
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

1

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”
2003

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.В. Підаєв, 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 № 1 від 21.01.2003 р.)*

Передплатний індекс – 22867

Пріоритетні напрями охорони здоров'я

А.В. Підаєв. Діяльність системи охорони здоров'я України в контексті стратегії економічного та соціального розвитку держави на 2002–2011 роки

В.М. Пономаренко, В.М. Бодак, В.С. Швецов. Роль місцевого самоврядування в розвитку та вирішенню проблем сімейної медицини на селі

Ю.А. Хунов. Актуальні проблеми вдосконалення медичного обслуговування сільських жителів

Здоров'я і суспільство

Т.С. Грузєва. Сучасні особливості та тенденції стану здоров'я сільського населення

Т.М. Поканевич, Л.М. Піотрович, В.В. Єлагін, О.І. Тимченко. Профілактична медицина: організація пренатальної діагностики вродженої патології серед вагітних у Київській області

О.М. Голяченко, Н.М. Семків Соціально-медичні зрушення в тернопільському селі.

О.Г. Шекера, Н.І. Мудрик. Соціально-медичні аспекти державної політики України

Методологічні підходи в системі охорони здоров'я

В.М. Пономаренко, Н.В. Медведовська. Рейтингова оцінка та вибір рейтингового методу в аналізі діяльності закладів охорони здоров'я

Організація медичної допомоги

А.Б. Зіменковський. Клініко-економічні аспекти організації надання невідкладної хірургічної гастроентерологічної допомоги

М.О. Колесник, Н.О. Сайдакова. Стан та шляхи удосконалення допомоги хворим нефрологічного профілю в Україні

О.М. Волик. Багаторічна динаміка використання ліжкової потужності військових госпіталів Збройних Сил України

С.О. Риков. Ефективність підготовки та використання кадрових ресурсів при наданні офтальмологічної допомоги населенню в рамках інтегративно- диференційованої організаційної моделі

Priority directions for the public health system

A.V.Pidayev. Activity of Ukrainian public health system in the context of state economic and social development strategy for 2002-2011

V.M.Ponomarenko, V.M.Bodak, V.S.Shvetsov. The role of local self-governing bodies in rural regions in development of family medicine based facilities network and in solving their problems

Yu.A. Khunov. Present-day problems in health care provision of rural population

Health and society

T.S. Hruzeva. Nowadays State of rural population health and its trends

T.M. Pokanevich, L.M. Piotrovich, V.V. Yelagin, O.I. Timchenko. Preventive medicine: organization of prenatal diagnostics of congenital pathology in Kyiv province

O. M. Golyachenko, N. M. Semkiv Social - medical shifts in the Ternopol village

O.H. Shekera, N.I. Mudruk. Socio-medical aspects of the ukrainian state's policy

Methodologic Approaches in the Public Health System

V.M. Ponomarenko, N.V. Medvedovskaya. Rating estimation and a choice of a rating method for analysis of the activity of medical institutions

Organization of Medical Care Provision

A.B. Zimenkovsky. Clinical and economical aspects of urgent gastroenterological surgery organization

N.A. Kolesnyk, N.A. Saidakova. Current state of medical care provision system for nephrological patients and directions of its improvement in Ukraine

O.M.Volik. Long-term dynamics in bed-capacity utilization of military hospitals of the armed forces of Ukraine

S.O. Rykov. Effectiveness of training and usage of staff for provision of ophthalmologic assistance to people in the framework of integrative differentiative organizational model

5

13

17

21

29

31

34

39

42

47

51

53

Н.Є. Федчишин. Соціальні закономірності госпіталізованої захворюваності та лікарняної летальності від гострого інфаркту міокарда

59

Управління охороною здоров'я

А.А.В. Іпатов. Питання оптимізації управлінської діяльності головного експерта обласної служби медико-соціальної експертизи

61

Л.М. Романюк. Інформаційне забезпечення, управління стаціонарною допомогою

67

Формування здорового способу життя

В.В. Беспалько. Проблеми статевого розвитку та вживання психоактивних речовин

70

Історія медицини

О. Голяченко, Я. Ганіткевич. Інквізиція ХХ століття (до 70-річчя геноциду українського народу)

74

М.П. Бойчак. Дмитро Одрин – перший начальник військово-медичної служби української армії і міністр народного здоров'я та опікування Української народної республіки (до 110-річчя від дня народження)

79

До авторів

85 **Nobices for authors**

N. Ye. Fedchyshyn. Social conformities of myocardial infarction illness and lethal rate those hospitalized

Health Care System Management

A. V. Ipatov. On optimization of managerial functions of the chief-expert of provincial division of medical and social expertize service

L. N. Romanyuk. Information provision in management of department care.

Formation of health life-style

V. V. Bospalko. School-aged children sexual development and their consumption of psychoactive substances

History of Medicine

O. Golyachenko, Ya. Ganitkevich. Inquisition of XXth century (to 70-years of ukrainian people's genocide)

M. P. Boychak. Dmitry Odrina – the first head of military medical service of Ukrainian Army, the Minister of People's Health and supervision of Ukrainian People's Republic (to 110-th anniversary)

А.В. ПІДАЄВ

ДІЯЛЬНІСТЬ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В КОНТЕКСТІ СТРАТЕГІЇ ЕКОНОМІЧНОГО ТА СОЦІАЛЬНОГО РОЗВИТКУ ДЕРЖАВИ НА 2002–2011 РОКИ

Міністр охорони здоров'я України

Україна як незалежна європейська держава послідовно проводить політику демократичних перетворень, побудови громадянського суспільства, реформування економічних засад, запровадження соціально орієнтованої структурно-інноваційної моделі розвитку.

Перше десятиліття державотворчої діяльності ознаменувалося докорінною зміною соціально-економічних відносин, утвердженням нових принципів в економіці, демонтажем підвалин адміністративно-командної системи і формуванням важелів та інструментарію державного макроекономічного регулювання. Незважаючи на проблеми і труднощі, за десять років реформ нагромаджено досвід ринкових перетворень і відкрито реальну перспективу динамічного зростання та якісного розвитку економіки, соціальної сфери, підвищення рівня життя народу.

У Посланні Президента України до Верховної Ради України "Європейський вибір. Концептуальні засади стратегії економічного та соціального розвитку України на 2002–2011 роки" здійснено глибокий аналіз підсумків соціальних та економічних перетворень за період 1991–2001 рр. і окреслено основні цілі та завдання розбудови держави на перспективу, стратегічні пріоритети [13].

Завдання на наступні десять років полягають в остаточному облаштуванні нового суспільства, його економічної, соціальної, політичної та гуманітарної сфер. Важливим є подолання деформацій, що виникли на стартовому етапі розвитку. Головною метою стратегії економічного та соціального розвитку до 2011 року визначено формування сильної держави, активізація її регулюючої функції і водночас здійснення такої політики, яка б не лише зберегла, а й істотно посилила ринковий вектор розвитку, надала йому більшої орієнтації на кінцевий результат, забезпечила реалізацію прав і свобод громадян в усіх їх проявах, досягнення високого рівня життя.

Стратегічними пріоритетами визначено створення передумов для набуття Україною повно-

правного членства у Європейському Союзі, забезпечення сталого економічного зростання, утвердження інноваційної моделі розвитку, соціальної переорієнтації економічної політики.

Посилення соціальної спрямованості курсу реформ дозволить знизити рівень бідності, зменшити диференціацію доходів населення за рахунок посилення адресної соціальної підтримки та стимулювання випереджаючих темпів зростання заробітної плати, що сприятиме відчутному поліпшенню умов життя людей.

Особливу увагу в стратегії розвитку України на 2002–2011 роки відведено соціальній політиці. Її основними завданнями визначено перебудову соціальної сфери, підвищення добробуту людей, забезпечення задоволення життєвих потреб населення в нових економічних умовах стабілізації та зростання економіки.

Важливою складовою соціальної політики є політика у сфері охорони здоров'я. Відповідно до стратегічного курсу держави, передбачається поглиблення реформ у медичній галузі. Метою глибоких перетворень є забезпечення доступності якісної медичної допомоги, створення правових, економічних та організаційних умов надання медичних послуг, переорієнтація державної служби охорони здоров'я на запобігання захворюванням, насамперед, інфекційним, зниження ризиків, пов'язаних із забрудненням та шкідливим впливом довкілля, у тому числі внаслідок Чорнобильської катастрофи.

Реформаторський вектор розвитку полягатиме в запровадженні механізмів багатоканальності фінансування медичної галузі, забезпеченні керованого розвитку платних медичних послуг та введенні державного соціального медичного страхування, оптимальному співвідношенні між наданням медичних послуг і свободою їх вибору, забезпеченні доступності медичної допомоги для соціально незахищених верств населення, законодавчому визначенні гарантованого рівня безоплатного медичного обслуговування.

На виконання завдань, поставлених у посланнях Президента України до Верховної Ради України "Європейський вибір. Концептуальні засади стратегії економічного та соціального розвитку України на 2002–2011 роки" та "Про внутрішнє і зовнішнє становище України у 2001 році" розроблено заходи, які затверджено відповідною постановою Кабінету Міністрів України [16]. Вони включають напрями вирішення комплексу питань, пов'язаних з підвищенням ефективності державного управління, у тому числі проблем ринку праці, грошових доходів і заробітної плати, соціального захисту та пенсійної реформи, здоров'я населення, житлової політики, туристичної та культурно-рекреаційної сфери, політики стосовно сім'ї та молоді, охорони навколишнього природного середовища. Важливими завданнями є вдосконалення податково-бюджетної, у тому числі інвестиційної, а також науково-технічної та інноваційної політики.

Особливої уваги вимагатимуть питання формування конкурентного середовища, ефективного використання промислово-технологічного

потенціалу, створення конкурентоспроможного агропромислового комплексу.

Заходами передбачено посилення ролі регіонів у забезпеченні економічного зростання та їх відповідальності за розв'язання соціальних проблем. Важливим напрямом діяльності є здійснення практичних кроків у напрямі європейської інтеграції та вступу до Світової організації торгівлі, реалізація потенціалу торговельно-економічного співробітництва з Росією та іншими державами-учасниками СНД на умовах рівноправного партнерства і взаємної вигоди, захисту інтересів вітчизняних виробників і поглиблення співпраці з міжнародними фінансовими організаціями, іншими країнами.

У виконанні заходів, передбачених зазначеною постановою, братимуть участь всі центральні органи виконавчої влади. Міністерство охорони здоров'я України стане виконавцем 73% заходів, з яких у 12,3% виступатиме як головний виконавець, у 13,2% – як співвиконавець, у 47,4% – як співвиконавець у числі інших центральних органів виконавчої влади (рис. 1).

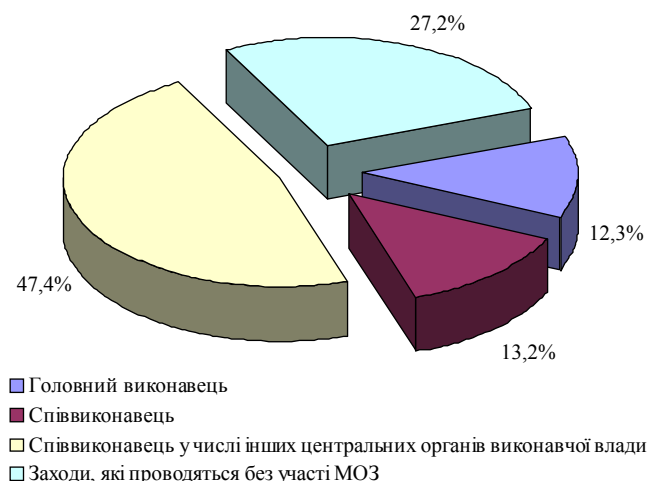


Рис. 1. Участь Міністерства охорони здоров'я України у виконанні заходів, затверджених постановою Уряду України і спрямованих на виконання завдань, що випливають з послань Президента України "Європейський вибір. Концептуальні засади стратегії економічного та соціального розвитку України на 2002–2011 роки" та "Про внутрішнє і зовнішнє становище України у 2001 році"

Відповідно до завдань, що випливають з послань Президента України, постановою Кабінету Міністрів України заплановано ряд заходів, виконання яких дозволить суттєво підвищити рівень здоров'я і життя громадян, реалізувати стратегічний курс розвитку медичної сфери, викладений у Концепції розвитку охорони здоров'я населення України [6]. Кожен захід передбачає певний механізм реалізації, термін виконання, виконавців та очікуваний результат.

Головні зусилля працівників медичної сфери спрямовуватимуться на поліпшення стану здоров'я населення, забезпечення доступності якісної

медичної допомоги, вироблення та запровадження механізмів багатоканальності фінансування галузі.

Відомо, що цільові програми у сфері охорони здоров'я набувають все більшого значення в умовах зростаючого, але все ще недостатнього, фінансового забезпечення. Програмно-цільове управління дозволяє не тільки концентрувати ресурси на пріоритетних напрямках, але й здійснювати комплексний підхід до вирішення найбільш актуальних проблем охорони здоров'я на основі міжгалузевої взаємодії [2, 19].

Ідеологія програмно-цільового підходу полягає у переході від принципу утримання бюджет-

них установ до принципу отримання конкретних результатів від використання бюджетних коштів. Для того, щоб виміряти та оцінити ці результати, будь-які видатки бюджету при такому підході потрібно затвердити у вигляді бюджетної програми, яка має виконавця, мету та критерії оцінки її виконання.

Метою впровадження програмно-цільового підходу є встановлення прямого зв'язку між виділенням бюджетних коштів та їх використанням на основі встановлених цілей і розроблених показників. Результатом застосування програмно-цільового підходу стає поліпшення прозорості і обгрунтованості бюджету щодо конкретних видатків державних органів, підвищення ефективності діяльності розпорядників коштів у досягненні цілей, а також посилення зв'язку між завданнями розпорядників коштів та бюджетним фінансуванням.

Запровадження цільового методу фінансування охорони здоров'я в Україні в період 2002–2011 рр. здійснюватиметься шляхом реалізації 17 затверджених цільових програм [5]. Протягом 2003 р. планується обгрунтування і розроблення цільових програм щодо лікування хворих на гострий інфаркт міокарда, гемофілію, апластичну анемію та ін., які затверджуватимуться відповідними нормативно-правовими актами державного рівня. Це дозволить зменшити захворюваність населення на хвороби системи кровообігу, крові та кровотворних органів, підвищить доступність та якість спеціалізованої медичної допомоги.

Постановою Верховної Ради України від 28.11.02 р. №276-IV [14] запропоновано передбачити виконання у повному обсязі відповідно до Закону України "Про Державний бюджет України" бюджетних призначень на фінансування бюджетних програм та додаткові видатки на забезпечення фінансування державних цільових програм у сфері охорони здоров'я населення у 2003 р. у розмірі 15,9 млн грн [7].

З метою посилення соціального захисту працівників охорони здоров'я необхідним є забезпечення на 2003 р. додаткових видатків в обсязі 1,1 млрд грн на виконання постанови КМУ від 30.08.02 р. №1298 "Про оплату праці працівників на основі єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери" [17].

Важливим завданням керівництва галузі залишається забезпечення реалізації у повному обсязі статті 77 "Основ законодавства України про охорону здоров'я" щодо надання пільг медичним працівникам, які проживають у сільській місцевості.

Передбачається кропітка робота щодо обгрунтування і внесення до Бюджетного кодексу України пропозицій, спрямованих на вдосконалення міжбюджетних відносин у вітчизняній системі охорони здоров'я та наданні прав розпорядників бюджетних коштів центральним районним лікарням.

Відомо, що передумовою обгрунтування управлінських рішень є достовірна, об'єктивна, диференційована інформація про здоров'я населення. Тому одним з важливих заходів є проведення моніторингу та рейтингової оцінки стану здоров'я і діяльності закладів охорони здоров'я. Міністерство охорони здоров'я з 1999 р. постійно здійснює моніторинг здоров'я населення та діяльності закладів охорони здоров'я з визначенням рейтингових місць окремих адміністративних територій країни [9]. Відповідно до Указу Президента України від 3 січня 2002 р. №8 "Про Комплексні заходи щодо поліпшення медичного обслуговування сільського населення на 2002–2005 роки" проводиться оцінка стану здоров'я селян та діяльності закладів охорони здоров'я, розташованих у сільській місцевості, на основі рейтингових показників їхньої роботи [18, 20]. Інформація, отримана у ході моніторингу стану здоров'я, дозволяє оперативно вирішувати проблеми та своєчасно вживати заходи, спрямовані на їх розв'язання.

Одним з головних завдань охорони здоров'я є забезпечення населення лікарськими засобами та виробами медичного призначення як необхідної складової якості медичного обслуговування [7]. В Україні активно розвивається фармацевтичне виробництво, обсяги якого досягли 1,7 млрд грн, а темпи приросту перевищують аналогічні показники у промисловості в цілому. За роки незалежності створено близько 800 виробництв лікарських засобів, з яких 60 є оригінальними. В Україні вперше серед країн СНД введено в дію Державну Фармакопею. Законодавство про ліки наближено до вимог Євросоюзу. На державному рівні затверджено три важливі переліки: Національний перелік основних (життєво необхідних) лікарських засобів і виробів медичного призначення; перелік лікарських засобів, які можуть закуповувати заклади, що фінансуються з державного або місцевого бюджетів; перелік ліків, ціни на які підлягають державному регулюванню. Введено якісний моніторинг доступності найнеобхідніших ліків. Україна стала четвертою державою в світі, яка має власний інсулін.

Незважаючи на досягнуті успіхи, питання забезпечення населення ліками та підвищення їх доступності залишаються далеко невирішеними.

Нагальними проблемами галузі є запровадження формулярної системи медикаментозного

забезпечення медичної допомоги населенню, забезпечення прозорості та економічної обґрунтованості системи ціноутворення у сфері фармації, запровадження системи державної реєстрації оптових цін на основні (життєво необхідні) лікарські засоби та виробниці медичного призначення вітчизняного та зарубіжного виробництва, вдосконалення ліцензійних умов провадження господарської діяльності з роздрібною торгівлі лікарськими засобами.

Заходами Кабінету Міністрів України передбачено подальший розвиток вітчизняного виробництва медичного устаткування, підвищення якості та збільшення питомої ваги вітчизняних лікарських засобів. Протягом 2003–2004 рр. планується обґрунтувати і затвердити постановою Кабінету Міністрів України Програму розвитку медичної промисловості України на 2004–2010 роки. Вирішення проблем забезпечення населення ліками і виробами медичного призначення на програмній основі дозволить наповнити внутрішній ринок продукцією вітчизняного виробництва, що сприятиме їх здешевленню і підвищенню доступності.

Важливим напрямом діяльності галузі є удосконалення законодавчої та нормативно-правової бази охорони здоров'я. Протягом років незалежності було закладено основи формування правового поля у сфері охорони здоров'я [10]. Проте стрімкі соціально-економічні перетворення, глибокі якісні зміни обумовлюють необхідність його подальшої розбудови.

Формування правових, економічних та організаційних умов надання медичних послуг населенню на сучасному етапі державотворення вимагає вдосконалення законодавства з питань охорони здоров'я, приведення його у відповід-

ність до Конституції України, законів України, норм міжнародного права. З цією метою протягом 2003 року опрацьовуватиметься новий проект закону України "Основи законодавства України про охорону здоров'я", який включатиме питання організаційно-правового врегулювання надання медичних послуг населенню та правові, організаційні, економічні і соціальні засади охорони здоров'я в державі.

У сучасних умовах розвиток сімейної медицини є одним з основних напрямів реформування системи охорони здоров'я. Сьогодні у світі ця найефективніша та маловитратна форма медичного забезпечення населення є найбільш поширеною [1]. Концепцією розвитку охорони здоров'я населення України передбачено пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейної медицини. Метою реформування ПМСД, впровадження загальної лікарської практики є покращання стану здоров'я населення, удосконалення системи медичної допомоги шляхом забезпечення її доступності на первинному рівні за умов раціонального використання ресурсів галузі. Першим з'їздом сімейних лікарів України затверджено Концепцію розвитку ПМСД на засадах сімейної медицини. Її реалізація дозволила здійснити поступальні кроки з розвитку мережі закладів охорони здоров'я, які працюють на засадах загальної лікарської практики, та їх кадрового забезпечення (рис. 2). Разом з тим існуюча кількість закладів охорони здоров'я та число посад сімейних лікарів не відповідають реальним потребам держави. За розрахунками фахівців, для України необхідними є підготовка 30 тис. сімейних лікарів і створення для них відповідних умов праці.

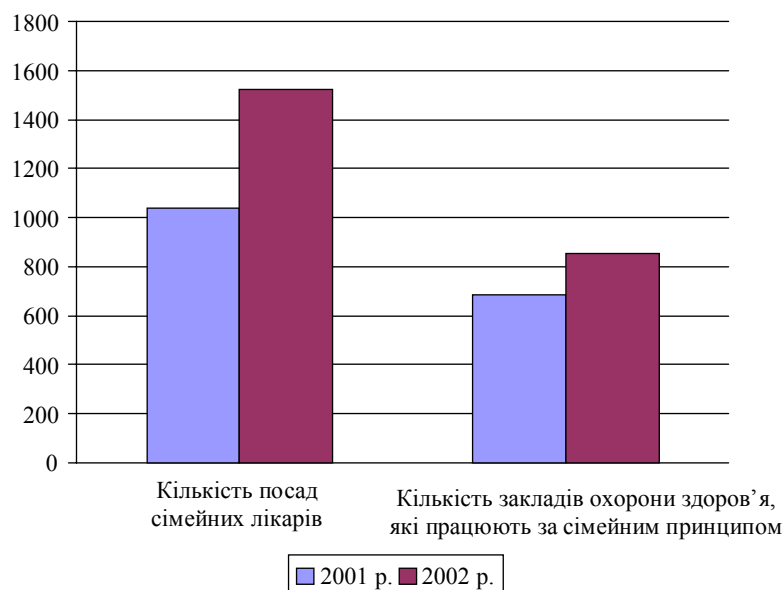


Рис. 2. Динаміка окремих показників розвитку сімейної медицини в Україні в 2001–2002 рр.

Результати впровадження сімейного принципу обслуговування в практичну охорону здоров'я свідчать про значну його ефективність, зокрема про зменшення на 60% кількості направлень до "вузьких" спеціалістів, на 24% – рівня госпіталізації, на 20% – викликів швидкої медичної допомоги. Проте перебудова первинної медико-санітарної допомоги вимагає вирішення багатьох проблем, у тому числі формування нормативно-правового поля, удосконалення управління, фінансового, матеріально-технічного та інформаційного забезпечення. Враховуючи це, протягом 2002–2004 рр. заплановано поступове доведення обсягу фінансування ПМСД до 20–40% асигнувань на охорону здоров'я.

Для України, як і для інших країн, особливо актуальною є проблема забезпечення сільського населення кваліфікованою медичною допомогою. Її складність визначається особливостями організації медико-санітарної допомоги сільському населенню, пов'язаними з низьким рівнем щільності проживання, віковим складом, відставанням в забезпеченні необхідних обсягів медичного обслуговування, обмеженнями у просторовій доступності медико-санітарної допомоги тощо. Питанням вдосконалення медичного забезпечення сільського населення приділяється постійна увага з боку керівництва держави та галузі [12]. Указом Президента України затверджені Комплексні заходи щодо поліпшення медичного обслуговування сільського населення. В Україні розпочато поступовий перехід від фельдшерської до лікарської моделі надання ПМСД, поліпшуються умови функціонування медичних закладів, підвищується рівень їх укомплектованості лікарями. Реальними кроками на шляху оптимізації медичного забезпечення селян стане створення у населених пунктах з чисельністю понад 1000 жителів амбулаторій загальної практики – сімейної медицини та реорганізація сільських лікарських амбулаторій і ФАПів в амбулаторії загальної практики – сімейної медицини. Активне впровадження ПМСД в сільську охорону здоров'я дозволить забезпечити пріоритетне вирішення проблем профілактики захворювань, формування засад здорового способу життя.

Загальновідомо, що спосіб життя на 50% визначає стан здоров'я населення. Тому профілактичний напрям, утвердження засад здорового способу життя є стратегічним напрямом розвитку охорони здоров'я [8]. У його розвитку Міністерство охорони здоров'я України проводить послідовну роботу щодо переорієнтації державної служби охорони здоров'я на запобігання захворюванням, насамперед інфекційним. Здійснення профілактичних заходів забезпечило

стабілізацію санітарно-епідеміологічної ситуації в країні. Завдяки переведенню закупівлі вакцин на кошти Державного бюджету імунопрофілактика стала пріоритетом державної політики, що дозволило досягти суттєвого зниження захворюваності на інфекції, керовані засобами імунопрофілактики, у тому числі на дифтерію, епідемічний паротит. У 2001 р. розроблено і впроваджено новий Національний календар профілактичних щеплень проти шести інфекцій. До Європейської сертифікаційної комісії подано документацію, яка підтверджує відсутність циркуляції "дикого" поліовірусу в Україні. Впровадження нової моделі фінансування санітарно-епідеміологічної служби посилило управлінську вертикаль. З метою утвердження засад здорового способу життя в Україні формується правове підґрунтя цього процесу, розпочато трансформацію санітарної освіти в державну систему безперервного медико-гігієнічного навчання.

У розвиток профілактичного напрямку протягом 2002–2003 рр. будуть розроблені проекти державної програми "Профілактика захворювань, пов'язаних із йодною недостатністю та дефіцитом інших мікронутрієнтів на 2003–2005 роки", комплексних заходів щодо профілактики хвороб, які передаються статевим шляхом, програми імунопрофілактики населення на період до 2006 року. З метою удосконалення механізмів санітарно-епідемічного контролю буде опрацьовано Закон України "Про санітарно-епідеміологічну експертизу". Реалізація комплексу заходів профілактичної спрямованості дозволить суттєво знизити частоту захворювань, поліпшити контроль за якістю продуктів та виробів загального споживання, зменшити ризики для здоров'я населення через недопущення виробництва, ввезення та реалізації небезпечної для здоров'я продукції.

Успішний розвиток охорони здоров'я значною мірою залежить від вирішення економічних питань. Позитивна бюджетна політика держави дозволила досягти реального збільшення фінансування галузі і розв'язання багатьох нагальних проблем [3]. Загальний обсяг фінансування медичної сфери досяг у 2002 р. 6,4 млрд грн. У декілька разів збільшено державне фінансування на придбання ліків для хворих на туберкульоз, цукровий діабет, онкологічні захворювання. Суттєво поліпшено забезпечення тест-системами для діагностики крові, ендопротезами, препаратами для трансплантації. Водночас фактичне фінансове забезпечення охорони здоров'я є значно меншим від реальних потреб і вимагає залучення додаткових джерел фінансування. Підсумки діяльності галузі за 2001 р. свідчать про суттєві успіхи – було залучено позабюджетних коштів на

суму 950 млн грн. З метою подальшого розвитку багатоканальності фінансування медичної галузі Міністерство охорони здоров'я України працює над розробкою механізму впровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

Після прийняття Верховною Радою України Закону України "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування" буде представлено до затвердження ряд проектів підзаконних нормативно-правових актів, розробка над якими триває.

Важливою проблемою охорони здоров'я є врегулювання надання платних медичних послуг населенню. Їх вирішення передбачається шляхом внесення змін і доповнень до постанови Кабінету Міністрів України від 17 травня 1996 р. №1138 "Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти" [15].

З метою визначення механізму реалізації соціальних прав та державних соціальних гарантій, пріоритетів державної соціальної політики щодо забезпечення потреб людини в матеріальних благах і послугах та фінансових ресурсах для їх реалізації, обґрунтування розмірів видатків бюджетів різних рівнів та відповідно до Закону України від 5 жовтня 2000 р. №2017-III "Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії" [4] в галузі проводиться цілеспрямована робота з обґрунтування і визначення державних соціальних нормативів у сфері охорони здоров'я. У 2002 р. постановою Уряду схвалено Класифікатор державних соціальних нормативів, який включає гарантований рівень безоплатного медичного обслуговування. Роботу над його обґрунтуванням завершено у 2002 р. Гарантований рівень визначає перелік видів безоплатної медичної допомоги, які надаються в державних та комунальних закладах охорони здоров'я. Розроблено методичні рекомендації щодо порядку формування та економічного обґрунтування регіональних програм подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги.

Особливої турботи з боку держави вимагають вразливі контингенти населення та громадяни з особливими потребами. В Україні нараховується 2,4 млн інвалідів, у тому числі понад 147 тис. дітей-інвалідів. І хоча в останні роки досягнуто тенденції до зниження інвалідності, рівень її залишається високим [11]. Тому і надалі зменшення частоти інвалідизації та медико-соціальне забезпечення інвалідів залишатиметься пріоритетом в діяльності охорони здоров'я. Позитивною є тісна співпраця Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства праці і

соціальної політики у вирішенні проблем інвалідності. Заходами передбачено розширення мережі центрів раннього втручання і медико-соціальної реабілітації дітей-інвалідів, центрів професійної, медичної та соціальної реабілітації осіб з обмеженими фізичними можливостями, затвердження порядку створення мережі регіональних центрів професійної реабілітації інвалідів. Це дасть змогу підвищити якість життя інвалідів та інтегруватися їм у сферу суспільного виробництва, жити повноцінним у соціальному, економічному та психічному відношенні життям.

Крім заходів, які безпосередньо стосуються охорони здоров'я, працівники медичної галузі братимуть участь у вирішенні інших соціальних питань. Протягом 2002–2009 рр. здійснюватимуться щорічні заходи з виконання Комплексної програми забезпечення реалізації Стратегії подолання бідності. Спільно з Державним комітетом України у справах сім'ї та молоді приводитиметься робота щодо стимулювання розвитку сімейних форм виховання дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, створення системи інформування населення з питань безпечного материнства, відповідального батьківства, збереження репродуктивного здоров'я, утвердження здорового способу життя. Відповідно до цих завдань, протягом 2002–2011 рр. буде розгорнуто широкомасштабну інформаційно-просвітницьку діяльність через засоби масової інформації, створення соціальної реклами, розгалуження мережі спеціалізованих соціальних служб та сприяння їх діяльності. Створюватимуться умови для забезпечення належного функціонування дитячих будинків сімейного типу та прийомних сімей, розширюватиметься їх мережа.

З метою забезпечення умов для реалізації рівних прав і можливостей жінок і чоловіків буде опрацьовано проект Закону України "Про державні гарантії рівних прав і можливостей жінок і чоловіків", прийняття якого сприятиме підвищенню ролі жінок у суспільстві.

Враховуючи вплив навколишнього середовища на формування здоров'я населення, заплановано комплекс заходів, спрямованих на зниження рівня забруднення довкілля. Спільно з Мінекоресурсів, МНС, іншими міністерствами та відомствами здійснюватимуться роботи щодо забезпечення якісного водопостачання, екологічно безпечних умов життєдіяльності населення, захисту водних ресурсів від забруднення та виснаження.

З метою стабілізації демографічної ситуації в Україні плануються заходи щодо заохочення та підтримки материнства. МОЗ України спільно з іншими зацікавленими органами центральної виконавчої влади обґрунтовуватиме та вноситиме

ме зміни до законодавства щодо пільгового кредитування сімей з дітьми, збільшення тривалості відпусток при вагітності та пологах, запровадження скороченого робочого тижня жінкам, які мають двох і більше дітей віком до 14 років. Буде проводитись моніторинг та інформування населення з питань планування сім'ї.

Створенню ефективних схем фінансування інноваційної діяльності сприятиме започаткування з 2003 р. державного замовлення на окремі інновації в проектах закону України про Державний бюджет. На підвищення ефективності державного управління спрямовані заходи з усунення дублювання функцій контролю центральними органами виконавчої влади в частині технічного врегулювання, посилення за фінансово-господарською діяльністю державних підприємств та підприємств з часткою державної власності.

Ефективному співробітництву з Російською Федерацією сприятиме активізація роботи Підкомісії з питань гуманітарного розвитку Змішаної українсько-російської комісії щодо врегулю-

вання міграційних процесів, підготовка та погодження пропозицій, які виноситимуться на розгляд спільних експертних груп.

На виконання постанови Кабінету Міністрів України від 17 вересня 2002 р. №1394 "Про виконання завдань, що впливають з послань Президента України до Верховної Ради України "Європейський вибір. Концептуальні засади стратегії економічного та соціального розвитку України на 2002–2011 роки" та "Про внутрішнє і зовнішнє становище України у 2001 році" розроблено галузевий план заходів, який затверджено відомчим наказом [16]. Планом передбачено терміни конкретних дій, відповідальних і систему моніторингу та звітності про хід їх виконання.

Реалізація запланованих заходів дозволить поглибити ринкові реформи, забезпечити сталий розвиток суспільства, утвердити соціально орієнтовану структурно-інноваційну модель розвитку, наблизити якість життя до європейських стандартів, досягти високого рівня здоров'я населення.

Список літератури

1. *Вибрані матеріали I з'їзду сімейних лікарів України*. – Київ–Львів, 2001. – 154 с.
2. *Вовк М.Г., Жданова М.П.* Програмно-цільове фінансування в системі охорони здоров'я // *Стан здоров'я населення України та діяльність медичної галузі (2001 р.)*. – К., 2002. – С. 343–344.
3. *Діяльність галузі охорони здоров'я за 2001 рік: Матеріали підсумкової колегії*. – К., 2002. – 82 с.
4. *Закон України від 5 жовтня 2000 р. № 2017-III "Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії"* // *Відом. Верховної Ради*. – 2000. – №48. – ст. 409.
5. *Збірник нормативно-правових документів з охорони здоров'я*. – К., 2002. верес. – 74 с.
6. *Концепція розвитку охорони здоров'я населення України*. – Одеса, 2001. – 29 с.
7. *Матеріали до "Дня Уряду України" у Верховній Раді України "Про здійснення політики державного регулювання цін на лікарські засоби та виробу медичного призначення"*. "Про виконання статті 62 Закону України "Про Державний бюджет України на 2001 рік" щодо використання бюджетних коштів, виділених для фінансування видатків на закупівлю інсулінів для хворих на цукровий діабет і на забезпечення лікування онкологічних хворих та хворих на туберкульоз". – 12 черв. 2001 р. – К., 2001. – 70 с.
8. *Міжгалузєва комплексна програма "Здоров'я нації" на 2002–2011 роки*. – К.: ОВ, 2002. – 88 с.
9. *Москаленко В.Ф., Пономаренко В.М.* Рейтингова оцінка діяльності органів управління охорони здоров'я регіонального рівня // *Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України*. – 2000. – №2. – С. 31–34.
10. *Основні нормативно-правові акти з питань охорони здоров'я, які прийнято протягом 1991–2002 рр.* – К.: ОВ, 2002. – 24 с.
11. *Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2000 рік. (Аналітико-інформаційний довідник)*. – Дніпропетровськ: Пороги, 2001. – 112 с.
12. *Польченко В.І., Швецов В.С.* Особливості медичного обслуговування сільського населення України // *Стан здоров'я населення України та результати діяльності закладів охорони здоров'я (Щорічна доповідь. 2000 рік)*. – К., 2001. – С. 209–216.
13. *Послання Президента України до Верховної Ради України: "Європейський вибір. Концептуальні засади стратегії економічного та соціального розвитку України на 2002–2011 роки"* // *Уряд. кур'єр*. – 4 черв. 2002 р. – №100. – С. 5–12.
14. *Постанова Верховної Ради України від 28 листопада 2002 р. №276-IV "Про інформацію Кабінету Міністрів України про стан справ у вітчизняній системі охорони здоров'я"* // *Відом. Верховної Ради України*. – 2002. – 52. – С. 1124–1125.
15. *Постанова Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 № 1138 "Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти"* // *Уряд. кур'єр*. – 26 вер. 1996. – №181–182.

16. *Постанова* Кабінета Міністрів України від 17 вересня 2002 р. № 1394 “ Про виконання завдань, що впливають з послань Президента України до Верховної Ради України “Європейський вибір. Концептуальні засади стратегії економічного та соціального розвитку України на 2002-2011 роки” та “Про внутрішнє і зовнішнє становище України у 2001 році” // Офіц. вісн. України. – 2002. – №38. – ст. 1789.
17. *Постанова* Кабінета Міністрів України від 30 серпня 2002 р. № 1298 від “Про оплату праці працівників на основі єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери” // Офіц. вісн. України. – 2002. – №36. – ст. 1699.
18. *Рейтингова* оцінка показників моніторингу діяльності охорони здоров'я України в сільській місцевості за 2001 рік. – К., 2002. – 34 с.
19. *Татарников М.А.* Порядок разработки и реализации федеральных целевых программ в области здравоохранения //Экономика здравоохранения. – 2002. – №5–6. – С. 5–7.
20. *Указ* Президента України від 3 січня 2002 р. №8 “Про комплексні заходи щодо поліпшення медичного обслуговування сільського населення на 2002-2005 роки” // Зб. нормат.-правових док-в з охорони здоров'я . – 2002. – лют. – С. 21.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ В КОНТЕКСТЕ СТРАТЕГИИ ЭКОНОМИЧЕСКОГО И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ СТРАНЫ НА 2002-2011 ГОДЫ

А.В. Пидаев (Киев)

Определены актуальные задачи украинского здравоохранения как важнейшей составляющей государственной социальной политики на ближайшее десятилетие.

Подчеркнута необходимость углубления реформ, связанных с внедрением механизмов многоканальности финансирования отрасли, обеспечением управляемого процесса развития платных медицинских услуг и введением государственного социального медицинского страхования, оптимальным соотношением оказания медицинских услуг и свободы их выбора, обеспечением доступности медицинской помощи для социально незащищенных слоев населения, разработкой законодательной базы для определения гарантированного уровня бесплатного медицинского обслуживания и др. Указаны пути решения проблем в отрасли.

ACTIVITY OF UKRAINIAN PUBLIC HEALTH SYSTEM IN THE CONTEXT OF STATE ECONOMIC AND SOCIAL DEVELOPMENT STRATEGY FOR 2002-2011

A.V.Pidayev (Kyiv)

The most important tasks Ukrainian Public Health System (PHS) is now facing have been assessed. They should be considered as a very important integral part of the State's current social policy and ahead for the ongoing decade. Among others the emphasis was given to the necessity to deepen those reforms dealing with introduction of certain multi-channel financing scheme for PHS, Development of “direct (out-of-pocket) payment for medical treatment” concept and establishment of some monitoring mechanism of its introduction into practice along with optimal balance between a fixed amount of medical aid one can receive for granted and opportunity for a patient to make free choice for its provision. There are some other urgent tasks on PHS agenda, such as substantial increase in access to guaranteed medical aid for the most vulnerable and socially unprotected sections of our population. Legally- based identification of “the guaranteed volume and quality of free medical care” should also be adopted. A variety of ways and options to solve these and other urgent and more prospective problems in Ukrainian PHS have been outlined.

УДК 369.22(1-22):352

В.М. ПОНОМАРЕНКО, В.М. БОДАК, В.С. ШВЕЦОВ (Київ)

РОЛЬ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ В РОЗВИТКУ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ НА СЕЛІ ТА ВИРІШЕННІ ЇЇ ПРОБЛЕМ

Український інститут громадського здоров'я

Сільські заклади первинної медико-санітарної допомоги, дільничні лікарні, лікарські амбулаторії, фельдшерсько-акушерські пункти є об'єктами комунальної власності територіальних громад сіл, селищ, які безпосередньо або через утворені ними органи місцевого самоврядування управляють цими закладами (статті 142 та 143 Конституції України) [4].

Територіальна громада в системі місцевого самоврядування, відповідно до ст. 5 Закону України від 21 травня № 230/97 – ВР 1997 р. “Про місцеве самоврядування в Україні”, є її первинним елементом, якому надане право самостійно вирішувати питання місцевого значення в межах Конституції і Законів України [2]. Серед них важливе місце займають питання організації та регулювання суспільних відносин в охороні здоров'я. Цим законом діяльність органів місцевого самоврядування запрограмована на охорону громадського здоров'я, змістом якого є система заходів попередження хвороб, подовження життя та зміцнення здоров'я.

Органам місцевого самоврядування відведена суттєва роль в реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, яка детально викладена в Указі Президента України від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000 “Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України” [9]. Концепцією визначено, що “територіальна громада забезпечуватиме контроль за наданням та фінансуванням медичної допомоги” і що “основна частина медичних послуг населенню повинна надаватися на первинному рівні”, а “галузеві заходи мають передбачати розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини”.

Створена в сільській місцевості базова модель ПМСД (мережа дільничних закладів охорони здоров'я) є основою для впровадження медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики/сімейної медицини (ЗЛП/СМ). Кінцевим результатом введення посімейного обслуговування, як показує світовий досвід, повинне стати підвищення якості медичної до-

помоги та поліпшення здоров'я сільського населення завдяки впровадженню принципів сімейної медицини, що веде до створення нової культури охорони здоров'я [6]. Змістом її є орієнтація на сім'ю, забезпечення безперервності медичної допомоги, участь громади села у формуванні здорового способу життя та проведення заходів з оздоровлення довілля. Шлях до інтенсифікації реформування ПМСД на сімейних засадах відкрила постанова Кабінету Міністрів України від 20 червня 2000 р. № 989 “Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини” [7].

У своєму дослідженні ми зосередились на вивченні процесів становлення первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини у сільській місцевості.

Центральними питаннями аналізу розвитку сімейної медицини є якість та ефективність надання медичної допомоги. З цією метою, виходячи з концептуальних підходів до інформаційного забезпечення, опрацьованих в Українському інституті громадського здоров'я, розроблено систему спеціальних показників, які віддзеркалюють специфіку надання медичної допомоги на засадах ЗЛП/СМ. Зокрема введено критерії, згідно з якими можна зробити висновок про те, якій частці населення, що звернулося за наданням медичної допомоги різного профілю, її надавав безпосередньо лікар загальної практики/сімейний лікар (ЛЗП/СЛ) та яка частка населення отримала медичну допомогу у нього після консультації лікарів інших спеціальностей. Це дає змогу визначити і науково обґрунтувати організаційно-клінічні співвідношення між первинною, вторинною і третинною медичною допомогою, які стануть базовими для проведення реструктуризації галузі з метою ліквідації диспропорцій у розвитку різних видів медичної допомоги, раціоналізації амбулаторно-поліклінічної служби.

Метою дослідження було визначення темпів розвитку мережі сільських закладів сімейної медицини, їх кадрового забезпечення, ефективності діяльності, виявлення стратегічних і

тактичних проблем та ролі органів місцевого самоврядування у їх вирішенні. Для оцінки процесів реорганізації ПМСД була використана методика визначення рангового місця кожної області за основними показниками моніторингу, який проводиться у відповідності до наказу МОЗ України від 25.06.2001 р. № 244 "Про проведення моніторингу реорганізації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини" [6]. За даними моніторингу на 01.07.2002 р., сімейним обслуговуванням в Україні охоплено 9,1 % сільського населення. Медична допомога йому надається в 638 закладах (підрозділах) сільської сімейної медицини (18,4 % від загальної кількості закладів ПМСД в сільській місцевості), в яких 814 штатних посад лікарів за-

гальної практики/сімейної медицини зайнято 700 фізичними особами (0,5 на 1000 прикріпленого населення до лікаря ЗП/СМ).

Аналіз впровадження сімейної медицини в різних регіонах України проводився за індикативними показниками: питома вага сільського населення, охопленого сімейним обслуговуванням, відсоток закладів сімейної медицини від загальної кількості сільських закладів ПМСД, питома вага штатних посад і фізичних осіб ЛЗП/СЛ від загальної кількості їх в сільських закладах ПМСД. Аналіз розвитку мережі сімейних закладів виявив суттєві коливання між областями України. У наведеній нижче таблиці приведені показники 10 областей, де впровадження сімейної медицини в сільській місцевості проводиться більш успішно (табл. 1).

Таблиця 1. Індикативні показники розвитку мережі закладів сімейної медицини

Область	Відсоток від загальної кількості сільського населення, мережі і кадрів ПМСД			
	Прикріплено населення	Закладів сімейної медицини	Штатних посад ЛЗП/СЛ	Фізичних осіб ЛЗП/СЛ
Харківська	29,2	62,5	32,7	31,01
Закарпатська	39,1	53,5	27,1	25,53
Кіровоградська	28,6	50,5	21,3	28,12
Тернопільська	23,1	47,7	21,4	24,04
Івано-Франківська	16,8	54,8	17,7	20,55
Житомирська	13,5	20,9	14,7	16,56
Волинська	22,4	42,3	15,8	4,71
Хмельницька	6,9	27,9	10,5	11,67
Чернівецька	10,0	8,5	8,6	8,68
Вінницька	5,2	11,2	5,8	5,09

В цих областях прикріплене на сімейне обслуговування населення за станом здоров'я розподіляється: хворих від 50,7% в Житомирській до 32,4% в Харківській областях, з них не мали на протязі року загострень хронічних захворювань 28,7% в Житомирській і 44,9 % в Харківській, а з числа хворих, що звернулись за медичною допомогою до ЛЗП/СЛ, практично 95% закінчили лікування безпосередньо в сімейному закладі (підрозділі). Ці дані свідчать про значну доступність медичної допомоги сільському населенню в закладах, які перейшли до роботи на сімейних засадах. Водночас, за оперативними даними, у Дніпропетровській, Донецькій, Вінницькій, Київській, Луганській, Одеській, Рівненській, Черкаській та інших областях ще лишається вагомим вплив лікарів вузьких спеціальностей на стан ПМСД в сільській місцевості, що призводить до скорочення безперервного характеру медичного обслуговування та зниження відповідальності ЛЗП/СЛ за лікування хворих з

найбільш поширеними хронічними захворюваннями і при яких зрештою страждає пацієнт. Однією з причин такого стану є обмежений вплив органів місцевого самоврядування на вирішення проблем охорони здоров'я.

Таким чином, у більшості областей України ще тільки розпочався процес реформування сільської ПМСД і проходить він повільно, а в тих, де вже відбувся перехід на засади сімейної медицини, ще не може бути конкуренції зі сформованою вертикальною системою медичного обслуговування, орієнтованою на надання епізодичної медичної допомоги, в залежності від кількості звертань населення по неї. Щодо її профілактичної спрямованості, то вона обмежується зоною контакту "лікар-пацієнт", санітарними бюлетенями, просвітницькими бесідами знову ж таки з пацієнтом або з групою пацієнтів. Ця система неспроможна задовольнити потреби у ПМСД окремих сімей та сільської громади в цілому [11, 12, 13].

Дані розподілу областей за інтенсивністю впровадження сімейної медицини дають підстави для пошуку науково обґрунтованих методів управління цими процесами. З вищенаведених фактів видно, що за впровадженням ПМСД в сільській місцевості на засадах ЗЛП/СМ Харківська область фактично займає перше місце. Ці досягнення обумовлені застосуванням норм Закону України "Про місцеве самоврядування", на підставі якого сесія обласної ради затвердила "Програму удосконалення ПМСД жителям сільської місцевості на засадах сімейної медицини" [2, 3]. У Програмі визначені конкретні адресні заходи, виконавці, терміни виконання щодо розвитку мережі закладів, підготовки та укомплектування кадрами, матеріально-технічне оснащення, забезпечення санітарним автотранспортом, телефонним зв'язком, джерела фінансування тощо. Таким чином, для ефективного реформування сільської ПМСД на засадах ЗЛП/СМ було використано сучасний метод управління – програмно-цільове планування, особливостю якого є перерозподіл обмежених фінансових ресурсів для використання їх на пріоритетних засадах в розвитку галузі. На нашу думку, цей досвід Харківщини може стати ефективним інструментом в інтенсифікації розвитку сімейної медицини в Україні.

Більш детальний комплексний аналіз впровадження сімейної медицини в сільських закладах охорони здоров'я, проведений за розробленою в Українському інституті громадського здоров'я методикою рейтингових оцінок як окреме дослідження буде висвітлений у наступних публікаціях.

За даними моніторингу, на одну штатну посаду ЛЗП/СЛ в сільській місцевості припадає 1800 прикріплених на сімейне обслуговування осіб, що на 33,3 % перевищує встановлений норматив. Причиною такого стану, на наш погляд, є суттєві розбіжності між штатним нормативом – 1200 осіб (в сільській місцевості) на одну посаду ЛЗП/СЛ, затвердженим наказом МОЗ України від 23.02.2000 № 33, і Указом Президента України від 3 січня 2002 р. № 8/2002 "Про комплексні заходи щодо поліпшення медичного обслуговування сільського населення на 2002 - 2005 роки",

згідно якого в сільських населених пунктах з числом жителів 1000 чоловік необхідно відкривати лікарські амбулаторії [5,10]. Усунення цих розбіжностей є нагальною потребою. Практика потребує опрацювання окремих типових штатів лікарського, середнього медичного та іншого персоналу сімейних закладів (підрозділів) охорони здоров'я з урахуванням їх діяльності в міській і сільській місцевостях.

Для визначення управлінського професійного потенціалу працюючих ЛЗП/СЛ за програмою моніторингу було проведено їх анкетне опитування. Отримані відповіді свідчать про недосконалу підготовку на кафедрах сімейної медицини з основ правової діяльності (це стверджують 86,2 % респондентів), 84,2% респондентів вважають необхідним подальше удосконалення нормативно-правового забезпечення ПМСД на засадах сімейної медицини, 88,8% вказують на необхідність створення системи інформаційного забезпечення. Такі відповіді ілюструють проблеми, з якими вони постійно стикаються в практиці організації медичної допомоги на сільській лікарській дільниці у формуванні світогляду селян щодо негативного впливу шкідливих чинників довкілля, ролі в збереженні здоров'я здорового способу життя, своєчасного і ефективного використання правових норм органами місцевого самоврядування – сільськими, селищними, обласними радами. Потребують подальшого розвитку і статті Закону України від 19 листопада 1992 р. № 1801-12 "Основи законодавства України про охорону здоров'я", наприклад щодо правового статусу ПМСД на сімейних засадах, сільської лікарської дільниці, права сім'ї, засади правових відносин сім'я – лікар, права пацієнта, джерел фінансування закладів сімейної медицини, ролі в цьому системи медичного страхування, організаційних та фінансових взаємовідносин з медичними закладами вторинного і третинного рівнів тощо. Альтернативи розробці таких правових норм та закріплення їх у законодавстві України з питань охорони здоров'я немає, тому що вона повинна забезпечити більш правообґрунтовану діяльність органів місцевого самоврядування, громад сіл та селищ щодо впровадження сімейної медицини.

Список літератури

1. Закон України від 19 листопада 1992 р. № 2801-12 "Основи законодавства України про охорону здоров'я" // Відом. Верховної Ради. – 1993. – № 4. – ст.19.
2. Закон України від 21 травня 1997 №280/97-ВР "Про місцеве самоврядування в Україні"// Відом. Верховної Ради. – 1997. – № 24. – ст.170.
3. Єфименко Т.П., Герасименко Ж.М. та ін. Реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в сільській місцевості: Матеріали І українського з'їзду сімейних лікарів, Львів, 7-9 листоп., 2001 р. – Київ-Львів, 2001. – С.39.

4. Конституція України (1996) . – К., 1997.
5. Наказ МОЗ України від 23.02.2000 р. № 33 “Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я”. – К., 2001.
6. Наказ МОЗ України від 25.06.2001 р. № 244 “Про проведення моніторингу реорганізації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини”.
7. Постанова Кабінету Міністрів України від 20 червня 2000р. № 989 “Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я” // Офіц. вісн. України. – 2000. – № 25. – ст. 1056.
8. Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформи системы здравоохранения в Европе (Анализ современных стратегий) // Пер.с англ.- М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000.- С. 432.
9. 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. – ст.2116.
10. Указ Президента України від 3 січня 2002 р. № 8/2002 “Про комплексні заходи щодо поліпшення медичного обслуговування сільського населення на 2002-2005 роки” // Зб. нормат.-правових док-в з охорони здоров'я. – К., 2002. – лют. – С. 21.
11. Godinho J. Tipping the balance towards primare health care: a research project of the Commision of the European Communities // Eur.J. Public Health. – 1992. – Vol.2, N. 3–4. – P. 129–219.
12. Mullan F. Community-oriented primary health care: an agenda for the 80's // N. Engl. J. Med. – 1982. – Vol. 307. – P. 1076–1078.
13. Wright R.A. Community-oriented primari health care: The cornerstone of health care reform // J. Am. Med. Assoc. – 1993. – Vol. 269, N. 19. – P. 2544–2547.

РОЛЬ МЕСТНОГО САМОУПРАВЛЕНИЯ В РАЗВИТИИ СЕЛЬСКОЙ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ И РЕШЕНИИ ЕЕ ПРОБЛЕМ

В.М. Пономаренко, В.М. Бодак, В.С. Швецов (*Київ*)

Сельские учреждения первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в соответствии с законодательством Украины являются коммунальной собственностью сельских общин – первичного звена местного самоуправления. В реформировании ПМСП на семейных началах им отводится существенная роль. Это показано на примере принятия сессией областного совета Харьковской области комплексной целевой программы развития семейной медицины. Ее реализация поставила область на первое место по развитию сети сельских учреждений семейной медицины в первом полугодии 2002 года. Авторы указали на проблемы правового регулирования развития ПМСП на семейных началах в сельской местности, оказывающие существенное влияние на деятельность органов местного самоуправления.

THE ROLE OF LOCAL SELF-GOVERNING BODIES IN RURAL REGIONS IN DEVELOPMENT OF FAMILY MEDICINE BASED FACILITIES NETWORK AND IN SOLVING THEIR PROBLEMS

V.M.Ponomarenko, V.M.Bodak, V.S.Shvetsov (*Kyiv*)

In agreement with Ukrainian laws now in force all rural facilities of primary health care (PHC) are the communal property of rural communities – the primary link of local self-rule system in this country. While reforming PHC towards the Family Medicine (FM) bases the decisive role in this process was delegated to local rural communities and their self-governing bodies. It was evidently shown at Kharkow's province (oblast) council session where the Comprehensive targeted programme for development of FM in the province was discussed before its approval. Its realization in the first half of 2002 placed this province on leading position among other administrative provinces in reforming of their PHC on FM basis. Some problems of legal-based regulation and management of this process by rural self-governing bodies within nowadays existing law-field were also revealed.

УДК 616-082 (1-22)

Ю.А. ХУНОВ (Луганськ)

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ СІЛЬСЬКИХ ЖИТЕЛІВ

Управління охорони здоров'я Луганської облдержадміністрації

Вирішення проблем здоров'я населення визначається спрямованістю заходів щодо збереження та поліпшення здоров'я громадян на всіх управлінських рівнях, їх адекватністю ситуації, що склалася. Особливого значення набуває проблема управління охороною здоров'я та стратегічного планування в процесі становлення нових соціально-економічних відносин і формування принципово нових систем та механізмів управління в цілому. Для України характерні суттєві відмінності в соціально-економічному розвитку окремих регіонів, їх екологічному стані, складі населення, медико-демографічних процесах. Особливості окремих адміністративних територій держави обумовлюють необхідність диференційованого підходу до вирішення питань соціального розвитку, у тому числі розбудови системи охорони здоров'я з урахуванням регіональних потреб та можливостей.

При визначенні методології планування стратегії розвитку територіальної системи медичної галузі, визначенні цілей, завдань та шляхів їх вирішення, обов'язковим компонентом повинне бути врахування потреб різних континентів населення в охороні здоров'я, особливо вразливих груп та груп, які знаходяться у нерівноцінних умовах. Виняткової уваги заслуговують сільські мешканці, для яких характерні значні рівні захворюваності, інвалідності і смертності.

Існуючі проблеми охорони здоров'я селян ускладнюються низькою доступністю спеціалізованої медичної допомоги, недостатністю кваліфікованих медичних кадрів, невисокою медичною грамотністю населення.

До традиційних проблем в організації медичної допомоги сільським жителям, пов'язаних з низькою щільністю розселення, незадовільною транспортною доступністю, приєдналися проблеми вартості проїзду до місця лікування та вартості медикаментів. Усі наведені обставини вимагають серйозних перетворень у системі сільської охорони здоров'я.

В основу обґрунтування цих перетворень покладено аналіз стану здоров'я сільських жителів Луганської області, потреб у медичному обслуговуванні, організації медичної допомоги, її доступності і якості, задоволеності населення діяльністю медичних закладів.

Планування охорони здоров'я території визначається, перш за все, характером медико-демографічних процесів, які відображають розселення людей по території, їх статеві-віковий склад, процеси відтворення, захворюваності і смертності.

Стан здоров'я сільських жителів Луганщини характеризується негативними медико-демографічними показниками – зниженням народжуваності, зростанням смертності. У період 1998–2000 рр. чисельність сільського населення зменшилася на 6,4 тис. Контингент сільського населення в області найменший серед інших адміністративних територій України. За статевим складом незначно переважають жінки (52,7%). Більшість селян складають особи працездатного віку – 53%, старше працездатного віку – 28%, молодше – 19%.

Рівень народжуваності протягом останніх трьох років знизився на 8,1% і досягнув 6,8 на 1000 сільського населення. У цей період природний рух населення був від'ємним з перевищенням смертності над народжуваністю. Падіння народжуваності пояснюється зміною репродуктивної поведінки жінок, зумовленою нестабільністю і погіршенням соціально-економічних обставин, відкладанням сім'ями народження дітей до більш сприятливого часу. Коефіцієнт смертності сільського населення за 1998–2000 рр. зріс на 11,1% і досяг 19,9 на 1000.

Основні причини смертності серед сільських мешканців Луганщини є подібними до аналогічних показників у державі. Найбільшу питому вагу мають хвороби системи кровообігу (61,9%), новоутворення (10,2%), нещасні випадки, отруєння і травми (9,7%).

Про погіршення показників здоров'я населення сільських районів свідчать дані про захворюваність, поширеність хвороб та інвалідність.

Первинна захворюваність дорослого сільського населення області за 3 роки зросла на 25 %, і склала 42285,0 на 100 тис. Поширеність захво-

рювань збільшилася на 14 % і досягла 109821,0 на 100 тис. населення.

Медичну допомогу сільському населенню надають: 17 центральних районних, 4 міські, 18 сільських дільничних лікарень; 57 сільських лікарських амбулаторій, 388 фельдшерсько-акушерських пунктів.

Стаціонарну допомогу забезпечують 52 установи із загальним ліжковим фондом 5835 ліжок. Амбулаторно-поліклінічну допомогу надають 127 установ із проектною потужністю 11875 відвідувань за зміну.

Чисельність населення на одну сільську лікарську посаду становить 4,1 тис. мешканців, а радіус медичного обслуговування – понад 9 км. Ці дані перевищують середньоукраїнські показники, що негативно впливає на якість і ефективність надання медичної допомоги.

Спеціалізовану допомогу надають два диспансери – у Перевальському районі протитуберкульозний диспансер на 30 ліжок, у Старобільському – шкірно-венерологічний диспансер на 50 ліжок; дві стоматологічні поліклініки: у Перевальському і Свердловському районах. Спостерігається тенденція до зменшення числа лікарняних установ: у 1998 р. працювало – 61, у 1999 р. – 59, а в 2000 р. – 52 установи. З метою більш ефективного використання бюджетних коштів реорганізована в обласну установу фізіотерапевтична лікарня Старобільського району, в лікарські амбулаторії з відкриттям денних стаціонарів – Лозовська і Фрунгельська міські лікарні Слав'яносербського району, Литвінівська, Данилівська і Городищенська сільські дільничні лікарні Біловодського району.

У зв'язку зі створенням єдиного медичного простору, ЦРЛ Свердловського району реорганізована в районну лікарню і разом з міською та сільською дільничною лікарнями і двома сільськими лікарськими амбулаторіями підпорядкована м. Свердловську.

Кількість самостійних амбулаторно-поліклінічних установ збільшилась з 66 у 1998 р., до 71 у 2000 р., сільських лікарських амбулаторій за цей же період – з 54 до 57.

У зв'язку з реорганізацією стаціонарної допомоги, п'ять лікарень перетворені в лікарські амбулаторії з відкриттям денних стаціонарів. Крім того, реорганізовані в сільські лікарські амбулаторії два фельдшерсько-акушерських пункти в Антрацитівському і Новоайдарському районах.

Протягом останніх років спостерігається тенденція до зменшення числа ФАПів (з 439 у 1998 р. до 425 у 2000 р.), що пов'язано з реорганізацією їх в сільські лікарські амбулаторії і в медичні здоровпункти.

У 2000 р. на базі діючих сільських лікарських амбулаторій у Кремінському і Новоайдарському районах почали свою роботу сімейні амбулаторії, але в цілому по області їх кількість недостатня.

Медичну допомогу сільському населенню надають 1744 лікаря (1998 р. – 1793, 1999 р. – 1819), або 23,3 на 10 тис. населення (по області – 38,4).

Чисельність штатних лікарських посад, включаючи фахівців СЕС і зубних (крім закладів з підготовки кадрів), з 1998р. зменшилась на 84, а зайнятих – на 35,4.

У 2001 р. загальна кількість штатних лікарських посад у сільських районах складала 2034,8 – 27,1 на 10 тис. населення (по області – 43,2), зайнятих лікарських посад – 1960,3 (26,1 на 10 тис. населення).

Укомплектованість штатних посад в сільських районах вища, ніж укомплектованість по області в цілому (70,7) і складала в 1998 р. – 83,7, в 2000 р. – 81,2. Незадовільне забезпечення житлом медичних працівників є однією з головних причин дефіциту та плинності сільських медичних кадрів. Так, у 1998 р. з сільської місцевості вибули 95 медичних працівників, в 1999 р. – 72, у 2000 р. – 104. З метою виправлення ситуації, Управління охорони здоров'я порушило клопотання на адресу Луганської обласної держадміністрації про сприяння та вжиття заходів щодо забезпечення житлом медичних кадрів сільських закладів охорони здоров'я. З метою укомплектування закладів охорони здоров'я сільської місцевості щорічно на роботу скеровуються випускники медуніверситетів: з випускників 1998 р. – 88 лікарів-спеціалістів, 1999 р. – 50, 2000 р. – 87, 2001 р. – 75.

Післядипломна підготовка лікарів ЛПЗ сільської місцевості здійснюється у встановленому порядку в Харківській, Київській медичних академіях післядипломної освіти, а також у Луганському держмедуніверситеті.

За три роки кількість проатестованих лікарів в сільських районах зросла на 6,9 % і складає 60,6% (по області – 67%), молодших медичних працівників з вищою освітою – 36,2% (у 1998 р. – 20,5%, 1999 р. – 28,1%).

Забезпеченість автотранспортом лікувально-профілактичних закладів сільської місцевості складає лише 76%. Крім того, 80% наявного санітарного автотранспорту (280 одиниць) підлягають списанню, тому що експлуатуються понад 8 років.

Залишається також незадовільним стан забезпечення медичною апаратурою, а рівень фізичного зносу існуючого обладнання надто високим, у зв'язку з чим останнє потребує заміни, доукомплектування та модернізації.

За період 1999-2000 рр. телефонізовано 3 СЛА, 8 ФАПів, 5 ФП.

Одним із основних завдань амбулаторно-поліклінічної допомоги є профілактична робота.

Охоплення профілактичними оглядами працівників установ та організацій Міністерства аграр-

ної промисловості склало у 1998 р. – 81,6%, у 1999 р. – 83,2%, у 2000 р. – 83,5%. Флюорографічним методом з метою раннього виявлення туберкульозу обстежено у 1998 р. – 240, у 1999 р. – 253, у 2000 р. – 293 жителя (на 1000 сільського населення).

План ревакцинації дорослого населення проти дифтерії виконано у 2000 р. на 100%. Показник щеплення дорослого населення складає – 98,8 %.

У цілому по області відзначається тенденція до збільшення відсотка охоплення диспансерним обстеженням пацієнтів з хронічною патологією: з 37,8% у 1999 р. до 57% у 2001 р.

Паралельно з тенденцією до зменшення ліжкового фонду в області відзначається значне збільшення альтернативних форм медичної допомоги, особливо денних стаціонарів і стаціонарів вдома.

Кількість ліжок денних стаціонарів у районах збільшилася порівняно з 1998 р. майже в три рази (з 246 до 663). Показник забезпеченості ними склав 8,9 на 10 тис., проти 3,1 у 1998 р. Але кількість пролікованих хворих в таких стаціонарах у структурі всіх стаціонарних хворих складає лише 12%, що свідчить про нераціональне їх використання. Кількість пролікованих хворих у стаціонарах вдома порівняно з 1998 р. збільшилася в два рази – з 10736 до 20996. Інтенсивний показник пролікованих хворих удома досить високий і складає 37,6 на 1000 населення.

Медико-санітарна допомога сільському населенню забезпечується мережею медичних закладів трьох рівнів. На первинному, найбільш доступному для сільського населення, кваліфікована медична допомога здійснюється 57 лікарськими амбулаторіями, 18 дільничними лікарнями та поліклінічними відділеннями 4 районних лікарень. Вторинний рівень представлений спеціалізованою медичною допомогою, що забезпечується 17 центральними районними лікарнями. Третинний рівень (вузько спеціалізована медична допомога) надається 8 обласними лікарнями і 5 обласними диспансерами, обласним госпіталем інвалідів Великої Вітчизняної війни.

Укомплектованість штатних посад дільничних терапевтів фізичними особами в 2000 р. склала – 85,3%, зайнятих посад – 85,4%.

Показник забезпеченості дільничними терапевтами на рівні 2,1 на сьогодні є недостатнім.

Середня чисельність населення на сільській лікарській дільниці складає 4,1 тис. чоловік, а середній радіус медичного обслуговування на сільській лікарській дільниці досягає 9 км. Цей показник свідчить про недостатню роботу обласного управління та районних лікарень з питань оптимізації мережі, з метою наближення медичної допомоги до мешканців села.

В області розроблено стандарти надання медичної допомоги сільському населенню за рівнями: первинна – на базі ФАП, СЛА, СДЛ, вторинна – ЦРЛ, РЛ, третинна – обласна клінічна лікарня, обласні лікувальні установи. Стандарти містять у собі обсяг обстеження, лікування.

В області розпочато роботу для переходу первинної медико-санітарної допомоги на засади сімейної медицини. Проте реформування в дільнично-територіальній системі надання ПМСД обмежено у зв'язку з незадовільним фінансуванням та матеріально-технічним забезпеченням.

Видано відповідний наказ, яким затверджено: програму розвитку сімейної медицини в Луганській області на 2000-2005 рр.; положення про амбулаторію сімейного лікаря; положення про сімейного лікаря; положення про молодшого медпрацівника амбулаторії сімейної практики; табелі оснащення амбулаторії сімейної практики медичною технікою і апаратурою; план відкриття амбулаторій сімейного лікаря; план підготовки сімейних лікарів.

Фахівцями обласного управління охорони здоров'я розроблені показники роботи сімейних лікарів, перелік документації, модель кінцевих результатів роботи сімейних лікарів. У 2001 р. до штатного розпису ЛПЗ області введено 10,5 штатних посад сімейних лікарів, які укомплектовані 10 фізичними особами.

Служба ШМД у сільських районах області нараховує 29 установ, у тому числі 17 відділень і 12 пунктів ШМД. Забезпеченість штатними посадами збільшилася на 0,3 посади на 10 тис. населення і складає 8 посад. Кількість виїзних бригад склала 0,83 на 10 тис. населення, що перевищує нормативи. За період 1998–2001 рр. скоротилася кількість виконаних виїздів на 8,8 тис., що пов'язано зі скороченням чисельності населення сільських районів і поліпшенням організації надання медичної допомоги і забезпечення транспортом. Питома вага викликів, виконаних з тридцятихвилинною нормативною транспортною забезпеченістю зросла із 62,7% у 1998 р. до 71,3% у 2000 р.

Стаціонарну допомогу населенню області забезпечують 170 лікарень із загальним ліжковим фондом 24990 ліжок. Забезпеченість ліжковим фондом сільського населення області зменшилася з 103 на 10 тис. населення у 1998 р. до 94 у 2001 р. У зв'язку із скороченням ліжкового фонду збільшилось навантаження на лікарське ліжко. Показник роботи ліжка зріс із 335 днів у 1998 р. до 339 в 2000 р.

Таким чином, слід зазначити, що управлінням охорони здоров'я Луганської обласної державної адміністрації здійснено ряд заходів, спрямованих на реформування охорони здоров'я та за-

безпечення доступності і якості медичної допомоги сільським мешканцям області. Але їх недостатньо, про що свідчить зростання захворюваності та поширеності хвороб. Не вирішуються на належному рівні питання профілактики захворювань, які формують рівень і структуру поширеності, інвалідності та смертності, зокрема, серцево-судинних, онкологічних, інфекційних захворювань та туберкульозу.

Наявна потужність мережі та кадровий потенціал використовуються не завжди раціонально. Вкрай недостатня забезпеченість ЛПЗ санітарним транспортом, медичним обладнанням і апаратурою. Знижена організаційна роль окремих обласних закладів і головних спеціалістів обласної та районної ланок.

Не в повній мірі виконується постанова Кабінету Міністрів України від 28.06.97 р. № 640 "Приведення ліжкового фонду до нормативу 81 на 10 тис. населення". Акредитацію ЛПЗ проведено лише на 76%. Найменш підготовленими виявились фельдшерсько-акушерські пункти. В області потребують телефонізації 25 ФАПів і ФП.

Недостатньо активно проводиться робота щодо реорганізації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, а також відносно втілення економічно-ефективних стаціонарозамінних форм медичної допомоги. Альбомами облікової документації ЛПЗ міст і районів області забезпечені. Впровадження нових облікових форм ведеться, але не в повному обсязі.

У зв'язку з цим необхідно оптимізувати діяльність щодо виконання Концепції регіональної політики забезпечення медичного обслуговування населення, розробленої відповідно до Концепції розвитку охорони здоров'я України. До основних напрямів реалізації регіональної політики у сфері охорони здоров'я сільського населення слід віднести удосконалення системи управління, надання медичної допомоги, оптимізацію фінансових ресурсів охорони здоров'я, кадрової політики, формування здорового способу життя, забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя, міжнародного співробітництва.

До пріоритетних заходів з удосконалення організації медичної допомоги включені: впровадження гарантованого обсягу та рівня медичної допомоги; перехід до організації надання первинної медико-санітарної допомоги за принципом сімейного лікаря; реструктуризація та перепрофілювання ліжкового фонду з одночасним введенням штатних нормативів медичного персоналу; розширення багатокладності в охороні здоров'я; створення закладів охорони здоров'я змішаних форм власності; залучення додаткових джерел фінансування; перехід до бюджетно-стра-

хового фінансування; введення в практику стандартів якості медичної допомоги; реформування медичної освіти; активізація інвестиційної політики.

З метою наближення кваліфікованої медичної допомоги до сільських жителів слід продовжити розукрупнення сільських лікарських дільниць, передбачивши реорганізацію сільських лікарських амбулаторій та фельдшерсько-акушерських пунктів у амбулаторії сімейного лікаря. Для забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя необхідні заходи з охорони довкілля та лікувально-профілактичні заходи щодо зниження рівня поширеності інфекційних захворювань.

Головним спеціалістам обласного Управління, РТМО, керівникам ЛПЗ області необхідно: активізувати роботу з відновлення системи диспансеризації мешканців села; посилити контроль за своєчасною атестацією і переатестацією медичних кадрів на виконання наказу МОЗ України від 19.12.97 р. № 359 "Про подальше удосконалення атестації лікарів"; домогтися повного укомплектування вакантних посад в медичних закладах сільської місцевості медичними кадрами; здійснити заходи щодо оптимізації ліжкового фонду та чисельності медичних працівників у відповідності з реальними можливостями державного та місцевих бюджетів.

Необхідно також забезпечити безкоштовним лікуванням дітей першого року життя в дитячих стаціонарах та відділеннях реанімації, дітей перших двох років життя з малозабезпечених сімей – продуктами дитячого харчування; віднайти додаткові кошти на закупівлю життєво необхідної медичної апаратури і, в першу чергу, дихальної, наркозної, слідкуючої та інкубаторів для виходження недоношених новонароджених, транспорту тощо; організувати на всіх ФАПах аптечні пункти. Потребують завершення телефонізація та відновлення телефонного зв'язку в дільничних лікарнях, сільських лікарських амбулаторіях та ФАПах.

Слід виявити причини значного зростання захворюваності на серцево-судинну патологію (стенокардія, гіпертонічна хвороба, ІХС).

З метою покращання стану надання акушерсько-гінекологічної допомоги потрібно привернути увагу адміністрації області до питання пріоритетного фінансування служби охорони здоров'я матері і дитини.

Здійснення цих заходів дозволить оптимізувати процеси управління у сфері охорони здоров'я сільських мешканців, поліпшити забезпечення їх доступною кваліфікованою медичною допомогою, створити умови для збереження та зміцнення здоров'я населення, продовження тривалості життя.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ

Ю.А. Хунов (Киев)

В работе освещены проблемы охраны здоровья сельских жителей Луганской области и пути их решения. Программа региональной политики по обеспечению медицинского обслуживания предусматривает весомый комплекс мероприятий, направленных на усовершенствование организации и управления медицинской службой, улучшение экологической ситуации, финансирования отрасли, усиление профилактического направления, обеспечение жителей доступной и качественной медико-санитарной помощью, формирование здорового образа жизни.

PRESENT-DAY PROBLEMS IN HEALTH CARE PROVISION OF RURAL POPULATION

Yu.A. Khunov (Kyiv)

A complex of problems in providing health care of rural population of Luganskaya administrative province of Ukraine and ways for their solving have been presented. The regional comprehensive programme in Public Health Sector which included a number of measures aimed at perfection of the province's PHS organisation and management as well as its financing were outlined. It also foresees a better access for population at large to qualified medical aid and care, strengthening prophylactics of various diseases, improving environmental health and, not least, formation of a popular perceptive model of healthy life style.

ЗДОРОВ'Я І СУСПІЛЬСТВО

УДК 312.6(1-22):001.78

Т.С. ГРУЗЕВА (Київ)

СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ І ТЕНДЕНЦІЇ СТАНУ ЗДОРОВ'Я СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ ТА КОМПЛЕКСНІ ЗАХОДИ ЩОДО ЙОГО ПОЛІПШЕННЯ

Український інститут громадського здоров'я

Здоров'я населення та забезпеченість його якісною і доступною медичною допомогою завжди були пріоритетами державної політики в Україні [12]. Низка нормативно-правових актів, прийнятих протягом останнього десятиліття, свідчить про постійну увагу до соціальних проблем сільського населення, у тому числі до охо-

рони здоров'я. На державному рівні затверджені Комплексні заходи щодо поліпшення медичного обслуговування сільського населення на 2002–2005 роки, Заходи щодо поліпшення умов функціонування закладів охорони здоров'я у сільській місцевості [9, 15, 18]. Важливе значення для поліпшення якості життя і здоров'я сільських

жителів має реалізація заходів, передбачених "Основними засадами розвитку соціальної сфери села", які затверджено у 2000 р., та "Додаткових заходів щодо вирішення соціальних проблем на селі та подальшого розвитку аграрного сектору економіки" [16, 17].

Комплексний підхід до розв'язання проблем села, дозволив досягти окремих позитивних тенденцій в медичному забезпеченні жителів сільської місцевості. Проте значна їх частина залишається невирішеною. Рівень здоров'я селян є невисоким, а доступність і якість медичної допомоги – значно нижча, ніж жителів міст. Це пов'язано з тенденціями медико-демографічної ситуації на селі, умовами життя і побуту селян, під впливом яких формується здоров'я, особливостями медичного обслуговування [11].

Процеси реформування соціально-політичної сфери держави протягом останнього десятиліття супроводжувалися реконструкцією сільськогосподарського виробництва, зменшенням зайнятості у ньому населення. Вид'їзд молоді у міста для отримання освіти, в пошуках роботи, кращого життя позначився на статеві-віковому складі сільського населення. Воно характеризується високим рівнем постаріння і значним переважанням чисельності жінок над чоловіками.

Вікові особливості обумовлюють значну поширеність хронічних хвороб серед селян, вищі, порівняно з городянами, рівні смертності та більші показники природного убутку населення [5]. Так, загальна смертність сільського населення у 2001 р. на 38,5% перевищувала аналогічний показник у містах. А природний убуток у сільській місцевості досяг 9,9 на 1000 населення, що на 55% вище, ніж у міській.

І хоча народжуваність у селах залишається більшою, ніж у містах, проте вона має тенденцію до зниження.

Середня тривалість життя сільських жінок така ж, як і міських, а чоловіків – менша на 1,3 року.

Значна частка осіб старшого і похилого віку серед сільського населення позначається на рівнях захворюваності.

Аналіз статистичних даних свідчить, що у 2001 р. жителями села було зроблено 19,6 млн звертань до лікувально-профілактичних закладів у зв'язку з хворобами. Рівень захворюваності становив 1240 випадків на кожну 1000 осіб.

Основу структури поширеності хвороб серед сільського населення склали хвороби системи кровообігу (29,1%), органів дихання (21,2%), органів травлення (9,2%), кістково-м'язової системи та сполучної тканини (5,8%).

Рівень первинної захворюваності мешканців села становив 515 випадків на 1000 населення. Його формували хвороби органів дихання

(40,8%), системи кровообігу (9,2%), сечостатевої системи (6,0%), травми та отруєння (5,7%).

Чітко прослідковуються регіональні особливості захворюваності. Найвищі показники поширеності хвороб та первинної захворюваності виявлені в областях центрального регіону України (Черкаська, Київська, Вінницька). Разом з тим, невисокі рівні цих показників спостерігалися у Полтавській, Херсонській областях та Автономній Республіці Крим. Оцінка рівнів захворюваності сільського населення окремих територій вимагає комплексного підходу з урахуванням інших показників здоров'я, медико-демографічних даних, доступності медичної допомоги. Дані спеціальних досліджень свідчать, що у селах з різною територіальною доступністю лікарської допомоги показники звернень до лікарів суттєво відрізняються, незважаючи на близькість рівнів захворюваності їх мешканців [1].

Традиційно захворюваність сільського населення за звертаннями в лікувально-профілактичні заклади є меншою від аналогічного показника міського населення. Ця закономірність характерна для переважної більшості класів хвороб. Крім територіальних обмежень, на величині показника захворюваності позначається все ще значний обсяг самостійного фельдшерського обслуговування хворих. Проте захворюваність і поширеність хвороб крові та кровотворних органів, ендокринних захворювань серед сільських контингентів є значно більшою, ніж серед міських.

Відсутність в попередні роки даних про захворюваність сільського населення за усім спектром патології не дозволяє дослідити її динаміку. Водночас є можливість оцінити тенденції найбільш соціально значущих і соціально небезпечних хвороб.

Найпоширенішою патологією у сільських жителів є хвороби системи кровообігу. Щороку реєструється майже 750 тис. вперше виявлених серцево-судинних хвороб, а загальне їх число складає 5,7 млн. Провідними нозологічними формами є гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, цереброваскулярні хвороби. На 100 тис. дорослого сільського населення припадає 44 тис. випадків хвороб системи кровообігу, тобто вони виявляються майже у половині сільських жителів. Особливу тривогу викликають високі рівні інвалідності і смертності від серцево-судинних захворювань. Майже дві третини всіх смертей у сільській місцевості спричинені хворобами системи кровообігу.

Важливу роль у формуванні здоров'я сільського населення відіграють злоякісні новоутворення. Вони характеризуються тяжкістю перебігу і несприятливими наслідками. Смертність від раку

займає друге місце у загальній структурі смертності та інвалідності населення.

Онкоепідеміологічна ситуація в Україні та окремих регіонах характеризується певною стабілізацією загального показника захворюваності. Так, протягом 1996–2001 рр. захворюваність сільського населення на рак коливалася в межах 309,9–320,4 випадку на 100 тис. Порівняно з 2000 р. рівень її знизився на 1,7% і досягнув 315,1 випадку на 100 тис. населення.

Провідними локалізаціями у структурі онкозахворюваності є новоутворення органів травлення (26,0%), жіночих статевих органів (18,9%), молочної залози (17,8%), органів дихання (15,8%).

Динаміка захворюваності населення України на онкопатологію різних нозологічних форм в основному відповідає тенденціям, виявленим у загальноєвропейській популяції. Спостерігається зниження захворюваності на рак шлунку, легень, трахеї і бронхів, гортані. Разом з тим зростає захворюваність на онкопатологію передміхурової залози, молочної залози, сечового міхура, ободової кишки, тіла матки.

На кінець 2001 р. в онкологічних закладах України на обліку знаходилися 249 тис. хворих з сільської місцевості. За період 1998–2000 рр. контингент онкохворих збільшився на 4,8 тис. Це пов'язано зі збільшенням частки осіб старших вікових груп у популяції, збільшенням захворюваності на ряд нозологічних форм злоякісних новоутворень та поліпшенням їх діагностики.

Складна епідемічна ситуація обумовлена комплексом економічних, екологічних, соціальних та медико-демографічних чинників.

Причини зростання захворюваності тісно пов'язані з ризиками захворіти, які у більшості випадків залежать від впливу зовнішніх чинників, у першу чергу антропогенних.

На формування онкопатології сільського населення суттєво впливає рівень забруднення навколишнього середовища канцерогенними речовинами внаслідок хімізації сільського господарства, аварії на Чорнобильській АЕС [6].

Суттєве значення має недостатня розробка заходів з профілактики злоякісних новоутворень і впровадження сучасних методів діагностики та лікування, що пов'язано з фінансовими проблемами.

Високі рівні захворюваності на рак, інвалідності і смертності від нього вимагають комплексного підходу до вирішення проблеми. У 2002 р. в Україні затверджено Державну програму "Онкологія", яка розрахована на 5 років. Вона ставить за мету підвищення ефективності загальнодержавних заходів з профілактики, раннього

виявлення та лікування онкологічних захворювань, зниження смертності, зменшення первинних виходів на інвалідність, створення умов для подолання та поліпшення якості життя онкологічних хворих.

Особливою проблемою для охорони здоров'я є значна поширеність цукрового діабету. У європейських країнах поширеність цієї патології серед дорослого населення складає 2–5% населення, а серед дітей уражає приблизно одного на 1000 [20]. У США поширеність цукрового діабету серед дорослого населення досягає 7%. Загроза цієї хвороби збільшується через ускладнення, до яких належать серцево-судинні захворювання, сліпота, ниркова недостатність, ампутації та ускладнення під час вагітності. Значну частину цих ускладнень можна попередити за умови координації дій лікарів, хворих, суспільства.

В Україні у 2001 р. зареєстровано 915,5 тис. хворих на цукровий діабет, з яких 218 тис. є сільськими мешканцями. Рівень захворюваності серед дорослого сільського населення становить 143,1, поширеності – 1692,4 випадку на 100 тис. Ці показники є близькими до аналогічних у міського населення.

Зниження рівня захворюваності на цукровий діабет та зменшення кількості ускладнень є головною метою Комплексної програми "Цукровий діабет", яка реалізується з 1999 р. і розрахована на 9 років.

За статистичними даними ВООЗ, поширеність хронічних обструктивних захворювань легень у ряді країн європейського регіону досягає 2–7% [2]. Це серйозно впливає на якість життя, рівень інвалідності, витрати на охорону здоров'я і показники тимчасової непрацездатності. Найбільш важливими чинниками формування цієї патології є паління, забруднення повітря і вплив значного числа алергенів.

Для сільського населення України є характерними значні рівні захворюваності на алергію та бронхіальну астму. Понад три тисячі сільських мешканців щорічно захворюють на бронхіальну астму, у тому числі більше тисячі – дітей, а загальний контингент хворих досягнув 52,5 тис., з яких 6 тисяч складають діти. І хоча у сільських жителів захворюваності та поширеності бронхіальної астми дещо нижчі від аналогічних показників у мешканців міст, вони є досить високими і вимагають активних дій, спрямованих на їх зниження.

Важливою характеристикою здоров'я жителів є поширеність розладів психіки та поведінки. Згідно з розрахунками близько 5% населення Європейського регіону страждає на психічні розлади [19]. Поширенню цієї патології сприяють

стресові ситуації, соціальні проблеми, висока мобільність населення, послаблення сімейних стосунків та соціальних інститутів.

Сільське населення України звертається в заклади охорони здоров'я у зв'язку із вперше виявленими розладами психіки та поведінки з частотою 390,9 випадку на 100 тис. Серед окремих вікових груп сільських мешканців найвищі рівні захворюваності за звертаннями мають підлітки. Це пояснюється значною частотою появи у підлітковому віці розладів психіки непсихотичного характеру, які складають близько 70% усіх розладів психіки, а також підвищеною увагою медичних працівників до стану здоров'я цього контингенту.

Захворюваність сільського населення на психічні розлади характеризується позитивною динамікою. Так в період 1998–2001 рр. рівень її серед дорослого населення знизився на 34,6%, підлітків – на 9,1%, дітей – на 3,0%.

Зловживання алкоголем та іншими наркотичними речовинами спричинює поширення серед жителів села наркологічних розладів. Гостра інтоксикація внаслідок вживання алкоголю реєструється у сільській місцевості з частотою 203,3 випадку на 100 тис. населення і перевищує аналогічний показник у містах на 5,8%.

Частота появи алкогольних психозів у сільських жителів є меншою, ніж у міських на 16,9%. Проте в селі, на відміну від міст, цей показник має тенденцію до збільшення. Темп приросту за п'ятирічний період становив 13,4%, у той час як у міській місцевості темп зниження досягнув 7,6%. Показник захворюваності на хронічний алкоголізм у сільських жителів традиційно є вищим, ніж у міських. У 2001 р. на кожні 100 тис. мешканців села виявилось 93 нових випадки хронічного алкоголізму, а у місті – 81 випадок. Захворюваність на хронічний алкоголізм має тенденцію до зниження.

Особливу тривогу викликає зростання наркоманії серед сільського населення. І хоча частота появи цього захворювання у селі є в 4,4 рази меншою, ніж у містах, за п'ятирічний період вона збільшилася в 1,5 рази.

Відбувається накопичення наркологічної патології серед сільського населення. Поширеність алкогольних психозів збільшилася за 5 років на 4,8%, хронічного алкоголізму – на 1,2%, наркоманії – в 2,3%.

Для жителів сіл, порівняно з містами, характерною є нижча активність звернень за наркологічною допомогою. Надалі це відбивається у більшій частині запущених і важких алкогольних розладів серед жителів сільської місцевості. Значна кількість людей активного віку помирає від причин безпосередньо пов'язаних із вживанням

алкоголю, а саме від отруєнь, алкогольних психозів, алкогольного цирозу печінки. Багато летальних випадків пов'язано з алкоголем опосередковано.

В останні роки в Україні спостерігається погіршення епідемічної ситуації з соціально небезпечних хвороб. Зростає захворюваність на туберкульоз, СНІД. Високою залишається захворюваність на хвороби, що передаються статевим шляхом. Ці тенденції спостерігаються і в сільській місцевості.

Первинна захворюваність сільських жителів на туберкульоз збільшилася в період 1996–2001 рр. з 45,3 до 66,6 випадку на 100 тис. населення, тобто на 47,0%, міських жителів – на 50,4%. Рівень захворюваності на туберкульоз на селі майже досягнув показника у місті. Поширеність цієї інфекції у сільських жителів становить 291,7 випадку на кожні 100 тис. населення і перевищує поширеність у містах на 13%. Особливу тривогу викликає значний контингент бактеріовиділювачів серед селян. Із числа хворих з вперше встановленим діагнозом туберкульозу легень виділення мікобактерій виявлено у 25,6 випадках на 100 тис. сільських жителів, і в 23,2 випадках – у міських. Туберкульоз є значною причиною інвалідності і смертності населення. У 2000 р. смертність жителів села від туберкульозу складала 20,2 випадку на 100 тис.

Координація проведення протитуберкульозних заходів здійснюється в Україні в рамках Національної програми боротьби із захворюванням на туберкульоз на 2002–2005 роки. Її виконання дозволить стабілізувати та поліпшити епідемічну ситуацію з туберкульозу та зменшити економічні збитки, спричинені цією інфекцією.

Впродовж останніх років в Україні спостерігається загострення епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції/СНІДу. Ця хвороба має найшвидші темпи поширення у порівнянні з іншими інфекційними хворобами. На початку 90-х років кількість інфікованих в Україні вимірювалася десятками, на початку нового тисячоліття – вже десятками тисяч. Сьогодні в Україні налічується понад 50 тис. ВІЛ-інфікованих. Більше 4 тис. осіб захворіли на СНІД. Високими рівнями поширеності ВІЛ/СНІДу виділяються території Південного і Південно-східного району. В епідемічний процес залучені молоді люди віком 20–39 років, вагітні жінки і діти. Сьогодні в Україні немає жодної області незалежно від характеру виробництва (промисловий чи сільськогосподарський), де б не реєструвалися випадки ВІЛ/СНІДу.

З 2003 р. в Україні починається впровадження проектів "Контроль за туберкульозом та ВІЛ/СНІДом" за рахунок позики Світового банку та "Подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні" за ра-

хунок Глобального фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом, малярією [8].

Серед хвороб, що передаються статевим шляхом, найбільш поширеними на селі є сифіліс та гонорея. Захворюваність на сифіліс сільського населення катастрофічно зросла в період 1990–1997 рр. Показник збільшився у 30 разів. З 1998 р. почалося поступове зменшення реєстрації захворюваності.

Захворюваність сільських мешканців на гонорею з 1995 р. має тенденцію до зниження і становить сьогодні 28,6 випадку на 100 тис. населення. Рівень захворюваності на селі є у 2,1 разу нижчим, ніж у місті.

Проте зменшення захворюваності насправді пов'язано не лише зі зменшенням числа випадків захворювань, а й з випадками нереєстрації їх деякими приватними структурами.

Суттєву роль у поширенні венеричних захворювань відіграє несвоєчасне і неповне розслідування вогнищ інфекції, обстеження контактних осіб у пізні терміни і, як наслідок, формування нових випадків захворювань. Виявлення джерел ускладнюється через зміну складу контингентів хворих, випадкові зв'язки, поведінкові реакції.

Захворюваність та поширеність хвороб за звертаннями серед дитячого сільського населення є значно нижчими, ніж міського, внаслідок як особливостей захворюваності, так і особливостей звернень за медичною допомогою, її доступності. Суттєво відрізняється структура захворюваності дітей у місті і селі. Так, у містах три перші рангові місця займають хвороби органів дихання, шкіри та підшкірної клітковини, інфекційні та паразитарні хвороби. У структурі захворюваності сільських дітей переважають хвороби органів дихання, ендокринні хвороби, хвороби органів травлення.

Вивчення стану здоров'я дитячого сільського населення за даними медичних оглядів свідчить про значну поширеність патології серед цього контингенту.

Невисокий рівень здоров'я сільських мешканців обумовлений комплексом чинників, серед яких провідну роль відіграє спосіб життя та поширеність шкідливих звичок.

Дані спеціальних досліджень свідчать, що серед сільських чоловіків 20–29 років палять 70%, тоді як серед міських – 60%. Серед жіночого сільського населення частка тих, які палять, є порівняно невеликою і становить 0,6%, серед міського жіночого – 32%. Питома вага курців серед працездатного населення у селі є більшою (60%), ніж у місті (51,0%) [13].

Фізичною культурою і спортом займаються не менше одного разу на тиждень 89,8%

сільських підлітків у віці 16–18 років. Разом з тим серед сільських чоловіків у віці старше 18 років цей показник становить 26,7%, тоді як у містах – 31%–33,6%, серед сільських жінок – лише 12,5%, у міській місцевості – 18,7%–19,8%.

За даними Державного комітету статистики України, вагу тіла вище норми мають 16,2% сільських мешканців, а 14,4% – страждають на ожиріння. У той же час у 4,1% сільського населення вага тіла є нижчою від норми, а у 1,1% діагностується надмірний дефіцит ваги тіла [10].

Об'єктивні показники стану здоров'я сільського населення визначають самопочуття та впливають на формування самооцінки здоров'я. Сьогодні близько 32% селян вважають стан свого здоров'я добрим, понад 50% – задовільним, поганим – більше 17%. Частка осіб, які оцінюють своє здоров'я як погане у селі є вищою, ніж у містах [14].

Невисока якість здоров'я сільських мешканців та нижча, ніж у містах, доступність медичної допомоги для населення обумовили прийняття ряду програмних документів державного рівня, спрямованих на суттєве поліпшення ситуації. Вони ґрунтувалися на державних пріоритетах у сфері соціальної політики, у тому числі в галузі охорони здоров'я [4]. При цьому враховувалися рекомендації впливових міжнародних організацій, у тому числі Всесвітньої організації охорони здоров'я [3].

До таких стратегічних документів належить Міжгалузєва комплексна програма “Здоров'я нації” на 2002–2011 роки [7]. Вона спрямована на забезпечення справедливості і рівності у питаннях охорони здоров'я, скорочення поширеності соціально значущих і соціально небезпечних хвороб, утвердження профілактичних засад і формування здорового способу життя, захист і оздоровлення довкілля, поліпшення фінансування галузі, її матеріально-технічного кадрового потенціалу.

Окремий розділ Програми “Медична допомога сільському населенню” визначає головною метою поліпшення медичного обслуговування сільського населення з урахуванням соціально-економічних та демографічних особливостей села, територіального їх розташування, забезпечення пріоритетного розвитку мережі амбулаторій в селах, організації системи надання первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики/сімейної медицини. У реалізації заходів, передбачених вказаним розділом, крім установ і організацій, підпорядкованих Міністерству охорони здоров'я України, братимуть участь заклади, підпорядковані Міністерству економіки та з питань Європейсь-

кої інтеграції України, Міністерству фінансів України, Міністерству аграрної політики України, Державному комітету статистики України, а також місцеві органи виконавчої влади.

Значну медичну, соціальну та економічну ефективність планується отримати внаслідок реалізації Комплексних заходів щодо поліпшення медичного обслуговування сільського населення на 2002–2005 рр. [15]. Медична ефективність полягатиме у поліпшенні стану здоров'я сільських жителів та медико-демографічної ситуації на селі. Соціальна ефективність передбачає зниження рівня інвалідизації та передчасної смертності сільських жителів, підвищення задоволеності сільського населення наданням медичної допомоги.

Економічної ефективності буде досягнуто внаслідок скорочення витрат на медичну допомогу шляхом зниження рівня госпіталізації сільських жителів на 20% та збільшення обсягів стаціонарозамінного лікування на 10% в районі діяльності амбулаторій сімейних лікарів. На 20% скоротяться витрати на надання швидкої медичної допомоги за рахунок зменшення потреби у ній та на 20% витрати на відвідування лікарів-спеціалістів при запровадженні нових прогресивних форм медичного обслуговування.

Виконання Комплексної програми дозволить попередити економічні збитки держави на суму 2,5 млрд грн, а економічна ефективність їх становитиме 1,8 млн грн.

Таким чином, стан здоров'я сільського населення є одним з важливих чинників формування

трудового, інтелектуального, наукового, культурного, оборонного потенціалу суспільства і запорукою його успішного майбутнього розвитку. Поліпшення здоров'я селян та його медичного обслуговування є пріоритетом державної політики.

Незважаючи на певні позитивні зрушення, рівень здоров'я селян залишається невисоким, а доступність і якість медичної допомоги – нижчою, ніж у міських жителів. Стан здоров'я сільських мешканців характеризується значною поширеністю хронічних неінфекційних та соціально небезпечних хвороб. А захворюваність на ендокринні хвороби, хвороби крові та кровотворних органів, частота гострої інтоксикації та хронічного алкоголізму, поширеність туберкульозу, у тому числі з бактеріовиділенням, за показниками звертань у лікувально-профілактичні заклади значно перевищує аналогічні показники у містах.

Високими є рівні смертності сільського населення. Особливості та тенденції стану здоров'я сільського населення, способу життя селян стали підґрунтям для розробки системи заходів, спрямованих на його поліпшення.

Ці заходи здійснюються в Україні на програмній, комплексній основі із залученням усіх причетних міністерств та відомств. Реалізація системи заходів щодо поліпшення здоров'я і медичного обслуговування сільського населення дозволить покращити медико-демографічну ситуацію на селі, знизити захворюваність та інвалідність і підвищити якість життя селян.

Список літератури

1. Авербух Л.А., Колодинський Ю.М., Левінська Л.Р., Ходаківський Є.В. Захворюваність сільського населення і планування лікувально-профілактичної допомоги. – К.: Здоров'я, 1980. – 104 с.
2. Бронхиальна астма – глобальна стратегія // Врач. – 1997. – №2. – С. 37.
3. *Здоровье-21*. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ (Европейская серия по достижению здоровья для всех, №6.) – Копенгаген, 1999. – 310 с.
4. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України. – Одеса, 2001. – 29 с.
5. Куценко В.І., Чепелевська Л.А. Сільська медицина: шляхи подальшої її модернізації // Регіональні проблеми розвитку агропромислового комплексу України: сучасний стан і перспективи вирішення. – К.: Нац. ун-т ім. Т. Шевченка. – 2002. – С. 111–113.
6. Лукавецький Л.М. Регіональні особливості онкологічної патології в Україні // Журн. практ. Лікаря. – 1997. – №6. – С. 4–6.
7. Міжгалузева комплексна програма “Здоров'я нації” на 2002–2011 роки. – К.: ОФ, 2002. – 88 с.
8. 18,8 мільйона доларів США прискорять виконання програм боротьби з ВІЛ/СНІДом в Україні // Ваше здоров'я. – 2003. – 7–13 лют. – №5. – С. 2.
9. Основні нормативно-правові акти з питань охорони здоров'я, які прийнято протягом 1991–2002 рр. – К.: ОВ, 2002. – 24 с.
10. Основні соціально-демографічні характеристики домогосподарств України у 2001 році: Статистичний бюлетень / Держкомстат України. – К., 2001. – 65 с.
11. Польшченко В.І., Швецов В.С. Особливості медичного обслуговування сільського населення України // Стан здоров'я населення України та результати діяльності закладів охорони здоров'я (Щорічна доповідь. 2000 рік). – К., 2001. – С. 209–216.

12. Послання Президента України до Верховної Ради України: "Європейський вибір. Концептуальні засади стратегії економічного та соціального розвитку України на 2002–2011 роки" // Урядовий кур'єр. – 2002. – 4 черв. – №100. – С. 5–12.
13. Рекомендації з профілактики і лікування тютюнопаління. CINDI. Україна. – К., 2001. – 20 с.
14. Стан здоров'я населення: Статистичний бюлетень /Держкомстат України. – К., 2002. – С. 14.
15. Указ Президента України від 3 січня 2002 р. №8/2002 "Про комплексні заходи щодо поліпшення медичного обслуговування сільського населення на 2002–2005 роки" // Ваше здоров'я. – 2002. – 8 січ. – №3(629). – С. 2.
16. Указ Президента України від 20 грудня 2000 р. №1356/2000 "Про основні заходи розвитку соціальної сфери села" // Праця і зарплата. – 2001. – №3(247). – С. 4–5.
17. Указ Президента України від 21 лютого 2002 р. №170/2002 "Про додаткові заходи щодо вирішення соціальних проблем на селі та подальшого розвитку аграрного сектору економіки" // Урядовий кур'єр. – 2002. – 13 берез. – С. 10. – (Орієнтир. №9. – С. 11–12).
18. Указ Президента України від 28 січня 1999 р. №95/1999 "Про заходи щодо поліпшення умов функціонування закладів охорони здоров'я у сільській місцевості" // Урядовий кур'єр. – 1999. – 2 лют. – №19.
19. Global Forum for Health Research 2002 /WHO. – 2002. – P. 166–171.
20. The European Health Report 2002 / WHO Reg. Publ., Ser. N97. – Copenhagen. – 2002. – P. 29–32.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ТЕНДЕНЦИИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ И КОМПЛЕКСНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ЕГО УЛУЧШЕНИЮ

Т.С. Грузева (Киев)

Освещены особенности медико-демографической ситуации в сельской местности, тенденции заболеваемости основными социально значимыми и социально опасными болезнями, распространенность факторов риска среди сельских жителей. Охарактеризованы стратегические программные документы государственного уровня, нацеленные на улучшение здоровья и медицинского обслуживания сельских жителей.

MODERN PECULIARITIES AND TENDENCIES IN THE HEALTH STATUS OF RURAL POPULATION AND COMBINED MEASURES TO ITS IMPROVEMENT

T.S. Hruzeva (Kyiv)

Peculiarities of medico-demographic situation in rural areas, tendencies in morbidity of main socially significant and socially dangerous diseases are laid down in the article as well as prevalence of risk factors among villagers.

The characteristic of strategic governmental documents aimed at improvement of health and medical care of rural population is given.

УДК 616-053.1-084 (477.41)

Т.М. ПОКАНЕВИЧ, Л.М. ПІОТРОВИЧ, В.В. ЄЛАГІН, О.І. ТИМЧЕНКО

ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА: ОРГАНІЗАЦІЯ ПРЕНАТАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ ВРОДЖЕНОЇ ПАТОЛОГІЇ СЕРЕД ВАГІТНИХ У КИЇВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Управління охорони здоров'я Київської обласної держадміністрації, Інститут гігієни та медичної екології АМН України

Розглядаючи проблему обтяженості новонароджених України вродженою і спадковою патологією, необхідно зазначити, що в останні роки як в усьому світі, так і в Україні, вона перейшла на одне з чільних місць у дитячій захворюваності, інвалідності та смертності. Так, за 1968-1995 рр. частка смертей немовлят від вроджених дефектів у США зросла від 14,5 до 22,2% [13]. В Україні у структурі причин смертності дітей першого року життя вроджена патологія вже десять років тому займала друге місце, при цьому її питома вага складала 25,9% [8]. За даними МОЗ України, у 2001 р. частота генетично обумовленої патології на 1000 новонароджених складала 28,8. Вроджені вади розвитку становили 2,9% у структурі захворюваності і 26,7% – у структурі смертності дітей першого року життя. Серед дітей 0–14 років у структурі поширеності захворювань вроджена патологія дорівнювала 1,27%, у структурі інвалідності – 20%, смертності – 21,2%, що є безсумнівним свідченням її соціального значення [5].

У Київській області на сьогодні спадкова патологія в структурі смертності немовлят посідає, як і в цілому по Україні, друге місце (26,4% у 2001 р.). У структурі неонатальної смертності смертність від вродженої патології також знаходиться на другому місці і основною причиною її є вади серцево-судинної системи.

Однак, як свідчать сучасні наукові дослідження, у 75-80 % випадків можна запобігти появі дітей з вродженою патологією, при цьому суттєво змінюються показники як перинатальної, так і дитячої смертності в цілому .

Необхідно зазначити, що в останні десятиріччя у світі спостерігається бурхливий прогрес генетики, а саме:

- розшифрована молекулярна будова геному людини;
- з'явилася можливість ідентифікації мутантних генів;

– винайдені методи, що дозволили встановити генетичну природу багатьох хвороб людини, причина яких залишалася невідомою.

Водночас саме досягнення генетики дозволили оцінити недосконалість отриманих знань, їх фрагментарність, реально уявити той проміжок часу, що відділяє сьогодні від можливості практичного застосування отриманих знань безпосередньо в лікувальній практиці та вартість їх впровадження.

Тому можна вважати, що успіхи генетики також сприяли повороту медичної громадськості і суспільства в цілому у бік профілактики захворювань. Ю.Вельтищев зокрема зазначає, що є доцільним і навіть необхідним “перехід від використання складних і надзвичайно дорогих втручань, спрямованих на продовження життя (таких як трансплантація органів, гемодіаліз, інтенсивна терапія та реанімація, методи медико-соціальної адаптації дітей-інвалідів), до технологій профілактичної медицини – методів пренатальної діагностики природжених і спадкових хвороб, розширення програм масового і селективного скринінгу на ці хвороби, хірургічної корекції природжених вад на ранніх етапах життя” [3].

Управління охорони здоров'я Київської обласної держадміністрації намагається на всіх рівнях надання медико-генетичної допомоги населенню якнайширше впроваджувати профілактичні заходи. Так, в області організований епідеміологічний нагляд за рівнем неплідних шлюбів, самовільних викиднів та вродженої патології серед населення (система генетичного моніторингу), який дозволив виявити основні чинники ризику вищевказаних станів і розгорнути профілактичну роботу з їх попередження [11].

Впроваджена також трирівнева система надання медичної допомоги при порушенні репродуктивного здоров'я населення. Вона полягає у тому, що на першому рівні первинною профілактикою розладів репродукції, у тому числі пре-

концепційною профілактикою вродженої і спадкової патології, займаються жіночі консультації, кабінети планування сім'ї, кабінети дитячої та підліткової гінекології. Управління охорони здоров'я створило 8 міжрайонних медико-генетичних кабінетів, які працюють в профілактичному напрямку на другому рівні. На третьому рівні функціонує Обласний центр охорони здоров'я матері і дитини. Для вирішення питання щодо доцільності збереження або переривання вагітності успішно застосовуються пренатальна діагностика і медико-генетичне консультування як методи вторинної профілактики вродженої патології серед новонароджених.

Результати профілактичної роботи щодо попередження народження дітей з вродженою і спадковою патологією вже можна помітити на рівні показників, які характеризують не тільки роботу служби охорони здоров'я, а й репродуктивне здоров'я населення області [10]. Так, за останні три роки в Київській області підвищилось охоплення вагітних дворазовим ультразвуковим скринінгом: з 79,8 % в 1999 р. до 89,4 % в 2001 р. Якщо порівнювати структуру вроджених вад розвитку (ВВР) у плоду, виявлених за допомогою ультразвукової діагностики за ці три роки в області, з показниками по країні, то можна побачити, що рівень виявлення патології в області вищий, ніж в цілому по Україні. Так, ВВР нирок та сечовидільних шляхів у Київській області виявляються при ультразвуковому обстеженні у 33,0 %, по Україні – у 25,3 %, ВВР центральної нервової системи – у 30,28 % і 27,72 % відповідно, множинні ВВР діагностуються у 22,02 % випадків проти 17,34 % по Україні. Серед народжених живими відсутня аненцефалія. Тягар репродуктивних втрат населення області зменшився.

Вчасне виявлення і елімінація ушкоджених плодів дали змогу зменшити частку вроджених вад розвитку в структурі дитячої смертності з 32,1% у 2000 р. до 26,4% у 2001 р. та 26,6% за 6 місяців 2002 р. при пересічному по Україні 30,1%.

Водночас детальний розгляд стану справ щодо пренатальної діагностики вагітних свідчить, що в області існують чималі резерви для вдосконалення організації пренатальної діагностики вагітних з метою попередження вродженої патології новонароджених. Так, показник охоплення вагітних дворазовим ультразвуковим скринінгом має значні коливання по районах: від 53% до 98-99%. Лікарі, що працюють у 26 районних і 3 міських кабінетах ультразвукової діагностики вагітних та гінекологічних хворих, у половині випадків потребують підвищення кваліфікації. У третині випадків необхідна заміна апаратів для ульт-

тразвукової діагностики на більш сучасне обладнання.

Необхідно також вказати на те, що до останнього часу ультразвукове обстеження вагітних з метою виявлення вроджених вад розвитку в області здійснюють двічі протягом вагітності при термінах гестації 16-17 та 24-25 тижнів, відповідно до рекомендацій [2].

Поява нових ультразвукових технологій, виявлення нових ультразвукових маркерів хромосомних синдромів надали можливість проведення пренатального ультразвукового скринінгу на 10-14 тижнях вагітності, що до того ж відповідає юридичним і біоетичним аспектам, пов'язаним з перериванням вагітності [4]. Вже на цьому етапі, окрім формування груп вагітних високого ризику вродженої патології, можлива діагностика чималої кількості вроджених вад розвитку (аненцефалії, деяких форм гідроцефалії, вад розвитку черевної стінки та ін.). Вважається, що до 80% хромосомної патології можна діагностувати вже у першому триместрі вагітності [6]. Для додаткового виявлення вродженої патології другий етап ультразвукового скринінгу рекомендується проводити на 20-24 тижнях гестації [4]. Відмічають також, що для визначення тактики ведення вагітності при септальних дефектах серця оптимальним є термін 24-26 тижнів [7]. Таким чином, на сьогодні існує необхідність перегляду нормативних документів, які регламентують терміни ультразвукової діагностики вагітних з метою виявлення вродженої патології плоду.

Необхідно також нагадати, що до методів вторинної профілактики вроджених хвороб крім ультразвукової діагностики належить також селективний скринінг сироватки крові матері на наявність маркерів вродженої патології. Висока ефективність його проведення в першому і другому триместрах для діагностики хромосомної патології і широкого спектру вроджених вад розвитку при дотриманні певних методичних вимог є безсумнівною [1, 9, 12].

Біохімічний скринінг у першому триместрі вагітності є особливо ефективним для формування груп ризику щодо хромосомної патології плоду. Він є важливим і в другому триместрі вагітності, оскільки певна кількість вагітних не звертається до лікаря протягом першого триместру. При біохімічному скринінгу у другому триместрі виявляється до 75 % плодів із синдромом Дауна та іншими анеупloidіями. Біохімічний скринінг серед вагітних старших 35 років є методом, що дозволяє дифференційовано призначати інвазивні обстеження, а, значить за його допомогою цій категорії жінок можна уникнути зайвого ризику переривання вагітності [1].

Можна зазначити, що питання впровадження

біохімічного скринінгу вагітних є пріоритетним для Управління охорони здоров'я Київської області, але потребує матеріальних затрат на реактиви, програму розрахунку ризику та ін., тому його впровадження буде поступовим. В Обласному центрі охорони здоров'я матері та дитини також планується налагодити інвазивні методи діагностики.

Розвиток методів пренатальної діагностики, своєчасне медико-генетичне консультування населення дозволить позитивно вплинути на рівень і структуру перинатальної, і загалом дитячої смертності. Доцільно також звернути увагу на те, що впровадження цих методів має економічну ефективність.

Список літератури

1. Арбузова С.Б. Комплексна програма пренатальної діагностики вроджених вад розвитку і хромосомних синдромів: Тези доп. III з'їзду мед. генетиків України, Львів, 2–4 жовт. 2002 р. – Львів, 2002. – С. 18.
2. Богатирьова Р.В. Оптимальна система масового ультразвукового скринінгу вагітних // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Харків, 1996. – 18 с.
3. Вельтищев Ю., Царегородцев А., Казанцева Л. Прогрес генетики та його значення для педіатрії // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2002. – № 2. – С. 4–11.
4. Вероптвелян М.П. Методологічні аспекти проведення 1 етапу УЗ-скринінгу в ранній фетальний період: Тези доп. Ш з'їзду мед. генетиків України, Львів, 2–4 жовт. 2002 р. – Львів, 2002. – С. 22.
5. Гойда Н.Г. Профілактика спадкової і вродженої патології – шлях зниження перинатальної та дитячої смертності: Там же. – С. 13–15.
6. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике: В 5 т. / Под ред. В.В. Митькова, М.П. Медведева. – М.: Видар, 1996. – Т. 2. – 408 с.
7. Лук'янова І.С., Дзюба О.М., Сопко Я.О., Головченко О.В. Значення пренатальної ехокардіографії у діагностиці септальних дефектів серця для доцільності пролонгації вагітності та прогнозу перебігу раннього неонатального періоду: Тези доп. Ш з'їзду медичних генетиків України, Львів, 2–4 жовт. 2002 р. – Львів, 2002. – С. 22–23.
8. Минков И.П. Роль врожденных пороков развития в патологии детского возраста // Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – К., 1992. – 42 с.
9. Ніколенко М.І. Методичні вимоги до проведення біохімічного скринінгу вагітних: Тези доп. Ш з'їзду мед. генетиків України, Львів, 2–4 жовт. 2002 р. – Львів, 2002. – С. 23.
10. Піотрович Л.М. Оптимізація системи спеціалізованої медичної допомоги населенню при репродуктивних втратах // Автореф. дис. ... канд. мед. наук – К., 2002. – 20 с.
11. Організація генетичного моніторингу: Метод. рекомендації / Тимченко О.І., Гойда Н.Г., Турос О.І. і співавт. – К., 2001. – 35 с.
12. Control of Hereditary Diseases: Report of WHO Scientific Group / WHO.– Geneva, 1996. – 85 p.
13. Petrini J., Damus K., Johnston R.B. Trends in infant mortality attributable to birth defects. United States. 1980-1995 // MMWR. – 1998. – V. 47, N.37. – P. 773–778.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА: ОРГАНИЗАЦИЯ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ КИЕВСКОЙ ОБЛАСТИ

Т.М. Поканевич, Л.М. Пиотрович, В.В. Елагин, О.И. Тимченко (Киев)

Проанализировано состояние пренатальной диагностики врожденной патологии в Киевской области. Предложены мероприятия по ее совершенствованию: организация биохимического скрининга и инвазивных методов, повышение качества ультразвукового обследования.

PREVENTIVE MEDICINE: ORGANIZATION OF PRENATAL DIAGNOSTICS OF CONGENITAL PATHOLOGY IN KYIV PROVINCE

T.M. Pokanevich, L.M. Piotrovich, V.V. Yelagin, O.I. Timchenko (Kyiv)

The state of the prenatal diagnostics performances of the congenital pathology in Kyiv province has been analysed. The measures for its improvement have been proposed, i.e. introduction of the biochemical screening and invasive methods as well as quality improvement of the ultrasonic screening.

УДК 312.6(1-22):003.13

О.М. ГОЛЯЧЕНКО, Н.М. СЕМКІВ (Тернопіль)

СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНІ ЗРУШЕННЯ В ТЕРНОПІЛЬСЬКОМУ СЕЛІ

В 1983-84 рр. в Тернопільській області на виконання рішень червневого (1983) Пленуму ЦК КПРС, що проголосив курс на загальну щорічну диспансеризацію в країні, було проведено широкомасштабне соціально-гігієнічне дослідження сільської людності, яке визначило стан його здоров'я, пов'язало цей стан із соціальними умовами і способом життя людей, визначило потребу в щорічній диспансеризації та шляхи її досягнення. Дослідження охопило репрезентативну групу сільської людності області у 9983 особи. Результати були представлені на ВДНГ СРСР і відзначені бронзовою медаллю, МОЗ УРСР були затверджені методичні рекомендації (1987). За результатами дослідження було захищено 9 кандидатських дисертацій, написані численні статті та монографії.

Через 20 років нами вирішено повторити подібне дослідження, правда, з менш масштабними цілями і на меншій (проте репрезентативній) групі людей (2493 особи). Тоді дослідження однієї

одиниці спостереження обійшлося в 5 крб. (7 доларів США). Тепер подібні кошти на соціально-медичні дослідження знайти неможливо, тому це стало також причиною обмеження обсягів проведеної роботи.

Основна причина, що спонукала повторити дослідження, це потреба вивчення тих змін, що сталися в українському (конкретно тернопільському) селі за ці 20 років. Зміни воістину епохальні: у формах власності, соціально-економічних стосунках тощо. Реформується охорона здоров'я і навіть ота диспансеризація з розряду обов'язкової перейшла в розряд бажаної.

В дослідженні застосовані однакові методи збору статистичного матеріалу, основним джерелом інформації залишилися ті ж медичні документи. Що стосується встановлення соціальних умов життя сільських мешканців, то і в 1983-84 і в 2002-2003 рр. вони визначались шляхом опитування.

Таблиця 1. Вікові зміни в тернопільському селі (частка різних вікових прошарків, %)

Віковий прошарок	1983-84	2002-03
Діти (0-14 р.)	34,2	15,2
Підлітки (15-17 р.)	12,0	1,9
Дорослі (18 і старші)	53,8	82,9

Село різко "постаріло". Питома частка дітей зменшилась у 2,3 р., підлітків – у 6,3 р. Слід очікувати зростання темпів депопуляції.

Таблиця 2. Сімейний стан тернопільських селян (16 р. і старші) (%)

Сімейний стан	1983-84	2002-03
Неодружені	25,3	3,1
Одружені	60,0	82,2
Вдівці, вдови	12,9	11,7
розлучені	1,8	3,0

Відбулись суттєві зрушення у співвідношенні одружених і неодружених на користь перших, однак цей перерозподіл обумовлений тим же "постарінням". А от питома частка вдівців і вдів

практично не змінилась (хоча в 1983 р. відстань від другої світової війни обраховувалась 37 роками, а в 2002 – 57-ма), а частка розлучених зросла в 1,7 р.

Таблиця 3. Розподіл тернопільських селян за рівнем освіти (18 р. і старші, %)

Освіта	1983-84	2002-03
Початкова	50,4	3,8
Неповна середня	29,0	17,4
Середня	18,4	73,7
Вища	2,2	5,1

Село стало значно грамотнішим. Зникають люди з початковою освітою, а частка осіб з середньою й вищою освітою досягла майже 80%.

Таблиця 4. Розподіл тернопільських селян за рівнем подушного доходу (%)

Прошарки	1983-84	2002-03
Бідні (менше 70 крб. на душу в 1983-84 рр. і менше 100 грн. на душу в 2002-03 рр.)	79,4	88,7
Середній (70-120 крб., 100-300 грн.)	19,4	3,7
Багаті (більше 120 крб., більше 300 грн.)	1,2	7,6

Основна маса селян була бідною за радянських часів, тепер стала ще біднішою. Однак суттєвою відмінністю є поглиблення соціального розшарування серед селян, яке відбулось за ці роки. За радянських часів була помітною частка "середняків" і майже не було "куркулів"; тепер майже непомітні "середняки", а частка "куркулів"

зросла в 6,3 р.

Однак, подушний дохід в селі для характеристики матеріального стану завжди мав обмежене значення. Є ще земельні наділи, предмети побуту, стан житла, якими, на наш погляд, слід доповнити характеристику матеріального стану селян.

Таблиця 5. Деякі показники матеріального добробуту тернопільських селян (%)

Показник	1983-84	2002-03
1. Величина земельного наділу, що перебуває в безпосередньому використанні (у частках га)		
до 0,1	73,9	67,0
0,1-0,5	4,1	3,0
більше 0,5	22,0	30,0
2. Наявність деяких предметів побуту		
холодильник	24,6	28,6
телевізор	48,1	29,3
автомобіль	1,9	14,1

Розпаювання землі в селах, що ми обстежили, поки-що відбулось на папері. Власне "діло" завели поки-що лише 1,2% обстежених нами селян. Використовують для безпосередніх потреб ще ті присадибні ділянки, якими їх наділила радянська влада. Землі в тернопільському селі завжди було обмаль. За Австрії та Польщі це спонукало десятки тисяч переселитись до Америки. Тепер в обстежених нами селах за кордон на заробітки виїхало лише 2,3 % дорослих селян. Вільної землі за кордоном вже нема, за кордон значно частіше тепер їдуть городяни. Слід також врахувати, що за кордон тепер найчастіше їдуть люди у віці 20-29 р., а таких у наших селах лише 13,4 %.

Що стосується предметів побуту, то відбулись цікаві зміни, які, на наш погляд, слід прокоментувати так. Частка людей з холодильниками практично не змінилась, а от з телевізорами й авто відбулись діаметрально протилежні зміни: частка перших суттєво впала, а других – різко зросла. Частка людей, що мають автомобіль, навіть перевищила сумарну частку "середняків" та "куркулів". Це, на перший погляд, суперечливе співвідношення пояснюється просто. Тернопільський селянин, як і взагалі українець, "відомстив" радянській владі, яка вперто

дивилась на автомобіль як на предмет розкоші. Отож кожен сьомий селянин зібрав останню копійку і придбав цей автомобіль (переважно імпортовану непотріб), а от грошей на оновлення телевізора, придбаного ще за радянських часів, у нього поки-що не вистачає.

Повчальні зрушення відбулись у психоемоційному стані тернопільських селян (табл. 6). Вони кардинальні і мають негативний характер. Більша половина людей стала запальною, ображеною на інших, а двадцять років тому таких були одиниці. Більшість людей стали обмаль спати. Раніше вони спокійно спали, бо їхню долю вирішували "вгорі", тепер кожен полишений на самого себе. Тепер кожен восьмий заявив про перенесену психічну травму, раніше про це заявляли лише двоє зі ста людей. Така поки-що "психічна ціна" ринкових перетворень на селі.

Відбулись певні зрушення в харчуванні людей.

Ці зрушення не такі суттєві, але загалом їхня спрямованість негативна. Більше стало селян, що встигають поїсти лише 1-2 р. на день, зменшилась частка різноманітної їжі, трішки більше зловживають гострою і солоною стравою.

Доля курців піднялась з 20,6 до 32,2% або в 1,6 р., доля пияків – із однієї до двох третин або в 2 р.

Таблиця 6. Психоемоційні зрушення у тернопільському селі (%)

Показник	1983-84	2002-03
1. Характерологічні особливості особистості		
стриманий	92,2	46,8
запальний	5,4	36,9
образливий	2,2	14,3
нестерпний до думки інших	0,9	2,0
2. Сон достатній	95,4	44,4
недостатній	4,6	55,6
3. Мають психоемоційні перевантаження	3,3	43,2
4. Мають психічні травми в анамнезі	2,1	12,6

Таблиця 7. Стан харчування тернопільських селян (%)

Показник	1983-84	2002-03
1. Число прийомів страви на день: 1-2	2,7	10,3
3-4	97,3	89,7
2. Режим харчування дотримується	75,6	59,7
3. Харчування різноманітне	90,6	87,0
4. Переважаючий стан страви: гарячий	80,3	76,9
холодний	10,8	11,0
гострий	4,8	6,3
солоний	4,1	5,8
5. Переважають продукти :		
м'ясні	31,8	37,9
молочні	48,0	44,1
овочі та фрукти	20,2	18,0

Таблиця 8. Шкідливі звички серед тернопільських селян (%)

Показник	1983-84	2002-03
1. Палять: менше 5 сигарет на день	6,4	11,3
5-20	11,1	18,3
більше 20	3,1	2,7
2. П'ють: не рідше одного разу на місяць	18,8	49,6
не рідше одного разу на тиждень	9,4	15,4
щоденно – через день	5,3	1,2

Таблиця 9. Поширеність деяких найважливіших груп хронічних захворювань серед тернопільських селян (%)

Хвороби	1981-83	2000-02
1. Гіпертонічна, ішемічна хвороба серця, судинні ураження мозку	20,3	55,1
2. Хронічні неспецифічні захворювання легень	6,2	3,7
3. Виразкова хвороба	1,0	2,6

Показники поширеності наведених хвороб не стандартизовані, тому вони відображають не істинні, а реальні зрушення в здоров'ї селян, які лягають відповідним тягарем на плечі сільських медиків. Роботи у них подвоїлось, а от заробітна плата в доларовому обчисленні зменшилась не менше, як у шість разів. До того ж сільських

медиків позбавлено комунальних пільг і надбавок до стажу (1,2 року трудового стажу за 1 рік праці на селі). Однак, безсумнівно, що таке зростання серцево-судинних захворювань і виразкової хвороби свідчать про суттєве погіршення здоров'я тернопільських селян, про що повідомимо в наступних публікаціях.

Висновки:

1. За двадцять останніх років тернопільське село різко постарішало і стало значно освіченішим.
2. Ринкові перетворення в сучасному селі призвели поки-що до поглиблення соціального розшарування і до різкого підвищення психоемоційної напруги серед селян.
3. Вживання тютюну і алкоголю на селі суттєво зросло.
4. Реальний обсяг роботи, що лежить на плечах сільських медиків, подвоївся, а їхнє матеріальне забезпечення різко погіршилось.

СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНІ ЗРУШЕННЯ В ТЕРНОПІЛЬСЬКОМУ СЕЛІО.М. Голяченко, Н.М. Семків (*Тернопіль*)

Наведено соціально-медичні зрушення в тернопільському селі, які відбулись за період з 1983-84 до 2002-03 рр.

SOCIAL - MEDICAL SHIFTS IN THE TERNOPOL VILLAGEО.М. Golyachenko, N.M. Semkiv (*Ternopol*)

Social - medical shifts in the Ternopol village which were made for the period with 1983-84 up to 2002-03 years are given

УДК 614.2.00032 (477)

О.Г. ШЕКЕРА, Н.І. МУДРИК

СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНІ АСПЕКТИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ УКРАЇНИ

Здоров'я людини слугує основою становлення гармонійної і всебічно розвинутої особистості, а тому може бути визнане як одна з найбільших цінностей і об'єктивних необхідностей еволюції будь-якої спільноти.

Загальновизнане запропоноване Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) ООН визначення здоров'я як стану повного фізичного, психічного та соціального благополуччя людини, а не тільки відсутність захворювань чи фізичних вад.

Здоров'я нації – інтегрований показник її суспільного розвитку. Завдяки ініціативі прогресивно налаштованих громадян розвинутих держав народжувались та втілювались у життя різні форми соціально-медичної організації допомоги хворим та немічним. У сучасному світі ці процеси впливають на державотворення, політику і законодавство. Вивчення відповідних історичних етапів розвитку соціальної медицини свідчить, що її поява ініціювалась у першу чергу могутнім суспільним впливом, проголошенням якості життя людини ідеалом будь-якого суспільства. Такий підхід знайшов своє відображення в Декларації прав людини: "Кожна людина має право на такий життєвий рівень, вклю-

чаючи харчування, одяг, житло, медичний догляд та необхідне соціальне обслуговування, що необхідні для підтримання здоров'я та благополуччя її самої, її родини, і право на забезпечення у випадку безробіття, хвороби, інвалідності, вдовства, майбутньої старості чи іншого випадку, втрати джерел існування через незалежні від неї обставини".

Конкретним соціально-медичним кроком щодо втілення в життя такої позиції в інтересах усього людства була *Алмаатинська декларація 1978 р.* [1]. Вперше у масштабах світу була здійснена спроба створення загальної програми запланованих дій з охорони та зміцнення здоров'я населення, що реалізувалась у *Програмі здоров'я для всіх до 2000 р.* Враховуючи сучасний історичний етап, Програма була зміцнена і поглиблена низкою наукових положень соціальної медицини та організації охорони здоров'я. Найважливіші серед них:

існуюча значна нерівність у рівнях охорони здоров'я людей, між розвиненими країнами та країнами, що розвиваються, та в середині самих країн, є політично, соціально та економічно неприйнятна, а тому становить предмет загальної турботи для всіх країн;

охорона і зміцнення здоров'я народу є суттєвою ознакою невинного економічного та соціального розвитку країни, сприяє підвищенню якості життя і слугує загальному миру;

уряди держав несуть відповідальність за здоров'я своїх народів, що може бути забезпечене тільки шляхом втілення відповідних медико-санітарних і соціальних заходів;

первинна медико-санітарна допомога, що включає основні медико-санітарні заходи, має стати доступною окремим особам та членам їх родин і є складовою частиною розвитку суспільства в напрямку соціальної справедливості;

первинна допомога становить невід'ємну частину як національної системи охорони здоров'я, так і всього процесу соціально-економічного розвитку суспільства;

всі уряди мають розробляти національну політику, стратегію та плани дій для організації й розвитку первинної медико-санітарної допомоги як частини загальної системи охорони здоров'я та її координації з іншими секторами;

прийнятий рівень здоров'я може бути досягнутий для народів усього світу при більш повному та ефективному використанні світових ресурсів, значна частина яких витрачається на озброєння і військові конфлікти. Справжня політика незалежності, миру, міжнародної розрядки та роззброєння може і має сприяти вивільненню додаткових ресурсів для використання в мирних цілях і, зокрема, для прискорення соціально-економічного розвитку, важливий елемент якого складає первинна медико-санітарна допомога.

Невинно зростаючий рівень здоров'я будь-якого демократичного суспільства стає домінуючим ідеалом його життєдіяльності і підпорядковує всі інші суспільні інтереси. Відповідно до цих соціальних зрушень зростають вимоги до рівня розвитку соціальної медицини й організації охорони здоров'я як науки. До основних завдань соціальної медицини належать:

вивчення стану здоров'я населення та процесів його відтворення;

забезпечення всебічної характеристики зрушень (динаміки), що відбуваються в показниках здоров'я населення країни в цілому, а також на регіональних рівнях та в соціально-економічних, еколого-географічних зонах, населених пунктах й окремих колективах;

наукове розкриття умов і чинників, що призводять до позитивних і негативних відхилень у стані здоров'я різних соціальних, віково-статевих та інших груп населення;

розробка напрямів оздоровлення населення та визначення принципів системи охорони здоров'я, його теоретичних й організаційних основ; аналіз діяльності органів та закладів охорони

здоров'я, створення їх раціональних структур і наукове обґрунтування найбільш доцільних форм організації роботи, проведення реформування та реструктуризації;

створення довгострокових прогнозів та планів розвитку системи охорони здоров'я з метою проведення цілеспрямованих заходів щодо підтримання належного рівня здоров'я населення.

Значення здоров'я людини визнають у світі настільки важливим, що цей показник першим входить до індексу людського розвитку – універсального визначника рівня розвитку суспільства тієї чи іншої країни. Розрахунок останнього для України вперше було наведено у звіті Програми розвитку ООН за 1993 р. З урахуванням змін і доповнень у методиці цієї Програми індекс людського розвитку України за 1994 р. становить 0,736, що відносить нашу державу нижче 80-го місця в світі, тобто до групи країн із середнім рівнем розвитку. Внаслідок тривалої кризи за показниками згаданого індексу в 1997 р. Україна "відкотилася" на 95 місце серед 175 країн світу [2].

При вивченні та оцінці громадського здоров'я нами вивчався цілий комплекс показників, що характеризують вікову, статеву структуру населення, народжуваність, смертність, тривалість життя, захворюваність, рівень фізичного розвитку населення та його груп.

За спостереженнями експертів світового банку, опублікованими в 1999 р., загальний коефіцієнт смертності збільшився в Україні за останні 5 років на 14,7% при зростанні загальноєвропейського – на 6,6%.

Порівнюючи інтегровані показники стану здоров'я населення України із середніми європейськими [3], можна констатувати, що перші значно нижчі:

середня тривалість життя – 67,3 роки;

середня тривалість життя чоловіків – 61,4 роки;

середня тривалість життя жінок – 72,7 роки;

середній вік – 37,8 років;

співвідношення показників народжуваності до смертності – 7,8:15,3.

За інтегральним показником стану здоров'я – тривалістю життя серед країн СНД Україна посідає передостаннє (перед Молдовою) місце. Загалом стан здоров'я населення України можна оцінити як дуже низький, хоч і дуже залежний від індивідуальних і соціальних характеристик.

За останнє десятиріччя в нашій країні значно погіршилась демографічна ситуація, зменшується тривалість життя, знижується рівень народжуваності. Репродуктивне здоров'я населення перебуває в стані кризи. Перспективні розрахунки приблизно на одне покоління показують, що,

ймовірно, населення України до 2026 р. зменшиться до 42 млн. [4].

Вчені підрахували, що стан здоров'я на 50% визначають умови життя людини (чистота навколишнього середовища, гігієнічні умови життя, праці й побуту, якість харчування та ін.). До 33% на стан здоров'я впливають спадкові фактори, і, нарешті, ефективна діяльність служби охорони здоров'я може забезпечити здоров'я людини лише на 8-12% [4].

За класифікацією американського вченого Робінса, фактори, що впливають на здоров'я, можна поділити на 4 великі групи (частка впливу): спосіб життя – 51-52%, біологічні чинники – 19-20%, стан навколишнього середовища 20-21%, медичні чинники (обсяг і якість медичної допомоги) – 8-9% [1].

До соціальних чинників, що впливають на здоров'я належить рівень та якість життя (соціальні умови), тобто: побутові умови життєдіяльності; рівень доходів; умови праці; доступність галузі відтворення здоров'я; морально-психологічні аспекти; рівень інтелектуального розвитку; активність людини щодо збереження свого здоров'я.

З наведених даних можна зробити важливий висновок: найголовнішим напрямком зусиль для збереження та зміцнення здоров'я є покращання способу і рівня життя людей, що неможливо без економічного зростання в державі. Оскільки економічні можливості України як держави і більшості її населення на сьогодні вкрай низькі, а потреби в збереженні здоров'я і збільшенні тривалості життя населення – високі, то проблема зміцнення здоров'я населення в Україні перетворилася на загальнонаціональне завдання [5, 6].

Але в Україні спостерігається не лише криза громадського здоров'я, але й відсутність реальних механізмів їх зміцнення. Система охорони здоров'я, що сформувалася, спрямована головним чином на надання медичної допомоги хворій людині і практично не виконує такої функції, як, власне, охорона здоров'я.

Надавати якісну медичну допомогу за сучасних високих витратних технологій українська система охорони здоров'я неспроможна, а тому дуже гостро постає потреба у перебудові системи охорони здоров'я в Україні відповідно до сучасних потреб населення та європейських стандартів.

Вирішити це завдання лише одній галузі – системі охорони здоров'я – не під силу. Необхідна відповідна міжгалузєва співпраця за умов створення міжгалузєвих зв'язків державного управління, громадських організацій та безпосередньо людини, враховуючи відповідні стратегії

ВООЗ у галузі державного управління з метою розв'язання проблеми погіршення стану здоров'я населення України.

Країни Європи згідно з Програмою ВООЗ "Здоров'я-XXI" у підвищенні рівня здоров'я надають великого значення стратегії активної участі самої людини у зміцненні свого здоров'я. Функціональний ланцюжок ланок охорони здоров'я: зміцнення здоров'я – профілактика захворювань – діагностика – лікування – реабілітація розглядаються як цілісна система, в якій ослаблення однієї ланки підсилює напругу в інших, при обов'язковій орієнтованості на кінцевий результат – здоров'я і тривалість життя. Акцент на першу ланку системи сприяє активній участі людини в побудові та охороні особистого здоров'я.

Системний підхід до вирішення проблем підтримання здоров'я населення України передбачає залучення не лише самої галузі охорони здоров'я, але й галузі освіти, культури і соціального забезпечення тощо. Безперечно, умовою формування оптимального рівня здоров'я є належне економічне забезпечення. Але воно має бути реалізоване не лише безпосереднім фінансуванням системи охорони здоров'я, але й через забезпечення населення необхідними побутовими умовами, комунальними послугами, екологічно-безпечними продуктами харчування тощо. Такий підхід можливий при створенні чітких міжгалузєвих механізмів, що забезпечували б контроль та реалізацію політики збереження здоров'я населення.

Виконання завдань, що охоплюють галузь наукових і практичних інтересів соціальної медицини та організації охорони здоров'я, пов'язані як з відомчими, так і з міжвідомчими співвідношеннями, що потребують постійної наукової розробки та створення відповідних теоретичних положень.

Всесвітня асамблея охорони здоров'я (ВАОЗ) вважає, що оптимальний розвиток охорони здоров'я у будь-якій країні потребує використання узагальненого досвіду розвитку охорони здоров'я в усіх країнах світу. Серед найбільш ефективних та перевірених на досвіді ряду держав [7] принципів побудови та розвитку систем національної охорони здоров'я є:

проголошення відповідальності держави і суспільства за охорону здоров'я населення, втілюваної на основі проведення комплексу економічних і соціальних заходів, що сприяють досягненню найвищого рівня здоров'я населення шляхом створення загальнонаціональної системи служб охорони здоров'я на основі єдиного національного плану і місцевих планів, а також шляхом цілеспрямованого та ефективного використання для потреб охорони здоров'я усіх сил і ресурсів, що може виділити суспільство;

організація раціональної підготовки національних кадрів охорони здоров'я усіх рівнів як основи для успішної роботи будь-якої системи охорони здоров'я та усвідомлення всіма медпрацівниками своєї високої соціальної відповідальності перед суспільством;

розвиток охорони здоров'я в першу чергу на основі широкого проведення заходів, спрямованих на розвиток суспільної та індивідуальної профілактики, органічного поєднання лікувальної та профілактичної роботи у всіх медичних та санітарних закладах і службах, першочергової охорони здоров'я жінок та дітей, а також встановлення ефективного контролю за санітарним станом зовнішнього середовища як джерела здоров'я і життя сучасного та майбутнього поколінь;

забезпечення надання всьому населенню країни найвищого рівня кваліфікованої, загальнодоступної профілактичної та лікувальної допомоги, що надається без фінансових чи інших обмежень шляхом створення відповідної мережі лікувальних, профілактичних та реабілітаційних закладів;

широке використання в кожній країні досягнень світової медичної науки й практики охорони здоров'я з метою забезпечення умов для отримання максимальної ефективності всіх проведених заходів у галузі охорони здоров'я;

санітарна освіта громадян та залучення до участі в проведенні всіх програм охорони здоров'я широкого загалу населення є доказом особистої й колективної відповідальності всіх членів суспільства за охорону здоров'я людей.

Перераховані принципи були визнані й використані більшістю країн світу для розгортання досліджень здоров'я населення та діяльності закладів і органів охорони здоров'я. Саме на цій основі створювались національні програми здоров'я, значно більша увага була приділена розвитку соціальної медицини та організації охорони здоров'я як науки, її подальшому розвитку на регіональних та національних рівнях, переглянуті й доповнені програми її вивчення у вузах.

За роки незалежності Україна зробила значні кроки до всебічного запровадження в систему національної охорони здоров'я наукових напрацювань з соціальної медицини. В Конституції, прийнятій Верховною Радою України в 1996 р. [5], знайшли своє втілення більшість вимог Декларації прав людини щодо забезпечення її здоров'я. Збереження і зміцнення здоров'я населення України, підвищення його працездатності і продовження активного життя кожної людини визнане найголовнішим завданням держави.

Для кожної держави найперспективнішим є зміцнення здоров'я молоді, оскільки саме ця категорія уже в найближчому майбутньому ста-

не її головним трудовим, демографічним і оборонним потенціалом. Саме тому для розв'язання окреслених проблем прийняті основні документи – Указ Президента про зміцнення здоров'я і духовний розвиток населення (1997 р.), Програма “Діти України”, освітня програма, прийнята Кабінетом Міністрів України в 1999 р. (№ 1689).

Слід зазначити, що поки що не розроблено ефективної програми для залучення до здорового способу життя найвразливішої частини населення України, якою є молодь 15-24 років. Саме ця категорія населення найбільш схильна до девіантної поведінки, шкідливих побутових звичок – вживання алкоголю та наркотиків. На нашу думку, організація і проведення роботи стосовно пропагування здорового способу життя серед цього вікового діапазону населення має спиратися на психологічні особливості молоді – схильність до угруповань, об'єднання в організації та схильність до фізичної активності. Створення такої ефективної програми треба здійснити найближчим часом роки, бо, як свідчать факти, здоров'я підлітків за останнє десятиліття значно погіршилося. У 1996 році порівняно з 1991 роком захворюваність серед юнаків України зросла на 27,6 % і становила 10745 на 10000 підлітків [8].

Погіршення стану здоров'я юнаків призводить до збільшення кількості осіб непридатних до служби в армії. Основним причинами низького рівня здоров'я юнаків допризовного і призовного віку можна називати незадовільний соціально-економічний стан держави, недостатня профілактична робота серед здорових, пізні виявлення захворювань, відсутність необхідного обсягу медичної допомоги і зниження у юнаків позитивної мотивації до береження свого здоров'я.

З метою пропагування культури здоров'я у молоді Міністерством освіти України впроваджено три навчальні предмети: валеологія, безпека життєдіяльності та основи медичних знань. Але за відсутності професійних кадрів і державної політики проголошення здорового способу життя, здійснені кроки помітних зрушень не принесли.

З усього вищевикладеного можна зробити висновок, що вимоги до здоров'я населення України передбачають не лише реформування національної системи охорони здоров'я, а й створення національної ідеології здоров'я і механізмів її реалізації в усіх секторах суспільного і державного життя.

Таким чином, позиції нашої держави збігаються з прогресивними поглядами світової думки про суспільне здоров'я, його основи, можливості збереження та покращання. Охорона та

зміцнення здоров'я людей, збільшення тривалості їх життя й активної діяльності, підвищення якості медичної допомоги залишаються головними компонентами державної соціальної політики.

Список літератури

1. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під заг. ред. Ю.В.Вороненка, В.Ф.Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000.- С.16-22, 98.
2. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / Під заг. ред. В.М. Лехан. – К.: Сфера, 2001. – 176 с.
3. Перспектива 2010. Програма реорганізації медичної допомоги в Україні. – Київ, 1999. – 96 с.
4. Гладун З.С. Державне управління в галузі охорони здоров'я. - Тернопіль: Укрмедкнига, 1999.- С.9-25.
5. Конституція України. Прийнята Верховною Радою України 28 червня 1996 року // Відомості Верховної Ради України. – 1996. - №30. – С. 46, 48, 49, 50, 52.
6. Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19.12.1992 р.// Відомості Верховної Ради України. – 1993. - № 4. – С. 4.
7. Наш общий дом – планета: Материалы Ассамблеи ВОЗ ООН, 1993.
8. Коренев Н.М., Сидоренко Т.П. Состояние здоровья и пригодность юношей к службе в армии. // Лікарська справа. Врачебное дело. – 2002. - № 2. – С.134-137.

СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНІ АСПЕКТИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ УКРАЇНИ

О.Г. Шекера, Н.І. Мудрик

Розв'язання проблеми зміцнення здоров'я населення в Україні перетворилося на загальнонаціональне завдання. Відповідно до сучасних потреб населення та європейських стандартів постає потреба у перебудові системи охорони здоров'я.

Системний підхід до розв'язання цієї проблеми передбачає перебудову не лише галузі охорони здоров'я, але й галузі освіти, культури, соціального забезпечення, вимагає створення нової загальнодержавної ідеології здоров'я.

SOCIO-MEDICAL ASPECTS OF THE UKRAINIAN STATE'S POLICY

O.H. Shekera, N.I. Mudryk

Solution of the problem of health promotion of the population of Ukraine has turned to all-national task. According to today's needs of the population and the European standards the problem of reconstruction of the health care system arises.

A systemic approach to the solution of this problem comprises reconstruction of not only the branch of health care but the branch of education, culture, social support; it also requires creation of new all-state health ideology.

РЕЙТИНГОВА ОЦІНКА ТА ВИБІР РЕЙТИНГОВОГО МЕТОДУ В АНАЛІЗІ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Український інститут громадського здоров'я

Діяльність закладів охорони здоров'я оцінюється за допомогою аналізу зібраних статистичних показників. Кожен із напрямків охорони здоров'я (наприклад, якість надання медичної допомоги, її доступність, ефективність, ресурсне забезпечення закладів охорони здоров'я, профілактична спрямованість) може бути охарактеризований різним за об'ємом переліком статистичних показників. Ці показники відрізняються за способом, методикою обчислення, ознаками часу, а отже і інформативністю. Питання у тому, як достовірно здійснити оцінку різних статистичних показників, які в динаміці характеризують діяльність певного медичного закладу чи галузі охорони здоров'я в цілому [4]. Необхідний перехід від великої кількості статистичних показників до одного узагальнюючого показника, який би відображав усі характеристики обраного явища, закладу, тобто був максимально інформативним [3,6].

У зв'язку із складністю одномоментного контролю великої кількості різних показників з одночасним виявленням основних тенденцій в стані динаміки чи функціонування, за кордоном набув поширення метод комплексної характеристики явища у відповідності з певною шкалою - значення рейтингу.

Існує велика кількість різновидів методик, особливо у фінансовій сфері (моніторинг кон'юнктури ринків, прогнозування комерційного ризику, визначення популярності фірм і т.д.), за допомогою яких визначається місце або рейтинг певного об'єкту, події в їх сукупності, з урахуванням великої кількості статистичних показників, що характеризують діяльність обраного об'єкту, закладу [1, 2, 5].

На Україні останні 10 років визначається рейтинг цінних паперів та інвестиційна привабливість регіонів. Зроблені спроби використати метод рейтингу для оцінки діяльності системи надання медичної допомоги. В Українському інституті громадського здоров'я з 2000 року проводиться апробація визначення рейтингу

діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я основних регіонів України на основі обчислення "таксономічного" показника.

Для демонстрації методики обчислення в статті взяті статистичні показники, моніторинг яких проводиться щомісячно, а саме: смертність немовлят (на 1000 народжених живими), материнська смертність (на 100 000 народжених живими), заборгованість по заробітній платі (в місяцях).

Порівняння статистичних показників в сукупностях, що відрізняються своєю структурою, потребує їхньої стандартизації, за умови, що структура сукупності буде зведена до єдиного стандарту. Існують різні способи стандартизації, вони обираються залежно від природи показників та змісту впровадженого дослідження. Нами були визначені основні напрямки стандартизації великої кількості статистичних показників: на основі відхилень (для однорідних і неоднорідних сукупностей), на основі відношень, на основі рангів. Вагові коефіцієнти показників визначалися експертним шляхом.

Після проведеної стандартизації відбувається агрегування суми стандартизованих показників та вагових коефіцієнтів. Спосіб агрегування змінюється в залежності від мети дослідження і змісту, однорідності первинних даних.

Існує доведена залежність процедури агрегування вихідних даних від обраної процедури стандартизації, що дозволяє адаптувати їх до конкретних умов проведення різних соціально-економічних досліджень з використанням узагальнюючого статистичного показника (рейтингу).

Концепція побудови інтегрального "таксономічного" показника рівня розвитку відображає рейтинг обраного явища, об'єкта в сукупності подібних йому явищ, об'єктів з врахуванням відстані в значеннях від сусідніх йому об'єктів. Нами був використаний метод стандартизації множини ознак "на основі відхилень для неоднорідних"

рідних сукупностей" з подальшим відповідним агрегуванням (табл.). Високо об'єктивним методом агрегації стандартизованих значень є визначення таксономічного показника.

Приклад обрахунку рейтингу (значення показників з 2000 року)

№ по р.	Область	Абсолютні значення			Стандартизовані значення			Таксономічне значення
		Смертність немовлят	Материнська смертність	Заборгованість по зарплаті (міс)	Смертність немовлят	Материнська смертність	Заборгованість по зарплаті	
1	Вінницька	10,2	26,9	0	0,64	0,603	1,0	2,62
2	Волинська	11,6	33,5	1	0,44	0,505	0,71	2,33
3	Дніпропетровська	12,9	30,7	0	0,25	0,547	1,0	2,40
4	Донецька	13,8	22,6	0	0,12	0,666	1,0	2,39
5	Житомирська	10,4	15,7	0	0,61	0,768	1,0	2,69
6	Закарпатська	9,4	6,9	1	0,75	0,898	0,71	2,69
7	Запорізька	14,6	39,2	0	0	0,421	1,0	2,21
8	Івано-Франківська	13,6	20,2	3	0,14	0,702	0,12	1,98
9	Київська	9,0	29,6	1	0,81	0,563	0,71	2,55
10	Кіровоградська	11,7	32,9	0	0,42	0,514	1,0	2,47
11	Луганська	13,2	24,8	0	0,20	0,634	1,0	2,42
12	Львівська	12,2	20,7	0	0,35	0,694	1,0	2,53
13	Миколаївська	11,9	0	0	0,39	1,0	1,0	2,69
14	Одеська	13,7	29,9	0	0,13	0,558	1,0	2,35
15	Полтавська	7,7	16,8	0	1,0	0,752	1,0	2,88
16	Рівненська	13,6	21,4	0	0,14	0,684	1,0	2,41
17	Сумська	12,9	0	0	0,25	1,0	1,0	2,63
18	Тернопільська	12,0	18,9	3,4	0,38	0,721	0	2,05
19	Харківська	11,6	25,0	0	0,43	0,631	1,0	2,54
20	Херсонська	10,8	19,6	1,8	0,55	0,710	0,47	2,38
21	Хмельницька	12,1	8,2	0	0,36	0,879	1,0	2,62
22	Черкаська	10,6	46,9	0	0,58	0,307	1,0	2,44
23	Чернівецька	10,6	20,8	1	0,58	0,693	0,71	2,50
24	Чернігівська	13,0	67,7	0	0,23	0	1,0	2,12

Таксономічний показник рівня розвитку розраховується відношенням отриманої агрегованої відстані до норми $C = \frac{C_{jo}}{C_o}$.

$$C_{jo} = \frac{C_{jo}}{C_o}$$

$$C_{jo} = \left[\sum_{i=1}^m Ki(Z_{ij} - Z_o)^2 \right]^{1/2}, \text{ де}$$

i - індекс показника;

j - індекс регіону;

Z_{ij} - стандартизоване значення показника i в

регіоні j ;

Z_o - нижня межа діапазону варіацій;

Ki - ваговий коефіцієнт показника i .

C_o залежить від обраного значення Z_o та кількості показників m .

$$C_o = 2 Z_o \sqrt{m}.$$

Аналізуючи таблицю, можна зробити висновок, що найкращі значення досліджуваних статистичних показників є в Полтавській, Житомирській, Закарпатській, Миколаївській, Сумській, Вінницькій, Хмельницькій областях.

Висновки:

1. Узагальнюючий статистичний показник (рейтинг) виконує певні аналітичні функції і може використовуватися у статистичному аналізі.
2. Процес визначення рейтингу передбачає етапність: формування великої кількості показників (ознак), їх стандартизацію, вибір способу агрегування та при потребі обґрунтування функції коефіцієнтів.
3. Процес визначення узагальнюючого статистичного показника є унікальним і специфічним для кожного соціально-економічного дослідження і не може бути формалізованим.

Список літератури

1. Иванов Л.Н., Иванов А.Л. Рейтинг инвестиционной привлекательности банков // Бух. учет. - 1995. - №2. - С. 12-15.
2. Игнатова Е.А., Прохорова Л.Я. Рейтинговая оценка надежности партнера // Деньги и кредит. - 1992. - №2. - С. 44-47.
3. Літвак А.І., Калюжна І.І., Балецька О.Б. Методичні підходи до оцінки рейтингу лікарень // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. - 1999. - №2. - С. 62-64.
4. Москаленко В.Ф., Пономаренко В.М. Рейтингова оцінка діяльності органів управління охорони здоров'я регіонального рівня // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. - 2000. - №2. - С. 31-34.
5. Cariere K.C., Roos L.L. Comparing standardized rates of events // Amer. J. Epidemiol. - 1994. - Vol. 140, №5. - P. 472-481.
6. Turnock B., Hadier A., Dyal W. et. al. Implementing and assessing organizational practices in local health departments // Publ. Health. Rep. - 1994. - Vol. 109, №4. - P. 476-484.

РЕЙТИНГОВАЯ ОЦЕНКА И ВЫБОР РЕЙТИНГОВОГО МЕТОДА ПРИ АНАЛИЗЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В.М. Пономаренко, Н.В. Медведовская (Киев)

Описана и представлена на примере методика определения обобщающего статистического показателя (рейтинга).

RATING ESTIMATION AND A CHOICE OF A RATING METHOD FOR ANALYSIS OF THE ACTIVITY OF MEDICAL INSTITUTIONS

V.M. Ponomarenko, N.V. Medvedovskaya (Kyiv)

A method for determining a common statistical index (rating) is given as an example and its description is presented.

УДК 614.2:616–089

А.Б. ЗІМЕНКОВСЬКИЙ (Львів)

КЛІНІКО-ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького

Захворюваність на кровоточиву і проривну виразку дванадцятипалої кишки, травми тонкої та товстої кишок, обтураційну непрохідність товстої кишки ракового генезу та частота післяопераційних ускладнень при цих захворюваннях і сьогодні залишаються досить високими. При цьому, незважаючи на вдосконалення методів діагностики і лікування, впровадження сучасної медичної техніки, суттєвого зниження післяопераційної летальності при гострій хірургічній абдомінальній патології не спостерігається [3,13,17,18].

З появою сучасних потужних препаратів, що використовуються в ургентній абдомінальній хірургії, розширюються можливості консервативного лікування, проте, незважаючи на широкий арсенал лікарських засобів, нерідко має місце значна тривалість, недостатня ефективність і невиправдана вартість такої терапії. Необхідність наукового підходу до визначення співвідношення між вартістю та ефективністю медичної допомоги на прикладі невідкладної хірургічної гастроентерологічної допомоги і намагався дослідити автор статті.

За останні роки помітно зріс інтерес медичних установ до економічних аспектів своєї діяльності [20]. Це пов'язано з тим, що медична допомога, як різновид сучасної виробничої діяльності, дедалі більше наповнюється економічними характеристиками [24].

Розвиток високих медичних технологій і зростання вартості медичної допомоги призвели до того, що частина хворих не отримує ефективної допомоги в повному обсязі, тоді як у деяких пацієнтів лікування виявляється надлишковим, оскільки не знижує ризику летального кінця або не покращує якості життя [20,22,24]. Негативний вплив маркетингових взаємовідносин у медицині в цілому і в хірургії зокрема проявився в ослабленні профілактичних заходів, відмові від нерентабельних чи неприбуткових медичних послуг з низьким ступенем прямої економічної вигоди, небезпеці дискримінації хворих соціально

незахищених груп, які потребують медичної допомоги [24]. На думку експертів ВООЗ, у жодній країні світу немає достатніх фінансових ресурсів для покриття потреб національної охорони здоров'я. Отже, оптимізація витрат в медицині є всезагальною світовою проблемою [1]. Тому сьогодні перед ургентною абдомінальною хірургією стоїть питання диференційованого вибору того чи іншого втручання для забезпечення збалансованості між вартістю та ефективністю лікувальних методик, які застосовуються.

Вибір для дослідження саме ускладнених виразок дванадцятипалої кишки, обтураційної товстокишкової непрохідності ракового генезу, травм тонкої та товстої кишок пояснюється високою соціальною значимістю цих захворювань. Перелічена хірургічна патологія – одна з найвитратніших у своїй галузі, вона посідає вагоме місце серед гострих захворювань органів черевної порожнини. Підходи до їх лікування не завжди однозначні, часто складаються з конкурентних та альтернативних методів практично на всіх етапах лікувального процесу (долікарняний, лікарняний, реабілітація). Ці методи вимагають відповідної стандартизації, яка б базувалась на принципах клініко-економічного аналізу. Адже фармако-економічні методи, які застосовуються в клініці, часто не ґрунтуються на принципах доказової медицини, так само методологія клінічної економіки сьогодні в Україні ще недостатньо опрацьована.

У фармацевтичній галузі України започатковано напрям теоретичних і практичних досліджень з фармако-економіки [4,7,8,10,15]. У клініці ці дослідження знаходяться у початковій фазі, стосуються, в основному, кардіології та фармакотерапії запальних захворювань сечовидільної системи [5,6,9,12]. У 80-х роках з'явилися перші спроби започаткувати клініко-економічні дослідження в ургентній хірургії органів черевної порожнини, однак методичний підхід, який використовувався, був притаманний більше медичній економіці і надалі не отримав широкого впровадження та розвитку [11].

Хвороби органів травлення посідають одне з перших місць серед найпоширеніших патологій, що підтверджується доволі високими показниками захворюваності та летальності з відчутними втратами коштів і достатньо низькою рентабельністю лікування [3,13,17,18]. Рівень первинної захворюваності дорослого населення на хвороби травлення нині в Україні становить 276,9 на 10000 населення, частка її у загальній структурі захворюваності – 4,4% [17]. Ознайомлення зі спеціальною літературою виявило, що лише поодинокі клініко-економічні дослідження було проведено саме в невідкладній гастроентерології [26]. З другого боку, не можна не відзначити як особливість, що серед багатьох досягнень в практичній гастроентерології за останні 30-40 років частка досліджень, у яких проаналізовано економічні ефекти, зокрема, співвідношення “ціна – користь” в лікуванні, дуже незначна.

Ситуація, яка сьогодні склалася в ургентній хірургічній гастроентерології, вказує на неможливість проведення повної економічної оцінки кожного втручання на органах шлунково-кишкового тракту, оскільки для цього ще не опрацьована загальнодоступна методика.

Клінічна економіка – це новий, перспективний напрямок науки, що охоплює фактично всі форми економічного аналізу, пов'язані з клінічною практикою. Вона оцінює в цифрах вартість оперативних та інших медичних втручань або витрати на профілактику, діагностику, терапію, здійснює спробу кількісно визначити і порівняти ціну та користь конкурентних або альтернативних методів лікування. Економічні методики, які використовуються і вдосконалюються для того, щоб зробити можливим таке порівняння, часто більше спираються на теоретичні напрацювання і математичне моделювання. Такі дослідження можуть виявитись досить віддаленими від клінічної реальності, адже для неї характерне велике розмаїття проявів, відносин і наслідків лікування, нерідко непередбачених. У визначенні абсолютної оцінки діагностично-лікувальної медичної технології необхідно встановити ціну в грошовому еквіваленті стосовно різних аспектів захворювання, таких як стрес, біль і страждання, які на практиці надзвичайно важко піддаються кількісній оцінці [25].

Водночас має місце ціла низка явищ, що несприятливо впливають як на розвиток фармако-економіки, так і клінічної економіки в Україні. Досі немає єдиного підходу до методології фармако-економічних досліджень [20]. Спостерігається неоднозначне трактування термінів “клінічна економіка”, “медична економіка”, “фармако-економіка” – найчастіше ці поняття змішуються. Медична економіка розглядає глобальні економічні пи-

тання організації охорони здоров'я з урахуванням витрат на ліжко-день, харчування, робочий день медперсоналу та його задіяність в лікувальному процесі, питання економіки непрацевдатності, необхідності будівництва лікарень тощо. У фармако-економічних дослідженнях робиться спроба обчислення “ціни” альтернатив фармакотерапії. Фармако-економіка з'являється уже там, де використовується для лікування хоча б одна лікарська форма. Клінічна економіка займається усіма видами економічного аналізу, якщо тільки вони пов'язані з клінічною практикою, причому з перевагою клінічних досліджень. Сьогодні в Україні ще недостатньо опрацьована власне методологія клінічної економіки.

Велике розмаїття підходів до оцінки витрат на медичні послуги призвело до того, що критерії, які використовуються, часто знаходяться в різних системах виміру – медико-економічній, фармако-економічній, клініко-економічній з урахуванням обов'язкового медичного страхування, бюджетного фінансування, платіжних послуг. Ці показники суттєво відрізняються, нестандартизовані і несистематизовані в повному обсязі, часто мають більше теоретичний, ніж прикладний характер [20].

Один з методів фармако-економічного аналізу – визначення якості життя (ЯЖ) – останнім часом стає досить поширеним. У хворих із хронічними шлунково-кишковими захворюваннями цей метод зарекомендував себе як надійний спосіб порівняння ефективності низки лікарських препаратів [16]. Однак у вітчизняній невідкладній хірургічній гастроентерології цей показник ще не знайшов достатнього застосування і практичного впровадження. Хоча як критерій оцінки якості лікування він може виявитись дуже корисним, особливо в аспекті клініко-економічного аналізу. Дослідження ЯЖ дозволяє одержати інформацію, необхідну для глибшого розуміння впливу, наприклад, шлунково-кишкових симптомів на загальний стан хірургічних хворих. Цей факт доведено дослідженнями у пацієнтів з рецидивуючою дуоденальною виразкою, синдромом подразненої кишки, гастро-езофагальним рефлюксом та іншими хронічними гастроентеральними розладами. Визначення показника ЯЖ дало змогу оцінити ефективність методів терапії, які застосовуються. Деякі дослідження були присвячені оцінці ЯЖ у хворих з хронічними запально-дистрофічними захворюваннями товстої кишки після проведеного хірургічного лікування [16]. Виявилось, що в більшості випадків операція покращує різноманітні параметри ЯЖ, які за окремими шкалами можуть наближатись до показників здорового населення. При порівнянні ЯЖ хворих, яким була виконана колектомія з приво-

ду хвороби Крона і пацієнтів, які одержували медикаментозну терапію, виявлено, що за соціальним функціонуванням та в щоденному житті ЯЖ після хірургічного втручання краща, ніж після консервативного лікування. Цей приклад може характеризувати вплив визначення показника ЯЖ на вибір лікувальної тактики.

Щодо ургентних хірургічних захворювань органів черевної порожнини, то в цій галузі визначення показника ЯЖ так широко ще не проводиться. Таким чином, якщо при хронічних гастроентерологічних захворюваннях чи в плановій хірургії органів черевної порожнини зустрічаються роботи із визначення показника ЯЖ, то в ургентній хірургії таких робіт ми не виявили [2, 16].

Деякі автори вважають, що суттєва кількість діагностичних призначень сьогодні виконується наднормативно, без належних показань, переважно у групі лабораторних, інструментальних методів, консультативних послуг [29]. При цьому не було виявлено сигніфікантної кореляційної залежності між витратами стаціонарних хірургічних закладів і рівнем допомоги, яка надається. Цей факт свідчить про те, що одне з основних питань сучасної невідкладної хірургії полягає не тільки в недостатньому фінансуванні, а і в проблемах, закладених в самому лікувальному процесі і його організації та критеріях об'єктивної якісної оцінки його ефективності. Іноді, навіть при існуючих критеріях стандартизації має місце відсутність адаптації обсягів виконаних послуг до їх фінансового забезпечення і стандартизованої програми, недостатньо проводиться моніторинг і періодичний аналіз виконання стандартизованих програм і витрат, що реально склались [29]. Отже, дослідження, які сприяють формуванню оптимального лікувально-діагностичного алгоритму і співвідношенню "стандарт-витрати" виконуються не в повному обсязі. Застосування методик клініко-економічного аналізу в перспективних дослідженнях повинне покращити дану ситуацію саме в ургентній абдомінальній хірургії, яка є однією з найбільш витратних медичних галузей.

В Україні передбачається реформування економічних засад системи охорони здоров'я для забезпечення базового стандарту якості загальнодоступної медичної допомоги [8]. Саме для створення цього стандарту, крім фармакоекономічних, необхідним є використання клініко-економічних методів аналізу медичних технологій.

В Україні створено нормативні засади для стандартизації діагностично-лікувального процесу, проте у цих документах не передбачено використання клініко-економічних методів оцінки лікувальних технологій [14, 23]. Існує порядок розроблення та затвердження спеціальних ме-

тодик щодо економічного обґрунтування проектів розвитку курортів та економічної оцінки їх природних лікувальних ресурсів. Включення в перелік таких методик ще й клініко-економічних повинне суттєво вплинути на вирішення проблеми реабілітації хворих з ургентною хірургічною абдомінальною патологією і пов'язані з цим витрати.

Небезпека дискримінації хворих соціально незахищених груп, які потребують медичної допомоги, зніщувала створення Концепції розвитку охорони здоров'я населення України, у якій йдеться про поліпшення медичного обслуговування, необхідність забезпечення доступної гарантованої кваліфікованої медичної допомоги кожному громадянину України [25]. Актуальність реформування вітчизняної охорони здоров'я на сучасному етапі зумовлена реальними соціально-економічними процесами, зокрема зниженням рівня і погіршенням якості життя більшості громадян, низькою економічною ефективністю використання ресурсів охорони здоров'я. Згідно із Концепцією, реалізація державної політики через галузеві заходи у сфері охорони здоров'я передбачає, зокрема, визначення пріоритетів медичної допомоги та обґрунтування переліку і обсягу гарантованого її безоплатного рівня у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, створення системи забезпечення і контролю за якістю надання медичної допомоги на основі розроблених показників якості, проведення реструктуризації галузі з метою ліквідації диспропорцій у розвитку різних видів медичної допомоги, раціоналізації амбулаторно-поліклінічного та стаціонарного етапу.

У доступній літературі практично не знайдено наукових робіт, в яких би розглядалися теоретичні основи клінічної економіки та практичне використання її методів у невідкладній хірургії органів черевної порожнини в Україні. За кордоном, здебільшого у Великобританії, не так давно з'явилися публікації з використання клініко-економічних досліджень в гастроентерології [26]. Автори розглядають клініко-економічні підходи у виборі лікування хронічних гастроентерологічних захворювань, зокрема гастро-езофагеального рефлюксу, невиразкової диспепсії, неускладненої пептичної виразки, асоційованої з *Helicobacter pylori*, синдрому подразненої кишки, хронічних запальних уражень товстої кишки, хронічного калькульозного холециститу, хронічних захворювань печінки [26–34]. Деякі автори досить близько підійшли до питання клінічної економіки в хірургії, однак методичний підхід, який вони використовували і який притаманний більше медичній економіці, не базувався на принципах доказової медицини і надалі не знайшов широкого впровадження та розвитку [11]. Інші

дослідники фундаментально розглянули клініко-економічні проблеми гастроентерології, використали різноманітні варіанти фармакоекономічного аналізу з елементами біостатистики і тенденцією наслідування принципів сучасної доказової медицини, але їхні дослідження охоплюють лише хронічні гастроентерологічні захворювання без згадки гострої хірургічної абдомінальної патології [26]. Крім того, не подаються методики, за якими проводилось обчислення, наводяться тільки узагальнюючі означення елементів клініко-економічного аналізу.

Таким чином, аналіз доступної вітчизняної та іноземної літератури виявив, що клінічна економіка як наука поки що маловідома в Україні. Медична економіка та фармакоекономіка сьогодні не передбачають пріоритет глибоких клінічних досліджень, що базуються на принципах доказової медицини, дещо віддалені від клініки, більшою мірою ґрунтуються на економічних, ніж на клінічних дослідженнях. Термінологія, принципи і методологія клініко-економічних досліджень у невідкладній хірургічній гастроентерології потребують докладного вивчення і відповідного доопрацювання. Стандартизацію медичних тех-

нологій в Україні, зокрема у невідкладній хірургічній гастроентерології, започатковану Шалімовим О.О., Саєнко В.Ф., Пономаренком В.М., Русиним В.І. потрібно взяти за основу для подальшого розвитку і опрацювання в ракурсі еволюції галузі і на ґрунті взаємопов'язаних глибоких широкомасштабних клінічних та економічних досліджень, що базуються на принципах сучасної доказової медицини [21, 23]. В Україні ще не розроблені конкретні рекомендації застосування клініко-економічного аналізу в оптимізації надання медичної допомоги. Ще чітко не опрацьовані клініко-економічні та медико-економічні критерії, не з'ясовано їх вплив на формування стандартів лікування. Організація охорони здоров'я в Україні сьогодні потребує реформування на основі пошуків шляхів підвищення якості медичної допомоги та її адекватної оцінки, особливо в умовах переходу до страхової медицини. Застосування опрацьованих і доступних методик клініко-економічного аналізу в перспективних дослідженнях має покращити дану ситуацію, в першу чергу саме в ургентній абдомінальній хірургії, яка є однією з найбільш витратних медичних галузей.

Список літератури

1. Барышев П.П. Современные медицинские иммунобиологические препараты в аспекте стандартизации и фармакоэкономики // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2001. – №1. – С. 136.
2. Бойко А.Н., Татарина М.Ю., Авакян Г.И. и др. Использование методов оценки качества жизни в комплексном испытании аплегина для лечения больных рассеянным склерозом // Там же. – 2001. – №1. – С. 137.
3. Борисов А.Е., Михайлов А.П., Акимов В.П. Анализ показателей лечения больных с острыми хирургическими заболеваниями органов живота в Санкт-Петербурге за 50 лет (1946-1996) // Вестн. хирургии им.Грекова И. – 1997. – Т.156, №3. – С. 35–39.
4. Громовик Б.П. Роль и место фармакоэкономического анализа в логистических технологиях учреждений здравоохранения // Провизор. – 2000. – №17. – С.19–20.
5. Жарінов О. Вартість та ефективність кардіологічної допомоги в Україні // Медицина світу. – 2000. – Т. IX, №1. – С. 50–54.
6. Заліська О.М. Апробація методики фармакоекономічного аналізу на прикладі урологічних захворювань // Фармац. журн. – 2000. – №6. – С. 17–21.
7. Заліська О.М., Парновський Б.Л., Слабий М.В. Уніфіковані стандарти медичних технологій як база фармако-економічних досліджень в Україні // Ліки України. – 2000. – №9. – С. 13–14.
8. Заліська О.М. Розробка програми фармакоекономічної оцінки лікарського забезпечення – складова частина процесу стандартизації в охороні здоров'я України // Фармац. журнал. – 2001. – №3. – С. 3–10.
9. Заліська О.М. Теоретичні розробки методичних підходів фармакоекономічного аналізу в Україні // Фармац. журнал. – 2000. – №5. – С.15–19.
10. Заліська О.М. Фармакоекономіка / За ред. Б.Л.Парновського. – Л.: Простір-М, 2000. – Ч. I (Теоретичні основи фармакоекономіки). – 64 с.; Ч. II (Фармакоекономічний аналіз). – 71 с.
11. Кузин М.И., Шкроб О.С., Ветшев П.С. и др. Клинико-экономические аспекты в лечении желчнокаменной болезни // Клин. медицина. – 1984. – Т.62, №5. – С. 9–14.
12. МакМурей Дж. Економічні аспекти лікування гіперліпемії та артеріальної гіпертензії // Медицина світу. – 2000. – Т. IX, №1. – С. 45–48.
13. Матвійчук Б.О. Обструктивный рак ободовой кишки как хирургична та онкологічна проблема: Автореф. дис...д-ра мед.наук / Львівський держ. мед. ун-т. – 2001. – 26 с.
14. Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я (десятий перегляд). – Женева: ВООЗ, 1998. – Т.1, Ч. I. – 617 с.
15. Немченко А., Подколзіна М. Фармакоекономіка: методичні підходи до визначення моделі фармацевтичного формуляра // Ліки України. – 2001. – №3. – С. 9–12.

16. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. – СПб.: ЭЛБИ, 1999. – 190 с.
17. Пономаренко В.М., Нагорна А.М., Прокліна Т.Л. Динаміка змін у стані здоров'я дорослого населення, що постраждало внаслідок аварії на ЧАЕС // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 1999. – №2. – С. 43–45.
18. Пономаренко В.М., Савенко В.Ф., Картиш А.П. та інш. Динаміка захворюваності населення України ургентними захворюваннями органів черевної порожнини // Матеріали Першого (XVII) з'їзду хірургів України, Львів, серп. 1994 р. – Львів: Видав. спілка "Leopolis", "Світ", 1994. – С. 25.
19. Преображенская В.С., Здоровцов Г.И., Данилова Н.В. Экономическая целесообразность стандартизированных технологий оказания медицинской помощи // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2001. – №1. – С. 94.
20. Резолюция Второго Всероссийского конгресса «Фармакоэкономика на рубеже третьего тысячелетия» // Там же. – С. 59–60.
21. Русин В.І., Ковальчук І.О., Рогач І.М. та інш. Стандарти подання невідкладної хірургічної допомоги населенню Закарпаття. – Ужгород: Вета-Закарпаття, 2000. – 116 с.
22. Стулаков И.Н., Самородская И.В. Вопросы стандартизации в улучшении организации помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2001. – №1. – С. 122–123.
23. Тимчасові галузеві уніфіковані стандарти медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України: У 2 т. – К.: МОЗ України, Ін-т громад. здоров'я, 1999. – Т. I. – 500 с., Т. II. – 501 с.
24. Тогунов И.А. Сегментация рынка медицинских услуг как степень доступности медицинской помощи // Здравоохранение Рос. Федерации. – 2000. – №3. – С. 12
25. Указ Президента України від 7 грудня 2000 року №1313/2000 «Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України // Офіц. вісн. України. – 2000. – №49, Ч. 1. – ст. 2116.
26. Bodger K., Daly M.J., Heatley R.V. Clinical Economics in Gastroenterology. –Oxford, London: Blackwell Science, 2000. – 264 p.
27. Briggs A.H., Sculpher M.J., Logan R.P.H. et al. Cost-effectiveness of screening for and eradication of Helicobacter pylori in management of dyspeptic patients under 45 years of age // Br. Med J. – 1996. – N312. – P. 1321–1325.
28. Imperial T.F., Speroff T., Cebul R.et al. A cost analysis of alternative treatments for duodenal ulcer // Ann Intern Med. – 1995. – N123. – P. 665–672.
29. Moore R.A. Helicobacter pylori and peptic ulcer: a systematic review of effectiveness and an overview of the economic benefits of implementing what is known to be effective. – Oxford: Anglia and Oxford Regional Health Authorities, 1995. – P. 118–123.
30. O'Brien B.J., Goeree R., Mohamed A. et al. Cost-effectiveness of H.pylori eradication in the long term management of duodenal ulcer in Canada // Arch. Intern. Med. – 1995. – N155. – P.1958–1964.
31. Sonnenberg A., Towsend W.F. Costs of duodenal ulcer therapy with antibiotics // Arch. Intern. Med. – 1995. – N155. – P. 922–928.
32. Unge P., Jonsson B., Stalhammar N-O. The cost-effectiveness of H.Pylori eradication versus maintenance and episodic treatment in duodenal ulcer patients in Sweden // Pharmacoeconom. – 1995. – N8. – P. 410–427.
33. Fendrick A.M., Chernew M.E., Hirth R.A. et al. Alternative management Strategies for patients with suspected peptic ulcer disease // Arch. Intern. Med. – 1995. – N123. – P. 260–268.
34. Wilhelmsen I. Quality of life in upper gastrointestinal disorders // Scand. J. Gastroenterol. – 1995. – N30, Suppl. 211. – P. 21–25.

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

А.Б.Зименковский (Львов)

В работе приводится анализ литературы по вопросам применения принципов клинической экономики в организации оказания неотложной хирургической гастроэнтерологической помощи. Дано обоснование актуальности и необходимости глубоких клинико-экономических исследований в здравоохранении Украины на современном этапе.

CLINICAL AND ECONOMICAL ASPECTS OF URGENT GASTROENTEROLOGICAL SURGERY ORGANIZATION

A.B. Zimenkovsky (Lviv)

The work presents the literary analysis on issues of appliance the principles of clinical economics in organization of urgent gastroenterological surgery. The actuality and necessity of profound clinical and economical trials in the health care of Ukraine at the current stage has been substantiated.

УДК 614.2:616.61

М.О. КОЛЕСНИК, Н.О. САЙДАКОВА (Київ)

СТАН ТА ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НЕФРОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ В УКРАЇНІ

Інститут нефрології АМН України

Необхідність реформування системи надання медичної допомоги не викликає сумніву. Визначення стратегічних напрямків реформування нефрологічної служби потребує критичної оцінки її організації та результатів діяльності.

Україна має сформовану спеціалізовану мережу з надання допомоги хворим нефрологічного профілю і достатньо кваліфікований кадровий потенціал. Структура її збереглася і навіть можна відмітити деякі позитивні тенденції.

Сьогодні в країні працює 403 лікаря-нефролога, їх кількість за 10 років зросла на 47%, така тенденція спостерігається і в останні три роки, тобто чисельність спеціалістів зросла на 11%. Переважна більшість їх проатестована (63,7%-67,4%). Цей показник суттєво коливається по областях. Так, у Кіровоградській він досягає 100%, у Закарпатській, Харківській, Херсонській, Черкаській областях та м. Севастополі 83,3% – 90,9%; у Донецькій – 48%, Чернівецькій – 43,9%, Київській – 33,3%, у м. Києві – тільки 32,6%. Біля половини проатестованих мають вищу кваліфікаційну категорію, кожний третій – першу. Є області (Волинська, Кіровоградська), де усі лікарі мають вищу категорію, найменше таких в Полтавській області та м. Києві – по 20%.

Рівень забезпеченості лікарями-нефрологами дорослого населення України за 10 років збільшився на 60%; в останні три роки він стабілізувався і становить 0,08 на 10 тис. населення. Аналіз по регіонах свідчить, що забезпеченість нефрологами в кожному близька до середніх величин (у Південному – 0,07, у Західному – 0,09). Проте в окремих областях та містах цей показник має значні відмінності. Зокрема, високими величинами виділяються м.Київ (0,18), м.Севастополь (0,15), Чернівецька (0,15), Житомирська (0,12), Вінницька і Львівська (0,11) області. Водночас є такі, що потребують підвищеної уваги. Особливо це стосується Рівненської, Сумської, Чернігівської областей з рівнем забезпеченості 0,05, Черкаської – 0,04, Кіровоградської – 0,03. Окремо слід виділити Київську область, де показник найнижчий – 0,02.

Загальна тенденція до скорочення ліжкового фонду не обминула й нефрологічну службу. Порівняно з 1991 р. вона зменшилась на 12%. Але в останні три роки цей процес стабілізувався і навіть зросла на 3% кількість ліжок – зараз в Україні функціонує 1731 ліжко. Переважна їх більшість зосереджена в обласних лікарнях: у 1999 р. – 60,6%, у 2000 р. – 56,1%. Таке зменшення відбулося за рахунок відкриття у Харкові міського нефрологічного центру. На долю міських лікарень припадає 37-38% ліжок. Крім того, у Закарпатській та Івано-Франківській областях відповідно 18 та 5 ліжок розташовані у ЦРЛ; 12 – має Херсонський госпіталь ІВВВ.

Забезпеченість населення спеціалізованими ліжками стабілізувалася і останні два роки тримається на рівні 0,35 на 10 тис. відповідного контингенту. У порівнянні з 1991 р. вона зменшилась на 27% і становила у 1999 р. 0,34. У двох регіонах (Західному та Північно-Східному) рівень забезпеченості вищий за середній по країні (0,44 та 0,41 відповідно). У трьох інших – нижчий. Особливої уваги в такому аспекті потребує Центральний регіон, де рівень забезпеченості становить 0,29. За всі роки спостереження виділяються на цьому фоні: Вінницька з рівнем забезпечення 0,22, Хмельницька – 0,28 та Київська – 0,19 області. Ще нижчий рівень забезпеченості спеціалізованими ліжками жителів столиці – 0,27, тоді як у м. Севастополі він найвищий. Сьогодні стоїть питання зміцнення нефрологічної бази в м. Києві та Київській області. Це особливо актуально з огляду на існуючий високий кадровий потенціал.

Таким чином, кадровий потенціал та ліжковий фонд у переважній більшості областей не можна вважати задовільним для забезпечення спеціалізованою допомогою хворих нефрологічного профілю.

В Україні щорічно збільшується кількість хворих, які потребують спеціалізованої нефрологічної допомоги. За три роки їх стало більше на 15% і на сьогодні цей контингент становить понад 1 млн 298 тис. осіб. Проте через недоско-

налість статистичної звітності, номенклатуру хвороб нирок реальні цифри ще вищі. Переважно це стосується бактеріально обумовлених інфекцій та вторинних нефропатій, особливо гіпертензивної нефропатії і нефропатій, спричинених цукровим діабетом I та II типів. Так, за 10–15 років кількість таких хворих збільшилась удвічі (рівень розповсюдженості цукрового діабету у 2001 р. становив 1867,1 на 100 тис. населення). Доведено, що у 40-50% випадків хвороба супроводжується ураженням нирок, що згодом є найбільш частою причиною інвалідності та смертності [1–4]. Понад 320 тис. таких пацієнтів повинні бути під наглядом лікарів-нефрологів. Медико-соціальна проблема патології обумовлена, перш за все, необхідністю проведення замісної ниркової терапії гемо- чи перитонеального діалізу. Актуальним є питання допомоги хворим на гіпертонічну хворобу, яка у 75% пацієнтів ускладнюється ангіогенним нефросклерозом з наступним формуванням хронічної ниркової недостатності [4, 6–8]. Якщо брати до уваги її провідне місце в структурі загальної захворюваності, то важливість аспекту не потребує додаткових коментарів. Розрахункові дані свідчать, що 420 тис. таких хворих потребують спеціалізованої нефрологічної допомоги.

Складною залишається проблема із хворими групи “інфекції нирок”, у тому числі з хронічним пієлонефритом. Рівень захворюваності та поширеності їх інтенсивно зростає, що пов’язано з багатьма факторами, у тому числі є наслідком зростання гострих гнійно-запальних хвороб, зміни імунного статусу, екологічного неблагополуччя тощо. Характерне перевищення темпу приросту поширеності над захворюваністю свідчить про накопичення хворих із зазначеною патологією. Зокрема за три роки показник захворюваності на хронічний пієлонефрит зріс на 5,3% і становив у 2001 р. 141,3 на 100 тис. дорослого населення, поширеності – на 15,2%, тобто 1156,4 відповідно. Захворюваність дорослого населення України на гострий гломеруло-нефрит (ГНН) має тенденцію до зниження. У 2001 р. її рівень був на 22,4% нижчим, ніж у 1999 р. і становить 3,7 на 100 тис. дорослого населення, загалом на обліку перебував 1491 хворий. Найбільш інтенсивний темп зниження спостерігається в Південно-Східному (41%) та Центральному (24,8%) регіонах. Водночас на такому фоні у трьох регіонах (Західному – 4,8; Центральному – 4,04; Північно-Східному – 5,28) та містах Києві і Севастополі величини показників вищі, ніж в середньому по Україні. При цьому підкреслимо суттєву їх розбіжність по областях в межах регіонів. Так, у Західному регіоні коливання його становлять від 1,8 у Закарпатській до 8,9 у

Рівненській областях; у Центральному – від 1,5 у Житомирській до 5,3 у Вінницькій областях; у Південно-Східному – від 1,6 у Кіровоградській до 4,7 у Харківській областях; у Південному – від 1,9 в Одеській до 4,6 в Херсонській областях. Слід наголосити, що в 14 областях рівень захворюваності високий. Звертає на себе увагу м. Севастополь, де за три роки рівень захворюваності зріс на 92%. Регіон, до складу якого увійшли області, що постраждали від аварії на ЧАЕС, має величину захворюваності на ГНН, яка перевищує середню в Україні.

На перший погляд, слід оцінювати позитивно стабілізацію рівня захворюваності та поширеності хронічного гломеруло-нефриту в цілому по країні. Їх величини становлять відповідно 6,7 та 85,0 на 100 тис. дорослого населення. У результаті кількість таких хворих практично не зросла і по роках тримається в межах 34,5 – 34,8 тис. Однак поглиблений аналіз свідчить, що в двох регіонах (Західному та Північно-Східному) спостерігається вищий за середній рівень як захворюваності (на 28% та 63%), так і поширеності (на 15% і 33%). Високі показники поширеності і в Центральному регіоні та містах Києві і Севастополі. Слід окремо наголосити, що 14 із 27 областей також мають високий рівень захворюваності.

Радіоактивно забруднений регіон за даною нозологічною формою не суттєво відрізняється від незабруднених.

Виявлені закономірності і особливості динаміки захворюваності та поширеності хвороб нирок серед дорослого населення України потребують подальшого моніторингу за станом епідеміологічних процесів, вивчення стану якості діагностики та лікування, а також підтверджують необхідність удосконалення офіційної обліково-звітної документації та санітарно-просвітницької діяльності. Про це свідчать також дані диспансерного нагляду за зазначеними категоріями хворих. Як відомо, усі вони потребують систематичного активного спостереження, що є запорукою зменшення кількості загострень, ускладнень, тимчасової втрати працездатності, темпів прогресування інвалідності, смертності. За офіційними даними, диспансерним спостереженням охоплено 70-80% пацієнтів. Проте можна впевнено сказати, що воно носить переважно формальний характер. Відсутня й сучасна система диспансерного спостереження за пацієнтами з пересадженою ниркою.

Надзвичайно гостро стоїть проблема трансплантації нирки. Прийнята постанова Кабінету Міністрів України від 12 вересня 2002 р. №1339 “Про затвердження Державної програми розвитку трансплантації на 2002-2005 роки” в частині, що

стосується трансплантації нирки, може бути виконана лише за умов створення сучасної системи надання медичної допомоги хворим нефрологічного профілю [5]. Слід окремо наголосити на проблемі надання спеціалізованої допомоги хворим, які потребують застосування замісної ниркової терапії (гемо- чи перитонеальний діаліз, трансплантація нирки). Щорічно з'являється до 200 "нових" хворих на 1 млн населення. Організація сучасного рівня спеціалізованої допомоги цим пацієнтам дасть можливість підвищити якість життя більшості з них та підготувати їх до трансплантації нирки.

На сьогодні методами замісної ниркової терапії можуть скористатись лише 5% хворих від загальної кількості пацієнтів, що її потребують. Організаційно гемодіаліз відірваний від нефрології. Перитонеальний діаліз в Україні не застосовується взагалі. Організація спеціалізованої медичної допомоги хворим нефрологічного профілю не відповідає загальноприйнятим критеріям. Професійний рівень лікарів-нефрологів також не можна вважати достатнім: ті, хто працюють на гемодіалізі, не знають принципів ведення і лікування нефрологічних хворих на додіалізованому етапі, а хто працюють в нефрологічних відділеннях – не вміють провести діаліз. За сучасними принципами поки що працюють лише в нефрологічних центрах Житомирської обласної клінічної лікарні та Київської лікарні № 3.

Стан спеціалізованої нефрологічної допомоги та її результатів з наступним прийняттям рішень щодо її удосконалення обговорюється на нарадах головних нефрологів областей та науково-практичних конференціях. Так, у 1999 р. в м.Харкові пройшла XIII Всеукраїнська конференція нефрологів "Хронічна ниркова недостатність". У 2001 р. – I Національний з'їзд нефрологів (м.Донецьк).

На зазначених форумах була проведена ретельна робота щодо обґрунтування необхідності створення та реалізації державної програми "Організація системи надання медичної допомоги хворим нефрологічного профілю" (Програма) на 2003-2007 рр. Вона створена під егідою МОЗ України та Головного управління організації надання медичної допомоги дорослому населенню. Мета Програми полягає у створенні єдиної державної системи надання медичної допомоги хворим нефрологічного профілю, здійсненні заходів щодо впровадження в Україні сучасних методів лікування нефрологічних хворих, удосконаленні відповідної нормативно-пра-

вової бази, забезпеченні взаємодії між закладами охорони здоров'я та науковими установами як в Україні, так і за її межами на основі сучасних інформаційних технологій. Чітко поставлені завдання, логічна послідовність їх реалізації та підготовлена відповідна законодавча й виконавча бази, сподіваємось, дозволять досягти мети і бажаних результатів.

Основними завданнями Програми є:

1. Організація чіткої вертикальної підпорядкованої структури надання поетапної допомоги хворим нефрологічного профілю (дільничні терапевти, сімейні лікарі/Уч районні, міжрайонні, міські нефрологічні центри/Уч обласні нефрологічні центри/Уч Український нефрологічний центр).

2. Створення Українського нефрологічного центру, який буде головним консультативним, лікувальним, навчально-методичним закладом національного масштабу.

3. Створення національного та регіональних реєстрів дорослих хворих і дітей з хронічною нирковою недостатністю та трансплантованою ниркою.

4. Формування національного та регіональних банків даних потенціальних реципієнтів для трансплантації нирки.

5. Впровадження в практику надання спеціалізованої нефрологічної допомоги методу перитонеального діалізу.

6. Підвищення нефрологічної грамотності медичного персоналу всіх рівнів надання медичної допомоги.

7. Забезпечення достатнього об'єму фінансування для виконання пунктів 1-6.

Фінансове забезпечення Програми може здійснюватись за рахунок коштів державного і місцевих бюджетів, а також зацікавлених суб'єктів підприємницької діяльності усіх форм власності, громадських організацій, міжнародних фінансових організацій та інших джерел, відповідно до чинного законодавства.

Прогноз результатів: виконання програми дасть змогу організувати чітку вертикально підпорядковану структуру надання поетапної допомоги хворим нефрологічного профілю, що значно підвищить її ефективність. Створені національний та регіональні реєстри дорослих хворих і дітей з хронічною нирковою недостатністю та трансплантованою ниркою, сформовані національний та регіональні банки даних потенціальних реципієнтів для трансплантації нирки дозволять об'єктивно планувати та здійснювати замісну ниркову терапію (гемо- чи перитонеальний діаліз, трансплантацію нирки).

Список літератури

1. Бойчук В.К. Особливості нефрогенної артеріальної гіпертензії у хворих на цукровий діабет // Актуальні проблеми нефрології: Зб. наук. пр. – К: Задруга, 2001. – Вип. 6. – С. 42–46.
2. Денісов В.К., Захаров В.В., Губа Г.Б., Деменкова І.І. Результати і перспективи замісного лікування хворих у термінальній стадії діабетичної нефропатії // Там же. – С. 46–48.
3. Дедов І.І., Шестакова М.В. Диабетическая нефропатия. – М.: Универсум Паблишинг, 2000. – 240 с.
4. Дудар І.О. Діабетична нефропатія: проблеми, перспективи // Актуальні проблеми нефрології: Зб. наук. пр. – К: Задруга, 2001. – Вип. 6. – С. 49–51.
5. Постанова Кабінету Міністрів України від 12 вересня 2002 р. №1339 “Про затвердження Державної програми розвитку трансплантації на 2002-2005 роки” // Офіц. вісн. – 2002. – №37. – ст. 1735. – С. 21.
6. Martinez M. Maldonado. Pole of hypertension in progression of chronic renal disease // Nephrology Dialysis Transplantation. – 2001. – Sup.1. – P. 63–66.
7. Pestana M., Jardim H., Correia F., Vieira-Coelho M.A. and Soares-da-Silva P. Renal dopaminergic mechanisms in renal parenchymal diseases and hypertension // Ibid. – P. 53–60.
8. Ridao N., Luno J., Garsia de Vinuesa S., Gomez F., Tejedor A. and Valderrabano F. Prevalence of hypertension in renal disease // Ibid. – P. 70–74.

СОСТОЯНИЕ И ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ НЕФРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В УКРАИНЕ

Н.А.Колесник, Н.А.Сайдакова (Киев)

Представлен анализ современного состояния организации и основных видов деятельности нефрологической службы в Украине. Показаны перспективы её развития, которые научно обоснованы и изложены в проекте государственной программы «Улучшение организации системы оказания медицинской помощи больным нефрологического профиля», рассчитанной на 2003–2007 годы.

CURRENT STATE OF MEDICAL CARE PROVISION SYSTEM FOR NEPHROLOGICAL PATIENTS AND DIRECTIONS OF ITS IMPROVEMENT IN UKRAINE

N.A. Kolesnyk, N.A. Saidakova (Kyiv)

The analysis of current state of organization and main activities of nephrological service in within Ukrainian PHS has been presented. The perspectives of its future development have been also shown. They were scientifically grounded and outlined in the Draft State program “The improvement of organization of medical care provision system for nephrological patients”. The program is intended for its implementation in 2003–2007.

УДК 614.2:362.12 – 057.3 (477)

О.М. ВОЛИК (Ірпінь)

БАГАТОРІЧНА ДИНАМІКА ВИКОРИСТАННЯ ЛІЖКОВОЇ ПОТУЖНОСТІ ВІЙСЬКОВИХ ГОСПІТАЛІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

Науково-дослідний інститут проблем військової медицини
Збройних Сил України

Ефективне використання ліжок військових госпіталів, у зв'язку з високими витратами на стаціонарну допомогу, є одним з головних поточних завдань військово-медичної служби Збройних Сил України (ЗС України).

Проблемі організації стаціонарної допомоги в медичних закладах ЗС України присвячено ряд робіт М.М. Вовкодава, М.П. Бойчака, Ю.М. Скалецького, М.І. Хижняка, В.В. Дяченко та ін. [1-4].

Нашим завданням було визначення багаторічної динаміки зміни показників, що характеризують використання ліжкової потужності військових госпіталів.

Матеріали і методи. Дослідження проводилось на основі даних статистичної галузевої звітності за 1994-2001 рр. щодо показників, які характеризують роботу військових госпіталів ЗС України (далі – госпіталів): обсяг госпіталізації, кількість ліжок, завантаження ліжок, середня кількість днів зайнятості ліжка, терміни лікування, оборот ліжка щодо госпіталів в цілому та за окремими основними відділеннями.

Для характеристики багаторічної тенденції використання ліжкової потужності госпіталів нами оцінювались два параметри: направленість та швидкість зміни рівня динамічного ряду, які виявлялись в результаті розрахунку середньорічного темпу зростання показників.

Результати дослідження. За період 1994-2001 рр. вхідний потік хворих до госпіталів зменшувався в середньому на 2,28 % щороку.

Значно більшими темпами скорочувалась кількість штатних (10,24 %) та розгорнутих (8,46 %) ліжок. При цьому завантаження штатних ліжок становило в середньому 73,26 % з тенденцією до щорічного зменшення на 1,99 %. Завантаження розгорнутих ліжок знаходилось на рівні 72,82 % з негативним приростом в 2,34 %. Середня кількість днів зайнятості ліжка була близько 265 при 2,34 % щорічного зниження показника.

За період дослідження вдалося інтенсифікувати роботу госпіталів. Зокрема терміни лікування військовослужбовців кадрового складу зменшувалися в середньому на 5,19 % щороку, військовослужбовців строкової служби – на 5,69 %, скорочувався середній ліжко-день (6,37 %), зростав оборот ліжка (4,29 %). Але зазначені показники залишалися на досить високому рівні: середній термін лікування офіцерів – 17,92 днів, солдат – 16,45 днів, ліжко-день – 17,64, оборот ліжка – 15,52.

Загалом використання фактичної ліжкової потужності госпіталів зменшувалось в середньому на 3,65 % щороку і знаходилось в межах від 64,9 % до 75,3 %.

Динаміку основних показників, що характеризують роботу відділень госпіталів, наведено в таблиці.

Обговорення результатів. Досить значне зменшення кількості ліжок у госпіталях відбулося, в основному, за рахунок їх вивільнення в результаті інтенсифікації роботи (скорочення термінів лікування, зростання обороту ліжка тощо), у той час як деяке обмеження вхідного потоку хворих мало менший вплив.

Особливо помітною дана тенденція була щодо більшості спеціалізованих відділень: нейрохірургічних, очних, ЛОР, урологічних тощо. Показники роботи хірургічних та терапевтичних відділень зазнали менш помітних змін.

Окремо виділяються психіатричні, туберкульозні та інфекційні відділення. У перших двох відбулося найбільше скорочення кількості пацієнтів на тлі зменшення обороту ліжка. Інфекційні відділення займали перше рангове місце за темпами зменшення використання фактичної ліжкової потужності.

Враховуючи прогнозоване зменшення чисельності ЗС України, а також об'єктивну необхідність розвитку первинних видів медичної допомоги, можна стверджувати, що існують передумови до

Таблиця. Динаміка основних показників використання ліжкової потужності відділень військових госпіталів Збройних Сил України (%)

Назва відділення	Кількість пацієнтів	Середня кількість розгорнутих ліжок	Середній ліжко-день	Оборот ліжка	Використання фактичної ліжкової потужності
Терапевтичне	-2,11	-7,26	-9,12	5,59	-3,96
Хірургічне	3,69	-2,90	-9,71	6,67	-3,50
Інфекційне	-4,48	-5,30	-10,07	0,93	-9,20
Туберкульозне	-22,70	-16,61	2,66	-7,38	-4,83
Шкірно-венерологічне	-3,28	-5,17	-6,40	2,03	-4,52
Неврологічне	-3,26	-11,57	-8,40	9,50	0,13
Психіатричне	-19,74	-18,69	-4,98	-1,36	-6,20
Очне	-14,14	-25,01	-10,58	14,54	2,49
ЛОР	-11,62	-23,05	-9,99	14,77	3,29
Урологічне	-11,89	-20,33	-11,99	10,67	-2,58
Нейро-хірургічне	-13,07	-27,90	-16,96	20,54	0,24
Травматологічне	-5,39	-17,09	-14,34	14,04	-2,35

обмеження вхідного потоку хворих до госпіталів. На користь версії щодо можливості лікування значно більшої кількості хворих в амбулаторних умовах та на рівні лазаретів медичних пунктів свідчить вагоміше зменшення кількості пацієнтів спеціалізованих відділень порівняно із терапевтичними, особливо приймаючи до уваги, що терапевтичні хворі складали близько 30 % у загальній структурі.

З іншого боку, незважаючи на суттєву інтенсифікацію роботи госпіталів, терміни лікування залишалися досить значними, а оборот ліжка ще далеко не досягнув оптимального рівня. Якщо врахувати також тенденцію до зменшення використання фактичної ліжкової потужності, порівняно низькі показники завантаження ліжок, то ми маємо другу передумову подальшого скорочення ліжкової потужності госпіталів.

Робота щодо створення нової лікувально-профілактичної вертикалі військово-медичної служби ЗС України вже дає свої результати у вигляді оптимізації взаємодії між медичними закладами, покращання системи управління, налагодження етапного і відновлювального лікування та підвищення його якості, інтенсифікації роботи. Сьогодні, на нашу думку, однією з основних проблем є суттєве розширення бази обслуговування за рахунок залучення пацієнтів з числа цивільного населення (в першу чергу учасників бойових дій, які не є пенсіонерами Міністерства оборони) та військовослужбовців інших збройних формувань України. Потрібно створити механізми конкуренції між медичними закладами різних відомств, надати пацієнту право вибору, що сприятиме підвищенню якості лікування та більш повному задоволенню потреб хворих.

Список літератури

1. *Баженова Г.И., Вовкодав Н.Н., Грузева Т.С. и др.* Госпитализация больных: дифференцированный отбор и рациональная продолжительность – К.: Наукова думка, 1996. – 482 с.
2. *Вовкодав М.М., Бойчак М.П., Скалецький Ю.М., Хижняк М.І.* Аналіз надання стаціонарної медичної допомоги у Головному військовому клінічному госпіталі (ГВКГ) // Проблеми воєнного здравоохранения и пути его реформирования: Сб. науч. тр. Укр. воен.-мед. акад. – К., 1996. – С. 151–154.
3. *Вовкодав М.М., Бойчак М.П., Скалецький Ю.М., Хижняк М.І.* Обґрунтування диференційованої потреби в окремих видах спеціалізованої допомоги // Там же. – С. 154–156.

4. Дяченко В.В. Особливості перебігу хвороб органів дихання та нормативи потреби військовослужбовців у пульмонологічних ліжках // Проблеми військової охорони здоров'я: Зб. наук. праць Укр. військ-мед. акад. – К., 1999. – С. 71–77.

МНОГОЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОЕЧНОЙ МОЩНОСТИ ВОЕННЫХ ГОСПИТАЛЕЙ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ УКРАИНЫ

А.Н. Волик (*Ирпень*)

Исследована динамика использования коечной мощности военных госпиталей Вооруженных Сил Украины (ВС Украины) за период 1994-2001 гг. Выявлено значительное сокращение численности коек, в первую очередь, за счет интенсификации работы госпиталей и, в меньшей степени, в результате уменьшения количества госпитализируемых больных. Обозначены предпосылки к дальнейшему сокращению коечного фонда госпиталей ВС Украины.

LONG-TERM DYNAMICS IN BED-CAPACITY UTILIZATION OF MILITARY HOSPITALS OF THE ARMED FORCES OF UKRAINE

О.М. Volik (*Irpen*)

Dynamics in utilization of military hospitals bed-capacity of the Armed Forces of Ukraine for 1994-2001 was investigated. Significant reduction of the beds is revealed, mainly through intensification of bed-turnover and also due to reduction in number of patients. The preconditions to the further reduction of bed-capacity in the military hospitals were outlined.

УДК 614+617.7+614.21

С.О. РИКОВ

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПІДГОТОВКИ ТА ВИКОРИСТАННЯ КАДРОВИХ РЕСУРСІВ ПРИ НАДАННІ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В РАМКАХ ІНТЕГРАТИВНО- ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ

Київська міська клінічна офтальмологічна лікарня “Центр мікрочірургії ока”

Забезпечення медичних установ кваліфікованими кадрами є одним із важливих чинників, що впливає на якість надання медичної допомоги населенню України. Розробка та впровадження нових організаційних моделей надання медичної допомоги населенню є одним із пріоритетних напрямків соціального управління здоров'ям населення в соціальному аспекті [1, 2].

Розробка нових, високотехнологічних моде-

лей надання офтальмологічної допомоги населенню України є одним із актуальних напрямків, що спрямовані на попередження сліпоти. Внаслідок важких економічних умов, в яких працює система охорони здоров'я України, невідповідності заробітної плати кваліфікації та фінансовим потребам персоналу лікувально-профілактичних закладів, відбувається поступове зниження якості надання медичної допомоги населенню,

що сприяє подальшому погіршенню рівня його здоров'я.

Розробка високоефективної системи надання офтальмологічної допомоги населенню не можлива без раціонального використання кадрового потенціалу. Тому, визначення ефективності використання та підготовки кадрів при впровадженні нових моделей організації медичної допомоги є актуальним завданням.

Матеріали та методи. Інтегративно-диференційована організаційна система надання офтальмологічної допомоги населенню України була впроваджена протягом 1996-2001 років в Київській міській клінічній офтальмологічній лікарні "Центр мікрохірургії ока" (КМКОЛ "ЦМХО").

Ефективність використання кадрового потенціалу вивчалась за даними:

- динаміка чисельності персоналу - за даними штатного розкладу, тарифікаційних переліків працівників лікувально-профілактичної установи (ЛПУ), довідок окремих показників по мережі і штатам ЛПУ, звітів про виконання плану по штату та контингентам ЛПУ;
- навантаження на персонал - за даними хронометрування та розрахунку обсягів обслуговування пацієнтів;
- кваліфікація та її підвищення медичним персоналом - за даними тарифікаційних переліків працівників лікувально-профілактичної установи (ЛПУ), самозвітів медичного персоналу та довідок про кваліфікацію медичного персоналу ЛПУ;
- ставлення медичного персоналу до роботи в умовах нової організаційної системи - за оціночними даними, що отримані за допомогою розробленого опитувальника (методом шкалування).

Отримані дані оброблялись статистичними методами параметричного аналізу. Вірогідність даних визначалась за коефіцієнтом Стьюдента. Використовувались для порівняння показники наочності (за періоди 1989-1995 та 1996-2001 рр.).

Результати та їх обговорення.

1. Оцінка використання кадрового потенціалу. Внаслідок впровадження в Київській міській клінічній офтальмологічній лікарні "Центр мікрохірургії ока" інтегративно-диференційованої моделі надання офтальмологічної допомоги в умовах недостатнього фінансування вдалося більш раціонально використати наявні кадрові ресурси. Під час впровадження (1996-2001 роки), кількість фізичних осіб, що працювали, становила $345,5 \pm 24,3$ осіб. За цей час в структурі працюючих медичні кадри зменшились з 81,6% (1989-1995 рр.) до 77,5% (1996-2001 рр.). В штаті кількість лікарів-офтальмологів збільшилась - з 16,6% до 17,7%, лікарів інших спеціальностей

залишилась без змін (3,5-3,6%), кількість середнього медичного персоналу зменшилась з 37,7% до 36,5%, а молодшого медичного персоналу зменшилась з 23,8% до 19,7%. За цей час відбулося збільшення в структурі кадрів технічного та обслуговуючого персоналу з 18,3% до 22,5%. Частина спеціалістів, що не є медичними працівниками збільшилась з 3,3% до 4,4%, інших, не спеціалістів, збільшилась з 15,0 до 18,1%.

Загальна кількість працівників в КМКОЛ "ЦМХО" протягом 1989-2001 років мала тенденцію до зростання. Так середньорічна кількість штатних одиниць працівників протягом 1989-1995 років становила $331,1 \pm 11,6$, а протягом 1996-2001 років - $365,8 \pm 27,2$, що на +10,5% більше. Кількість фізичних осіб, що працюють, також мала тенденцію до збільшення (на 22,8%) з $281,4 \pm 30,1$ чоловік протягом 1989-1995 до $345,5 \pm 24,3$ чоловік - протягом 1996-2001 років. При цьому спостерігалось зниження зайнятості штатних посад фізичними особами на 9,4% (з 1,17 до 1,06 чоловік на штатну посаду) та збільшення зовнішнього сумісництва на 16,7% (з $12,3 \pm 1,7$ до $14,3 \pm 0,4$ чоловік). Таким чином, протягом 1996-2001 років вдалося збільшити штати КМКОЛ "ЦМХО".

Кількість штатних посад лікарів протягом 1996-2001 років збільшилась на 16,9% (з $66,5 \pm 3,4$ до $77,8 \pm 10,3$ посад), а кількість фізичних осіб, які займають посади лікарів, збільшилась на 46,7% (з $56,0 \pm 8,3$ до $82,2 \pm 12,2$ осіб). При цьому спостерігалось зниження на 20,8% зайнятості посад фізичними особами (з 1,2 до 0,95 осіб на штатну посаду) за рахунок збільшення на 52,4% кількості фізичних осіб, що працюють за зовнішнім сумісництвом (з $7,0 \pm 1,4$ до $10,7 \pm 0,7$ осіб).

Кількість штатних одиниць середнього медичного персоналу також мала тенденцію до збільшення, яке протягом 1996-2001 років становило 6,7% (з $125,0 \pm 5,8$ до $133,4 \pm 5,8$ одиниць). При цьому, кількість фізичних осіб, що займає ці посади, також мала тенденцію до збільшення на 11,9% (з $112,0 \pm 14,0$ до $125,3 \pm 4,4$ чоловік). Зайнятість посад фізичними особами знизилась на 5,3% (з 1,12 до 1,06).

Кількість штатних одиниць молодшого медичного персоналу протягом 1996-2001 років зменшилась на 8,5% (з $78,9 \pm 3,1$ до $72,3 \pm 2,9$ одиниць). При цьому кількість фізичних осіб, що займають ці посади, збільшилась на 6,0% (з $68,6 \pm 2,7$ до $72,7 \pm 1,0$ чоловік), при зниженні на 5,3% зайнятості штатних посад фізичними особами.

Кількість штатних одиниць технічного та обслуговуючого персоналу протягом 1996-2001

років мала зроста на 35,7% (з 60,7±5,6 до 82,3±9,1 одиниць). При цьому кількість фізичних осіб, що займають ці посади, збільшилась на 45,6% (з 44,9±7,0 до 65,3±7,4 чоловік). При цьому зайнятість посад фізичними особами штатних посад знизилась на 6,7% (з 1,35 до 1,26).

2. Навантаження на персонал. Аналіз навантаження на персонал адміністративно-господарської служби проводився із розрахунку на кількість медичного персоналу, що пов'язаний із основною функцією - забезпечення умов для реалізації офтальмологічної допомоги населенню.

Кількість персоналу КМКОЛ "ЦМХО" протягом 1996-2001 року збільшилась на 7,67% (з 263,23±12,10 до 283,42±18,14). При цьому в адміністративно-господарській службі зайнятість посади головного лікаря зменшилась на 27,78% (з 1,50±0,00 до 1,08±0,14 посад), а навантаження на головного лікаря підвищилось на 52,66% (з 175,49±8,07 до 267,89±28,49 посад медичного персоналу). На цьому фоні не відмічалось погіршення управління КМКОЛ "ЦМХО", завдяки більш раціональному розподілу функціональних обов'язків на інший управлінський персонал (заступників головного лікаря з медичної частини, економічної частини, адміністративно-господарської частини, головного бухгалтера та завідуючих структурними підрозділами).

Кількість спеціалістів, що не були медичними працівниками (інженери, економісти, бухгалтери, програмісти), збільшилась на 84,26% (з 18,00±6,57 до 33,17±1,06 посад), а навантаження - знизилось на 49,81% (17,01±5,68 до 8,53±0,27 посад медичного персоналу). Це дало змогу покращити експлуатацію та збільшити використання висококоштовного та складного медичного обладнання - операційних мікроскопів, офтальмологічного обладнання, лазерних та кріоустановок, покращити облік економічних ресурсів, аналіз медико-статистичної інформації. Кількість технічного персоналу, не спеціалістів (прибиральниць, водіїв, охоронців, тощо) мала тенденцію до збільшення на 26,96%, із зниженням на цей персонал навантаження на 14,21%, що дало змогу покращити санітарний режим медичної установи, своєчасно забезпечувати поточні потреби персоналу, підсилити охорону закладу та матеріальних коштовностей.

Таким чином, внаслідок збільшення кількості хворих, що проліковані в амбулаторних та стаціонарних умовах, кількості медичного персоналу, збільшення складного обладнання та обсягів інформації, відбувається збільшення чисельності управлінського, інженерного, технічного та обслуговуючого персоналу.

Навантаження на персонал амбулаторної служби оцінювалось із розрахунку кількості амбулаторних відвідувань та оперативних втручань. Протягом 1996-2001 відбувалось збільшення кількості амбулаторних відвідувань на 0,7% (з 77630,14±5309,51 до 78156,67±8677,44 відвідувань на рік). При цьому відбулося зниження чисельності лікарів-офтальмологів на 6,62% (в порівнянні з 1989-1995 роками) та збільшення навантаження на лікарів на 10,1% (з 2914,80±233,01 до 3209,05±530,23 відвідувань на рік). Кількість посад середнього медичного персоналу мала незначну тенденцію на зниження - 1,65% (з 46,18±2,22 до 45,42±4,00) на фоні збільшення навантаження на цей персонал на 3,01% (з 1683,74±96,52 до 1734,35±246,61 відвідувань на рік). Кількість молодшого медичного персоналу зменшилась на 15,54% (з 15,0±1,02 до 13,33±1,11 посад), а навантаження на нього збільшилось на 19,67% (з 4960,54±535,60 до 5936,08±974,21 відвідувань на рік).

Таким чином, зменшення чисельності всіх категорій медичного персоналу амбулаторної служби дозволило оптимізувати розподіл і зайнятість кадрових ресурсів, а збільшення інтенсивності роботи персоналу сприяло інтенсифікації надання медичної допомоги із збереженням її ефективності.

Кількість хворих, що проліковані в стаціонарі протягом 1996-2001 років збільшилась на 20,9%, в порівнянні з 1989-1995 роками (з 8544,43±375,80 до 10330,00±1029,00 хворих на рік). При цьому кількість лікарів-офтальмологів збільшилась на 24,29% (з 52,75±2,07 до 65,67±7,72 посад), що сприяло незначному зниженню навантаження на лікарів на 2,71% (з 162,36±8,37 до 157,97±11,83 хворих на рік). Кількість лікарів-спеціалістів (анестезіологів-реаніматологів, терапевта, невропатолога, отоларинголога тощо) збільшилась на 8,55%, а навантаження на них збільшилось на 11,31%. Кількість середнього медичного персоналу збільшилась на 10,97%, також збільшилось і навантаження на цей персонал на 8,59%. Кількість молодшого медичного персоналу зменшилась на 7,08%, але збільшилось навантаження на цей персонал на 29,79%.

Таким чином, на фоні збільшення пропускної спроможності стаціонару відбулись зміни, що спрямовані на більш раціональне використання кадрових ресурсів без зниження якості лікування, які характеризуються збільшенням кількості лікарів-офтальмологів, лікарів-спеціалістів та середнього медичного персоналу, від яких, в першу чергу, залежить якість лікування хворих, а також зменшення кількості молодшого медичного персоналу. При цьому спостерігалось збільшен-

ня навантаження на лікарів-спеціалістів та середній медичний персонал не більш ніж на 15,0%, що не впливало на ефективність надання медичних офтальмологічних послуг. Збільшення навантаження на молодший медичний персонал не мало прямого впливу на ефективність, а оптимізація навантаження на цей персонал досягалась проведенням офтальмохірургічної допомоги хворим, що були в стані повної компенсації загального захворювання. Зниження тривалості перебування хворого на ліжку, зменшило потребу у догляді за ним.

Внаслідок раціонального перерозподілу кількості кадрів між підрозділами КМКОЛ "ЦМХО", використання сучасних методів лікування вдалось підвищити ефективність надання медичної допомоги хворим без значного збільшення загальної кількості персоналу, що вказує на високу ефективність впровадженої організаційної моделі.

3. Кваліфікація медичного персонала та її підвищення. Від кваліфікації медичних кадрів залежить якість надання медичної допомоги хворим, ефективність використання високовартісного та технологічно-складного обладнання, попередження ускладнень, тощо.

Від кваліфікації лікарів залежить ефективність всього лікувального процесу. Протягом 1996-2001 років кількість лікарів, що пройшли атестацію, становила 58,2%, що більше, ніж на протязі 1989-1995 - 46,3%. За період 1989-1995 та 1996-2001 роки кількість лікарів із вищою категорією збільшилось з 24,0% до 36,3%, першої категорії - з 18,3% до 20,1%. Про збільшення науково-педагогічного та управлінського потенціалу кадрів свідчить збільшення лікарів, які набули ступінь кандидата медичних наук (з 11,9% до 13,8%). Протягом 1996-2001 років серед кваліфікаційних категорій переважали лікарі вищої категорії (36,3%) та лікарі без категорії (32,0%), що сприяло розвитку наставництва у структурно-функціональних підрозділах лікарні.

Від кваліфікації не тільки лікарів, а і середнього медичного персоналу, залежить розвиток післяопераційних ускладнень, емоційний стан хворого, термін перебування хворого у стаціонарі, що має прямий вплив на рівень та якість надання офтальмологічної допомоги населенню. Протягом 1996-2001 років кількість середніх медичних працівників, що пройшли атестацію, становила 50,2%, що було більше ніж протягом 1989-1995 - 23,0%. За період 1989-1995 та 1996-2001 роки кількість середніх медичних працівників із вищою категорією збільшилась з 7,7% до 27,7%, першої категорії - з 5,0% до 13,2%. Протягом 1996-2001 років серед кваліфікаційних категорій середнього медичного персоналу

переважали персоналії з вищою категорією (27,7%) та без категорії (49,7%), що сприяло розвитку наставництва у структурно-функціональних підрозділах лікарні.

Зростанню кваліфікації лікарів сприяла реалізація комплексу заходів, які були спрямовані на післядипломне навчання в різних умовах:

- планове підвищення кваліфікації на базі Київської медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика – один раз на п'ять років;
- тематична спеціалізація на базах Національного медичного університету ім. О.О.Богомольця, Київської медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика, Науково-дослідницького інституту очних хвороб та тканинної терапії ім. В.П.Філатова;
- наставництво більш досвідченими співробітниками;
- стажування в провідних офтальмологічних клініках Росії, Німеччини, Великої Британії, США, Франції;
- проведення наукових досліджень та презентація їх результатів на з'їздах, науково-практичних конференціях, семінарах;
- участь у роботі Київського товариства офтальмологів;
- проведення щомісячних тематичних семінарів для лікарів "Актуальні питання офтальмології";
- проведення щотижневих клінічних розборів з питань якості надання офтальмологічної допомоги хворим у структурно-функціональних підрозділах лікарні та щомісячного загальнолікарняного.

За період 1996-2001 років цією роботою було охоплено 100,0% лікарів на відміну від 68,2% у 1989-1995 роках. Кожен лікар брав активну участь в середньому у 10,7 заходах на рік, що в 5,7 рази більше, ніж протягом 1989-1995 років.

Зростанню кваліфікації середнього медичного персоналу сприяла реалізація комплексу заходів, що спрямовані на післядипломне навчання:

- планове підвищення кваліфікації на базі Курсів підвищення кваліфікації середніх медичних працівників - один раз на п'ять років;
- спеціалізація на робочих місцях у структурно-функціональних підрозділах лікарні;
- наставництво більш досвідченими працівниками;
- участь у роботі сестринських конференцій;
- участь у щотижневих клінічних розборах та обходах у структурно-функціональних підрозділах лікарні.

За період 1996-2001 років цією роботою було охоплено 100,0% середніх медичних працівників на відміну від 32,0% - у 1989-1995 роках. Кожен

середній медичний працівник брав активну участь в середньому у 7,4 заходах на рік, що в 7,6 рази більше, ніж протягом 1989-1995 років.

Інтенсивна післядипломна підготовка лікарів та середнього медичного персоналу сприяла тому, що протягом 1996-2001 років у КМКОЛ "ЦМХО" були впроваджені нові методи діагностики та лікування хворих, які відповідають світовому рівню розвитку офтальмології:

- діагностичні методи: флуоресцентна ангіографія сітківки та переднього відрізка ока з комп'ютерним морфометричним аналізом, спектральна ретинографія, квантитативна периметрія, В-сканування очного яблука.

- хірургічні методи лікування: вітреоретинальна хірургія, факоемульсифікація катаракти, органозберігаюча онкохірургія, тощо;

- лазерні методи лікування: панретинальна коагуляція сітківки, різні методи коагуляції макулярної зони, лазерні та фотодинамічні методи лікування злоскісних пухлин очного дна, тощо;

- терапевтичні методи: хіміотерапія та імунотерапія інфекційних захворювань сітківки та судинної оболонки, фармакотерапевтична профілактика ускладнень при лазерних методах лікування, фармакотерапія хворих з діабетичною ретинопатією, тощо.

Це дозволило перекласти на досвідчений та підготовлений середній медичний персонал ряд медичних маніпуляцій, діагностичних та лікувальних процедур: парабутьбарні, субкон'юнктивальні ін'єкції ліків; зняття швів з ран повік; діагностично-лікувальне промивання слезових шляхів; проведення ортоптичних та плеоптичних методів діагностики та лікування; проведення лікування із використанням лазерних пристроїв низької енергії; проведення функціональних досліджень органа зору - периметрія, візометрія, тонометрія за Маклаковим; підбір не складних окулярів. Все це дозволило підвищити значення середнього медичного персоналу у лікувально-діагностичному процесі, знизити навантаження на лікаря, інтенсифікувати та покращити весь лікувально-діагностичний процес у лікарні.

4. Ставлення медичного персоналу до нової організаційної моделі надання офтальмологічної допомоги населенню. Ставлення

медичного персоналу до впровадженої організаційної системи вивчалось за допомогою розробленого опитувальника: "Визначення задоволеності медичного персоналу організацією та управлінням медичною допомогою за новою системою".

Загальний рівень задоволення організаційною системою, що була впроваджена за 10-ти шкалами та 10 бальною оцінкою є високим та становить $9,1 \pm 0,5$ бали. Найбільше задоволення системою визначається серед управлінського персоналу та лікарів - $9,6 \pm 0,3$ бали, що вказує на повну адекватність запропонованої системи потребам цієї категорії персоналу. Високий рівень задоволення також спостерігається і серед: середнього медичного персоналу - $9,2 \pm 0,5$ бали та молодшого - $8,0 \pm 0,9$ балів ($p < 0,01$).

Загальний рівень задоволення медичного персоналу впровадженою організаційною системою є високим за всіма показниками та має коливання середніх показників в межах від 9,68 до 8,5 бал. Всі працівники вважають, що впроваджена система є адекватною до сучасних потреб охорони здоров'я України - $9,68 \pm 0,34$ бал. та забезпечує високу доступність населення до медичної допомоги ($9,63 \pm 0,31$ бал.), покращує якість надання цієї допомоги ($9,53 \pm 0,28$ бал.), покращує діагностику, лікування та реабілітацію хворих ($9,23 \pm 0,48$ бал.). Працівники вважають, що за рахунок впровадження цієї організаційної системи вдалося покращити умови праці ($9,10 \pm 0,60$ бал.), підвищити рівень своєї кваліфікації ($8,88 \pm 1,09$ бал.), покращити професійні зв'язки з колегами ($8,73 \pm 0,86$ бал.). Респонденти вважають, що цього вдалося досягнути за рахунок покращення розподілу хворих за рівнем надання медичної допомоги ($9,23 \pm 0,63$ бал.), а також можливість брати участь у прийнятті управлінських рішень ($8,63 \pm 0,63$ бал.) ($p < 0,01$).

Найвищі показники задоволення організаційною системою та всіма її аспектами спостерігається серед управлінського персоналу, лікарів та середнього медичного персоналу, які відповідають за організацію та рівень надання офтальмологічної допомоги, що вказує на позитивне досягнення мети розробки та впровадження цієї системи.

Висновки

Таким чином встановлено, що під час впровадження інтегративно-диференційованої системи надання офтальмологічної допомоги населенню спостерігається більш раціональне використання наявних кадрових ресурсів за рахунок: - зміни та розширення їх функціональних обов'язків в межах їх кваліфікації та категорійності; - перерозподілу штатів між структурно-функціональними підрозділами медичної установи без значного збільшення їх кількості; - інтенсифікації праці. За рахунок цього протягом 1996-2001 року вдалось збільшити кількість хворих, яким надана спеціалізована та

високоспеціалізована допомога, підвищити кваліфікацію працівників всіх рівнів, впровадити в практичну офтальмологію нові, високотехнологічні методи ранньої діагностики, лікування та вторинної профілактики сліпоти та слабкості (ФАГ, факоемульсифікацію, вітреоретинальну хірургію, лазерну коагуляцію). Крім того, вдалось покращити умови праці медичних працівників всіх рівнів кваліфікації, забезпечити їх участь у прийнятті управлінських рішень, підвищити рівень їх мотивації до більш ефективної та інтенсивної праці, тощо.

Таким чином, інтегративно-диференційована модель надання офтальмологічної допомоги населенню України, що впроваджене, має високу ефективність та вагому підтримку її використання серед медичних працівників, що дозволяє рекомендувати її подальше використання у практичній офтальмології та практиці організації охорони здоров'я в Україні.

Список літератури

1. *Нагорна А.М. Степаненко А.В., Морозов А.М.* Проблеми якості в охороні здоров'я. - Кам'янець-Подільський, 2002. - 384 с.
2. *Подрушняк В.Б.* Обґрунтування та розробка кваліфікаційних критеріїв у системі професійної підготовки і використання медичних кадрів в охороні здоров'я: Автореф. дис...к-та мед. наук: 14.02.03 / Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця. - К, 2002. - 20 с.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОДГОТОВКИ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ ПРИ ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В РАМКАХ ИНТЕГРАТИВНО-ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ МОДЕЛИ

С.А. Рыков

Эффективность использования кадрового потенциала изучалась на основании следующей информации: динамика количества и нагрузка на персонал, квалификация, её повышение медицинским персоналом, отношение медицинского персонала к работе в условиях новой организационной системы.

Данные обрабатывались методами параметрического анализа и сравнивались с использованием показателя наличия. Установлено, что во время реализации системы наблюдается более рациональное использование имеющихся кадровых ресурсов за счет: изменения и расширение их функциональных обязанностей (в рамках их квалификации и категоричности); перераспределения штатов между структурно-функциональными подразделениями медицинского учреждения без значительного увеличения их количества; интенсификации работы.

Таким образом, реализованная интегративно-дифференцированная модель оказания офтальмологической помощи населению Украины, имеет высокую эффективность и весомую поддержку среди медицинских работников, что позволяет рекомендовать систему для дальнейшего использования в практической офтальмологии.

EFFECTIVENESS OF TRAINING AND USAGE OF STAFF FOR PROVISION OF OPHTHALMOLOGIC ASSISTANCE TO PEOPLE IN THE FRAMEWORK OF INTEGRATIVE DIFFERENTIATIVE ORGANIZATIONAL MODEL

S.O. Rykov

Effective usage of the staff potential was studied basing on the following information: quantity dynamic and load on health personnel, qualification, raising level of health personnel skills, attitude of the health personnel to the work in conditions of the new organizational system.

The data was processed by methods of parametric analysis and was compared using illustrative index

It is ascertained that during realization of the system one can observe more rational usage of available staff resources at the cost of changing and extending their functional duties (within their qualification and categoricity); staff repartition between structure functional departments of the medical institution without significant increase of their number; work intensification.

Thus, realized integrative differentiative system of ophthalmologic assistance rendering to the population of Ukraine has high efficiency and considerable support among medical personnel which allows recommending the system for further usage in practical ophthalmology.

УДК 616-082(085.75):001.13

Н.Є. ФЕДЧИШИН (Тернопіль)

СОЦІАЛЬНІ ЗАКОНОМІРНОСТІ ГОСПІТАЛІЗОВАНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТА ЛІКАРНЯНОЇ ЛЕТАЛЬНОСТІ ВІД ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачовського

За даними офіційної статистики, останнім часом в Україні спостерігається критичне зростання рівня захворюваності та смертності населення від серцево-судинних захворювань. У 2002 році частка померлих від цієї причини склала 61,3%.

Особливе місце серед хвороб системи кровообігу займає гострий інфаркт міокарда, медико-соціальна значимість якого полягає в істотному поширенні його серед осіб працездатного віку та помітному зростанні рівня смертності від нього у всіх вікових групах.

Для вивчення вікових та соціальних особливостей захворюваності та летальності від інфаркту міокарда нами проведено аналіз "Статистичних карт вибулого із стаціонару" /ф.066/о/ всіх 237 хворих, які лікувались в кардіологічному відділенні Тернопільської обласної клінічної лікарні з приводу гострого інфаркту міокарда у 2002 році. Відбір інформації проводився шляхом викопіювання необхідних даних.

Попередній аналіз результатів дослідження підтверджує дані наукової літератури стосовно переважного поширення інфаркту міокарда серед чоловіків. Із 237 вибулих хворих 75,53 % склали чоловіки і 24,47 % - жінки. За віковими групами розподіл виглядав таким чином: 20-39 р. – 2,95 %; 40-49 р. – 12,66 %; 50-59 років – 19,83 %; 60-69 р. – 32,49 %; 70 і старші – 32,07 %. Має місце чітка тенденція зростання захворюваності з кожною наступною віковою групою.

Сільські мешканці становили 64,13 % всіх обстежених, міські – 35,87%. Значна перевага сільського населення в даному випадку ще раз

підтверджує той факт, що у сільських мешканців хвороби системи кровообігу зустрічаються в 1,5-2 рази частіше порівняно з міськими, а також характеризує специфіку закладу, де лікувались хворі – обласна лікарня, основне призначення якої – надання спеціалізованої медичної допомоги саме цій категорії населення.

Спостерігаються сезонні коливання захворюваності на гострий інфаркт міокарда: підвищення у весняно-зимовий період з різким спадом у літні місяці. Найбільшу кількість випадків було зареєстровано у березні-травні /10,97-11,81 %/, а найменшу – у липні /4,64%/.

Показник лікарняної летальності від інфаркту міокарда склав 11,39%, серед чоловіків – 10,61% та серед жінок – 13,79%. Вищий рівень лікарняної летальності у жінок на фоні значної переваги у поширеності, навпаки, серед чоловіків, зумовлений, очевидно, більш важчим перебігом цієї хвороби у осіб жіночої статі. Установлено наявність прямого кореляційного зв'язку між сезонними коливаннями рівня захворюваності та лікарняної летальності: із збільшенням показника захворюваності у певні місяці збільшується і летальність.

Встановлені віко-статеві та соціальні закономірності захворюваності та летальності від інфаркту міокарда після подальшого поглибленого вивчення дадуть змогу розробити комплекс заходів, спрямованих на профілактику та раннє виявлення хворих з цією патологією, зниження смертності та летальності від інфаркту міокарда, а також прогнозувати обсяг та якість медичної допомоги цим хворим.

Список літератури

1. Гафаров В.В., Козел Н.Г., Архипенко І.А. 10-летний мониторинг заболеваемости, смертности, летальности от инфаркта миокарда и мозгового инсульта // Терапевт. архив. – 1993. – №4. – с. 9-13.
2. Дорогий А.П. Сьогоднішні проблеми кардіологічної служби України // Практич. медицина. – 1998. – ч. 5-6. с. 8-14.
3. Бобров В.О., Дорогий А.П. Стан кардіологічної служби в Україні та шляхи її подальшого удосконалення // Український кардіологічний журнал. – 1996. – №2. – с. 5-7.

4. Корнацький В.М. Медико-соціальна значимість серцево-судинних захворювань в стані здоров'я населення України в сучасних умовах // Вісник наукових досліджень. – 2000. - №3. – с. 34-38.
5. Коваленко В.М., Криштопа Б.П., Корнацький В.М. Проблеми здоров'я та оптимізації медичної допомоги населенню України: Київ, 2002. – 202с.
6. Голяченко О.М., Сердюк А.М., Приходський О.О. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я. Джура, 1997. – 328 с.
7. Охромій Г.В. Деякі аспекти оптимізації профілактики інфаркту міокарда в умовах великого промислового міста // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2000. - №1. – с. 102-104.
8. Охромій Г.В. Методика підбору виду програми реабілітації хворим, які перенесли гострий інфаркт міокарда / / Мед. перспективи. – 1997. - №2. – с. 19.
9. Оганов Р.Г. Перспективы развития исследований по предупреждению сердечно-сосудистых заболеваний // Кардиология. – 1991. - №5. – с. 5-7.

СОЦІАЛЬНІ ЗАКОНОМІРНОСТІ ГОСПІТАЛІЗОВАНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТА ЛІКАРНЯНОЇ ЛЕТАЛЬНОСТІ ВІД ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА

Н.Є. Федчишин (Тернопіль)

Проведено аналіз госпіталізованої захворюваності та лікарняної летальності від гострого інфаркту міокарду за даними обласної лікарні, яка уособлює вищий рівень надання спеціалізованої кардіологічної допомоги.

SOCIAL CONFORMITIES OF MYOCARDIAL INFARCTION ILLNESS AND LETHAL RATE THOSE HOSPITALIZED

N. Fedchyshyn (Ternopil)

The infarct sickness rate of those being hospitalized and hospital rate of lethal outcome (lethality) have been analyzed according to the data of region hospital – the institution that gives the highest level of specialized cardiology aid.

А.В. ПАТОВ (Дніпропетровськ)

ПИТАННЯ ОПТИМІЗАЦІЇ УПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ГОЛОВНОГО ЕКСПЕРТА ОБЛАСНОЇ СЛУЖБИ МЕДИКО- СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

Український Державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності

Докорінне реформування охорони здоров'я, яке відбувається в Україні на тлі кризових явищ у національній економіці й жорсткого дефіциту бюджетних коштів, спрямоване на оптимальний розподіл обмежених фінансових ресурсів і визначення пріоритетів розвитку галузі: орієнтацію на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги; комплексний профілактичний, соціальний, економічний та медичний підходи; багатоканальність її фінансування; поєднання державних гарантій з децентралізацією державного управління і розвитком регіонального самоуправління з урахуванням особливостей регіону [4, 9, 10]. У сучасному здійсненні реформ першочергового значення набуває оптимізація управління, яке в нових соціально-економічних умовах повинне характеризуватися науковістю, мобільністю, децентралізацією з делегуванням вищими органами управління своїм підлеглим певних управлінських функцій, зосередженню зусиль на стратегічному й тактичному напрямках, створенням надійного інформаційного та правового забезпечення для ефективного керівництва галуззю. Усі ці положення стосуються і перебудови управління службою медико-соціальної експертизи (МСЕ), яке посідає особливе місце в системі охорони здоров'я.

Якісні зміни в мережі служби МСЕ інвалідів відбулися у 90-ті роки з прийняттям Закону України від 21 березня 1991 р. № 875-12 "Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні", який закріпив новий понятійний зміст інвалідності, визначивши більш широкі її аспекти як біосоціального явища [3]. У структурі служби з'явилася нова управлінська ланка – обласний Центр (Бюро) МСЕ, введений Положенням про медико-соціальну експертизу, що дозволило використовувати в службі МСЕ області вертикальний спосіб управління з прямою підлеглистю Головному експерту (Головному лікарю) Центру МСЕ (схема) [11]. У свою чергу він підпорядковуєть-

ся безпосередньо по вертикалі начальнику Головного управління МСЕ МОЗ України й по горизонталі – начальнику відділу лікарсько-профілактичної допомоги обласного Управління охорони здоров'я. Оптимізація управління й організації служби МСЕ (Служби), великий вплив горизонтальних зв'язків полегшили розв'язання питань формування інфраструктури установ МСЕ, відбору, розстановки та підвищення кваліфікації кадрів, профілактики інвалідності та медичної реабілітації інвалідів [6].

Подальший розвиток економічних відносин в охороні здоров'я зовсім не торкнувся служби МСЕ, котра була і залишається бюджетною, що в умовах економічної кризи призвело до деструктивних процесів у галузі. Однак ринкові відносини в охороні здоров'я, подальше впровадження бюджетно-страхової медицини потребують реформування усєї системи охорони здоров'я, у тому числі МСЕ. Тому назріла необхідність у розробці конструктивної програми докорінних змін як у практичній діяльності МСЕК, так і в управлінні Службою.

Центр медико-соціальної експертизи очолюється Головним лікарем, який одночасно є головним спеціалістом з питань МСЕ – Головним експертом. Він призначається начальником управління охорони здоров'я обласної держадміністрації після узгодження з начальником Управління медико-соціальної експертизи МОЗ України і підпорядкований їм у своїй діяльності.

Діяльність Головного лікаря спрямована на управління, планування, організацію, координацію роботи служби МСЕ та контроль за її діяльністю. Він несе персональну відповідальність за всю діяльність Служби.

Головні лікарі центрів МСЕ забезпечують якісне проведення медико-соціальної експертизи в області, розробляють та беруть участь у виконанні заходів, спрямованих на оптимізацію медико-експертної допомоги населенню області. Вони забезпечують своєчасний та повний аналіз інвал-

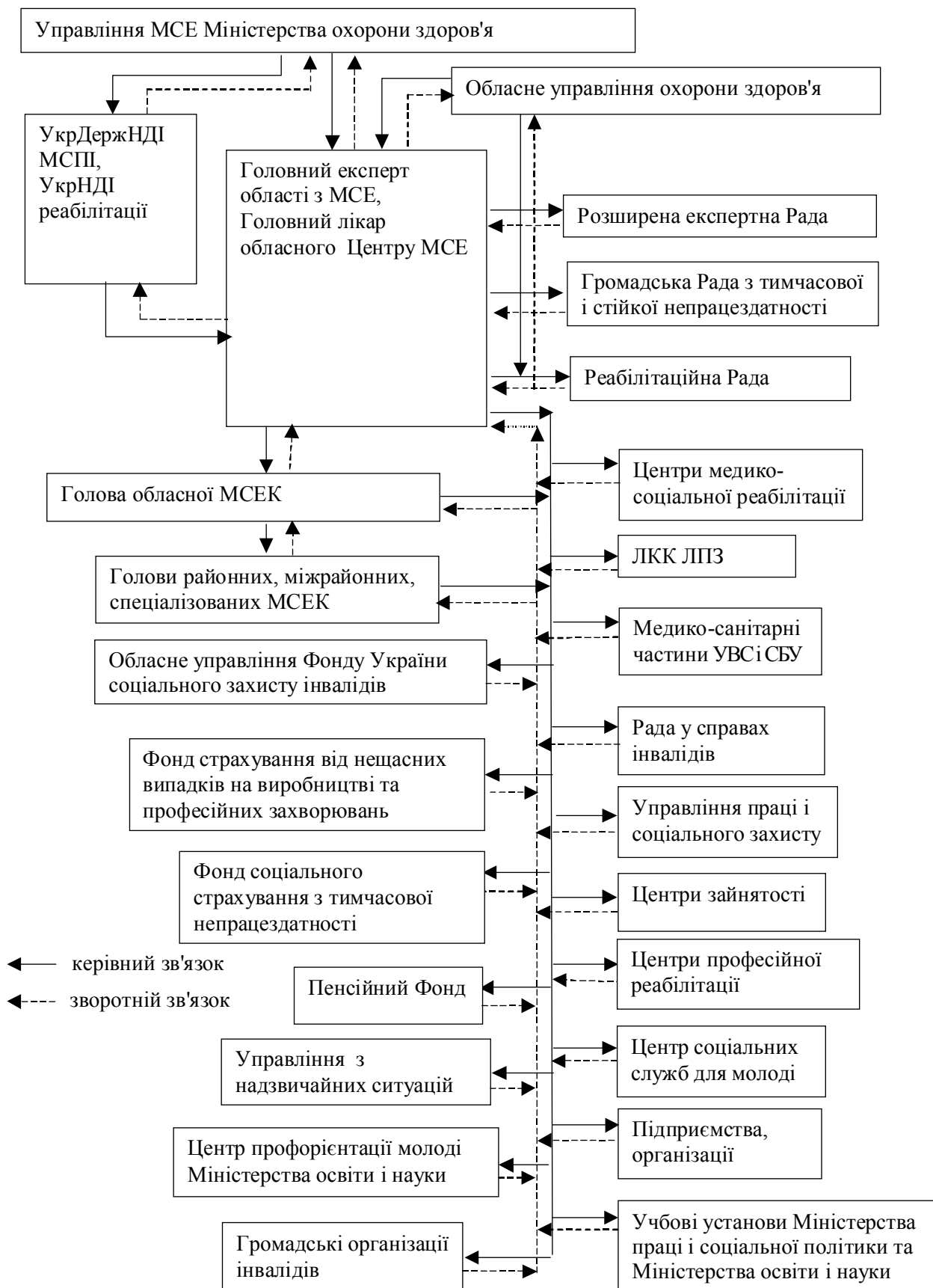


Схема службових професійно-функціональних зв'язків Головного експерта обласної служби медико-соціальної експертизи

ідності різних верств населення, інформують про стан справ усі зацікавлені служби та відомства, розробляють комплексні регіональні програми з профілактики та зниження інвалідності, з реабілітації інвалідів, а також координують зусилля адміністрації області, управлінь охорони здоров'я, соціального забезпечення, фондів та громадських організацій з вирішення цих питань.

Згідно з п.17 Положення про медико-соціальну експертизу, для координації діяльності органів МСЕ призначається вивільнений Головний експерт при наявності 5 обласних медико-соціальних експертних комісій (МСЕК); при меншій кількості обласних МСЕК його обов'язки покладаються на голову однієї з комісій [11]. У дуже великих областях, наприклад Донецькій, посади Головного експерта служби МСЕ і Головного лікаря Центру МСЕ навіть були розділені через значний обсяг роботи.

Українським Державним НДІ медико-соціальних проблем інвалідності (УкрДержНДІМСПІ) була розроблена чинна посадова інструкція Головного експерта області, затверджена Управлінням МСЕ МОЗ України [5].

Для виконання своїх посадових функцій Головний експерт повинен бути висококваліфікованим фахівцем з клінічної спеціальності, досконало знати медико-соціальну експертизу, основи реабілітації, психології, деонтології, законодавчі документи з питань МСЕ, реабілітації, пільг інвалідів, мати високі моральні якості: чесність, принциповість, великі організаторські здібності. Головний експерт повинен мати стаж роботи з основної клінічної спеціальності не менше восьми років, з медико-соціальної експертизи – не менше п'яти років та вищу кваліфікаційну категорію.

Посадові функції Головного експерта містять:

- організацію консультативної, методичної, контролюючої роботи обласних МСЕК у закріплених за ними первинних МСЕК;
- розподіл функціональних обов'язків між обласними МСЕК і їх співробітниками;
- організацію методичної і практичної допомоги лікарям районів, міст області з питань медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів;
- участь у розробці календарних і перспективних планів діяльності служби МСЕ, контроль за їх виконанням;
- розробку і участь у виконанні заходів щодо підвищення якості медико-соціальної допомоги населенню області, профілактики та зниження рівня інвалідності, а також медико-соціальної реабілітації інвалідів;
- контроль за веденням усієї необхідної документації, якістю подання звітів за формами

та у строки, встановлені Міністерством охорони здоров'я;

- контроль у межах своїх повноважень за поліпшенням соціального стану інвалідів та наданням їм пільг;

- аналіз рівня й динаміки інвалідності в області у порівнянні з показниками по Україні, а також у розрізі міст та районів порівняно до обласних показників;

- координацію роботи служби МСЕ з регіональними органами охорони здоров'я, соціального захисту населення, державною адміністрацією, обласним відділенням Фонду соціального захисту інвалідів України, центрами працевлаштування та профорієнтації населення, громадськими організаціями інвалідів;

- запровадження у практику Служби області наукових принципів і методів, розроблених галузевими науково-дослідними інститутами, узагальнення та поширення передового досвіду роботи;

- розробку перспективних та поточних планів підвищення кваліфікації фахівців МСЕК і контроль за його виконанням;

- організацію двотижневих семінарів з підвищення кваліфікації лікарів первинних МСЕК в обласних МСЕК, лікарів лікувально-профілактичних закладів – у первинних МСЕК загального профілю та спеціалізованих;

- планування підготовки резерву керівних кадрів МСЕК і контроль за його виконанням;

- організацію конференцій, нарад, семінарів разом з УкрДержНДІ МСПІ, обласним Управлінням охорони здоров'я, господарськими, профспілковими, громадськими організаціями з питань профілактики інвалідності, медико-соціальної реабілітації та адаптації інвалідів;

- організацію і контроль за вивченням працівниками МСЕК директивних, інструктивних та методичних матеріалів з медико-соціальної експертизи;

- надання інформації до обласного Управління охорони здоров'я, обласної держадміністрації та Ради народних депутатів про невідкладні проблеми служби МСЕ, інвалідності населення області та її регіонів, а також про заходи з профілактики та зниження інвалідності, реабілітації інвалідів;

- особистий прийом громадян з питань медико-соціальної експертизи.

На сучасному етапі реформування охорони здоров'я суворі вимоги ставляться як до професійних, так і до особистих якостей працівників, які займають керівні посади у галузі, оскільки поряд з медичною діяльністю, що сама по собі пов'язана з підвищеною відповідальністю й емо-

ційною напруженістю, їхня робота потребує аналізування великого обсягу інформації (часто при відсутності часу, необхідності прийняття нестандартних рішень, нерегулярності робочого навантаження, конфліктних ситуаціях), професійної та загальної ерудиції, організаторських і ділових якостей, вміння працювати з людьми, тощо [12]. У зв'язку з цим все більша увага приділяється соціально-професійній характеристиці медичних працівників керівної ланки [7, 8].

Нами було проведено соціологічне дослідження організації, змісту діяльності і професійного портрету головних експертів областей України на підставі анкетування за спеціально розробленою анкетною й інтерв'ювання 22 головних лікарів Центрів МСЕ, серед яких 6 – вивільнених, 16 – невивільнених головних експертів.

Аналіз отриманих матеріалів показав, що при формуванні штату головних експертів за статтю перевага надавалась чоловікам. Виявлено досить великий прошарок осіб пенсійного віку (більше 30%), що потребує приділення уваги створенню та підготовці резерву головних експертів. Крім того, особливістю роботи деяких головних експертів пенсійного віку з багаторічним перебуванням на цій посаді є певний консерватизм, опір новим організаційним формам діяльності.

Більша частина експертів представлена фахівцями з основних клінічних спеціальностей, має значний досвід роботи за медичним фахом, у медико-соціальній експертизі та на посаді головного експерта. Однак половина опитуваних (13 осіб, що складає 52%) працюють на цій посаді трохи більше п'яти років (Полтавська, Івано-Франківська, Хмельницька, Волинська, Чернівецька, Запорізька, Сумська, Луганська області). Не всі головні експерти відповідають кваліфікаційним посадовим вимогам: 24% мають першу, 4% – другу кваліфікаційну категорію, 4% не мають її зовсім; 32% опитуваних потребують підвищення кваліфікації з медико-соціальної експертизи та медичної спеціальності.

Зазнають різних труднощів у роботі 68% респондентів (17 чол.): на дефіцит фінансування служби МСЕ поскаржилися 11 чол. (44%); на труднощі у виділенні приміщень для Центрів МСЕ – 7 чол. (28%); у виділенні та використанні автотранспорту – 5 чол. (20%); труднощі у взаємовідносинах з обласним Управлінням охорони здоров'я, головними лікарями лікарень, на базі яких розташовуються МСЕК, виникають у 4% опитуваних.

Як складні питання МСЕ респондентами були відзначені: особливості медико-соціальної експертизи осіб, які постраждали від аварії на ЧАЕС; визначення відсотків втрати працездатності у військовослужбовців, співробітників УВС, проку-

ратури; визначення відсотків втрати працездатності через профзахворювання та трудове каліцтво; визначення показань до протезування, забезпечення автотранспортом.

У своїй практичній діяльності з МСЕ головні експерти координують роботу з місцевими органами охорони здоров'я, соціального захисту, обласною держадміністрацією, Радами народних депутатів, Фондом соціального захисту інвалідів, Пенсійним фондом, Фондами соціального страхування від нещасних випадків на виробництві і з тимчасової непрацездатності, центрами професійної орієнтації та працевлаштування, громадськими організаціями інвалідів, Союзом Чорнобиля, з благодійними фондами, адміністраціями підприємств та організацій. Як з'ясувалося, питання МСЕ заслуховуються досить регулярно обласними Управліннями охорони здоров'я в усіх регіонах України: на колегіях, апаратних нарадах, медичних радах. Накази обласних Управлінь охорони здоров'я з питань МСЕ видаються в усіх областях за результатами діяльності служби МСЕ та показниками інвалідності за рік – щорічно; від одного до трьох наказів на рік – з питань якості МСЕ, у тому числі чорнобильців, якості документації, яку подають лікарсько-контрольні комісії на МСЕК, з питань реабілітації інвалідів, організації МСЕ, з питань інвалідності при травмах, професійних захворюваннях, онкопатології, захворюваннях серцево-судинної системи.

Зв'язок головних експертів областей із заступниками головних лікарів з експертизи тимчасової непрацездатності (чи особами, які виконують ці обов'язки) здійснюється при застосуванні таких форм, як Дні експерта, спільні семінари, наради, конференції, Дні фахівців, профільні конференції, спільні розширені засідання експертних комісій (в Автономній Республіці Крим – Республіканська експертна Рада); стажування голів ЛКК на базі обласних Центрів МСЕ.

Майже 76% головних експертів (19 чол.) активно підтримують зв'язки з УкрДержНДІМСПІ та УкрНДІ реабілітації (м. Вінниця). Видані інститутами методичні рекомендації і вказівки використовуються на місцях щоденно у робочому порядку при проведенні оглядів, а також на нарадах, медичних Радах, Днях експерта. Слід відзначити, що в УкрДержНДІМСПІ постійно проводиться рейтингова оцінка інститутських наукових і методичних видань з їх використання в практиці надання медико-соціальної експертної і реабілітаційної допомоги інвалідам, у тісному контакті вивчаються побажання головних експертів областей щодо роз'яснення й доопрацювання окремих складних питань МСЕ, що потім враховується при плануванні тематики науково-дослідної роботи інституту. На сьогодні визнані

й широко використовуються науково-методичні розробки інституту з організації праці й посадових обов'язків лікаря-експерта МСЕК, реабілітолога МСЕК, організації і методології професійної реабілітації інвалідів, організації медичної реабілітації інвалідів внаслідок серцево-судинних, неврологічних, бронхо-легеневих захворювань. Головні експерти звертаються до інституту за консультаціями найчастіше з таких питань: особливості МСЕ для осіб, постраждалих від аварії на ЧАЕС; при захворюваннях нервової системи (дисциркуляторна енцефалопатія); при психічних захворюваннях, зокрема при шизофренії; захворюваннях хребта та суглобів; хворобах кістково-м'язової системи; хронічній венозній недостатності; хронічній нирковій недостатності; захворюваннях серцево-судинної системи; з організації роботи обласної МСЕК; соціальних чинників встановлення груп інвалідності. При проведенні анкетування вони висловили побажання про розробку в УкрДержНДІМСПІ правових питань соціального та юридичного захисту інвалідів, а також працівників служби МСЕ для випадків розв'язання конфліктів, що виникають, у судовому порядку; про видання у вигляді збірника чинних законодавчих документів з питань МСЕ і проблем інвалідності.

Аналіз отриманих даних довів, що від діяльності головного експерта області, визначеної його особистими професійними та діловими якостями, у певній мірі залежать організація, управлінські зв'язки, узгоджене функціонування усієї регіональної служби МСЕ. Нами розроблена оптимальна функціонально-організаційна модель обласного Центру (Бюро) МСЕ й визначені центри, що можуть вважатись зразковими в Україні (Херсонська, Дніпропетровська області), які на сьогодні є школою передового досвіду в галузі МСЕ й навчальною базою для удосконалення лікарів ЛКК, міжрайонних і спеціалізованих МСЕК [1].

В управлінні службою МСЕ на регіональному рівні наявні усі компоненти системи управління – організація, планування, координація, мотивація, контроль. Ці функції містять: затвердження структури та функцій, схеми взаємозв'язків між підрозділами; регламентацію функцій, робіт і операцій, прав і обов'язків службових осіб; розробку і затвердження положень та інструкцій, що регламентують роботу окремих підрозділів або види робіт; підбір, розстановку кадрів і формування штатів працівників, підвищення їхньої кваліфікації, проведення атестацій. Для більш успішного функціонування регіональної служби МСЕ, досягнення її найбільшої гнучкості й мобільності у вирішенні стратегічних проблем інвалідності, в останні роки поширюються тенденції децентрал-

ізації управління, відмови від командно-адміністративних принципів, збільшення ваги зворотних зв'язків, взаємодії, видів колегіальної роботи. Узгодженість і оперативність діяльності регіональної служби МСЕ набагато залежать від делегування головним експертом керівникам своїх підлеглих підрозділів (головам обласних МСЕК) повноважень щодо прийняття управлінських рішень з деяких питань, за винятком лише фінансових і кадрових.

Взагалі, підбір і розстановка кадрів, виховання не тільки окремих співробітників МСЕК, але і формування колективу людей, які вступають у різні виробничі відносини, є дуже важливим у медико-соціальної експертизи. Впровадження теорії управління у формуванні головним експертом колективів МСЕК матиме свої позитивні результати. Потрібно надавати перевагу середньому поколінню, яке має досить великий досвід роботи, але не таке консервативне, як старше. Однак в обласних Центрах МСЕ ще мало уваги приділяється питанням формування резерву та підготовки кадрів, особливо керівників – головного експерта, голів МСЕК.

Підбір і розстановка кадрів головних експертів з урахуванням територіальних рекомендацій та галузевих вимог відображає важливий і складний процес формування системи управління, є одним з методів організаційно-розпорядчого впливу. Підбір кадрів головних експертів є найважливішим завданням обласного Управління охорони здоров'я, оскільки на регіональному рівні полегшується процес визначення їх придатності для виконання функціональних обов'язків на цій посаді. На регіональному рівні підбір головного експерта частіше здійснюється з числа головних фахівців міського відділу охорони здоров'я, провідних фахівців лікувально-профілактичних закладів; на галузевому рівні, що проводить Управління МСЕ, – з числа голів МСЕК. У першому випадку до служби приходять нова людина, клініцист, який має досвід організаторської роботи, але без знань медико-соціальної експертизи. Ці фахівці досить легко адаптувалися на посаді головного експерта, засвоїли медико-соціальну експертизу, а ділові зв'язки використовували для організації служби МСЕ, роботи з профілактики інвалідності та реабілітації інвалідів, координування її діяльності з органами охорони здоров'я, у вирішенні питань фінансування, оснащення Служби (приміщення, м'який та твердий інвентар, ЕОМ) та підбору кадрів. Досвід показав, що головні експерти деяких областей, інколи навіть менше відповідні посадовим вимогам за своєю кваліфікацією та досвідам роботи за фахом, які були представниками регіональних органів охорони здоров'я, в наш

важкий час змогли досягти значних успіхів у справі її реформування, адаптації до зміни умов завдяки своїм організаторським здібностям.

В іншому випадку підбір головного фахівця здійснюється з числа голів МСЕК з реального резерву головного експерта за рахунок розстановки кадрів із контингенту, який склався з урахуванням відповідних вимог та завдань, що стоять перед Службою. Головний експерт, підібраний у такий спосіб, володіє досконалими знаннями і досвідом роботи у медико-соціалній експертизі, службі МСЕ, але відчуває спочатку труднощі в контактах на регіональному рівні, у зв'язку з чим зволікаються інколи вирішення питань фінансування, виділення приміщень, оснащення комісій у відповідності до сучасних вимог, а в окремих випадках – навіть на введення обов'язкових, передбачених Положенням про МСЕ, посад. У вирішенні цих питань на регіональному рівні значну роль відіграють особисті стосунки. У деяких областях складні взаємовідносини тривають до останнього часу і супроводжуються заміною головного експерта.

Таким чином, Головний експерт є ключовою особою в ієрархічній мережі обласної служби медико-соціальної експертизи, він чинить великий вплив на організацію, планування, координацію роботи Служби та контроль за її діяльністю. Як сучасний керівник-лікар, він повинен досконало володіти системною методологією і вміти застосовувати її в своїй управлінській практиці, ґрунтовно формулювати кінцеві цілі й проміжні завдання, приймати оптимальні, переважно нестандартні, управлінські рішення та забезпечувати їх реалізацію, володіти основами комплексного управління персоналом, делегувати, в разі необхідності, свої обов'язки, повноваження, відповідальність, вміти активно залучати до управлінських проблем громадські організації, позаштатні управлінські структури і формування [3]. Отже, особистість Головного експерта, його авторитет в медичних колах та суспільстві, кваліфікація, ініціативність, активність, комунікабельність, здібність організувати роботу, підтримувати певні виробничі стосунки сприяють вирішенню завдань регіональної служби медико-соціальної експертизи.

Список літератури

1. До питання щодо запровадження акредитації установ медико-соціальної експертизи /О.В.Сергієні, Л.І.Матвєєнко, М.І.Черненко, М.М.Чумаченко // Вісн. Дніпропетровського ун-ту. – Вип. 2 (Медицина і охорона здоров'я). – Дніпропетровськ: Вид-во Дніпропетр. ун-та, 2000.– С. 101–104.
2. Журавель В.И. Основы менеджмента в системе здравоохранения. – К., 1994. – С. 177.
3. Закон України від 21 березня 1991 р. № 875-12 «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» // Іпатов А.В., Сергієні Е.В., Сулеєва Л.К. Проблеми оптимізації управління і вопросы гуманізації в області медико-соціальної експертизи // Сучасні проблеми гуманізації та гармонізації управління: Матеріали конф. – Харків, 2001. – С. 177–178.
5. Іпатов А.В. Напрямки реформування первинної медико-санітарної допомоги в Україні (монографія). – Дніпропетровськ: Пороги, 2000.– С. 3–9.
6. Литвинова О.Н., Бондаренко В.В. Психологічний та професійний портрет керівників системи охорони здоров'я України базового рівня // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2001. – № 3. – С. 87–88.
7. Литвинова О.Н., Перебейнос П.Л. Соціальна, психологічна та професійна характеристика керівників системи охорони здоров'я України базового рівня // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2001. – № 1. – С. 49–50.
8. Москаленко В.Ф. Програма діяльності Кабінету Міністрів України: завдання охорони здоров'я на межі століть // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2000. – № 2. – С. 17–19.
9. Москаленко В.Ф., Пономаренко В.М. Концепція розвитку охорони здоров'я – стратегія реформування галузі / Лікар. справа. Врачеб. дело. – 2001. – № 1. – С. 3–9.
10. Іпатов А.В., Сергієні О.В., Войтчак Т.Г. та ін. Терміни та поняття у медико-соціалній експертизі. – Дніпропетровськ, 2001. – Вип. 1. – С. 61–69.
11. Постанова Кабінету Міністрів України від 22 лютого 1992 р. “Про затвердження Положення про медико-соціалну експертизу і Положення про індивідуальну програму реабілітації та адаптації інваліда” // Уряд. кур'єр. – 1992, 03, № 12.
12. Шевченко А.М., Яворський О.П., Гончарук Г.О. та ін. Гігієна праці. – К.: Інфотекс, 2000. – С. 56.

ВОПРОСЫ ОПТИМИЗАЦИИ УПРАВЛЕНЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГЛАВНОГО ЭКСПЕРТА ОБЛАСТНОЙ СЛУЖБЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫА.В. Ипатов (*Днепропетровск*)

Всесторонне рассматриваются аспекты организационной и управленческой деятельности Главного эксперта областной службы медико-социальной экспертизы с учетом его должностных функций, служебных связей и отношений на современном этапе реформирования здравоохранения, когда оптимизация управления приобретает первоочередное значение. На основании результатов анкетирования и интервьюирования определены социолого-профессиональные характеристики и личностные требования к руководителям, возглавляющим службы медико-экспертной помощи населению Украины на региональном уровне. Показано, что подготовка, подбор и размещение кадров главных экспертов на местах отражает процесс формирования системы управления в отрасли медико-социальной экспертизы и является одним из методов организационно-административного воздействия на качество и согласованность функционирования ее региональных звеньев.

ON OPTIMIZATION OF MANAGERIAL FUNCTIONS OF THE CHIEF-EXPERT OF PROVINCIAL DIVISION OF MEDICAL AND SOCIAL EXPERTIZE SERVICEA.V. Ipatov (*Dnepropetrovsk*)

Various aspects of organizing and managerial activity of Chief Experts in provincial medical-social expertize service divisions are considered including their positional functions, business ties and relations at the modern stage in reforming Ukrainian Health Care System, when optimal management is outmost important. The obtained interview data on determination of sociological and professional characteristics and personal requirements to managers of regional divisions of medical and social service have been presented. Individual selection, training and local arrangement of the Chief-Experts are shown to reflect process of forming management system in the medical and social examination service and to be one of important conditions for maintenance of integrative and qualitative functioning of its regional divisions.

УКД 614.21.004

Л.М. РОМАНЮК (Тернопіль)**ІНФОРМАЦІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ УПРАВЛІННЯ
СТАЦІОНАРНОЮ ДОПОМОГОЮ**

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Стаціонарна медична допомога в Україні сьогодні, поряд із реорганізацією інших ланок системи медичної допомоги, переживає період суттєвих структурно-функціональних змін.

З метою вдосконалення мережі лікарняних закладів останнім часом у галузі було здійснено вагоме скорочення надмірного ліжкового фонду, зменшилися його потужності, переглянуто штатно-нормативні бази лікарень (наказ № 33

МОЗ України від 23.02.2000р.), впроваджено стандарти якості надання медичної допомоги.

Стаціонарна медична допомога була і залишається найбільш вартісним видом медичної допомоги: на утримання стаціонарів витрачається більша половина бюджетних коштів. Тому зараз, в умовах вкрай незадовільного фінансування галузі, особливо важливим є систематичне проведення статистичного аналізу діяльності стаціона-

ру з метою забезпечення його економічної ефективності.

Управлінському персоналу лікарень необхідно постійно аналізувати показники використання ліжкового фонду і активно впливати на роботу ліжок, їх раціональне використання. Доцільно, щоб статистичним аналізом діяльності стаціонару займалися не лише заступники головних лікарів з лікувальної роботи, але й завідувачі відділеннями.

Статистичному аналізу повинні бути піддані такі основні показники.

$$1. \text{ Забезпечення населення лікарняними ліжками} = \frac{\text{Число середньорічних ліжок}}{\text{Середньорічна чисельність населення}} \cdot 10000$$

Цей показник за останні роки має чітку тенденцію до зниження:

1995р. – 131,5; 1997р. – 94,0; 1999р. – 89,9; 2001р. – 88,7

Показник можна обчислити окремо для сільських і міських мешканців, а також визначити коефіцієнт забезпечення населення ліжками за окремими профілями.

Тісно пов'язана із забезпеченістю ліжками середня потужність різних типів лікарняних установ:

$$\text{Потужність} = \frac{\text{Сума ліжок в установах певного типу}}{\text{Число установ даного типу}}$$

У 2001 році середня потужність лікарняних закладів України була такою: обласні лікарні – 852 ліжок; центральні районні лікарні – 226; міські – 186 і дільничні лікарні – 16 ліжок.

2.

$$\text{Рівень госпіталізації населення} = \frac{\text{Число вибулих із стаціонару хворих}}{\text{Середньорічна чисельність населення}} \cdot 1000$$

Показник також має тенденцію до зниження:

1990р. – 224,0; 1996р. – 202,6; 1999р. – 192,1; 2001р. – 196,7

Майже кожен п'ятий мешканець України щорічно госпіталізуються у стаціонари різного типу, що свідчить в першу чергу про слабкість амбулаторно-поліклінічної ланки, недостатньо прискіпливий відбір хворих на госпіталізацію, незадовільний рівень використання стаціонарозамінних форм лікування.

3.

$$\text{Зайнятість ліжка} = \frac{\text{Число проведених хворими ліжко-днів}}{\text{Число середньорічних ліжок}}$$

Нормативна зайнятість ліжка становить 340 днів за виключенням інфекційного (280 днів) та пологового (300 днів) ліжок.

Динаміка зайнятості ліжка в Україні:

1996р. – 302,7; 1997р. – 314,2; 1999р. – 324,5; 2001р. – 330,1

4.

$$\text{Пересічна тривалість перебування хворого на ліжку} = \frac{\text{Число проведених хворими ліжко-днів}}{\text{Число "користованих" хворих}}$$

В даному випадку використовуємо показник "користовані" хворі, що дозволяє більш реально відобразити пересічну тривалість перебування хворого на ліжку. Якщо в знаменнику показати лише вибулих хворих, то залишаються поза увагою хворі, які перебували в стаціонарі на кінець року, коли ж показати число тих, що поступили, втрачаємо хворих, які перебували на початку року.

$$\text{"Користовані" хворі} = \frac{\text{Число тих, що поступили} + \text{вибулі хворі}}{2} = \frac{(\text{виписані} + \text{і померлі})}{2}$$

Це дуже важливий показник, оскільки він характеризує оперативність роботи стаціонару, рівень організації та управління.

Незважаючи на проведення структурних та функціональних заходів, спрямованих на інтенсифікацію та раціоналізацію використання ліжкового фонду, в Україні все ще залишаються високими пересічні терміни лікування хворих у стаціонарі:

1996р. – 16,8 дня; 1999р. – 15,1; 2001р. – 14,63.

Рівень госпіталізації та пересічну тривалість перебування хворого у стаціонарі доцільно визначати та аналізувати в розрізі окремих захворювань, вікових та статевих груп, серед сільської та міської людності.

$$\text{Рівень госпіталізації з приводу хвороб системи кровообігу} = \frac{\text{Число вибулих із стаціонару хворих з хворобами системи кровообігу}}{\text{Середньорічна чисельність населення}} \cdot 1000$$

$$\text{Пересічна тривалість перебування хворого на ліжку з приводу хвороб системи кровообігу} = \frac{\text{Число ліжко-днів, проведених хворими з приводу хвороб системи кровообігу}}{\text{Число вибулих із стаціонару хворих з хворобами системи кровообігу}}$$

Можна визначити також частку хворих, що госпіталізуються з приводу певного захворювання із їхньої загальної чисельності:

$$\text{Частка хворих, що були госпіталізовані з приводу гіпертонічної хвороби} = \frac{\text{Рівень госпіталізації з приводу гіпертонічної хвороби}}{\text{Рівень загальної захворюваності гіпертонічною хворобою}} \cdot 100$$

5

$$\text{Обіг ліжка (функція)} = \frac{\text{Зайнятість ліжка}}{\text{Пересічна тривалість перебування хворого на ліжку}}$$

Обіг ліжка показує кількість хворих, що лікувались на 1 лікарняному ліжку протягом року. Показник має прямопропорційну залежність стосовно зайнятості ліжка і оберненопропорційну залежність до пересічної тривалості перебування хворого на ліжку. Збільшуючи зайнятість лікарняного ліжка і скорочуючи пересічну тривалість перебування можна досягти збільшення показника обігу ліжка і тим самим поліпшити доступність стаціонарної допомоги в умовах скорочення ліжкового фонду. У 1999р. цей показник складав в Україні у обласних лікарнях – 25.6, ЦРЛ – 26.4, міських – 25,4 і в дільничних – 23.8.

6.

$$\text{Лікарняна летальність} = \frac{\text{Число померлих хворих в стаціонарі}}{\text{Число виписаних та померлих хворих}} \cdot 100$$

Показник обчислюється в цілому по лікарні (відділенні) і по кожній хворобі. На величину показника суттєво впливає структура та віковий склад хворих. Аналізуючи лікарняну летальність загалом, слід пам'ятати, що її ріст не завжди негативно характеризує діяльність закладу. Навпаки, із збільшенням загальної лікарняної летальності на фоні росту загальної смертності населення, збільшується частка охоплення стаціонарною допомогою важких хворих. Інший підхід повинен бути до оцінки лікарняної летальності по окремих хворобах. В даному випадку ріст лікарняної летальності може свідчити про недоліки в процесі лікування хворих.

Аналізуючи діяльність стаціонарів хірургічного профілю, необхідно, крім вищенаведених

1.

$$\text{Кількість оперативних втручань на 10000 осіб} = \frac{\text{Кількість операцій в стаціонарі}}{\text{Середньорічна чисельність населення}} \cdot 10000$$

2.

$$\text{Хірургічна активність} = \frac{\text{Число вибулих прооперованих хворих}}{\text{Загальне число вибулих хворих з відділень хірургічного профілю}} \cdot 100$$

3.

$$\text{Післяопераційна летальність} = \frac{\text{Число хворих, померлих після операцій}}{\text{Число вибулих оперованих хворих}} \cdot 100$$

4.

$$\text{Частка післяопераційних ускладнень} = \frac{\text{Число оперованих хворих, що мали ускладнення}}{\text{Число вибулих оперованих хворих}} \cdot 100$$

5.

$$\text{Частка планових операцій} = \frac{\text{Число проведених планових операцій}}{\text{Число всіх операцій}} \cdot 100$$

6.

$$\text{Структура оперативних втручань} = \frac{\text{Число резекцій шлунку}}{\text{Число всіх оперативних втручань}} \cdot 100$$

7.

$$\text{Пересічне число операцій, що приходить на 1 зайняту посаду хірурга} = \frac{\text{Число операцій, проведених в стаціонарі хірургами}}{\text{Число зайнятих посад хірургів в закладі, за виключення зайнятих посад в поліклініці (амбулаторії)}} \cdot 100$$

визначати і оцінювати такі специфічні показники.

Таким чином, сьогодні, в умовах скорочення ліжкового фонду лікарняних закладів України, управлінському персоналу слід постійно аналізувати статистичні показники діяльності стаціонару з метою забезпечення ефективного використання дороговартісного стаціонарного лікування.

Висновки

1. Стаціонарна медична допомога сьогодні в Україні, незважаючи на проведені певні кількісні та якісні зміни в її функціонуванні, характеризується низькою економічною ефективністю, про що свідчать все ще надмірні терміни перебування хворого на лікарняному ліжку, високий рівень госпіталізації, низька зайнятість ліжка по окремих профілях.
2. Для забезпечення подальшої раціоналізації та інтенсифікації лікарняної допомоги, ефективного використання наявного ліжкового фонду слід удосконалити, в першу чергу, процес управління галуззю шляхом систематичного прискіпливого аналізу основних показників діяльності стаціонару.
3. Статистичним аналізом діяльності стаціонару повинні займатись не тільки заступники головних лікарів з лікувальної роботи, але й завідувачі відділеннями.

Список літератури

1. Голяченко О.М., Сердюк А.М., Приходський О.О. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я. – Тернопіль – Київ – Вінниця, 1997. – 328с.
2. Показники здоров'я населення та діяльність закладів охорони здоров'я/статистичні довідники за 1990-2001 р.р./ – МОЗ України
3. Пономаренко В.М. Стан стаціонарної медичної допомоги населенню України // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2000. - №1. – с.44-48

4. Романюк Л.М. Основні показники діяльності хірургічного стаціонару // Шпитальна хірургія. – 1998, - №2. – с.113-115 Информационное обеспечение управления стационарной помощью

ІНФОРМАЦІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ УПРАВЛІННЯ СТАЦІОНАРНОЮ ДОПОМОГОЮ

Л.Н. Романюк (Тернополь)

В статье освещены и проанализированы основные показатели деятельности стационара, необходимые руководителям учреждений здравоохранения для обеспечения эффективности управления стационарной помощью в условиях её реорганизации.

INFORMATION PROVISION IN MANAGEMENT OF DEPARTMENT CARE

L.N. Romanyuk (Ternopil)

Basic rates of department function concerned and analyzed in article, which are necessary for management of health care establishments, for providing of department care management's effectiveness in reorganization.

ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

УДК 616.692:615.212.7

В.В. БЕСПАЛЬКО (Кам'янець-Подільський)

ПРОБЛЕМИ СТАТЕВОГО РОЗВИТКУ ТА ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН

Кам'янець-Подільський державний педагогічний університет

Соціальні катаклізми, які переживає сучасне суспільство, в першу чергу знаходять своє відображення в молодіжному середовищі, здебільшого у гіпертрофованому вигляді. Це зумовлено низкою причин, пов'язаних із специфікою віку: суттєвими морфофункціональними змінами в період статевого дозрівання, труднощами соціалізації, відсутністю життєвого досвіду, несформованим світоглядом, юнацьким максималізмом. Тому ті негативні явища, які відбуваються в суспільстві, соціальні вади, у тому числі і нарко-

манія, є в значній мірі проблемою молоді, а також дітей та підлітків [1, 2].

Сучасний стан суспільства, як ніколи, сприяє масовому розповсюдженню соціальних вад, вродженню їх у наш побут, наш світогляд. Значне омолодження контингенту споживачів наркотиків і токсикантів пов'язане, в першу чергу, з кризою, що охопила країну в ідеологічній, духовній, економічній та інших сферах суспільного життя. Це призвело до руйнування існуючих ідеалів, стереотипів поведінки. Суттєво впливають на

наркологічну ситуацію і складні соціально-економічні умови існування більшості членів суспільства – різке падіння життєвого рівня значних верств населення, відчутне розшарування на бідних і багатих, зростання криміналізації, невпевненість у майбутньому, відсутність соціальних гарантій та соціальної захищеності [5].

Різкому загостренню проблеми наркоманії та токсикоманії в дитячому і підлітковому середовищі сприяє практика замовчування соціальної небезпеки цього явища, розрізненість дій медичних, соціальних, освітніх, правоохоронних закладів, правова інертність, прозорість кордонів тощо. Треба підкреслити, що однією із суттєвих причин неблагополуччя в дитячому та підлітковому середовищі є послаблення, а часто і відсутність, профілактичної роботи, гігієнічного виховання в навчальних закладах. Все це негативно впливає на підростаюче покоління, сприяє формуванню у значної частини молоді різноманітних форм антисоціальної поведінки, у тому числі і такої, як вживання наркотичних та токсичних речовин [4, 5, 6].

Слід зазначити, що, незважаючи на суттєві досягнення сучасної медичної науки, проблема лікування наркоманії залишається невирішеною. Результати багаторічних досліджень свідчать, що частота рецидивів після лікування хворих на наркоманію залишається значною ($75 \pm 0,5\%$) і багато авторів підкреслює, що за останні роки вона практично не змінюється.

Через складний економічний стан в нашій державі, недостатнє фінансування медицини взагалі і наркологічної служби зокрема, виникла потреба пошуку нових альтернативних шляхів та концепцій, які сприятимуть зменшенню кількості споживачів наркотиків. Тому ми поставили перед собою мету: вивчити чинники, що сприятимуть зменшенню кількості дітей та підлітків, які почнуть вживати наркотичні та психоактивні речовини, для подальшої розробки методів попередження збільшення кількості нових наркоманів.

В основу даної роботи лягли результати досліджень, проведених у 1997 — 2001 рр. в навчальних закладах (школах, гімназіях, СПТУ, технікумах, вищих навчальних закладах), а також серед контингенту постійних споживачів наркотичних речовин та токсикантів. Дослідження в навчальних закладах здійснювалось за допомогою анонімного анкетування, спеціальних співбесід. Всього проанкетовано та опитано 8600 осіб.

Дослідження в групі споживачів наркотичних речовин здійснювалось за допомогою комплексу психоклінічних та параклінічних методів. Всього обстежено 240 осіб, які постійно вживають наркотичні та психоактивні речовини. Контрольну групу склали 236 осіб, що не вживають психоактивних речовин.

Аналізуючи та верифікуючи отримані результати, можна з достовірністю ($P < 0,001$) констатувати, що в Україні невпинно зростає кількість осіб, які зловживають наркотичними та психоактивними засобами. Також достовірно ($P < 0,001$) спостерігається значне омолодження споживачів наркотиків з одночасним зменшенням кількості осіб, що негативно ставляться до цієї проблеми.

Значно зменшився вік початку наркотизації та вживання токсикантів. Якщо у 1997 р. він складав у середньому $14,8 \pm 0,2$ року, то у 2001 р. — $12,8 \pm 0,2\%$ ($P < 0,001$). Тобто можна констатувати, що наркоманія за останні чотири роки помолодшала на два роки. Що ж до токсичних речовин, то середній вік початку їх вживання у 1997 р. складав $14,2 \pm 0,1$ роки, а у 2001 р. — $12,6 \pm 0,2$ ($P < 0,001$). Тобто також спостерігається тенденція до омолодження, хоча і в меншій мірі. Омолодження контингенту починаючих наркоманів в дитячому середовищі значно небезпечніше явище, ніж аналогічна ситуація серед більш дорослих осіб. Численними дослідженнями доведено, що чим раніше особа розпочинає наркотизацію, тим важчі і непередбачуваніші її негативні наслідки. Вплив хімічної інтоксикації на несформований дитячий організм досить швидко призводить до деструктивних змін як у психічному, так і в соматичному стані. Це в свою чергу становить значну загрозу як для самого підлітка, так і для оточуючих.

За даними дисперсійного аналізу, ризик ранньої психопатизації особистості під впливом токсикантів складає $h^2 = 0,90 \pm 0,01$, що сприяє формуванню у дітей та підлітків крайніх проявів делінквентності $h^2 = 0,94 \pm 0,005$.

Наступною тенденцією, що спостерігається, є значне поширення спектру наркотичних та психоактивних речовин. Поява нових, більш сучасних, психоактивних препаратів і наркотичних речовин призводить до появи нових форм наркотичної залежності.

Якщо у 1997 році основними наркотичними препаратами були канабіоїди та екстракт опію – “макова соломка”, то сьогодні достовірно ($P < 0,001$) на перше місце виходять героїн, психоделічні препарати, “екстазі”, сучасні синтетичні токсиканти. Серед молоді особливо модними стали психоделічні препарати медичного призначення: кетамін, кеталар, каліпсол, кетанест. У 1997-1998 рр. вживання препаратів цієї групи ми практично не спостерігали. За останні два роки кількість споживачів цієї категорії психотропних речовин зросла на $18 \pm 0,2\%$ ($P < 0,001$).

Враховуючи високу наркогенність цих препаратів, відносну дешевизну, легку доступність, переважно внутрішньом’язовий шлях введення, існуючу думку про їх безпечність, можна очікува-

ти, що кетамінові наркоманії в дитячому та підлітковому середовищі в найближчому майбутньому займуть одне із перших місць у загальній структурі наркотизації. Небезпека поглиблюється ще й тим, що проблема кетамінової наркоманії у дітей та підлітків практично не вивчена.

Усе вищесказане здебільшого притаманне мешканцям міст. Наркоситуація в сільській місцевості зазнала менш суттєвих змін. Достовірно ($P < 0,001$) основними токсикантами там залишаються препарати канабісу – “кустарна маріхуана”, а також опіюїди, переважно у вигляді “екстракту опію”. Хоча і мешканцям сільської місцевості стає притаманним потяг до більш “модних” наркотичних речовин, особливо це стосується ситуації, коли міграційні процеси пов’язані з переїздом в місто.

Можна констатувати, що співвідношення за статеву ознакою серед споживачів наркотичних речовин зазнало кардинальних змін. Якщо у 1997 р. співвідношення між особами чоловічої та жіночої статі воно складало 4:1, то у 2000 р. – 1,6:1, а у віковій групі 17-18 років воно практично вирівнялось — ($P < 0,01$). Це небезпечно ще й тому, що у 100% випадків споживачами наркотиків є жінки репродуктивного віку. Враховуючи ту кількість ускладнень, що виникають під час вагітності та пологів не тільки у жінок-наркоманок, але й в осіб, які вживають психоактивні речовини епізодично, можна констатувати, що це безпосередньо впливає на погіршення репродуктивного здоров’я та демографічної ситуації в нашій державі [3,7,8,9]. Серед учнівської молоді ми також спостерігали тенденції до збільшення кількості осіб-споживачів наркотичних речовин з одночасним омолодженням цього контингенту. Причому специфіка навчального закладу накладає свій відбиток на кількісно-якісний показник наркотизації.

Практика численних досліджень закономірностей та тенденцій формування у підлітків і молоді відношення до психоактивних речовин дозволяє нам зробити припущення, що найбільш інформативну картину втягнення учня в наркоманічне середовище можна отримати при вивченні відношення до психоактивних речовин учнів системи професійної освіти. У зв’язку з тим, що в цій системі навчаються діти, як правило, з дисфункціональних сімей, досить часто із затримкою фізичного, психічного та статевого розвитку, соціальний ризик початку наркотизації цієї категорії учнівської молоді складає $h^2 = 0,95 \pm 0,05$. Крім того суттєву роль тут відіграють стресові ситуації зміни соціального оточення, приєднання до учбового навантаження виробничого, відсутність сімейного контролю. Всі ці зовнішні зміни відбуваються на фоні глибинних внутрішніх перетворень, притаманних періоду статевого дозрівання, які є найбільш критичними в житті людини (психологі-

чна криза пубертатного періоду).

Безумовно, ці ж проблеми виникають і у школярів, але слід зауважити, що школярі, особливо це стосується міських шкіл, відносно більш обізнані щодо статевих відносин і статевого виховання. Хоча практика нашого дослідження показує, що рівень їх знань також є явно недостатнім. На поведінку школяра також впливає сімейна підтримка, якої недостатньо, а часом і взагалі немає в учнів СПТУ у $83 \pm 1,3\%$ ($P < 0,001$).

Значне омолодження контингенту споживачів психоактивних речовин призводить до зростання не тільки психічних розладів, а й розладів у соматичній сфері. На перший план виходять інфекційні захворювання: туберкульоз, венеричні хвороби та хвороби, що передаються статевим шляхом, у тому числі такі небезпечні, як гепатити В і С, ВІЛ-інфікування. Значні відхилення спостерігаються в діяльності серцево-судинної системи, системи органів травлення, статевої сфері. Достовірно ($P < 0,001$) 100% споживачів наркотичних речовин страждають на вторинний імунodefіцит, пов’язаний з негативним впливом хімічної інтоксикації на імунологічні адаптативні реакції. Особливо це притаманне групі опійних наркоманів та споживачів речовин групи циклодолу.

При вивченні поширення наркоманії серед учнівської молоді прослідковується наступна тенденція: школярі, учні та студенти дуже мало, а часто й зовсім нічого не знають про наркоманію та її наслідки. Недосконалі або відсутні взагалі знання стосовно статевого розвитку та статевого життя, а саме статева дисфункція (не обов’язково органічна) може стати пусковим моментом початку вживання психоактивних речовин як однієї із форм хімічної адикції сексуальним розладам. Особливо яскраво це спостерігається серед учнів СПТУ та в сільських школах. Тільки $10 \pm 0,9\%$ ($P < 0,05$) школярів і учнів орієнтуються в проблемах наркоманії, адекватними знаннями проблем статевого розвитку володіє тільки 1% респондентів. У навчальних закладах не приділяють належної уваги вивченню цього явища. Недостатній також рівень спеціальної підготовки викладачів валеології та психології щодо знання наркологічних проблем та проблем статевого виховання. Практично не вивчається медичне, біологічне, психологічне та соціальне коріння цього явища. Не приділяється достатня увага проблемі соціальної та психологічної дезадаптації дітей та підлітків і можливості корекційного впливу на її ранніх етапах. Особливо яскраво це проявляється під час статевого дозрівання. У цей період до несприятливих мікро- і макросоціальних чинників додається третя криза дитячого віку – пубертатна. Кумуляція всіх цих негативних процесів без надання адекватної соціаль-

ної, психологічної, медичної підтримки призводить до негативних наслідків, одним з яких є дитяча та підліткова наркотизація. Виникає закономірне питання: хто ж повинен надавати таку допомогу? Аналізуючи результати наших досліджень, констатуємо, що існуючий однобічний підхід до цієї проблеми, чи то медичний, чи педагогічний, чи соціальний або юридичний, не сприяє, а в деякій мірі і зашкоджує вирішенню цієї проблеми. Оскільки до проблем наркоманії кожне відомство підходить з урахуванням своїх корпоративних інтересів, єдиного комплексного підходу до проблеми дитячої та підліткової наркотизації досі не існує. Наркологічна допомога в Україні зорієнтована перш за все на допомогу тим, хто вже страждає хімічною залежністю, а профілактичні програми попередження вживання наркотиків і токсикантів не отримали достат-

нього розповсюдження в нашій державі. Нечіткість правового регулювання з питань інформаційної політики, загальна пасивність суспільства сприяють тотальній вірі як дітей, так і дорослих в те, що ця недуга легко виліковується.

Таким чином, отримані нами результати свідчать про те, що вживання психоактивних речовин серед неповнолітніх набуло масового явища. Найбільш небезпечний період початку наркотизації співпадає з початком пубертатного віку — 10-14 років. Одним з пускових моментів початку вживання наркотичних та психоактивних речовин є юнацька статева дисфункція. Криза пубертатного віку потенціює соціальні, психологічні, медичні, біологічні, дезадаптивні реакції, що потребує комплексного вирішення цієї проблеми за участю як медиків, так і педагогів, психологів, правознавців.

Список літератури

1. Белогуров С.Б. Наркотики и наркомания. – СПб.: Университет. книга, 1997. – 223 с.
2. Белогуров С.Б. Наркотики и наркомания: Книга для всех. – М.: Бином, СПб.: Университет. кн., 1997. – 112 с.
3. Вдовиченко Ю.П., Герасимова Т.В., Яким Я.С. Стан репродуктивной системы у жінок, хворих на наркоманію // Педіатрія, акушерство, гінекологія. – 1998. – №1. – С. 97–100.
4. Гилинский Я.И. Девиантное поведение молодежи // Социология молодежи. – СПб: СПбГУ, 1996. – С. 279–331.
5. Гурвич И.Н. Социальная психология здоровья: Автореф. дис... д-ра психолог. наук / СПб. – 1998. – 40 с.
6. Завражин С.А. Подростковая деликвентность: Транскультуральная перспектива // Социолог. исследования. – 1995. – № 2. – С. 15–17.
7. Зелинский А.А., Битенский В.С., Кожухарь А.В., Горячев П.И. Акушерские и перинатальные аспекты наркомании. – О.: Черноморье, 1997. – 112 с.
8. Зелинский А. А., Кожухарь А. В. Состояние фетоплацентарной системы при беременности, осложненной употреблением наркотиков // Проблемы медицины. - 1998.- №3.- С.30-33.
9. Зелинський О.О., Кожухар Г.В., Шаповал М.В. До проблеми наркоманії вагітних жінок // Педіатрія, акушерство гінекологія. – 1999. – №1. – С. 74–76.

ПРОБЛЕМЫ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ И УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

В.В. Беспалько (Каменец-Подольский)

Рассматриваются возрастные особенности начала употребления наркотических веществ как одной из форм химической аддикции. Необходимо подчеркнуть, что одной из важнейших причин неблагополучия в детской и подростковой среде является ослабление, а подчас и отсутствие профилактической работы, гигиенического воспитания в учебных заведениях, в том числе и полового. Все это отрицательно влияет на подрастающее поколение, способствует формированию у значительной части молодежи разнообразных форм асоциального поведения, в том числе и такой, как употребление наркотических веществ и токсикантов.

SCHOOL-AGED CHILDREN SEXUAL DEVELOPMENT AND THEIR CONSUMPTION OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

V.V. Bospalko (Kamyanets-Podilsky)

The article deals with recent problems of children's and teen-agers' growing-trend to psychoactive substances consumption leading to drugs-addiction. It presents their age-ranges in first taking of psychotropic substances and exposition to specific behavioural risk factors may be leading to drugs-dependency. One of the main causes in increasing youngsters drug-addiction prevalence is a down-trend or even neglect of prophylactics course and healthy lifestyle education including safe-sex in primary and secondary schools. It has an overall harm effect on the health of growing-up generation and perpetuates various forms of nonsocial behavior in youngsters communities involving some of them into various drugs-and toxic substances-abuse at earlier stages of life.

УДК 61(093)

О.М. ГОЛЯЧЕНКО (Тернопіль), *Я.В. ГАНІТКЕВИЧ* (Львів)

ІНКВІЗИЦІЯ ХХ СТОЛІТТЯ (ДО 70-РІЧЧЯ ГЕНОЦИДУ УКРАЇНСЬКОГО НАРОДУ)

Український народ, який не зміг вибороти державну незалежність в 1917 – 1920 рр., поніс тяжкі наслідки панування чужинецьких правителів та власних перевертнів і манкуртів. Повторилась попередня більш як 200 – літня трагедія московського панування на Україні, але в значно масштабніших обсягах.

До початку 30 –х років більшовицька влада зміцнила своє становище на теренах СРСР, розвинула потужні каральні органи і приступила до побудови безкласового і безнаціонального соціалістичного суспільства. Початком став 1929 рік, т.з. рік великого перелому, коли широким фронтом почала здійснюватись реалізація рішень XV і XVI з'їздів ВКП(б) на індустріалізацію в містах та колективізацію села.

Найбільший опір московські правителі очікували на Україні, пам'ятаючи розмах визвольних змагань українського народу в 1917- 1920 рр. та приватновласницьку психологію українського селянина.

Перший удар було нанесено по інтелігенції і то по її цвіту, щоб позбавити народ духовних поведирів і керманчів. Учасник тих подій проф. М.Міщенко так пояснював це: "Проблема вивчення людини зайняла поважне місце в післяреволюційний період на Україні і викликала бурхливий гнів Москви. Ідея вивчення природних властивостей людини не відповідала московській комуністичній філософії та політиці комуністичної партії. Погляди партії заперечували значення біологічних і фізіологічних закономірностей в організації діяльності людини. Національні і расові різниці, як продукт виробничих і класових взаємин капіталістичного суспільства, неодмінно мусили зникнути в советському комуністичному суспільстві. Головним завданням советської системи поставлено створення єдиного типу советської людини на основі прищеплення їй комуністичної свідомості, ліквідації національних і расових різниць та злиття її з "найдосконалішим і найпрогресивнішим" зразком людської породи, "великим русским народом", який в окресленні московських ідеологів став гегемом і старшим братом всіх інших народів, народом – месією, носієм високих ідеалів перебудо-

ви людського суспільства за московським обшчинним зразком".

16 квітня 1929 року Раднарком УСРР ухвалив постанову про "обрання нових дійсних членів ВУАН із залученням до участі в виборах широким кіл спеціалістів, партійних та радянських організацій". 29 червня 1929 року відбулися вибори нових членів ВУАН. Серед них висуванцями партійних органів стали М.О.Скрипник та О.Г.Шліхтер (останній відіграв особливо велику роль в розгромі української науки в Академії). Із лікарів академіками було обрано О.В.Палладіна (який 1916 р. переїхав із Петербурга до Харкова) та О.О.Богомольця – професора катедри патологічної фізіології другого московського університету (для його обрання влада виділила додаткову вакансію), який наступного року став президентом ВУАН. Пізніші біографи О.О.Богомольця підкреслювали, що його мати - революціонерка народила сина в Л ук'янівській в'язниці. Нових академіків зобов'язали виїжджати на зустрічі з робітниками Донбасу для встановлення тісних контактів з пролетарськими масами. Одяг шахтаря мусив одягнути і тодішній президент Академії Д.Заболотний, в ньому він стрічав офіційні делегації.

Децо пізніше, в 1931 р. на злеті робітників – ударників у Києві, О.Шліхтер скаже: "Всеукраїнська Академія Наук – виплеканець класової боротьби. До 1929 року в Академії, що її утворив Гетьман Скоропадський, сиділи реакційні і навіть одверто контрреволюційні генерали від науки... Вони перетворили ВУАН на штаб контрреволюційної "Спілки визволення України" - СВУ. Пролетаріат та його авангард – комуністична партія – дали 1929 р. до Академії 39 нових радянських академіків, серед них і кілька комуністів. Навесні цього року ми на широких публічних дискусіях розвінчали ідеологів українського націоналізму проф. М.Грушевського, Воблого та ін. Учора на сесії ВУАН ряд колишніх учнів Грушевського публічно відмовлялися від теоретичних принципів його школи; відверто визнали його науку буржуазною та заявили про своє щире бажання всі свої сили віддати на служіння пролетаріатові. Тепер ВУАН знаходиться коло революційної пе-

ребудови всієї своєї тематики, своїх наукових планів”.

Влітку 1929 р. ГПУ сфабрикувало справу т.з. “Спілки визволення України” (СВУ) і приступило до арешту її членів. Було ув'язнено 45 найвидатніших представників української науки і культури, серед них і професорів Київського медичного інституту Володимира Підгаєцького, Володимира Удовенка, Олександра Черняхівського, старших асистентів Аркадія Барбара та Володимира Кудрицького. Процес готував спеціально присланий з Москви із центрального апарату ГПУ, Горожанін, безпосереднє керівництво здійснював Й.Сталін. В телеграмі, надісланій із Москви 2 січня 1930 р., говорилось: “Шифром Харьков Косиору, Чубарю. Когда предполагается суд над Ефремовым и др. ? Мы здесь думаем, что на суде надо развернуть не только повстанческие и террористические дела обвиняемых, но и медицинские фокусы, имевшие своей целью убийство ответственных работников. Нам нечего утаивать перед рабочими грехи своих врагов. Кроме того, пусть знает так назыв. Европа, что репрессии против контрреволюционной части спецов, которые пытаются отравить и зарезать коммунистов – пациентов, имеют полное “оправдание” и по существу дела бледнут перед преступной деятельностью этих контрреволюционных мерзавцев. Наша просьба согласовать с Москвой план ведения дела в суде.

№8/ш подпись И.Сталин. 2.1.1930 г. 16.45 “

Весь трагікомізм ситуації полягав у тому, що четверо із п'яти заарештованих медиків (окрім Аркадія Барбара) були теоретиками і ніякого відношення не тільки до пацієнтів – комуністів, а й пацієнтів – некомуністів не мали. Абсурдність судового слідства виявилась, зокрема, і в тому, що в його матеріалах фактичних даних не було: ні документів СВУ, ні листів, ні списків, ні програми. Були лише словесні зізнання обвинувачених та трактування наукових зібрань як зборів контрреволюційної організації, залучення нових членів до наукового товариства як вербування змовників, наукових поїздок за кордон – як отримання інструкцій від зарубіжних агентурних центрів тощо.

9 березня 1930 р. у приміщенні Харківського оперного театру розпочався процес за звинуваченням у справі СВУ. Незвиклі ще до подібних інсценуацій, деякі учасники процесу все ще не вірили у реальність, сподіваючись, що розігрується якийсь фантасмагоричний спектакль. Гелій Снегірьов (1990) на підставі опублікованих матеріалів того часу так описує суд над В.Підгаєцьким: “...проф. В.Підгаєцький, визнавши себе винним у 20-ти методах і засобах контрреволюційної боротьби, настільки певен був,

що всі ці допити і зізнання – весела гра в мишки – котики, що на останнє засідання суду, коли оголошувався вирок, захопив із собою з камери зубну щітку і останній чистий носовичок (всі свої речі), будучи впевненим, що тут таки в залі суду буде звільнений і поїде трамваем марки “А” ночувати до харківських своїх друзів; коли почув професор, що дали йому 8 плюс 3, – знепритомнів і упав на підлогу”. Усі 45 учасників процесу отримали різні терміни ув'язнення.

Каральні більшовицькі органи не обмежились безпосередньою судовою розправою над звинуваченими. Їм було важливо отримати моральну підтримку. Численні збори робітників, перед якими ще вчора виступали осуджені вчені, вимагали для них якнайсуворішого покарання. Збори професорів і викладачів Київського медичного інституту в квітні 1930 р. “рішуче відмежувались від контрреволюційної купки в “СВУ” ..., визнали за потрібне провести самоочистку своїх лав від шкідників”. Резолюцію зборів підписали 99 професорів, асистентів і викладачів, в тому числі Стражеско, Губергриц, Гаккебуш, Кримов, Нецадименко, ті, хто не один рік пліч-о-пліч працювали зі своїми колегами в лабораторіях і навчальних закладах.

Розпочався тотальний розгром української національної науки, в т.ч. медицини. ВУАН зазнала нищівного удару. Було ліквідовано повністю секцію історії України, Інститут української наукової мови та інші установи та групи, що розвивали українську національну науку. Одночасно партійні та владні органи провели відвертий наступ на українізацію. 14 грудня 1932 р. ЦК ВКП(б) прийняв постанову про ліквідацію на території Росії всіх українських навчальних закладів, більшість українських викладачів і науковців було заарештовано і заслано в концтабори. А незабаром 18 листопада 1933 р. рішення про припинення українізації повторив пленум ЦК КП(б)У. Навіть була знайдена мотивація – нібито процес українізації загрожує існуванню єдиного СРСР.

В 1931р. була ліквідована медична секція ВУАН, очолювана акад. О.Корчак-Чепурківським та проф. О.Черняхівським. З ініціативи нового президента ВУАН акад. О.О.Богомольця природничо-технічний відділ ВУАН заснував “Журнал медичного циклу”. У вступі говорилося: “Окрему посилену увагу “Журнал” приділяє питанням марксо-ленінської методології в медицині, застосовуючи до своїх праць метод діалектичного матеріалізму... Сторінки журналу широко відкрито для критики буржуазних антимарксівських теорій в медицині і в біології, ворожих та чужих пролетарській ідеології...” На титульному листі – партійний лозунг “ Пролетарі ...”.

В 1932 р. рішенням ЦК ВКП(б) було ліквідовано нейрофізіологічні лабораторії Інституту народної освіти та Інституту політичної освіти в Харкові; офіційно введено курс марксистсько – ленінської психології як предмет викладання і дослідження. На Україну прислано з Москви професорів Леонтєва, Лурія і Лебединського для ліквідації українських наукових напрямків і поширення “марксистсько – ленінської психології”.

В цьому ж році розпочався страхотливий голодомор українського народу. 22 жовтня 1932 р. Політбюро ЦК ВКП(б) прийняло рішення “в цілях усилення хлібозаготовок, командировать на две декады т. Молотова на Украину с группой в составе тт. Калмановича, Саркиса, Маркевича, Кренцеля”. Для постійного нищення українців 14 січня 1933 р. московське керівництво прислало на Україну Постишева. Голодомор 1932 – 1933 рр. забрав біля 10 млн. життів українських селян, нанісши незагойні рани життю і здоров'ю української нації.

Як сказано вище, партійне керівництво УСРР за вказівкою з Москви прийняло рішення про припинення українізації. В процесі розгрому партійними органами “українізації” та адміністративного запровадження русифікації влада адміністративними заходами змінила правопис, розроблений в 20-х роках і прийнятий 1929 р. в Харкові; його об'явлено “націоналістичним”, а укладача правопису Григорія Голоскевича заслано до ГУЛАГу, де він загинув. В словнику С.Василевського (1936 р.) писалося: “...докладно викрито головні моменти націоналістичного шкідництва у галузі медичної термінології”. Без будь-якого обговорення і висновків фахівців – мовознавців запроваджено новий русифікований правопис української мови, складений в дусі “злиття” української та російської мов, що повинен був використовуватися також в медичній літературі. Почалася насильна русифікація медичних словників, виключення багатьох українських термінів і слів, заборонено літеру “г”, багато українських медичних термінів замінено російськими “кальками”, українським словам надано російськомовного звучання.

9 травня 1934 р. за вказівкою партійних органів президія ВУАН прийняла постанову про об'єднання Інституту демографії і Катедри санітарії і гігієни з санітарно-статистичним кабінетом та перетворення його на Інститут демографії і санітарної статистики; керівництво Інститутом доручено Соломону Кагану члену партії з 1919 р. Таким чином була повністю знищена українська демографічна школа, котру розвивали М.Птуха і О.Корчак – Чепурківський; від демографічно-статистичних досліджень усунуто акад. О.Корчака – Чепурківського і його сина Юрія;

наукові дослідження замінено цитуванням вождів і повністю підпорядковано партії; керівництво УСРР намагалося приховати демографічні наслідки штучного голодомору в Україні 1932-1933 рр. та репресій.

21 жовтня 1936 р. ЦК КП(б)У прийняв постанову “Про український інститут експериментальної медицини та його директора Я.І.Ліфшиця”, в якій ухвалив: “Директора Ліфшиця з роботи зняти, розглянути питання про правильність надання йому звання професора соціальної гігієни, зняти його з роботи голови Вченої ради Наркомздоров'я, голови кваліфікаційної комісії Наркомздоров'я, редактора журналів “Врачебное дело” та “Експериментальна медицина” і уповноваженого Наркомздоров'я по Харківській області”. Інститут, створений як український науковий заклад європейського характеру, розгромлено, реорганізовано і русифіковано; проф. І.Ліфшиця незабаром арештовано, а згодом ізольовано у психіатричній лікарні.

В тому ж році партійне керівництво УСРР почало ліквідацію українських закладів вищої освіти; інститутам народної освіти (в яких викладання велося переважно українською мовою) формально повернено назву “університети”, але без відновлення університетської автономії та самоврядування; знову (як в царській Росії) введено російську мову викладання; адміністративними рішеннями запроваджено російську мову в медичних інститутах. Університети і медичні інститути в Україні проголошено установами всесоюзного значення і кадри молодих випускників скеровано поза межі республіки; продовжувалося вилучення інтелектуального потенціалу українського народу та руйнування його генофонду.

2 липня 1937 року вищі партійні інстанції у Москві прийняли рішення провести масове репресування ув'язнених в концтаборах в зв'язку з XX-ою річницею Жовтневої революції. Нарком Єжов видав наказ, в якому визначалося, скільки ув'язнених у кожній тюрмі розстріляти. За цим рішенням в жовтні – листопаді на Соловках були розстріляні лікарі – професори Київського медичного інституту В.Підгаєцький, В.Удовенко, ассистент – А.Барбар, доктор медицини з Харкова В.Крушельницька у складі 1111 в'язнів, більшість з яких склали діячі української науки і культури. Вирок про страту прийняла “особлива трійка” ленинградського УНКВД у складі Заковський (голова), члени Гарін і Позерн, секретар Єгоров.

11 жовтня 1937 р. ГПУ заарештувало і 14 грудня того ж року розстріляло професора Олександра Пучківського. Безпосереднім приводом для заведення “справи” став донос якогось С.Ф.Ремського, поляка – фельдшера, арешто-

ваного в справі “польських контрреволюціонерів”. Він заявив про шпигунську контрреволюційну діяльність Василя Вікентійовича (!?) Пучківського. Оскільки такого в Києві (а може і взагалі) не знайшлося, то “доблесні чекісти” швидко знайшли вихід - взяли професора Олександра Митрофановича Пучківського. Вчений давно був під наглядом ГПУ – НКВД, було відомо, що він є прихильником української культури і мови, викладав на українській лектурі медичного інституту (з якої всі вчені були репресовані і більшість з них розстріляні!), зустрічався і був у добрих стосунках із засудженими діячами науки та культури (О.Черняхівський, В.Підгаєцький, В.Удовенко, О.Крупський, М.Драй – Хмара, М.Зеров та ін.), двічі подорожував до Німеччини, отже, повністю підпадав під категорію осіб, яких московський комуністичний режим прирік на знищення.

Не можна з позицій сьогодення засуджувати медичну громадськість, яка в масі своїй мовчала і тремтіла перед цим нечуваним терором. Водночас не можна не подивуватись тим, хто мав мужність виступити проти або зберегти гідність, як і назвати тих, хто голосно схвалював дії партії, ГПУ і НКВД. Під час підготовки і проведення процесу “СВУ”, одному з учасників, а саме проф. А.Скороходькові, колишньому ректорові Київського ветеринарно – зоотехнічного інституту, в процесі слідства було наказано “створити підпільну п’ятку СВУ”, до якої мав входити професор - патологоанатом П.Кучеренко. Після довгих тортур проф. А.Скороходько навіть був уже погодився підписати таке зізнання, бо за це обіцяли накласти на учасників показового процесу лише “невелику кару”. Проте, написавши все, що від нього вимагали, в одиночній камері уже в останній годині так йому стало все написане гидким, що він його знищив. Після того вже не змогли примусити його “признаватися до існування підпільної п’ятки”, до якої мав би входити й П.Кучеренко.

На одному із засідань комісії Наркомату охорони здоров’я в 1933 р. доцент Харківського інституту вдосконалення лікарів А.Журавель підняв питання про необхідність вжити негайних заходів для припинення вимирання людей у селах. Багато хто з медиків як могли допомагали жертвам голоду, однак протестувати відкрито не наважувалися ні рядові лікарі, ні керівники медичних закладів, ні академіки-медики. Виступ д-ра А.Журавля – єдиний поки що відомий відкритий виступ співпрацівника Наркомату охорони здоров’я про голод в Україні. Присутній на засіданні нарком Соломон Канторович, займаючи, як і всі керівники наркомату, чітко визначену Москвою позицію, у відповідь А.Журавлю виголосив гостру

промову, в якій пояснював, що республіка позбувається “зайвого соціального баласту суспільства” (це про 10 млн. українців), що комісаріат здоров’я цими справами не повинен цікавитися. Вченого негайно було заарештовано, а 13 лютого 1938 р. розстріляно.

В 1936 р. співробітники та учні проф. М.Левітського видали праці очної клініки до 40-річчя наукової, педагогічної та громадської діяльності свого вчителя. Всупереч постановам про заборону українізації праці видали українською мовою і ні у вступному слові М.Левітського, ні в опублікованих матеріалах немає похвальних дифирамбів на честь комуністичної партії та її вождів, подяк партії та іншого підлабузницького славослів’я, яким вже тоді багато хто користувався, щоб привернути увагу керівництва до своєї вірнопідданості та уникнути репресій.

10 квітня 1937 р. в Києві відбулися “збори активу Наркомздоров’я, присвячені рішенням лютневого Пленуму ЦК ВКП(б)”, на яких заступник наркома Медведь “розповів про неподобства в роботі наркомату і його місцевих органів, про класових ворогів, які пролізли в систему охорони здоров’я через недостатню пильність керівництва.

В 1937р. опублікована стаття С.С.Кагана “Класовий зміст “наукової” продукції Ю.Корчак-Чепурківського”, в якій писалося про роботи вченого в галузі демографічної статистики: “... хиби, помилки, погляди Ю.Корчак-Чепурківського політично загостренні: вони мають свої зуби, своє класове вістря. Вони розкривають перед нами буржуазне, націоналістичне, фашистське обличчя Ю.Корчак-Чепурківського”; незабаром вченого заарештували.

12 березня 1938 р. газета “Советская Украина” опублікувала пасквільну пропагандистську статтю “Врачи-отравители” за підписом акад. О.О.Богомольця, в якій говорилось: “На процесі право-троцькистського блока” проходить ціла верениця ублюдков человеческого рода, разоблаченных предателей...продажных агентов международного фашизма... Среди них группа, к счастью ничтожна, врачей, группа врачей-отравителей; Левин, Казаков, Плетнев... С чувством гадливости и омерзения наша советская медицинская общественность вместе со всем народом клеймит всех преступных негодяев и прежде всего трех – врачей-отравителей, опозоривших высокое звание врача, и ждет для них самой суровой кары за их неслыханные преступления». Як тепер відомо, колеги – професори були невинними, а процес – сфабрикованим.

Окрім названих жертв української національної медицини, були репресовані: проф. М.Плевако – арештований декілька разів, помер на зас-

ланні; проф. О.Синявський – помер на засланні; проф. Ф.Сулима – арештований, виселений з Харкова; проф. І.Соколянський – довго перебував у тюрмі, виселений з України; проф. Л.Ніколаєв – тривалий час ув'язнений, після звільнення працював на фабриці взуття; проф. М.Волобуєв – ув'язнений, виселений з України; проф. Л.Квінт – усунений від наукової роботи; проф. Л.Рохлін – тривалий час ув'язнений; проф. О.Залужний і проф. І.Гарбуз – заслани в табори Сибіру; акад. С.Рудницький – арештований, засланий на Соловки та ін. Арештовані, заслани або позбавлені роботи М.В.Птуха з дружиною, М.О.Свенсон, О.А.Яната, М.П.Вашетка, В.В.Вітенбург, О.І.Крупський, М.П.Нещадименко, В.Дроботько, Б.П.Александрівський, М.Д.Гацинюк, Г.О.Ручко, С.М.Ручковський, Г.О.Хармадарян, Ф.П.Богатирчук, В.М.Савич, Ю.Ф.Богменко, В.В.Радзимовська, А.І.Собкевич, Д.О.Белінг, І.Й.Аголь (медики), М.Мушкет, А.З.Носів, А.І.Онищук, С.Баран-Бутович (антропологі), Ю.О.Артоболевській, М.Д.Білий, М.М.Вознесенський, С.С.Борисов, М.В.Кривинюк (зоологи), І.П.Борисова-Косач, М.Д.Богопольський, П.Є. Марусенко, Ф.З.Омельченко, В.С.Рождественський (бактеріологи), А.Карпетченко (генетик), З.Гіжицька, І.І.Клодницький, А.Криштафович, В.Смирненко (ботаніки).

Виїхали за кордон, тікаючи від советського терору: акад. В.О.Плотников, акад. А.В.Старків, акад. В.Г. Шапошників, проф. д-р. Б.П.Матюшенко, проф. В.Гармашів, проф. І.О.Сікорський, проф. І.В.Базилевич, проф. Б.Ю.Андрієвський, проф. М.М.Міщенко, проф. О.З.Архімович, проф. Б.І.Балінський, проф. Н.Т.Осадча-Яната, проф. Є.В.Гімелерайх, проф. В.В.Радзимовська, проф. І.Ф.Розгін, проф. Л.Д.Зофійовська, проф. І.Давидів, проф. В.Солнцев, проф. Ф.П.Богатирчук, проф. М.Ветухів, проф. В.М.Бобрецька, проф. В.Л.Плющ.

Нищення української національної медицини було довершено інонаціональними вченими, яких партійні органи прислали з Московії і які зайняли випестовані їхніми попередниками інституції, катедри, відділи, лабораторії. Катедру загальної гігієни проф. В.Удовенка зайняв випускник Московського університету проф. Костянтин Добровольський, на місце проф. Олександра Черняхівського було призначено Семена Шахова, який перед цим п'ять років, як отримав диплом лікаря, керував катедрою 23 роки, а потім її обійняв проф. Микола Зазибін із Ростова-на-Дону. На місце професора Олексія Івакіна завідувати катедрою анатомії прислали асистента Ленінградської військово-медичної академії Михайла Спірова; катедру патологічної фізіології проф. М.Вашетка зайняв випускник Саратовського університету проф. Євген Татаринів, потім проф. Микола Сиротінін з того ж Саратова, за ним проф.

Микола Зайко – з Москви; Київський бактеріологічний інститут, створений О.Павловським і протягом 42-х років випестований проф. М.Нещадименком (тепер НДІ епідеміології та інфекційних хвороб МОЗ України) тепер носить ім'я більшовика з 1905 року Л.В.Громашевського; завідувачем катедри проф. Є.Черняхівського призначили випускника Московського університету Олексія Кримова; акушерсько-гінекологічну катедру проф. Олександра Крупського передали випускнику Московського університету проф. Олександрю Лур'є; катедра проф. Олександра Тижненка врешті-решт дісталась проф. І.Потоцькому із Саратова; катедру очних хвороб Михайла Левитського обійняв випускник Московського університету проф. Віталій Архангельський тощо. Усі ці наступники розпочинали свою діяльність із викорінення української мови і “націоналістичного духу”, який посіяли їхні попередники. Мало хто з них, які з власного бажання чи за наказом партії приїхали працювати на українську землю, усвідомили свою ганебну роль у знищенні українських наукових шкіл. Свідченням цьому є те, що жоден з них, за винятком М.Спірова і О.Лур'є, в наступних ювілейних статтях чи монографіях жодним словом не згадали своїх попередників. Цьому прощення немає. Між тим, якщо їхні попередники в науці сягали європейського рівня, то вони, в кращому випадку, т.з. всесоюзного.

Історія медицини багато написала про середньовічну інквізицію, яка спалила на вогнищі Джордано Бруно і Мігеля Сервета; немало повідала про “дело врачей” 1953 р., коли Й.Сталін посадив за ґрати, але не встиг знищити групу московських лікарів. Але досі вона мовчить про найстрашнішу трагедію, яку коли-небудь знала світова медицина, - фізичне і духовне знищення творців українських національних медичних шкіл, породжених визвольними змаганнями українського народу 1917-1920 рр.

Папа Римський Іоан-Павло II вибачився перед світом за злочини католицької церкви в епоху середньовіччя, правителі післявоєнної Німеччини вибачились перед Ізраїлем за голокост єврейського народу. І лише перед українцями ніхто не вибачився за 10 млн. жертв голодомору 1932 – 1933 рр. і знищення української національної еліти московським окупаційним режимом з допомогою людей, що не люблять називати свою національність.

На 12 -у році відновленої української державності, коли через багато причин знову вимирає українська людність, її сучасна інтелектуальна еліта, в т.ч. медична, вихована комуністичними інонаціональними вчителями, мовчить, “ витріщивши очі, може воно так і треба” . Це віддалені наслідки трагедії 30-х років ХХ ст.

Список літератури

1. Ганіткевич Я. Українські лікарі-вчені першої половини ХХ століття та їхні наукові школи. –2002р. – 540с.
2. Ганіткевич Я. Українська медицина в іменах, датах, подіях. – 2002р. – рукопис 312с.
3. Голяченко О., Сердюк А., Приходський О. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я. – 1997р. –328с.
4. Плющ В. Матеріали до історії української медицини. –Нью-Йорк – Мюнхен. - 1975р. –336с.
5. Пундій П. Українські лікарі кн.1. – Львів – Чікаго. – 1994р. – 328с.
6. Сільські вісті. – 2002р. 25.10

ІНКВІЗИЦІЯ ХХ СТОЛІТТЯ (ДО 70-РІЧЧЯ ГЕНОЦИДУ УКРАЇНСЬКОГО НАРОДУ)

О.Голяченко (Тернопіль), Я.Ганіткевич (Львів)

Наведені документальні дані про знищення мільйонів українців та її еліти, головне медичної, в 30-ті роки ХХ століття московським окупаційним режимом.

INQUISITION OF XXTH CENTURY (TO 70-YEARS OF UKRANINIAN PEOPLES' GENOCIDE)

O.Golyachenco (Ternopil), Ya.Ganitkevich (Lviv)

Are presented documentary data about elimination millions of ukrainians and ukrainian elite, mostly medical, during 30th years of XXth century by Moscow's occupation regime.

УДК 61 (09):355

М.П. БОЙЧАК (Київ)

ДМИТРО ОДРИНА – ПЕРШИЙ НАЧАЛЬНИК ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНСЬКОЇ АРМІЇ І МІНІСТР НАРОДНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ОПІКУВАННЯ УКРАЇНСЬКОЇ НАРОДНОЇ РЕСПУБЛІКИ (ДО 110-РІЧЧЯ ВІД ДНЯ НАРОДЖЕННЯ)

Головний військовий клінічний шпиталь МО України

У військово-медичній історіографії дуже мало праць, в яких висвітлюється сутність організації медико-санітарної служби і надання першої медичної допомоги воякам Української Армії в період її заснування за доби Української Народної Республіки. Тому вивчення досвіду роботи медико-санітарної служби 1917–1921 рр., як і вивчення життєвого та професійного шляху її керівників, має в наш час неабияке пізнавальне і ди-

дактичне значення.

Науковий інтерес становить організація військово-медичної служби в Україні у 1917 – 1921 рр., світобачення й методи роботи перших організаторів медично-санітарної служби – Ю.Добриловського, М.Галина, В.Савичіва; міністрів народного здоров'я: Ю.Любинського, О.Білоуса, О.Корчак-Чепурківського, Б.Матюшенка і особливо Д.Одрини [11].



Одрина Д.А. – студент (фотопортрет)

Одрина Дмитро Антонович народився 1892 року в селі Телешевці Білоцерківського повіту Київської губернії у сім'ї нащадків “козацького роду Одрин” [1]. Початкову освіту здобував у церковно-приходській школі та в земському училищі. У 1905 р. 15-річний юнак став учнем Київської земсько-фельдшерської школи, яку закінчив найкращим учнем. У 1909 р. його було направлено фельдшерувати у Земську лікарню. Працюючи на селі, він наполегливо займався самоосвітою – опановував знання за програмою курсу гімназії. У 1911 р. Дмитро склав екзамен у Житомирській чоловічій гімназії і одержав посвідчення про середню освіту. Через півтора року (в 1913) вступає до Університету св. Володимира на медичний факультет, слухає лекції відомих у Європі професорів, талановитих вчених: С.Н. Реформатського, А.А. Садовеня, В.Ю. Чаговця, Р.І. Гельвіга, В.К. Ліндемана, В.М. Константиновича, В.Д. Добромислова, М.М. Дітерікса, А.А. Тржецького, Г.М. Малкова, навчається в лабораторіях і клініках, очолюваних ними (рис. 1).

З першого курсу Одрина займає активну громадянську позицію – виступає у студентських акціях проти режиму, очолює Студентську українську громаду. Одним із перших бере участь в організації Української партії соціалістів-революціонерів (партія есерів), до складу якої входила здебільшого студентська молодь, котру підтримував Михайло Грушевський, деякий час очолює її Центральний Комітет [14].

Повний курс наук медичного факультету (за програмою воєнного часу) Дмитро Одрина завершив у 1916 р. Перша світова війна визначи-

ла місце роботи – добровольцем в армії. Військове відомство призначило його на посаду лікаря санітарного поїзда, яким возили поранених і хворих до шпиталю у м. Кам'янець-Подільський, де працював Михайло Булгаков – “однокашник” Одрини по медичному факультету. Був Дмитро і на фронті, брав участь в українізації військ Південно-Західного фронту, засновував в армії перші українські санітарні пункти [13, 15].

Лютнева революція 1917 року в Петрограді підняла в Україні хвилю визвольної боротьби проти імперського гніту і поставила перед народом велике завдання: “Треба було забезпечити волю України, відновити її старе народовластє, широку національно-територіальну автономію у федеративній демократичній Російській республіці” (програма “Товариства Українських Поступовців”) [5].

Першим Універсалом Української Центральної Ради, який читали привселюдно 12 червня у м. Києві на Софіївській площі, було проголошено “творення нового ладу вільної Автономії України” [5]. На основі цього документа обрано виконавчий орган влади – Генеральний Секретаріат, Пер-

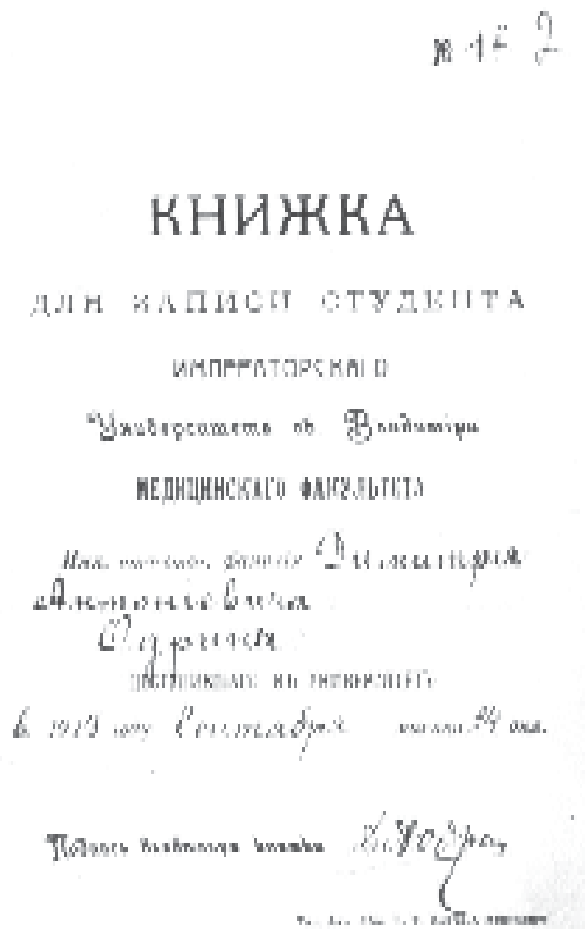


Рис. 1. Титульний лист книжки для запису студента

шим секретарем військових справ у якому став Симон Петлюра, а його помічником з військово-санітарних питань – Дмитро Одрина [6].

Відтак Одрина свідомо “пішов” в українську революцію, бо вдачі був козацької – зацікавлено приглядався до політичних подій, а тому вже з перших днів революції відігравав чільну роль у політичному житті України. І цілком логічно, що саме його запрошує Петлюра до уряду нової держави.

У складній роботі формування Української Армії найпершим питанням було медичне забезпечення війська. Задля вивчення і всебічного обговорення насамперед цього питання у Києві скликали Перший Всеукраїнський Військовий Лікарський з'їзд (12–14 жовтня 1917 р.), у роботі якого брали участь лікарі, лікарські помічники і фельдшери – репрезентували обсяг медичного забезпечення війська на трьох рівнях. На засіданнях з'їзду прагнули сформулювати основи медичного забезпечення війська та закласти фундамент під будівлю санітарної справи з огляду на національні особливості України.

У ці ж дні (16 жовтня) розпочав роботу і Краєвий медико-санітарний з'їзд. “Обидва з'їзди з'єдналися” і спільно працювали за однією програмою. “З'їхалось коло 150 членів лікарів та фельдшерів. До президії з'їзду обрані лікарі: Галин, Одрина, Журавель, Черняхівський, Мацньова, Дяченко, Гончаренко і фельдшері: Пітенко та Бондаренко” [7]. Восьма доповідь у засіданнях з'їздів була д-ра Одрини – “Організація медично-санітарного органу при Генеральному Українському Військовому Комітетові”. З'їзди працювали в Педагогічному музеї (рис. 2).

Мета дев'яти доповідей і обговорення у поважному зібранні була спрямована на “утворення найкращої майбутності медично-санітарної організації на Україні” [7]. У справах військових з'їзд ухвалив заснувати Генеральну Військову Українську Медико-Санітарну Управу, котра об'єднувала медичні сили України, створювала шпиталі, санітарні поїзди, лазарети. Вперше Управа об'єднувала в єдине керівництво військово-санітарною справою в Україні – на фронтах і в цивільній медицині, її очолив Д.А. Одрина. Управа містилась у приміщенні Військового Секретаріату, по вул. Гімназичній, біля Володимирського собору. На роботу в Управу були запрошені найбільш досвідчені і відомі лікарі Київського військового шпиталю: головний лікар, генерал-майор медицини Мартин Галин, доктор медицини Євген Черняхівський, доктор медицини, професор Олександр Черняхівський, доктор Євмен Лукасевич, доктор Андрій Іскра [15]. Д.А. Одрина входив і до складу Комісії по “розробленню нового розпису недуг та інструкції по прийому новобранців до майбутньої Української армії”, членами якої були також Голубов, Варавка (шпиталь), Нещадименко (шпиталь), Денісів, Котлевич [13].

У квітні 1918 року наказом по Військовій Санітарній частині Ч.18 призначено “лікаря Одрину на штатну посаду ординатора акушерсько-гінекологічного відділу Київського військового шпиталю” [13].

Неабияким вкладом лікаря Одрини у відродження України є заснування при Центральній Раді Українського відділення Всесвітнього Червоного Хреста, що засвідчило визнання держави Украї-



Рис. 2. Будинок Педагогічного музею

на, давало можливість сподіватися на допомогу інших країн.

У 1917–1918 рр. Д.Одрин – член Української Центральної Ради. Після розколу в Українській партії соціал-революціонерів, у травні 1918 р. він увійшов до так званої “центристської” течії партії, яка вважала революцію завершеною і виступала за проведення легальної опозиційної діяльності до уряду гетьмана П. Скоропадського. Як начальник санітарної частини армії повстанців – брав участь у поваленні Гетьманату. Виконував обов’язки члена Київської Губерніальної Народної Управи – завідував санітарним відділом. (Цей факт підкреслює авторитет і визнання Одрини як видатного діяча військової санітарії на Україні); працював у ролі члена Управи Всеукраїнської спілки земств (головою Земства був С. Петлюра); був автором Доповідної записки з’їзду земців до гетьмана П. Скоропадського [3].

За Гетьманату Симон Петлюра і його помічник були заарештовані, проте в кінці грудня 1918 р. поважних “арештантів” звільнили з-під варти, і вони повернулися до державних справ – Петлюра поїхав до Білої Церкви, до війська вірних Директорії січових стрільців, а Одрин почав відновлювати Головне військово-санітарне управління, відряджати досвідчених лікарів і фельдшерів до українських полків, активно працювати над підготовкою до скликання Трудового Конгресу. На Конгрес, що розпочав роботу в м. Києві 23 січня 1919 року, з’їхались делегати майже з усієї України; на ньому проголошено “принцип

народовладдя” і виявлено повну довіру урядові Директорії, встановлено тимчасовий конституційний статут Ради Народних Міністрів як вищий виконавчий орган Української Народної Республіки [8].

Хід воєнних подій на українсько-більшовицькому фронті примусив Директорію і Раду Народних Міністрів залишити Київ і переїхати до Вінниці. 2 лютого 1919 р. війська Директорії пішли з м. Києва, уряд Української Народної Республіки переїхав до м. Кам’янця-Подільський. Центром всієї санітарно-медичної служби став Кам’янець-Подільський – тимчасова столиця української держави. Там містилися головний шпиталь і Міністерство народного здоров’я. 18 лютого 1919 р. у м. Вінниця була обрана нова Рада Народних Міністрів під проводом С. Остапенка. На керуючого Міністерством народного здоров’я був призначений О. Корчак-Чепурківський (рис. 3).

9 січня 1919 р. постановою Ради Народних Міністрів УНР, затвердженою Директорією, лікаря Одрину Дмитра Антоновича було призначено міністром народного здоров’я та опікування і (за сумісництвом) заступником Голови Ради Народних Міністрів [14, 16].

Першочергове завдання Міністерства Д.А. Одрин вбачав у ревізії всіх матеріальних цінностей і грошей та у пошуках джерел фінансування потреб охорони здоров’я. За його розпорядженням було опрацьовано проект закону “Про оголошення усього рухомого й нерухомого майна і капіталів усіх відділів і філій “Імператорського Человеколюбиво-

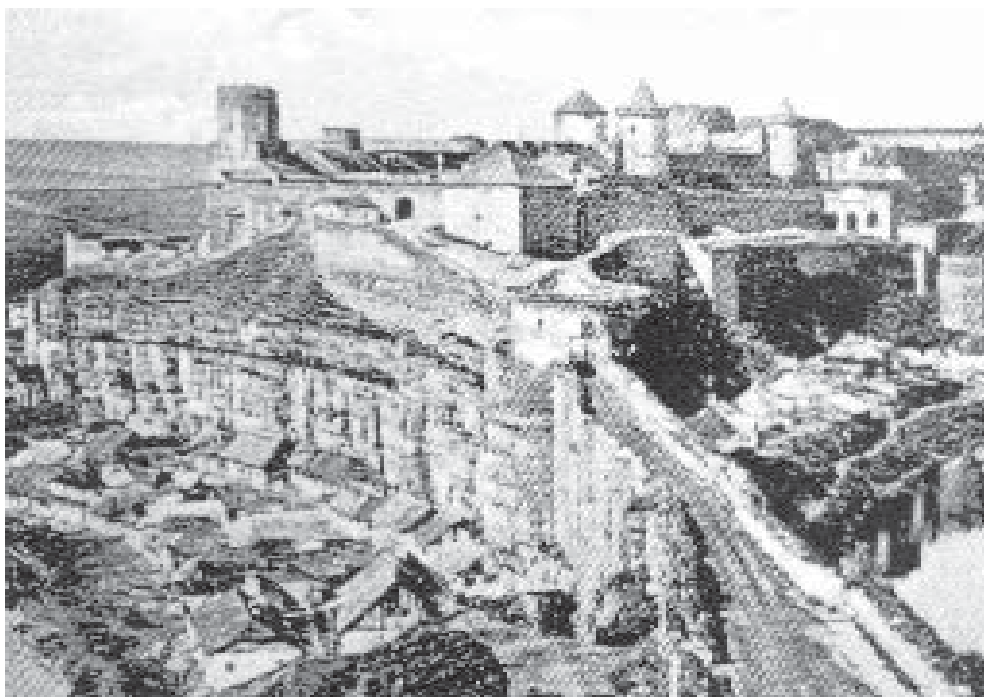


Рис. 3. Панорама м. Кам’янець-Подільськ

го Общества”, що існували на території УНР, власністю УНР і передачею їх у розпорядження Міністерства народного здоров'я й опікування”. З метою організації боротьби з епідеміями пошестних хвороб (тифів, холери, туберкульозу, венеричних хвороб), Міністерство скликало у м. Кам'янець-Подільський екстрений районний з'їзд лікарів (28-30 серпня), у проведенні якого міністри допомагали лікарі Іван Савчинський, Євген Рубан, Віктор Грепачевський [17]. У боротьбі з епідеміями учасниками заходів і помічниками молодого міністра були професор Данило Заболотний, доктори медицини Олексій Білоус, Микола Гавич, Олександр Черняхівський, Василь Савачів.

До початку роботи з'їзду Одрин видав наказ “Про тимчасові правила боротьби з пошестними хворобами”, згідно з яким на всій території, звільненій від ворога, була оголошена “мобілізація лікарів, лікарських помічників, фармацевтів, сестер жалібниць і студентів-медиків 3, 4 і 5-го курсів навчання” [17]. Наказом від 4 вересня 1919 р. по Міністерству всю територію Київщини, Катеринославщини, Вінницького повіту (Поділля), Житомирського повіту (Волинь) та всю смугу Правобережної України було оголошено територією, населенню якої загрожує епідемія холери.

4 лютого 1919 р. Одрин підписав “Закон про забезпечення пенсією і допомогою осіб медичного персоналу”, згідно якого пенсія особам, що постраждали у війні, мала становити 80% середнього заробітку, а в разі смерті батько і мати отримували по 25% пенсії загиблого. Закон був доповнений і схвалений 24 жовтня 1919 р. Головою Директорії С.Петлюрою [17].

Багато зусиль докладав Д. Одрин для забезпечення лікувальних закладів медикаментами і перев'язочними матеріалами, білизною тощо: 22 червня 1919 року він просив скарбника С.М. Старціва видати з фонду міністерства директорів Медичного департаменту В.М. Богаєвському “60 тисяч гривень для придбання білизни для шпиталів, хворих і ранених козаків Діючої армії”; 31 липня на ці ж потреби було виділено 2 млн грн, 5 вересня – 3 млн 138 тис. грн [17].

В обходженні з людьми Д.Одрин був уважним, привітним і діловим. Сучасники зазначали, що він “був хоч і молодий ще лікар, але жвавий, енергійний, розумний, добрий організатор і щирий український патріот” – згадував лікар Л.Коцюбинський. Від вищих урядовців він вимагав бути “коректними в поводженні з нижчими чинами, встановлення в праці відомства начал розумної дисципліни, співробітництва і колегіальності” [17].

Д. Одрин був уважним і до колег по міністерству: “Як мені відомо, більшість старих служачих

Міністерства на протязі 9 місяців виконували свій громадський обов'язок бездоганно, не рахуючись з кількістю встановлених офіційно для праці годин, а тому, користуючись випадком, висловлюю їм за їх працю від імені Міністерства глибоку вдячність” [17].

В умовах тієї спадщини, котру залишила Україні Перша світова війна, треба було мобілізувати фахівців під керуванням спеціального державного органу – Міністерства народного здоров'я та опікування, що повинен був стати окремим апаратом державного будівництва. Про це дбав молодий, натхненний Д.Одрин. У 1918 році він з кращими фахівцями працював над Статутом Міністерства [18]. Цим документом передбачалось, що Міністерство буде обіймати всі питання санітарії, медичної допомоги та опікування населення в Українській Народній Республіці та водночас мати з цих питань зв'язки із сусідніми державами.

Міністерство народного здоров'я й опікування мало таку структуру: Міністр, Товариші міністра, Рада міністра, члени Ради міністра; відділи: Медичної освіти, Санітарної статистики, Судової медицини і медичної експертизи, Санітарно-технічний, Фармацевтичний, Видавничо-інформаційний і Редакційний; Юрисконсульт – за вільним наймом. Міністерство – компетентний орган – опрацьовувало лікарське, санітарне, судово-медичне і фармацевтичне законодавство, загальний план державної опіки і допомоги малозабезпеченим, захист материнства і дитинства, надання допомоги інвалідам, полоненим і біженцям.

Евакуація Українського Уряду до м. Кам'янця-Подільського в умовах війни, обтяження невідкладними справами перешкодили конструюванню міністерства. У листопаді 1919 р. уряд Української Народної Республіки зник за державним кордоном, зникло й Міністерство народного здоров'я, і під тими руїнами зникнення поховано увесь цінний матеріал великої праці. Дивно, але зберігся проект Статуту, який затвердили у 1921 р. після повернення Уряду і Міністерства з Польщі” але міністра Одрини тоді вже не було [19].

Восени 1919 року епідемія висипного тифу дуже розповсюдилась. На початку жовтня Д.Одрин виїхав у діючу армію, щоб рядовим лікарем надавати допомогу хворим військовим, і сам захворів, але відмовився від поради С.Петлюри їхати на лікування до Польщі. Як міністр народного здоров'я він був зобов'язаний залишатися на своєму державному посту. Помер Д.А. Одрин 16 листопада 1919 р. у Кам'янець-Подільському шпиталі.

У найтяжчі хвилини нашого державного і партійного життя, у найважчий період Української

революції Д.А.Одрини завжди був тим “дійсним центром у колі своїх товаришів, коло якого кожне рішення остаточно викристалізувалося. Лагідна, толерантна і чутлива вдача, уміння глянути на речі реально і широкий політичний кругозор

дали йому по заслугі те місце, що він займав як в партії, так і державі” [12]. Доробок лікаря-вояка і міністра на вістар України вельми помітний. Лікар стихії епідемій тифу 1918 – 1919 років заслуговує на пошану і пам’ять.

Список літератури

1. В'ялов П.І., Кривошея В.В. Шляхетсько-козацькі роди та їх доля. – К., 1999. – С. 32–33
2. Галин М. Спостереження і вражіння військового лікаря з часів великої війни й революції // За Державність. – Калиш, 1936. – №6. – С. 182
3. Гордієнко К. Листок для історії // Наше Слово. – 1918. – Ч.1 – С. 4-5
4. Державний архів м. Києва. – Ф.16. – Оп. 465. – Спр.19159. – Арк.2
5. Грушевський М. Українська Центральна Рада й її Універсали перший і другий. – К., 1917. – С.1
6. Енциклопедія Українознавства. – Мюнхен–Львів, 1966. – Т. 5. – С. 1829
7. Захаренко Кость. Медично-санітарні з'їзди // Згода. – 1917. – Ч. 3–4. – С. 11–12
8. Іваніс В. Симон Петлюра – президент України. – Торонто (Канада), 1952. – С. 86–87
9. Кобилянський Л. Київський Український Генеральний Військовий Шпиталь в 1917–1918 рр. // Літопис Червона Калина – 1933. – Ч. 4–5. – С. 11
10. Наливайко Василь. Спомини лікаря з Української війни 1918 – 1920 рр. // За Державність. – 1939. – №9. – С.115
11. Плющ В. Матеріали до історії української медицини. – Нью-Йорк–Мюнхен, 1975. – Т.1. – С. 98
11. Редакція. Дмитро Антонович Одрини (Некролог) // Трудова Громада. – 1919. – 19 листоп. – С. 294
12. Редакція. Хроніка // Укр. мед. вісті. – 1918. – Ч.1 – С. 124; 153;
13. Стеблій Ф. Одрини Дмитро: Довідник з історії України. – К., 2002. – С. 525
14. Тинченко Я. Бела гвардія Михаїла Булгакова. – Київ–Львів, 1997. – С. 158
15. Центральний державний архів вищих органів влади і установ України. – Ф. 1604. – Оп. 2 – Спр. 4. – Арк. 209
16. Там само. – Арк. 209–323
17. Там само. – Оп.4. – Спр.1. – Арк.1
18. Там само. – Арк.15 звор., 17 звор.

ДМИТРИЙ ОДРИНА – ПЕРВЫЙ НАЧАЛЬНИК ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ УКРАИНСКОЙ АРМИИ И МИНИСТР НАРОДНОГО ЗДОРОВЬЯ И ПОПЕЧЕНИЯ УКРАИНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ (К 110-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)

М.П.Бойчак (Київ)

Показан жизненный путь, активная гражданская и политическая деятельность Д.А. Одрини, освещена его роль в становлении военно-санитарной службы в Украине.

Особое внимание уделено этапам формирования здравоохранения как стройной системы, а также общественно-политическим процессам в стране в 1905–1919 гг.

DMITRY ODRINA – THE FIRST HEAD OF MILITARY MEDICAL SERVICE OF UKRAINIAN ARMY, THE MINISTER OF PEOPLE'S HEALTH AND SUPERVISION OF UKRAINIAN PEOPLE'S REPUBLIC (TO 110-TH ANNIVERSARY)

М.Р.Boychak (Kyiv)

The life and active civic and political activity of D.A. Odrina have been shown. His role in creation of military medical service in Ukraine was underlined. Special attention is paid to the stages of public health formation as a harmonious system.

There were also analysed social and political processes in the country in 1905–1919.

ДО ВІДОМА АВТОРІВ!

Редакція журналу “Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я України” запрошує Вас до активної співпраці!

Журнал належить до Переліку наукових видань, в яких можуть публікуватися основні результати дисертаційних робіт (розділ “Медичні науки”) ВАК України.

Тематична спрямованість журналу: питання державної політики охорони здоров’я; теоретичні основи охорони здоров’я; концептуальні основи реформування галузі; питання профілактики в охороні здоров’я; медико-демографічні та медико-соціологічні дослідження; вивчення та прогнозування здоров’я населення, розробка моделей управління здоров’ям; медичні проблеми здорового способу життя; організація охорони здоров’я населення; питання управління охороною здоров’я; економіка охорони здоров’я, страхова медицина; нормативне, правове, кадрове, інформаційне, матеріально-технічне, фінансове забезпечення системи охорони здоров’я; сучасні медичні технології; проблеми підготовки медичних кадрів та організація післядипломної освіти;

організація санітарно-епідеміологічної служби; комплексна інформація системи охорони здоров’я, її правове, інформаційне, програмне і технічне забезпечення; організація наукових досліджень у системі охорони здоров’я та впровадження нововведень; питання історії медицини, медичної етики та деонтології; проблеми організації наукової медичної інформації; організація охорони здоров’я та управління нею в екстремальних умовах; міжнародний досвід з організації охорони здоров’я;

міжнародне співробітництво з питань охорони здоров’я тощо.

До редакції (за адресою: Київ-54, вул. О.Гончара, 65) подаються роботи, що раніше ніде не друкувалися, не направлялися для опублікування в інші друковані видання, не мають інформації, що становить державну таємницю:

оригінальні статті, огляди літератури, короткі повідомлення, рецензії, реферати, інформація про роботу з’їздів, конференцій, симпозіумів, нарад, семінарів та інших наукових, науково-практичних і практичних заходів, а також рекламний матеріал; редакція надає різноманітні рекламні послуги.

Правила подання матеріалу для опублікування:

• Матеріал має супроводжуватись офіційним направленням від установи, в якій він був виконаний, з візою керівництва (наукового керівника), завіреною круглою печаткою установи, та **гарантійним листом про оплату із розрахунку 40 ум.од. за 1 авторський аркуш (40 000 знаків), оплата здійснюється установою або автором. Якщо матеріал не має гарантійного листа, він не розглядається, автору не повертається, а передається на розгляд лише після погашення заборгованості.**

• На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи всіх авторів, прізвище, ім’я та по батькові, поштова адреса, номери телефонів (службовий, домашній) автора, з яким редакція буде спілкуватися.

• Авторський текстовий оригінал має складатися з трьох примірників українською мовою:

- тексту (обсяг оригінальних статей, у тому числі рисунків, літератури, реферату, не більше ніж 8 с., оглядів літератури, лекцій, проблемних статей - не більше ніж 12 с., коротких повідомлень, рецензій - не більше ніж 7 с.);

- списку літератури (якщо в статті є посилання, не більше ніж 20 літературних джерел, в оглядах - не більше ніж 50);

- таблиць;

- рисунків (не більше ніж 4) і підписів до них;

- рефератів українською, російською та англійською мовами обсягом не більше 1/3-1/2 с.

• Статті набираються на комп’ютері (в програмі Word 7.0, шрифтом 14 пунктів і не більше ніж 32 рядки на сторінці, зберігаються у форматі *.rtf), подаються роздруковані з дискетою. Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) будуються в програмах Word 6.0/7.0 або Excel 6.0/7.0 та у вигляді окремих файлів разом із текстовим файлом подаються на дискеті. Як виняток, авторський оригінал може бути надрукований на друкарській машинці (обсяг не більше ніж 12 с.) через 2 інтервали на одній стороні аркуша формату А4 (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. Аббревіатура розшифровується після першого згадування і залишається незмінною протягом усього тексту.

- У рефератах потрібно вказати назву статті, ініціали та прізвище автора (авторів), місто в дужках, зазначити мету, об'єкт, методи дослідження, результати і висновки.

- Відповідальність за вірогідність та оригінальність поданих матеріалів (фактів, цитат, прізвищ, імен, результатів досліджень тощо) покладається на авторів. Статті, оформлені без дотримання правил, не розглядаються і не повертаються авторам.

- Редакція забезпечує рецензування статей, виконує спеціальне та літературне редагування, залишає за собою право скорочувати обсяг статей. Відмова авторам в опублікуванні статей може бути без пояснення її причини і не вважатиметься негативним висновком стосовно наукової та практичної значущості роботи.

- Вартість розміщення реклами на сторінках журналу:

- кольорова на зовнішній і внутрішній поверхнях обкладинки - 400 ум.од.;

- кольорова на вклейці:

- двостороння - 550 ум.од.;

- одностороння - 350 ум.од.;

- чорно-біла на аркушах формату А4 - 200 ум.од.;

- рекламні статті - 200 у.о. за 1 авт. арк.

- Зміст усіх випусків журналу, тези надрукованих статей українською, російською та англійською мовами, розділ "До відома авторів" та умови передплати розміщені на сервері Українського інституту громадського здоров'я за адресами:

http: www.uact.cit-ua.net/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. Димитрова 5, корп. 10-а (7 поверх)
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) 22-44-92, 22-47-73? 22-14-64
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>О.В. Шумило</i>
Художнє оформлення:	<i>Н.М. Лещук</i>
Коректор	<i>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>Н.Б. Колесникова, Л.А. Яновська</i>
