. – С. 83–91.
7. Как улучшить работу // Там же. – С. 155–159.
8. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України. – К., 2001. – 30 с.
9. Луканюк Любомир. Безработица в Украине и ее последствия // Новая генерация. – 2001. – № 34 (60). – С. 4–5.
10. Матвійчук В. Економічні питання та фінансування охорони здоров'я // Матеріали II щорічної донорської конф. "2001 рік – рік охорони здоров'я населення України", Київ, 7–8 грудня 2000 р. – К., 2000. – С. 125–130.
11. Мельник Ю.В. Кадровий потенціал галузі та шляхи підвищення ефективності його використання // Охорона здоров'я України. – 2001. – № 1. – С. 47–49.
12. Мельник Ю.В. Робота з кадрами // Основні підсумки роботи охорони здоров'я України за 2000 рік. – К.: МОЗ України, 2001. – С. 45–47.
13. Москаленко В.Ф., Мельник Ю.В., Москалець Г.М. та ін. Загальна характеристика кадрового забезпечення галузі // Охорона здоров'я України: результати діяльності (щорічна доповідь, 1999 рік) / Під ред. В.Ф. Москаленка. – К., 2000. – С. 303–318.
14. Об утверждении Положения об аттестации средних медицинских и фармацевтических работников (приказ Минздравмедпрома России от 23 мая 1995 г. № 131 в ред. приказа от 23 мая 1996 г. № 100) // Главная мед. сестра. – 2000. – № 5. – С. 146–151.

15. Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: Пер. с англ. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. – С. 316–322.
16. Соколовская Л.А., Пилипцевич Н.Н., Рогачева Т.А. и др. Состояние и проблемы обеспеченности населения Республики Беларусь медицинскими кадрами // Вопросы орг. и информатиз. здравоохранения. – 1999. – № 1. – С. 3–7.
17. Спиридонова Г., Лылова О. Сдвиги в системе профессиональной подготовки молодежи // Вопросы экономики. – 1998. – № 1. – С. 92–98.
18. Стан та перспективи кадрового забезпечення // Міністерство охорони здоров'я України, Головне управління медичних кадрів та державної служби. – К., 2002. – 16 с.
19. Тульчинський Т.Г., Варавикова Е.А. Новое общественное здравоохранение: введение в современную науку. – Иерусалим: Amutah for education and Health, 1999. – Глава 14: Кадровые ресурсы здравоохранения. – С. 870–925.
20. Щегин О.П., Филатов В.Б., Погорелов Я.Д. и др. Подходы к определению стратегии кадровой политики в здравоохранении: международный опыт // Проблемы соц. гигиены и история медицины. – 1998. – № 3. – С. 13–19.
21. London B., Cleary P. A conceptual model of the effects of health care organizations on the quality of medical care // Jama. – 1998. – Vol. 279, № 17. – P. 1377–1382.
22. Reamy J. Managing physician resources: East and West // Croat. Med. J. – 1998. – Vol. 39, № 3. – P. 234–240.

К ВОПРОСУ ОТНОСИТЕЛЬНО КАДРОВОЙ ПОЛИТИКИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

В.М. Пономаренко, Г.М. Москалец, В.Б. Подрушняк, Н.В. Якутович (Киев)

Поданы материалы о кадровом обеспечении системы здравоохранения как в Украине, так и за рубежом. Освещены подходы к решению вопросов подготовки медицинских работников, в том числе по новым специальностям. Предложены мероприятия по усовершенствованию подготовки и использованию медицинских кадров.

ABOUT MANPOWER POLICIES PROBLEMS IN HEALTH PROTECTION SYSTEM

V.M. Ponomarenko, H.M. Moskalets, V.B. Podrushnyak, N.V. Yakutovych (Kyiv)

Papers concerning manpower provision in health protection system in Ukraine and abroad have been presented. There have been outlined various aspects for manpower provision in medicine, especially in new specialities. A number of means for training perfection and using manpower in medicine were proposed.

Я.В. ГАНІТКЕВИЧ (Львів), О.М. ГОЛЯЧЕНКО (Тернопіль)

ОВКСЕНТІЙ КОРЧАК-ЧЕПУРКІВСЬКИЙ – ФУНДАТОР НАЦІОНАЛЬНОЇ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ШКОЛИ ТА МЕДИЧНОЇ НАУКИ (ДО 145-РІЧЧЯ З ДНЯ НАРОДЖЕННЯ)

Виповнилося 145 років від дня народження видатного українського вченого, фундатора соціальної гігієни як науки, фундатора української національної вищої медичної школи та медичної науки.

Народився О. Корчак-Чепурківський на Полтавщині в родині дядка 28 лютого 1857 р.

Закінчивши духовну семінарію, О. Корчак-Чепурківський обирає, однак, інший шлях і вступає в 1877 р. на медичний факультет Київського університету. За участь у студентських заворушеннях його звідти виключають і медичну освіту він завершує в Харківському університеті в 1883 р. Шість років Корчак-Чепурківський працює земським дільничним лікарем на рідній Полтавщині, а в 1889 р. його за конкурсом обирають повітовим санітарним лікарем Херсонського повіту.

Херсонська губернська санітарна організація була передовою в Росії. Тут працювали такі видатні громадські лікарі, як М.С. Уваров, Є.І. Яковенко, М.І. Тезяков, В.В. Хижняков та ін. Тут було сформульовано організаційні засади громадської медицини, що не втратили свого значення досі. Однією з основних був санітарний або профілактичний характер громадської медицини. Працюючи санітарним лікарем, Корчак-Чепурківський розробляв та впроваджував цю засаду в життя, тут формувались його наукові переконання і світогляд. За два роки праці в Херсонському повіті Корчак-Чепурківський зібрав і ґрунтовно проаналізував "Матеріали для вивчення епідемії дифтерії (епідеміології) в Росії", за які в 1898 р. Рада професорів Київського університету присудила йому ступінь доктора медицини.

З 1891 р. Корчак-Чепурківський очолює санітарне бюро Бессарабської губернії, маючи можливість значно розширити обсяг своєї практичної і наукової діяльності.

У межах Херсонської губернської санітарної організації вперше в Росії зародилась думка про необхідність викладання у вищій медичній школі основ громадської медицини. Її висловив у

1883 р. на Другому пироговському з'їзді завідувач санітарного бюро цієї губернії М.С. Уваров. До цієї думки повернулися на Сьомому пироговському з'їзді, що відбувся у Києві в 1897 р.

З 1899 р. до кінця життя Корчак-Чепурківський живе і працює у Києві. У 1903 р. він розпочинає читати приват-доцентський курс під назвою "Епідеміологія" в Київському університеті. За своєю суттю курс був значно ширшим проблем перебігу епідемічних захворювань, охоплюючи розділи санітарної статистики та устрою громадської медицини. Однак реалізувати в стінах університету ідею повномасштабного викладання нової науки йому не вдалося. Дану ідею він реалізує в 1906 р. в Київському комерційному інституті під назвою "Громадська гігієна". Пояснюючи цю обставину в "Трудах общества киевских врачей, 1905", О.В. Корчак-Чепурківський писав, що громадська гігієна і медицина не знаходить собі місця серед медичних наук в університеті, оскільки в його стінах освіта однобічно спрямована на ознайомлення лишень з індивідуальною терапією. Однак і в комерційному інституті Корчаку-Чепурківському не судилося довго читати нову науку. На цей період повною мірою розгортається його національно-патріотична діяльність, зокрема серед студентства, за що вченого звільняють з роботи.

Отже, вперше в тодішній Росії О. Корчак-Чепурківський систематизував і прочитав повний курс науки, яка пізніше отримала назву соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. Слід зауважити, що подібного курсу тоді ще не було прочитано і в таких країнах, як Німеччина і Франція (законодавцях медичної моди). Маємо повне право вважати О.В. Корчака-Чепурківського фундатором соціальної гігієни й організації охорони здоров'я як науки і предмета викладання у вищій медичній школі. Це право підтверджується і наступними подіями в діяльності Пироговського товариства. Одинадцятий пироговський з'їзд (1911) виніс остаточну ухвалу про необхідність викладання нової науки, "обов'язко-

вої для прочитання, але не обов'язковою для слухання", іншими словами – факультативною за характером викладання. Роботу спеціальної секції з'їзду, яка розробляла це рішення, очолював О. Корчак-Чепурківський, чим Пироговське товариство засвідчило пріоритетність його заслуг у цій галузі.

Після того як наляканий революційними висутпами царський режим у 1906 р. послабив заборони української мови, група свідомої української інтелігенції, до якої належав й О. Корчак-Чепурківський, взялася за створення в Києві Українського наукового товариства. Активним його членом стає О. Корчак-Чепурківський. У 1907 р. на зборах Товариства було сформовано природничо-математичну секцію, до складу якої ввійшли лікарі, а в 1911 р. виникла окрема медична секція. Українські вчені-медики впроваджують на своїх зібраннях українську мову, випускають перші наукові праці рідною мовою.

Після розпаду царської Росії в період становлення української державності та деякий час після падіння УНР настає короткий ренесанс української національної медицини, серед фундаторів якої перше місце слід віддати О. Корчаку-Чепурківському. В 1917 р. він стає організатором Всеукраїнської спілки лікарів, бере участь у виданні першого на Наддніпрянщині українського науково-медичного часопису "Українські медичні вісти", організовує медичний факультет Українського університету. На крайовому медично-санітарному з'їзді України, що відбувся 16-19 жовтня 1917 р. у Києві, О. Корчак-Чепурківський обгрунтовує необхідність утворення крайового медично-санітарного органу при Генеральному Секретаріатові Української Центральної Ради. З'їзд схвалює проект О. Корчака-Чепурківського та обирає його членом Ради. З травня 1918 р. уряд гетьмана Скоропадського створює Міністерство народного здоров'я та опікування, директором санітарного департаменту якого призначається О. Корчак-Чепурківський. Він бере активну участь у розбудові державного органу управління медичною справою. У 1919 р. за Директорії О. Корчак-Чепурківський деякий час очолює Міністерство народного здоров'я та опікування, змінивши на цьому посту Бориса Матющенка.

Уже в першому числі "Українських медичних вістей", що вийшов у Києві 15 січня 1918 р., О. Корчак-Чепурківський опублікував програмну статтю "Наше завдання часу", де він наголошує: *"Найголовніше завдання – утворити українську національну медицину як науку і як практичну галузь наукового знання"* (виокремлено нами – Я.Г., О.Г.). Для цього треба було подбати про утворення власних наукових і культурно-про-

світницьких медичних установ (інституцій), про перенесення в Україну всіх наукових і практичних надбань усього культурного світу в сфері медицини і санітарії, допомагати утворенню гармонійної системи наукового досліду щодо санітарного стану здоров'я людності в Україні, сприяти утворенню національної верстви лікарів – громадських діячів.

На виконання цих завдань О. Корчак-Чепурківський і його сподвижники розгортають величезну та різнобічну роботу. В серпні 1918 р. гетьманом Павлом Скоропадським приймається закон "Про утворення Українського державного університету", до складу якого ввійшов створений дещо раніше український медичний факультет. Деканом цього факультету затверджено О. Корчака-Чепурківського, одночасно він був професором кафедри гігієни. Остання охоплювала різні підрозділи, в тому числі й соціальну гігієну. Викладання на факультеті, як і в усьому університеті, ведеться українською мовою, створюється низка кафедр, які очолюють сподвижники О. Корчака-Чепурківського, українські патріоти В.М. Константинович (патанатомія), А. Тржецієвський (фармакологія), Є.Г. Черняхівський (клінічна хірургія), М.П. Нецадименко (бактеріологія), О.Г. Черняхівський (гістологія), М.І. Вовкобой (нормальна анатомія) та ін. За три роки існування УНР та десять наступних років Українського відродження, що ввійшло в історію під назвою "розстріляного", українські вчені-медики створили українську національну медицину європейського рівня, про необхідність якої вперше заговорив О. Корчак-Чепурківський.

Ще в 1908–1910 рр. О. Корчак-Чепурківський разом з іншими видатними українськими лікарями (М. Галин, Є. Черняхівський) починає працювати над українською медичною термінологією. Згодом він стає головою редакційної комісії зі створення цієї термінології. У двадцять роки він розробляє й опубліковує "Номенклатуру хороб" українською мовою.

Після поразки національно-визвольних змагань українського народу, падіння УНР і встановлення тоталітарного режиму О. Корчак-Чепурківський деякий час (протягом 1921–1922 рр.) продовжує працювати деканом медичного інституту, утвореного тоталітарною владою після численних реорганізацій замість медичного факультету Українського державного університету (який більшовики закрили), медичного факультету університету святого Володимира та Вищих жіночих медичних курсів. Учений формує українську гігієнічну наукову школу і в 1923 р., вже після того як його усувають від викладацької діяльності, і він переходить на основну роботу у Всеукраїнську академію наук, добивається відкриття

першої в тодішньому СРСР кафедри гігієни праці, керівництво якою доручає своєму учневі професору В. Підгаєцькому, кафедру загальної гігієни передає своєму учневі професору В. Удовенку, а виділену окремо з ініціативи О. Корчака-Чепурківського кафедру соціальної гігієни обіймає С.С. Каган, випускник КМІ і член ВКПБ з 1919 року. В 1935 р. О.В. Корчак-Чепурківський виступає офіційним опонентом на захисті докторської дисертації С.С. Кагана, а вже в 1937 р. новоспечений доктор “розвінчує” сина О. Корчака-Чепурківського Юрія, видатного демографа, як українського буржуазного націоналіста і вченого-фашиста.

О.В. Корчак-Чепурківський був одним із фундаторів Всеукраїнської академії наук (ВУАН), створеної за часів Гетьманату. 7 березня 1921 р. Овксентія Корчака-Чепурківського як найавторитетнішого українського вченого-лікаря та найстаршого професора медицини обирають серед перших лікарів (одночасно з А.В. Старковим) Дійсним членом академії наук. У цьому ж році на пропозицію О. Корчака-Чепурківського академія приймає рішення про утворення Інституту експериментальної медицини та епідеміології, який він і очолив.

У 1921 р. ВУАН створює Катедру народного здоров'я, гігієни та санітарії, якою аж до 1934 р. керував академік О. Корчак-Чепурківський. Медична секція колишнього Українського наукового товариства в складі академії реорганізовується в Медичну секцію ВУАН, яка продовжила плідну роботу з різних напрямків української медичної науки.

У 1928 р. у журналі “Українські медичні вісті” О. Корчак-Чепурківський опублікував велику статтю “Основні етапи будівництва та розвитку вищої медичної школи у Києві за перше десятиліття

Радянської влади на Україні”. У ній він не злякався оцінити період “українізації” як продовження визвольних змагань українського народу, що спалахнули після розпаду царської Росії. У статті О. Корчак-Чепурківський наголошує на основному здобуткові цього десятиліття – утворенні вищої української національної медичної школи та дає гідну відсіч русифікаторському опору, в умовах якого вона розвивалась. З кожним роком більшовицька влада посилює тиск на все українське, в тому числі й на українську національну медицину. З 1929 р., з початком сумнозвісного процесу над Спілкою визволення України (СВУ), починається розгром української науки, зокрема медичної.

Подальша доля української національної медицини та її наукових шкіл, у тому числі й гігієнічної школи О. Корчака-Чепурківського, була трагічною. Носіїв цих шкіл, видатних українських учених європейського рівня, було усунуто від роботи, а більшість закатовано в гулагівських таборах. З 1934 р. фактично припиняється наукова діяльність О. Корчака-Чепурківського. Ще довгих тринадцять років, самотній і забутий (сина Юрія теж відправлено в табори), він проживає у Києві. Помер 27 листопада 1947 р.

Тепер, у період відновлення української державності, знову постало питання про розвиток української медицини. Якою вона повинна бути – упослідженою, меншовартісною, інонаціональною або повнокривною, національною, яку творять українські вчені-патріоти, добиваючись, щоб ця наука зайняла рівноправне і гідне місце серед передових медицин світу? Безсумнівно, потрібно йти шляхом, черпаючи сили і натхнення та беручи приклад із своїх славних попередників, яким був Овксентій Корчак-Чепурківський.

Список літератури

1. Ганіткевич Я. Українські лікарі – вчені першої половини ХХ століття та їхні наукові школи. – Львів, 2002. – С. 11–37.
2. Голяченко А. А.В. Корчак-Чепурковський – пионер преподавания социальной гигиены в нашей стране // Актуальные вопросы истории медицины УССР. – Киев, 1978. – Т. 11. – С. 1196.
3. Грандо О.А. Корчак-Чепурківський Овксентій Васильович // Визначні імена в історії української медицини. – Київ: РВА “Тріумф”, 1997. – С. 290.
4. Каган С. Класовий зміст “наукової продукції” Ю. Корчак-Чепурківського // Збірник з питань санітарної статистики / За ред. С.С. Кагана. – Київ, 1937. – С. 153–161.
5. Плющ В. Медична наука в Україні у першій половині ХХ сторіччя // Матеріали до історії української медицини. – Нью-Йорк, Мюнхен, 1975. – Т. 1. – С. 97–120.

ОВКСЕНТИЙ КОРЧАК-ЧЕПУРКОВСКИЙ – ФУНДАТОР НАЦИОНАЛЬНОЙ ВИСШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ШКОЛЫ И МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ (К 145-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)

Я.В. Ганиткевич (Львов), О.М. Голяченко (Тернополь)

В статье освещен значительный вклад великого украинского учёного Овксентия Корчака-Чепуркивского в образование украинской национальной медицины и высшей медицинской школы новейших времён, а также как фундатора социальной медицины.

OVSENTIY KORCHAK-CHEPURKIVSKIY – FOUNDTOR OF NATIONAL HIGH MEDICAL SCHOOL AND MEDICAL KNOWLEDGE (TO THE 145-TH ANNIVERSARY OF BIRTHDAY)

Y.V. Ganitkevych (Lviv), O.M. Golyachenko (Ternopil)

The considerable contribution of great Ukrainian scientist Ovsentiy Korchak-Chepurkivskiy in to foundation of Ukrainian national medicine and high medical school in new ages and as founder of social medicine is describe in summary.

УДК 614.2 (477) (09)

В.Т. НЕКОВАЛЬ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ “ЖИТТЯ І НАУКОВА ДІЯЛЬНІСТЬ С.А. ТОМІЛІНА – СЛУЖІННЯ СПРАВІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ (ДО 125-РІЧЧЯ З ДНЯ НАРОДЖЕННЯ)”

Київський міський науковий інформаційно-аналітичний центр медичної статистики

25 жовтня 2002 р. в м. Києві відбулась науково-практична конференція, присвячена пам’яті видатного українського вченого, соціального гігієніста, санітарного статистика, демографа, історика медицини, фітотерапевта, доктора медичних наук, професора Сергія Аркадійовича Томіліна, якому в жовтні цього року виповнилось би 125 років з дня народження (народився 7 жовтня 1877 р. за ст. ст.) та 50 років з дня смерті (19 липня 1952 р.).

Конференція особлива вже тому, що, нарешті, зроблено важливий крок у системі охорони здоров’я. Розуміти сучасний стан медицини, передбачати перспективи розвитку можливо тільки з вивченням і врахуванням її минулого, відкинувши його попіл і залишивши все корисне для сьогодення та майбуття. Професор С.А. Томілін зробив вагомий внесок у вітчизняну науку. Навіть

часткове ознайомлення з науковою спадщиною Сергія Аркадійовича дозволяє висловити думку, що це лікар і вчений від Бога, що такі люди народжуються рідко.

Учений порушив питання, які до цього часу залишаються актуальними, вимагають проведення комплексу заходів щодо їх вирішення.

Учасники конференції заслухали 23 доповіді з проблемних питань соціальної гігієни, демографії, статистики, історії медицини, фітотерапії. Змістовні доповіді зробили: Р.В. Савіна – Інститут гігієни та медичної екології ім. О.М. Марзеєва АМН України; Л.П. Шейко – кафедра медичної генетики КМАПО ім. П.Л. Шупика (замість професора Т.І. Бужієвської); В.С. Лозинський та О.О. Стойка – Київський міський центр здоров’я; В.С. Стешенко – Інститут економіки НАН України та старші наукові співробітники цього Інституту

І.О. Курило, Н.М. Левчук; О.О. Дудіна – Український інститут громадського здоров'я; І.В. Тарасенко – управління охорони здоров'я при Святошинській державній адміністрації м. Києва; В.П. Неділько – лікувально-організаційне управління АМН України; П.М. Дорошенко і Я.М. Волошин – Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України; В.П. Петренко – Київський міський науковий інформаційно-аналітичний центр медичної статистики; А.О. Попов – Міжнародний науково-навчальний центр інформаційних технологій та систем НАН України; Н.А. Фойгт – Інститут геронтології АМН України; Р.І. Павленко – Державна наукова медична бібліотека та інші.

Присутні тепло зустріли спогади про С.А. Томіліна його дочки С.С. Васнецової, його лікаря О.Т. Омельченко та професора Б.П. Криштопи

До 125-річчя з дня народження професора надруковано анований покажчик “Томілін Сергій Аркадійович”, скорочені варіанти окремих статей вченого та збірник матеріалів науково-практичної конференції, які було вручено учасникам та направлено обласним центрам медичної статистики, медичним бібліотекам регіонів України, ВНЗ та інститутів Міністерства охорони здоров'я, Академії медичних наук України.

Зусиллями Інституту економіки Національної академії наук України за сприяння Партії Зеле-

них України та Інституту інформаційного суспільства здійснено видання монографії “Демографічна криза в Україні” і безкоштовно передано 54 екземпляри відділу історії медичної статистики МНІАЦ МС для вручення інформаційно-аналітичним відділам центральних районних поліклінік, міським спеціалізованим медичним закладам м. Києва та обласним центрам медичної статистики України. За це хочеться висловити їм щире подяку.

На конференції відбулася презентація цих видань.

Висловлюємо подяку також художникові Іванові Михайловичу Гайдуку (м. Черкаси), народному художникові СРСР Олександрові Павловичу Скоблікову (м. Київ) за передані в дар музею Історії медичної статистики портрет професора С.А. Томіліна та бюст вченого.

На могилу С.А. Томіліна, який похований у м. Києві на Лук'янівському цивільному кладовищі, від учасників конференції було покладено квіти.

Подібні науково-практичні конференції – це данина пам'яті видатним представникам нашої держави, що залишили нащадкам свою невтомну працю, одним з яких був С.А. Томілін.

Учасники конференції прийняли резолюцію, яка друкується.

УДК 614.2(092)(063)

РЕЗОЛЮЦІЯ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ “ЖИТТЯ І НАУКОВА ДІЯЛЬНІСТЬ С.А. ТОМІЛІНА – СЛУЖІННЯ СПРАВІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ (ДО 125-РІЧЧЯ З ДНЯ НАРОДЖЕННЯ)” 25 жовтня 2002 р., м. Київ

Учасники науково-практичної конференції “Життя і наукова діяльність С.А. Томіліна – служіння справі охорони здоров'я населення України (до 125-річчя з дня народження)”, проведеної за ініціативою вперше створюваного музею історії медичної статистики, обговоривши проблемні питання, порушені талановитим ученим, які до цього часу залишаються актуальними, вважають конче потрібним і корисним для сучасного та майбутнього покоління

фахівців проведення комплексу заходів щодо їх вирішення.

У процесі підготовки науково-практичної конференції інформаційна підтримка забезпечувалась вивченням наукової спадщини С.А. Томіліна, серед якої одне з провідних місць займали книга “Демография и социальная гигиена”, доступні рукописні видання тощо.

Учасники науково-практичної конференції відмічають, що підняті С.А. Томіліним проблеми

відтворення населення, демографічної поведінки, шлюбу і сім'ї, статі залишаються актуальними і сьогодні. Національна демографічна політика потребує свого формування відповідно до нових соціальних умов. Усі рівні управління в державі, її регіонах, містах, районах характеризуються занадто низькою демографічною культурою, внаслідок чого демографізація як практичного, так і наукового мислення перебуває в зародковому стані. Це призводить до того, що структурами влади приймаються рішення, закони та підзаконні акти, демографічні наслідки впровадження яких не аналізуються і не передбачаються, хоча вони є неминучими в будь-який регулюючий дії у сфері економіки, суспільного життя та культури. Відсутність демографічної експертизи великих народногосподарських рішень, ігнорування їх демографічних наслідків – один із закономірних результатів байдужого ставлення до факту сучасного стану демографічної освіти у державі.

Профілактика як генеральна стратегічна лінія системи охорони здоров'я в Україні, за рідкісними винятками, залишається відомчим завданням органів охорони здоров'я, вона і досі не стала дійсно найважливішою функцією держави, про що говорив ще С.А. Томілін. На його думку, потрібно поставити “господарче використання” і все життя будь-якої людини в такі умови, щоб її участь у виробничому процесі не супроводжувалась передчасною амортизацією “біологічного капіталу”. За тривалістю життя населення Україна у світі займає 108 місце (обидві статі – 67,8; чоловіки – 62,7; жінки – 73,1 року), відстаючи від країн Західної Європи на 9 років. Це є свідченням передчасної амортизації людини, яка продовжується з боку як професійної праці, так і всього господарчого та побутового звичаю життя людини в Україні. Відсутні здорові умови праці, залишається незмінним традиційно відсталлий побут, який треба спрямовувати до рівня кращих світових зразків матеріальної культури.

Виконання значних медико-статистичних робіт, на чому особливо наголошував С.А. Томілін, потребує залучення як провідних спеціалістів медицини й охорони здоров'я (Український інститут громадського здоров'я, кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я, управління охорони здоров'я, медичні академії, медичні університети, інститути АМН України), так і тих, що працюють в інших відомствах і організаціях. Це стосується перш за все всіх цільових медичних програм на рівні держави і регіонів України, річних планів роботи Міністерства охорони здоров'я України, управлінь охорони здоров'я областей, міст Києва та Севастополя, в яких повинні знайти відображення міжсекто-

ральні, внутрішньовідомчі, міжвідомчі й міжрегіональні зв'язки через виконання конкретних медико-статистичних робіт. Потребують поновлення і постійного розвитку ділові стосунки з Держкомстатом України, його Науково-дослідним інститутом статистики, відділом демографії та відтворення трудових ресурсів Інституту економіки НАН України, кафедрою статистики Національного економічного університету.

Медична статистика як спеціальність досі не введена до номенклатури спеціальностей Міністерства охорони здоров'я України, що стримує підготовку та перепідготовку спеціалістів з медичної статистики з вищою та середньою освітою. Потребують корекції навчальний план та програма підготовки з демографічної і медичної статистики, у тому числі на післядипломному рівні.

Діяльність кожної установи охорони здоров'я неможлива без систематичних зв'язків із суспільством. У сучасних економічних умовах при формуванні ресурсів установ, насамперед матеріальних, фінансових, визначенні стратегії і тактики їх розвитку важко переоцінити роль упорядкованих зв'язків з владними структурами, від яких залежить виділення коштів. З огляду на прагматичні інтереси, також важливими є контакти з реальними і потенційними спонсорами, діловими партнерами. Сьогодні йдеться про розвиток соціального партнерства, мета якого – формування єдиного медичного та єдиного інформаційного просторів, виконання першочергових завдань, важливих для населення. Потрібно йти до своїх партнерів (муніципальної влади, депутатів, громадських об'єднань, комерційних фірм тощо) не в ролі прохача, а з пропозиціями, заснованими на нестандартних підходах до вирішення взаємоактуальних проблем, пропонуючи свої ресурси, у тому числі інформаційні та інтелектуальні потенціали. Тут можуть бути корисними контакти з Київським інститутом інформаційного суспільства.

Вирішення окремих проблем можливе в умовах музею історії медичної статистики, зокрема: накопичення фондів матеріалів становлення і розвитку демографічної, медичної статистики від зародження до наших днів; визначення можливих тенденцій подальшого її розвитку; комплектування музейних зібрань, проведення експозиційної і видавничої роботи.

Формування спеціальної бібліотеки музею історії медичної статистики Київського міського наукового інформаційно-аналітичного центру медичної статистики вийшло за межі потреб установи і системи охорони здоров'я м. Києва. Задоволення потреби системи охорони здоров'я столиці України в забезпеченні науковою ме-

дичною інформацією та запитів слухачів кафедри медичної статистики, яка тут розташована, потребує нових рішень. Формування фонду спеціальної бібліотеки за рахунок благодійної передачі видань з приватних зібрань та з фондів трьох бібліотек (Державної наукової медичної, Київського інституту гематології і трансфузіології АМН України, Науково-дослідного інституту статистики Держкомстату України) задовільним бути не може. На порядку денному було питання створення спеціальної бібліотеки з використанням сучасних інформаційних технологій. Потребує також вирішення питання надання спеціальної бібліотеці права на одержання обов'язкового безоплатного примірника документів, які виходять з друку (за профілем).

Враховуючи вищесказане, учасники науково-практичної конференції вважають потрібним підкреслити:

1. Настав час подальшої інтенсифікації використання наукових здобутків видатного вченого, професора С.А. Томіліна. Цього потребує як необхідність встановлення історичної справедливості відносно Сергія Аркадійовича як видатної особистості й глибокого дослідника, так і державні інтереси.

2. Головному управлінню охорони здоров'я та медичного забезпечення м. Києва:

2.1. Доручити порушити клопотання перед Міністерством охорони здоров'я, АМН України про звернення до Кабінету Міністрів України з пропозиціями:

2.1.1. Розглянути питання про розробку Концепції національної демографічної політики з наступним опрацюванням її конкретних заходів.

2.1.2. Ввести в гуманітарних та медичних ВНЗ курс з демографії.

2.1.3. При заміщенні посад усіх рівнів державного управління ввести тестування з питань соціальної політики, демографії та соціальної гігієни.

2.1.4. Вжити заходів щодо збільшення кількості досліджень у галузі соціальної медицини в інститутах системи Міністерства охорони здоров'я та АМН України.

2.2. Звернутись до Міністерства охорони здоров'я України з пропозиціями:

2.2.1. Прийняти рішення щодо створення умов сприяння доступності наукової спадщини про-

фесора С.А. Томіліна для науковців, студентів медичних ВНЗ, слухачів циклів післядипломної підготовки лікарів, а також керівників органів та установ охорони здоров'я України.

2.2.2. У світлі розвитку ідей С.А. Томіліна і з метою збереження та зміцнення здоров'я населення розгорнути широку пропаганду здорового способу життя серед населення із залученням усіх без винятку медичних працівників, приділяючи при цьому увагу гігієнічному навчанню та вихованню підростаючого покоління.

2.2.3. Залучити кращих фахівців до розробки конкретної програми і забезпечити підготовку лікарів, середнього медичного персоналу з питань санології, пропаганди здорового способу життя, оцінки рівня здоров'я пацієнтів, корекції способу життя з урахуванням виявлених факторів ризику. Провести конкурс на кращі методичні розробки з цих питань.

2.2.4. Передбачати кошти для залучення спеціалістів з інших міністерств та відомств для участі у викладанні дисциплін спеціально медичного, демографічного та статистичного напрямків з використанням даних про результати наукових досліджень, здійснюваних у згаданих галузях.

2.2.5. Вирішити питання підготовки спеціалістів медичної статистики з вищою та середньою освітою і більш інтенсивної підготовки студентів у медичних ВНЗ України з питань статистики.

2.3. Доручити Київському міському науковому інформаційно-аналітичному центру медичної статистики організувати проведення щорічних "Томілінських читань".

3. Враховуючи те, що в книгу С.А. Томіліна "Демографія і соціальна гігієна" з різних причин не було включено багато робіт, що вона вже давно стала раритетом, а покоління молодих спеціалістів взагалі не має можливості вивчати дуже корисний матеріал, вважати доцільним вирішити питання її перевидання та підготувати видання біографічного нариса про С.А. Томіліна.

4. Учасники конференції підтримують важливу роботу щодо створення музею історії медичної статистики в м. Києві на базі міського наукового інформаційно-аналітичного центру медичної статистики та його спеціальної бібліотеки і звертаються до медичної громадськості взяти посильну участь у формуванні їх фондів.

*За дорученням Оргкомітету конференції,
голова В.Г. Бідний*

ВІЗІР АНАТОЛІЙ ДМИТРОВИЧ



На 74 році життя перестало битися серце видатного вченого, клініциста і педагога, ректора Запорізького медичного університету, академіка Національної академії наук України, Академії медичних наук України, заслуженого працівника вищої школи України, доктора медичних наук, професора Візіра Анатолія Дмитровича.

Понад півстоліття свого трудового життя А.Д. Візір віддав клінічній практиці та підготовці медичних кадрів. Починав з лікаря, асистента, доцента кафедри терапії Харківського медичного інституту, потім завідував кафедрою пропедевтики внутрішніх хвороб у Запорізькому медичному інституті. Останні 28 років обіймав посаду директора цього інституту (університету). Під його керівництвом університет став одним з провідних освітянських і наукових центрів, у якому готують висококваліфікованих лікарів, провізорів та науковців. Багато зусиль Анатолій Дмитрович доклав до реформування вищої медичної освіти та наближення її до міжнародних стандартів.

Наукові праці А.Д. Візіра були присвячені проблемам діагностики та лікування серця та судин і здобули світове визнання. Він опублікував численні монографії про роль нейропептидів, простагландинів та кінінів при різних варіантах перебігу гіпертонічної хвороби, атеросклерозу, ішемічної хвороби серця, а також фармакотерапію внутрішніх хвороб.

Пам'ять про прекрасного вчителя, лікаря, людину – Анатолія Дмитровича Візіра – назавжди залишиться у серцях його колег, учнів, друзів та всіх, хто лікувався в нього та спілкувався з ним.

Міністерство охорони здоров'я України

Редакційна колегія журналу "Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України"

АМОСОВ МИКОЛА МИХАЙЛОВИЧ

12 грудня 2002 року на 90-му році пішов з життя один з найвидатніших медиків сучасності, талановитий вчений-хірург із світовим ім'ям, академік Національної академії наук та Академії медичних наук України, заслужений діяч науки і техніки, лауреат Ленінської та Державних премій України, Герой соціалістичної праці, доктор медичних наук, професор Микола Михайлович Амосов.

М.М. Амосов народився 6 грудня 1913 року. Отримав дві освіти – лікаря та інженера. У Велику Вітчизняну війну був провідним хірургом військового шпиталю. Після війни працював у Брянську завідувачем хірургічного відділення. У 1952 році на запрошення директора Київського інституту туберкульозу і грудної хірургії ім. Ф.Г. Яновського професора О.С. Мамолата Микола Михайлович приїздить у Київ і працює заступником директора з наукової роботи, науковим керівником клініки серцево-судинної хірургії. У 1983 році М.М. Амосов очолює Інститут серцево-судинної хірургії, а з 1988 року до кінця життя залишається його почесним директором.

У 1953–1955 роках він завідував кафедрою хірургії Київського медичного інституту; в 1959–1990 роках – відділом біокібернетики Інституту кібернетики НАН України.

М.М. Амосов був клініцистом-першопрохідцем. Він вперше в Україні здійснив резекцію ле-

гень, хірургічне лікування вад серця, операції на серці з апаратом штучного кровообігу, який за його власним проектом для клініки було зроблено на заводі. Вперше в СРСР у 1962 році провів протезування мітрального клапана, вперше у світі створив і впровадив антитромботичні протези клапанів серця. Він автор численних методів хірургічного лікування захворювань серця та судин.

М.М. Амосов заснував школу кардіохірургів в Україні, відому в усьому світі, підготував майже 120 докторів і кандидатів наук, багато з яких стали відомими педагогами, клініцистами. Він написав понад 400 наукових праць, монографій, а також робіт з медичної і біологічної кібернетики, філософії. Його науково-популярні книжки “Думки і серце”, “Роздуми про здоров'я” стали бестселерами, видавалися мільйонними тиражами в Союзі та за кордоном.

Микола Михайлович був сильною, чесною, прямою і мужньою людиною, справжнім громадянином. Обраний депутатом Верховної Ради СРСР і Верховної Ради України, безкомпромісно виконував свої депутатські обов'язки.

М.М. Амосов-учений постійно перебував у науковому і творчому пошуку, його відданість медичній науці та хірургії, любов до людей, глибока ерудиція завжди будуть взірцем для медичної громадськості, для всіх, хто працював поряд, спілкувався з ним і знав його.

Міністерство охорони здоров'я України

Редакційна колегія журналу “Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України”

ДО ВІДОМА АВТОРІВ!

**Редакція журналу “Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я України” за-
прошує Вас до активної співпраці!**

Журнал належить до Переліку наукових видань, в яких можуть публікуватися основні результати дисертаційних робіт (розділ “Медичні науки”) ВАК України.

Тематична спрямованість журналу: питання державної політики охорони здоров’я; теоретичні основи охорони здоров’я; концептуальні основи реформування галузі; питання профілактики в охороні здоров’я; медико-демографічні та медико-соціологічні дослідження; вивчення та прогнозування здоров’я населення, розробка моделей управління здоров’ям; медичні проблеми здорового способу життя; організація охорони здоров’я населення; питання управління охороною здоров’я; економіка охорони здоров’я, страхова медицина; нормативне, правове, кадрове, інформаційне, матеріально-технічне, фінансове забезпечення системи охорони здоров’я; сучасні медичні технології; проблеми підготовки медичних кадрів та організація післядипломної освіти;

організація санітарно-епідеміологічної служби; комплексна інформація системи охорони здоров’я, її правове, інформаційне, програмне і технічне забезпечення; організація наукових досліджень у системі охорони здоров’я та впровадження нововведень; питання історії медицини, медичної етики та деонтології; проблеми організації наукової медичної інформації; організація охорони здоров’я та управління нею в екстремальних умовах; міжнародний досвід з організації охорони здоров’я;

міжнародне співробітництво з питань охорони здоров’я тощо.

До редакції (за адресою: Київ-54, вул. О.Гончара, 65) подаються роботи, що раніше ніде не друкувалися, не направлялися для опублікування в інші друковані видання, не мають інформації, що становить державну таємницю:

оригінальні статті, огляди літератури, короткі повідомлення, рецензії, реферати, інформація про роботу з’їздів, конференцій, симпозіумів, нарад, семінарів та інших наукових, науково-практичних і практичних заходів, а також рекламний матеріал; редакція надає різноманітні рекламні послуги.

Правила подання матеріалу для опублікування:

• Матеріал має супроводжуватись офіційним направленням від установи, в якій він був виконаний, з візою керівництва (наукового керівника), завіреною круглою печаткою установи, та **гарантійним листом про оплату із розрахунку 40 ум.од. за 1 авторський аркуш (40 000 знаків), оплата здійснюється установою або автором. Якщо матеріал не має гарантійного листа, він не розглядається, автору не повертається, а передається на розгляд лише після погашення заборгованості.**

• На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи всіх авторів, прізвище, ім’я та по батькові, поштова адреса, номери телефонів (службовий, домашній) автора, з яким редакція буде спілкуватися.

• Авторський текстовий оригінал має складатися з трьох примірників українською мовою:

- тексту (обсяг оригінальних статей, у тому числі рисунків, літератури, реферату, не більше ніж 8 с., оглядів літератури, лекцій, проблемних статей - не більше ніж 12 с., коротких повідомлень, рецензій - не більше ніж 7 с.);

- списку літератури (якщо в статті є посилання, не більше ніж 20 літературних джерел, в оглядах - не більше ніж 50);

- таблиць;

- рисунків (не більше ніж 4) і підписів до них;

- рефератів українською, російською та англійською мовами обсягом не більше 1/3-1/2 с.

• Статті набираються на комп’ютері (в програмі Word 7.0, шрифтом 14 пунктів і не більше ніж 32 рядки на сторінці, зберігаються у форматі *.rtf), подаються роздруковані з дискетою. Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) будуються в програмах Word 6.0/7.0 або Excel 6.0/7.0 та у вигляді окремих файлів разом із текстовим файлом подаються на дискеті. Як виняток, авторський оригінал може бути надрукований на друкарській машинці (обсяг не більше ніж 12 с.) через 2 інтервали на одній стороні аркуша формату А4 (210x297 мм), відступаючи від лівого краю 35 мм, правого - 10 мм, згори і знизу - по 25 мм (28-30 рядків на сторінці, 60-65 знаків, враховуючи пропуски, на рядку).

• На першій сторінці зазначаються: шифр УДК ліворуч, ініціали та прізвища авторів, місто в дужках, назва статті, назва установи, де працюють автори.

• Список літератури подається зразу ж за текстом. Автори згадуються за абеткою - спочатку праці вітчизняних авторів, а також іноземних, опублікованих російською чи українською мовою, далі іноземних

авторів, а також вітчизняних, опублікованих іноземною мовою. Всі джерела повинні бути пронумеровані та мати не більше ніж 5-7-річну давність. Посилання в тексті позначаються цифрами у квадратних дужках, мають відповідати нумерації у списку літератури. В бібліографічному описі книги потрібно зазначити прізвища та ініціали авторів, її назву (якщо чотири і більше авторів - назву книги, а потім за похилою лінією ініціали і прізвища всіх авторів або, якщо більше чотирьох, трьох авторів і слова "та ін."), місто, видавництво, рік видання, загальну кількість сторінок; статті - прізвище та ініціали авторів, назву періодичного видання (журналу, збірника наукових праць), рік, номер (том, випуск) і сторінки (початкова й остання);

автореферату дисертації - прізвище та ініціали автора, назву автореферату, далі із заголовної літери після двох крапок вказують, на здобуття якого ступеня захищається дисертація і в якій галузі науки, місто та рік видання, загальну кількість сторінок. Скорочення слів і їх поєднань приводять згідно з ДСТУ 3582-97 "Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги та правила".

- Кількість ілюстрацій (рисунок, схеми, діаграми) має бути мінімальною. Таблиці і рисунки вміщують у текст статті відразу після першого посилання на них. У підписі до рисунка наводять його назву, пояснення всіх умовних позначень (цифр, букв, кривих тощо). Таблиці повинні бути компактними, пронумерованими, мати назву. Номери таблиць, їх заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, мають точно відповідати наведеним у тексті. Формули надаються зробленими у редакторі формул Microsoft Equation 3.0. Як виняток, формули вписують темними чорнилами і розмічають усі елементи (латинські літери - синім олівцем, грецькі - червоним, великі і малі букви, подібні за написанням букви і цифри).

- Позначки різних мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень слід наводити відповідно до Міжнародної системи одиниць (СИ), медичні терміни - згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань - за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, лікарські засоби - за Державною Фармакопеею (X, XI). Назви фірм і апаратів треба давати в оригінальній транскрипції.

- Скорочення у тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Абревіатура розшифровується після першого згадування і залишається незмінною протягом усього тексту.

- У рефератах потрібно вказати назву статті, ініціали та прізвище автора (авторів), місто в дужках, зазначити мету, об'єкт, методи дослідження, результати і висновки.

- Відповідальність за вірогідність та оригінальність поданих матеріалів (фактів, цитат, прізвищ, імен, результатів досліджень тощо) покладається на авторів. Статті, оформлені без дотримання правил, не розглядаються і не повертаються авторам.

- Редакція забезпечує рецензування статей, виконує спеціальне та літературне редагування, залишає за собою право скорочувати обсяг статей. Відмова авторам в опублікуванні статей може бути без пояснення її причини і не вважатиметься негативним висновком стосовно наукової та практичної значущості роботи.

- Вартість розміщення реклами на сторінках журналу:

- кольорова на зовнішній і внутрішній поверхнях обкладинки - 400 ум.од.;

- кольорова на вклейці:

- двостороння - 550 ум.од.;

- одностороння - 350 ум.од.;

- чорно-біла на аркушах формату А4 - 200 ум.од.;

- рекламні статті - 200 у.о. за 1 авт. арк.

- Зміст усіх випусків журналу, тези надрукованих статей українською, російською та англійською мовами, розділ "До відома авторів" та умови передплати розміщені на сервері Українського інституту громадського здоров'я за адресами:

http: www.uact.cit-ua.net/uiph

http: www.uact.kharkov.com/uiph.

- Придбати журнал Ви зможете за передплатою та в роздріб. Вартість передплати за один номер юридичними та фізичними особами 12 грн. 50 коп. Бажаючим його придбати потрібно звертатися за тел. (0352) 22-80-09.

Адреса редакції: 01601, м.Київ

вул.О.Гончара, 65

Український інститут громадського здоров'я

тел. (044) 216-81-51, 216-71-49

Адреса редакції

01601, м. Київ, вул. Олеся Гончара, 65
телефон (044) 216-81-51, 216-85-54, факс (044) 216-71-00 E-mail: health@uiph.kiev.ua

Адреса видавництва

46001, м. Тернопіль, майдан Волі, 1
Видавництво "Укрмедкнига" Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я. Горбачевського
телефон (0352) 22-97-29, 22-44-92, 22-47-73
Одержувач платежу: Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського код 02010830, р/р
35224001000151 в УДК в Тернопільській області, МФО 838012
для журналу "Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України"

Редактори:	<i>М.В. Грималюк, В.І. Ситар</i>
Художнє оформлення:	<i>Н.М. Лещук, П.С. Кушик</i>
Коректор	<i>О.П. Капкаєва, О.В. Шумило</i>
Технічний редактор	<i>С.Т. Демчишин</i>
Комп'ютерний набір:	<i>Н.М. Лещук, С.В. Роїк</i>
Комп'ютерна верстка	<i>І.Т. Петрикович</i>
Перекладачі:	<i>І.Д. Близнюк-Ходоровський, Н.Б. Колесникова, Л.А. Яновська, М.М. Мекуш</i>

Здано до складання 21.06.2002. Підписано до друку 21.10.2002. Формат 60x84 1/8. Папір офсетний.
Друк офсетний. Ум. друк. арк 10,23. Обл.-вид. арк. 9,18. Наклад 305. Зам. № 175.