

ДУ “Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України”
Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

ВІСНИК
СОЦІАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ
ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ЩОКВАРТАЛЬНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

3

The state establishment “Ukrainian Institute of Strategic Researches Ministry of Health
of Ukraine”

Ternopil Medical State University by I.Ya.Horbachevsky

BULLETIN
OF SOCIAL HYGIENE
AND HEALTH PROTECTION
ORGANIZATION OF UKRAINE

QUARTERLY SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

Київ — Тернопіль
“Укрмедкнига”
2009

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор **Г.О. Слабкий**

Ю.В. Вороненко, О.М. Голяченко (*відповід. редактор*), Л.Я. Ковальчук (*заст. головного редактора*),
О.Р. Ситенко (*відповід. секретар*), Б.П. Криштопа, В.Ф. Москаленко,
М.Є. Поліщук, А.М. Сердюк, І.М. Солоненко,
Ю.В. Пакін, Л.А. Чепелевська, А.О. Голяченко, В.М. Лехан, Н.О. Лісовська

РЕДАКЦІЙНА РАДА

В.І. Агарков (*Донецьк*), Г.В. Бесполудіна (*Луганськ*), В.О. Волошин (*Київ*),
М.В. Голубчиков (*Київ*), В.В. Єлагін (*Київ*), О.В. Любінець (*Львів*),
Н.О. Сайдакова (*Київ*), В.Й. Шатило (*Житомир*)

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 09.06.99 №1-05/7)

*Рекомендовано до друку Вченою радою
Українського інституту стратегічних досліджень
(протокол №5 від 03.09.2009)*

Передплатний індекс – 22867

Здоров'я і суспільство

Гудзь А. С., Варивончик Д. В. Роль техногенного забруднення навколишнього середовища у захворюваності населення України на злоякісні новоутворення та його придатків.

5

Чепелевська Л. А., Любінець О. В. Прогнозні тенденції смертності населення України.

10

Корж В. П., Сорокін В. О., Башкін І. М. Соціальна роль фізичної культури і спорту в зміцненні і підтримці здоров'я населення України.

16

Організація медичної допомоги

Лазоршинець В. В., Моїсєєнко Р. О., Дудіна О. О., Осташко С. І., Лізунова Г. І. Комплексна характеристика ролі дитячих обласних лікарень в наданні медичної допомоги дітям.

21

Романюк Ю. А. Оптимізація системи лікувально-профілактичного забезпечення пенсіонерів Міністерства оборони України.

28

Хобзей М. К. Деякі питання поетапного переходу на сімейний принцип обслуговування населення у Львівській області.

34

Шпита О. О., Якимець В. М. Готовність до надання лікарями загальної практики/сімейної медицини медичної допомоги пацієнтам з інфекційними та паразитарними захворюваннями.

39

Бичков В. В. До питання медичних наслідків травматизму внаслідок дорожньо-транспортних пригод у м. Києві.

46

Бодак В. М., Слабкий Г. О., Ременник О. І., Швецов В. С. Проблеми доступності медикаментів для жителів сільської місцевості.

49

Воронцов О. О., Боцюк Н. Є., Корильчук Н. І., Боровик І. О., Колочун Г. В., Наконечна І. Є. Грудне вигодовування в програмі школи відповідального батьківства.

54

Економіка охорони здоров'я

Яковенко І. В., Вовк М. Г., Левицький О. І., Надутий К. О., Заглада О. О., Шевченко М. В., Надута-Скринник О. К., Слабкий В. Г. Реорганізація первинної медико-санітарної допомоги: пропозиції до реформування та економічні розрахунки.

56

Health and society

Hudz A. S., Varyvonchik D. V. Role of technogenic environmental pollution in the morbidity of the population of the Ukraine by the malignant new formations of the organ of vision and its appendages.

Chepelevska L. A., Lyubinets O. V. Prognosis tendencies of death rate of the population of Ukraine.

Korzh V. P., Sorokin V. O., Bashkin I. M. Social role of physical training and sports in strengthening and support of health of the population of Ukraine.

Organization of medical care provision

Lazoryshynets V. V., Moiseyenko R. O., Dudina O. O., Ostashko S. I., Lizunova G. I. The complex characteristic of the role of children's regional hospitals in granting medical care to children.

Romanyuk Y. A. Optimization of the medical-preventive service to pensioners of Ministry of Defense of Ukraine.

Hobzey M. K. Some questions of stage-by-stage transition to the family principle of service of the population in the Lviv region.

Shpyta O. O., Yakimets V. M. Readiness for rendering of medical aid by physicians of the general practice/family medicine to patients with infectious and parasitic diseases.

Bychkov V. V. To the question of medical consequences of the traumatism as a result of road and transport incidents in Kyiv.

Bodak V. M., Slabkyi G. O., Remennyk O. I., Shvetsov V. S. Problems of availability of medicines for rural population.

Vorontsov O., Botsyuk N., Korylchuk N., Borovyk I., Kolochun H., Nakonechna I. The breastfeeding in the school's program of the paternal responsibility.

Health Economy

Yakovenko I. V., Vovk M. G., Levitskyi O. I., Nadutyi K. A., Zaglada O. O., Shevchenko M. V., Naduta-Skrzynnyk O. K., Slabkyi V. G. Reorganization of the primary medical and sanitary care: offers to reforming and economic calculations.

Бакалюк О. Й. Приватний медичний бізнес, страхова і сімейна медицина в Україні: проблеми, перспективи подальшого розвитку.

61

Методологія

Дячук Д. Д., Чумаченко М. М., Мороз Г. З., Гідзинська І. М. Методичні підходи до впровадження локальних клінічних протоколів в амбулаторно-поліклінічну практику.

66

Медична інформатизація

Шуляк В. І. Моніторинг клінічного маршруту пацієнта за допомогою сучасних інформаційних технологій.

71

Міжнародний досвід

Думенко Т. М. Аналіз міжнародного досвіду застосування оцінки технологій в охороні здоров'я (Health Technology Assessment).

76

Історія медицини

Марцінковський І. Б. Народні цілителі у житті та творах Т. Г. Шевченка.

83

Bakalyuk O. Yo. Private medical business, insurance and family medicine in Ukraine: problems, perspectives to further development.

Methodology

Dyachuk D. D., Chumachenko M. M., Moroz G. Z., Gidzinska I. M. Methodical approaches to implementation of local clinical records in ambulatory practice.

Medical informatization

Shulyak V. I. Monitoring of the clinical route of the patient by means of up-to-date information technologies.

International experience

Dumenko T. M. Analysis of the international experience of use of Health Technology Assessment.

History of medicine

Martsinkovskyj I. B. Folk Healers in the work of T. H. Shevchenko.

РОЛЬ ТЕХНОГЕННОГО ЗАБРУДНЕННЯ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА У ЗАХВОРЮВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ НА ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ ОКА ТА ЙОГО ПРИДАТКІВ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького
ДУ "Інститут медицини праці АМН України"

На основі проведеного дослідження визначено роль техногенного забруднення навколишнього середовища у формуванні офтальмоонкологічної захворюваності населення України. Найбільшого значення набувають наступні фактори забруднення: атмосферного повітря – хлором та його сполуками, амінами, важкими металами; повітря робочої зони – парами, газами, пилом та аерозолями 1–2 класів небезпеки; питної води – нітратами та мінеральними солями; ґрунтів, води, продуктів харчування – важкими металами (ртуттю, свинцем, кадмієм), пестицидами; довкілля – іонізуючим випромінюванням та ЕМП радіочастот (ВЧ та НВЧ). Розроблено математичну модель, яка дозволяє прогнозувати рівні офтальмоонкологічної захворюваності населення областей України залежно від стану техногенного забруднення довкілля.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: злякисні новоутворення, око та його придатки, довкілля, техногенне забруднення, захворюваність.

У формуванні популяційного рівня здоров'я населення стану навколишнього середовища належить близько 20,0% [10]. Внаслідок глобального погіршення екологічної ситуації у світі, зумовленого інтенсивним розвитком промисловості, нагромадженням її відходів та збільшенням викидів, безконтрольним та нераціональним використанням добрив тощо, відбувається інтенсивне техногенне забруднення навколишнього середовища, що негативно впливає на здоров'я людей.

Численні дослідження засвідчили, що забруднення навколишнього середовища, у тому числі дія іонізуючого випромінювання та електромагнітного поля (ЕМП), призводить до зростання онкологічної захворюваності [1–9], зокрема достовірного збільшення відносного ризику поширеності офтальмологічних захворювань. Водночас поглиблених наукових досліджень щодо впливу антропогенного забруднення на рівень захворюваності на злякисні новоутворення ока та його придатків у світі, країнах СНД та в Україні до цього часу не проводилось.

Мета дослідження: визначити роль техногенного забруднення навколишнього середовища у формуванні офтальмоонкологічної захворюваності населення України.

Матеріали і методи. Визначено наявність статистичних зв'язків між захворюваністю населення областей України та рівнями техногенного забруднення довкілля упродовж 2001–2006 рр. з використанням методу множинного лінійного

регресійного аналізу. Показником санітарно-хімічного неблагополуччя навколишнього середовища в областях України була частота виявлення перевищення гранично допустимих концентрацій (ГДК) забруднюючих речовин у досліджених пробах, взятих під час проведення поточного санітарного нагляду за довкіллям СЕС (державна форма №18).

Рівень захворюваності населення України на злякисні новоутворення ока та його придатків досліджувався за деперсоналізованими даними Національного канцер-реєстру України (Національний інститут раку МОЗ України) станом на грудень 2006 р. Дані аналізувалися за стандартизованими показником ("український" стандарт).

Аналіз наявності зв'язку між факторами техногенного забруднення довкілля та рівнями захворюваності проводився з використанням лінійного багатofакторного регресійного (стандартизований коефіцієнт β) та лінійного кореляційного (коефіцієнт Пірсона) аналізів. Достовірність даних оцінювалась за показником Фішера (F) та Стьюдента, ступінь апроксимації математичних моделей – за показником R^2 . Статистична обробка даних та математичне моделювання проводилось з використанням програми Statistica 6.0.

Оскільки у дослідженні використовувались деперсоналізовані дані онкологічних хворих, біоетична експертиза та інформована згода пацієнтів не застосовувались.

Результати дослідження та їх обговорення. Злякисні новоутворення шкіри повік. Методом регресійного аналізу виявлено, що детерміна-

ція захворюваності на меланому шкіри повік достовірно ($p < 0,001$) визначається множинним впливом факторів, серед яких основними є забруднення атмосферного повітря – хлором та його сполуками, токсичними аерозолями, пилом, парами та газами, формальдегідом, синтетичними жирними кислотами (83,6%), а також надходженням в організм з продуктами харчування надлишкових кількостей харчових добавок та ртуті (16,5%).

Рак шкіри повік детермінує 8 факторів, серед яких дещо менша роль ($p < 0,001$) також належить забрудненню атмосферного повітря – амінами, сірководнем, пилом, токсичними парами та газами (48,0%) – при одночасному збільшенні ролі надходження в організм із продуктами харчування полутантів – свинцю, пестицидів, стронцію-90 та мінеральних солей з питною водою (52,1%).

Спільними агентами, які детермінують захворюваність населення на злоякісні новоутворення органа зору, є пил, аерозолі, пари та гази в атмосферному повітрі, які, на нашу думку, зумовлюють первинне ураження шкіри (за рахунок подразнюючої дії на її епідерміс) та хронічне запалення шкіри повік (блефарит). Внесок у детермінаційну модель цих загальних факторів становить 14,4% та 10,7% відповідно, що вказує на їх фонову роль в етіології злоякісних новоутворень цієї локалізації. Інші досліджені нами детермінуючі фактори є специфічними для кожного гістологічного типу злоякісних новоутворень повік, про етіологічну роль яких йдеться нижче.

Злоякісні новоутворення зовнішніх відділів ока (кон'юнктиви, рогівки, сльозних шляхів). Зовнішні відділи ока (кон'юнктива, рогівка, сльозні шляхи) мають безпосередній контакт з факторами навколишнього середовища, як і шкіра повік. Результати проведеного нами аналізу засвідчили, що існує достовірна залежність рівнів захворюваності населення на злоякісні новоутворення від факторів забруднення атмосферного повітря та повітря робочої зони: для кон'юнктиви – у 60,3%; рогівки – 36,6%, сльозної протоки – 30,6%. Отже, до детермінуючих факторів повітря, які впливають на рівень захворюваності населення на злоякісні новоутворення зовнішніх відділів ока, належать: для кон'юнктиви – окиси азоту, сірководень, сірчаний газ, хлор та його сполуки, ртуть, пил і аерозолі, аміни; для рогівки – сірчаний газ, хлор та його сполуки, ртуть; для сльозної протоки – окиси азоту, хлор та його сполуки, свинець.

Для усіх локалізацій злоякісних новоутворень зовнішнього відділу ока визначено детермінаційну роль хлору та його сполук, а для кон'юнктиви й рогівки також сірчаного газу та ртуті. На нашу думку, ці агенти мають подразнюючу дію

на епітелій тканин ока і є причиною хронічних запально-дистрофічних станів – кон'юнктивітів та епітеліальної дистрофії рогівки, що створює сприятливий фон для подальшої неопластичної трансформації.

Результати проведеного аналізу свідчать про те, що у багатофакторній етіології злоякісних новоутворень кон'юнктиви беруть участь у тому числі й техногенні фактори, які становлять пряму канцерогенну небезпеку для населення: вплив на виробництві іонізуючого випромінювання, ЕМП радіочастот високих частот (ВЧ) та надвисоких частот (НВЧ), пилу та аерозолів 1–2 класів небезпеки у повітрі робочої зони – 42,6%; а також сажі атмосферного повітря, пестицидів у ґрунтах та нітратів у питній воді – 16,3%. Подібну ситуацію засвідчили і результати проведеного нами аналізу захворюваності населення на: злоякісні новоутворення рогівки – вплив на виробництві іонізуючого випромінювання, ЕМП ВЧ та НВЧ радіочастот (24,7%), а також – пестицидів у ґрунтах (22,7%), харчових додатків та кадмію у продуктах харчування (16,1%); на злоякісні новоутворення сльозних шляхів – пестицидів у ґрунтах (30,0%), а у продуктах харчування – нітратів, свинцю, кадмію, стронцію-90 (39,5%).

Таким чином, єдиними факторами, що детермінують виникнення серед населення злоякісних новоутворень зовнішнього відділу ока (кон'юнктиви, рогівки, сльозних шляхів), є: іонізуюче випромінювання (зовнішнє та внутрішнє, за рахунок стронцію-90); пестициди, які містяться у ґрунтах і мігрують у продукти харчування; свинець, кадмій, ртуть, нітрати. Вищенаведені фактори становлять пряму канцерогенну небезпеку і є попередниками канцерогенів чи модифікують перебіг канцерогенезу.

Злоякісні новоутворення сітківки, судинної оболонки. Сітківка та судинна оболонка ока належать до тканин, які не зазнають прямої дії хімічних факторів навколишнього середовища, проте фактори атмосферного повітря також домінують серед причин захворюваності цієї локалізації. Отримані нами у результаті аналізу дані свідчать, що на частку цих факторів припадає при пухлинах сітківки – 31,6%, ретинобластомі – 52,9%, пухлинах судинної оболонки – 56,4%.

Результати проведеного нами аналізу засвідчили, що для пухлин сітківки основними канцерогенними хімічними факторами є: аміак, фтор та його сполуки, солі важких металів і ртуть; для ретинобластомі – свинець та формальдегід, а також сірчаний газ, сірководень, сажа, окиси вуглецю; для пухлин судинної оболонки – хлор та його сполуки, солі важких металів, аміни, а також пил і аерозолі 1–2 класів небезпеки (у повітрі робочої зони). Визначено, що єдиними факторами для пухлин сітківки та судинної обо-

лонки є солі важких металів, частка яких становить 5,2% та 1,3% детермінації. Усі інші фактори атмосферного повітря є специфічними для різної локалізації злоякісних новоутворень сітківки та судинної оболонки. Слід зазначити, що лише для захворюваності на ретинобластому встановлені значні детермінації канцерогенних хімічних факторів, які містяться у атмосферному повітрі.

Дослідженням визначено достовірну залежність між рівнями захворюваності та техногенним забрудненням довкілля для наступних локалізацій злоякісних новоутворень: сітківки – нітрати (вода та продукти харчування), пестициди (у ґрунтах), підвищена мінералізація питної води; ретинобластоми – пестициди (у продуктах харчування), підвищена мінералізація питної води; судинної оболонки – нітрати, свинець, харчові добавки (у продуктах харчування), пестициди (у ґрунтах).

Таким чином, загальними детермінаційними факторами для злоякісних новоутворень сітківки та судинної оболонки є нітрати та пестициди.

Аналіз отриманих даних також засвідчив, що серед інших техногенних факторів на офтальмоонкологічну захворюваність достовірно впливають наступні фізичні чинники: іонізуюче випромінювання та ЕМП радіочастот НВЧ (сітківки), електростатичне поле промислової частоти (ретинобластома).

Злоякісні новоутворення орбіти, зорового нерва.

Результати дослідження засвідчили, що у формуванні рівнів захворюваності населення на злоякісні новоутворення орбіти та зорового нерва значну роль також відіграє забруднення атмосферного повітря – детермінаційна частка цього техногенного забруднення становить 59,0% та 55,6% відповідно. Для захворюваності населення на злоякісні новоутворення орбіти характерне забруднення атмосферного повітря сірчаним газом, солями важких металів, марганцем, формальдегідом, синтетичними жирними кислотами, а для зорового та окоорухового нервів – сірчаним газом, оксидами азоту, пилом й аерозолями. Таким чином, спільним детермінаційним фактором є сірчаний газ.

Загальну детермінаційну роль також відіграють: для пухлин орбіти та зорового й окоорухового нервів – підвищена мінералізація питної води, нітрати (у продуктах харчування); для зорового та окоорухового нервів – антибіотики (у продуктах харчування), пестициди (у ґрунтах). Із фізичних факторів загальну детермінаційну роль відіграють: для пухлин орбіти, зорового та окоорухових нервів – ЕМП радіочастот ВЧ (на підприємствах) і, додатково для зорового та окоорухового нервів, – іонізуюче випромінювання.

Узагальнені дані щодо наявності зв'язку між рівнями захворюваності населення на злоякісні новоутворення ока і його придатків та техногенним забрудненням навколишнього середовища наведено у таблиці.

Результати проведеного нами дослідження засвідчили відсутність зв'язків офтальмоонкологічної захворюваності з наступними факторами: техногенним забрудненням атмосферного повітря фенолом і його похідними, ароматичними вуглеводнями, сполуками хрому (VI), ґрунтів – солями важких металів, продуктів харчування – цезієм-137 та цезієм-134, нітрозамінами, афлатоксинами, навколишнього середовища – постійним магнітним полем.

Отримані результати дозволяють стверджувати, що у виникненні злоякісних новоутворень техногенне забруднення навколишнього середовища відіграє декілька ключових ролей. Основна з них – ініціювання канцерогенезу, до таких факторів слід віднести: вплив на населення зовнішнього та внутрішнього іонізуючого випромінювання, експозиція до канцерогенних факторів – формальдегідів, нітрозозамінів, важких металів, циклічних поліароматичних вуглеводнів, перевищення ГДК у навколишньому середовищі. Велике значення мають також фактори, що модифікують канцерогенез, до яких можна віднести подразнюючі речовини – оксиди азоту, аміак, сірководень, сірчаним газом, сірчану кислоту, хлор та його сполуки, пил, сажу, важкі метали, органічні сполуки (жирні кислоти, пестициди, формальдегід тощо), під впливом яких відбувається формування запально-дистрофічної патології, передусім у тих відділах ока та його придатків, які мають безпосередній контакт із вищенаведеними факторами – шкіра повік, кон'юнктива, рогівка, сльозні шляхи.

Результати проведеного аналізу засвідчили, що окремо техногенні фактори, які порушують імунний та гормональний гомеостаз, сприяють формуванню вторинних імунодефіцитних станів у населення, що сприяє промоції канцерогенезу. До таких факторів, за нашими даними, слід віднести важкі метали, нітрати, антибіотики, пестициди, жирні кислоти, електромагнітні поля.

З використанням багатофакторного лінійного регресійного аналізу нами було опрацьовано математичну модель, яка описує очікуваний рівень захворюваності населення на злоякісні новоутворення усіх локалізацій залежно від рівнів техногенного забруднення навколишнього середовища, що описується рівнянням ($r=0,99$; $R^2=0,96\pm 0,28$; $F=30,11$, $p<0,0002$):

$$PO3 = 2,0X_1 + 1,2X_2 + 1,0X_3 + 0,6X_4 + 0,7X_5 + 0,7X_6 + 0,4X_7 + 0,4X_8 + 0,2X_9 + 0,1X_{10} - 2,4X_{11} - 1,4X_{12} - 1,3X_{13} - 0,7X_{14} - 0,7X_{15} - 0,7X_{16} - 0,6X_{17} - 0,4X_{18} - 0,3X_{19} - 0,3X_{20}$$

Таблиця. Детермінація захворюваності населення України на злоякісні новоутворення ока та його придатків залежно від техногенного забруднення довкілля (за даними лінійного регресійного аналізу, 2001–2006 рр.)

Фактор*	Код за МКХ-10									
	C43.1	C44.1	C69.0	C69.1	C69.2	РБ	C69.3	C69.5	C69.6	C72.3/5
<i>Неорганічні гази, аерозолі, пари, пил</i>										
Азоту окиси (АП)			+					+		+
Аміак (АП)					+					
Вуглецю окиси (АП)						+				
Сірководень (АП)			+			+				
Сірковуглець (АП)		+								+
Сірчана кислота (АП)				+					+	+
Сірчистий газ (АП)			+			+				+
Фтор і його сполуки (АП)					+					
Хлор і його сполуки (АП)	+		+	+			+	+		
Пил (АП)		+	+							+
Сажа (атмосферне повітря)			+			+				
Пари та гази, пил і аерозолі, у т.ч. 1–2 класів небезпеки (ПРЗ)	+	+	+		+		+			+
<i>Неорганічні сполуки</i>										
Загальна мінералізація (ПВ)		+			+	+			+	+
Нітрати (ПВ, ПХ)			+		+		+	+	+	+
<i>Метали</i>										
Важкі метали, солі (АП)					+		+		+	
Кадмій (ПХ)				+				+		
Марганець (АП)				+					+	
Ртуть (АП, ПХ)	+		+	+	+					
Свинець (АП, ПХ)		+					+	+	+	
<i>Органічні сполуки</i>										
Аміни (АП)		+	+				+			
Антибіотики (ПХ)										+
Жирні кислоти, синтетичні (АП)	+								+	
Пестициди (Г, ПХ)		+	+	+	+	+	+	+		+
Формальдегід (АП)	+					+			+	
Харчові добавки (ПХ)	+			+			+			
<i>Фізичні фактори</i>										
Іонізуюче випромінювання (зовнішнє, внутрішнє)		+	+	+	+				+	+
Електростатичне поле						+				
ЕМП радіочастот – ВЧ			+	+					+	+
ЕМП радіочастот – НВЧ			+	+	+					

Примітка: *АП – атмосферне повітря, ПРЗ – повітря робочої зони, ПВ – питна вода, ПХ – продукти харчування, Г – ґрунти.

де РОЗ – рівень онкологічної захворюваності на 100 тис. населення; X – кількість проб із перевищенням ГДК за рік (у % до загальної кількості проведених досліджень): X₁ – сірковуглець атмосферного повітря; X₂ – хлор та його сполуки атмосферного повітря; X₃ – нітрозаміни у продуктах харчування; X₄ – ЕМП радіочастот ВЧ на промислових підприємствах; X₅ – іонізуюче випромінювання на промислових підприємствах; X₆ – пестициди ґрунтів рослинництва; X₇ – ароматичні вуглеводи атмосферного повітря; X₈ – загальна мінералізація питної води; X₉ – пил атмосферного повітря; X₁₀ – стронцій-90 в про-

дуктах харчування; X₁₁ – фтор та його сполуки у атмосферному повітрі; X₁₂ – сажа в атмосферному повітрі; X₁₃ – нітрати у питній воді; X₁₄ – солі важких металів у ґрунтах промислової зони; X₁₅ – ртуть у продуктах харчування; X₁₆ – ртуть в атмосферному повітрі; X₁₇ – ЕМП радіочастот НВЧ на промислових підприємствах; X₁₈ – марганець в атмосферному повітрі; X₁₉ – цезій-137+134 у продуктах харчування; X₂₀ – формальдегід в атмосферному повітрі.

Висновки

1. Проведене дослідження дозволило встановити, що у детермінації захворюваності насе-

лення на злякисні новоутворення ока та його придатків бере участь комплекс факторів техногенного забруднення навколишнього середовища, переважна кількість яких належить до факторів атмосферного повітря.

2. Хімічні та фізичні фактори, які забруднюють довкілля, збільшують захворюваність населення на злякисні новоутворення ока, як внаслідок механізму ініціювання канцерогенезу, так і шляхом модифікації механізмів його промоції.

3. Найбільшого значення у формуванні рівнів захворюваності населення на злякисні новоутворення різної локалізації набувають техногенні забруднення: атмосферного повітря – хло-

ром та його сполуками, амінами, важкими металами; повітря робочої зони – парами, газами, пилом та аерозолями 1–2 класів небезпеки; питної води – нітратами та мінеральними солями; ґрунтів, води, продуктів харчування – важкими металами (ртуттю, свинцем, кадмієм), пестицидами; довкілля – іонізуючим випромінюванням та ЕМП радіочастот ВЧ та НВЧ.

Перспективи подальших досліджень. Отримані дані є науковим підґрунтям для організації системи первинної профілактики офтальмоонкологічної захворюваності населення України у сучасних умовах реформування галузі.

Список літератури

1. Варивончик Д. В. Етіологія онкологічної патології серед населення Європи / Д. В. Варивончик // Укр. наук.-мед. мол. журн. – 2004. – № 3. – С. 35–36.
2. Варивончик Д. В. Роль антропогенного забруднення довкілля в етіології онкологічної патології населення України / Д. В. Варивончик // Гігієна населених міст. – К., 2005. – Вип. 46. – С. 153–157.
3. Гуслицер Л. Н. Эпидемиология опухолей: Основные результаты исследований, проведенных в Институте экспериментальной патологии, онкологии и радиобиологии им. Р. Е. Кавецкого НАН Украины / Л. Н. Гуслицер // Экспер. онкол. – 2001. – № 23. – С. 229–235.
4. Ревич Б. А. Экологическая эпидемиология / Б. А. Ревич, С. Л. Авалиани, Г. И. Тихонова. – М.: Академия, 2004. – 384 с.
5. Риков С. О. Вплив антропогенного забруднення ґрунтів на поширеність хвороб органа зору та його придатків / С. О. Риков // Вісн. наук. досліджень. – 2003. – № 2. – С. 26–28.
6. Риков С. О. Вплив антропогенного забруднення питної води на поширеність хвороб органа зору та його придатків / С. О. Риков // Експерим. та клін. фізіол. і біохімія. – 2003. – № 3. – С. 111–115.
7. Риков С. О. Вплив електромагнітного поля антропогенного походження на поширеність офтальмологічної патології / С. О. Риков // Вісн. проблем біології і медицини. – 2003. – № 2. – С. 70–73.
8. Риков С. О. Вплив забруднення атмосферного повітря антропогенного походження на поширеність хвороб очей та їх придатків / С. О. Риков // Вісн. Вінниц. держ. мед. ун-ту. – 2003. – Т. 7, № 2/2. – С. 743–746.
9. Риков С. О. Поширеність офтальмологічної патології в умовах забруднення середовища зовнішнім іонізуючим випромінюванням / С. О. Риков // Вісн. пробл. біології і медицини. – 2003. – № 3. – С. 54–57.
10. Хижняк М. І. Здоров'я людини та екологія / М. І. Хижняк, А. М. Нагорна. – К., 1995. – 232 с.

РОЛЬ ТЕХНОГЕННОГО ЗАГРЯЗНЕННЯ ОКРУЖАЮЩОЇ СРЕДИ В ЗАБОЛЕВАЕМОСТІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННИМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ГЛАЗА И ЕГО ПРИДАТКОВ

А. С. Гудзь, Д. В. Варивончик (Львов, Киев)

На основании проведенного исследования установлена роль техногенного загрязнения окружающей среды в формировании офтальмоонкологической заболеваемости населения Украины. Наибольшее значение имеют следующие факторы загрязнения: атмосферного воздуха – хлором и его соединениями, аминами, тяжелыми металлами; воздуха рабочей зоны – парами, газами, пылью и аерозолями 1–2 классов опасности; питьевой воды – нитратами и минеральными солями; ґрунтов, воды, продуктов питания – тяжелыми металлами (ртутью, свинцом, кадмием), пестицидами; окружающей среды – ионизирующим излучением и ЭМП радиочастот (ВЧ и НВЧ). Разработана математическая модель, позволяющая прогнозировать уровни офтальмоонкологической заболеваемости населения областей Украины в зависимости от состояния техногенного загрязнения окружающей среды.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: злокачественные новообразования, глаз и его придатки, окружающая среда, техногенное загрязнение, заболеваемость.

ROLE OF TECHNOGENIC ENVIRONMENTAL POLLUTION IN THE MORBIDITY OF THE POPULATION OF THE UKRAINE BY THE MALIGNANT NEW FORMATIONS OF THE ORGAN OF VISION AND ITS APPENDAGES

А. С. Hudz, D. V. Varyvonchyk (Lviv, Kyiv)

The conducted investigation established the role of technogenic environmental pollution in the formation of ophthalmoooncologic morbidity of the population of the Ukraine. The greatest of value the following pollution has:

atmospheric air – by chlorine and by its connections, by amines, by heavy metals; air of working zone – by vapors, by gases, by dust and by the aerosols of 1-2 classes of danger; drinking water – by nitrates and by mineral salts; soils, water, food products – by heavy metals (mercury, lead, cadmium), by pesticides; environment – by ionizing emission EMF of radio frequencies (HF and SHF). In a study the mathematical model, which makes it possible to forecast the levels of the ophthalmologic morbidity of the population of the Ukraine regions, is developed depending on the levels of technogenic environmental pollution.

KEY WORDS: malignant new formations, the visual organ, environment, technogenic pollution, the morbidity.

Рецензент: д.мед.н., проф. С. О. Риков

УДК 314.4:001.8

Л. А. ЧЕПЕЛЕВСЬКА, О. В. ЛЮБІНЕЦЬ (Київ, Львів)

ПРОГНОЗНІ ТЕНДЕНЦІЇ СМЕРТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

ДУ “Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України”
Львівський національний університет ім. Данила Галицького

Прогноз показників смертності населення України на середньо- та довгострокову перспективу свідчить про подальше погіршення ситуації щодо смертності, як серед всього населення країни загалом, так і окремих його контингентів (міське, сільське, чоловіче, жіноче) в регіонах.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: смертність населення, місто, село, чоловіки, жінки, регіони.

Суспільні перетворення в Україні за роки незалежності супроводжувалися соціально-економічною кризою, що негативно позначилося на відтворенні населення. Сучасна демографічна ситуація в Україні вкрай складна і характеризується стрімким скороченням чисельності населення через суттєве переважає смертності над народжуваністю (природний убуток населення), що становить одну із найбільш серйозних загроз національній безпеці країни. Міграційний приток не компенсує природні убутки населення [7].

Покращення демографічної ситуації в Україні є найбільш актуальною проблемою для держави і суспільства, тому що має важливе значення не тільки для збереження трудового потенціалу й національної безпеки країни, але й для збереження самої держави.

На сьогодні Україна за найважливішими показниками здоров'я населення поступається багатьом країнам Європи та світу. Так, середня очікувана тривалість життя чоловіків в Україні на 13 років, а жінок – понад 8 років менша, ніж в країнах Європейського Союзу. За цим показником наша країна знаходиться на передостанньому місці в Європі [1]. Передусім це пов'язано з високою смертністю (надсмертністю) населення, особливо в працездатному віці. Починаючи

з 1995 р., чисельність населення постійно зменшується: з 51,7 млн в 1995 р. до 46,3 млн в 2008 р. Темпи зниження коливались від 372,9 тис. в 2000 р. до 229,0 тис. в 2008 р. [5].

Якщо Західну Європу перспектива зниження населення очікує лише при житті наступних поколінь, то Україна знаходиться в самому розпалі цього процесу. За період з 2005 по 2030 рр. населення Західної Європи працездатного віку – від 15 до 64 років – скоротиться на 7%. За цей період, за прогнозом Бюро перепису населення США, вікова група у віці від 15 до 64 років скоротиться на 21% при житті наступного покоління. Очікуване скорочення населення буде особливо різким для вікової групи від 15 до 39 років: вважається, що кількість її представників скоротиться на 35% [2].

Наступною особливістю демографічної ситуації в Україні є низька – одна з найнижчих у Європі – середня очікувана тривалість життя (68 років), особливо у чоловіків (62 роки) [5].

Очікувана тривалість життя (ОТЖ) в Україні є набагато меншою, ніж в інших європейських країнах, причому найбільше відносно скорочення тривалості життя спостерігається серед громадян працездатного віку, особливо серед чоловіків. До кінця 80-х років тенденції щодо тривалості життя у Східній Європі були приблизно однаковими, але потім з'явилися розбіжності: в Україні

та Росії ОТЖ почала скорочуватися, в той час як у колишніх соціалістичних країнах – Чеській Республіці, Угорщині, Словаччині та Польщі – вона почала суттєво зростати. Сьогодні процес скорочення ОТЖ в Україні знаходиться у стагнації [3].

Третьою і найголовнішою особливістю демографічної ситуації в Україні є дуже висока до недавнього часу смертність населення (особливо чоловічого), яка отримала назву “насмертність”. Від неї залежать попередні дві (зменшення чисельності населення та зниження тривалості життя). За показниками смертності серед європейських країн Україну випереджає лише Російська Федерація. Після стагнації на рівні 16,0–16,5‰ смертність в Україні в останні два роки почала потроху знижуватися [4;6].

Порівняно з іншими європейцями українці не тільки помирають у більш молодому віці, але й проживають менше років у повністю здоровому стані. Стан їхнього здоров'я видається гіршим за нормальний стан протягом майже 13% тривалості життя, водночас у Польщі цей показник становить 8%, Словаччині та Чеській Республіці – 9%. До рівня України наближається лише Угорщина – 11% [7].

Сучасний рівень смертності в Україні характеризується суттєвими регіональними відмінностями: у 2008 р. величина загального коефіцієнту смертності коливалася від 10,9‰ (м. Київ) до 21,1‰ (Чернігівська область). Відносно нижчий загальний рівень смертності спостерігається у західних (13,0–15,1‰), найвищий – у північних (18,4–21,1‰) областях.

Виявлення регіональних особливостей смертності населення, її сучасних та прогнозних тенденцій, залишається актуальною проблемою.

Мета дослідження: вивчити сучасні тенденції смертності населення України і розробити їх прогноз на 2010–2015–2020–2025 рр.

Матеріали і методи. Дослідження проводилось за даними Держкомстату України за показниками смертності населення в регіонах, залежно від типу поселення, статі, в ретроспективній (1995–2007 рр.) та проспективній (2010–2025 рр.) динаміці. Методи дослідження – демографічні, статистичні, прогностичні (прогнозна екстраполяція), трендові моделі.

Результати дослідження та їх обговорення. Показники смертності в Україні протягом останніх 15 років мали тенденцію до росту, тому їх прогнозні значення мають підвищені величини. В цілому по Україні рівень смертності прогнозується у 2010 р. – 16,81‰, у 2013 р. – 17,22‰, у 2015 р. – 17,5‰ (рис. 1).

В регіонах найвищі рівні смертності прогноуються в 2015 р. в Чернігівській (до 23,7‰), Житомирській (20,7‰), Сумській (20,1‰), Полтавській (20,0‰), Київській (19,7‰) областях.

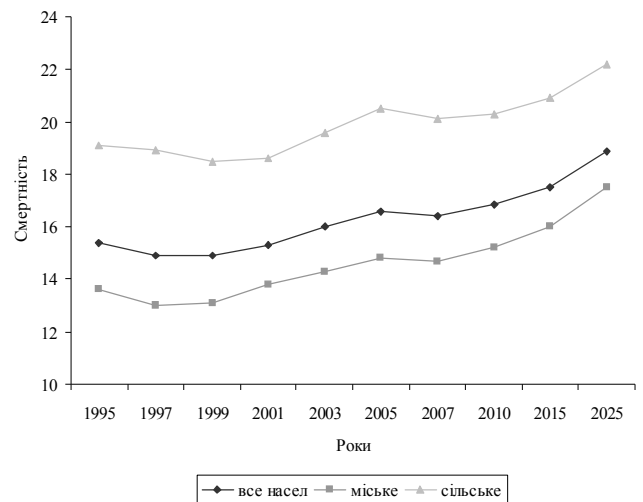


Рис. 1. Прогноз смертності міського і сільського населення України до 2025 р., на 1000 населення

Найнижчі рівні смертності в 2015 р. прогноуються в м. Києві (11,4‰), Закарпатській (14,4‰), Чернівецькій (14,6‰), Львівській (14,92‰), Івано-Франківській (14,95‰) областях (рис. 2).

Однак всюди прогноуються зростання смертності. По Україні темпи зростання в 2010 р. становитимуть 2,5%, в 2013 р. – 5%, в 2015 р. – 7%, в 2020 р. – 11%, в 2025 р. – 15% порівняно з 2007 р. В 2025 р. в третині областей темп росту смертності прогноуються на рівні від 120% у Волинській області до 126% у Житомирській та Запорізькій областях. Максимальний рівень смертності на цей період прогноуються в Чернігівській (26,4‰), Житомирській (23,4‰), Київській (21,8‰), Полтавській та Сумській (по 21,6‰) областях.

Прогноз смертності міського населення також несприятливий (рис. 3), особливо за темпами росту. Це значною мірою стосується областей Західного регіону, в яких темп росту в 2025 р. досягне більше третини рівня 2007 р. (рис. 3). В Закарпатській області темп росту в 2025 р. становитиме 134,6%, в Житомирській – 134%, в Тернопільській – 132,2%, в Івано-Франківській – 130,9%, у Львівській – 129,9%, у Волинській – 128,5%, Чернівецькій – 127%.

Однак рівень смертності залишиться найвищим в областях Південно-Східного регіону – Дніпропетровській (20,53‰), Донецькій (19,93‰), Кіровоградській (19,92‰), Луганській (19,83‰), а також Північно-Східного регіону – Чернігівській (19,37‰), Полтавській (19,22‰), Сумській (19,05‰).

Прогноз смертності сільського населення також песимістичний (рис. 4). Це стосується, головним чином, рівня смертності, який прогноуються

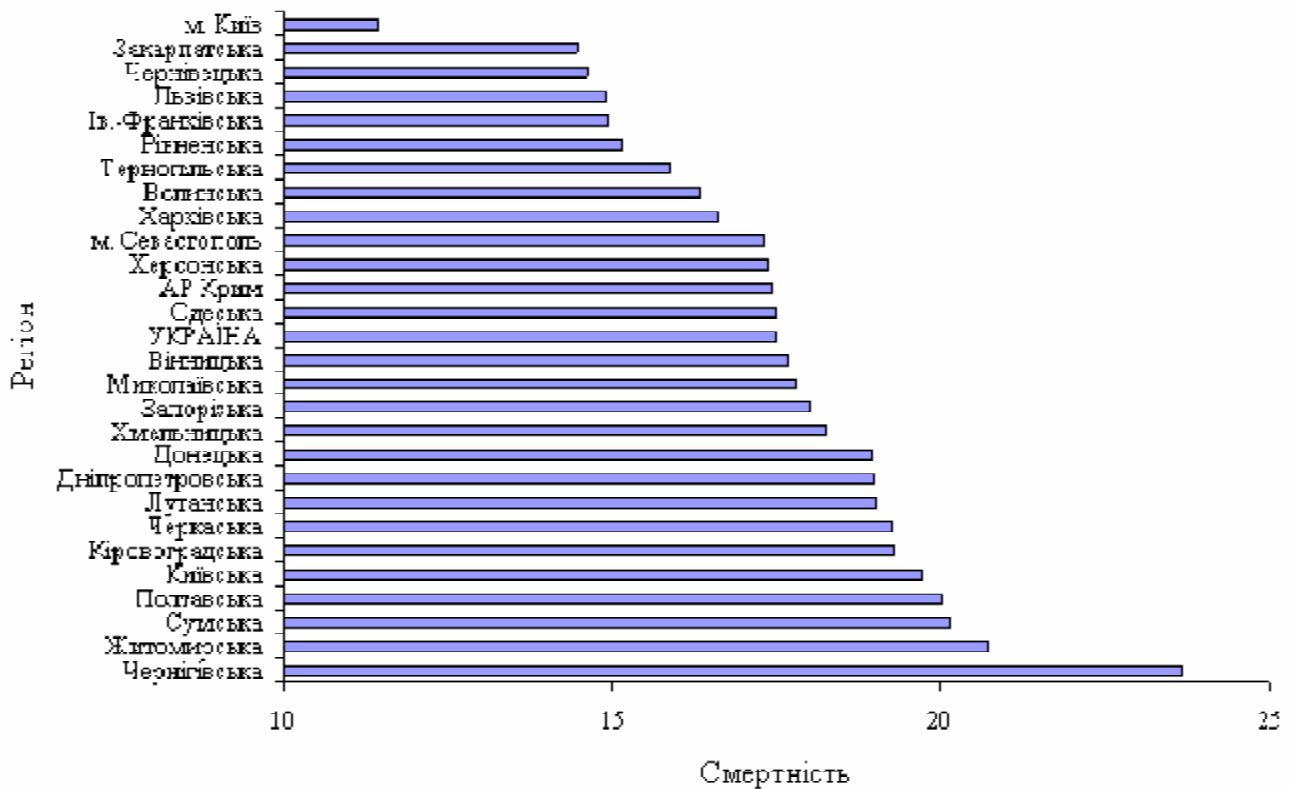


Рис. 2. Прогноз смертності населення в регіонах України до 2015 р., на 1000 населення

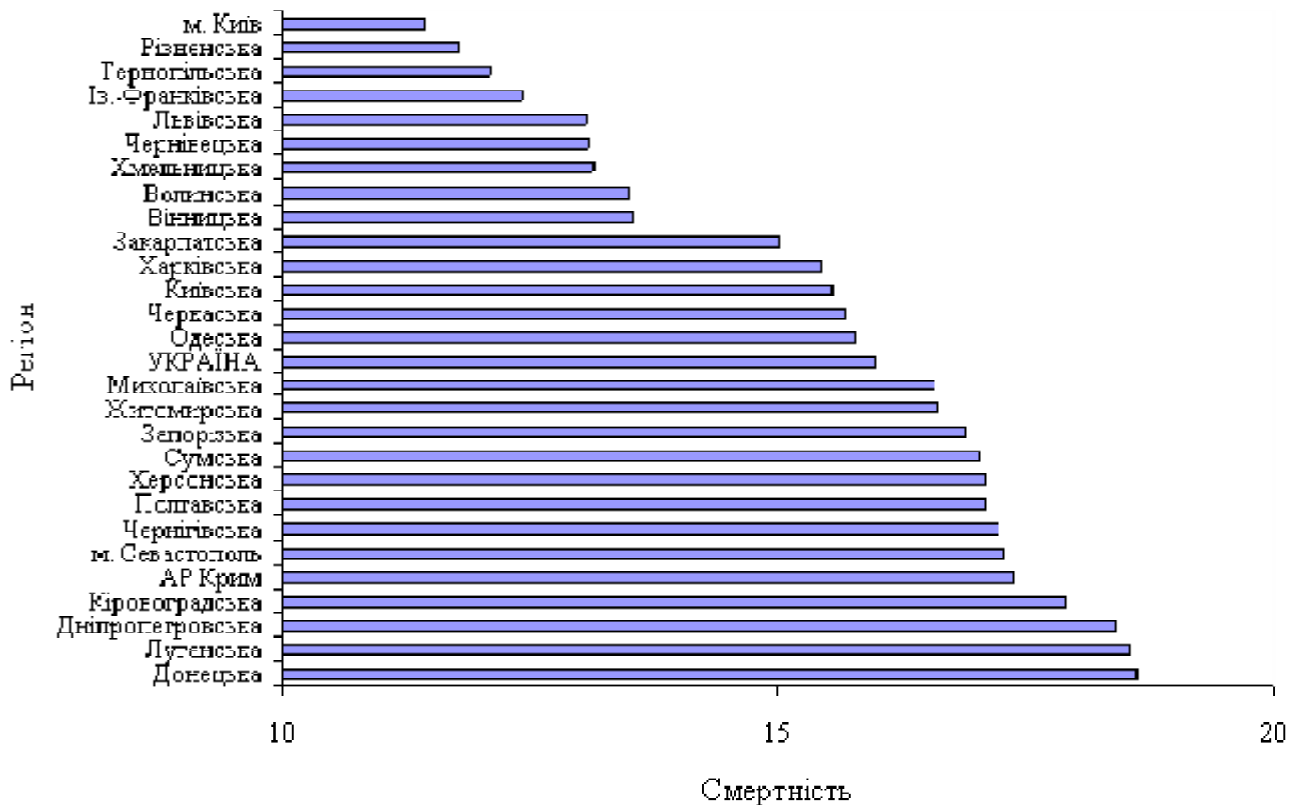


Рис. 3. Прогноз смертності міського населення України до 2025 р., на 1000 населення

у 2015 р. в Чернігівській області на рівні 34,4%, Сумській – 26,8%, Київській – 26,7%, Житомирській – 26,3%, Полтавській – 24,8%. Водночас темп

росту в цих областях трохи нижчий, ніж серед міського населення, і коливається від 127% в Чернігівській до 110,6% в Сумській області.

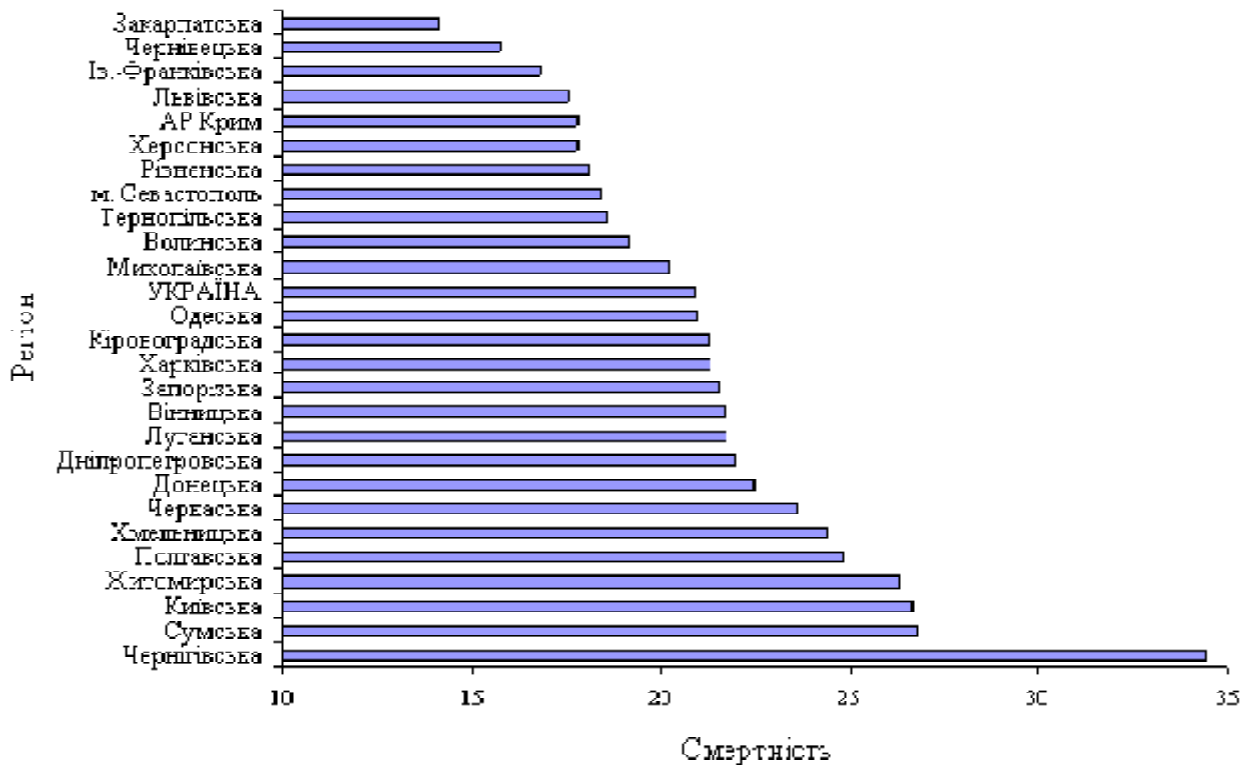


Рис. 4. Прогноз смертності сільського населення України до 2015 р., на 1000 населення

Прогноз смертності чоловіків в Україні на 2025 р. свідчить про високі її рівні, зокрема у Чернігівській (32,25‰), Житомирській (28,91‰), Київській (25,99‰), Полтавській (25,58‰), Сумській (25,3‰), Дніпропетровській (25,05‰), Донецькій (24,94‰) областях (рис. 5, 6).

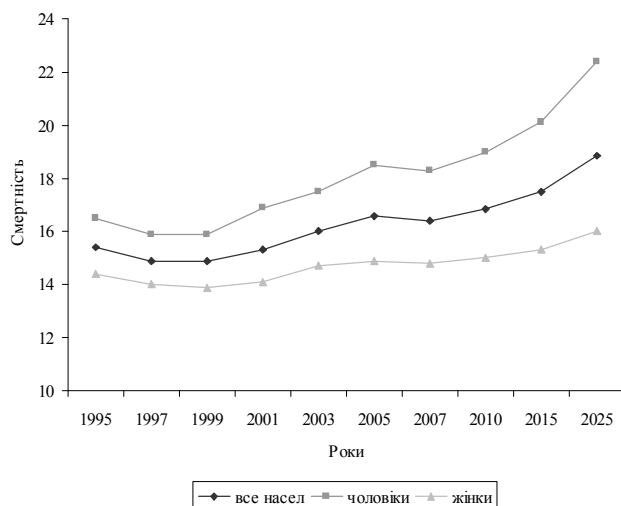


Рис. 5. Прогноз смертності чоловіків і жінок України до 2025 р., на 1000 населення

Смертність жінок також зростає, але буде на майже 40% нижчою, ніж у чоловіків. Найвищі рівні прогноуються також в Чернігівській (20,5‰),

Сумській (18,0‰), Полтавській (17,9‰), Житомирській (17,5‰), Київській (16,9‰) областях (рис. 7). Темп росту в цих областях коливатиметься від 107,5% в Сумській до 115% в Запорізькій області. Але темпи росту смертності в Запорізькій області, м. Севастополі та в Автономній Республіці Крим будуть значно більшими – від 127% до 120,2%.

Висновки

1. Негативні тенденції смертності населення України протягом останніх 15 років обумовлюють підвищення її на середньо- та довгострокову перспективу.

2. Ріст смертності населення України прогнозується в усіх регіонах; найвищі рівні прогноуються в Північно-Східному регіоні (Чернігівська, Сумська, Полтавська області) та Центральному (Житомирська та Київська області), найнижчі – в Західному (Закарпатська, Чернівецька, Львівська, Івано-Франківська області).

3. За типом поселення більш песимістичні темпи росту прогноуються серед міського населення – 119,0% проти 110,3% серед сільського. Найбільший темп росту прогноується в областях Західного регіону – Закарпатській (134,6%), Тернопільській (132,2%), Івано-Франківській (131,0%). Однак за рівнем смертності продовжуватимуть лідувати області Південно-Східного регіону (Дніпропетровська, Донецька, Кіровоградська).

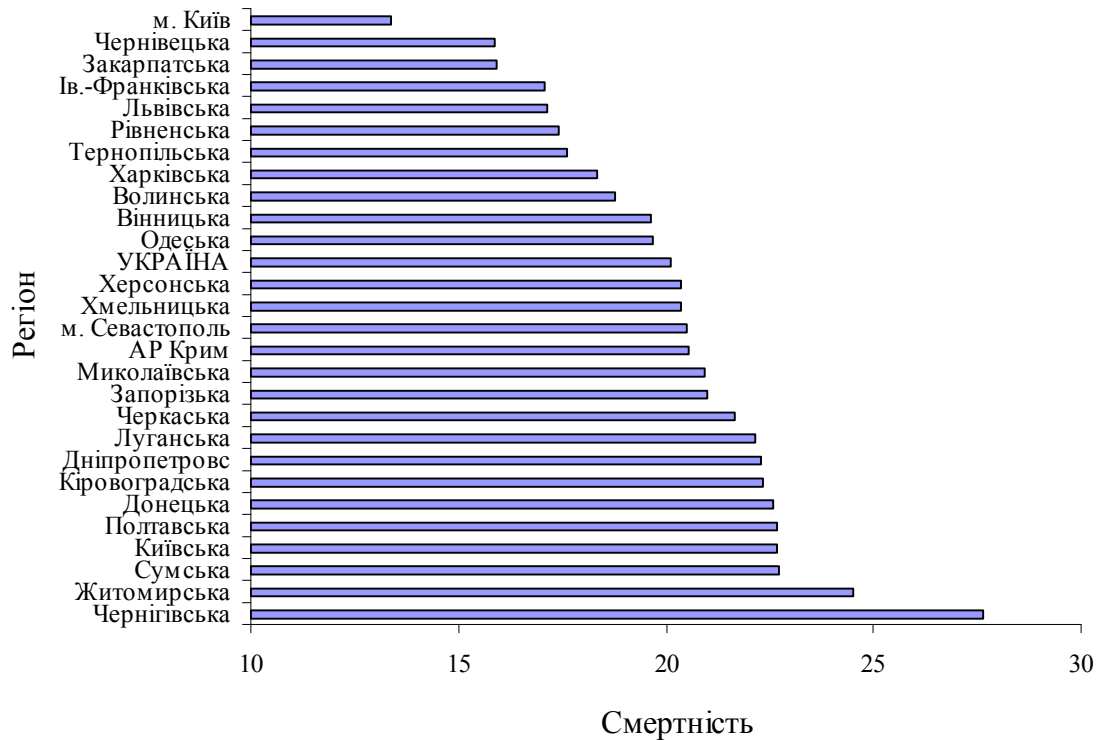


Рис. 6. Прогноз смертності чоловіків України до 2015 р., на 1000 відповідного населення

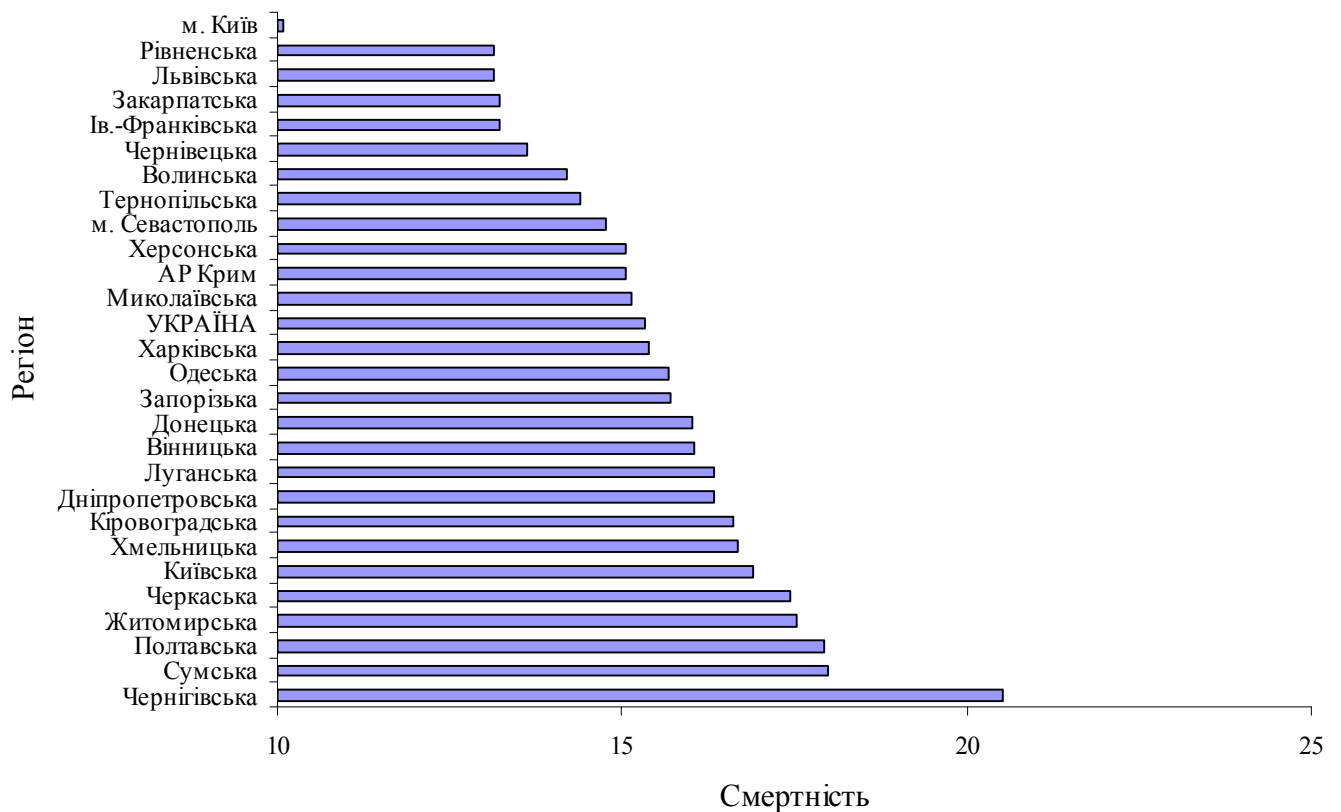


Рис. 7. Прогноз смертності жінок України до 2015 р., на 1000 відповідного населення

4. Песимістичний прогноз щодо смертності чоловіків: в 2015 р. смертність збільшиться на 10,0%, в 2025 р. – на 22,2% і буде найбільшою в Чернігівській, Житомирській, Київській, Пол-

тавській, Сумській, Дніпропетровській, Донецькій областях (від 32,2‰ до 24,9‰ відповідно).

5. Тенденція зростання смертності, особливо серед чоловіків, може пояснюватися фактора-

ми ризику та неспроможністю системи охорони здоров'я здійснювати профілактику, контроль та викорінення головних причин передчасної смертності. У короткостроковій перспективі необхідно визначити та здійснити (як усередині системи охорони здоров'я, так і за її межами) першочергові, ефективні з точки зору витрат, заходи, спрямовані на подолання головних факторів ризику. У середньостроковій перспективі систему охорони здоров'я слід переорієн-

тувати у засіб, який дозволяє вирішувати складні проблеми профілактики та контролю неінфекційних захворювань.

Перспективи подальших досліджень полягають в поглибленому вивченні тенденцій смертності та її середньо- і довгостроковому прогнозі за окремими, найбільш вагомими, класами хвороб та нозологічними формами, в регіональному аспекті.

Список літератури

1. Герасименко Н. Ф. Сверхсмертность населения – главная демографическая проблема России в контексте европейских тенденций здоровья / Н. Ф. Герасименко // Здравоохранение Российской Федерации. – 2009. – № 3. – С. 10–13.
2. Клупт М. Демография регионов Земли / М. Клупт. – СПб., 2008.
3. Предотвратимая смертность: пути снижения оценки эффективности мероприятий / под ред. Ю. В. Михайловой, Т. П. Сабгайда. – М., 2006.
4. Рано умирать (Проблемы высокого уровня заболеваемости и преждевременной смертности от заболеваний и травм в Российской Федерации и пути их решения). – М., 2005.
5. Трагедія, якої можна уникнути: подолання в Україні кризи здоров'я людини. Досвід Європи // Здоров'я людини та демографія : звіт. – К. : ВЕРСО-04, 2009. – 72 с.
6. Шабунова А. А. Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз / А. А. Шабунова, Н. А. Рыбакова, Е. А. Чекмарева. – М., 2008. – С. 32–41.
7. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2008 рік. – К., 2009. – 360 с.

ПРОГНОЗНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ

Л. А. Чепелевская, О. В. Любинец (Киев, Львов)

Прогноз показателей смертности населения Украины на средне- и долгосрочную перспективу свидетельствует о дальнейшем ухудшении ситуации относительно смертности, как среди всего населения страны, так и отдельных его контингентов (городского, сельского, мужского, женского) в регионах.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: смертность населения, город, село, мужчины, женщины, регионы.

PROGNOSIS TENDENCIES OF DEATH RATE OF THE POPULATION OF UKRAINE

L. A. Chepelevska, O. V. Lubinets (Kyiv, Lviv)

The forecast of indices of death rate of the population of Ukraine on middle- and long-term prospect testifies to the further worsening of a situation concerning death rate, as among all population of the country, and its separate contingents (city, rural, man's, female) in regions.

KEY WORDS: death rate of the population, city, village, men, women, regions.

Рецензент: к.мед.н. Т. К. Кульчицька

УДК 614.1:312.6:613.71(477)

В. П. КОРЖ, В. О. СОРОКІН, І. М. БАШКІН (Харків, Запоріжжя, Київ)

СОЦІАЛЬНА РОЛЬ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ І СПОРТУ В ЗМІЦНЕННІ І ПІДТРИМЦІ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Харківський національний медичний університет
Запорізький національний технічний університет
Університет "Україна"

Проведено комплексний аналіз демографічних показників, рівня захворюваності та поширеності, фізичної активності, впливу спортивних навантажень на серцево-судинну систему спортсменів – мешканців екологічно неблагополучного регіону. Виявлено високий рівень захворюваності, який має особливості для різних вікових груп. Рівень фізичної активності молоді м. Запоріжжя можна кваліфікувати як стійку гіподинамію. Інтенсивні фізичні навантаження можуть мати негативні наслідки для здоров'я спортсменів. Показано необхідність структурних змін у системі охорони здоров'я, перехід від системи "соціальної медицини" до "суспільної охорони здоров'я".

КЛЮЧОВІ СЛОВА: поширеність, демографічні показники, захворюваність, здоров'я населення, фізична активність, фізичні навантаження.

З кінця ХХ ст. у ряді держав світу спостерігається несприятлива демографічна ситуація – негативний приріст населення (смертність перевищує народжуваність) [3], інтенсивне його постаріння, збільшення питомої ваги хворих та інвалідів тощо, що, зрештою, призводить до дефіциту трудових ресурсів та гальмування економічного розвитку держав в цілому [4;7]. Оттавська хартія (1986) рекомендує державам-учасникам внести показники здоров'я і якості життя населення до категорії показників "національної безпеки". На виконання даного документа ВООЗ розроблена принципово нова методологія "суспільної охорони здоров'я", яка відрізняється від традиційної профілактичної медицини. Суспільна охорона здоров'я є міжсекторальним напрямом, який покликаний об'єднати зусилля виробників товарів і послуг, що мають вплив на здоров'я, з метою мінімізації індивідуальних і популяційних ризиків для здоров'я населення. Багаторічний досвід цілого ряду економічно розвинених держав довів ефективність реалізації програм суспільної охорони здоров'я (первинний ефект реєструється протягом 2–3 років, а стабільний – 10 років) при високій економічній рентабельності (1:10 в порівнянні з медичними технологіями).

На жаль, в більшості країн колишнього СРСР (у тому числі і в Україні) цей напрям діяльності не впроваджується через ряд об'єктивних і суб'єктивних причин [9]. Однією з головних причин є те, що методологію, відпрацьовану у ряді європейських держав, потрібно адаптувати до українських реалій. Прикладом може слугувати

сучасний базовий напрям – оптимізація фізичної активності населення, як найважливіший чинник попередження виникнення групи "хвороб цивілізації" (серцево-судинні, цукровий діабет, деякі форми раку, соціальна депресія тощо) [5;6;8;11]. Україна входить до числа держав, у яких зростання захворюваності, втрати років здорового життя (DALYs) і смертності від хвороб системи кровообігу продовжує інтенсивно збільшуватися (тільки за період з 1990 по 2003 рр. приріст склав 32,1 на 100 000 населення). На даний час показник передчасної смертності населення (віковий проміжок від 0 до 64 років) внаслідок хвороб системи кровообігу найвищий у Європі. Це зумовлює актуальність даного дослідження.

Мета дослідження: комплексний аналіз демографічних показників, рівня захворюваності і поширеності, фізичної активності, впливу спортивних навантажень на серцево-судинну систему молоді (вік 15–30 років), що мешкає в екологічно неблагополучному регіоні України, з метою оцінки можливості імплементації рекомендацій ВООЗ.

Матеріали і методи. Аналіз демографічних і основних показників діяльності установ охорони здоров'я м. Запоріжжя проводився за офіційними виданнями 2000–2008 рр. Оцінка якості життя і фізичної активності – методом аутоанкетування за методологією EUROHIS [10], зміна показників ЕКГ у спортсменів – за даними Запорізького обласного спортивно-фізкультурного диспансеру.

Аутоанкетування проведено серед 435 мешканців м. Запоріжжя у віці 15–30 років (120 жінок і 315 чоловіків), які були відібрані методом випадкової вибірки.

Результати дослідження та їх обговорення. Запоріжжя – типовий промисловий центр України, в якому проживає 787,8 тис. жителів. За 10 років чисельність населення скоротилася на 9,02% (78,1 тис.). Народжуваність в 1997 р. була 7,1 на 1000, а в 2007 р. – 8,9 при смертності населення в 1997 р. 13,0 на 1000, а в 2007 р. – 15,06. Природний приріст населення становив у 1997 г. -5,9, 2007 р. -6,1.

Дослідження проводилося тільки щодо груп захворювань, при яких фізична активність має науково доведену ефективність (хвороби системи кровообігу, захворювання опорно-рухового апарату і наслідки перенесених травм).

Показники захворюваності і поширеності населення м. Запоріжжя протягом 10 років залишаються стабільними з тенденцією до зростання (табл. 1).

Таблиця 1. Захворюваність жителів м. Запоріжжя (на 10 000 мешканців)

Захворювання	Поширеність		Захворюваність	
	2008	2007	2008	2007
Діти				
Всі хвороби	19476,9	19870,4	16538,9	16793,0
- хвороби системи кровообігу	249,6	225,1	87,8	57,0
- хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини	427,8	356,3	405,4	346,2
- травми та отруєння	489,3	512,0	484,6	807,3
Підлітки				
Всі хвороби	13606,1	13103,6	8085,8	8340,9
- хвороби системи кровообігу	453,9	431,5	102,4	48,3
- хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини	1005,9	858,7	507,5	466,5
- травми та отруєння	539,4	571,1	520,9	538,5
Дорослі				
Всі хвороби	15114,9	15197,0	4310,6	4523,5
- хвороби системи кровообігу	6270,6	6031,4	286,6	268,3
- хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини	817,0	810,7	244,8	272,3
- травми та отруєння	404,2	442,1	390,7	432,0

Традиційно в Україні аналіз поширеності і захворюваності населення проводиться в порівнянні (час, інші регіони або країни). При цьому не враховується, що ВООЗ рекомендує показник “вичерпаної (достеменної) захворюваності” (число всіх захворювань, які виявлені в даному році за зверненням, + число захворювань, які виявлені на медоглядах, + число захворювань, що викликали смерть з розрахунку на 1000 жителів). Цей показник дозволяє не лише аналізувати, але і розрахувати ресурсну базу охорони здоров'я і дати оцінку медико-соціальної ефективності діяльності установи або галузі.

У більшості країн світу цей показник становить 1200 випадків захворювань на 1000 населення (за винятком Японії, де показник становить 1300 випадків на 1000 жителів). Дослідження, виконані в Україні в 90-і роки ХХ ст. [2], показали, що вичерпана захворюваність становить 1166,6 випадку на 1000 населення, серед вікової групи від 0 до 14 років – 876,6, серед вікової групи 20–39 років – 512,5, серед вікової групи 40–59 років – 1697,5 і у віковій групі старіше за 60 – 1654,0.

Результати порівняльного аналізу вичерпаної (достеменної) захворюваності і поширеності захворювань серед населення м. Запоріжжя за віковими групами наведені в таблиці 2.

Таблиця 2. Порівняльний аналіз вичерпаної захворюваності і поширеності захворювань серед населення м. Запоріжжя

Вікова група	Вичерпана захворюваність	Поширеність	Відхилення
Діти	876,7	1947,7	+ 2,2 разу
Підлітки	470,8	1360,6	+ 2,9 разу
Дорослі	1654,0	1511,5	- 8,6%

Логічний аналіз вичерпаної захворюваності населення показує, що високий рівень первинної захворюваності характерний для дитячого

віку (період адаптації до впливу чинників зовнішнього середовища), у підлітковому і молодому віці показники захворюваності мінімізуються з

наступним зростанням “вантажу накопичених хвороб”, яке відбувається в старших вікових групах: дитячий вік – 25,5%, підлітковий вік – 45,9%, дорослі – 64,5%. Ця закономірність чітко простежується при аналізі структури хвороб системи кровообігу жителів м. Запоріжжя (табл. 3) і вказує на низьку ефективність профілактичних заходів. На наш погляд, це вимагає розробки і

впровадження оптимальної методології моніторингу функціональних резервів, донозологічної діагностики на ранніх стадіях розвитку адапційного синдрому і своєчасної та адекватної корекції функціонального стану. Для того, щоб прогнозувати стан функціональних резервів, необхідно застосовувати сучасну, науково-обґрунтовану певну класифікацію і методичні підходи.

Таблиця 3. **Питома вага деяких клініко-статистичних груп в структурі захворюваності і поширеності захворювань серед населення м. Запоріжжя, %**

Показник	2008		2007	
	Поширеність	Захворюваність	Поширеність	Захворюваність
Хвороби системи кровообігу				
Всього	50,73	8,42	44,08	6,82
Діти	1,28	0,5	1,1	0,34
Підлітки	3,34	1,27	3,29	0,58
Дорослі	41,49	6,65	39,69	5,9
Хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини				
Всього	14,99	14,41	13,67	13,06
Діти	2,2	2,45	1,79	1,47
Підлітки	7,39	6,28	6,55	5,59
Дорослі	5,4	5,68	5,33	6,0
Травми та отруєння				
Всього	9,13	18,4	9,83	20,75
Діти	2,5	2,9	2,57	4,8
Підлітки	3,96	6,4	4,36	6,4
Дорослі	2,67	9,1	2,9	9,55
Разом	74,85	41,23	67,58	40,63

Як уже зазначалося, вибрані нами для аналізу клініко-статистичні групи захворювань об'єднані між собою високою науково доведеною ефективністю оптимальної фізичної активності (тренуючий ефект) для їх попередження, особливо в дитячому і підлітковому віці.

Враховуючи важливу роль фізичної активності у підтриманні здоров'я населення, було проведено її оцінку серед мешканців м. Запоріжжя у віці 15–30 років. Аутоанкетування показало, що основна маса респондентів (92%) оцінюють якість свого життя як “добре” або “дуже добре”. Всі без винятку підтверджують значення фізичної активності в підтримці здоров'я, проте аналіз анкет свідчить,

що із суб'єктивних та об'єктивних причин тільки 12% хлопців і 7% дівчат регулярно займаються фізичною культурою і спортом (основні переваги – фітнес, спортивні танці, ігрові види спорту, східне єдиноборство). Близько 50% дівчат займаються фізичними вправами всього 2–3 год. на тиждень, тоді як понад 45% не займаються ними зовсім.

Відповідно до методології EUROHIS, функціональний статус респондентів оцінювався через показники метаболічного еквіваленту – metabolic equivalent (MET). Один MET відповідає споживанню кисню 40-річним 70-кілограмовим чоловіком в стані спокою, що відповідає 3,5 мл/кг/хв. Результати дослідження наведені в табл. 4.

Таблиця 4. **Структура фізичної активності жителів м. Запоріжжя у віці 15–30 років (%)**

Вид фізичної активності	Тривалість фізичної активності, хв/день		
	Дівчата (n=120)	Хлопці (n=315)	Всього (n=435)
Інтенсивна, 6–9 MET	2,9±0,16	3,6±0,24	3,26±0,14
Помірна, 3–6 MET	47,5±2,11	57,2±2,54	52,0±1,65
Спільна, 3–9 MET	50,5±2,21	60,5±2,68	55,2±2,74

Як свідчать дані таблиці 4, рівень фізичної активності молоді м. Запоріжжя можна кваліфікувати як стійку гіподинамію. Для порівняння наводимо результати загальнонаціональних опитувань в США: 63,7% учнів середніх шкіл, 37,6% студентів коледжів і 14,0% дорослих регулярно займаються фізичними вправами високої інтенсивності, а 21,1% учнів середніх шкіл, 19,5% студентів коледжів і 19,7% дорослих – помірної фізичної активності.

Провідні фахівці із спортивної медицини зауважують, що тільки використання дозованих фізичних навантажень в змозі підвищувати резервні можливості організму людини, рівень здоров'я, за рахунок позитивного впливу на роботу ендогенних систем аеробного забезпечення енергії. При цьому популяційне зниження максимальних аеробних можливостей індивіду є безпосередньою причиною епідемії хронічних неінфекційних захворювань [1]. Гіподинамія у поєднанні з гіпокінезією і відсутністю цілеспрямованої роботи щодо оптимізації рухового стереотипу у молоді призвели до розвитку негативного (преморбідного) фону, на тлі якого реко-

мендовані “учбові тести на оцінку фізичних якостей людини” набувають характеристик стрес-тестів з негативними наслідками для здоров'я (аж до раптової серцевої смерті).

Слід враховувати, що надмірні неадекватні фізичні навантаження є чинником ризику щодо розвитку патологічних станів. Спортивна діяльність на сучасному етапі, для якої характерне підвищення об'єму та інтенсивності фізичних та психічних навантажень, стає суттєвим випробуванням для біологічних систем організму людини. Нами проведений ретроспективний аналіз змін ЕКГ осіб, які регулярно займаються спортом (табл. 5). Результати показали, що частота патологічних змін ЕКГ спортсменів стабільно утримується і має тенденцію до збільшення. При цьому співвідношення між жінками і чоловіками становить 1:3 (2004 – 23,7%, 2007 – 27,4%, 2008 – 31,2%). Привертає увагу, що всі зміни ЕКГ мають спільний обмінно-метаболічний генез, який свідчить про недоліки медико-біологічного забезпечення і процесу підготовки спортсменів.

Таблиця 5. Характер і кількість змін в серцево-судинній системі за результатами ЕКГ осіб, які займаються спортом (статистичні дані ЗОЛФД)

Виявлені порушення	2004				2007				2008			
	Всього	до 14*	15-18*	19-30*	Всього	до 14*	15-18*	19-30*	Всього	до 14*	15-18*	19-30*
Порушення збудливості та автоматизму	109	20%	63%	17%	182	51%	40%	9%	279	41%	42%	15%
Порушення провідності	360	17%	64%	19%	377	17%	63%	20%	405	30%	52%	18%
Синдром WPW	1	-	-	100%	6	33,3%	33,3%	33,3%	10	-	80%	20%
Синдром скороченого інтервалу PQ	107	32%	40%	28%	119	63%	25%	12%	140	64%	29%	7%
Синдром ранньої реполяризації	350	20%	60%	20%	315	51%	29%	20%	380	24%	60%	16%
Ознаки метаболічної кардіоміопатії	199	14%	68%	18%	257	16%	50%	34%	236	22%	47%	31%
Загальна кількість досліджень	1124				1265				1494			

Примітка. *Кількість осіб, які становлять рекомендовану вікову групу.

Висновки

1. В Україні досі не проведені структурні зміни в системі охорони здоров'я, тобто не забезпечений перехід від “соціальної медицини” до “суспільної охорони здоров'я”, від системи “подолання наслідків втрати здоров'я” до системи “мінімізації впливу “чинників ризику на здоров'я людини”.

2. Міжвідомча роз'єднаність призвела до повного вичерпання можливостей впливу на здоров'я популяції нації, заходи стали фінансово витратними з мінімальною соціальною ефективністю. Так, методологія профілактичної медици-

ни навіть при найсучаснішій матеріально-технічній базі і організації надання послуг з оцінок експертів ВООЗ може зробити не більше 8–10% впливу на здоров'я населення.

3. Фізична культура і спорт, у свою чергу, мають в своєму розпорядженні методологію оптимізації фізичної активності і психомоторного патерну людини – це найбільш актуальне соціальне завдання в сучасному суспільстві. Частка науково доведеного впливу цієї методології на здоров'я популяції населення перевищує 70%.

4. В системі підготовки фахівців галузі фізичної культури і спорту необхідно приділити увагу питанням переходу від “нормативної” оцінки фізичних якостей людини до оцінки індивідуальної толерантності до фізичного навантаження з подальшою її оптимізацією. Без переходу від гіпокінетичного режиму життєдіяльності людини до нормокінетичного неможливо забезпечити безпеку як споживача, так і виробника спортив-

но-оздоровчих послуг, оскільки неможливо мінімізувати ризики розвитку супутньої патології.

5. Всі без винятку спортивно-оздоровчі і тренувальні заходи повинні мати оптимальне медико-біологічне забезпечення і постійний моніторинг стану здоров'я спортсменів, із застосуванням сучасних об'єктивних методик дослідження.

Перспективи подальших досліджень полягають у подальшому вивченні розвитку фізичної культури в країні.

Список літератури

1. Апанасенко Г. Л. Валеология : неизбежность новой стратегии здравоохранения / Г. Л. Апанасенко // Укр. мед. часопис. – 2003. – № 5 (37). – С. 90–92.
2. Голяченко О. М. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я / О. М. Голяченко, А. М. Сердюк, О. О. Приходський. – Тернопіль : Джура, 1997. – 328 с.
3. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2005 г. – Женева : ВОЗ, 2005. – 268 с.
4. Ежегодная глобальная инициатива движение за здоровье: концептуальный документ. – Женева : ВОЗ, 2003. – 26 с.
5. Забина Е. Ю. Влияние физической активности на здоровье: обзор научных исследований / Е. Ю. Забина, О. И. Муравов // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 1998. – № 4. – С. 7–13.
6. Зациорский В. М. Двигательная активность как фактор антириска ишемической болезни сердца / В. М. Зациорский // Теоретич. и практ. физ. культ. – 1986. – №9. – С. 44–53.
7. Здоровье 21. – Здоровье для всех в 21-ом столетии. Введение. – Женева : ВОЗ, 1998 – 44 с.
8. Физическая активность и здоровье в Европе: аргументы в пользу действий – Женева : ВОЗ, 2006 – 42 с.
9. Albena Arnaudova 10 вопросов о здравоохранении в странах – новых соседях ЕС / Albena Arnaudova. – ВОЗ, 2006. – С. 237–256.
10. EUROCHIS Разработка общего инструментария для опросов о состоянии здоров'я. – М. : Права человека, 2005. – 193 с.
11. U.S. Department of Health and Human Services. Physical activity and health: a report of the Surgeon General. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996.
12. WHA 55/23 О рационе питания, физической активности и здоровье. – Женева : ВОЗ, 2002.

СОЦИАЛЬНАЯ РОЛЬ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА В УКРЕПЛЕНИИ И ПОДДЕРЖАНИИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ

В. П. Корж, В. А. Сорокин, И. Н. Башкин (Харьков, Запорожье, Киев)

Проведен комплексный анализ демографических показателей, уровня заболеваемости и распространенности, физической активности, влияния спортивных нагрузок на сердечно-сосудистую систему спортсменов – жителей экологически неблагополучного региона. Выявлен высокий уровень заболеваемости, имеющий особенности для разных возрастных групп. Уровень физической активности молодежи г. Запорожье можно квалифицировать как стойкую гиподинамию. Интенсивные физические нагрузки могут иметь негативные последствия для здоровья спортсменов. Показана необходимость структурных изменений в системе здравоохранения, переход от системы “социальной медицины” к “общественной охране здоровья”.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: распространенность, демографические показатели, заболеваемость, здоровье населения, физическая активность, физические нагрузки.

SOCIAL ROLE OF PHYSICAL TRAINING AND SPORTS IN STRENGTHENING AND SUPPORT OF HEALTH OF THE POPULATION OF UKRAINE

V. P. Korzh, V. A. Sorokin, I. N. Bashkin (Kharkiv, Zaporizhzhya, Kyiv)

The complex analysis of demographic parameters, level of prevalence and morbidity, physical activity, influence of sports loadings on cardiovascular system of sportsmen, inhabitants of ecologically unsuccessful region have been carried out. The high level of morbidity which has features for different age groups has been revealed. The level of physical activity of youth of the city Zaporizhzhya is low. Intensive physical loadings can have negative consequences for health of sportsmen. Necessity of structural changes for system of public health services, transition from system “social medicine” to “public protection” health has been shown.

KEY WORDS: prevalence, demographic parameters, morbidity, health of the population, physical activity, physical loadings.

Рецензент: Ф. П. Ринда

В. В. ЛАЗОРИШИНЕЦЬ, Р. О. МОІСЕЄНКО, О. О. ДУДІНА, С. І. ОСТАШКО,
Г. І. ЛІЗУНОВА (Київ)

КОМПЛЕКСНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОЛІ ДИТЯЧИХ ОБЛАСНИХ ЛІКАРЕНЬ В НАДАННІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ

Міністерство охорони здоров'я України
ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України"

Обґрунтовано доцільність проведення комплексної характеристики ролі дитячих обласних лікарень (ДОЛ) у наданні висококваліфікованої медичної допомоги дитячому населенню. Із застосуванням методу експертних оцінок визначено найбільш інформативні параметри характеристики, їх вагові коефіцієнти. Наведено дані оцінки діяльності ДОЛ та їх ролі у забезпеченні доступності та якості медичної допомоги дитячому населенню регіону.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: дитяча обласна лікарня, висококваліфікована медична допомога, доступність, якість.

Збереження і зміцнення здоров'я населення є предметом постійної уваги і турботи держави та суспільства, пріоритетним напрямом соціальної політики. Наразі в Україні утримується несприятлива демографічна ситуація, яка супроводжується негативними тенденціями стану здоров'я населення, у тому числі дитячого [6]. Економічні, політичні і соціальні зміни в країні поглибили розбіжність регіонів як за рівнем соціально-економічного розвитку, так і в сфері охорони здоров'я, включаючи і педіатричну службу. У такій ситуації пошук шляхів мінімізації територіальних диспропорцій і визначення найбільш значущих проблем окремих регіонів є дуже актуальним. Одночасний аналіз і контроль значної кількості показників діяльності регіону складний, тому останніми роками широко впроваджується процедура комплексної оцінки діяльності окремої служби, установи [1]. На основі такої оцінки може бути обчислений рейтинг, тобто оцінка основних аспектів діяльності об'єкта, що вивчається, відповідно до певної шкали. Рейтинг може використовуватися для аналізу, контролю, обліку, прогнозування і регулювання діяльності об'єкта. В основу рейтингової оцінки закладений принцип відповідності діяльності об'єкта ряду критеріїв, тобто рейтингом є результат багатофакторного аналізу [3;5].

Оскільки оцінка діяльності тієї або іншої служби регіону є лише складовою процесу управління областю, то для ухвалення конкретних зважених рішень доцільне впровадження рейтингу окремих служб (наприклад, акушерсько-педіатричної) і установ, робота яких найістотніше впливає на діяльність даної служби регіону [2].

На особливу увагу заслуговує діяльність дитячих обласних лікарень (ДОЛ), що є основни-

ми установами як за поданням амбулаторної консультативно-діагностичної і кваліфікованої високоспеціалізованої допомоги дитячому населенню регіону, так і організації медичної допомоги дітям на різних рівнях її надання, контролю якості та ефективності [1].

Метою даного дослідження було визначення ролі ДОЛ в забезпеченні медичної допомоги дитячому населенню регіонів у 2008 р.

Матеріали і методи. Основною проблемою проведення комплексної характеристики діяльності ДОЛ є розробка показників оцінки їх діяльності. На сьогодні в Україні відсутні надійні дослідження щодо визначення таких показників. За рекомендаціями експертів ВООЗ, основними вимогами при відборі показників повинні бути: етапність, корисність, наукова обґрунтованість, зрозумілість, доступність і достовірність [4]. Відбір показників для оцінки пов'язаний не тільки з постановкою її цілей і завдань, але і з конкретними шляхами їх вирішення, обумовленими особливостями діяльності ДОЛ [7].

З урахуванням вказаних вимог був розроблений перелік 26 основних показників для проведення комплексної оцінки діяльності ДОЛ, з яких шляхом експертизи було відібрано 14 показників для проведення оцінки. Звичайно, це не оптимальний і не мінімальний набір, оскільки взяті лише показники, які увійшли в довідники основних показників діяльності служби і стану здоров'я або обчислені розрахунковим методом. Концептуальною схемою комплексної характеристики діяльності ДОЛ передбачено вивчення значення кожного показника залежно від його вагового коефіцієнта (ступеня впливу на нього діяльності установи), визначення допустимих і

неприпустимих даних і еталонів деяких показників методом експертизи. Доцільність проведення цієї роботи обумовлена відсутністю достовірних (з позицій доказової медицини) даних про вплив діяльності установ охорони здоров'я на показники здоров'я дітей.

Відібрані показники були структуровані в 3 підрозділи: діяльність установ, доступність і якість медичних послуг (табл. 1).

Слід зазначити, що комплексна оцінка ДОЛ в розрізі окремих підрозділів дозволяє визначити найбільш значущі проблеми їх діяльності.

Таблиця 1. Перелік показників діяльності дитячих обласних лікарень в Україні

№ з/п	Показник	Одиниця виміру	Ваговий коефіцієнт
Діяльність ДОЛ			
1	Кількість пролікованих хворих на одну зайняту посаду лікаря	абс. числа	0,9
2	Кількість операцій на 1 ліжко хірургічного профілю	абс. числа	0,9
3	Функція (обіг) ліжка		0,9
4	Кількість рентгенологічних обстежень на один діючий апарат	тис.	0,7
5	Кількість ультразвукових обстежень на один діючий апарат	тис.	0,7
Доступність медичної допомоги			
6	Кількість відвідувань з приводу захворювань у консультативній поліклініці	на 1000 дитячого населення	0,7
7	Кількість спеціальностей, за якими надається медична допомога: – у поліклініці – у стаціонарі	абс. числа абс. числа	1,0 1,0
8	Кількість ліжко-днів	на 1000 дитячого населення	0,8
9	Рівень госпіталізації сільських жителів	на 1000 дитячого населення	0,8
10	% дітей, прооперованих в ДОЛ	у % до всіх прооперованих в області дітей	0,9
Якість медичної допомоги			
11	Частка померлих дітей у віці: – до року	у % до всіх померлих в області дітей до року	0,9
12	– 0–17 років	у % до всіх померлих в області дітей	0,9
13	Післяопераційна летальність	%	1,0
14	Частка померлих дітей після операцій	у % до всіх померлих після операцій в області дітей	0,9

Аналіз і оцінка показників включає розподіл показників на стимулятори (чим більше, тим краще), дестимулятори (чим менше, тим краще), визначення рангового місця і умовного рангу за кожним показником (множення рангового місця кожної ДОЛ на ваговий коефіцієнт). Враховуючи, що кількість аналізованих даних у різних ДОЛ неоднакова, рейтингове місце ДОЛ за кожною групою показників визначалося шляхом ділення сумарних рангів на кількість показників.

Попри те, що в Львівській, Харківській, Чернівецькій та Київській областях функціонують по

дві ДОЛ, в оцінку включені сумарні показники їх діяльності, оскільки більшість параметрів окремо в кожній лікарні оцінювати неможливо. Аналіз діяльності ДОЛ проводився спочатку за кожним показником з наступним інтегральним аналізом їх ролі за кожним підрозділом (діяльність, доступність медичної допомоги, якість медичних послуг) шляхом розподілу на 3 групи: до I групи віднесені ДОЛ, де роль лікарень найбільша, до II – середня і до III – низька.

Результати дослідження та їх обговорення. Інтегральна оцінка діяльності ДОЛ здійсню-

валася за показниками кількості пролікованих пацієнтів на рік на одну зайняту посаду лікаря, кількості хірургічних операцій на одне ліжко хірургічного профілю, кількості рентгенологічних та ультразвукових досліджень на один діючий апарат відповідно. Аналіз інтегральної оцінки діяльності виявив значну роль ДОЛ у питанні забезпечення функціонування у Харківській, Житомирській, Київській, Волинській, Тернопільській, Івано-Франківській та Херсонській областях. Найнижчий рівень діяльності, що потребує вивчення, характерний для ДОЛ Полтавської, Луганської, Чернівецької, Хмельницької, Запорізької областей (табл. 2).

Так, в ДОЛ Полтавської області найменша серед ДОЛ України кількість пролікованих хворих на одну зайняту посаду лікаря, низька функція ліжка (23,10 при 35,8–36,5 в ДОЛ Донецької і Дніпропетровської областей). У ДОЛ Луганської області низькі показники операційної активності, функції ліжка, рентгенологічних досліджень. Слід зазначити широкий діапазон розбіжностей показників діяльності ДОЛ в розрізі регіонів. Так, кількість пролікованих хворих на 1 зайняту посаду лікаря коливається від 100 і більше в ДОЛ Київської, Харківської, Кіровоградської, Чернігівської областей; менше ніж 60 – в ДОЛ Одеської, Луганської і Полтавської областей, АР Крим. Якщо в ДОЛ Харківської, Донецької і Миколаївської областей на 1 ліжко хірургічного профілю припадає 28,9–17,5 операцій, то в Хмельницькій, Закарпатській, Луганській і Кіровоградській областях – 12,43–10,92.

Законодавче визначення і реалізація прав громадян на висококваліфіковану доступну медичну допомогу є вищою соціальною цінністю держави. Доступність медичної допомоги визначається як найважливіша складова державної політики в сфері охорони здоров'я дітей і як один з основних атрибутів соціальної держави, який гарантується законодавством України.

Категорія доступності висококваліфікованої медичної допомоги дитячому населенню в умовах ДОЛ визначається як багатоаспектна, є найголовнішою в службі охорони здоров'я і аналізується з позицій існуючої в регіоні мережі закладів, що дублюють ДОЛ. Особлива увага при забезпеченні доступності висококваліфікованої медичної допомоги приділяється сільському населенню.

Доступність медичної допомоги дитячому населенню на рівні ДОЛ аналізувалася за кількісними характеристиками консультативної допомоги в поліклініці і кількістю спеціальностей, за якими надавалася медична допомога, як в консультативних поліклініках, так і в стаціонарах; показниками госпіталізації населення (як в цілому, так і сільських жителів); часткою про-

оперованих дітей в умовах обласних лікарень від загальної кількості прооперованих в області. За визначенням ВООЗ, показники доступності медичних послуг є найбільш вагомими як при оцінці діяльності установи, так і регіону в цілому.

В цілому, за даними аналізу, найменша роль в забезпеченні доступності висококваліфікованих медичних послуг в умовах ДОЛ Хмельницької, Донецької, Дніпропетровської і Полтавської областей, де за більшістю аналізованих критеріїв має місце істотне відставання від інших регіонів. Найбільш повний доступ до висококваліфікованих медичних послуг в ДОЛ Житомирської, Волинської, Миколаївської, Херсонської, Чернігівської, Закарпатської областей, які за більшістю параметрів займають провідні місця (табл. 3).

Доступність консультативної допомоги дітям оцінювалася за показниками відвідуваності в консультативній поліклініці і кількістю спеціальностей, за якими вона надавалася. Обсяги консультативної допомоги коливалися в межах 398,4–498,1 відвідування з приводу захворювань на 1000 дитячого населення у консультативних поліклініках ДОЛ Вінницької, Херсонської, Сумської, Закарпатської областей і до 133,9–150,5 у консультативних поліклініках ДОЛ Донецької, Дніпропетровської і Хмельницької областей та від 20–21 спеціальностей, за якими вона надавалася у ДОЛ Волинської, Закарпатської, Житомирської і Львівської областей до 14–15 у ДОЛ Хмельницької, Чернівецької, Харківської областей.

Аналіз доступності стаціонарної допомоги дітям проводився за показниками кількості ліжко-днів на 1000 дитячого населення, рівня госпіталізації сільських жителів, кількості спеціальностей, за якими надається стаціонарна допомога дітям, і частки дітей, прооперованих у ДОЛ, серед загальної кількості прооперованих в регіоні дітей. Було виявлено високий рівень забезпечення цих послуг в ДОЛ Миколаївської, Волинської, Закарпатської, Житомирської, Херсонської, Чернігівської областей, де кількість ліжко-днів на 1000 дитячого населення склала 902,9–552,3, натомість рівень госпіталізації сільських жителів становить 111,6–52,2, кількість спеціальностей, за якими надається стаціонарна допомога, – 24–20, частка прооперованих в ДОЛ дітей – 53,11–44,6 % (рис. 1).

Низький рівень доступності стаціонарної допомоги дітям в ДОЛ Полтавської, Хмельницької, Донецької, Дніпропетровської областей – рівень госпіталізації жителів села (11,6–33,11), число ліжко-днів госпіталізації (196,2–325,2), кількість спеціальностей, за якими надається стаціонарна допомога (9–16), частка прооперованих хворих (6,7–28,6%) – може бути зумовлений значною

Таблиця 2. Інтегральна оцінка діяльності ДОЛ у 2008 р.

№ з/п	Адміністративна територія	Кількість пролікованих хворих на одну зайняту посаду лікаря	Кількість хірургічних операцій на одне ліжко хірургічного профілю	Функція ліжка	Кількість УЗД на один діючий апарат	Кількість рентгенологічних досліджень на один діючий апарат	Сума умовних рангів (Σ)	Сума рангів на кількість показників (Σ)
I ГРУПА								
1	Харківська	108,53	28,92	40,0	5803,8	2258	23,9	4,78
2	Житомирська	82,26	21,98	35,2	6894,2	3296	25,3	5,06
3	Дніпропетровська	74,50	18,17	36,5	*	4341	22,3	5,58
4	Київська	109,55	20,08	32,2	5594,0	2746	29,2	5,84
5	Волинська	75,27	16,33	35,9	10457,3	3108	33,1	6,62
6	Тернопільська	84,44	15,75	33,0	6347,6	2884	36,9	7,38
7	Івано-Франківська	88,38	17,95	31,4	6023,3	2627	39,3	7,86
8	Херсонська	93,00	15,35	30,7	11838,5	2387	40	8,00
II ГРУПА								
9	Донецька	79,52	27,13	35,8	5043,8	1400	42,6	8,52
10	Миколаївська	82,76	17,50	29,4	5395,4	3551	44,4	8,88
11	Рівненська	71,99	13,01	31,0	11496,3	3969	44,7	8,94
12	Сумська	76,11	18,10	29,5	10362,7	1858	47,4	9,48
13	Львівська	64,28	15,43	31,8	13746,4	1379	53,2	10,64
14	Вінницька	65,67	20,20	29,0	6842,6	2015	53,3	10,66
15	Одеська	57,33	16,95	29,3	5763,7	4155	54,2	10,84
16	Чернігівська	102,79	14,32	28,0	3333,4	3083	55,4	11,08
III ГРУПА								
17.	АР Крим	51,00	18,30	30,2	5866,7	2147	57,2	11,44
18.	Кіровоградська	104,80	10,92	27,5	5214,5	2598	60,4	12,08
19.	Закарпатська	70,38	15,24	26,5	9876,0	2639	60,5	12,10
20.	Запорізька	77,23	15,04	25,0	4857,0	2664	66,9	13,38
21.	Хмельницька	98,71	12,43	27,0	4222,4	1992	67,8	13,56
22.	Чернівецька	66,78	*	22,9	9530,9	1069	58,8	14,70
23.	Луганська	57,05	12,54	26,8	6201,8	902	80,3	16,06
24.	Полтавська	47,25	*	23,10	*	1087	57,7	19,23

Примітка: *дані відсутні.

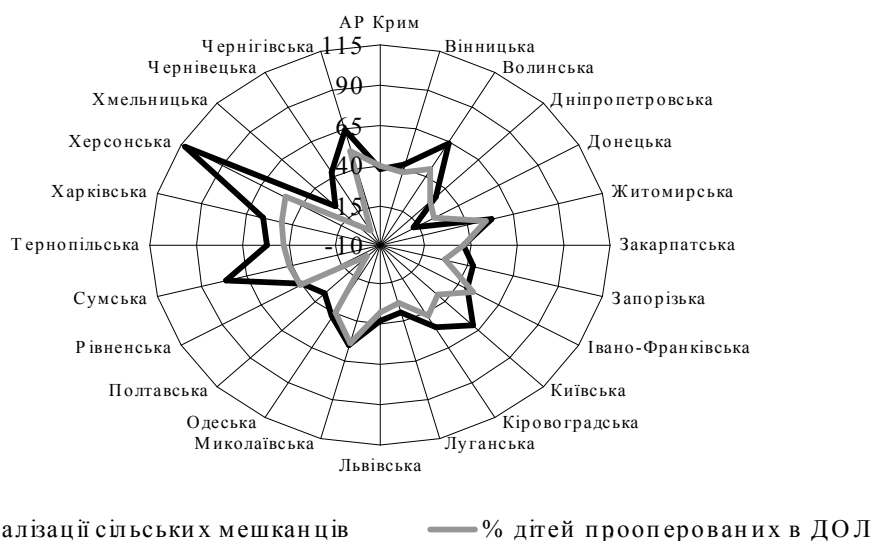


Рис. 1. Характеристика ролі ДОЛ у забезпеченні доступності дитячому населенню висококваліфікованої спеціалізованої медичної допомоги у 2008 р.

Таблиця 3. Роль ДОЛ в забезпеченні доступності висококваліфікованої медичної допомоги дітям, 2008р.

№ з/п	Адміністративна територія	Кількість відвідувань з приводу захворювань в консультативній поліклініці	Кількість спеціальностей, за якими надається медична допомога		Кількість ліжко-днів на 1000 дитячого населення	Рівень госпіталізації сільських жителів	Частка дітей, прооперованих в ДОЛ, %	Сума умовних рангів (Σ)	Сума рангів на кількість показників (Σ)
			в поліклініці	в стаціонарі					
I ГРУПА									
1	Житомирська	329,93	20	24	552,28	52,29	49,78	27	4,50
2	Волинська	268,92	21	23	562,39	63,55	44,63	29,3	4,88
3	Миколаївська	269,09	18	22	739,85	54,69	53,11	32,4	5,40
4	Херсонська	425,92	16	21	881,03	111,60	49,78	34,6	5,77
5	Чернігівська	265,04	18	20	902,92	63,27	50,19	36,9	6,15
6	Закарпатська	498,13	21	23	496,17	35,10	35,03	44,8	7,47
7	Тернопільська	173,95	19	22	617,59	51,70	42,86	45,5	7,58
8	Вінницька	398,40	19	21	451,21	42,87	37,80	53,3	8,88
II ГРУПА									
9	Сумська	440,47	15	18	684,75	76,33	41,42	53,5	8,92
10	Івано-Франківська	279,74	17	18	502,78	44,34	48,91	57,9	9,65
11	Львівська	225,74	20	24	364,43	37,45	32,03	60,4	10,07
12	Київська	257,63	16	18	654,67	61,16	34,30	66	11,00
13	Кіровоградська	193,96	15	19	748,77	49,24	41,55	66,1	11,02
14	Рівненська	330,02	16	21	433,11	38,16	40,04	67	11,17
15	Луганська	296,41	18	21	434,46	33,30	27,19	70,5	11,75
18	Харківська	150,50	15	17	591,04	55,91	45,26	71,3	11,88
III ГРУПА									
17	АР Крим	184,73	17	22	392,93	36,90	39,49	71,9	11,98
18	Одеська	194,64	17	21	364,51	41,38	38,60	73,8	12,30
19	Запорізька	212,42	18	18	470,24	42,92	26,68	75,5	12,58
21	Чернівецька	274,43	15	10	501,43	42,50	*	71,8	14,36
20	Полтавська	365,69	18	9	233,96	32,32	*	72,5	14,50
22	Дніпропетровська	145,88	15	16	244,91	33,14	28,61	107,7	17,95
23	Донецька	133,96	16	15	196,25	11,65	23,17	111,6	18,60
24	Хмельницька	148,54	14	11	325,20	24,59	6,77	116,4	19,40

Примітка: *дані відсутні.

кількістю лікувально-профілактичних закладів, що дублюють висококваліфіковану медичну допомогу дітям у Донецькій та Дніпропетровській областях, і малою потужністю ДОЛ Полтавської, Хмельницької областей.

Якість надання медичної допомоги в умовах ДОЛ оцінювалася за даними післяопераційної летальності і питомої ваги померлих в ДОЛ від загальної кількості померлих в регіоні у віці до одного року, 0–17 років та померлих після операцій.

Дитяча смертність і смертність дітей першого року життя є одним з інтегральних показників діяльності акушерсько-педіатричної служби, рівень якого залежить як від якості надання медичної допомоги в лікувально-профілактичних закладах регіонів, так і від наявності систе-

ми відбору і спрямування дітей на госпіталізацію на III рівень надання медичної допомоги, контролю фахівців ДОЛ якості та ефективності надання медичної допомоги дітям на I і II рівнях, результативності ухвалених управлінських рішень. Позитивна динаміка цих показників впродовж останніх років (переважно за рахунок зменшення втрат від екзогенних причин – інфекційних і паразитарних хвороб, хвороб органів дихання) значною мірою обумовлена ефективною роботою ДОЛ. Чим вищий рівень організації педіатричної служби в регіоні та роль ДОЛ в її наданні, тим більшою має бути питома вага померлих в обласній лікарні дітей у віці до 17 років і першого року життя від загальної кількості померлих дітей в області. Позитивно

можна оцінити роботу з цих питань ДОЛ Волинської, Сумської, Тернопільської, Рівненської, Закарпатської областей, де частка померлих в лікарнях дітей у віці до 17 років склала 29,6–33,3%, а дітей першого року життя – 37,8–51,8%. Потребує посилення система відбору і направлення

дітей на госпіталізацію на III рівень надання медичної допомоги та координуюча функція з цих питань фахівців ДОЛ Хмельницької, Дніпропетровської, Донецької областей, де частки померлих у ДОЛ склали 6,8–9,95% і 3,0–10,5% відповідно (рис. 2).

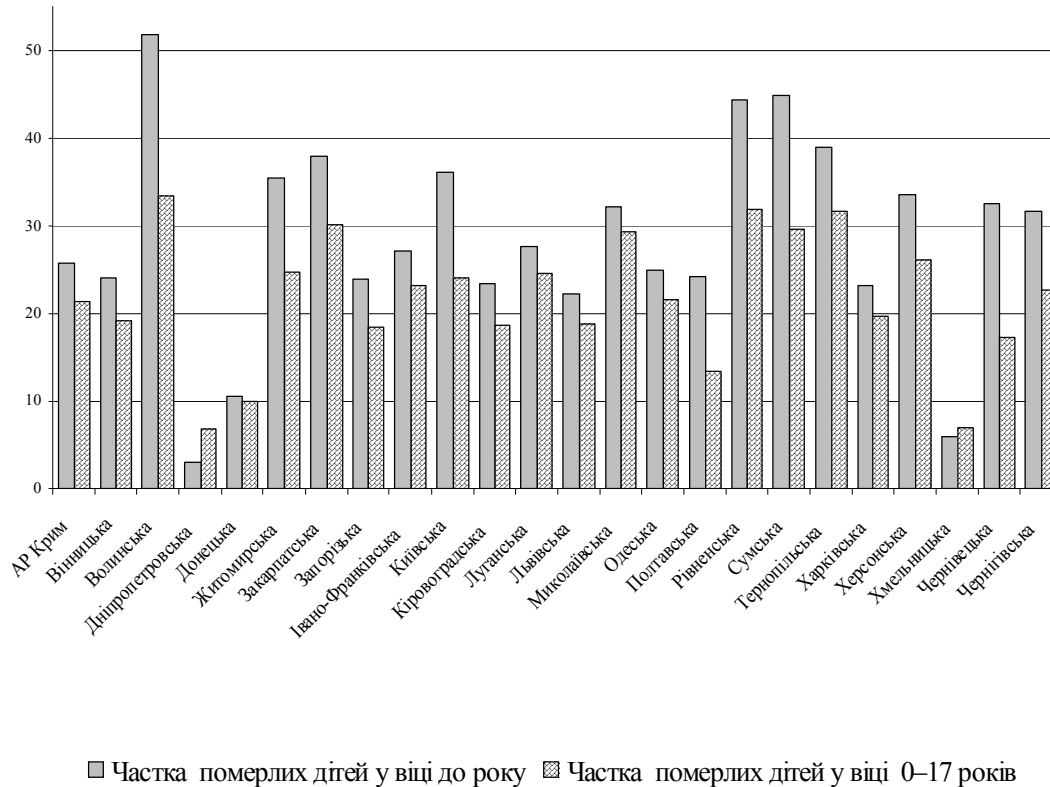


Рис. 2. Характеристика частки дітей, померлих в ДОЛ, серед загальної кількості померлих в регіоні, 2008 р.

Від забезпечення системи госпіталізації пацієнтів з найбільш складною хірургічною патологією на третій рівень надання медичної допомоги залежить і показник частки померлих після операцій дітей в умовах ДОЛ. Ефективно функціонує ця система у ДОЛ Луганської, Тернопільської, Одеської, Волинської, Вінницької, Волинської областей, де частка померлих після операцій дітей в умовах ДОЛ серед загальної кількості померлих після операцій дітей в регіоні становить 82,3–92,9%.

Аналіз показника післяопераційної летальності, який, за визначенням ВООЗ, є одним з об'єктивних критеріїв не тільки якості надання хірургічної допомоги в умовах стаціонару, але й ефективності догоспітальної допомоги, виявив істотні розбіжності його в розрізі ДОЛ різних регіонів – від 0,0% у ДОЛ Закарпатської, Кіровоградської і Хмельницької областей до 0,77–0,37% у ДОЛ Луганської, Одеської, Львівської, Тернопільської областей.

За даними інтегральної оцінки деяких показників, що характеризують якість надання медич-

них послуг дітям, до першої групи віднесені ДОЛ Чернівецької, Київської, Полтавської, Івано-Франківської, Сумської, Волинської, Миколаївської та Житомирської областей. Вимагає удосконалення система відбору на госпіталізацію дітей з найбільш складною патологією і летальним ризиком в ДОЛ Донецької, Харківської, Львівської, Дніпропетровської областей (рис. 3).

Оскільки аналіз діяльності ДОЛ проведений тільки за даними офіційної статистики, показники економічної ефективності, ставлення населення, впровадження сучасних медико-організаційних технологій, аналіз і оцінка їх ролі в забезпеченні висококваліфікованої медичної допомоги дітям проведені лише за групами, без узагальнюючого рейтингу.

Висновки

Проведений аналіз свідчить про можливість доступним і нескладним методом здійснити комплексну характеристику діяльності установи з визначенням результативності її роботи. Комплексна характеристика може бути використана і для оцінки діяльності структурних підрозділів

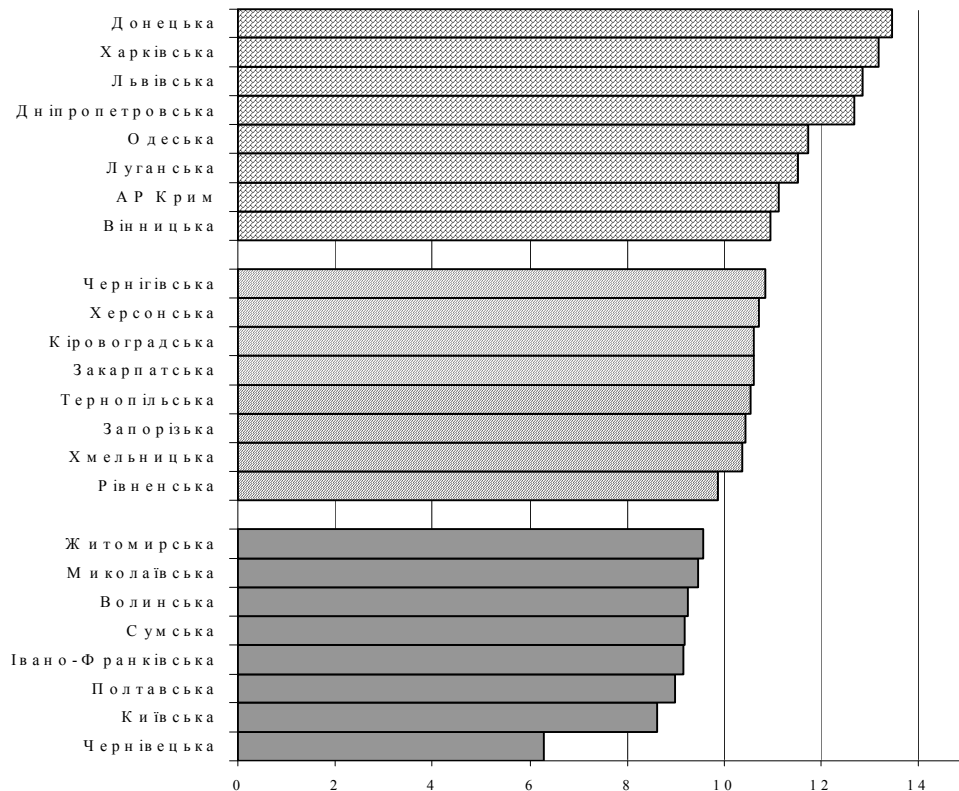


Рис. 3. Інтегральна характеристика якості медичної допомоги, 2008 р.

лікувально-профілактичного закладу, ухвалення конкретних зважених управлінських рішень щодо підвищення ефективності діяльності установи і стимулювання мотивації роботи медичних працівників.

Перспективи подальших досліджень. В перспективі авторами планується розробка методології комплексної оцінки діяльності структурних підрозділів лікувально-профілактичних закладів різних рівнів надання медичної допомоги.

Список літератури

1. Дудина Е. А. Оценка деятельности детских областных больниц по рейтинговому принципу / Е. А. Дудина, Р. О. Моисеенко // Совр. педиатрия. – 2004. – №1 (2). – С. 16–22.
2. Европейская стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков». – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2005. – 23 с.
3. Коробкова О. К. Управление услугами учреждений здравоохранения на основе рейтинговой оценки их деятельности : дис. на соискание науч. степени канд. экон. наук / О. К. Коробкова. – Хабаровск, 2003. – 186 с.
4. Моніторинг у сфері репродуктивного здоров'я. Визначення короткого переліку національних та міжнародних показників. – Женева : ВООЗ, відділ репродуктивного здоров'я та дослідницької роботи, 1999. – 13 с.
5. Шелехов С. Ю. Управление ресурсным потенциалом здравоохранения (на материалах Кемеровской области): автореф. дис. / С. Ю. Шелехов. – Новосибирск, 2008. – 24 с.
6. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2008 рік. – К., 2009. – 360 с.
7. WHO catalogue of health indicators (Каталог показателей здоровья, предложенных ВОЗ). – Женева : ВОЗ, 1996.

КОМПЛЕКСНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РОЛИ ДЕТСКИХ ОБЛАСТНЫХ БОЛЬНИЦ В ПРЕДОСТАВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

В. В. Лазоришинець, Р. А. Моисеенко, Е. А. Дудина, С. И. Осташко, Г. И. Лизунова (Киев)

Обоснована целесообразность проведения комплексной характеристики роли детских областных больниц (ДОБ) в предоставлении высококвалифицированной медицинской помощи детскому населению. С применением метода экспертных оценок определены наиболее информативные параметры характеристики, их весовые коэффициенты. Приведены данные оценки деятельности ДОБ и их роли в обеспечении доступности и качества медицинской помощи детскому населению региона.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: детская областная больница, высококвалифицированная медицинская помощь, доступность, качество.

THE COMPLEX CHARACTERISTIC OF THE ROLE OF CHILDREN'S REGIONAL HOSPITALS IN GRANTING MEDICAL CARE TO CHILDREN

V. V. Lazoryshynets, R. A. Moiseyenko, E. A. Dudina, S. I. Ostashko, G. I. Lizunova (Kyiv)

The expediency of carrying out of the complex characteristic of a role of children's regional hospitals (CRH) in granting highly qualified medical care to the children's population is proved. With application of a method of expert estimations the most informative parameters of the characteristic, their weight factors are determined. The given estimations of activity of CRH and their roles in provision of accessibility and quality of medical care to the children's population of region are resulted.

KEY WORDS: **children's regional hospital, highly qualified medical care, accessibility, quality.**

Рецензент: д.мед.н., проф. Ю. Б. Ященко

УДК 616-082-053.8/9:355.292

Ю. А. РОМАНЮК (Київ)

ОПТИМІЗАЦІЯ СИСТЕМИ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПЕНСІОНЕРІВ МІНІСТЕРСТВА ОБОРОНИ УКРАЇНИ

Українська військово-медична академія

На основі комплексного аналізу стану здоров'я та якості надання лікувально-профілактичної допомоги пенсіонерам Міністерства оборони України розроблено та апробовано комплекс заходів щодо оптимізації системи лікувально-профілактичного забезпечення. Реалізований механізм інтеграційної ролі лікаря-геріатра амбулаторно-поліклінічного закладу МО України із закладами соціального захисту населення позначився на показниках соціальної ефективності. Виявлені тісні кореляційні зв'язки між медичною та соціальною ефективністю запропонованих заходів з оптимізації системи лікувально-профілактичного забезпечення пенсіонерів МО України ($r=0,46-0,89$; $p<0,05$).

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **пенсіонери МО України, лікувально-профілактичне забезпечення, медична ефективність, соціальна ефективність.**

У зв'язку з реформуванням та суттєвим скороченням чисельності Збройних Сил (ЗС) України частка пенсіонерів Міністерства оборони (МО) України у структурі контингентів, що знаходяться на медичному забезпеченні у військових лікувально-профілактичних закладах, з 2000 р. до 2010 р. зростає з 65% до 82% і становитиме 420 тис. осіб [2].

З метою підвищення рівня та якості лікувально-профілактичного забезпечення даного контингенту, нами проведено комплексний аналіз показників стану здоров'я та організації надання лікувально-профілактичної допомоги

[1;3;6;9;10]. Експериментальною базою дослідження були пенсіонери МО України Київського гарнізону. Їх чисельність в період з 2004 по 2008 рр. збільшилася з 43 тис. до 46,5 тис., а тому захворюваність за даними звернення до амбулаторно-поліклінічного закладу МО України – Клініки амбулаторної допомоги Головного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» (КАД ГВМКЦ «ГВКГ») – за результатами звітів порівнювалась із даними щодо захворюваності цивільних осіб м. Києва [5]. Оскільки категорія пенсіонерів МО України включає осіб як працездатного (до 60 років), так і непрацездатного (старше 60 років) віку, рівень захворюваності пенсіонерів МО порівнювався з рівнем захворюваності цивільного

населення цих контингентів. Зокрема виявлено, що рівень первинної захворюваності військових пенсіонерів в період з 2004 р. по 2008 р. вищий на 23,2%, ніж цивільного (9389,7 і 7619 на 10 тис. населення відповідно). Високий рівень первинної захворюваності пенсіонерів МО України, тенденції до ускладнення перебігу патології позначаються і на показниках поширеності хвороб. Якщо в 2004 р. цей показник складав 2914,2‰, у 2005 р. – 2934‰, то починаючи з 2006 р. загальний рівень поширеності хвороб підвищився до 3145‰. Таким чином, тільки за останні п'ять років поширеність хвороб серед пенсіонерів МО України зросла на 7,9%.

У структурі контингентів госпіталізованих до лікувально-профілактичних закладів МО України частка пенсіонерів постійно збільшується і прогностично у 2012 р. може становити 31,5% від їх загальної кількості [7].

Високий рівень захворюваності пенсіонерів МО України впливає також на відповідні показники інвалідності. Зокрема встановлено, що рівень первинної інвалідності серед військового контингенту в середньому в 1,9 рази вищий, ніж серед дорослого населення України (97,3‰ до 51,8‰). Інвалідність військовослужбовців представлена переважно високим рівнем інвалідності серед пенсіонерів МО та становить 7,5% від їх загальної чисельності. Звертає на себе увагу, що в структурі інвалідності в період з 2003 по 2007 рр. достовірно ($p < 0,05$) збільшилась частка осіб працездатного віку (з 59,3% до 82,8%)¹.

Аналіз стану організації лікувально-профілактичної допомоги за даними опитування показав, що пенсіонери МО України звертаються у ЛПЗ переважно з лікувально-діагностичною метою – $63,91 \pm 2,71\%$, з профілактичною – лише $15,82 \pm 5,42\%$ [1].

Важливе значення в організації лікувально-профілактичної допомоги має медико-соціальна допомога даному контингенту. Так, в ході дослідження встановлено, що медико-соціальної допомоги потребують 56,2% загальної кількості пенсіонерів, причому з віком така потреба достовірно зростає від 48,2% до 70,8% ($r_s = 0,78$; $p < 0,05$). Серед пенсіонерів МО України виявлено також значну частку самотніх осіб (7,9%) і надзвичайно низький рівень опіки їх закладами соціального захисту населення – тільки 0,83% від загальної кількості самотніх. Виявлена проблема спонукала до пошуку ме-

ханізмів зближення і покращення контактів між ЛПЗ МО України та службами соціального захисту населення [8].

Таким чином, комплексне дослідження стану здоров'я та організації лікувально-профілактичної допомоги пенсіонерам МО України дало можливість визначити основні проблеми та стало підґрунтям для розробки і обґрунтування комплексу заходів з удосконалення системи їх лікувально-профілактичного забезпечення [4].

Метою дослідження є оптимізація системи лікувально-профілактичного забезпечення пенсіонерів Міністерства оборони України та визначення її медичної і соціальної ефективності.

Матеріали і методи. Матеріалами дослідження слугували анкети для респондентів з числа ветеранів військової служби ($n=120$); у якості експертів обрано висококваліфікованих військово-медичних фахівців з Департаменту охорони здоров'я МО України, Української військово-медичної академії, Головного військово-медичного клінічного центру "ГВКГ", Науково-дослідного інституту проблем військової медицини ($n=20$).

У дослідженні використовувалися медико-соціологічний, експертних оцінок, медико-статистичний, аналітичний методи.

Результати дослідження та їх обговорення. Нами розроблено та апробовано модель удосконаленої системи лікувально-профілактичного забезпечення пенсіонерів МО України (рис.1). Об'єктом управління даної моделі є здоров'я пенсіонерів МО України. Суб'єктом управління – амбулаторно-поліклінічні заклади МО України з геронтологічними кабінетами, що дозволить виявити і здійснити інтеграційно-координаційну функцію між ЛПЗ МО України та закладами соціального захисту населення. Блок інформаційного забезпечення передбачає формування медичного реєстру пенсіонерів МО України та реєстру пенсіонерів, які потребують надання медико-соціальної допомоги. До медичного реєстру повинні надходити наступні дані стосовно пенсіонерів МО України: загальної чисельності пенсіонерів МО у районі відповідальності ЛПЗ (дані надає Пенсійний фонд України – ПФУ); чисельності пенсіонерів МО, визнаних інвалідами (дані надає ПФУ та відділ медико-соціальної експертизи МОЗ України.); чисельності ветеранів військової служби (ВВС) з числа пенсіонерів МО України (інформацію надають міські комісаріати – МК).

¹ Статистична форма державної звітності (ф.14) передбачає виділення серед осіб-інвалідів осіб працездатного віку. Такими особами вважаються ті, хто не досяг пенсійного віку. Відповідно до Закону України "Про пенсійне забезпечення", чоловіки досягають пенсійного віку в 60 років, а жінки – в 55 років. Проте, згідно із Законом України „Про пенсійне забезпечення осіб, звільнених з військової служби”, пенсіонерами МО України вважаються особи, які мають вислугу 20 років і більше або досягли 55-річного віку. Таким чином, дана категорія військовослужбовців потрапляє до форм статистичної звітності МОЗ України переважно як особи працездатного віку.

Модель удосконаленої системи лікувально-профілактичного забезпечення покладено в основу розробленого Положення про диспансеризацію пенсіонерів МО України. Базовим принципом Положення є проведення щорічних медичних обстежень, розподіл пенсіонерів на групи за наявними хронічними захворюваннями, ступенем рухової активності і здатністю до самообслуговування та проведення відповідних медико-соціальних заходів.

Впровадження запропонованої моделі дозволить покращити виявлення осіб, які потребують медико-соціальної допомоги, та передачу цих даних Територіальним Центрам Соціального обслуговування (ТЦСО) шляхом ведення медичного реєстру пенсіонерів МО України; покращити проведення геріатричної медичної реабілітації серед пенсіонерів МО України на всіх етапах медичної реабілітації; поглибити вивчення причин захворюваності, первинної інвалідності та смертності серед пенсіонерів МО України.

Для визначення медичної та соціальної ефективності запропонованих заходів були анкетовані респонденти (n=120), які користувались послугами ТЦСО. В цілому 96,6% (n=116) респондентів були задоволені якістю надання медичних послуг геріатричного кабінету клініки амбулаторної допомоги ГВМКЦ "ГВКГ", зауважили меншу чергу до лікаря, більший час амбулаторного прийому та зв'язок із закладами соціального захисту населення. Таким чином, за вказаний період був реалізований механізм інтеграційно-координаційної ролі лікаря-геріатра клініки із закладами соціального захисту населення, що позначилося і на показниках соціальної ефективності. Зокрема шляхом збільшення інформованості пацієнтів щодо можливості соціально-побутового обслуговування соціальними робітниками ТЦСО показник достовірно збільшився з 0,83% до 2,4% (p<0,005).

З метою оцінки соціальної та медичної ефективності заходів було проведено експертну оцінку запропонованої моделі. У процесі експертної оцінки була витримана важлива умова проведення експертизи: підбір експертів, самооцінка рівня знань та досвіду експертів та оцінка експертів один одного, інформаційне забезпечення експертів, що дало можливість проводити медико-статистичні розрахунки з урахуванням вагомості експертів. Оскільки задані фактори були якісними, експертам пропонувалось оцінювати за порядковими (інтервальними) експертними оцінками, за умови, що: 0 – фактор не впливає; 1 – слабкий вплив; 2 – помірний вплив; 3 – значний вплив; 4 – сильний вплив; 5 – дуже сильний.

Кількісна оцінка запропонованих заходів експертами щодо оптимізації системи лікувально-профілактичного забезпечення пенсіонерів МО України наведена у таблиці 1.

Використовуючи прагматичний підхід, заснований на особистому досвіді, експертам пропонувалось визначити, яким чином впровадження запропонованого комплексу заходів щодо диспансеризації пенсіонерів МО України (перший блок питань) позначиться на наступних складових лікувально-профілактичного процесу, зокрема: дозволить виявляти захворювання на ранніх стадіях; дозволить знизити рівень госпіталізованої захворюваності; покращить реабілітацію хворих; покращить відповідальність за своєчасне звернення на поглиблені щорічні медичні обстеження та чи матиме це економічний ефект.

Другий блок питань до експертів стосувався медичної реабілітації. Експертам пропонувалось визначити, на яких етапах медичної реабілітації найбільш доцільно розширювати мережу для пенсіонерів МО України (санаторно-курортному, стаціонарному, амбулаторно-поліклінічному, в домашніх умовах, шляхом взаємодії з ТЦСО).

Таблиця 1. Кількісна оцінка запропонованих заходів експертами щодо оптимізації системи лікувально-профілактичного забезпечення пенсіонерів МО України (X±s; V)

Розрахункові величини	Блок запитань												
	А					Б					В		
	1*	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
X	3,1	2,9	2,4	2,0	2,4	1,9	1,2	2,9	2,2	3,1	3,3	3,1	3,2
σ	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3
V	19,7	21,4	38,5	32,4	24,4	48,3	22,9	19,3	44,2	13,9	23,8	24,2	21,9

Примітка: 1 – виявлення захворювань на ранніх стадіях; 2 – зниження рівня госпіталізованої захворюваності; 3 – покращення реабілітації хворих; 4 – своєчасне звернення на поглиблені медичні обстеження; 5 – економічний ефект; 6 – санаторно-курортний етап МР; 7 – стаціонарний етап; 8 – амбулаторно-поліклінічний етап; 9 – МР в домашніх умовах; 10 – МР в ТЦСО; 11 – інтеграція між ЛПЗ МО України та закладами соціального захисту; 12 – покращення диспансеризації пенсіонерів; 13 – покращення оцінки стану здоров'я.

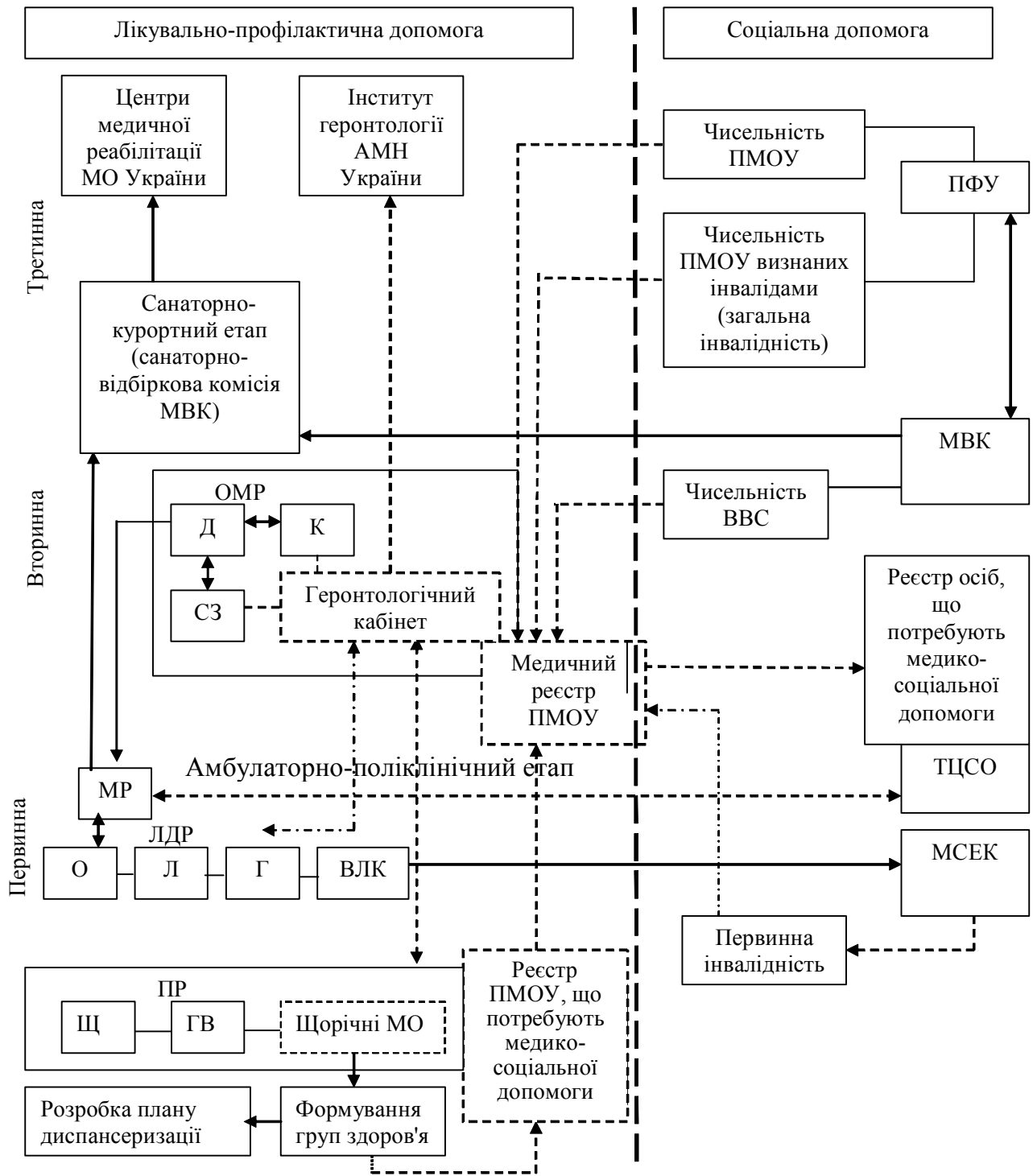


Рис. 1. Модель оптимізованої системи лікувально-профілактичного забезпечення пенсіонерів Міністерства оборони України:

ПР – профілактична робота (Щ – щеплення, ГВ – гігієнічне виховання, МО – медичні огляди); ЛДР – лікувально-діагностична робота (О – обстеження, Л – лікування, Г – госпіталізація); ОМР – організаційно-методична робота (СЗ – аналіз стану здоров'я, К – кваліфікація персоналу, Д – диспансеризація); МР – медична реабілітація; ВЛК – військово-лікарська комісія

Третій блок питань включав питання щодо ефективності роботи лікаря-геріатра: чи покращиться інтегративна функція між ЛПЗ МО України та закладами соціального захисту населення; чи покращиться організація та контроль за диспансеризацією пенсіонерів МО України; чи

покращиться оцінка стану здоров'я даного контингенту зони відповідальності амбулаторно-поліклінічного закладу МО України.

Оскільки коефіцієнт конкордації (узгодженості експертів) склав 0,48, методи математичної статистики були засновані на усередненні даних.

Урахування вагомості експертів дало можливість перешкалювати інтервальні дані в кількісні. В таблиці 1 наведені кількісні значення (\bar{x} – середня арифметична, σ – середнє квадратичне відхилення, V – коефіцієнт варіації) експертів за вказаними питаннями.

Запропоновані заходи щодо диспансеризації пенсіонерів МО України з проведенням щорічних медичних обстежень дозволять значно вплинути на виявлення захворювань на більш ранніх стадіях та знизити рівень госпіталізованої захворюваності, що буде мати помірний економічний ефект.

На думку експертів, медичну реабілітацію необхідно розширювати на всіх етапах медичної реабілітації. Проте, якщо про необхідність значного розширення на амбулаторно-поліклінічному етапі та шляхом взаємодії з ТЦСО експерти вказали одностайно (коефіцієнт варіації менше 25%), то про необхідність помірної розширення на санаторно-курортному етапі та в домашніх умовах думки експертів дещо розійшлися (коефіцієнт варіації більше 25%).

Функціонування лікаря-геріатра в амбулаторно-поліклінічних закладах МО України дозволить покращити інтеграцію між ЛПЗ МО України, підвищити контроль за організацією диспансеризації пенсіонерів та більш якісно оцінювати стан здоров'я прикріпленого контингенту.

Шляхом використання методу багатомірного регресійного аналізу даних оцінено вплив декількох номінальних ознак на залежну ознаку. Залежною ознакою обрано зниження рівня гос-

піталізованої захворюваності. Для цього була побудована модель лінійної множинної регресії, що мала наступний вигляд:

$$y = a_0 + a_1x_1 + a_2x_2 + \dots + a_mx_m$$

де a_0, a_1, \dots, a_m – параметри (коефіцієнти) моделі для всіх m -факторів, що аналізуються.

Значення a_0 – “фонове” значення функції, тобто таке, яке має функція при нульових значеннях аргументів. Визначення коефіцієнтів супроводжувалось розрахунком їх похибок $S(a_i)$ та вірогідностей $t(a_i)$. Знак при коефіцієнті вказує на спрямованість впливу (табл. 2). Значення коефіцієнтів залежали від розмірностей та діапазонів змін відповідних змінних (аргументів), тому їх порівняльне зіставлення не мало сенсу. Для виконання цього аналізу рівняння перераховувалось у стандартних змінних і представлялось до запису у так званих “бета-коефіцієнтах”:

$$y = \beta_1x_1 + \beta_2x_2 + \dots + \beta_mx_m$$

Коефіцієнти цього рівняння вже дозволили провести зіставлення різних факторів за ступенем їх впливу на кінцеву (остаточну) функцію. Зокрема чим більше значення бета-коефіцієнта, тим більша залежність функції від відповідного фактора і навпаки. Крім того, бета-коефіцієнти дозволили оцінити відносний “внесок” факторів (d_i) у мінливість функції. Зокрема мінливість, пов'язану з i -им фактором, можна вважати рівною частці квадрату відповідного бета-коефіцієнта від загальної суми усіх квадратів бета-коефіцієнтів.

Таблиця 2. Вплив незалежних факторів на зниження рівня госпіталізованої захворюваності

Перемінні	Коефіцієнти (a)	$S(a_i)$	$t(a_i)$	p_i	Коефіцієнти (β)	Внесок факторів, %
Реабілітація на амбулаторно-поліклінічному етапі	0,284	0,12	2,366	0,033	0,134	3,24
Реабілітація на санаторно-курортному етапі	0,203	0,094	2,169	0,048	0,094	1,34
Контроль за диспансеризацією	2,801	0,532	5,268	0,001	0,653	55,92
Оцінка стану здоров'я	-2,112	0,447	-4,728	0,001	0,564	33,63
Інтеграція з службами соціального захисту	-0,672	0,419	1,604	0,13	0,491	2,93
Разом						97,06

Таким чином, рівень госпіталізованої захворюваності на 97% визначають вищенаведені фактори.

За допомогою канонічної кореляції виявлений тісний взаємозв'язок між медичною, соціальною та економічною ефективністю запропонованих заходів щодо удосконалення системи лікувально-профілактичного забезпечення пенсіонерів МО України (рис. 2).

Висновки

1. Комплексний аналіз стану здоров'я та надання лікувально-профілактичної допомоги пен-

сіонерам МО України дозволив визначити основні проблеми в організації, що стало підґрунтям для розробки і обґрунтування комплексу заходів з удосконалення системи лікувально-профілактичного забезпечення.

2. Розробка та апробація інтеграційно-координаційної ролі лікаря-геріатра амбулаторно-поліклінічного закладу із закладами соціального захисту населення позначилася на показниках соціальної ефективності. Зокрема шляхом збільшення інформованості пацієнтів щодо можливості соціально-побутового обслуговування

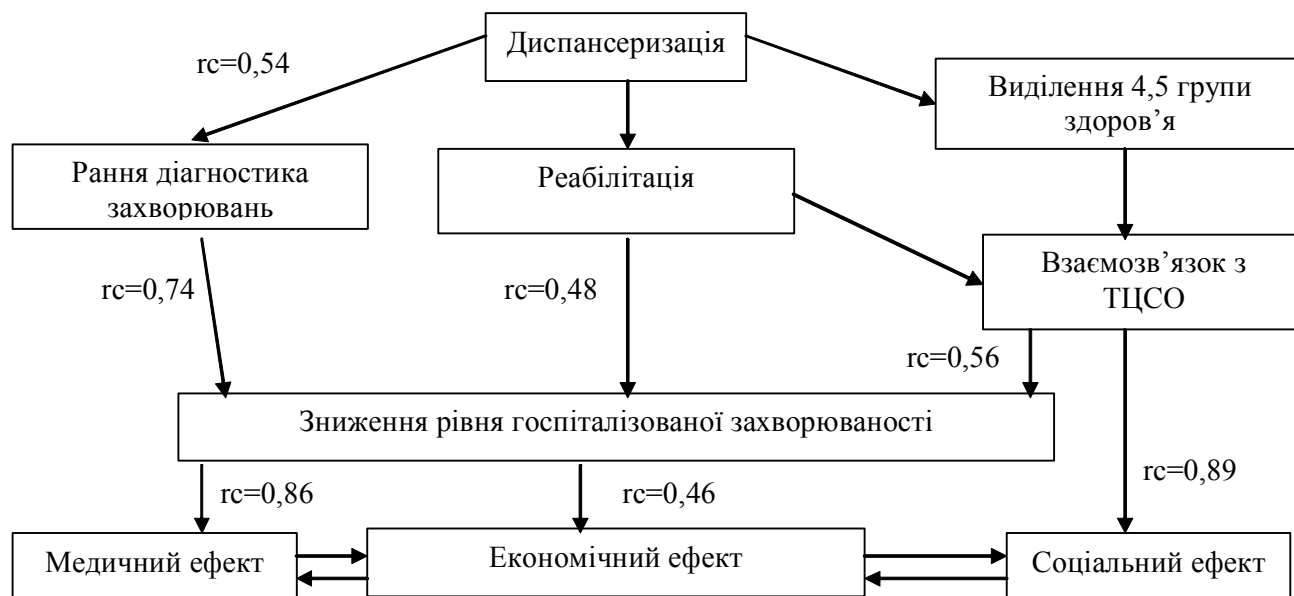


Рис. 2. Канонічні кореляційні зв'язки медичної, соціальної, економічної ефективності запропонованих заходів

соціальними робітниками ТЦСО показник достовірно збільшився з 0,83% до 2,4% ($p < 0,005$).

3. Виявлені тісні кореляційні зв'язки щодо медичної, соціальної та економічної ефективності запропонованих заходів з удосконалення системи лікувально-профілактичного забезпечення пенсіонерами МО України ($rc=0,46-0,89$; $p < 0,05$).

Перспективи подальших досліджень полягають у впровадженні щорічних медичних обстежень пенсіонерів МО України при амбулаторно-поліклінічних закладах МО України з подальшим визначенням медичної та соціальної ефективності.

Список літератури

1. Бадюк М. І. Стан лікувально-профілактичної допомоги пенсіонерами МО України (за даними медико-соціологічного опитування) / М. І. Бадюк, Т. А. Бібік, Ю. А. Романюк // Військова медицина України. – 2008. – Т. 8, № 3. – С. 5–12.
2. Білий В. Я. Стан медичного забезпечення Збройних Сил України : доповідь на колегії МО України 16.09.2002 / В. Я. Білий. – К. : ГВМУ, 2002. – 34 с.
3. Набойченко О. В. Стан інвалідності в Збройних силах України / О. В. Набойченко, І. Г. Заковортна, Ю. А. Романюк // Наукова конференція молодих вчених., 15–16 трав. 2009 р: тези доп. – К: УВМА. – С. 11.
4. Організація медико-соціального обслуговування пенсіонерів Міністерства оборони України з використанням інтеграційно-координаційної моделі : метод. реком. / УВМА, ДУ "Інститут геронтології АМН України"; М. І. Бадюк, Ю. А. Романюк, Л. В. Єгорова, [та ін.]. – К. : РВВ УМА, 2009. – 33 с.
5. Офіційний веб-портал Київської міської влади. – Програма «Здоров'я киян» на 2003–2011 рр. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.kmiv.gov.ua/print/news>.
6. Романюк Ю. А. Аналіз структури смертності та тривалості життя пенсіонерів Міністерства оборони України / Ю. Романюк // Пробл. старения и долголетия. – 2009. – Т. 18, № 2. – С. 251–256.
7. Романюк Ю. А. Госпіталізована захворюваність пенсіонерів Міністерства оборони України / Ю. А. Романюк // Тези доп. міжнар. наук.-практ. конф., присвяченої Всесвітньому дню здоров'я 2009 р. // Укр. наук.-мед. молодіжний журн. – 2009. – № 1. – С. 87.
8. Романюк Ю. А. Демографічні проблеми здоров'я пенсіонерів Міністерства оборони України / Ю. А. Романюк, В. Ю. Шандаков // Тези доп. міжнар. наук.-практ. конф., присвяченої Всесвітньому дню здоров'я 2009 р. // Укр. наук.-мед. молодіжний журн. – 2009. – № 1. – С. 87–88.
9. Романюк Ю. А. Спосіб та якість життя як індикатори стану здоров'я пенсіонерів Міністерства оборони України / Ю. Романюк // Проблеми військової охорони здоров'я : зб. наук. пр. УМА. – К., 2008. – № 24. – С. 20–31.
10. Санаторно-курортне забезпечення та медична реабілітація пенсіонерів МО України / М. І. Бадюк, Т. В. Ярош, Ю. А. Романюк [та ін.] // Військова медицина України. – 2008. – Т. 8, № 4. – С. 5–12.

ОПТИМИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПЕНСИОНЕРОВ МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ УКРАИНЫ

Ю. А. Романюк (Киев)

На основании комплексного анализа состояния здоровья и качества оказания лечебно-профилактической помощи пенсионерам Министерства обороны Украины разработан и апробирован комплекс мероприятий по оптимизации системы лечебно-профилактического обеспечения. Реализованный механизм интеграционной роли врача-гериатра амбулаторно-поликлинического учреждения МО Украины с учреждениями социальной защиты населения отразился на показателях социальной эффективности. Обнаружены тесные корреляционные связи между медицинской и социальной эффективностью предложенных мероприятий по оптимизации системы лечебно-профилактической помощи пенсионерам МО Украины ($r=0,46-0,89$; $p<0,05$).

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: пенсионеры МО Украины, лечебно-профилактические учреждения, медицинская эффективность, социальная эффективность.

OPTIMIZATION OF THE MEDICAL AND PREVENTIVE SERVICE TO PENSIONERS OF MINISTRY OF DEFENSE OF UKRAINE

Ya. A. Romanyuk (Kyiv)

The complex of facilities for optimization of the medical and preventive service was designed and approved based on the complex analysis of health condition and quality of the medical-preventive assistance to pensioners of Ministry of Defense of Ukraine. The introduced integration mechanism of the role of MDU primary medical care physicians-geriatric and population social protection institutions has influenced the social efficiency indicators. Close correlation relationships were revealed between medical and social efficiency of the suggested methods of optimization of the medical-preventive assistance system for pensioners of Ministry of Defense of Ukraine.

KEY WORDS: the pensioners of Ministry of Defense of Ukraine, medical and preventive service, medical efficiency, social efficiency.

Рецензент: к.мед.н., доц. Г. В. Курчатова

УДК 614.3:369.06(477.83)

М. К. ХОБЗЕЙ (Київ)

ДЕЯКІ ПИТАННЯ ПОЕТАПНОГО ПЕРЕХОДУ НА СІМЕЙНИЙ ПРИНЦИП ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Українська військово-медична академія

У роботі висвітлені медико-організаційні заходи оптимізації амбулаторно-поліклінічної допомоги у Львівській області. Запропоновано якісно новий підхід до надання медичної допомоги населенню на засадах загальної практики/сімейної медицини. В основу нової моделі покладено системні заходи: впровадження посад лікарів загальної практики/сімейної медицини (ЛЗП/СМ); надання медичної допомоги ЛЗП/СМ за територіальним принципом; надання спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги лікарями-фахівцями лікарень; збільшення обсягу амбулаторної допомоги шляхом розширення можливостей і впровадження нових форм позастаціонарної медичної допомоги; поєднане використання лікувально-діагностичної бази лікарень і поліклінік; ефективне використання лікарського та іншого персоналу шляхом розширення його мобільності; перерозподіл обсягу медичної допомоги між ЛЗП і лікарями-фахівцями.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: лікар загальної практики/сімейної медицини, медико-організаційні заходи, амбулаторно-поліклінічна допомога.

Відомо, що розвиток медичної допомоги з постійним розширенням спеціалізованих служб

не забезпечив належного рівня якісної профілактики, діагностики, лікування та реабілітації, збереження і зміцнення здоров'я громадян України. Надання медичної допомоги великою

© М. К. Хобзей, 2009

кількістю спеціалістів вузького профілю не сприяло цілісному підходу до лікування хворих і проведенню профілактичних заходів. Недостатній рівень системи первинного медико-санітарного забезпечення, незадовільні умови життя, забруднення навколишнього середовища негативно вплинули на збереження генофонду нації, призвели до скорочення середньої тривалості життя в Україні [2;7].

Одним з пріоритетних завдань вітчизняної охорони здоров'я на сучасному етапі є переорієнтація системи надання медичної допомоги населенню (ПМСД) на засади сімейної медицини (СМ) [3-6].

Мета роботи: обґрунтування доцільності переходу на сімейний принцип обслуговування населення у Львівській області.

Матеріали і методи. Дослідження проводилося в 1993–2003 рр. на базі 36 медичних закладів Львівської області. Основними джерелами інформації були матеріали офіційної статистики, що знаходились в документах обліку і звітності медичної служби: річні звіти, нормативно-правові акти тощо.

У роботі застосовано наступні методи: структурно-логічний, системного аналізу, економічний, аналітичний, експертних оцінок.

Статистична обробка первинних даних проводилась на персональному комп'ютері IBM PC - Pentium II за програмою Statistica.

Результати дослідження та їх обговорення. Враховуючи, що проблеми із наданням медичної допомоги населенню Львівської області були характерними для всієї України, у 1987 р. МОЗ України був затверджений регіональний експеримент з поступового переходу на медико-санітарне забезпечення населення Львівської області за принципом сімейної медицини. У Львові, починаючи з 1988 р., були розроблені і апробовані різні моделі поступового переходу терапевтичної і педіатричної служб до постійного медико-територіального обслуговування.

Для забезпечення цього експерименту за участі науково-педагогічних працівників Львівського медичного інституту, спеціалістів обласного і міського управліннь охорони здоров'я та деяких лікувально-профілактичних закладів були розроблені моделі сімейного лікаря, його кваліфікаційна характеристика та функціональні обов'язки, а також тимчасові нормативні документи, що регламентували діяльність сімейного лікаря. Протягом всього часу ці документи коригувались і доповнювались з урахуванням етапу експерименту.

Виконання різноманітних функціональних обов'язків сімейного лікаря вимагало відповідної підготовки такого фахівця, який, крім терапії і педіатрії, мав бути добре обізнаним з усіма роз-

ділами медицини. Складність підготовки такого фахівця на той час полягала в тому, що він повинен надавати кваліфіковану медико-санітарну допомогу населенню на достаціонарному етапі – в поліклініці, у денному або домашньому стаціонарі.

Основними вимогами, які визначали систему підготовки лікаря загальної практики/сімейної медицини (ЛЗП/СМ) були: теоретичні знання з різних галузей медицини; визначений перелік практичних навичок; володіння мінімумом юридичних знань; здатність своєчасно скерувати свого пацієнта до лікарів-спеціалістів для надання другого рівня спеціалізованої допомоги. Підготовку ЛЗП/СМ було розпочато з урахуванням форм і методів переходу до сімейної медицини, поетапного охоплення різних вікових груп населення медичним обслуговуванням за сімейним принципом.

Поетапний перехід на сімейний принцип обслуговування передбачав спочатку обслуговування осіб, старших 7 років, лікарем загальної практики. Цей етап тривав 2 роки. Після цього лікарі загальної практики почали надавати ПМСД дітям з 5 років. На третьому етапі до сфери обслуговування лікаря загальної практики передбачалося включення дітей з 3 років, на четвертому – з 1 року і лише на п'ятому етапі – від народження.

За другим варіантом передбачалося переведення лікарів (дільничних терапевтів або педіатрів) після відповідної підготовки відразу до обслуговування населення, включаючи новонароджених дітей, за сімейним принципом.

Вперше надання ПМСД за принципом сімейної медицини було здійснено в 2-ій міській поліклініці м. Львова. Одночасно у вказаній поліклініці, 1-й міській клінічній лікарні м. Дрогобича, в Самбірській, Яворівській та Жовківській ЦРЛ кафедрами Львівського медінституту проводилось навчання терапевтів, педіатрів та вузьких спеціалістів за 200-годинною програмою з сімейної медицини без відриву від виробництва.

У навчальні програми були включені питання формування здорового способу життя, загальної гігієни, хірургії, онкології, психіатрії, сексології, урології, дерматовенерології та інших дисциплін, а також з психології, етики, деонтології, права. У процесі формування ЛСП/СМ наголошувалося, що він повинен виконувати інтегруючу функцію в медико-соціальному забезпеченні здоров'я населення, а не тільки реалізацію питань медичного характеру.

З 1991 р. разом з Львівським Національним університетом ім. Данила Галицького ми перейшли на підготовку лікарів загальної практики з числа випускників інституту в трирічній інтернатурі за програмою, затвердженою МОЗ України.

Ця програма була переглянута за участю Київського інституту удосконалення лікарів та Одеського медичного інституту і затверджена у 1993 р.

Ми вважали, що підготувати лікаря загальної практики з випускника вузу значно легше, ніж перепідготувати вже сформованого лікаря певної спеціальності, який має свої стереотипи на організацію допомоги хворим. Незабаром закінчили інтернатуру за спеціальністю "сімейна медицина" перші 25 лікарів.

З метою покращення підготовки випускників інституту в 1993 р. у Львівському медичному інституті була створена кафедра поліклінічної справи, на якій проводилося навчання із студентами 6-го курсу лікувального факультету. Згідно з програмою, студенти вивчали 29 найбільш важливих тем поліклінічної справи з питань терапії, хірургії, акушерства, гінекології та педіатрії. До кожної з програмних тем були розроблені методичні рекомендації для студентів. Використовувалися тестові завдання для визначення вихідного, проміжного і заключного рівнів знань студентів.

У поліклініках студенти знайомилися з новими технологічними принципами надання ПМСД населенню (денні стаціонари, поліклініки різних профілів, домашні стаціонари з децентралізованою, централізованою та змішаною формами обслуговування хворих, бригадні способи обслуговування, сімейна медицина).

У зв'язку із затвердженням у 1993 р. МОЗ України спеціальності "Сімейна медицина" за рішенням Колегії МОЗ України Львівським університетом був розроблений новий варіант кваліфікаційної характеристики лікаря за спеціальністю "Сімейна медицина", з урахуванням попереднього досвіду підготовки сімейних лікарів. Разом з Київською академією післядипломної освіти була завершена розробка навчальних планів і програм післядипломної підготовки лікарів зі спеціальності "Сімейна медицина", передатестаційних циклів та комп'ютерних тестових програм до них. Для післядипломної підготовки лікарів кафедру терапії №2 було реорганізовано в кафедру сімейної медицини.

Найважливішим етапом післядипломної підготовки сімейних лікарів стала інтернатура, де протягом трьох (а зараз двох) років випускники медичних вузів опановують всі необхідні для сімейного лікаря знання і практичні навички.

У зв'язку з тим, що інтернатура за спеціальністю "Сімейна медицина" передбачає підготовку поліпрофільного фахівця, провідною кафедрою у підготовці такого спеціаліста стала кафедра сімейної медицини, яка координує зусилля інших кафедр і баз стажування у підготовці сімейного лікаря.

З метою вирішення практичних завдань щодо реформування та оптимізації системи медичного обслуговування міського та сільського населення, основним системоутворюючим елементом реформування амбулаторно-поліклінічної допомоги було впровадження посад лікарів загальної практики/сімейної медицини в структурно-функціональну модель організації роботи медичної служби області.

Вирішальне значення у подальшому розвитку сімейної медицини мали Основи законодавства України про охорону здоров'я (1992), в яких були визначені правові, соціальні та економічні передумови переходу охорони здоров'я на принцип сімейної медицини [1].

З метою вирішення практичних завдань щодо реформування та оптимізації системи медичного обслуговування міського та сільського населення Львівської області за нашої ініціативи були визначені і реалізовані медико-організаційні заходи з її удосконалення на регіональному рівні. Основою медико-організаційних заходів слугував принципово новий підхід до надання медичної допомоги населенню – на засадах ЛСП/СМ та розробка нормативно-правових, організаційних напрямків їх діяльності. На відміну від моделі амбулаторно-поліклінічної допомоги, коли дільничний лікар виконував головні функції з надання ПМСД населенню за дільнично-територіальним принципом, в основу роботи нової моделі покладені системні заходи: впровадження посад ЛЗП/СМ; надання медичної допомоги сімейним лікарем за територіальним принципом; надання спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги лікарями-фахівцями лікарень; збільшення обсягу амбулаторної допомоги шляхом розширення можливостей і впровадження нових форм позастаціонарної медичної допомоги; поєднане використання лікувально-діагностичної бази лікарень і поліклінік; ефективно використання лікарського та іншого персоналу шляхом розширення їх мобільності; перерозподіл обсягу медичної допомоги між ЛЗП і лікарями-фахівцями.

Вдосконалюючи надання медичної допомоги у Львівській області, запропонувавши та впровадивши у практику модель амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню на засадах ЛЗП/СМ, було досягнуто ряд результатів. По-перше, введення лікарів загальної практики забезпечило наближення амбулаторно-поліклінічної допомоги безпосередньо до сім'ї. По-друге, досягнуто збалансування обсягів роботи з амбулаторного прийому хворих міського та сільського населення, здійснення медичних оглядів, обліку та оздоровлення диспансерної

групи, надання стаціонарної допомоги профільним хворим в ЛОКЛ. По-третє, і це найголовніше, досягнуте взаємне порозуміння між лікарями загальної практики і хворими.

Впровадження нового підходу дозволило сформулювати модель якісно нової системи надання амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної медичної допомоги в ланці "Поліклініка – Львівська обласна клінічна лікарня – Установи для соціальної реабілітації", заснованої на принципах пріоритетності, етапності, наступності, достатності, економічної доцільності.

В умовах дії оптимальної системи пріоритетною стала розробка диференційованих програм роботи з кадрами, нових професійно-посадових вимог до фахівців, розрахунків необхідної кількості посад лікарів-фахівців та чисельності закріпленого населення. При цьому доведена менша на 1,175 від нормативної потреба в спеціалістах та чисельність обслуговуваних на одного лікаря загальної практики в межах 650–950 осіб, а його функція обґрунтована як 5200–5400 відвідувань на рік, що дало можливість щорічно забезпечувати 4–5 відвідувань поліклініки і 1,5–2,0 – до лікарів-спеціалістів.

Упровадження запропонованого нового підходу зумовило необхідність переорієнтації терапевтичної ланки медичних закладів області на лікарів загальної практики, питома вага яких в структурі поліклінік амбулаторно-поліклінічної допомоги досягла 60,1% всіх лікарів, які надають амбулаторно-поліклінічну медичну допомогу. Цьому сприяло формування лікарських дільниць, а також впровадження нової системи етапного лікування, особливістю якої стала пріоритетність амбулаторно-поліклінічної допомоги на нових засадах, розширення позастанціонарних форм надання медичної допомоги.

На медичну ефективність впровадженої системи оптимізації медичної допомоги в Львівській області вказують: зростання за період 1997–2003 рр. кількості відвідувань ЛЗП/СМ з 2,9 до 4,5 на 1 мешканця в рік; обсягу амбулаторної допомоги – з 74,2% у 1997 р. до 88,5% у 2003 р. з максимальним показником 91,0% у 2001 р., що відповідає загальноприйнятим стандартам ВООЗ; скорочення середнього ліжка-дня з 21,8 у 1997 р. до 12,9 у 2003 р.; збільшення обігу ліжка

з 13,3 до 22,5 разів; зменшення тривалості перебування хворих у стаціонарі до операції за рахунок обстеження на амбулаторному етапі з 4,4 до 2,1 доби.

Враховуючи позитивні наслідки експерименту "Сімейний лікар", розпочався активний розвиток сімейної медицини у Львівській області. На момент завершення дослідження (2003 р.) в області функціонувало 24 амбулаторії сімейної медицини, 4 заклади сімейної медицини із відділеннями сімейної медицини та 12 закладів сімейної медицини із дільницями сімейної медицини; 172 лікаря працювали на засадах сімейної медицини, з яких 56 фахівців надають медичну допомогу дітям, починаючи від народження.

В теперішній час (2007 р.), не зважаючи на певні недоліки, реформа системи надання ПМСД населенню області на засадах ЛЗП/СМ, обґрунтована і впроваджена нами, отримала подальший розвиток: в області функціонують 112 сільських та 13 міських лікарських амбулаторій, 22 заклади сімейної медицини з відділеннями сімейної медицини й 47 закладів сімейної медицини з дільницями сімейної медицини. Кількість сімейних лікарів становить 515 осіб, що утричі більше, ніж у 2003 р. (172 особи).

Висновки

1. Основним системоутворюючим елементом реформування амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню Львівської області було впровадження посад лікарів загальної практики/сімейної медицини в структурно-функціональну модель організації роботи медичної служби області.

2. Перехід до оптимізованої системи надання медичної допомоги на регіональному рівні на засадах сімейної медицини потребує розробки відповідної системи підготовки лікаря загальної практики/сімейної медицини, опрацювання диференційованих програм роботи з кадрами, нових професійно-посадових вимог до фахівців, розрахунків необхідної кількості посад лікарів-фахівців та чисельності закріпленого населення тощо і може здійснюватись тільки поетапно, з урахуванням специфіки роботи.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні ефективності впровадження сімейної медицини у Львівській області починаючи з 2004 р.

Список літератури

1. *Основи законодавства України про охорону здоров'я* : закон України №2801-ХІІ від 28.11.1992 р. // ВВР. – 1993. – № 4. – С. 19.
2. *Пономаренко В. М.* Наукове обґрунтування реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини / В. М. Пономаренко, О. М. Ціборовський // Матеріали І Укр. з'їзду сімейних лікарів (Львів, 7–9 листоп. 2001 р.) – Львів, 2001. – С. 14–16.

3. Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини : наказ МОЗ України №72 від 23.02.2001 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
4. Про затвердження плану поетапного переходу до організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини: наказ МОЗ України №214 від 11.09.2000 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
5. Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я : постанова Кабінету Міністрів України №989 від 20.06.2000 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
6. Про організацію роботи закладів (підрозділів) загальної практики – сімейної медицини : наказ МОЗ України №303 від 23.07.2001 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
7. Хунов Ю. А. Перший досвід впровадження сімейної медицини в охорону здоров'я Луганської області Ю. А. Хунов // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2002. – №3. – С. 27–31.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ПОЭТАПНОГО ПЕРЕХОДА НА СЕМЕЙНЫЙ ПРИНЦИП ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В ЛЬВОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Н. К. Хобзей (Киев)

В работе освещены медико-организационные мероприятия оптимизации амбулаторно-поликлинической помощи в Львовской области. Предложен качественно новый подход к предоставлению медицинской помощи населению на принципах общей практики/семейной медицины. В основу новой модели положены системные мероприятия: внедрение должностей врачей общей практики/семейной медицины (ВОП/СМ); предоставление медицинской помощи ВОП/СМ по территориальному принципу; предоставление специализированной амбулаторной и поликлинической медицинской помощи врачами-специалистами больницы; увеличение объема амбулаторной помощи путем расширения возможностей и внедрения новых форм внестационарной медицинской помощи; совмещенное использование лечебно-диагностической базы больниц и поликлиник; эффективное использование врачебного и другого персонала путем расширения его мобильности; перераспределение объема медицинской помощи между ВОП/СМ и врачами-специалистами.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: врач общей практики/семейной медицины, медико-организационные мероприятия, амбулаторно-поликлиническая помощь.

SOME QUESTIONS OF STAGE-BY-STAGE TRANSITION TO THE FAMILY PRINCIPLE OF SERVICE OF THE POPULATION IN THE LVOV REGION

М. К. Hobzey (Kyiv)

In work medical and organizational measures of optimization of the out-patient and polyclinic aid in the Lvov region are covered. Qualitatively new approach to granting medical aid is offered to the population on principles of the general practice/family medicine.

System measures are fixed in a basis of new model: introduction of posts of general practitioners/family medicine (GP/FM); granting of medical aid of GP/FM by a territorial principle; granting of the specialized out-patient and polyclinic medical aid of hospitals doctors-experts; increase in volume of the out-patient aid by expansion of opportunities and introductions of new forms of ambulatory medical aid; combined use of medical-diagnostic base of hospitals and polyclinics; an effective use of medical and other personnel by expansion of their mobility; redistribution of volume of medical aid between GP/FM and doctors-experts.

KEY WORDS: the doctor of the general practice/family medicine, medical and organizational measures, the out-patient and polyclinic aid.

Рецензент: д.держ.упр., доц. Н. П. Кризина

О. О. ШПИТА, В. М. ЯКИМЕЦЬ (Київ)

ГОТОВНІСТЬ ДО НАДАННЯ ЛІКАРЯМИ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ/СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З ІНФЕКЦІЙНИМИ ТА ПАРАЗИТАРНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України"

Вивчалася думка сімейних лікарів щодо розподілу видів надання медичної допомоги хворим на інфекційні та паразитарні хвороби між сімейним лікарем і лікарем-інфекціоністом.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: медична допомога, інфекційні та паразитарні хвороби, сімейний лікар, лікар-інфекціоніст.

На сьогодні актуальною проблемою для галузі охорони здоров'я України є переведення первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засади сімейної медицини (СМ). Сімейна медицина посідає важливе місце в організації охорони здоров'я економічно розвинених країн Європи та Північної Америки, задовольняючи до 80% медичних потреб населення, демонструючи найкращу медичну, економічну і соціальну доцільність за критерієм вартість/ефективність [1;2;6;7].

Важливим етапом реформування є розмежування функцій первинної та вторинної медичної допомоги. Це особливо важливо на первинному рівні медико-санітарної допомоги при проведенні протиепідемічних заходів та наданні медичної допомоги пацієнтам з інфекційними та паразитарними захворюваннями [3;6;8].

Рівень інфекційних та паразитарних хвороб в Україні залишається досить високим. Щорічно реєструються спалахи гострих інфекційних захворювань у різних регіонах країни, що негативно впливає на здоров'я населення та демографічні показники, тягне за собою значні економічні збитки, загрожує генофонду нації і національній безпеці країни [4;5;8].

Ставлення сімейних лікарів до інтеграції на первинний рівень протиепідемічних заходів та надання медичної допомоги пацієнтам з інфекційними та паразитарними хворобами є неоднозначним.

Мета дослідження: вивчити ставлення сімейних лікарів до надання на первинному рівні медичної допомоги пацієнтам з інфекційними та паразитарними хворобами та обсягів її надання, проведення протиепідемічних заходів.

Матеріали і методи. Для виконання поставленої мети використовувався метод медико-соц-

іального дослідження. Дослідження проводилось впродовж 2008 р. Спеціально розроблений, рецензований та затверджений вченою радою Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України опитувальник було роздано 120 лікарям загальної практики/сімейної медицини (ЛЗП/СМ) Житомирської області. З них 10 (8,3%) респондентів анкету не повернули.

Серед опитаних переважали жінки, різниця за гендерною ознакою статистично достовірна ($p < 0,01$). Середній вік респондентів становив $40,9 \pm 5,6$ року. Різниця між середнім віком чоловіків і жінок статистично недостовірна. Питома вага осіб молодого та зрілого віку була майже однаковою – 49,1% та 48,2% відповідно. Натомість питома вага осіб похилого віку (старше 60 років) становила менше 3%. Різниця між питомою вагою цього вікового інтервалу і питомою вагою осіб молодого віку статистично достовірна ($p < 0,01$). Істотною серед опитаних була також різниця між питомою вагою осіб похилого та зрілого віку ($p < 0,01$). Статистично достовірної різниці між питомою вагою чоловіків та жінок у всіх 5 вікових інтервалах не спостерігалось. Середня величина загального стажу роботи респондентів становила $14,8 \pm 3,5$ року. Різниця між середнім загальним стажем роботи серед чоловіків та жінок статистично недостовірна. Середній стаж роботи за фахом становив $3,7 \pm 1,9$ року. Не спостерігалось істотної різниці між середнім стажем роботи за фахом лікаря загальної практики серед чоловіків і жінок. (табл. 1)

Респондентам пропонували визначитися щодо доцільності виконання ЛЗП/СМ заходів з профілактики, діагностики, лікування та диспансеризації деяких інфекційних і паразитарних хвороб на різних стадіях перебігу – гостра стадія, реконвалесценція, бактеріоносійство (табл. 2).

Таблиця 1. Характеристика респондентів

Показник		Кількість респондентів	
		абс.	%
Стать	чоловіки	32	29,1
	жінки	78	70,9
Вік, роки	до 30	12	10,9
	31–40	42	38,2
	41–50	39	35,5
	51–60	14	12,7
	старше 60	3	2,7
Загальний стаж роботи, роки	до 10	32	29,1
	11–20	48	43,6
	понад 20	30	27,3
Стаж роботи сімейним лікарем, роки	до 1	33	30,0
	1–5	42	38,2
	понад 5	35	31,8
Категорія	відсутня	34	30,9
	друга	39	35,5
	перша	32	29,1
	вища	5	4,5

Таблиця 2. Доцільність самостійного проведення лікарем загальної практики/сімейної медицини заходів з діагностики та лікування в гострій стадії деяких інфекційних та паразитарних хвороб

Назва хвороби		Відповідь			
		Так		Ні	
		абс.	%	абс.	%
1	2	3	4	5	6
Кишкові інфекційні хвороби	дизентерія	48	43,6	62	56,4
	черевний тиф	8	7,3	102	92,7
	паратиф А, В, С	0	0	110	100,0
	холера	16	14,5	94	85,5
	вірусний гепатит А	40	36,4	70	63,6
	гострий поліомієліт	1	0,9	109	99,9
	зоонози	1	0,9	109	99,9
	бруцельоз	1	0,9	109	99,9
	лептоспіроз	1	0,9	109	99,9
	інші сальмонельозні інфекції	2	1,8	108	98,2
ботулізм	1	0,9	109	99,9	
Інфекції дихальних шляхів	дифтерія	32	29,1	78	70,9
	скарлатина	8	7,3	102	92,7
	кашлюк	48	43,6	62	58,4
	вірусний менінгіт	24	21,8	86	78,2
	кір	88	80,0	22	20,0
	натуральна віспа	40	36,4	70	63,6
	вітряна віспа	96	87,3	14	12,7
	краснуха	80	72,7	30	27,3
	епідемічний паротит	88	80,0	22	20,0
Кров'яні інфекції	поворотний тиф	1	0,9	109	99,9
	висипний тиф	1	0,9	109	99,9
	малярія	8	7,3	102	92,7
	волинська гарячка	1	0,9	109	99,9
	чума	1	0,9	109	99,9
	туляремія	1	0,9	109	99,9
	кліщові рикетсіози	1	0,9	109	99,9
	кліщові спірохетози	1	0,9	109	99,9
	жовта гарячка	0	0	110	100,0
	весняно-літній кліщовий енцефаліт	1	0,9	109	99,9

Продовження табл. 2.

1	2	3	4	5	6
Інфекції зовнішніх покривів	бешиха	72	65,5	38	34,5
	сказ	0	0	110	100,0
	газова гангрена	0	0	110	100,0
	шкірний лейшманіоз	1	0,9	109	99,9
	сап	1	0,9	109	99,9
	сибірка	1	0,9	109	99,9
	правець	1	0,9	109	99,9
	ящур	1	0,9	109	99,9
Паразитарні хвороби	аскаридоз	96	87,3	14	12,7
	трихінельоз	72	65,5	38	34,5
	ентеробіоз	80	72,7	30	27,3
	трематодози	32	29,1	78	70,9
	цистодози	8	7,3	102	92,7

Аналіз відповідей показав психологічну неготовність сімейних лікарів лікувати паразитарні хвороби. Зауважимо, що такі паразитарні захворювання, як аскаридоз, ентеробіоз, трематодози і цистодози, у всьому світі лікуються на первинному рівні сімейними лікарями амбулаторно. У той час, як 27,3% опитаних не вважають за потрібне самостійно виліковувати своїх пацієнтів навіть від гостриків, частина з них вважає доцільним самостійно лікувати особливо небезпечні інфекції, такі як натуральна віспа (36,4%), холера (14,5%), чума (0,9%), сибірка (0,9%), що потребують суворих карантинних заходів. Такий підхід щодо особливо небезпечних інфекцій, можливо, пояснюється бра-

ком практичного досвіду лікування та профілактики цих хвороб через відсутність в Україні епідемії цих небезпечних захворювань. Водночас 29,1% респондентів вважають доцільним самостійно в гострій стадії лікувати на рівні ПМСД дифтерію, 21,8% – менінгококову інфекцію. З огляду на це результати опитування ЛЗП/СМ повинні бути обов'язково доповнені оцінкою експертів – організаторів охорони здоров'я, епідеміологів, інфекціоністів, викладачів вищих медичних навчальних закладів відповідного фаху.

На наступному етапі респондентам пропонувалося висловити думку щодо доцільності діагностики та лікування ними бактеріоносіїв (табл. 3).

Таблиця 3. Доцільність самостійного проведення лікарем загальної практики/сімейної медицини заходів з діагностики та лікування інфекційних та паразитарних хвороб в стадії бактеріоносійства

Назва хвороби		Відповідь			
		Так		Ні	
		абс.	%	абс.	%
Кишкові інфекційні хвороби	дизентерія	102	92,7	8	7,3
	черевний тиф	40	36,4	70	53,6
	паратиф А, В, С	20	18,2	90	81,8
	холера	41	37,3	69	62,7
	вірусний гепатит В	100	90,9	10	9,1
	вірусний гепатит С	80	72,7	30	27,3
	інші сальмонельозні інфекції	82	74,5	18	15,5
Інфекції дихальних шляхів	дифтерія	84	76,4	26	23,6
	вірусний менінгіт	42	38,2	68	64,8
Паразитарні хвороби	аскаридоз	110	100,0	0	0
	трихінельоз	85	77,3	25	22,7
	ентеробіоз	110	100,0	0	0
	трематодози	70	63,6	40	36,4
	цистодози	60	54,5	50	45,5

Як свідчать результати опитування, значна частина сімейних лікарів не вважають доцільним лікувати на рівні ПМСД такі паразитарні хвороби, як трихінельоз, трематодози і цистодози, навіть у бактеріоносіїв. Переважна більшість не вважають доцільним проводити

диспансеризацію реконвалесцентів, покладаючи ці обов'язки на інфекціоністів (табл. 4).

Переважна більшість ЛЗП/СМ традиційно схильні покладатися на фахівців-консультантів замість того, щоб самостійно направляти пацієнтів на госпіталізацію до відповідного стаціонару (табл. 5, 6).

Таблиця 4. Доцільність самостійного проведення лікарем загальної практики/сімейної медицини заходів з діагностики та лікування інфекційних та паразитарних хвороб на стадії реконвалесценції (диспансеризація)

Назва хвороби		Відповідь			
		Так		Ні	
		абс.	%	абс.	%
Кишкові інфекційні хвороби	дизентерія	96	87,3	14	12,7
	черевний тиф	48	43,6	62	56,4
	паратиф А, В, С	40	36,4	70	63,6
	холера	40	36,4	70	63,6
	вірусний гепатит А	80	72,7	30	27,2
	гострий поліомієліт	48	43,6	62	56,4
	зоонози	40	36,4	70	63,6
	бруцельоз	32	29,1	78	70,9
	лептоспіроз	48	43,6	62	58,4
	інші сальмонельозні інфекції	56	50,9	54	49,1
	ботулізм	48	43,6	62	56,4
Інфекції дихальних шляхів	дифтерія	64	58,2	46	41,8
	скарлатина	40	36,4	70	63,6
	кашлюк	40	31,4	70	63,6
	вірусний менінгіт	24	21,8	88	78,2
	кір	88	80,0	22	20,0
	натуральна віспа	24	21,8	86	78,2
	вітряна віспа	72	65,5	38	34,5
	краснуха	48	43,6	64	56,4
	епідемічний паротит	72	65,5	38	34,5
Кров'яні інфекції	поворотний тиф	2	1,8	108	98,2
	висипний тиф	2	1,8	108	98,2
	малярія	2	1,8	108	98,2
	волинська гарячка	1	0,9	109	99,1
	чума	2	1,8	108	98,2
	туляремія	2	1,8	108	98,2
	кліщові рикетсіози	2	1,8	108	98,2
	кліщові спірохетози	2	1,8	108	98,2
	жовта гарячка	1	0,9	109	99,1
	весняно-літній кліщовий енцефаліт	2	1,8	108	98,2
Інфекції зовнішніх покривів	бешиха	40	36,4	70	63,6
	сказ	24	21,8	86	78,2
	газова гангрена	2	1,8	108	98,2
	шкірний лейшманіоз	2	1,8	108	98,2
	сап	2	1,8	108	98,2
	сибірка	2	1,8	108	98,2
	правець	24	21,8	88	78,2
	ящур	2	1,8	108	98,2
Паразитарні хвороби	аскаридоз	80	72,7	30	27,9
	трихінельоз	118	43,6	62	56,4
	ентеробіоз	56	50,9	54	49,1
	трематодози	24	21,8	86	78,2
	цистодози	24	21,8	86	78,2

Таблиця 5. Забезпечення своєчасного направлення хворих лікарем загальної практики/сімейної медицини для надання консультативно-лікувальної допомоги інфекціоністом або іншим фахівцем у разі підозри на наступні хвороби та виявлені вперше симптоми і синдроми

Хвороби та синдроми інфекційного профілю	Лікар-консультант	Відповідь			
		Так		Ні	
		абс.	%	абс.	%
1	2	3	4	5	6
Вірусний менінгіт	інфекціоніст	80	72,7	30	27,3
	невропатолог	64	58,2	46	41,8

Продовження табл. 5

1	2	3	4	5	6
Енцефаліт	інфекціоніст	64	58,2	46	41,8
	невропатолог	56	50,2	54	49,1
Менінгоенцефаліт	інфекціоніст	64	58,2	46	41,8
	невропатолог	56	50,2	54	49,1
Дитячий церебральний параліч	інфекціоніст	40	36,4	70	63,6
	невропатолог	56	50,9	54	49,1
Полінейропатії	інфекціоніст	80	72,7	30	27,3
	невропатолог	104	94,5	6	5,5
Субфебрильна температура, пітливість	інфекціоніст	104	94,5	6	5,5
	фтизіатр	96	87,3	14	12,7
Підвищення температури понад 5 днів	інфекціоніст	88	80,0	22	20,0
	ревматолог	104	94,5	6	5,5
Диспептичні прояви (нудота і блювання)	інфекціоніст	88	80,0	22	20,0
	гастроентеролог	64	58,8	46	41,8
Дисфункція кишечника	інфекціоніст	96	87,3	14	12,7
	хірург	48	43,6	62	56,4
Істеричність склер, шкіри	інфекціоніст	110	100,0	0	0
	гематолог	48	43,6	62	56,4
Біль в епігастрії та правому підребер'ї	інфекціоніст	40	36,4	70	63,6
	хірург	48	43,6	62	56,4
	гастроентеролог	80	72,7	30	27,3
Висипка на тілі	інфекціоніст	88	80,0	22	20,0
	дерматолог	88	80,0	22	20,0
Збільшення лімфовузлів	інфекціоніст	96	87,3	14	12,7
	онколог	104	94,5	6	5,5
Тривалий кашель з репризами	інфекціоніст	80	72,7	30	27,3
	фтизіатр	80	72,7	30	27,3
Тривалий кашель з виділенням мокротиння	інфекціоніст	80	72,7	30	27,3
	пульмонолог	88	80,0	22	20,0
	фтизіатр	88	80,0	22	20,0
Кон'юнктивіт	інфекціоніст	64	58,2	46	41,8
	окуліст	110	100,0	0	0
Парез або параліч кінцівок	інфекціоніст	32	29,1	78	70,9
	невропатолог	110	100,0	0	0
Парез жувальних м'язів	інфекціоніст	48	43,6	62	56,4
	невропатолог	64	51,9	46	41,8
Шлунково-кишкова кровотеча	інфекціоніст	40	65,5	70	63,6
	хірург	110	100,0	0	0
Анурія	інфекціоніст	24	21,8	86	78,2
	уролог	110	100,0	0	0

Таблиця 6. Доцільність самостійного, без консультації з інфекціоністом, направлення лікарем загальної практики/сімейної медицини хворих на госпіталізацію в разі діагностики наступних інфекційних хвороб та синдромів інфекційного профілю

Хвороби і синдроми інфекційного профілю	Відповідь			
	Так		Ні	
	абс.	%	абс.	%
1	2	3	4	5
Чума	40	36,4	70	63,8
Холера	40	36,4	70	63,8
Жовта гарячка	40	36,4	70	63,8
Орнітоз	40	36,4	70	63,8
Сказ	40	36,4	70	63,8
Лептоспіроз	48	43,8	62	56,4
Ящур	40	36,4	70	63,8
Весняно-літній кліщовий енцефаліт	40	36,4	70	63,8

Продовження табл.6

1	2	3	4	5
Черевний тиф	48	43,8	62	56,4
Паратиф А, В, С	24	21,8	86	78,2
Інші сальмонельозні інфекції	48	43,8	62	56,4
Дизентерія	56	50,9	54	49,1
Іерсиніози	24	21,8	86	78,2
Кампілобактеріоз	32	29,1	78	70,9
Коліти, ентерити, гастроентероколіти	88	80,0	22	20,0
Харчові токсикоінфекції	64	58,2	46	41,8
Дифтерія	48	43,8	62	56,4
Кашлюк	56	50,9	54	78,2
Паракашлюк	24	21,8	86	78,2
Скарлатина	56	50,9	54	78,2
Вірусний менінгіт	48	43,8	62	56,4
Правець	40	36,4	70	63,8
Гострий поліомієліт	32	29,1	78	70,9
Вітряна віспа	64	58,2	46	41,8
Кір	88	80,0	22	20,0
Краснуха	48	43,8	62	56,4
Вірусні гепатити	64	58,2	46	41,8
Епідемічний паротит	32	29,1	78	70,9
Інфекційний мононуклеоз	40	36,4	70	63,8
Малярія	24	21,8	86	78,2
Токсоплазмоз	24	21,8	86	78,2
Лямбліоз	24	21,8	86	78,2
Носіїв збудників				
Черевного тифу	40	36,4	70	63,8
Сальмонельозу	40	36,4	70	63,8
Паратифу	24	21,8	86	78,2
Дизентерії	32	29,1	78	70,9
Дифтерії	24	21,8	86	78,2

Не готові сімейні лікарі і до самостійного проведення протиепідемічних заходів на дільниці. Переважна більшість з них (78,2%) вважає не доцільним відбирати проби для лабораторного дослідження від хворих, контактних та об'єктів навколишнього середовища, покладаючи ці

функції на працівників санітарно-епідеміологічної служби. Значна частина (63,8%) не вважає за доцільне проводити превентивне лікування контактних, покладаючи ці функції на інфекціоністів та епідеміологів (табл. 7).

Таблиця 7. Готовність лікарів загальної практики/сімейної медицини самостійно здійснювати протиепідемічні заходи на дільниці

Протиепідемічні заходи	Відповідь			
	Так		Ні	
	абс.	%	абс.	%
Санітарно-освітня робота	102	92,7	8	7,3
Диспансерний нагляд за контактними	102	92,7	8	7,3
Контроль за проведенням поточної дезінфекції	64	58,2	46	41,8
Подача екстреного повідомлення до СЕС	64	58,2	46	41,8
Відбір проб від хворих, контактних, об'єктів навколишнього середовища	24	21,8	86	78,2
Проведення превентивного лікування контактних	40	37,4	70	63,8
Посімейні (подвірні) обходи в разі виникнення вогнища інфекції на прикріпленій території	72	65,5	38	34,5
Проведення профілактичних щеплень за календарем	72	65,5	38	34,5
Проведення профілактичних щеплень за епідемічними показаннями	64	58,2	46	41,8

Висновки

1. Ставлення ЛЗП/СМ до інтеграції на первинний рівень протиепідемічних заходів та надання медичної допомоги пацієнтам з інфекційними та паразитарними хворобами є неоднозначним.

2. Більшість сімейних лікарів позитивно сприймають розширення своїх функцій, більшу самостійність і незалежність в діагностиці, лікуванні та профілактиці низки інфекційних і паразитарних хвороб з нетяжким перебігом та сприятливим прогнозом, хоча це і збільшує обсяг їхньої роботи та навантаження.

3. Думка сімейних лікарів є основною, але недостатньою для чіткого розмежування функцій між ЛЗП/СМ та інфекціоністом. Результати опитування практикуючих сімейних лікарів повинні обов'язково бути доповнені оцінкою експертів: організаторів охорони здоров'я, епідеміологів, інфекціоністів, викладачів вищих медичних навчальних закладів відповідного фаху.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні розмежування видів медичної допомоги хворим на інфекційні та паразитарні хвороби між лікарем загальної практики/сімейної медицини та лікарем-інфекціоністом методами експертної оцінки.

Список літератури

1. *Європейська база даних «Здоров'я для всіх»* [Електронний ресурс]. – Копенгаген : ЄРБ ВООЗ, 2005. – Режим доступу : <http://www.who.int>. – Заголовок з екрану.
2. *Загальнодержавна програма розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2010 року / МОЗ України* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Заголовок з екрану.
3. *Методичні рекомендації з питань організації епідеміологічного нагляду та профілактики внутрішньолікарняних інфекцій* / Толстанов О. К., Шатило В. Й., Волков О. С. [та ін.]. – Житомир, 2006. – 36 с.
4. *Основні показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я України за 2005–2006 роки.* – К., 2007. – 72 с.
5. *Оцінка виконання Міжгалузевої комплексної програми “Здоров'я нації” на 2002–2011 роки* / за ред. В. М. Пономаренка. – К., 2007. – 72 с.
6. *Профілактична та протиепідемічна робота сімейного лікаря* / Ждан В. М., Лисак В. П., Дубинська Г. М. [та ін.]. – Полтава, 2004. – 168 с.
7. *Слабкий Г. О.* Розвиток сімейної медицини як крок до виконання Концепції розвитку охорони здоров'я України / Г. О. Слабкий, О. Б. Петряєва // Пробл. військ. охорони здоров'я : зб. наук. пр. Укр. військ. мед. акад. – Вип. 16. – К. : Курсор, 2006. – С. 666–670.
8. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію, 2006 рік.* – К., 2007. – 398 с.

ГОТОВНОСТЬ К ОКАЗАНИЮ ВРАЧАМИ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ/СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ИНФЕКЦИОННЫМИ И ПАЗАРИТАРНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ

О. О. Шпита, В. Н. Якимец (Киев)

Изучено мнение семейных врачей относительно распределения видов оказания медицинской помощи больным инфекционными и паразитарными болезнями между семейным врачом и врачом-инфекционистом.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: медицинская помощь, инфекционные и паразитарные болезни, семейный врач, врач-инфекционист.

READINESS FOR RENDERING OF MEDICAL AID BY PHYSICIANS OF THE GENERAL PRACTICE/FAMILY MEDICINE TO PATIENTS WITH INFECTIOUS AND PARASITIC DISEASES

О. О. Shpyta, V. M. Yakimets (Kyiv)

The opinion of family doctors about distribution of kinds of rendering of medical aid to patients with infectious and parasitic diseases between the family doctor and infection disease doctor has been resulted.

KEY WORDS: medical aid, infectious and parasitic diseases, the family medicine doctor, infection disease doctor.

Рецензент: М. І. Ципко

УДК 616-001.3-089(477.25)

В. В. БИЧКОВ (Київ)

ДО ПИТАННЯ МЕДИЧНИХ НАСЛІДКІВ ТРАВМАТИЗМУ ВНАСЛІДОК ДОРОЖНЬО-ТРАНСПОРТНИХ ПРИГОД У М. КИЄВІ

Головне управління охорони здоров'я та медичного забезпечення КМДА

Наведено характеристику дорожньо-транспортних пригод у м. Києві за 2005–2008 рр. та їх медичних наслідків.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **дорожньо-транспортні пригоди, медичні наслідки, екстрена медична допомога.**

Організацію медичної допомоги постраждалим під час дорожньо-транспортних пригод (ДТП) ВООЗ ставить в ряд найактуальніших проблем охорони здоров'я [4].

Проблема надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі постраждалим в ДТП є важливою для кожного регіону. А для міст-мегаполісів вона має особливе значення. Це пов'язано з великою кількістю транспортних засобів, передусім автомобілів, значним переважаючим міських вулиць, особливо магістральних, складністю своєчасного доїзду бригаад швидкої медичної допомоги до місця події, а отже, із запізненням надання медичної допомоги, що безпосередньо впливає на її результати.

За даними літератури, біля 50% постраждалих гине від травм та пошкоджень в перші 5–7 хвилин транспортних пригод і 20–23% – під час евакуації важко травмованих до лікарні або протягом першої доби після травми [1;2]. За даними інших авторів [3], до 90% важко травмованих могли б вижити, якби медична допомога була надана їм в перші 9 хвилин після отримання пошкоджень, що ставить проблему надання медичної допомоги постраждалим під час ДТП в ряд першочергових для вирішення на державному рівні.

Мета дослідження: вивчити динаміку дорожньо-транспортних пригод в м. Києві, як столиці держави, їх медичні наслідки та організацію медичної допомоги постраждалим.

Матеріали і методи. У дослідженні застосовано методи системного підходу, статистичний (дані за 2005–2008 рр.), структурно-логічного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення. Проведений аналіз ДТП, їх медичних наслідків у м. Києві показав, що дорожньо-транспортний травматизм вирізняється значною важ-

кістю з-поміж інших видів травм – загальна летальність вища у 12 разів, інвалідизація – у 7 разів.

Частка постраждалих від ДТП становить близько 6% від усіх госпіталізованих з приводу травми. Показник летальності при ДТП становить 9,5% від всіх постраждалих в ДТП. При цьому у 52–53% випадків постраждалі гинуть від отриманих пошкоджень на місці пригоди, 2,5–3,2% – у процесі транспортування і до 41–43% – у приймальних та інших відділеннях стаціонарів.

Проаналізовані показники причин ДТП в м. Києві та стан санітарних втрат від них показують, що дорожньо-транспортний травматизм зберігає тенденцію до зростання і займає третє місце серед загальної кількості травм у м. Києві.

Аналіз механізму травм показав, що на першому місці стоїть травматизм, пов'язаний з рухом автомобілів. Структура причин травмування від автомобільного транспорту при ДТП наведена у таблиці 1.

Як видно з таблиці 1, протягом 2005–2007 рр. відбувалось збільшення кількості ДТП, в яких постраждали люди: з 7944 випадків у 2005 р. до 9584 випадків у 2007 р. У 2008 р. спостерігається зменшення таких випадків, переважно у IV кварталі, що, на наш погляд, було пов'язане з вводом в дію нових вимог безпеки руху і значного посилення штрафних стягнень.

Така ж тенденція спостерігалась і при аналізі дорожньо-транспортного травматизму (табл. 2).

Аналіз якості надання екстреної медичної допомоги при ДТП показав, що в першу чергу на місце пригоди направлялись загальнопрофільні лікарські бригади, потім кардіореанімаційні бригади, бригади інтенсивної терапії та реанімації (БІТР), інші спеціалізовані та фельдшерські бригади (табл.3).

Розподіл ушкоджень, отриманих внаслідок ДТП, наведено в таблиці 4. У нозологічній структурі травм значне місце (біля 40%) займає політравма.

Таблиця 1. Причини травмування від автомобільного транспорту внаслідок ДТП

Причини травми	Загальне число травм				Питома вага (%)			
	2005 р.	2006 р.	2007 р.	2008 р.	2005 р.	2006 р.	2007 р.	2008 р.
Наїзд на пішоходів	2636	2716	2864	2337	33,2	30,7	29,9	29,5
Зіткнення транспортних засобів	4571	5335	5740	4903	57,5	60,1	59,9	61,7
Різде гальмування	154	144	146	137	1,9	1,6	1,5	1,7
Наїзд на перепону	408	490	594	395	5,1	5,5	6,2	5,0
Перевертання автомобіля	175	186	240	170	2,3	2,1	2,5	2,1
Всього	7944	8871	9584	7942	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблиця 2. Дорожньо-транспортний травматизм у м. Києві (2005–2008 рр.)

Населення	2005 р.		2006 р.		2007 р.		2008 р.	
	Загальне число випадків	%	Загальне число випадків	%	Загальне число випадків	%	Загальне число випадків	%
Доросле	7556	95,1	8169	92,1	8938	93,3	7298	91,9
Дитяче	388	4,9	702	7,9	656	6,7	644	8,1
Разом	7944	100	8871	100	9584	100	7942	100

Таблиця 3. Направлення бригад швидкої медичної допомоги з приводу дорожньо-транспортних пригод в м. Києві (2005–2008 рр.)

Вид бригади	Віезд бригад швидкої допомоги на дорожньо-транспортні пригоди							
	загальне число віездів				%			
	2005 р.	2006 р.	2007 р.	2008 р.	2005 р.	2006 р.	2007 р.	2008 р.
Загальнопрофільні лікарські	4273	4642	4798	3842	53,8	52,3	50,1	48,4
Кардіореанімаційні	1437	1622	1672	1291	18,1	18,3	17,4	16,3
БІТР	1180	1314	1287	980	14,9	14,8	13,4	12,3
Інші спеціалізовані	185	207	162	125	2,3	2,3	1,7	1,6
Фельдшерські	869	1086	1665	1704	10,9	12,3	17,4	21,4
Всього	7944	8871	9584	7942	100	100	100	100

Таблиця 4. Структура травм, отриманих внаслідок ДТП в м. Києві (2005–2008 рр.)

Вид травми	Загальне число травмованих				%			
	2005 р.	2006 р.	2007 р.	2008 р.	2005 р.	2006 р.	2007 р.	2008 р.
Політравма	3044	3421	3797	3542	38,3	38,6	39,6	44,6
Черепномозкова травма	1533	1888	1743	1106	19,3	21,3	18,2	13,9
Пошкодження кінцівок	1793	1927	2089	1604	22,6	21,7	21,8	20,2
Інші травми	1316	1337	1600	1416	16,6	15,1	16,7	17,8
Летальні випадки (на місці пригоди)	258	298	355	274	3,2	3,3	3,7	3,5
Всього	7944	8871	9584	7942	100	100	100	100

На особливу увагу заслуговують показники кількості загиблих в ДТП, смерть яких настала на місці пригоди. Щороку цей показник утримується на рівні 3,2–3,5% від кількості всіх постраждалих. Незважаючи на те, що у 2008 р. абсолютні величини летальності зменшились, питома вага загиблих серед травмованих залишається на попередньому рівні.

Дані про кількість загиблих в ДТП на різних етапах медичної допомоги наведені в таблиці 5. Як видно з таблиці 5, у понад 50% випадків постраждали загинули на місці пригоди до прибуття

бригади швидкої медичної допомоги. Це, на нашу думку, пов'язане з важкістю травм – отримані травми були не сумісні з життям. Але, як можна побачити з наведених даних, ще 41,4–42,1% постраждалих загинули в умовах стаціонару. Причиною цього, на нашу думку, були важкість травм, не сумісних з життям, та затримка у наданні медичної допомоги на різних етапах евакуації.

В таблиці 6 наведені дані про термін надання екстреної медичної допомоги постраждалим в ДТП від виникнення випадку до госпіталізації в стаціонар.

Таблиця 5. Кількість загиблих в дорожньо-транспортних пригодах на різних етапах медичної допомоги в м. Києві у 2005–2008 рр.

Місце події	Загальна кількість загиблих				Питома вага (%)			
	2005 р.	2006 р.	2007 р.	2008 р.	2005 р.	2006 р.	2007 р.	2008 р.
До прибуття бригади ШМД	258	298	355	274	53,3	52,2	53,9	54,2
В машині ШМД	25	35	42	19	5,3	6,2	4,5	3,7
В стаціонарі	195	238	283	213	41,4	41,6	41,6	42,1
Всього	478	571	680	506	100	100	100	100

Таблиця 6. Термін надання екстреної медичної допомоги постраждалим в дорожньо-транспортних пригодах в м. Києві (2005–2008 рр.)

Час надання допомоги (хв.)	2005 р.	2006 р.	2007 р.	2008 р.
Середній час доїзду бригади швидкої медичної допомоги до місця події	20,7±3,2	18,2±2,7	16,3±2,1	14,2±1,9
Середній термін надання медичної допомоги на місці події	25,1±4,1	22,3±1,7	25,7±1,7	18±2,3
Середній час евакуації постраждалих до стаціонару	40,3±3,6	40,1±4,7	41±3,1	33±2,4
Середній час від надходження виклику до госпіталізації у лікувальний заклад	85,2±3,63	81,1±3,1	83±2,4	65,2±2,2

Наведені у таблиці 6 дані свідчать, що в умовах великого міста бригади швидкої медичної допомоги можуть прибути до місця події і розпочати надання медичної допомоги в середньому за 14–16 хвилин, що перевищує час найбільшої ефективності медичної допомоги – “золотий час”. В такому випадку, на нашу думку, важливого значення набуває можливість надання першої допомоги як учасниками дорожнього руху і співробітниками ДАІ, так і свідками дорожньо-транспортної пригоди. Водночас, за нашими даними, така допомога надається тільки в окремих випадках. Найчастіше постраждалі чекають на прибуття бригади швидкої медичної допомоги. Це пов'язано, насамперед, з неспроможністю надавати першу допомогу, як учасниками дорожнього руху та співробітниками ДАІ, так і свідками ДТП, тобто з відсутністю практичних навичок для її надання.

Таким чином, для вирішення питання покращення організації екстреної медичної допомоги постраждалим в ДТП необхідно постійно контролювати час початку надання медичної допомоги і вживати заходів, що дозволять скоротити цей час. В умовах великого міста завдяки організаційним заходам можливо скоротити як термін до початку надання медичної допомоги постраждалим, так і час на евакуацію їх до стаціонару.

Скорочення часу до початку надання першої допомоги постраждалим в ДТП можна досягнути, якщо така допомога буде розпочата учасниками дорожнього руху, співробітниками ДАІ та свідками ДТП до прибуття бригади швидкої медичної допомоги. Якість першої допомоги, яку

свідки події або учасники дорожнього руху можуть надати постраждалим в ДТП, залежить від рівня їх навчання, особливо практичним навичкам допомоги, а це, в свою чергу, вимагає відповідних змін в системі їх навчання.

Висновки

1. У м. Києві за період 2001–2008 рр. спостерігалось поступове підвищення кількості постраждалих в ДТП. На дорогах столиці за останні п'ять років загальна смертність внаслідок ДТП підвищилась на чверть і становила у 2008 р. 20,9 на 100 тис. населення. Це майже вдвічі перевищує смертність від такої соціально значущої хвороби як туберкульоз, і втричі – смертність від наслідків цукрового діабету.

2. Медична допомога на місці пригоди надавалася у більшості випадків загальнопрофільними лікарськими (52,3%) та фельдшерськими бригадами (13,1%), а не спеціалізованими бригадами, які мають відповідне оснащення для надання такого виду допомоги.

3. Понад половина постраждалих в ДТП загинули до прибуття швидкої медичної допомоги. При цьому причиною смерті була не тільки травма, не сумісна з життям, але і затримка надання першої допомоги до прибуття швидкої медичної допомоги, як учасниками дорожнього руху (водіями, пасажирами), так і співробітниками ДАІ.

Враховуючи вищенаведене, можна стверджувати, що велику роль у врятуванні життя постраждалого в ДТП займає своєчасне надання медичної допомоги, у тому числі до лікарняної на місці ДТП.

Список літератури

1. Лутковський О. А. Анализ структуры и причин повышения смертности в результате дорожно-транспортных происшествий в Москве в 1999–2003г. / О. А. Лутковський, В. И. Потапов // Медицина катастроф. – 2004. – № 3–4. – С. 15–17.
2. Москаленко В. Ф. Медико-соціальні аспекти травматизму в Україні і світі та сучасні стратегії боротьби з ним / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузева // Соц. медицини. – 2007. – № 2. – С. 39–47.
3. Организация догоспитальной помощи при дорожно-транспортных катастрофах / Кудрявцев Б. П., Яковенко Л. М. [и др.]. – М.: ВЦМК “Защита”, 2001. – С. 30.
4. Шипунов Д. А. ДТТ как проблема здоровья населения: пути решения / Д. А. Шипунов // Сб. науч. тр. НИИ соц. гигиены, экономики и упр. здравоохранения. – М., 1997. – Ч. 1. – С. 140–142.

К ВОПРОСУ МЕДИЦИНСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ТРАВМАТИЗМА ВСЛЕДСТВИЕ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ В Г. КИЕВЕ

В. В. Бычков (Киев)

Приведена характеристика дорожно-транспортных происшествий в г. Киеве за 2005–2008 гг. и их медицинских последствий.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **дорожно-транспортные происшествия, медицинские последствия, экстренная медицинская помощь.**

TO THE QUESTION OF MEDICAL CONSEQUENCES OF THE TRAUMATISM AS A RESULT OF ROAD AND TRANSPORT INCIDENTS IN KYIV

V. V. Bychkov (Kyiv)

The characteristic of road and transport incidents in Kyiv for 2005–2008 and their medical consequences has been resulted.

KEY WORDS: **road and transport incidents, medical consequences, emergency medical aid.**

Рецензент: д.мед.н. О. С. Коваленко

УДК 614.27(1-2):303.62

В. М. БОДАК, Г. О. СЛАБКИЙ, О. І. РЕМЕННИК, В. С. ШВЕЦОВ (Київ)

ПРОБЛЕМИ ДОСТУПНОСТІ МЕДИКАМЕНТІВ ДЛЯ ЖИТЕЛІВ СІЛЬСЬКОЇ МІСЦЕВОСТІ

ДУ “Інститут стратегічних досліджень МОЗ України”
ДП “Державний фармакологічний центр” МОЗ України
Управління охорони здоров’я Київської обласної державної адміністрації

Автори статті на підставі результатів соціологічного дослідження, проведеного в сільських закладах охорони здоров’я первинної медико-санітарної допомоги Київської області (опитування медичних працівників фельдшерсько-акушерських пунктів), встановили, що в умовах економічної кризи сільські жителі стали менше приділяти уваги своєму здоров’ю. Пацієнти частково (37,8±2,9%) або повністю (45,2±3,0%) відмовляються від придбання медикаментів в аптечному пункті у зв’язку з їх високою вартістю. При купівлі ліків тільки 16,8±2,2% пацієнтів користуються рецептом лікаря, 55,8±2,9% купують їх за власною ініціативою, 34,7±2,8% – за порадою фельдшера.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **соціологічне дослідження, сільські заклади охорони здоров’я, лікарські засоби, доступність.**

Спалах світової економічної кризи, внаслідок суттєвих бюджетних обмежень, несе загрозу здоров’ю населення і системі організації медичної

допомоги. За даними ВООЗ, практично в усіх країнах Європейського Союзу податкові надходження значно нижчі за очікувані. Бельгія, Угорщина, Литва, Латвія, Португалія, Словенія,

Чеська Республіка, Естонія вже розпочали перегляд державних бюджетів. Водночас зниження вартості валют в багатьох країнах Європи обумовлює підвищення цін на лікарські засоби та товари медичного призначення. В Казахстані, Республіці Молдова, Україні ціни на ліки вже підвищились в середньому на 30 відсотків [2;11].

Загроза зростання бідності на тлі негативних демографічних процесів, інтенсивного накопичення хронічних неінфекційних захворювань, значної поширеності таких небезпечних хвороб, як туберкульоз і СНІД, обумовлюють зростання потреби у медичній допомозі, найважливішою складовою якої є фармакотерапія. Тому лікарські засоби належать до числа найбільш вживаних продуктів. Водночас в умовах економічної кризи населення дуже чутливе до всього того, що пов'язано з якістю, безпечністю, доступністю та вартістю лікарських засобів [10].

Мета дослідження: визначити доступність лікарських засобів для сільського населення.

Матеріали і методи Дослідження проводилось з використанням методології системності; соціологічного опитування медичних працівників сільських закладів охорони здоров'я, зокрема фельдшерсько-акушерських пунктів Київської області, для чого були розроблені спеціальні анкети; статистичних методів.

Результати дослідження та їх обговорення. Сучасний стан соціально-економічних процесів у сільських поселеннях України суттєво обмежує розвиток та ефективність діяльності закладів охорони здоров'я щодо подання якісної та ефективної медичної допомоги, яка ґрунтується на принципах доказової медицини. В Україні нараховується 10,5 тис. поселень з чисельністю населення до 200 осіб, що становить 37% загальної кількості сільських поселень, в яких мешкає майже 911 тис. осіб, або 5,7% всього сільського населення, що ускладнює діяльність медичних працівників на сільській лікарській дільниці. На доступність медичної допомоги сільським жителям суттєво впливає транспортна інфраструктура. На сьогодні 60% сільських населених пунктів не мають доріг із твердим покриттям. Залишається проблемою визначення правового статусу базового елемента в організації медико-санітарної допомоги сільському населенню на первинному рівні – сільської лікарської дільниці, положення про яку було видане ще в 1938 р. та досі не адаптоване до сучасних соціально-економічних умов. Так, згідно п. 3 ст. 88 Бюджетного кодексу України, фінансування сільських закладів охорони здоров'я – фельдшерсько-акушерських пунктів, лікарських амбулаторій та дільничних лікарень –

проводиться за рахунок сільських та селищних рад, фінансові ресурси яких дуже обмежені [1].

Збереження та зміцнення здоров'я населення є одним з пріоритетних напрямків державної політики. В Україні триває реформування системи охорони здоров'я, впроваджується первинна медико-санітарна допомога на засадах сімейної медицини, затверджуються сучасні стандарти/протоколи на основі доказової медицини для лікування найбільш поширених захворювань, апробується державна формулярна система, створюються законодавчі передумови впровадження страхової медицини [4;6;8-10]. Разом з тим система заходів з державного регулювання цін на лікарські засоби, затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 17.10.2008 №955 "Про заходи щодо стабілізації цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення" та низкою інших нормативно-правових актів, лише частково окреслила шляхи забезпечення доступності лікарських засобів для населення і лікувально-профілактичних закладів та не вирішила значного кола проблем, що виникли на фармацевтичному ринку [7]. В ході дослідження (вивчення публікацій за темою та опитування 275 медичних працівників сільських закладів охорони здоров'я) були виявлені проблеми, пов'язані з фінансуванням та видатками аптек сільського адміністративного району [2;3;7;11]. Систематизований перелік проблем наведено у таблиці 1.

На шляху проходження лікарських засобів від виробника (імпортера), що менш залежний від позикових коштів, до кінцевого споживача – аптечної мережі зазвичай присутні декілька посередницьких структур – оптових дистриб'юторів, які найбільш чутливі до курсових коливань. Дистриб'ютор вимушений страхувати себе від курсових втрат і закладати у даний час (перше півріччя 2009 р.) курс 12–15 грн за 1 долар – ціну імпортного лікарського засобу, що призводить до зростання загального рівня торговельних надбавок і в результаті – до зростання роздрібних цін лікарських засобів на етапі їх роздрібної реалізації [3].

Важкопрогнозований курс гривні до долара також впливає на своєчасність поставки лікарських засобів до аптечної мережі. Водночас стає системою в роботі дистриб'юторів практика вимоги попередньої оплати аптечними закладами вартості за лікарські засоби за прогнозованим курсом на 100 днів наперед. У цій ситуації найбільш страждає мережа малопотужних аптек в сільській місцевості. Більшість сільських аптек та аптечних пунктів стають збитковими, тобто їх доходи при реалізації ліків не покривають всіх витрат [10].

Таблиця 1. Проблеми фінансування та видатків аптек сільського адміністративного району

№ з/п	Джерела фінансування та видатки аптек	Проблеми, пов'язані з фінансуванням та видатками аптек
1. Джерела фінансування		
1.1	Кредити банку	Обмежені, високі кредитні відсотки
1.2	Торговельна націнка на лікарські засоби	Державне обмеження торговельних націнок на лікарські засоби – малоперспективний шлях до вирішення питання зниження цін на лікарські засоби, оскільки обмеження обумовить зворотний результат – вартість їх підвищиться. Фармацевтичним компаніям вигідно буде купувати дорожчий імпортований товар, щоб при обмеженій націнці при його реалізації отримати більший прибуток. Наслідок такого регулювання – повернення до тіньових ринкових схем.
1.3	Компенсаційні надходження за відпуск лікарських засобів пільговим категоріям населення	Нерегулярні надходження
1.4	Фінансові надходження від продажу лікарських засобів (сумарна вартість лікарських засобів, придбаних аптекою, та власної торговельної націнки): в аптеці, в аптечних пунктах на фельдшерсько-акушерських пунктах, лікувально-профілактичних закладах району	Зниження купівельної спроможності населення
2. Видатки аптеки		
2.1	Придбання лікарських засобів	Руйнуються налагоджені схеми розрахунків з постачальниками через перебої у роботі дистриб'юторів. В аптечних закладах виникає дефіцит продукції. Передоплата дистриб'юторам, нерегулярні та несвоєчасні поставки лікарських засобів
2.2	Сплата відсотків за кредити банку	Високі кредитні відсотки
2.3	Погашення кредиту	Проблеми із відстроченням
2.4	Сплата комунальних послуг	Зростання вартості
2.5	Транспортні витрати	Зростання вартості
2.6	Страхування майна	-
2.7	Заробітна плата персоналу	Залежність від обсягу продаж медикаментів
2.8	Сплата за патент на продаж імпортованих лікарських засобів	Відсутність пільг
2.9	Сплата податків (податки до бюджету, пенсійний фонд, соціальні фонди)	-
2.10	Інші (протипожежні заходи, охорона, дезінфекційні засоби тощо)	Тенденції до економії у зв'язку із обмеженими фінансовими ресурсами

За результатами соціологічних досліджень, проведених в Київській області, ФАП в перерахунку на одного жителя на рік фінансується сільськими радами у обсязі в середньому від 0,30 коп. до 1 грн 50 коп. Традиційно сільські жителі можуть придбати лікарські засоби в аптечному пункті на ФАПі. Такі аптечні пункти створюються на підставі договору фельдшера ФАПу з районною аптекою. За реалізацію лікарських засобів фельдшер отримує грошову винагороду до 12% від обсягу проданих ліків. За даними нашого дослідження, на асортимент лікарських засобів

на такому пункті впливає ряд негативних чинників. Зокрема районні аптеки сільських адміністративних районів в умовах сьогодення мають невеликий обсяг реалізації медикаментів, оскільки закупівельні ціни підвищились майже удвічі, а регламентована державою торговельна націнка, як прибуток, не завжди покриває витрати аптеки. За таких умов виникає загроза медикаментозного забезпечення сільського населення, що підтверджується даними опитування 275 фельдшерів ФАПів Київської області (табл. 2).

Таблиця 2. Чинники, що впливають на доступність лікарських засобів для жителів сільської місцевості

№ з/п	Чинники, що впливають на доступність лікарських засобів для жителів сільської місцевості	У відсотках	Похибка показника
А	Медикаменти на аптечний пункт ФАП доставляються з		
	- районної комунальної аптеки	99,8	±0,3
	- аптеки на сільській лікарській дільниці	-	-
Б	Спосіб доставки лікарських засобів на ФАП		
	Централізовано:	1,8	±0,8
	- транспортом районної аптеки	1,8	±0,8
	- транспортом ЦРБ	-	-
	- транспортом дільничної лікарні (амбулаторії)	-	-
	Самовивозом:	98,2	±0,8
	- міжміським транспортом	66,1	±2,8
	- власним транспортом	3,0	±1,0
- попутним транспортом	29,1	±2,7	
В	Заявка на лікарські засоби до аптеки формується на підставі:		
	- переліку медикаментів, затвердженого наказом МОЗ України від 27.09.2005 р. № 495 та наказом головного лікаря центральної районної лікарні	2,7	±0,9
	- рекомендованого переліку медикаментів дільничною лікарнею (амбулаторією)	-	-
	- за пропозиціями районної (дільничної) аптеки	1,3	±0,7
	- за власною ініціативою фельдшера ФАП	96,0	±1,2
Г	Порядок відпуску медикаментів населенню в аптечному пункті ФАП здійснюється		
	- на замовлення пацієнта	55,8	±2,9
	- за рецептом лікаря	16,8	±2,2
	- за рекомендацією фельдшера	34,7	±2,8
Д	Деякі показники доступності лікарських засобів		
	- питома вага випадків, коли на прохання пацієнта відпускається лише частина призначених ліків	45,2	±3,0
	- питома вага випадків відмови у придбанні медикаментів у зв'язку з їх високою вартістю	37,8	±2,9
	- питома вага відповідей, які вказують на зменшення у 2009 р. попиту сільського населення на лікарські засоби	45,2	±3,0

Наведені дані свідчать про неврегульованість системи забезпечення лікарськими засобами аптечних пунктів на ФАПах (формування асортименту, способи доставки, порядок відпуску медикаментів). Водночас в умовах економічної кризи сільське населення вимушене приділяти істотно менше уваги своєму здоров'я. На це вказують дані про часткову або повну відмову пацієнтів від придбання ліків через їх високу вартість. Викликає занепокоєння, що тільки 16,8±2,2% пацієнтів при придбанні ліків користуються рецептом лікаря, а рекомендації фельдшера щодо лікування, як відомо, найчастіше мають симптоматичний зміст. На нашу думку, значна частина проблем щодо забезпечення сільського населення якісними, безпечними та ефективними лікарськими

засобами може бути вирішена шляхом відповідних організаційно-розпорядчих заходів.

Висновки

Результати соціологічного дослідження, проведеного у сільських закладах охорони здоров'я Київської області, вказують на слабку керуваність фармакотерапії на рівні сільської лікарської дільниці та обмежену доступність сільському населенню лікарських засобів. Вирішення проблеми вимагає системних управлінських рішень та відповідних заходів щодо їх реалізації.

Перспективи подальших досліджень.

Планується проведення статистичної обробки результатів дослідження та їх аналіз з висвітленням у науковій літературі.

Список літератури

1. Бюджетний кодекс України від 6 березня 2003 р. №599-IV [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
2. *Здравоохранение* в условиях глобального экономического кризиса: задачи, стоящие перед Европейским регионом ВОЗ : материалы совещания министров здравоохранения и экспертов, Осло, Норвегия // АПТЕКА – 2009. – 6 апр. – С. 14–15.
3. *Медичне право України: проблеми управління та фінансування охорони здоров'я* : матеріали III Всеукр. конф. / АПТЕКА. – 2009. – 11 трав.
4. *Основи законодавства України про охорону здоров'я* : закон України від 28.11.1992 р. №2801–XII // ВВР. – 1993. – № 4. – С. 19.
5. Пасталиця С. В. Проблеми сільських аптек / С. В. Пасталиця // Деснянська правда. – 2009. – 7 лют.
6. *Про затвердження Державної програми забезпечення населення лікарськими засобами на 2004–2010 роки* : постанова Кабінету Міністрів України від 25.07.2003 р. №1162 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.kmu.gov.ua>. – Назва з екрану.
7. *Про заходи щодо стабілізації цін на лікарські засоби і виробли медичного призначення* : постанова Кабінету Міністрів України від 17.10.2008 №955 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.kmu.gov.ua>. – Назва з екрану.
8. *Про Концепцію розвитку охорони здоров'я* : указ Президента України від 7 груд. 2000 №1313/2000 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
9. *Про лікарські засоби* : закон України від 04.04.1996 №123/96-ВР : із змінами, внесеними Законами України №362-V від 16.11.2006 та №1034-V від 17.05.2007 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
10. *Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я* : Указ Президента України від 6 груд. 2005 р. №1694/2015 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
11. *Фактори впливу та перспективи трансформації фармацевтичного ринку* : матеріали IV Всеукр. конф. // АПТЕКА – 2009. – 25 трав.

ПРОБЛЕМЫ ДОСТУПНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ЖИТЕЛЕЙ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

В. М. Бодак, Г. А. Слабкий, О. И. Ременник, В. С. Швецов (Киев)

Авторы статьи на основании результатов социологического исследования, проведенного в сельских учреждениях здравоохранения первичной медико-санитарной помощи Киевской области (опрос медицинских работников фельдшерско-акушерских пунктов), установили, что в условиях экономического кризиса сельские жители стали меньше уделять внимания своему здоровью. Пациенты частично (37,8±2,9%) или полностью (45,2±3,0%) отказываются от приобретения медикаментов в аптечном пункте на ФАПе из-за высокой стоимости. При покупке лекарств только 16,8±2,2% пользуются рецептом врача, 55,8±2,9% приобретают их по собственной инициативе, 34,7±2,8% – по совету фельдшера.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: социологическое исследование, сельские учреждения здравоохранения, лекарственные средства, доступность.

PROBLEMS OF AVAILABILITY OF MEDICINES FOR RURAL POPULATION

V. M. Bodak, G. A. Slabkyi, O. I. Remennyk, V. S. Shvetsov (Kyiv)

Authors of the article on the basis of results of sociological research carried out in rural establishments of health care of the primary medical and sanitary aid of the Kyiv region (polling of doctor's assistant and obstetricians) have established that in conditions of economic crisis countrymen don't pay so much attention to the health. Patients in part (37,8±2,9%) or completely (45,2±3,0%) refuse purchase of medicines in drugstore post in connection with their high cost. At purchase of medicines only 16,8±2,2% of patients use the doctors' prescription, 55,8±2,9% buy them regarding to their wish, 34,7±2,8% – according to the medical assistant.

KEY WORDS: social research, rural establishments of health care, medical facilities, availability.

Рецензент: к.мед.н., доц. Г. В. Курчатова

УДК 618.2-06:616.45-001.1/.3

О. О. ВОРОНЦОВ, Н. Є. БОЦЮК, Н. І. КОРИЛЬЧУК, І. О. БОРОВИК, Г. В. КОЛОЧУН,
І. Є. НАКОНЕЧНА (Тернопіль)

ГРУДНЕ ВИГОДОВУВАННЯ В ПРОГРАМІ ШКОЛИ ВІДПОВІДАЛЬНОГО БАТЬКІВСТВА

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

Підготовка до грудного вигодовування – важлива складова допологової підготовки жінок, що вимагає спеціального навчання медичного персоналу і контролю ефективності результатів.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **грудне вигодовування, навчання, контроль ефективності.**

Вступ. Одним з сучасних принципів правильного вигодовування новонароджених є дотримання так званого годування «за вимогою», яке повинно замінити традиційний підхід з чіткою регламентацією денного годування трьохгодинними перервами та зціджуванням залишків молока [1; 2]. За сучасною термінологією породільця повинна навчитися «адекватно звільняти» молочну залозу від надлишків молока з метою попередження лактостазу [3; 4]. Це принципова різниця з нефізіологічним, майже тотальним зціджуванням при умові 6-годинного інтервалу прикладання до кожної залози. Враховуючи певний консерватизм поглядів та власний досвід грудного вигодовування, який мають жінки, що вже народжували, а також неосвіченість першовагітних, метою роботи обрано дослідження існуючого рівня сприйняття вагітними сучасних рекомендацій та ефективності проведеної роботи згідно до галузевої програми підтримки грудного вигодовування дітей в Україні на 2006-2010 роки (наказ МОЗ України № 529/49 від 31.07.2006) [5].

Матеріали і методи. Починаючи з 2009 р., в жіночій консультації Тернопільської міської лікарні № 2 заняття з вагітними жінками проводяться за програмою «Партнерські пологи» та у відповідності до наказу МОЗ України від 4.08.2006 р. № 540 «Про затвердження принципів підтримки грудного вигодовування, критеріїв та порядку оцінки закладу охорони здоров'я на відповідність статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини» від Питанням допологової підготовки жінок до грудного вигодовування присвячено окремі заняття. Термін, в якому розпочинаються заняття, відповідає сучасному визначенню пологів (від 22 тижнів вагітності), а їх тривалість збільшено до двох тижнів. Значно покращено матеріальне забезпечення, включаючи такі форми інформа-

ційної підтримки, як відеоматеріали, друковані видання, тематичні програми на електронних носіях, фотовітрини тощо. Ретро- та перспективному аналізу підлягали такі індивідуальні особливості пацієнтів, як стан молочних залоз та сосків, виконання рекомендацій дільничних лікарів щодо підготовки до грудного вигодовування, проблеми з лактацією після попередніх пологів, супутні захворювання та ускладнення вагітності. В останній день занять вагітним пропонується перевірити власний рівень засвоєння отриманої інформації за допомогою спеціальних тестових запитань. Для дослідження додаткових анамнестичних відомостей та з метою ознайомлення з імовірними зауваженнями чи пропозиціями жінок щодо навчальної програми, застосовано оригінальні анкети, розроблені на кафедрі поліклінічної справи та сімейної медицини Тернопільського державного медичного університету. Одним з головних критеріїв ефективності проведеної роботи розглядається наявність або відсутність проблем з лактацією після завершення даної вагітності.

Результати дослідження та їх обговорення. Протягом першого півріччя понад 550 вагітних відвідували заняття в школі відповідального батьківства жіночої консультації, яка є клінічною базою медичного університету. Робота з вагітними проводиться із залученням доцента кафедри й контролюється завідувачем консультації. Відповідальним лікарем є молодий, але досвідчений фахівець акушер гінеколог, який пройшов спеціальне стажування. Під час заняття с жінками практикується присутність двох-трьох студентів VI-го курсу, для яких створено можливість оцінити не тільки обсяг і доступність сучасної інформації, що надається вагітним, але й відчутти надзвичайно позитивну атмосферу доброзичливості й довіри в спілкуванні

фахівців та пацієнтів. На нашу думку, це один з кроків в межах, передбачених організаційними заходами галузевої програми (11. Розробити і внести відповідні зміни до навчальних планів та програм вищих навчальних закладів та закладів післядипломної освіти ...)[5]. Актуальна, добре організована робота школи відповідального батьківства не випадково двічі в 2009 році привертає до себе увагу обласного телебачення, а відповідальний лікар виступає в тематичних програмах радіо Тернопіль та в міській пресі.

Треба визнати існування певних, тимчасових труднощів з формуванням груп, однорідних за терміном вагітності. Направлення на заняття жінок не в 20-22, а в 30 тижнів вагітності виглядає як використання лікарем застарілої мотивації – «не підеш до школи, не отримаєш декрет», хоча за змістом – це упущення в роботі.

На відміну від суттєвого обмеження в часі для стосунків між дільничними лікарями та вагітними жінками, на заняттях в школі відповідального батьківства жодного запитання не залишається без ґрунтового висвітлення, цікавого для всіх. За нашими даними, більше 30 % жінок, які отримали певні призначення від своїх дільничних лікарів, прагнуть додаткової інформації щодо стану власного здоров'я та сутності рекомендацій. Ось чому, за допомогою попереднього анкетування, лікар може фіксувати загальну увагу, випереджаючи бажання жінок з'ясувати те чи інше питання.

Оригінальна форма й тактовне виконання тестового контролю вихідного рівня знань є додатковим повторенням головних принципів грудного вигодовування й способом для найкращого запам'ятовування лікарських настанов.

За останні 2-3 роки статистика Тернопільських пологових будинків свідчить про певну стабільність показників післяпологових проблем, пов'язаних з лактацією. Лактостаз та інші неуточнені ураження молочної залози (статистичний код О 92.2) знаходяться в межах 13–18 випадків в міській лікарні № 2 та 18–24 в Тернопільському перинатальному центрі. Враховуючи щорічне зростання кількості пологів, яке фіксується в Тернополі, можна думати про збереження певної пропорції (лактостазу складають 0,5–0,8 % від числа жінок, що народили в

2007, 2008 роках та за 9 місяців 2009 року). Проте не слід переоцінювати ці показники, які демонструють тільки випадки надання жінкам стаціонарної допомоги. На жаль, на даний момент немає реальної інформації стосовно чисельності звернень породіль до приватних послуг масажистів чи інших фахівців, які, без сумнівів, допомагають уникнути розвитку маститів та госпіталізації своїх пацієнтів. За останні роки статистичним відділом другої міської лікарні зареєстровано 1 випадок лактаційного маститу. Облік таких діагнозів, як втягнутий сосок, тріщини соска, інші неуточнені порушення лактації або ураження молочної залози, пов'язані з дітонародженням (код О.92.0 – 92.1 та О.92.3 – 92.7), не ведеться. Серед тих жінок, які отримували стаціонарну допомогу при лактостазі, тільки двоє відвідували школу відповідального батьківства, та ще й пропускали окремі заняття.

Проведений аналіз свідчить про необхідність більш тісного співробітництва з дільничними лікарями в плані консультативної допомоги жінкам після народження дітей та чіткої реєстрації всіх проблемних епізодів під час годування грудьми. Бажаним є залучення неонатологів до заняття з вагітними жінками.

Напрямок наших подальших досліджень буде вивчення особливостей амбулаторної медичної допомоги жінкам для підтримки грудного вигодовування та деяких показників розвитку дітей в перші шість місяців життя з урахуванням особливостей харчування.

Висновки.

1. Наявність теми грудного вигодовування в навчальній програмі школи відповідального батьківства є вимогою часу, а не лише формальним виконанням відповідних наказів МОЗ України на рівні міської жіночої консультації.

2. Слід вважати доцільним в практиці школи відповідального батьківства відстежувати, консультувати та реєструвати всі проблемні ситуації, пов'язані з грудним вигодовуванням, з метою самооцінки та більш тісної співпраці з дільничними лікарями.

3. Участь студентів VI-го курсу в роботі школи відповідального батьківства виконує важливу навчальну роль й відповідає змісту наказу МОЗ № 529/49.

Список літератури

1. *Ф. Севодж Кинг* Помощь матерям в кормлении грудью/Ф. Севодж Кинг The Pragma Corporation. – 1995. – 171с.
2. *Ведення лактації та грудного вигодовування: посібник для медичних працівників системи охорони здоров'я матері і дитини.* – К, 2001. – С. 2.
3. *Жиляев Н.И.* Советы молодоженам/Н.И. Жиляев, Б.Н. Бегош, Н.Н. Жиляев – Тернополь; Джура.– 2009. – 393с.
4. *Сирс У.* Ваш малиш от рождения до двух лет/У. Сирс, М. Сирс. – М.: Эксмо, 2005. – 317с.
5. *Підтримка грудного вигодовування дітей в Україні на 2006-2010 рр.: Наказ МОЗ України № 529/49 від 31.07.2006 [Електронний ресурс].* – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.

ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ В ПРОГРАММЕ ШКОЛЫ ОТВЕТСТВЕННОГО ОТЦОВСТВА

А. А. Воронцов, Н. Е. Боцюк, Н. И. Корильчук, И. О. Боровик, Г. В. Колочун, И. Е. Наконечна (Тернополь)

Подготовка к грудному вскармливанию – важная составляющая дородовой подготовки женщин, требующая специального обучения медицинского персонала и контроля эффективности результатов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: грудное вскармливание, обучение, контроль эффективности.

THE BREASTFEEDING IN THE SCHOOL'S PROGRAM OF THE PATERNAL RESPONSIBILITY

O. Vorontsov, N. Botsyk, N. Korylchuk, I. Borovyk, H. Kolochun, I. Nakonechna (Ternopil)

To get ready for breastfeeding is an important part of the women's antenatal preparing wich requires special training for medical personnel and control of effectiveness of the outcomes.

KEY WORDS: breastfeeding, training, control of the results.

ЕКОНОМІКА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

УДК 616-082:001.8.003.1

*І. В. ЯКОВЕНКО, М. Г. ВОВК, О. І. ЛЕВИЦЬКИЙ, К. О. НАДУТИЙ, О. О. ЗАГЛАДА
М. В. ШЕВЧЕНКО, О. К. НАДУТА-СКРИННИК, В. Г. СЛАБКИЙ (Київ)*

РЕОРГАНІЗАЦІЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ: ПРОПОЗИЦІЇ ДО РЕФОРМУВАННЯ ТА ЕКОНОМІЧНІ РОЗРАХУНКИ

Міністерство охорони здоров'я України
ДУ “Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України”
Проект ЄС “Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні”

У статті представлено модель реформування ПМСД на прикладі закладів охорони здоров'я Володарськ-Волинського, Лугинського, Коростенського районів та м. Коростень Житомирської області, а також результати економічних розрахунків.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: первинна медико-санітарна допомога, економічна ефективність, модель, реструктуризація.

Аналіз світового досвіду показує, що одним з пріоритетів розбудови національних систем охорони здоров'я є розвиток первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах загальної практики/сімейної медицини (ЗП/СМ) [5]. Діяльність ПМСД спрямована на вирішення проблем збереження і зміцнення здоров'я всього

населення і є однією з найефективніших стратегій підвищення результативності системи охорони здоров'я в цілому, а також справедливого розміщення та раціонального використання коштів у галузі. Згідно з міжнародними стандартами, лише 10% пацієнтів потребують подальшого обслуговування на вторинній ланці медич-

ної допомоги, а це означає, що 90% усіх звернень за медичною допомогою можливо повноцінно задовольнити на рівні ПМСД [2]. Це, в свою чергу, потребує розміщення 25–30% фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я на забезпечення діяльності первинної ланки.

В Україні організація ПМСД має системні недоліки, які зумовлюють обмеженість її ролі в наданні медичної допомоги і недостатній вплив на здоров'я населення, а відтак – низьку ефективність системи охорони здоров'я в цілому. На рівні первинної допомоги в Україні розпочинають і закінчують лікування лише до 40% пацієнтів, і на забезпечення її діяльності, за оцінками експертів, витрачається приблизно 7–12% фінансових ресурсів галузі.

Основними вимогами до організації вторинної медичної допомоги є доступність, рівність і справедливість її отримання для всіх верств населення незалежно від місця проживання; ефективний розвиток і функціонування інфраструктури охорони здоров'я відповідних територій з медичної, соціальної та економічної точок зору. Ці вимоги мають оптимізувати систему медичної допомоги, спираючись на ефективне використання кадрових, фінансових та матеріально-технічних ресурсів, і оптимально розподіляти функції та обсяги медичної допомоги між закладами охорони здоров'я різних рівнів з метою надання якісної медичної допомоги [1;4;6–10].

Метою даної роботи є представлення моделі реорганізації ПМСД та проведення розрахунків її економічної ефективності.

Матеріали і методи. Матеріалом для дослідження слугували публікації ВООЗ, матеріали пілотних проектів щодо реформування закладів ПМСД Житомирської, зокрема Володарськ-Волинського, Лугинського, Коростенського районів та м. Коростень, Полтавської, Харківської та інших областей, рекомендації експертів Проекту Європейського Союзу “Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні”. У дослідженні використано наступні методи: бібліосемантичний, аналітичний, економічний, моделювання.

Результати дослідження та їх обговорення. Стан розвитку системи надання первинної допомоги в межах України має ряд характерних рис, однак ситуація суттєво відрізняється на регіональному рівні. Для аналізу ситуації, що склалася, та обґрунтування пропозицій щодо реорганізації первинної медико-санітарної допомоги було обрано заклади охорони здоров'я Житомирської області – Коростенського, Лугинського, Володарськ-Волинського районів та м. Коростеня. У цих районах представлено найбільш розповсюджені типові форми організації ПМСД. У Лугинському районі проживає 18 тис. населення, у Володарськ-Волинському (наближений до адміністративного центру області) –

36 тис., у Коростенському, де центром є місто обласного значення з окремим врядуванням, – відповідно 30 тис. (район) та 65 тис. (місто).

Проведений аналіз навантаження на лікарів ПМСД в цих районах вказав на суттєві розбіжності і диспропорції у фактичному забезпеченні лікарями первинної ланки населення кожного з районів. Мінімальне навантаження на одну штатну посаду лікарів ЗП/СМ у сільській місцевості (Лугинський район) відрізнялося від максимального (Коростенський район) на 43%. Лише у м. Коростень і Лугинському районі навантаження на 1 штатну посаду лікаря ПМСД відповідало нормативам. Водночас навантаження на 1 фізичну особу у Лугинському районі становило 2025 осіб, у Володарськ-Волинському – 2800, а у Коростенському – майже 3000 осіб, що перевищувало верхній допустимий граничний рівень – 2000 осіб на 1-го лікаря. Перевищення цього рівня, за оцінками ВООЗ, може призвести до неминучого зниження доступності ПМСД та унеможливить дотримання належної якості її надання.

Сьогодні в Україні у сільській місцевості акцент фактично зроблено на надання долікарської медичної допомоги. Згідно наведених даних, у трьох районах і м. Коростень функціонувало 115 ФАПів, з яких 24 охоплювали обслуговуванням до 150 осіб населення, а 31 – від 150 до 300. В цілому по Україні таких закладів налічується близько 5 тисяч. За оцінками експертів, на сьогодні в Україні обґрунтованим можна вважати функціонування ФАПів з охопленням населення понад 300 осіб. Втім світовий досвід показує, що за умови належної мобільності (забезпечення автомобілями) медичних працівників (у т.ч. молодшого медичного персоналу) потреба у ФАПах нівелюється.

Характерною особливістю районів стало функціонування 8 невеликих дільничних та міських лікарень з ліжковим фондом до 25 ліжок. Утримання стаціонарних ліжок у таких лікарнях потребувало значних ресурсів, однак ці заклади не задовольняють повної потреби населення ні у первинній, ні у вторинній допомозі.

Прикладом нераціонального використання ресурсів охорони здоров'я є забезпечення діяльності дільничної лікарні на 15 ліжок цілодобового перебування, яка охоплює обслуговуванням 919 осіб населення (с. Бондарівка Коростенського р-ну). При цьому безпосередньо у Бондарівці мешкає близько 500 осіб, що за нормативами передбачає у цьому населеному пункті лише наявність ФАПу з одним фельдшером.

Важливим фактором забезпечення доступності ПМСД у сільській місцевості, а також своєчасності і доступності екстреної допомоги, є належне забезпечення автотранспортом і безперервним зв'язком. Для забезпечення норма-

тиву оснащеності автотранспортом (1 автомобіль на 2-х лікарів ПМСД, але не менше ніж 1 автомобіль на лікарську амбулаторію) фактично бракувало 9 автомобілів. Засоби зв'язку традиційно обмежуються стаціонарними телефонами, що не забезпечує безперервності зв'язку між персоналом ПМСД, а отже, ефективної маршрутизації, як лікарів, так і інших медичних працівників, значно обмежує координацію у наданні екстреної та невідкладної медичної допомоги. Суттєвим засобом покращення існуючої ситуації є забезпечення засобами мобільного зв'язку персоналу ПМСД.

Обсяги фінансування надання ПМСД населенню цих районів становили 35% (119,4 грн на одного жителя) від обсягів фінансування охорони здоров'я з районних/міських бюджетів (в середньому 343 грн на одного жителя). Порівняно висока частка ресурсів, що спрямовувалася на забезпечення ПМСД населенню районів, пояснюється, передусім, порівняно низьким рівнем фінансування охорони здоров'я в розрахунку на 1 жителя, а також значними фактичними видатками на утримання великої кількості ФАПів, що обслуговують населення до 300 осіб, утримання яких на сьогодні є неефективним.

Зазначений рівень фінансування, а також відсутність мотивації до збільшення її обсягів і якості, не забезпечують привабливості праці у первинній ланці. У деяких районах (наприклад Володарськ-Волинському) питома вага незайнятих посад сягає 39,7%. Значна частина лікарів (22–30%) досягла пенсійного або передпенсійного віку.

Рівень оплати праці лікарів ПМСД не залежить від навантаження, обсягів надання медичної допомоги, проведення профілактичних заходів тощо. Таким чином, у районах, які стали базою для формування моделі, існує нагальна потреба у формуванні та налагодженні ефективного функціонування системи подання населенню доступної і якісної первинної допомоги на засадах сімейної медицини.

Запропонована модель реформування закладів охорони здоров'я Коростенського, Лугинського, Володарськ-Волинського районів та м. Коростень ґрунтувалася на наступному:

1. Створенні органів управління охороною здоров'я у районах, а у Коростенському районі – міськ-районного управління.

2. Об'єднанні коштів на охорону здоров'я на рівні районів, а у Коростенському районі також об'єднання коштів на охорону здоров'я району і м. Коростень.

3. Передачі рухомого та нерухомого майна закладів охорони здоров'я місцевих громад у спільне розпорядження громади району, а у Коростенському районі – району і м. Коростень.

4. Створенні у кожному з районів центру ПМСД зі статусом юридичної особи шляхом ви-

окремлення з поліклінік підрозділів ПМСД (терапевтичні, педіатричні дільниці та дільниці лікарів ЗП/СМ) та передачі частини адміністративно-управлінського та допоміжного персоналу, відповідної співвідношенню посад лікарів ПМСД і лікарів-спеціалістів у районі (центральні районні і міські лікарні на сьогодні виконують функції органів управління охороною здоров'я і мають відповідні штати згідно з нормативами для здійснення функції управління охорони здоров'я району).

5. Реструктуризації дільничних і міських лікарень із фондом до 25 ліжок шляхом утворення лікарських амбулаторій/підрозділів центрів ПМСД та передачі спеціалізованих штатів та ліжкового фонду і відповідних штатів у розпорядження районної лікарні або реорганізації у заклади медико-соціального призначення.

6. Включенні сільських лікарських амбулаторій до складу центрів ПМСД у якості підрозділів, а ФАПів – до складу лікарських амбулаторій у якості підрозділів.

7. Реструктуризації мережі ФАПів:

а) створення на базі ФАПів з кількістю охопленого населення понад 1000 осіб (Коростенський р-н) лікарських амбулаторій;

б) поступове закриття ФАПів з кількістю охопленого населення менше ніж 300 осіб;

в) реорганізація у ФАПи лікарських амбулаторій, які охоплюють менше ніж 1000 осіб (с. Радичі, Володарськ-Волинського району, с. Бондарівка Коростенського району), та доукомплектування відповідно до нормативів посад лікарів у найближчих лікарських амбулаторіях.

8. Формуванні штатних розписів центрів ПМСД з дотриманням нормативів навантаження на лікарів ПМСД (у сільській місцевості 1200 на 1 посаду, у місті – 1500), молодших спеціалістів з медичною освітою (2 посади на 1 лікарську посаду, або 600 осіб населення на 1 посаду у сільській місцевості і 750 у місті) та нормативів забезпеченості адміністративно-управлінським та іншим персоналом (потребують розробки та затвердження).

9. Формуванні мережі лікарських амбулаторій у містах із забезпеченням пішохідної доступності місць надання ПМСД (для людей похилого віку, вагітних та матерів з немовлятами тощо):

а) у м. Володарськ-Волинському додатково принаймні 2 амбулаторії на 4 лікарів ПМСД;

б) у м. Коростені:

- на площі поліклініки Коростенської ЦМЛ створення лікарської амбулаторії на 8 лікарів ПМСД для обслуговування населення, що проживає у безпосередній близькості від ЦМЛ;

- розширення охоплення населення двома існуючими міськими лікарськими амбулаторіями з 1066 та 2061 до 2000 і 4000 осіб з відповідними змінами у штатах;

- створення додатково принаймні п'яти лікарських амбулаторій на 4-и лікаря ПМСД, наближених до місць проживання пацієнтів;

10. Забезпеченні ПМСД автотранспортом відповідно до нормативів – необхідно додатково придбати 21 автомобіль, у т.ч. для 9 лікарських амбулаторій у сільській місцевості.

11. Забезпеченні ПМСД засобами мобільного зв'язку – сотовими телефонами для лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою та радіотелефонами (за оцінками експертів, приблизно 10% від кількості лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою для роботи у зонах ненадійного покриття сотовим зв'язком) – та організації єдиної диспетчерської системи невідкладної та екстреної допомоги.

12. Забезпеченні мережі ПМСД кадрами, передусім лікарями ЗП/СМ, через вирішення проблеми привабливості праці у первинній ланці: організації безперервного (без відриву від виробництва) навчання, перекваліфікації (спеціалізації за ЗП/СМ) та підвищення кваліфікації; рівень оплати праці; економічна мотивація до збільшення обсягів і якості роботи, здійснення профілактики; забезпечення житлом; покращення умов праці – приміщення підрозділів, транспорт та зв'язок тощо.

Утримання реформованої мережі ПМСД за умови незмінності нормативів щодо оплати праці та інших видатків показує необхідність перероз-

поділу ресурсів. У таблиці 1 показано зміни у фінансуванні при проведенні реформи по кожному району, як за видатками на утримання мережі ПМСД в цілому, так і за окремими КЕКВами (КЕКВ – коди економічної класифікації видатків).

Згідно з проведеними розрахунками, після проведення реструктуризації мережі ПМСД у кожному з районів прогноуються наступні зміни у розподілі видатків:

1) у Володарськ-Волинському районі відбудеться найбільш суттєвий перерозподіл витрат за окремими КЕКВами, насамперед за рахунок доукомплектації незайнятих посад лікарів ПМСД (станом на 01.01.2009 р. зафіксовано 39,7% вакантних посад) та середнього медичного персоналу, що потребуватиме додаткових 1 040 684 грн. Такі витрати разом із покриттям потреби у комунальних послугах, ремонті приміщень, утриманні автотранспорту та збільшенні суми інших видатків за рахунок перепідготовки лікарів та придбання оснащення для лікарських амбулаторій становитимуть додаткову потребу у коштах на забезпечення діяльності мережі ПМСД району у сумі 2 269 512 грн;

2) у Лугинському районі сукупний обсяг витрат залишиться майже незмінним (додаткова потреба 99 901 грн), що пояснюється економією в результаті оптимізації кадрового забезпечення та інших видатків у мережі ПМСД району;

Таблиця 1. Порівняння фактичних обсягів фінансування ПМСД у 2008 році і прогнозованих обсягів фінансування за умови проведення реформування/реструктуризації мережі ПМСД

Найменування видатків, грн	Адміністративна територія											
	Володарськ-Волинський р-н			Лугинський р-н			Коростенський р-н та м. Коростень			Всього		
	до	після	відхилення	до	після	відхилення	до	після	відхилення	до	після	відхилення
Фонд оплати праці з нарахуваннями	2 091 635	3 132 320	-1 040 684	1 871 084	1 524 822	346 262	6 800 277	5 568 500	1 231 777	10 762 996	10 225 642	537 354
Медикаменти	62 386	62386	0	22 098	22098	0	243 164	243164	0	Д327648	327648	0
Комунальні послуги та видатки на ремонт приміщень	217 084	793 184	-576 100	101 143	462 011	-360 868	409 890	2 022 677	-1 612 788	728 117	3 277 872	-2 549 755
Утримання автотранспорту	53 938	95 889	-41 952	42 172	46 858	-4 686	230 267	428 577	-198 309	326 377	571 324	-244 946
Інші видатки, в тому числі на перепідготовку лікарів та придбання оснащення для АСЛ	1 298 342	1 909 117	-610 776	1 756 204	1 637 011	119 193	3 133 141	3 057 649	75 492	6 187 687	6 603 778	-416 091

3) у Коростенському районі та м. Коростені додаткова потреба на забезпечення діяльності ПМСД становитиме, згідно з розрахунками, 503 828 грн. Ці кошти здебільшого необхідні для створення та/або проведення ре-

монту лікарських амбулаторій міста для забезпечення можливості їх повноцінної діяльності в якості підрозділів Центру ПМСД.

Аналіз зміни видатків у перерахунку на одного жителя у трьох районах наведено у таблиці 2.

Таблиця 2. Порівняння фактичних обсягів фінансування ПМСД у 2008 р. і обсягів фінансування за умови реформування/реструктуризації в перерахунку на одного жителя

Адміністративна територія	Чисельність населення, осіб	Сумарні обсяги видатків на ПМСД, грн		У розрахунку на одного жителя, грн	
		до	після	до	після
Володарськ-Волинський р-н	36 288	3 723 385	5 992 896	103	165
Лугинський р-н	18 230	3 792 700	3 692 800	208	203
Коростенський р-н та м. Коростень	95 712	10 816 739	11 320 567	113	118
Всього	150 230	18 332 824	21 006 263	122	140

У таблиці 2 продемонстровано диспропорції у розміщенні ресурсів на фінансування ПМСД. На сьогодні в Україні середній показник надання ПМСД одному жителю становить 165 грн, що відповідає 25% загальних видатків охорони здоров'я у розрахунку на одного жителя.

Висновки

Таким чином, найбільшого результату оптимізації можна досягти у Володарськ-Волинському районі, де витрати на одного мешканця найбільш наближені до оптимального показника. У Лугинському районі оптимізації витрат на ПМСД досягти набагато важче через порівняно невелику чисельність населення району, необхідність проводити істотні системні зміни для досягнення реального ефекту. Ситуація Коростенського району та м. Коростень, навпаки, свідчить про те, що найбільший ефект при проведенні реформування/реструктуризації можна отримати за рахунок створення об'єднаних центрів ПМСД на базі адміністративних одиниць з великою чисельністю населення. При цьому питома вага витрат на ПМСД у перерахунку на одного жителя збільшується з 18,8% до 21,5% у структурі загальних витрат на охорону здоров'я, що вже свідчить про позитивні результати від запропонованих змін.

Додатковим важелем щодо зміщення обсягів медичної допомоги у бік ПМСД має стати застосування механізмів фінансування, що забезпечуватимуть відповідну мотивацію до збільшення обсягів і якості надання ПМСД – подушне фінансування, цільове фінансування профілактичних заходів, застосування індикаторів якості і обсягів медичної допомоги та економічного стимулювання медичного персоналу при дотриманні зазначених індикаторів.

Перспективи подальших досліджень.

Подальші дослідження у напрямку оптимізації надання ПМСД є актуальним. Адже світовий досвід показує, що сьогодні при вивченні економічних проблем системи охорони здоров'я досить багато уваги приділяється розробці моделей фінансування і оплати праці у первинній ланці. Для успішного вирішення довгострокових завдань стимулювання процесу реструктуризації охорони здоров'я необхідно запроваджувати оптимальні і раціональні методи оплати медичної допомоги, якими передбачається послідовний перехід від оплати фактичних обсягів медичної допомоги до оплати запланованих обсягів окремих видів медичної допомоги, які визначаються на основі замовлення на надання медичних послуг.

Список літератури

1. Отчет Европейской министерской конференции ВОЗ по системам здравоохранения [“Системы здравоохранения – здоровье – благосостояние”], (Таллинн, Эстония, 25–27 июня 2008 г.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20090122_1?language=Russian. – Заглавие с экрана.
2. Первинна медико-санітарна допомога. Сьогодні актуальніше, ніж коли-небудь: звіт про стан охорони здоров'я у світі / ВООЗ, 2008 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.who.int/ru/>. – Заголовок з екрану.
3. Чен Маргарет Вклад первичной медико-санитарной помощи в достижение Целей тысячелетия в области развития / Маргарет Чен. [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.who.int/dg/speeches/2007/20070816_argentina/ru/index.html. – Заглавие с экрана.
4. Чен Маргарет Возвращение к Алма-Ате. [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.who.int/dg/20080915/ru/index.html>. – Заглавие с экрана.
5. Які переваги і недоліки реструктурування системи охорони здоров'я з метою її більшого орієнтування на служби первинної медико-санітарної допомоги? : зведений звіт Мережі Фактичних даних щодо стану здоров'я / ЄРБ ВООЗ, 2004 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.who.int/ru/>. – Заголовок з екрану.

6. *European Observatory on Health Systems and Policies series / Richard B., Saltman R, Ana Rico, Wienke Boerma.* – Published by Open University Press, 2006. – 251 p.
7. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action.* – Geneva : WHO, 2007.
8. *Renewing primary health care in the Americas: a position paper of the Pan American Health Organization.* – Washington DC : Pan American Health Organization, 2007.
9. *Saltman R. Primary health care in the driver's seat: organizational reform in European primary care / R. Saltman, A. Rico, W. Boerma.* – Maidenhead, England : Open University Press, 2006. – (European Observatory on Health Systems and Policies Series).
10. *WHO Regional Office for South-East Asia and WHO Regional Office for the Western Pacific. People at the centre of health care: harmonizing mind and body, people and systems.* – Geneva : WHO, 2007.

РЕОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ: ПРЕДЛОЖЕНИЯ К РЕФОРМИРОВАНИЮ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ РАСЧЕТЫ

И. В. Яковенко, М. Г. Вовк, О. И. Левицкий, К. А. Надутый, Е. О. Заглада, М. В. Шевченко, О. К. Надутая-Скринник, В. Г. Слабкий (Киев)

В статье представлена модель реформирования ПМСП на примере учреждений здравоохранения Володарск-Волынского, Лугинского, Коростеньского районов и г. Коростень Житомирской области, а также результаты экономических расчетов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: первичная медико-санитарная помощь, экономическая эффективность, модель, реструктуризация.

REORGANIZATION OF THE PRIMARY MEDICAL AND SANITARY CARE: OFFERS TO REFORMING AND ECONOMIC CALCULATIONS

I. V. Yakovenko, M. G. Vovk, O. I. Levitskyi, K. A. Nadutyi, E. O. Zaglada, M. V. Shevchenko, O. K. Naduta-Skrzynnyk, V. G. Slabkyi (Kyiv)

In article the model of reforming PMSC by the example of establishments of health care of Volodarsk-Volynskyi, Lugynskyi, Korostenskyi regions and Korosten of Zhytomyr oblast and also results of economic calculations have been submitted.

KEY WORDS: the primary medical and sanitary care, economic efficiency, model, restructuring.

Рецензент: д.мед.н., проф. Г. О. Слабкий

УДК 614.2

ПРИВАТНИЙ МЕДИЧНИЙ БІЗНЕС, СТРАХОВА І СІМЕЙНА МЕДИЦИНА В УКРАЇНІ: ПРОБЛЕМИ, ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШОГО РОЗВИТКУ

О.Й. БАКАЛЮК (Тернопіль)

Медичний Центр Тернопільського національного економічного університету

У статті обговорюються деякі невирішені питання розвитку приватного медичного бізнесу, страхової і сімейної медицини в Україні

КЛЮЧОВІ СЛОВА: приватний медичний бізнес, страхова і сімейна медицина

На тлі реформування української економіки та її переходу на ринкову основу, сектор охорони здоров'я практично залишається поза цим процесом [13]. Відстороненість приватного медичного бізнесу від загального поступу економіки робить його не самим привабливим місцем

для інвестицій, хоча деякі реальні зрушення у цьому питанні вже відбуваються [18]. Так, у вересні 2007 року в Берліні проходив Перший Всесвітній конгрес "Дискусійні питання в неврології", на якому розглядалися і питання спеціалізації приватних медичних центрів, їх взаємовідносини з державними закладами, ступінь довіри, вартість та якість послуг, структура витрат

© І.Є. Аааааааа, 2009

тощо. 2007 року у Києві відбулася друга щорічна конференція “Інвестиційні можливості у секторі охорони здоров’я України”.

Мета роботи – вивчення сучасного стану проблеми, позитивних і негативних тенденцій, які існують сьогодні у системі охорони здоров’я в цілому, і які відображаються на розвиткові приватного медичного бізнесу, страхової та сімейної медицини на тлі ринкових відносин та сучасного стану економіки в державі.

Матеріал і методи. Аналіз політики державних інститутів влади у напрямку законодавчого забезпечення функціонування приватного медичного бізнесу, страхової та сімейної медицини.

Результати дослідження та їх обговорення. Які позитивні тенденції в охороні здоров’я, на наш погляд, можна виділити з огляду на економічні зрушення на рівні держави?

1. Швидкий розвиток ринку і відносно більша свобода у політиці ціноутворення.

2. Поступовий перехід від призначення переважно генеричних препаратів до брендів.

3. Перспективи кращого правового захисту інвестицій у зв’язку зі вступом України у ВТО.

4. Інтенсифікація процесу підготовки спеціалістів з його наближенням до світових стандартів.

До негативних тенденцій слід віднести:

1. Низький рівень валового внутрішнього продукту.

2. Політичну й економічну нестабільність і практично повну відсутність глобальних реформ у системі охорони здоров’я.

3. Переважаючу до цього часу командно-адміністративну модель управління системою охорони здоров’я.

4. Некоректну політику на рівні МОЗ стосовно видання ліцензій на право надання медичної допомоги.

5. Повільну імплементацію у систему охорони здоров’я стандартів GMP, GCP, GPP, а також відсутність необхідних ресурсів та відповідних інвестицій для прискорення цього процесу.

6. Значний відсоток безрецептурних лікарських препаратів (45 % у порівнянні з 10 % у країнах Євросоюзу).

7. Законсервованість медичних послуг з домінуванням державного сектора на тлі ринкової економіки.

8. Непрозорість фінансової звітності фармацевтичних та інших компаній.

9. Недоступність приватних медичних послуг для більшості українців – вартість перебування у стаціонарі у приватних клініках коливається від 300 до 1000 гривень за добу.

Нині лікувально-профілактичні заклади, які належать до приватного сектора, мають різний правовий та організаційний статус (товариства з обмеженою відповідальністю, акціонерні това-

риства, приватно практикуючі лікарі). Однак навіть на етапі свого становлення вони дають змогу зменшити навантаження на державну систему охорони здоров’я за рахунок надання допомоги тій частці населення, яка має змогу самостійно платити за лікування. Не варто недооцінювати і той факт, що таким чином виникає певна конкуренція між державними і приватними медичними структурами, яка в цілому буде сприяти підвищенню ефективності роботи галузі в цілому.

У країнах світу співвідношення державного і приватного секторів є різним, і залежно від цього розрізняють різні моделі функціонування системи охорони здоров’я в цілому. Так, співвідношення державного і приватного секторів у США складає 44 і 56 %, у Японії – відповідно 74 і 26 %, Австрії – 66 і 34 %, Великобританії – 85 і 15 %. В Україні частка приватного сектора досі становить лише 5–10 %, та й то у великих містах. Однак усе частіше “успішні пацієнти бажають відвідувати успішних лікарів в успішних клініках” [1].

Одними з перших у приватному секторі з’явилися стоматологічні клініки, які найбільш активно розробляють організаційно-правові основи своєї діяльності [6,11]. Вони складають майже 75 % усіх приватних кабінетів і клінік (ще 15 % – діагностичні кабінети і лабораторії, і більше 10 % – приватні клініки лікувально-профілактичного напрямку). Останні, зазвичай, це окремі кабінети, які орендуються лікарем на території великих державних медичних закладів. Повноцінних приватних клінік в Україні не більше 60, з них багатопрофільних – “Медиком”, “Дитина”, “Борис”, “Добробут” – менше 40.

З вищенаведеного стає зрозумілою вкрай нерівномірна конкуренція у приватному медичному секторі: найбільша у стоматології, помірна – у діагностичному, низька – у лікувальному напрямках.

Відзначимо ще ряд негативних тенденцій розвитку приватного медичного бізнесу, страхової та сімейної медицини в Україні на тлі ринкових відносин. Найбільш важливі з них такі:

1. Фактична незацікавленість держави у розвитку як приватної, так і страхової медицини. І це за умови, що держава **не може** забезпечити своїм громадянам необхідний рівень безкоштовного медичного забезпечення, як це записано у ст. 49 Конституції України. Більшість країн світу вважає, що медицина – це “допомога”, а не “послуги”, як в Україні. Різниця між цими поняттями є принциповою. Варто наголошувати не на безкоштовності медицини, а на різних джерелах її фінансування (бюджет, приватні пожертви, страхування тощо). Упровадження ж куцоного переліку платних медичних послуг не здатне реформувати цю галузь [12].

Невирішеною залишається проблема розвитку страхової медицини. Право кожного на медичне страхування передбачено ст. 49 Конституції України. Крім того, відповідно до Основ законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від 14 січня 1998 року, медичне страхування належить до загальнообов'язкових видів соціального страхування. Проте закону, який регулював би відносини у сфері медичного страхування і в якому були б визначені принципи, правові, фінансові та організаційні засади й механізми функціонування загальнообов'язкового державного медичного страхування, немає.

На наш погляд, на державному рівні слід розробити на перших порах простий механізм відрахувань на обов'язкове медичне страхування. Тепер орієнтовно 20 % населення – люди здорові, яким медична допомога фактично не потрібна, ще 40 % мають незначні відхилення від нормального стану, корекція яких не вимагає значних витрат. Основний тягар економічних витрат лягає на тих 40 %, що залишилися, причому кожен четвертий з цієї групи потребує, зазвичай, тривалого стаціонарного лікування. Страхова сума в середньому могла б складати приблизно 3 гривні на місяць на кожного жителя без урахування його економічного стану (а це вартість дешевої коробки цигарок), а загальна сума страхових накопичень може досягати сотень мільйонів на місяць. Але доки не буде змінена або доповнена ця стаття Конституції, ефективної страхової медицини не буде.

Інша проблема – проблема розвитку, поряд із приватною і страховою, сімейної медицини [2]. Загальноприйнятою тенденцією розвитку медицини у світі є пріоритетне забезпечення фінансами (40 %) і кадрами працівників первинної ланки охорони здоров'я – сімейних лікарів. Як свідчать дані ОЕСР (Організації Економічної Співпраці і Розвитку, Париж, Франція), в Україні кількість стаціонарних ліжок становить 9,5 на 1000 чоловік, в ОЕСР – 5,5; тривалість стаціонарного лікування – відповідно 14,1 та 6,1 днів. Скорочення кількості лікарень та лікарів та перенесення акценту в лікуванні на амбулаторний етап є найоптимальнішим шляхом вирішення проблеми поліпшення медичної допомоги за умови обмеженого державного фінансування. Однак до цього часу не врегульовані на законодавчому рівні більшість важливих аспектів діяльності сімейних лікарів: правове забезпечення можливості займатися приватною медициною, фінансове та інструментальне забезпечення його фактично цілодобової роботи, право вибору пацієнтом свого сімейного лікаря незалежно від територіальної належності тощо.

2. Недосконалість або й відсутність стрижневих нормативних документів („вакуум в українсь-

кому медичному законодавстві” [9]), які б регламентували ефективне функціонування приватної медицини та її інтеграцію у єдиний медичний простір; відсутність єдиного координуючого органу для розвитку цього сектора, єдиної системи реєстрації кількості та якості роботи (форми звітності, контролю, ліцензування діяльності [17]), а також відсутність у більшості лікарів спеціфічних знань по веденню бізнесу [9].

Існують й інші недоречності. Для прикладу, приватні клініки не мають права використовувати наркотичні засоби. Як в таких умовах розвивати хірургічну службу чи надати пацієнту невідкладну допомогу у життєнебезпечній ситуації? Чому приватним клінікам заборонено виписувати лікарняні листки, навіть якщо пацієнт лікується стаціонарно? Чому приватна клініка не може направити пацієнта на МСЕК для встановлення групи інвалідності? Як лікар, який має тільки приватну практику, повинен атестуватися, кому готувати відповідні звіти, отримувати категорію? І таких “чому” ще безліч.

3. Рівень здоров'я населення в цілому віддзеркалює стан і розвиток економіки держави – доведено чітку пряму залежність між очікуваною тривалістю життя і рівнем валового національного продукту на душу населення. За показником очікуваної тривалості життя Україна серед інших країн світу посідає 54-е місце для чоловіків (64,8 року) та 47-е для жінок (73,6 року). У Японії ці величини складають відповідно 75,8 та 81,9 років.

Не можна не відмітити і той факт, що за рівнем відрахувань національного прибутку на потреби охорони здоров'я Україна перебуває в середині сьомого десятку зі 126 країн світу (витрати на охорону здоров'я однієї людини у ФРН у 2007 році склали 2000 євро, у Польщі – 600 євро, в Україні – 42,7 євро). А за розрахунками ВООЗ, якщо частка валового національного прибутку, яка виділяється на потреби системи охорони здоров'я, менша 8–10 %, то галузь не може успішно розвиватися, бути ефективною та рентабельною [10]. Тим не менше, видатки на охорону здоров'я за усі роки незалежності не перевищували 4 % ВВП і 30 % від реальної потреби. За таких умов руйнування інфраструктури галузі є неминуче!

4. Зловживання та корупція у справі закупівлі ліків та апаратури. Візьмемо, для прикладу, справу закупівлі ліків. Директор Державного фармакологічного центру, виконавчий директор Асоціації фармацевтів України В.Т.Чумак [16] відмічає, що натеper в Україні зареєстровано біля 15 тис. препаратів за торговими назвами, із них засобів за діючою речовиною – лише дещо більше 2250, причому інструкції до їх вживання схожі, як дві краплі води. При цьому вкажемо на існування “своїх” фірм, у яких за бюджетні кошти чиновни-

ки МОЗ України закуповували ліки для державних лікарень за цінами, які на декілька порядків перевищували ціни аналогічних ліків на нашому ринку, блокуючи можливість участі в тендерах інших фірм. Відзначимо також, що за ці ж кошти проводилася масова закупівля дороговартісного обладнання, яке потім передавалося у приватні руки [7].

5. Вагомий “медичний баласт” – велика кількість чиновників від медицини і “паперових” лікарів. Їхня професійність не відповідає вимогам сьогодення, а опір науковим реформам – неймовірний.

6. Недобросовісність у роботі окремих фармацевтичних фірм та компаній, для яких населення України стало “полігоном” для апробації нових лікарських засобів. Сьогодні фармацевтичний ринок переповнений великою кількістю ніби-то аналогічних за дією, однак різних за назвою препаратів, причому кожна фірма вважає за потрібне довести переваги власне нею створеного засобу шляхом проведення “подвійних, сліпих, плацебо-контрольованих, рандомізованих і т.д.” досліджень. Ці засоби активно пропагуються спікерами компаній, а за відповідний гонорар (який часто перевищує їх платню за декілька місяців) – лікарями і науковцями, рекламуються в пресі, на телебаченні, не кажучи вже про сторінки профільних медичних журналів [8]. Наприклад, хто, де і коли провів дослідження, які б установили надзвичайно високу ефективність препарату “Ламінарин”, яка так нав’язливо рекламується на радіо, або “Солпадеїн” телебаченням? І таких прикладів можна навести безліч. З посиланням на Г.Л. Апанасенка [4] наводимо слова відомого у Європі еколога і доктора медицини Луї Броуера, який на основі абсолютно достовірних фактів довів, що сучасною медициною керує невелика, однак всемогутня група олігархів, які стоять на чолі потужних хіміко-фармацевтичних компаній, і які завдяки колосальним фінансовим вливанням підбирають потрібних собі політиків, керівників департаментів і закладів охорони здоров’я. Автор використовує термін “геноцид з боку фірм” стосовно пацієнтів – чим більше буде хворих людей, тим більші будуть прибутки цих компаній, і при цьому відмічає, що ні один уряд, до якої нації він би не належав, ніколи не ризикне поставити на карту економічну і політичну рівновагу своєї держави заради збереження здоров’я своїх громадян. А за даними експертів ВООЗ, для лікування патології внутрішніх органів з точки зору цілісності організму, потрібно лише біля 200 лікарських засобів. Ще одна проблема, яка сьогодні активно аналізується, вплив цих потужних фармкомпаній на значну частку клінічних рекомендацій, оскільки зв’язок між експертами,

які складають клінічні рекомендації, і фарміндустрією набуває загрозливих масштабів.

7. Законодавча нерегульованість більшості аспектів існування народної і нетрадиційної медицини поряд з офіційною, навіть незважаючи на існування ряду законів та підзаконних актів (ч.2 і 3 ст. 74 Основ законодавства України про охорону здоров’я, наказ МОЗ України від 10 серпня 2000 р. “Про надання спеціального дозволу на медичну діяльність у галузі народної нетрадиційної медицини”, Указ Президента України від 31 липня 1998 р. “Про заходи щодо врегулювання діяльності у сфері народної і нетрадиційної медицини” та ін). Ситуація вимагає негайного припинення діяльності провидців, цілителів-відунів білої та чорної магії, біоенерготерапевтів “місцевого і міжнародного класів”, „здатних знімати наговори, нагнітати прану в чакру, виправляти карму, заряджати воду і шампуні”, лікувати усі хвороби – від вад серця та раку до шизофренії – і які збагачуються, користуючись горем людини, її розгубленістю, дорожнечою традиційної медицини [15]. Широке поле для маневру всім їм дає формулювання про цілителя, який “... володіє певним обсягом професійних знань і вмій в галузі народної і нетрадиційної медицини”, і яке викладене у “Положенні про організацію роботи цілителя, який здійснює медичну діяльність у галузі народної і нетрадиційної медицини” від 11 лютого 1998 року. Насамперед, що це за “певний обсяг знань і вмій”? Хто, де і коли його установив, з ким обговорив і зараз контролює? Законодавець повинен чітко визначити цей допустимий обсяг знань та умій, забезпечити належну перевірку претендентів, закріпити гарантії щодо підтримки діяльності осіб, які дійсно володіють народними і нетрадиційними методами лікування, розробити чіткий, зрозумілий і водночас жорсткий механізм надання дозволів на заняття цим видом діяльності, припинивши анархію у цій справі на рівні МОЗ, регламентувати правовий статус цілителя і лікаря, насамкінець, забезпечити розумне, органічне поєднання традиційної і нетрадиційної медицини і створення медицини майбутнього – інтеграційної медицини.

8. Вкрай низька заробітна плата працівників державного сектора медицини, відсутність можливості постійного підвищення кваліфікаційного рівня, спілкування з закордонними колегами та недостатній рівень культури надання допомоги, а звідси – недовіра до професійного рівня медичних працівників. Суспільство вимагає справедливості – безкоштовної медичної допомоги, гарантованої ст. 49 Конституції, забуваючи при цьому, що такої ж допомоги потребують і лікарі з їх жебрацькою зарплатою (29-е місце із 31 позиції в рангу галузевих зарплат !). А без-

просвітність існування, несправедлива оцінка їх висококваліфікованої праці суспільством і породили зустрічну реакцію – прагнення отримати додаткову матеріальну винагороду, причому не стільки для збагачення, скільки для елементарного виживання [5]. Вихід з цієї ситуації зрозумілий і рекомендацій не вимагає. Та й сама ситуація уже змінюється – пацієнти усе частіше прагнуть заплатити за лікування дорожче, але офіційно, вважаючи (і вірно!), що рівень допомоги у цьому випадку буде набагато вищий. А це – і відповідний сервіс обслуговування, і рівень діагностики, і головне – гарантія ефективного лікування з позицій доказової медицини [14].

9. Відсутність ефективної скоординованої політики державних інститутів влади, засобів масової інформації, науковців та медичних працівників у питаннях первинної профілактики захворювань, пропаганди здорового способу життя, поліпшення умов праці та екології в цілому [3].

10. Не можна не торкнутися й іншої проблеми охорони здоров'я, яка має відношення до соціуму. Це – духовність кожної людини і суспільства в цілому. Духовний рівень організації людини і суспільства [3] важко піддається кількісному аналізу, однак він (точніше, бездуховність) є, ймовірно, провідним в зростанні показників смертності населення у країнах колишнього СРСР. Причому у цей критерій не слід вкладати тільки релігійний зміст (хоча це важливо!). Під духовністю розуміють особливий стан психіки, який спрямований на усвідомлення суті життя, бажання жити і творити у сприятливому соціальному середовищі, пошук і знаходження свого місця в цьому житті, визначення критеріїв добра і зла для оцінки людей та подій. Тому, навіть якщо зробити українців в декілька разів багатшими, зберігши теперішню соціальну ат-

мосферу (байдужість усіх до усіх, егоїзм, різке розшарування суспільства на багатих та бідних, невпевненість в завтрашньому дні, абсолютна незахищеність людини перед чиновницькою вакханалією, страх захворіти і перетворитися на жебрака, несправедливий суд) важко розраховувати на поліпшення демографічної ситуації в цілому. Тому реалізація програми виходу із кризи вимагає, з одного боку, значних зусиль кожної людини, з іншого – суспільнотворчої діяльності державних та громадських інститутів.

З вищевикладеного стає зрозумілим, що держава повинна бути зацікавлена у координації зусиль державної і приватної медицини для досягнення спільної мети - збереження здоров'я нації.

Висновки

1. На тлі реформування української економіки та її переходу на ринкову основу сектор охорони здоров'я практично залишається поза цим процесом.

2. Приватний медичний бізнес, як і сімейна та страхова медицина, в Україні розвиваються недостатньо активно, що значною мірою пов'язане з недосконалістю нормативних документів, які б регламентували їх повноцінне функціонування та інтеграцію в єдиний медичний простір.

Перспективи подальших досліджень:

1. Розробка законів і законодавчих актів, які мають за мету подальший розвиток приватної, страхової та сімейної медицини, її координацію та співпрацю з державною.

2. Законодавче врегулювання проблеми існування поряд з різними формами традиційної медицини, народної і нетрадиційної.

3. Розробка ефективної скоординованої політики державних інститутів влади, науковців та медичних працівників, засобів масової інформації у питаннях первинної профілактики захворювань.

Список літератури

1. Антонюк С. Державне регулювання розвитку приватного сектора в охороні здоров'я України (на прикладі надання населенню стоматологічної допомоги) /С. Антонюк, Я. Радиш // Вісник НАДУ.- 2005.- № 2.- С. 147-152.
2. Апанасенко Г. Л. Семейная медицина: реальность третьей стратегии здравоохранения / Г. Л. Апанасенко // Medicus Amicus.- 2003.- № 5.- С. 7.
3. Апанасенко Г. Л. Валеология в решении демографической катастрофы в Украине / Г. Л. Апанасенко // Здоров'я України.- № 10.- 2004.- С.8-9.
4. Апанасенко Г.Л. Здравоохранение в Украине возрождается. Так ли это? / Г. Л. Апанасенко // Здоров'я України.- 2006.- № 1-2.- С. 38.
5. Бобров О. Е. Медицина и деньги /О. Е. Бобров // Новости медицины и фармации.- 2004.- № 2.- С. 6.
6. Волкова А. С. Организационно-правовые основы частной стоматологической деятельности / А.С. Волкова, В. В. Анакшин, Г. И. Камчатный – Х.: Курсор, 2003.- 400 с.
7. Гавалко Ю. Щодо ефективного використання коштів бюджету /Ю. Гавалко // Здоров'я України.- 2006.- № 1-2.- С. 18.
8. Добров Г.К. Медицина – «озонова дыра» над Украиной/Г. К. Добров // Новости медицины и фармации.-2007.- № 21-22.- С. 21.
9. Зеленский К.В. Подводные камни частной практики. Опыт практикующего врача/К. В. Зеленский // Medicus Amicus.- 2009.- № 1.- С. 24-25..
10. Коваленко В.М., Хвороби системи кровообігу в Україні: проблеми і резерви збереження здоров'я населення / В. М. Коваленко, А. П. Дорогой // Здоров'я України.- 2004.- № 18.- С.32-33.
11. Кравченко А. Наукове обґрунтування організаційних основ функціонування моделі приватної практики в стоматології в період переходу до ринкових відносин: автореф. ...дис на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук/ А. Кравченко – К., 2007.- 23 с.

12. Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти: постанова Кабінету Міністрів України "від 17.09.1996 р. № 1138; із змінами і доповненнями, внесеними постановами Кабінету Міністрів України від 12.05.1997 р. № 449, від 15.02.1999 р. № 195 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.kmu.gov.ua>. – Назва з екрану.
13. Рудень В.В. Стан системи охорони здоров'я населення у країні з ринковими перетвореннями: проблеми та шляхи вирішення/В. В. Рудень// *Новости медицины и фармации.*– 2007.– № 10.–С. 20-23.
14. Скакун М.П. Основи доказової медицини/М.П. Скакун. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2005.–243 с.
15. Трахтенберг И.М. Лжемедицина: доколе?/И. М. Трахтенберг, В. А. Шумаков, И. И. Никберг // *Здоров'я України.*– 2004.– № 5.– С. 28.
16. Чумак В.Т. На чем плывет Украина к мировым стандартам оборота лекарственных средств?/В. Т. Чумак // *Здоров'я України.*–2006.– № 1-2.– С. 44-45.
17. Шутов М.М. Організаційно-економічний механізм розвитку системи охорони здоров'я у регіоні: автореф. дис. на здобуття наукового ступеня д-ра. екон. наук/М. М. Шутов. – Донецьк, 2004.– 31 с.
18. Як розпочати приватну медичну практику? // *Здоров'я України.*– 2006.– № 1-2.–С. 56.

ЧАСТНИЙ МЕДИЦИНСКИЙ БИЗНЕС, СТРАХОВАЯ И СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА В УКРАИНЕ: ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ

О.И. Бакалюк (Тернополь)

В статье обсуждаются некоторые нерешенные вопросы развития частного медицинского бизнеса, страховой и семейной медицины в Украине.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: частний медичинський бізнес, страхова і сімейна медицина.

PRIVATE MEDICAL BUSINESS, INSURANCE AND FAMILY MEDICINE IN UKRAINE: PROBLEMS, PERSPECTIVES TO FURTHER DEVELOPMENT

О.И. Bakalyuk (Ternopil)

Some undecided questions of the development of the private medical business, insurance and family medicine in Ukraine are considered in that article.

KEY WORDS: private medical business, insurance and family medicine.

Рецензент: доктор медичних наук, професор О.М. Голяченко

МЕТОДОЛОГІЯ

УДК 614.2:006.1(477)

Д. Д. ДЯЧУК, М. М. ЧУМАЧЕНКО, Г. З. МОРОЗ, І. М. ГІДЗИНСЬКА (Київ)

МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВПРОВАДЖЕННЯ ЛОКАЛЬНИХ КЛІНІЧНИХ ПРОТОКОЛІВ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНУ ПРАКТИКУ

ДЗ "Клінічна поліклініка №1" Державного управління справами Президента України

Узагальнено методичні підходи до впровадження локальних клінічних протоколів. Наведено результати роботи з впровадження локального клінічного протоколу ведення хворих з артеріальною гіпертензією на амбулаторно-поліклінічному етапі.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: методичні підходи, локальний клінічний протокол, амбулаторно-поліклінічна практика.

Система стандартизації медичної допомоги спрямована на покращення якості надання медичних послуг та раціональне використання ресурсів системи охорони здоров'я. Стандартизація орієнтується на розробку алгоритмів, про-

токолів та клінічних рекомендацій, які ґрунтуються на засадах доказової медицини та допомагають лікарю ефективно діяти в конкретних клінічних ситуаціях, уникаючи неефективних і помилкових втручань [1;2]. Основна мета ство-

рення клінічних рекомендацій – допомога лікарю і пацієнтові у прийнятті раціонального рішення в певних клінічних ситуаціях [6;8;9]. На амбулаторно-поліклінічному етапі клінічні рекомендації використовують при проведенні заходів профілактики, скринінгу, діагностики, а також при наданні медичної допомоги при невідкладних станах та при лікуванні пацієнтів з хронічними захворюваннями [11;14]. Проте, як показує міжнародний досвід, вплив клінічних рекомендацій на процес надання медичної допомоги у повсякденній практиці незначний. За відсутності супутньої програми впровадження, клінічні рекомендації у закладах охорони здоров'я, як правило, не використовуються [8]. Одним із шляхів практичного впровадження клінічних рекомендацій є розробка та впровадження локальних клінічних протоколів (ЛКП).

ЛКП – це технічний нормативний акт, який визначає вимоги щодо надання медичної допомоги пацієнту при певному захворюванні, синдромі у конкретній клінічній ситуації з урахуванням можливостей медичного закладу. ЛКП є деталізованою інструкцією чи/та правилами реалізації етапів надання медичної допомоги, її обсягу та результатів, і укладається на основі клінічних рекомендацій, розроблених на принципах доказової медицини [2]. ЛКП розробляють і затверджують на регіональному або локальному рівні в конкретному лікувально-профілактичному закладі. Вплив ЛКП на якість надання медичної допомоги також залежить від його належного впровадження та застосування.

Метою дослідження стало узагальнення методичних підходів до впровадження у медичну практику клінічних рекомендацій, локальних клінічних протоколів, які базуються на засадах доказової медицини, та практичне запровадження локального клінічного протоколу ведення хворих на артеріальну гіпертензію в амбулаторно-поліклінічних умовах.

Результати дослідження та їх обговорення. В міжнародній практиці методичним підходам до впровадження клінічних рекомендацій приділяється велика увага. Комплексну роботу з розробки та впровадження клінічних рекомендацій у різних галузях медицини проводить NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) – Національний Інститут здоров'я та клінічної досконалості (Велика Британія) [9;12].

Процес впровадження клінічних рекомендацій у практику, за визначенням NICE, можна умовно розподілити на кілька етапів [12;13]. На першому етапі впровадження необхідно провести оцінку стану надання медичної допомоги пацієнтам з певною патологією та його відповідності існуючим клінічним рекомендаціям/стандартам. Оцінка може бути проведена різними

методами – від простого спостереження до анкетування або клінічного аудиту. Наступний етап – визначення розбіжностей з існуючими стандартами та розробка плану необхідних заходів з модифікації тих процесів, що потребують змін або удосконалення. Потрібно виділити цільовий контингент – персонал, від якого залежить процес впровадження, – та скласти план заходів з впровадження з урахуванням особливостей вказаного контингенту.

До необхідних заходів передусім належать навчання медичного персоналу, його ознайомлення з новітніми досягненнями в певній галузі. Навчання може бути проведено з використанням лекцій, на яких аудиторія пасивно сприймає інформацію, та семінарів, на яких слухачі беруть активну участь у дискусії [9]. При проведенні лекцій та конференцій можна виділити та обґрунтувати позиції, що потребують змін, але пасивне сприйняття інформації має менший ефект на впровадження нових підходів, ніж обговорення на семінарах. Важливу увагу слід приділити саме проведенню семінарів з включенням невеликої кількості учасників, на яких встановлюються тісні зв'язки лектора та слухача, обговорюються всі аспекти практичного впровадження наукових розробок, що відповідають вимогам доказової медицини. Свої переваги мають індивідуальні співбесіди – методичний підхід, яким широко користуються фармацевтичні фірми з метою спонукати лікарів призначати свої препарати. Проведення індивідуальних бесід може бути корисним на всіх етапах впровадження ЛКП.

Велику роль у впровадженні ЛКП відіграють інформаційні технології, які дозволяють використовувати спеціалізовані програми статистики та обліку, а також електронні алгоритми обстеження та лікування на базі клінічних рекомендацій (системи "нагадування"). Доведено ефективність таких систем для стандартизації підходів до призначення медикаментозного лікування та проведення заходів профілактики [10]. Цей аспект проблеми потребує певного матеріально-технічного забезпечення, але створює умови для подальшого удосконалення і підвищення якості медичної допомоги. Перевагою електронного формату є те, що він дозволяє контролювати виконання ЛКП. Для цього достатньо мати стандартизовані карти, окремі поля яких заповнюються персоналом, що надає медичну допомогу. За наявності електронної бази та відповідної програми легше проводити аналіз розбіжностей [10].

Дослідники NICE значну увагу приділяють розробці стратегії роботи з пацієнтами [12;13]. Роль пацієнта у модифікації процесу надання медичної допомоги є дуже важливою складовою. Задоволеність пацієнта рівнем наданої йому медичної допомоги дозволяє впроваджувати

необхідні зміни. Рівень задоволеності пацієнта можна визначити за допомогою анкетування. Анкети мають бути простими та не містити багато запитань. Слід продумати, як мотивувати пацієнта заповнити анкету. Великий вплив на модифікацію процесу надання медичної допомоги мають рекламні кампанії, спрямовані на інформування пацієнтів щодо сучасних методів лікування найбільш поширених захворювань. Доведено, що підхід, при якому пацієнт бере активну участь у визначенні стратегії лікування під час консультації лікаря, сприяє впровадженню новітніх методик. Пацієнт краще виконує рекомендації лікаря, коли він знає, що вони відповідають сучасним вимогам. Доведено ефективність роботи у цьому напрямку як за допомогою засобів масової інформації, так і при наданні пацієнтові інформаційних листів, пам'яток тощо.

Важливою складовою впровадження є наявність відповідної технічної та матеріальної бази, інфраструктури – обладнання, спеціалістів відповідного профілю, налагодженої методики обстеження тощо.

В Україні механізм розробки та впровадження медичних технологічних і нормативних документів за принципами доказової медицини реалізується відповідно до Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я на період до 2010 року, затвердженої наказом МОЗ України від 31.03.2008 р. №166. Визначення стратегії та практичне втілення наукових розробок в систему охорони здоров'я покладене на загальнодержавний Центр розробки та моніторингу дотримання медичних стандартів, створений на базі Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України та Державного фармакологічного центру МОЗ України [4;6]. У 2008 р. ці установи розробили методичні рекомендації “Уніфікована методика з розробки клінічних рекомендацій, медичних стандартів і фармакотерапії на засадах доказової медицини” [6]. Відповідно до вищезазначених нормативних актів, МОЗ України спільно з АМН України прийняли наказ від 19.02.2009 р. №102/18 “Про затвердження Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина перша)” [4]. Згідно положень цього документу, оптимальним шляхом формування високоякісної клінічної практики в Україні на теперішній час є адаптація існуючих клінічних рекомендацій/настанов, розроблених в провідних світових центрах з використанням засобів доказової медицини, з подальшою розробкою на цій основі стандартів та протоколів медичної допомоги з урахуванням можливостей національної системи охорони

здоров'я. Процес адаптації клінічних рекомендацій/настанов відбувається за єдиним методологічним принципом.

Вищезазначеним наказом регламентовано підходи до впровадження наукових розробок у клінічну практику. Основними принципами впровадження є:

1. Підтримка з боку розробників і чітке керівництво процесом (лідерство).
2. Створення системи нагадувань та навчання.
3. Підтримка мультидисциплінарною командою.
4. Систематичний підхід до фінансового планування.
5. Систематичний підхід до процесу впровадження.
6. Оцінка і зворотній зв'язок.

Досвід впровадження стандартизованих медичних протоколів свідчить про наявність зовнішніх і внутрішніх бар'єрів. Серед перших – відсутність необхідних медичних ресурсів (устаткування, реактивів), фінансові обмеження, відсутність нормативно-правового забезпечення процесу впровадження. До внутрішніх бар'єрів входять “керовані” причини: недоліки організації системи надання медичної допомоги, недостатній рівень підготовки медичного персоналу, консерватизм медичних працівників, які часто не хочуть змінювати звичну тактику ведення пацієнта, поліпрагмазія, яка є доступною та поширеною формою захисту лікарів від претензій пацієнта. Невиконання протоколів та недотримання стандартів здебільшого обумовлене саме внутрішніми причинами.

Важлива роль у процесі впровадження наукових розробок відводиться комісіям з впровадження, які мають бути створені в лікувальних закладах. Головне їх завдання – проведення навчання і роз'яснювальної роботи серед медичних працівників та пацієнтів з наступним аудитом і оцінкою клінічної ефективності результатів впровадження.

З метою підвищення якості надання медичної допомоги в ДЗ “Клінічна поліклініка №1” Державного управління справами Президента України (далі – поліклініка) в 2007–2008 рр. розпочато комплексну науково-практичну програму з розробки та впровадження ЛКП, які ґрунтуються на клінічних рекомендаціях та відповідають вимогам доказової медицини. На першому етапі реалізації програми було створено Робочу комісію з розробки та оцінки впровадження локальних протоколів. Діяльність Робочої комісії регламентується Положенням, що визначає її склад, функції, завдання та порядок прийняття рішень.

Першим було розроблено ЛКП ведення пацієнтів з артеріальною гіпертензією, враховуючи «внесок» цієї патології у структуру захворюваності та смертності. Локальний протокол на-

дання медичної допомоги пацієнтам з артеріальною гіпертензією укладено відповідно до Рекомендацій Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії (2008) [5], наказу МОЗ України від 03.07.2006 №436 “Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю “Кардіологія” [3], Рекомендацій Європейського товариства з артеріальної гіпертензії/Європейського товариства кардіологів з лікування артеріальної гіпертензії 2007 р. [7]. Протокол охоплює весь комплекс необхідних елементів медичної допомоги. Вибір медичних технологій враховує стан основних фондів поліклініки, забезпеченість кадровими, матеріальними ресурсами, організаційні методи роботи. За структурою ЛКП відповідає рекомендаціям, розробленим при виконанні проекту TACIS [1].

Робоча комісія проаналізувала невідповідності у наданні медичної допомоги хворим на артеріальну гіпертензію положенням розробленого ЛКП і визначила основні напрямки роботи з організації впровадження. Серед проблем щодо обстеження і лікування хворих на артеріальну гіпертензію було вказано на необхідність забезпечення моніторингу показників ліпідного обміну. Вирішення цього питання потребує збільшення обсягів біохімічних досліджень, відповідного лабораторного устаткування та реактивів, а також збільшення штату співробітників лабораторії. Робоча комісія повідомила адміністрацію поліклініки про необхідність вирішення цієї матеріально-технічної проблеми.

До програми впровадження локального протоколу було включено план заходів з підвищення поінформованості лікарів щодо стандартизації діагностики, лікування, диспансерного нагляду цієї категорії хворих. Виходячи з того, що ЛКП розрахований на підвищення рівня надання медичної допомоги на етапі первинної ланки, основна увага була приділена роботі дільничних лікарів-терапевтів.

Всі лікарі-терапевти отримали на паперових носіях ЛКП та необхідні додатки (“Карта оцінки факторів ризику”, “Карта моніторингу”, “Інформаційний лист для пацієнта з артеріальною гіпертензією”, “Рекомендації з профілактики і лікування тютюнопаління”).

З метою залучення лікарів до впровадження ЛКП та підвищення рівня їх поінформованості щодо вимог доказової медицини на базі поліклініки було організовано лекції та семінарські заняття. Велику увагу приділено проведенню індивідуальних співбесід з лікарями-терапевтами щодо виконання вимог локального протоколу. Акцент зроблено на виконання вимог щодо забезпечення обов’язкового обсягу надання медичної допомоги. Для контролю цього процесу та використання системи “нагадувань”

лікарі заповнюють і вносять в амбулаторну картку стандартизовані карти (“Карта оцінки факторів ризику”, “Карта моніторингу”). Запровадження таких карт дає можливість лікареві проводити моніторинг обстеження та лікування, а завідувачу відділення – поточну експертну оцінку надання медичної допомоги.

Відповідно до міжнародних рекомендацій, до ЛКП включено індикатори якості надання медичної допомоги хворим на артеріальну гіпертензію. Індикатор або критерій якості – узгоджений показник, що визначається ретроспективно, за яким можна провести об’єктивну оцінку рівня медичної допомоги. В клінічних дослідженнях індикатором якості виконання ЛКП має бути точно визначена, вимірювана змінна величина, яка пов’язана із структурою, процесом або результатом медичного втручання [1]. До критеріїв якості виконання ЛКП в нашому дослідженні були включені: наявність в амбулаторній карті хворого стандартних карт – “Карти оцінки факторів ризику” та “Карти моніторингу” – з відмітками про виконання програми обстеження та лікування, отримання пацієнтом “Інформаційного листа”, надання консультації з модифікації способу життя та відмови від тютюнокуріння. До числа індикаторів, які визначають результат медичної допомоги, включено досягнення цільового рівня артеріального тиску та досягнення цільового рівня холестерину, що відповідає вимогам доказової медицини.

Велику увагу приділено залученню медичного персоналу поліклініки до впровадження ЛКП. При індивідуальних бесідах з лікарями члени комісії намагаються втілювати принцип керівництва процесом, підтримувати зворотний зв’язок, визначати проблеми, які виникають при впровадженні. У процесі впровадження виникла необхідність розробки інформаційного листа для лікарів з питань діагностики та лікування метаболічного синдрому. Хворі з метаболічним синдромом, згідно з міжнародними стандартами доказової медицини, мають високий ризик серцево-судинних ускладнень, тому вчасна діагностика і комплексне лікування таких пацієнтів має важливе практичне значення.

Особливістю розробленого нами ЛКП став детальний методичний супровід процесу підвищення поінформованості пацієнтів з питань лікування та профілактики артеріальної гіпертензії. З цією метою було створено додаток до локального протоколу “Інформаційний лист для пацієнта з артеріальною гіпертензією”, в якому в доступній формі викладено основні принципи лікування підвищеного артеріального тиску та корекції супутніх факторів ризику, представлено дієтичні рекомендації та щоденник самоконтролю. Всі пацієнти з артеріальною гіпертензією отримують цей інформаційний лист і мають мож-

ливість обговорити з лікарем стратегію свого лікування.

Загальновідомим фактом є зменшення прихильності пацієнтів до лікування залежно від часу, який пройшов після відвідин лікаря. В середньому кількість пацієнтів, які виконують рекомендації лікаря після наданої консультації, зменшується на 14% щомісяця [15]. Тому важливим є моніторинг пацієнтів, що отримують планове лікування, для підтримки та закріплення у них мотивації виконання рекомендацій лікаря.

Важливим етапом впровадження ЛКП є поточний контроль і зворотний зв'язок. Результати аудиту необхідні для визначення пріоритетних напрямків покращення роботи, а також будуть використані в комплексі заходів щодо заохочення лікарів.

Висновки

При розробці та впровадженні ЛКП необхідно враховувати стандарти доказової медицини та можливості медичного закладу.

Організаційно-методичні заходи з впровадження ЛКП покладаються на комісію з їх розробки.

Узагальнюючи результати досліджень, можна виділити основні напрями роботи з впровадження ЛКП:

1. Планування заходів з впровадження.
2. Матеріально-технічне забезпечення впровадження.
3. Робота з медичним персоналом (підтримка з боку розробників і керівництво процесом):
 - підвищення поінформованості;
 - методичне забезпечення моніторингу пацієнтів;
 - система заохочень.
4. Система заходів залучення пацієнта до активної участі у лікуванні (підвищення поінформованості).
5. Оцінка і зворотний зв'язок.

Перспективи подальших досліджень полягають у широкому впровадженні локальних клінічних протоколів у практику лікувально-профілактичних закладів України.

Список літератури

1. *Медичні стандарти первинної і вторинної медичної допомоги населенню* / NICARE; за заг. ред. Г. Росс, О. М. Новічкова, А. В. Степаненко, Д. В. Варивончик. – К., 2006. – 238 с.
2. *Посібник для розробників клінічних рекомендацій/медичних стандартів* / NICO; за заг. ред. О. М. Новічкова, Г. Росс, А. В. Степаненко. – К., 2007. – 71 с.
3. *Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю “Кардіологія : наказ МОЗ України №436 від 03.07.06* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http : // www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua). – Заголовок з екрану.
4. *Про затвердження Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина перша) : наказ МОЗ України №102/18 від 19.02.09* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http : // www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua). – Заголовок з екрану.
5. *Рекомендації Української Асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії. Посібник до Національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії. – 4-е вид., випр. і доп. – К. : ПП ВМБ, 2008. – 80 с.*
6. *Уніфікована методика з розробки клінічних рекомендацій, медичних стандартів і фармакотерапії на засадах доказової медицини* / Жданова М. В., Островерхова М. М., Ліщишина О. М. [та ін.]. – К., 2008. – 26 с.
7. *2007 Guidelines for the management of arterial Hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC)* // *Europ. Heart J.* – 2007. – Vol. 28. – P. 1462–1536.
8. *Baker R. Clinical Guidelines: Where Next?* / R. Baker, G. Feder // *International Journal for Quality in Health Care.* – 2003. – Vol. 9, № 6. – P. 399–404.
9. *Burgers J. S. Towards evidence-based clinical practice: an international survey of 18 clinical guideline Programs* / J. S. Burgers // *International Journal for Quality in Health Care.* – 2003. – Vol. 15, № 1. – P. 31–45.
10. *Critical Pathways: A Review* / Every N. R., Hochman J., Becker R. [et al.] // *Circulation.* – 2000. – Vol. 101. – P. 461–465.
11. *Gillam S. What can we learn about quality of care from US health maintenance organizations?* / S. Gillam // *Quality in Primary Care.* – 2004. – № 12. – P. 3–4.
12. *National Institute for Health and Clinical Excellence. Developing guidance-related support tools. Process and Methodology Manual.* – London : NHS, 2008. – 61 p.
13. *National Institute for Health and Clinical Excellence. How to change practice. Understand, identify and overcome barriers to change.* – London : NHS, 2007. – 48 p.
14. *Ovretveit J. Quality of care for chronic illnesses.* / J. Ovretveit // *International Journal of Health Care Quality Assurance.* – 2008. – Vol. 21. – Issue1.
15. *Singer G. M. Goal-Oriented Hypertension Management: Translating Clinical Trials to Practice* / G. M. Singer, M. Izhar, H. R. Black // *Hypertension.* – 2002. – Vol. 40. – P. 464–469.

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ВНЕДРЕНИЮ ЛОКАЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОТОКОЛОВ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ

Д. Д. Дячук, М. Н. Чумаченко, Г. З. Мороз, И. Н. Гидзинская (Киев)

Обобщены методические подходы к внедрению локальных клинических протоколов. Изложены результаты работы по внедрению локального клинического протокола ведения больных с артериальной гипертензией на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Ключевые слова: методические подходы, локальный клинический протокол, амбулаторно-поликлиническая практика.

METHODICAL APPROACH TO IMPLEMENTATION OF LOCAL CLINICAL RECORDS IN AMBULATORY PRACTICE

D. D. Dyachuk, M. M. Chumachenko, G. Z. Moroz, I. M. Gidzinska (Kyiv)

The methodical approach to implementation of local clinical pathways has been generalized. The results of arterial hypertension local clinical pathway implementation to ambulatory practice has been exposed.

Key words: methodical approach, local clinical records, ambulatory practice.

Рецензент: к.мед.н. Н. П. Ярош

МЕДИЧНА ІНФОРМАТИЗАЦІЯ

УДК 614.2:616-082:004

В. І. ШУЛЯК (Житомир)

МОНІТОРИНГ КЛІНІЧНОГО МАРШРУТУ ПАЦІЄНТА ЗА ДОПОМОГОЮ СУЧАСНИХ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Житомирська центральна районна лікарня

В статті наведені загальні принципи інформаційного забезпечення при проведенні моніторингу клінічного маршруту пацієнта як складової системи управління якістю надання медичної допомоги. Визначені поняття клінічного протоколу та клінічного маршруту пацієнта, принципи реєстрації даних при виконанні клінічного маршруту пацієнта, створення системи реєстрації відхилень, проведення аналізу отриманих даних. Розглянуті практичні питання впровадження інформаційних технологій на рівні окремого лікувально-профілактичного закладу.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: клінічний протокол, моніторинг клінічного маршруту пацієнта, інформаційне забезпечення, система реєстрації відхилень.

Розвиток медичних технологій, підвищення вимог до якості надання медичної допомоги, необхідність підвищення ефективності використання наявних ресурсів, зробили особливо актуальним питання стандартизації надання медичної допомоги. Стандартизація медичної

допомоги передбачає наявність критеріїв надання медичної допомоги, дієвого механізму контролю їх дотримання, оцінки отриманих результатів та сучасних інформаційних технологій для моніторингу цього процесу з метою планування подальшого підвищення якості медичної допомоги.

Мета дослідження: сформулювати принципи інформаційного забезпечення моніторингу

клінічного маршруту пацієнта; розробити методи реєстрації відхилень від клінічного маршруту пацієнта, спираючись на існуючий міжнародний та вітчизняний досвід; визначити проблеми при використанні інформаційних технологій на рівні лікувально-профілактичного закладу.

Матеріали і методи. В роботі використано наступні методи: історичний, бібліографічний, структурно-логічного аналізу, системного аналізу.

Проведений аналіз існуючої нормативно-правової бази, яка регламентує інформаційне забезпечення медичної допомоги на рівні пацієнта. На основі зарубіжних і вітчизняних публікацій, присвячених даній проблемі, розроблені загальні принципи інформаційної підтримки моніторингу клінічного маршруту пацієнта та автоматичного аналізу отриманих результатів.

Результати дослідження та їх обговорення. *Стандартизація медичної допомоги на рівні пацієнта.* З метою стандартизації медичної допомоги були розроблені та затверджені відповідними наказами МОЗ України документи, що регламентують медичну допомогу на рівні окремого пацієнта і ґрунтуються на доказовій базі та найкращій медичній практиці, – локальні клінічні протоколи, локальні клінічні маршрути, або технологічні карти пацієнта [6].

Локальний протокол медичної допомоги (клінічний маршрут пацієнта) – нормативний документ регіонального рівня, що спрямований на забезпечення надання безперервної, ефективною та економічно доцільною медичної допомоги при певних захворюваннях та інших патологічних станах відповідно до уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги (УКПМД), забезпечує координацію та упорядкування за часовим графіком технологій та методів надання медичної допомоги багато/міждисциплінарного змісту, регламентує реєстрацію медичної інформації і ведення клінічного аудиту; затверджується головним лікарем лікувально-профілактичного закладу.

Клінічний маршрут пацієнта (КМП) є частиною локального протоколу медичної допомоги, який являє собою алгоритм руху пацієнта за структурними підрозділами медичних закладів, які залучені до надання допомоги при конкретному стані або захворюванні.

КМП розробляється для прийняття клінічних рішень, управління ресурсами в клінічній та неклінічній діяльності, проведення клінічного аудиту, а також для управління фінансами, управління ризиками та планування потреби в ресурсах. Вони забезпечують детальне керівництво на кожному етапі ведення пацієнта з визначенням стану залежно від часових рамок, включаючи опис процесу та очікувані результати [1].

Метою використання КМП є покращення якості надання медичної допомоги на рівні пацієнта, забезпечення наступності і взаємодії між спеціалістами лікувального закладу, структурними підрозділами та між спеціалістами з різних дисциплін та служб.

Виконання вимог КМП передбачає досягнення певних медичних, соціальних, економічних результатів. Для визначення ступеня досягнення запланованих результатів запроваджується моніторинг КМП [1].

Моніторинг клінічного маршруту пацієнта. Моніторинг КМП – система постійно здійснюваних заходів з метою оцінки ступеня дотримання вимог, реєстрації відхилень та виявлення причин відхилень, оцінки результатів та наслідків надання медичної допомоги пацієнту згідно з КМП. Отримані при цьому дані дозволяють здійснювати планування необхідних ресурсів та управління якістю медичної допомоги.

Використання КМП передбачає створення ефективною системи реєстрації відхилень (the variance management system) [8].

Для систематизації даних, отриманих при застосуванні клінічних маршрутів, запропоновані два методи.

Перший передбачає реєстрацію і наступний аналіз найсуттєвіших відхилень (key, or critical, variances) [8]. Даний метод дозволяє найбільш повно враховувати всі можливі відхилення від виконання вимог КМП, проте інтерпретувати такі дані досить важко через значну кількість можливих варіантів відхилень та низький рівень формалізації.

Другий метод передбачає реєстрацію даних в певних “контрольних точках” (gateways). Виконання КМП при цьому розпадається на ряд послідовних етапів (в деяких випадках цей поділ дещо умовний). Між цими етапами мають бути встановлені “контрольні точки” – ключові моменти виконання протоколу, в яких проводиться оцінка проміжних результатів. Терміни виконання етапів протоколу мають бути чітко визначені, а в разі можливого повторного виконання етапів протоколу – встановлені умови повторення циклу. Такі “ключові точки” відображають основні моменти виконання КМП. Так, наприклад, при виконанні КМП з ішемічним інсультом “ключовою точкою” є проведення комп’ютерної томографії головного мозку. Кожна з таких точок має бути чітко зв’язана зі шкалою часу, яка відліковується з моменту початку надання медичної допомоги пацієнту.

В “контрольних точках” проводиться оцінка досягнутих попередніх результатів. Необхідно чітко визначити обмежений перелік можливих результатів. Формалізація та максимальна стандартизація можливих проміжних результатів

дозволяє створити логічні схеми обробки отриманої інформації та провести оперативний аналіз відповідності ведення пацієнта до вимог КМП. Досягнутий попередній результат визначає подальшу тактику ведення пацієнта. Схематично цей процес представлений на рис. 1.

В кожній з таких "контрольних точок" можливі наступні варіанти:

- продовження виконання КМП, як це планувалось раніше;
- переміщення на попередній етап;
- відступ від вимог клінічного маршруту.

Будь-які відхилення від вимог клінічного маршруту повинні бути документально оформлені і

враховані при подальшому удосконаленні клінічного маршруту [1].

Інформаційна підтримка моніторингу клінічного маршруту пацієнта.

Моніторинг клінічного маршруту пацієнта на рівні пацієнта в режимі реального часу вимагає оперативної обробки значної кількості інформації. Виконання такого завдання можливе за умови застосування сучасних інформаційних технологій, що дозволить автоматизувати процес контролю дотримання протоколу, проводити аналіз, забезпечити формування звітів на момент запиту та можливість оперативного реагування в разі відхилення від вимог протоколу [2;9].

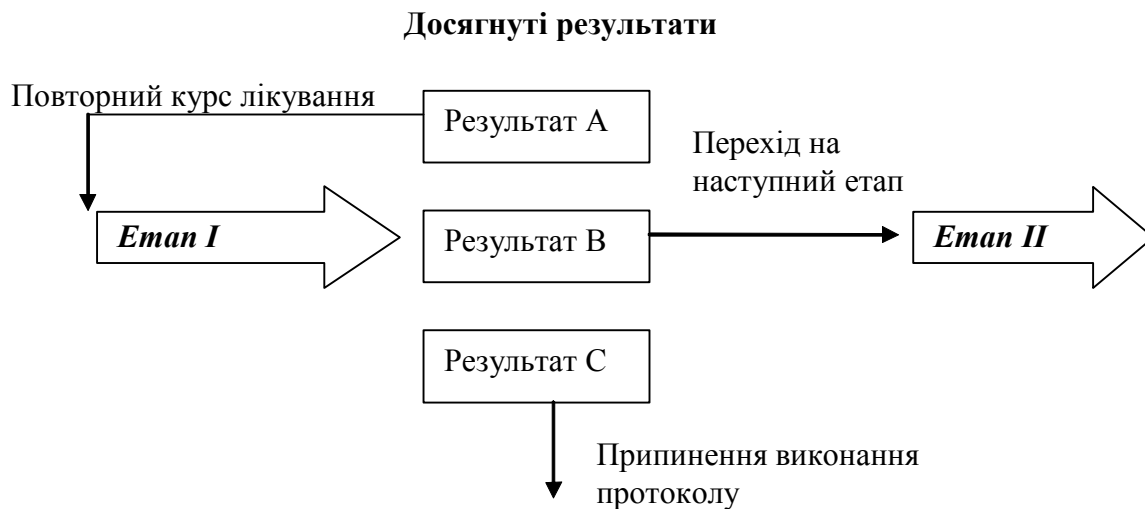


Рис. 1. Етапи протоколу

Передумовами застосування інформаційних технологій для моніторингу клінічного маршруту пацієнта є:

- розуміння важливості даної проблеми та всебічна підтримка з боку адміністрації лікувально-профілактичного закладу;
- максимально можливий рівень формалізації та стандартизації понять, які використовуються в КМП;
- чітке формулювання та визначення етапів виконання, контрольних точок, варіантів проміжних результатів, варіантів відхилень тощо;
- визначення порядку виконання вимог КМП відносно шкали часу;
- створення єдиного інформаційного простору між підрозділами даного закладу та окремими лікувально-діагностичними закладами, на базі яких надається медична допомога відповідно до КМП;
- створення та підтримка госпітальної інформаційної системи (ГІС);
- забезпечення своєчасного, повного та коректного вводу інформації;
- тісна співпраця між робочою групою з розробки та впровадження КМП та спеціалістами з

програмування для створення відповідного програмного забезпечення та його удосконалення при внесенні змін до КМП;

- проведення постійних занять з медичним персоналом щодо роботи з інформаційними технологіями;
- максимально широке використання сучасних інформаційних технологій в роботі параклінічних та діагностичних служб;
- створення системи реєстрації індикаторів надання медичної допомоги, яка дозволить через моніторинг виконання КМП оцінити ступінь виконання медичного стандарту на державному рівні [5;6].

Впровадження інформаційних технологій в практику роботи потребує жорстких адміністративних заходів, вирішення кадрових питань, мотивацію колективу на отримання результатів через певний період, тому ключовою є роль керівника закладу в цьому процесі.

Наказами по ЛПЗ мають бути визначені:

- порядок реєстрації даних;
- відповідальні особи за окремі напрями впровадження та використання інформаційних технологій;

- відповідальні особи за експлуатацію та збереження обладнання;
- дії персоналу в разі порушень в роботі програмного забезпечення та обладнання;
- порядок підвищення кваліфікації персоналу у використанні інформаційних технологій;
- порядок контролю повноти та правильності ведених даних.

Певна категорія працівників не може освоїти роботу з комп'ютерною технікою навіть після тривалого навчання. Вирішення цієї проблеми передбачає кадрову ротацію та підбір працівників з відповідними навиками.

Запровадження інформаційних технологій в роботі лікувально-профілактичного закладу, особливо на початкових етапах, пов'язане з додатковим навантаженням на персонал. Це неоднозначно сприймається членами колективу і в ряді випадків викликає відкриті протести. Існує необхідність в мотивації колективу на досягнення віддалених результатів, роз'ясненні переваг подібних технологій, а в деяких випадках – і застосуванні адміністративних рішень.

Контроль виконання КМП передбачає певний рівень формалізації медичної інформації, що дозволяє прискорити реєстрацію даних та полегшує проведення аналізу отриманої інформації [8].

Госпітальна інформаційна система (ГІС) є центральним елементом інформатизації процесу надання медичної допомоги [4]. Така система повинна забезпечувати реєстрацію та обробку даних про:

- 1) стан пацієнта при поступленні;
- 2) проведення обстежень, передбачених КМП;
- 3) проведення лікувальних маніпуляцій та медикаментозну терапію;
- 4) варіанти відхилень в ключових точках;
- 5) стан пацієнта на завершальному етапі ведення;
- 6) ступінь досягнення очікуваних результатів.

Оперативне внесення даних в електронний варіант медичної документації забезпечується адекватною кількістю автоматизованих робочих місць та розміщенням комп'ютерних терміналів відповідно до інформаційних потоків. Як приклад наводимо схему інформаційних потоків КМП при черепно-мозковій травмі (рис. 2).

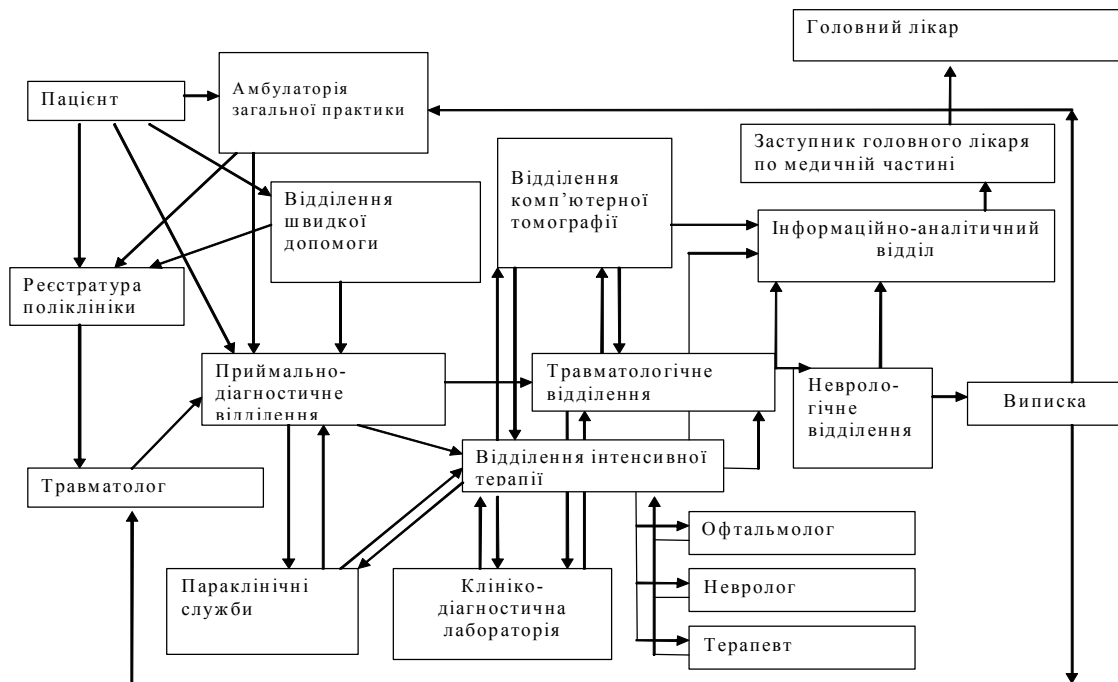


Рис. 2. Схема інформаційних потоків КМП при черепно-мозковій травмі

Оцінка результатів моніторингу клінічного маршруту пацієнта. При оцінці результатів дотримання КМП необхідно враховувати:

- ступінь досягнення державного медичного стандарту в даній галузі медицини, якщо такий існує;
- дотримання вимог нормативних актів, які регламентують надання медичної допомоги в даній галузі;
- дані, необхідні для формування затверджених статистичних форм;

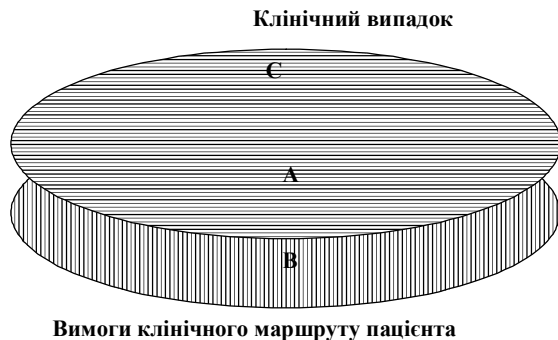
- клінічні результати лікування;
- ступінь задоволення потреб пацієнта та/або його родичів, осіб, які доглядають пацієнта;
- економічні показники надання медичної допомоги.

Аналіз дотримання клінічного протоколу при наданні медичної допомоги в окремому клінічному випадку необхідно проводити з урахуванням вимог КМП та даних, які відображають випадок надання медичної допомоги пацієнту. При цьому можливо виділити три області:

А – вимоги КМП, які були дотримані при наданні медичної допомоги пацієнту;

В – частина вимог КМП, які не були дотримані при наданні медичної допомоги пацієнту;

С – медична допомога, яка була надана пацієнту, але не була передбачена КМП (рис. 3).



А – вимоги КМП, які були дотримані при наданні медичної допомоги пацієнту;

В – частина вимог КМП, які не були дотримані при наданні медичної допомоги пацієнту;

С – медична допомога, яка була надана пацієнту, але не була передбачена КМП

Рис. 2. Вимоги клінічного маршруту пацієнта

Область А відображає ступінь виконання клінічного протоколу і характеризує організацію лікувально-діагностичного процесу. Аналіз повинен бути спрямований на пошук шляхів збільшення даної області.

Область В відображає невиконання вимог клінічного протоколу і характеризує якість на-

дання медичної допомоги. Слід проводити аналіз причин невиконання вимог протоколу. Причинами, як правило, є неможливість надання медичних послуг, відмова пацієнта, небажання медичного персоналу дотримуватися клінічного протоколу [8].

Область С відображає застосування методів лікування, не передбачених даним клінічним протоколом. Необхідно аналізувати причини залучення додаткових ресурсів. Причинами цього можуть бути індивідуальні особливості пацієнта, поліпрагмазія, використання медичних технологій та медикаментів, ефективність яких не доведена, недотримання термінів проведення лікувально-діагностичного процесу.

Висновки

Клінічний маршрут пацієнта, як частина локального протоколу медичної допомоги, що являє собою алгоритм руху пацієнта по структурних підрозділах медичних закладів для надання допомоги при конкретному стані або захворюванні, на сьогодні є необхідним документом для стандартизації надання медичної допомоги безпосередньо в медичному закладі для виконання вимог, регламентованих МОЗ України.

Перспективи подальших досліджень. Використання інформаційних технологій для забезпечення моніторингу клінічного маршруту пацієнта – завдання, яке потребує вирішення багатьох проблем організаційного, методичного, технічного характеру. Проте реалізація процесу моніторингу дозволить ефективно використовувати медико-технологічні документи на рівні закладу охорони здоров'я для забезпечення якості та ефективності медичної допомоги.

Список літератури

1. Аналітичний звіт із тестування медичних стандартів в пілотних регіонах України (Київ, 2006) / Добреля І. М., Дудіна О. О. [та ін.]; за заг. ред. Грети Росс, А. В. Степаненко, О. М. Новічнова // Укр. мед. часоп. – 2007. – № 1 (57). – С. 26–44.
2. Коваленко О. С. Роль інформаційних технологій при застосуванні медичних стандартів / О. С. Коваленко, К. Стіпхаут // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2006. – № 3. – С. 59–61.
3. Оленін М. В. Інформаційні технології в системі охорони здоров'я: стан, проблеми / М. В. Оленін, Ю. А. Хунов // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2002. – № 1. – С. 43–47.
4. Про запровадження ведення електронного варіанту облікових статистичних форм в лікувально-профілактичних закладах : наказ МОЗ України №330 від 05.07.2005 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http // www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua). – Заголовок з екрану.
5. Про затвердження галузевої програми “Електронна система реєстрації та обміну медичною інформацією між закладами, установами і організаціями системи охорони здоров'я : наказ МОЗ України №675 від 25.11.2008 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http //www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua). – Заголовок з екрану.
6. Про затвердження Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина перша): наказ МОЗ України від 18.02.09 №102/18 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http // www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua). – Заголовок з екрану.
7. Сунгантов Р. Ш. Влияние информационно-аналитических систем управления на эффективность функционирования системы здравоохранения / Р. Ш. Сунгантов // Проблемы управления здравоохран. – 2006. – № 2. – С. 30–38.
8. Improving pathway compliance and clinician performance by using information technology / R. Blaser, M. Schnabel, C. Biber [et al.] // International Journal of Medical Informatics. – 2007. – February-March. – Vol. 76, Issue 2. – P. 151–156.
9. IT support for clinical pathways—Lessons learned / R. Lenz, R. Blaser, M. Beyer [et al.] // International Journal of Medical Informatics. – 2007. – February-March. – Vol. 76, Issue null. – P. 397–402.

МОНИТОРИНГ КЛИНИЧЕСКОГО МАРШРУТА ПАЦИЕНТА ПРИ ПОМОЩИ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

В. И. Шуляк (Житомир)

В статье приведены общие принципы информационного обеспечения при проведении мониторинга клинического маршрута пациента как одной из составляющих системы управления качеством медицинской помощи. Определены понятия клинического протокола и клинического маршрута пациента, принципы регистрации данных при выполнении клинического маршрута пациента, создании системы регистрации отклонений, проведении анализа полученных данных. Рассмотрены практические вопросы внедрения информационных технологий на уровне отдельного лечебно-профилактического учреждения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **клинический протокол, мониторинг клинического маршрута пациента, информационное обеспечение, система регистрации отклонений.**

MONITORING OF THE CLINICAL ROUTE OF THE PATIENT BY MEANS OF UP-TO-DATE INFORMATION TECHNOLOGIES

V. I. Shulyak (Zhytomyr)

In article the general principles of information supply are resulted at carrying out of monitoring clinical route of the patient as by one of components of quality control system of medical care. Concepts of the clinical record and clinical route of the patient, principles of data registration are determined at performance of clinical route of the patient, creation of deviations registration system, to carrying out of the analysis of the received data. Practical questions of implementation of information technologies (IT) at a level of separate medical and preventive establishment are considered.

KEY WORDS: **clinical record, monitoring of clinical route of the patient, information supply, registration of deviations system.**

Рецензент: к.мед.н. М. В. Шевченко

МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД

УДК 614.2:001.86(100)

Т.М. ДУМЕНКО (Київ)

АНАЛІЗ МІЖНАРОДНОГО ДОСВІДУ ЗАСТОСУВАННЯ ОЦІНКИ ТЕХНОЛОГІЙ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я (HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT)

ДП "Державний фармакологічний центр" МОЗ України

Медицина технологія – це будь-яке втручання, що може бути використане для сприяння здоров'ю, профілактики, діагностування, лікування хвороб або для реабілітації чи довготривалої допомоги. Це поняття стосується застосування лікарських засобів, використання медичного обладнання, проведення медичних процедур та дій медичного персоналу. Оцінка технологій в охороні здоров'я сприяє формуванню безпечної, ефективної політики в охороні здоров'я, яка зосереджена на потребах пацієнта і, водночас, націлена на досягнення найвищої цінності з позиції суспільства.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **оцінка медичних технологій, доказова медицина, клінічна настанова, листок контрольної оцінки статей.**

Згідно з Національним планом розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів

© Т.М. Думенко, 2009

України від 13 червня 2007 р. №815, серед інших завдань перед фахівцями галузі поставлена ціль – удосконалення управління якістю медичної допомоги шляхом формування єдиних

підходів до планування, нормування, ліцензування і сертифікації, підвищення ефективності функціонування галузі, прискорення процесів гармонізації цих процесів відповідно до європейських вимог. Зростаюча інтеграція України в європейський та міжнародний простір дає можливість використовувати узагальнений досвід країн з різними системами організації медичної допомоги в прийнятті рішень щодо попередження, діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів.

Розвиток принципово нових інформаційних технологій сприяє поширенню нових знань серед її користувачів. За цих умов вітчизняні фахівці охорони здоров'я зобов'язані приймати рішення щодо надання медичної допомоги населенню, ґрунтуючись як на міжнародному досвіді, так і на популяційних особливостях України, відмінностях культур і менталітетів. Для вирішення таких задач, на нашу думку, успішно може бути застосована оцінка технологій в охороні здоров'я.

Мета дослідження: вивчення міжнародного досвіду застосування оцінки технологій в охороні здоров'я (Health Technology Assessment) з метою його подальшого використання при розробці нормативно-технологічних документів.

Матеріали і методи. Об'єктом дослідження стала система охорони здоров'я, предметом – оцінка технологій в охороні здоров'я. У дослідженні застосовані наступні методи: історичний, бібліографічний, структурно-логічного аналізу, метод системного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення. Оцінка технологій в охороні здоров'я, Health Technology Assessment (далі – ОТОЗ) – це мультидисциплінарний процес, що підсумовує інформацію щодо медичних, соціальних, економічних та етичних питань, які стосуються використання медичних технологій у систематичній, прозорій, неупередженій, розвиненій манері. Ціллю ОТОЗ є сприяння формуванню безпечної, ефективної політики охорони здоров'я, що зосереджена на пацієнті та націлена на досягнення найкращої цінності [6].

В 1967 р. усвідомлення важливості точної, своєчасної та незалежної інформації призводить до прийняття у США першої законодавчої пропозиції для Агентства з оцінки впливів розвитку технологій. У 1972 р. ця пропозиція набула сили закону і передбачила створення Офісу Конгресу з Оцінки Технологій (Office of Technology Assessment, ОТА). У першому річному звіті директора Офісу Конгресу з Оцінки Технологій чудово відображено ідеал системи міжнародної ОТОЗ [7].

Початок діяльності ОТОЗ в Європі може бути датований кінцем 70-х рр. ХХ ст., коли почав зростати інтерес до економічних аспектів медич-

них технологій. У Європі перші установи або підрозділи, призначені для ОТОЗ, були створені у 80-х рр., спочатку на регіональному/місцево-му рівнях у Франції та Іспанії.

Перше національне агентство ОТОЗ було засновано у Швеції в 1987 р. Кінець 80-х і 90-х рр. можна охарактеризувати як епоху інституціоналізації ОТОЗ в Європі. З того часу майже в усіх країнах ЄС програми для ОТОЗ були створені або як нові установи чи інститути, або як департаменти чи підрозділи ОТОЗ в університетах чи інших урядових і неурядових установах [11].

Програма ОТОЗ у Великобританії заснована у 1993 р. у складі Національного Інституту досліджень в охороні здоров'я (National Institute for Health Research), який, у свою чергу, є дослідницьким підрозділом Міністерства охорони здоров'я (English National Health Service) [13].

Health Technology Assessment International (HTAi) була заснована у 2003 р. з метою підтримки та заохочення розвитку, спілкування, розуміння і використання оцінки медичних технологій в усьому світі як науково обґрунтованих засобів сприяння впровадженню ефективних інновацій та ефективного використання ресурсів в охороні здоров'я. HTAi організовує щорічну зустріч, яка формується довкола розширеної і різноманітної програми HTA і розповсюджується International Journal of Technology Assessment in Health Care [12].

На початку свого розвитку ОТОЗ полягала лише в оцінці нових технологій. Але з часом ОТОЗ розширилась до вирішення питань на всіх рівнях прийняття рішень у сфері охорони здоров'я. Сьогодні завдяки методам ОТОЗ стало можливим прийняття обґрунтованих рішень на 4 рівнях:

1) на технологічному рівні (наприклад, застосування лікарських засобів, обладнання, методів діагностики тощо);

2) на рівні особи/пацієнта (наприклад, клінічних втручань, які спрямовані на покращення здоров'я окремих пацієнтів);

3) на рівні популяції (наприклад, втручання на рівні охорони здоров'я, які спрямовані на покращення здоров'я населення, переважно за допомогою профілактичних заходів);

4) на рівні політики (наприклад, шляхи організації, законодавство і фінансування системи охорони здоров'я).

ОТОЗ спрямована на "глобалізацію доказів з метою прийняття конкретного рішення" [4] і включає 2 етапи: перший ґрунтується на систематичному синтезі *глобальних* баз даних (тобто систематичних оглядів); другий полягає в оцінці цих доказів в рамках *локального* або підвідомчого контексту та залученні місцевих фахівців та управлінців, які відіграють важливу роль у поширенні і використанні втручання.

ОТОЗ може також включати в себе вивчення потенційного впливу втручання на вищому рівні, тобто на рівні популяції і на політичному рівні.

ОТОЗ використовуються різними фахівцями охорони здоров'я, у тому числі:

- регулюючими органами для прийняття дозвільних рішень щодо використання лікарських засобів, обладнання та/або технологій;
- платниками медичних послуг системи охорони здоров'я (керівники охорони здоров'я, страхові компанії), які повинні вирішувати, чи повинна бути включена технологія в перелік послуг та пільги, якщо так, то як вони повинні відшкодовуватися (тобто скільки необхідно сплатити);
- лікарями та пацієнтами, які повинні вибрати відповідні медичні технології, що найкращим чином задовольняють клінічні потреби пацієнта і обставини;
- лікарнями, клініками та іншими медичними закладами, які повинні вирішувати питання про придбання або використання певних технологій;
- керівниками охорони здоров'я, які планують запровадження програм з громадського здоров'я (наприклад, вакцинації, діагностики та екологічних програм в галузі охорони здоров'я);
- компаніями, що виробляють медичну продукцію, для подальшої її розробки та прийняття маркетингових рішень [3;12].

ОТОЗ може включати дослідження одного або декількох типів, видів впливу або інших атрибутів медичних технологій в цілому або стосуватись окремих аспектів їх застосування. Загалом до них належать: безпека, ефективність (efficacy) та/або дієвість (effectiveness), технічні властивості, атрибути або економічні наслідки, а також соціальні, правові, етичні та політичні наслідки. Ступінь деталізації, до якого вони розглядаються, залежить від мети ОТОЗ. Проте при плануванні ОТОЗ слід розглядати питання про можливість впливу будь-якого з цих факторів на практичне використання втручання у сфері охорони здоров'я.

Безпека – це оцінка прийнятності ризику (показник ймовірності зворотного результату і його серйозності), пов'язані з використанням втручання в тій чи іншій ситуації. Ефективність і дієвість стосуються того, як медична технологія працює на покращення здоров'я пацієнтів, як правило, на основі змін в показниках, що характеризують стан здоров'я (смертність, захворюваність, якість життя).

Медичні технології можуть мати широкий спектр мікро- та макроекономічних ознак або впливів. Мікроекономічні аспекти включають в себе витрати, збори і платежі, пов'язані з окремими технологіями, а також порівняння потреб

у ресурсах і наслідків (або вигоди) застосування певних технологій, таких як “вартість – ефективність”, “вартість – користь” та “вартість – вигода”. Прикладами макроекономічних впливів медичних технологій є вплив нових технологій на: національні витрати на охорону здоров'я, розподіл ресурсів між різними програмами в галузі охорони здоров'я або між галуззю охорони здоров'я та іншими галузями народного господарства, на зайнятість, конкуренцію тощо.

Успішні ОТОЗ потребують збору відповідних доказів. Для дуже нових технологій ця інформація може бути недостатньою і її важко знайти; для багатьох технологій вона може бути надмірною, розсіяною і різної якості. Стратегія пошуку належних інформаційних ресурсів має бути систематичною і задавати певні характеристики технології, зокрема її тип та властивості. В ОТОЗ найчастіше використовуються наступні бази даних рецензованої літератури – MEDLINE/PubMed, EMBASE, CINAHL і SciSearch; Кокранівські бази даних оглядів, у тому числі Кокранівська база даних систематичних оглядів і Кокранівський Центральний реєстр контрольованих випробувань (the Cochrane Review Databases, including the Cochrane Database of Systematic Reviews and Cochrane Central Register of Controlled Trials); База даних реферативних оглядів дієвості (Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness), База ОТОЗ HTA Database), База даних економічної оцінки National Health Service (NHS Economic Evaluation Database). Всеосяжним путівником в інформаційних ресурсах, корисним для ОТОЗ, є HTAi Portal (www.htai.org/vortal).

Основою для будь-якої ОТОЗ є інформація. Кількість інформації може бути величезною, а інформація з деяких сайтів може мати систематичну помилку, бути несвоєчасною або низької якості. Ключем до ефективного пошуку є ознайомленість з тим, де найчастіше можна знайти надійну і відповідну інформацію.

Хоча не існує жодних формальних критеріїв відбору, зазвичай, сайт, що характеризується як високоякісний, має наступні ознаки [3;11]:

- **повноважність та надійність** (authority and reliability) – розроблений некомерційними організаціями (організації та університети, що фінансуються урядом);
- **вживаність** (currency) – регулярно оновлюється (за винятком деяких сайтів, які були включені з історичних причин);
- **застосовність** (applicability) – містить цінну інформацію для оцінки технологій охорони здоров'я;
- **переконливість** (validity) – бібліографічні бази даних зазвичай містять рецензовані дослідження; оцінку технологій охорони здоров'я і джерела охорони здоров'я на основі доказової

медицини, які в цілому дотримуються прийнятих методів для забезпечення повноти, прозорості та надійності методів, що використовуються в їхніх систематичних оглядах;

- **простота у використанні** (usability) – структура цих сайтів дозволяє легко орієнтуватися і здійснювати пошук.

Важливо пам'ятати, що хоча ОТОЗ призначена для практичного використання, вона має ґрунтуватися на наукових методах. Протягом багатьох років слово “доказ” було ключовим у ОТОЗ. Концепція доказів була введена у зв'язку з “доказовою медициною” (Evidence Based Medicine), яка є клінічною дисципліною, що інтегрує найкращі наукові результати систематичних досліджень у клінічну роботу [5].

Первинні дослідження є окремими науковими первинними статтями у формі, наприклад, рандомізованих клінічних випробувань або когортних досліджень. Вторинні дослідження є

систематичними оглядами і оцінками опублікованих матеріалів, наприклад доповіді ОТОЗ, клінічні настанови та систематичні огляди.

У випадку з новими технологіями необхідно починати з пошуку в першоджерелах. У випадку з відомими технологіями з новим показанням необхідно починати у вторинних джерелах.

Першим кроком у пошуку літератури є, як правило, визначення вторинних літературних джерел (табл. 1,2). Якщо вже існують звіти зарубіжних організацій з ОТОЗ, Кокранівських оглядів або клінічних настанов, які систематично оцінюють первинні літературні джерела і синтезують їх у відповідному напрямку, немає необхідності повторювати це великомасштабне завдання, яке є дуже вимогливим в ресурсному плані.

Якщо вторинна література не може відповісти на поставлені питання, або є необхідність у оновленні літератури, проводиться пошук первинної літератури.

Таблиця 1. Приклади джерел ідентифікації вторинних досліджень [6]

The national project database for HTAs and evaluation	www.dacehta.dk
The HTA Database	http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/
HTA institutions' website	www.inahta.org
The Cochrane Library	www.Cochrane.org
Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE)	http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/
Guidelines International Network (G-I-N):	www.g-i-n.net
National Guidelines Clearinghouse	www.guideline.gov
Health Evidence Network (HEN)	http://www.euro.who.int/hen
National Electronic Library for Health: Guidelines Finder	http://rms.nelh.nhs.uk/guidelinesfinder/
Turning Research Into Practice (TRIP+)	http://www.tripdatabase.com/

Відповідно до принципів доказової медицини, первинні дослідження можуть бути ієрархічно розподілені наступним чином [5]:

- мета-аналізи та систематичні огляди;
- рандомізовані контрольовані дослідження;
- нерандомізовані неконтрольовані дослідження;
- когортні дослідження;
- дослідження “випадок–контроль”;
- описові дослідження, обмежена вибірка;
- програмні документи, несистематичні огляди, провідні статті, думки експертів.

Звичайно, це широкий поділ, і можуть бути випадки, коли велике успішне когортне дослідження повинне бути оцінене краще, ніж менше рандомізоване контрольоване дослідження. Зауважимо, що “передова стаття”, наприклад написана видатними професором, або докладна записка, підготовлена Європейською групою експертів, знаходяться в нижній частині літературної ієрархії, оскільки вони рідко містять належну кількість посилань на літературу і часто є виразом суб'єктивної думки.

Широке розмаїття якості статей в рамках окремих груп літератури, разом з неминучою суб'єктив-

ністю у різних читачів, робить необхідним використання інструменту для виконання стандартної оцінки статей. З цією метою різними національними центрами в рамках доказової медицини та підготовки клінічних настанов, такими як Scottish Intercollegiate Guidelines Network, National Institute for Health and Clinical Excellence і Центр доказової медицини в Оксфорді, були розроблені листи оцінки, які можна знайти на веб-сайтах:

- http://cebmb.warne.ox.ac.uk/cebmb/downloads/education_resources/diagnosis.pdf;
- <http://www.nphp.gov.au/publications/phpractice/schemaV4.pdf> (також містить інформацію про економічні та якісні дослідження);
- <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/annex.html>;
- <http://www.nice.org.uk/niceMedia/pdf/GuidelinesManualAppendixB.pdf>;
- http://www.sst.dk/Planlaegning_og_behandling/SfR/Vejledning.aspx?lang=da (данською мовою).

Перше посилання відносить до Центру доказової медицини Оксфордського університету, який має чотири листи оцінки досліджень, які стосуються оцінки мета-аналізів, рандомізова-

Таблиця 2. Приклади джерел ідентифікації вторинних досліджень [6]

Інформація, сфокусована на медичних технологіях	
CENTRAL (Cochrane Central Register of Controlled Trials)	part of The Cochrane Library
Medline, вільне видання (PubMed)	www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
Embase*	
CINAHL* (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)	
PsycINFO*	
PEDro (Physiotherapy Evidence Database)	http://www.pedro.fhs.usyd.edu.au/index.html
AMED* (Allied and Complementary Medicine Database)	
Science Citation Index*	
Pharmaceutical companies' web sites	
Інформація, сфокусована на потребах пацієнта	
PsycINFO*	
Sociological Abstracts*	
Medline, вільне видання (PubMed)	www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
Embase*	
Social Sciences Citation Index*	
The Campbell Collaboration	http://www.campbellcollaboration.org/frontend.aspx
The patient associations' (на данській мові)	http://www.netpatient.dk/patientforeninger.htm
The Danish Council of Ethics	http://www.etiskraad.dk/sw293.asp
Faculty of Pharmaceutical Science	http://www.farma.ku.dk/index.php?id=2
Article search (bibliotek.dk)	http://bibliotek.dk/?lingo=eng
Інформація, сфокусована на організаційних аспектах	
DSI's library catalogue (in Danish)	http://www.dsi.dk
Center for Health Management	http://uk.cbs.dk/chm
Medline, вільне видання (PubMed)	www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
The Copenhagen Business School's databases	http://uk.cbs.dk
Інформація, сфокусована на економічних аспектах	
NHS EED (NHS Economic Evaluation Database)	http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/
DSI's library catalogue (in Danish)	http://www.dsi.dk
Embase*	
Medline, вільне видання (PubMed)	www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
HEED* (Health Economic Evaluation Database)	
EconLit*	

Примітка: *бази даних, доступ до яких платний.

них контрольованих досліджень, досліджень з питань діагностики та прогнозу. Ці списки також використовуються DACEHTA (Danish Centre for Health Technology Assessment).

Веб-сайт Національної ради з питань охорони здоров'я Данії (National Board of Health, Danish) має п'ять контрольних списків Данського Секретаріату клінічних настанов (DSCG) з такими детальними пояснювальними примітками, що навіть недосвідчений користувач може швидко використовувати контрольні списки при розгляді статті.

При роботі із статтею особливою ваги можна дати її оцінити двом читачам, незалежним один

від одного, а потім порівняти з контрольними списками, з метою забезпечення об'єктивності.

Листи оцінки NICE (Національний інститут клінічної майстерності), SIGN (Шотландська Міжвузівська Мережа Настанов) і DSCG є ідентичними [9]. Зазвичай листи оцінки мають наступну структуру:

1. Надійність статті:

- актуальність проблеми;
- оцінка методу;
- статистика.

2. Загальна оцінка дослідження:

- може бути градуїрована за допомогою + + / + / --.

3. Опис дослідження:

- результат, ефект, популяція;
- резюме ключових напрямків у дослідженні.

Більшість країн, агенцій та програм спрямовані на створення штату співробітників, які знайомі з ОТОЗ. Ці співробітники мають пройти відповідну підготовку спочатку в таких галузях: медицина, епідеміологія, біостатистика, економіка охорони здоров'я і ресурси медичної інформації. Залежно від теми і масштабів оцінки (технології і наслідки інтересів) цей персонал, знайомий з методологічним і технологічним процесом, може спиратися на інших фахівців, знайомих з питаннями змісту та контексту оцінюваної медичної технології, які можуть включати лікарів різних спеціальностей, медсестер; керівників лікарень та інших медичних установ; фахівців суміжних професій; фармацевтів; біомедичних і клінічних інженерів, адвокатів, соціальних працівників, фахівців з етики, вчених, які приймають рішення, фахівців в галузі комунікацій, а також пацієнтів та їх представників. Залежно від ресурсів, ліміту часу і необхідності певних видів знань, установи ОТОЗ нерідко покладаються на зовнішніх експертів або разом з ними проводять оцінку певних частин. Разом з тим агенція з ОТОЗ залишається відповідальною за якість і результати даних своєї ОТОЗ.

Безумовно, реалізація в країнах, що розвиваються, заходів в галузі охорони здоров'я, які зарекомендували себе успішно в більш багатих державах, була важкою і нерідко розчарувала. Механізм проведення ОТОЗ та подальшої передачі результатів з однієї країни до іншої є невдалим через відмінності у:

- епідемічному середовищі (наприклад, у відносній поширеності інфекційних, неінфекційних хвороб; гострих та хронічних захворювань);
- фізичному середовищі;
- фінансових ресурсах;
- системі фінансування охорони здоров'я та механізмах розподілу;
- культурі сприйняття втручання в охорону здоров'я;
- підходах до особистого вибору, забезпечення ефективності та справедливості;
- можливості технологічної підтримки;
- громадській інфраструктурі охорони здоров'я;
- кваліфікованих людських ресурсах;
- навчанні та освіті;
- регуляторному середовищі;
- існуючих стандартах надання медичної допомоги;
- рентабельності ринків охорони здоров'я.

Прийняття поінформованого рішення щодо медичної технології має велике значення там, де ресурси є особливо мізерними, а тягар захворювань високим. Однак країнам з низьким рівнем ресурсів важко підтримувати власні життєдатні програми ОТОЗ. Крім того, щоб впо-

ратися з нестачею ресурсів, важливо закрити прогалини ОТОЗ на етапі "знати-зробити". Це є метою міжнародного співробітництва, яке допомагає скоротити цей розрив, зокрема шляхом обміну інформаційними ресурсами, досвідом, проведенням навчання і можливостей для практичного досвіду [12].

Вперше в Україні термін ОТОЗ (Health Technology Assessment) вживається в матеріалах Проекту ЄС "Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні" (Project EuropeAid/123236/C/SER/UA) [1]. На нашу думку, інструменти ОТОЗ, що базуються на доказовій медицині, і в Україні мають слугувати достовірним аргументом при розробці нормативно-технологічних документів галузевого рівня, в прийнятті інших управлінських рішень. Важливим кроком на цьому шляху є затвердження та впровадження в дію наказу МОЗ України від 19.02.2009 р. №102/18 "Про затвердження Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина перша)", де містяться чіткі вказівки до максимального ефективного практичного використання досягнень доказової медицини [2].

Вивчення міжнародного досвіду застосування оцінки технологій в охороні здоров'я дало змогу впровадити окремі інструменти ОТОЗ в ході розробки та перегляду Державного формуляра лікарських засобів. Йдеться про аналіз третинних джерел наукової літератури, який став основою відбору лікарських засобів до Державного формуляра.

Висновки

Аналіз міжнародного досвіду застосування ОТОЗ виявив механізми та інструменти, які можуть бути використані в Україні з метою прийняття виважених управлінських рішень будь-якого рівня. Зокрема ОТОЗ необхідна при розробці нормативно-технологічних документів, у тому числі нормативних документів щодо застосування лікарських засобів. Впровадження концепції оцінки технологій в охороні здоров'я сприятиме підвищенню якості та ефективності медичної допомоги та позитивно відобразиться на діяльності системи охорони здоров'я в цілому.

Перспективи подальших досліджень.

Наступним кроком на шляху впровадження оцінки технологій в охороні здоров'я є аналіз первинних та вторинних джерел наукової літератури, результати якого можуть, на нашу думку, суттєво удосконалити методику відбору лікарських засобів до Державного формуляра. Результати аналізу первинних джерел наукової інформації, у тому числі і вітчизняних досліджень, є особливо важливими для вибору альтернативних, терапевтично замінних лікарських засобів у ви-

падках відсутності на фармацевтичному ринку України ліків з найвищим рівнем доказів їх ефективності (не йдеться про генеричну заміну лікарських засобів).

Список літератури

1. *Посібник для розробників клінічних рекомендацій/медичних стандартів* / [заг. ред. Г. Росс, О. Новічкова]. – К. : NICARE, 2006. – 166 с.
2. *Про затвердження Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина перша) : наказ МОЗ України №102/18 від 19.02.2009 р.* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : URL : <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=12078>. – Назва з екрану.
3. *Dennett L. Health Technology Assessment on the Net: A Guide to Internet Sources of Information* / L. Dennett, T. Chatterley [Електронний ресурс]. – [10-th Edition]. – June 2008. – 36 p. – Access mode: – URL : http://www.ihe.ca/documents/HTA_10thedition_0.pdf. – Title from the screen.
4. *Eisenberg J. M. Globalize the evidence, localize the decision: evidence-based medicine and international diversity* / J. M. Eisenberg // *Health Affairs* – 2002. – Vol. 21 (3). – P. 166–168.
5. *Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine/ Evidence-Based Medicine Working Group* // *Journal of the American Medical Association*. – 1992. – Vol. 268 (17). – P. 2420–2425.
6. *Health Technology Assessment Handbook* / [Kristensen F. B., Sigmund H. et al.]. – Copenhagen : Danish Centre for Health Technology Assessment, National Board of Health, 2007. – 188 p.
7. *OTA (1975). Annual Report to the Congress by the Office of Technology Assessment* [Електронний ресурс]. – March 1975. – 5 p. – Access mode : – URL : <http://www.princeton.edu/~ota/disk3/1976/9568/9568.PDF>. – Title from the screen
8. *Resources for Health Technology Assessment/HTAi and INAHTA's White Paper to WHO* [Електронний ресурс]. – Access mode : – URL : http://www.inahta.org/upload/HTA_resources/AboutHTA_Resources_for_HTA.pdf. – Title from the screen.
9. *SIGN 50. A Guideline Developer's Handbook. NHS: Quality Improvement Scotland*. [Електронний ресурс]. – [Revised edition]. – January 2008. – 112 p. – Access mode: – URL : <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign50.pdf>. – Title from the screen.
10. *Stevens A. Health technology assessment: history and demand* / A. Stevens, R. Milne, A. Burls // *Journal of Public Health Medicine*. – 2003. – Vol. 25, № 2. – P. 98–101.
11. *Topfer L. A. Etext on Health Technology Assessment (HTA)* / L. A. Topfer, L. Auston [Електронний ресурс]. – Access mode : – URL : <http://www.nlm.nih.gov/archive//2060905/nichsr/ehta/ehta.html>. – Title from the screen.
12. *Velasco-Garrido M. An introduction to objectives, role of evidence, and structure in Europe: Policy brief of European Observatory on Health Systems and Policies* / M. Velasco-Garrido, R. Busse [Електронний ресурс]. – Access mode : – URL : <http://www.euro.who.int/document/e87866.pdf>. – Title from the screen.
13. *Walley T. Health technology assessment in England: assessment and appraisal* / Walley T. // *The Medical Journal of Australia*. – 2007. – Vol. 187 (5). – P. 283–285.

АНАЛИЗ МЕЖДУНАРОДНОГО ОПЫТА ПРИМЕНЕНИЯ ОЦЕНКИ ТЕХНОЛОГИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ (HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT)

Т. М. Думенко (Київ)

Медицинская технология – это какое-либо вмешательство, которое может быть использовано для содействия здоровью, профилактике, диагностированию, лечению болезней или для реабилитации и долговременной помощи. Это понятие касается применения лекарственных средств, использования медицинского оборудования и действий медицинского персонала. Оценка технологий в здравоохранении способствует формированию безопасной, эффективной политики в здравоохранении, которая сосредоточена на потребностях пациента и, одновременно, нацелена на достижение наивысшей ценности с позиции общества.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: оценка медицинских технологий, доказательная медицина, клиническая рекомендация, лист контрольной оценки статьи.

ANALYSIS OF THE INTERNATIONAL EXPERIENCE OF APPLICATION OF HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT

Т. М. Dumenko (Kyiv)

Medical technology is any interference that can be used for health promotion, prevention, diagnosis and treatment of diseases or for rehabilitation or long-term care. This definition concerns the use of medicines, use of medical equipment, medical procedures and activities of medical personnel. Health technology assessment contributes to safe, effective policy in health, which focuses on the patient's needs and at the same time it is aimed at achieving the highest values from the point of view of society

KEY WORDS: health technology assessment, evidence-based medicine, clinical guideline, article checklist.

Рецензент: к.мед.н. О. О. Дудіна

І. Б. МАРЦІНКОВСЬКИЙ (Миколаїв)

НАРОДНІ ЦІЛИТЕЛІ У ЖИТТІ ТА ТВОРАХ Т.Г. ШЕВЧЕНКА

ВСП “Миколаївський морський медичний центр” ДП “Миколаївський морський торговельний порт”.

Порівнюючи біографію Т. Шевченка та його художні твори, в статті показано, що поет-художник, напевне, був знайомий з лікувальною практикою народних цілителів і знахарів, що жили на Україні. Враховуючи опис героїв літературних творів, показано ставлення Т. Шевченка до народних цілителів і представників наукової медицини.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **знахарі, народна медицина.**

У Російській імперії контроль за медичною допомогою покріпаченим селянам контролювало “Министерство государственных имуществ”. У 1856 році в його віданні було 18436839 ревізьких душ селян. Із звіту Міністерства державного майна виходить, що на всю цю кількість населення в 1856 році припадало 239 лікарів і ветеринарів. Дані подано сумарно, а звідси й встановити скільки було лікарів і ветеринарів окремо неможливо. На 18,5 млн ревізьких душ було 420 фельдшерів і 25 навчених повивальних бабок [8]. Разом з тим забезпеченість лікарями у різних губерніях Російської імперії середини XIX ст. була досить нерівномірною. У 3 із 71 губерній на одного лікаря припадало 200000 жителів, у 7 губерніях – 100000 жителів і в 15 – 50000. Тільки у двох губерніях один лікар у сільській місцевості обслуговував менше 10000 жителів [4. – С. 74]. В Україні, наприклад, у Полтавській губернії у 1863 році працювало 99 лікарів, тобто один лікар припадав на 190000 жителів [7].

Недостатня лікарська допомога у губернських і повітових містах, практична відсутність її у селах, дали широкий простір для діяльності знахарів і різного роду цілителів. До них змушений був звертатися народ за допомогою. Про цей вид медичної допомоги, який не згадується у статистичних матеріалах, можна почерпнути відомості з етнографічних досліджень та художніх творів, серед яких твори Т. Шевченка, Г. Квітки-Основ'яненка та інших письменників.

Мета роботи: показати образ народних цілителів в Україні у середині XIX ст. на прикладі творів Т. Шевченка.

Результати дослідження та їх обговорення. В Україні у середині XIX ст. лікарську медичну допомогу селяни не могли отримати через малу кількість повітових лікарів, віддаленість проживання від міст, де в основному проживали лікарі та відсутності матеріальних засобів для виконання рекомендацій лікаря, особливо для придбання ліків. До хворого лікарі виїздили

тільки в окремих випадках, тому сільським жителям доступніші були народні цілителі, які були з їхнього середовища і проживали в одній громаді, використовували засоби прадавньої народної медицини, та багатотисячний досвід українського народу щодо лікувальних властивостей харчових продуктів та дикоростучих рослин [1, 2. – Т.1. – С. 158, 179; – Т.2. – С. 657-662, 679-681].

Не можна не відмітити, що кожен селянин володів певним мінімумом знань з народної терапії, які застосовував для себе, своїх близьких і знайомих. Зрозуміло, що арсенал ліків, застосовуваних широким загалом, включав традиційні “домашні засоби”, які завжди були під рукою – з поля, з городу біля хати, з домашнього господарства та з лісу: городні, садові, технічні культури, дикорослі трави, ягоди, частини дерев і кушів, тваринні продукти, мінерали тощо.

Більшими медичними знаннями і досвідом володіли старші люди і жінки, які знали терапевтичні властивості рослин, пору і час їх збирання, уміли готувати різноманітні відвари, настої, мазі, тощо. При важчому перебігу хвороби, коли самі собі допомогти не могли, зверталися до сільських знахарів, бабів-повитух, костоправів, кровопускателів. Ці народні цілителі майже повсюдно надавали медичну допомогу селянам по селах і хуторах, у силу своїх знань і можливостей. Етнографічні матеріали XIX ст. дають нам багатий матеріал про цих народних цілителів.

В Україні знахар користувався повагою. В той же час їх правовий статус в XIX ст. нічим від односельців не відрізнявся. У практиці народних методів лікування поєднувалися раціональні методи з ірраціональними: лікування на фармакологічній основі з магічними діями. Не можна не відмітити, що серед простих людей і цілителів траплялися добрі знавці народної фітотерапії, засоби лікування яких базувалися на фармакологічних знаннях отриманих досвідом багатьох поколінь. Правда, серед народних цілителів були й спритні шарлатани, які наживалися на марновірстві селян. Часто знахарі асоціювалися не з цілителями, а з гадалками і ворожбитами,

що знайшло своє відображення й у творах Т. Шевченка: “Трохим мой хотя и не знахарь, а будущее определяет не хуже любого знахаря” [12. – Т.4. – С. 229].

Відомо, що батьки Т. Шевченка померли у молодому віці. Мати майбутнього поета-художника Катерина Шевченко (Бойко), як згадують рідні, часто хворіла на застудні захворювання, з якими боролися самотужки. Г. Шевченко, батько малого Тараса, захворівши осінню під час чумацької мандрівки пролежав всю зиму і помер весною 1825. Тарасові батьки, скоріш за все, за допомогою до лікаря не зверталися, а чи надавали їм допомогу місцеві знахарі, ми не знаємо через відсутність бодай-яких документів.

До нас дійшов виконаний у період осені 1829-го – лютого 1830-го років у Вільно малюнок “Портрет батька”. У Петербурзі 1841 року Т. Шевченко виконує малюнок “Знахар”, що є ілюстрацією до однойменного твору Г. Квітки-Основ’яненка. Г. Квітка-Основ’яненко у листі до Т. Шевченка від 22 березня 1841 року писав: “Я списав нашого “Знахаря”. І як треба до нього картинки, то я ваших вирізав та і послав йому (О.П. Башуцькому – І.М.), бо на виду він настояще так дивиться, як треба знахарю, що одурює народ і мошенича” [3. – Т.IV. – С. 628]. На основі цього малюнка Т. Шевченко спеціально виконав ілюстрацію для збірника “Наши, списанные с натуры русскими” (СПБ, 1841). На звороті варіанту ілюстрації є ескіз “Біля хворого” [10. – Т.1. – С. 242]. Зпівставивши та проаналізувавши подібність персонажів обох малюнків В. Яцюк доводить, що малюнок “Портрет батька” був своєрідним фігуративним прототипом образу малюнку “Знахар” [11. – С. 202-206].

Образ знахаря у різних прозових творах Т. Шевченка є цікавим, бо ні один із них не подібний із малюнковим портретом, що також може підтверджувати приведену версію. У повісті “Варнак” побіжно змальовано образ знахарки: “...я сильно заболел. Меня привезли товарищи на хутор в лесу близ Дубно, к старухе знахарке и там оставили. Старуха меня кормила и лечила, как знала” [12. – Т.3. – С. 144]. Вказаний і результат лікування: “С октября месяца я пролежал до апреля, почти не двигаясь; в конце апреля я мог встать на ноги и перейти в другой угол хаты” [12. – Т.3. – С. 144]. У тій же повісті “Варнак” змальований портрет чоловіка знаха-

ря з прекрасним, благородним обличчям, обложеним білою бородою, що викликало довір’я, але “лекарства его все-таки мне не помогли” [12. – Т.3. – С. 148]. Образ знахарки (“знахурки”) із “Наймички” згаданий художньо скупко, однією фразою, а от образ угорського мандрівного знахаря з цієї ж повісті виписаний із знанням у деталях одягу, поведінки, переліку пляшечок із ліками, хоч і без опису обличчя. Обидва останні герої в тексті мають негативний відтінок [12. – Т.3. – С. 78-79, 117, 119].

Через відсутність можливості отримання селянами бодай елементарної медичної допомоги, їхня безграмотність і забобонність окремі представники сільських громад використовувало знахарство, без хоча б у загальних рисах вивчення досвіду народної медицини, тільки як засіб для збагачення. Один із таких шарлатанів зображений Г. Квіткою-Основ’яненком у повісті “Знахар” [3. – С.212 – 230]. Використавши довірливість односельців і одночасно будучи від природи добрим психологом, герой повісті, не надаючи медичної допомоги та застосовуючи відвертий обман, ставився до свого ремесла тільки для отримання матеріального зиску і таки досяг у цьому певних успіхів.

У художніх творах та у біографії Т. Шевченка згадуються цілий ряд рослин (малина, шавлія, ромашка, астрагал чи естрагон) та мінерал (“семибратська кров”), що застосовувалися у народній медицині [5, 6]. У 1847 році Т. Шевченко приймав якийсь “рослинний порошок зеленуватого кольору для приготування “лікарської” настойки”, яку виїжджаючи до Седнева, подарував В. Забілі [9].

Висновки

1. У прозових творах та ілюстрації до повісті Г. Квітки-Основ’яненка “Знахар” Т. Шевченко зобразив різні типи народних цілителів.

2. За творами Т. Шевченка і Г. Квітки-Основ’яненка знахарська медична допомога була, переважно, формою обману сільського населення для власного збагачення, за винятком окремих випадків, як, наприклад, у Шевченковій повісті “Варнак” але недостатньо ефективною.

3. Згадані у творах народні медикаментозні прописи та використання Т. Шевченком цих методів лікування дозволяє припустити, що поет-художник міг бути знайомим з народними цілителями.

Список літератури

1. Болтарович З. Є. Народна медицина українців/З. Є. Болтарович. – К.: Наукова думка, 1990. – 229 с.
2. Де ля Фліз Д. П. Медико-топографическое описание государственных имуществ Киевского округа... (1854): Альбоми/Де ля Фліз Д. П. – Т.1. – К. 1996. – 244 с., – Т.2. – 1999. – 687 с.
3. Квітка-Основ’яненко Г. Ф. Зібрання творів у семи томах/Г. Ф. Квітка-Основ’яненко. – К.: Наукова думка, 1981. – Т.VI. – С. 212-230; 328.

4. Левит М. М. Становление общественной медицины в России/М. М. Левит. – М.: Медицина, 1974. – 230 с.
5. Марцінковський І. Б. Медикаментозні прописи в творах Т.Г. Шевченка / І. Б. Марцінковський // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2005. – №4. – С. 87-89.
6. Марцінковський І. Б. Медикаментозні прописи в біографії Т.Г. Шевченка / І. Б. Марцінковський // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2006. – №3. – С. 129-131.
7. *Медицинский вестник.* / – 1863.– №29. – С. 276.
8. *Современная хроника России.* Из отчёта министра государственных имуществ // Отечественные записки. – 1858. – №11-12. – С. 2-5.
9. *Спогади* про Тараса Шевченка. – К.: Дніпро, 1982. – С. 165.
10. *Шевченківський словник.* – К.: УРЕ, 1978. –Т.1. – 414 с.; –Т.2. – 408 с.
11. *Яцюк Володимир.* Се мій батько. В сім'ї вольній новій. Шевченківський зб. / *Володимир Яцюк* . Вип. 5. – К.: Рад. письменник, 1989. – С. 202-206.
12. *Шевченко Тарас.* Зібрання творів у шести томах (видання, автентичне 1-6 томам “Повного зібрання творів у дванадцяти томах”). – К.: Наук. думка, 2003. – Т.3. – 589 с.; – Т.4. – 595 с.

НАРОДНЫЕ ЦЕЛИТЕЛИ В ТВОРЧЕСТВЕ Т.Г.ШЕВЧЕНКО

И. Б. Марцинковский (Николаев)

Сопоставляя биографию Тараса Шевченко и его художественные произведения, в статье показано, что поэт вероятно, был знаком с лечебной практикой народных целителей и знахарей проживающих в Украине. На основании описания героев литературных произведений показано отношение Т.Шевченко к народным целителям и представителям научной медицины.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **знахари, народная медицина.**

FOLK HEALERS IN THE WORKS OF T.G.SHEVCHENKO

I. B. Martsinkovskyi (Mykolaiv)

Having compared the biography of Taras Shevchenko and his works, the article shows that perhaps, the poet had have known the medical practice of folk healers and sorcerers lived in Ukraine. On the basis characters of his literary works have been shown the attitude of T. Shevchenko to folk healers and representative of science medicine.

KEY WORDS: **sorcerers, folk medicine.**

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: 02099, м. Київ, пров. Волго-Донський, 3) 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 60 у.о. 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 (повністю)**, 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 російською, українською та англійською мовами з обов'язковим зазначенням прізвищ та ініціалів авторів цими мовами**, обсягом не більше 1/3–1/2 с.

- Статті набираються на комп'ютері в програмі Word, зберігаються у форматі .rtf і подаються роздруковані з дискетою. Текст реферату слід друкувати шрифтом 12 пунктів з міжрядковим інтервалом – 1,5, додержуючись таких розмірів берегів (полів): верхній і нижній – 20 мм, лівий – 25 мм, правий – 10 мм. Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) будуються в програмах Word або Excel та у вигляді окремих файлів і разом із текстовим файлом подаються на дискеті.

- На першій сторінці зазначаються: **індекс УДК ліворуч, ініціали та прізвища авторів, місто в дужках, назва статті, назва установи, де працюють автори.**

- Список літератури подається відразу під текстом 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. Оформлення бібліографії здійснюється за новим стандартом з бібліографічного опису ДСТУ ГОСТ 7.1:2006. Скорочення слів і їх поєднань наводять 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 зразу після першого посилання на них. У підписі до рисунка наводять його назву, пояснення всіх умовних позначень (цифр, букв, кривих тощо). Таблиці повинні бути компактними, пронумерованими, мати назву. Нумери таблиць, їх заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, мають точно відповідати наведеним у тексті. Формули надаються зробленими у редакторі формул Microsoft Equation 3.0.
- Позначки різних мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень слід наводити відповідно до Міжнародної системи одиниць (СІ), медичні терміни - згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань - за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, лікарські засоби - за Державною Фармакопеею (X,XI). Назви фірм і апаратів треба давати в оригінальній транскрипції.
- Скорочення у тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Абревіатура розшифровується після першого згадування і залишається незмінною протягом усього тексту.
- У рефератах потрібно вказати назву статті, ініціали та прізвище автора (авторів), місто в дужках, лаконічно викласти зміст статті.
- 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.
- Придбати журнал Ви зможете за передплатою та в роздріб. Вартість передплати за один номер для юридичних та фізичних осіб становить 12 грн 50 коп. З приводу придбання звертатися за тел. : (0352) 52-80-09.

Редакційна Рада

ДО ВІДОМА РЕКЛАМОДАВЦІВ

З 1999 р. видається журнал "Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України".
Тематика журналу:

- питання державної політики охорони здоров'я;
- концептуальні основи реформування галузі;
- дослідження та прогнозування здоров'я населення;
- питання управління, економіки та інформатизації системи охорони здоров'я;
- проблеми підготовки медичних кадрів;
- правове та інформаційне забезпечення галузі тощо.

Крім того, на сторінках журналу розміщуються різноманітні рекламні матеріали.

Періодичність випуску журналу – раз на квартал.

Слід зазначити, що журнал розрахований на керівників закладів охорони здоров'я усіх рівнів (головні лікарі районних, міських, обласних лікарень і санепідемстанцій), співробітників кафедр соціальної гігієни та організації охорони здоров'я, кафедр і циклів медичної інформатики медичних закладів освіти, науковців-медиків та лікарів різних спеціальностей, студентів вищих медичних закладів освіти та курсантів закладів післядипломної освіти.

Розцінки на розміщення реклами:

кольорова на вклейці: двостороння – 300 у.о., одностороння – 170 у.о.

чорно-біла на аркушах формату А4 – 100 у.о.

рекламні статті – 150 у.о. за 1 авт. арк. (40 000 знаків).

З приводу розміщення Вашої реклами в журналі звертайтеся за телефоном: (044) 576-41-09.

З надією на плідну співпрацю

Головний редактор,
Директор Українського інституту
стратегічних досліджень МОЗ України,
доктор медичних наук, професор

Г.О. Слабкий

ДО ВІДОМА КЕРІВНИКІВ ОРГАНІВ І ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 04.05.93 №326 “Про концепцію побудови національної статистики України та Державну програму переходу на міжнародну систему обліку і статистики”, рекомендації ВООЗ та наказу МОЗ України від 08.10.98 №297 “Про перехід органів і закладів охорони здоров'я України на Міжнародну статистичну класифікацію хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду”, у галузі охорони здоров'я використовується Міжнародна класифікація хвороб десятого перегляду (МКХ-10).

МКХ-10 підготовлено і видано Українським інститутом громадського здоров'я (1998 р.) українською мовою, видання містить уточнення, які не порушують міжнародного статистичного співставлення.

Оскільки ще не всі медичні заклади та підрозділи мають МКХ-10 і досі користуються МКХ-9, що вносить плутанину у статистичну облікову документацію щодо переліку діагнозів та синдромів захворювання, Український інститут громадського здоров'я МОЗ України (з 2008 р. – ДУ “Український інститут стратегічних досліджень” МОЗ України) пропонує придбати видання МКХ-10 (3 томи), вартість якого становить 120 грн.

Директор Українського
інституту стратегічних досліджень МОЗ України,
доктор медичних наук, професор

Г.О. Слабкий

Адреса редакції

02099 м. Київ, пров. Волго-Донський, 3
телефон (044) 576-41-19, 576-41-09, E-mail: health@uiph.kiev.ua

Адреса видавництва

46001, м. Тернопіль, Майдан волі, 1
Видавництво “Укрмедкнига” Тернопільського державного медичного університету
ім. І.Я.Горбачевського
телефон (0352) 52-44-92, 52-41-83, 52-72-33
Розрахунковий рахунок видавництва №35307312101 в Нац. банку м. Тернополя МФО 338415
Код ЄДРПОУ 23587539
для зарахування Тернопільського медичного університету на рахунок 07060223000067/1
для журналу “Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я України”

Редактор: О.В. Шумило

Художнє оформлення: Н.О. Іщенко

Технічний редактор: С.Т. Демчишин

Комп’ютерна верстка: О.І. Пухальська

Перекладачі: Н.Т. Кучеренко, Н.В. Шаповалова

Підписано до друку 25.11.2009. Формат 60x84/8. Папір офсетний.
Друк офсетний. Ум. друк. арк 10,46. Обл.-вид. арк. 11,20. Наклад 600. Зам. №280