

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

4

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 №12 від 22.12.2009)*

Передплатний індекс – 22867

Здоров'я і суспільство

Голяченко О. М. Доказова соціальна медицина. 5

Лазоришинець В. В. До питання захворюваності населення на хвороби системи кровообігу та організації медичної допомоги. 9

Любінець О. В. Тенденції смертності населення України від нещасних випадків, самогубств та інших зовнішніх чинників. 14

Савицький В. Л., Устінова Л. А., Хижняк М. І. Особливості епідемічного процесу гострих кишкових інфекцій в Збройних Силах України та протиепідемічного забезпечення військ на сучасному етапі. 19

Стовбан І. В. Особливості соціального статусу інвалідів внаслідок туберкульозу легень. 23

Управління охороною здоров'я

Бичков В. В. Управління службою медицини катастроф при медичних наслідках дорожньо-транспортних пригод. 28

Економіка охорони здоров'я

Бекало М. С. Підходи до удосконалення договірних відносин у медичному страхуванні. 33

Голяченко Г. Б. Вартість лікування дітей та підлітків, хворих на хронічні дерматози, у м. Тернопіль за 2001–2008 рр. 39

Вітовська О. П. Оцінка соціальної та економічної ефективності Національної стратегії боротьби із глаукомою 45

Організація медичної допомоги

Михайленко П. М., Ринда Ф. П. Політика досягнення здоров'я для всіх: Україна у європейському контексті. 51

Лопін Є. Б. Аналіз завантаженості лікувальних закладів охорони здоров'я Збройних Сил України пацієнтами на прикладі двох військових госпіталів. 56

Луньова А. Г., Толстанов О. К. Концепція створення централізованих регіональних клініко-діагностичних лабораторій. 64

Шутурмінський В. Г. Забезпеченість частковими знімними протезами жителів Одеської області за десятирічний період. 68

Health and society

Golyachenko A.M. The evidence in social medicine. 5

Lazoryshynets V. V. To the question of the population morbidity by illnesses of blood circulation system and organization of medical care. 9

Lyubinets O. V. Mortality trends due to accident, suicide and other external impact in Ukraine. 14

Savytskyi V. L., Ustinova L. A., Khyzhnyak M. I. Modern peculiarities of epidemic process and anti-epidemic support of units related to acute intestinal infections in Ukrainian Armed Forces. 19

Stovban I. V. Features of social status of the disabled as a result of tuberculosis. 23

Health care management

Bychkov V. V. Management of medicine disasters service at medical consequences of road and transport incidents. 28

Health care economy

Bekalo M. S. Approaches to improvement contractual relations in medicine insurance. 33

Holyachenko H. B. The cost of treating children and adolescents suffering from chronic dermatitis, in Ternopil for 2001 - 2008 years. 39

Vitovska O. P. Social and economic effectiveness of National strategy for primary glaucoma control in Ukraine al responsibility. 45

Organization of medical care provision

Mihaylenko P. M., Rynda F. P. Achievement policy of Health for All: Ukraine in the European context. 51

Lopin Ye. B. The analysis of patients' congestion of medical facilities of Armed Forces of Ukraine by the example of two military hospitals. 56

Lunyova A. G., Tolstanov O. K. The concept of creation of the centralized regional clinical and diagnostic laboratories. 64

Shuturminskiy V. G. Security partial removable dental prosthesis of population of the Odessa region for the ten years' period. 68

Мамчура М. В. Аналіз особливостей соціального забезпечення дітей-інвалідів.

72

Mamchura M. V. Analysis of social support peculiarities of handicapped-children.

Самотовка О. Л. Характеристика задоволеності жінок, хворих на передракові та злоякісні захворювання статевих органів, якістю медичного обслуговування.

76

Samotovka O. L. Characteristic of quality of medical care satisfaction of women with precursor diseases and cancer of the female reproductive tract.

Інформатизація охорони здоров'я

Ковальова О. М. Аналіз комп'ютерно-інформаційного забезпечення служби дитячої анестезіології та інтенсивної терапії України.

82

Informatics in health care

Kovalyova O. M. Analysis of computer and informational provision of the service of pediatric anesthesiology and intensive care in Ukraine.

Килівник В. С., Галаченко О. О., Кузьмін І. В. Інформаціологічні моделі функціональних систем організму та їх роль у прийнятті клінічних рішень.

86

Kilivnik V. S., Galachenko A. A., Kuzmin I. V. Informatiological models of functional systems of a man's organism and their role in taking clinical decisions.

Медична термінологія

Тітов Г. І., Волошин В. О., Зозуля Д. В. Визначення термінів та понять в Глосарії військової медицини.

90

Medical terminology

Titov G. I., Voloshin V. A., Zozulya D. V. Defenition of terms and concepts in Glossary of military medicine.

Ювілеї

Нагорна Антоніна Максимівна (до 70-річчя від дня народження).

97

Anniversaries

Nahorna Antonina Maxsymivna (to the 70-anniversary from birthday).

ДОКАЗОВА СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

Проаналізовані актуальні проблеми соціальної медицини в Україні.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **Соціальна медицина, доказова медицина**

Через тисячі років існування медицина дійшла висновку, що її приписи мають спиратись на вірогідну інформацію.

“Лікар-мислитель подібний Богу” – це визначення гіппократівських часів з позицій сучасності означало, що тільки той лікар, який був здатен осмислити обсяг даних, накопичений на той час, міг ефективно виконувати свої функції. Можна зверхньо відноситись до обсягу знань, яким володіла медицина у стародавні часи, але якщо проаналізувати ситуацію критично, то по суті лікар-періодевт гіппократовських часів і сучасний сімейний лікар здатні осмислити самотужки однаковий обсяг даних. Різниця полягає в тому, що лікар-періодевт спирався у своїх висновках на інтуїцію і досвід, а сучасний лікар – на дані, оброблені за допомогою математичних методів та інформаційних технологій. Правда, сучасний український сімейний лікар досі не має в своєму розпорядженні ні персонального комп'ютера, ні відповідних інформаційних програм, тому в принципі діє так, як і його далекий попередник.

Отже, до XX сторіччя медицина була скоріше мистецтвом, ніж наукою. Вона накопичувала емпіричні дані і пробувала їх осмислити, спираючись на прецедент, у XX сторіччі вона почала ці дані обробляти за допомогою математичних методів, значно посиливши їхню вірогідність, чим і стала скоріше наукою, ніж мистецтвом.

У цьому історичному переході вирішальне значення мало виникнення соціальної медицини. На початку XX сторіччя були сформульовані її визначення, мета і завдання. В якості основних вона взяла на озброєння статистичні та епідеміологічні методи, чим відразу набула рис точної науки і сприяла поширенню цих методів в клінічну і фармацевтичну практику.

Наприкінці XX сторіччя з'являється визначення “доказова медицина”, яке характеризує медичну практику як таку, що заснована на сучасній технології пошуку, аналізу та узагальнення новітньої та вірогідної наукової інформації [6]. Цим було остаточно утверджено положення, що

клінічна і фармацевтична практика, яка з кожним роком стрімко нарощувала обсяг даних стосовно методів і засобів лікування, мала відбирати і застосовувати лише ті з них, які були корисними для життя і здоров'я хворих та були економічно доцільними. Що стосується соціальної медицини, то будучи з моменту свого виникнення “доказовою”, вона постійно прагнула розширити обсяг математичних методів та інформаційних технологій для аналізу громадського здоров'я і його охорони.

Перший систематизований курс соціальної медицини під назвою “громадська гігієна” був прочитаний видатним українським громадським лікарем, одним із фундаторів громадської (земської) медицини О. В. Корчаком-Чепурківським в 1906 р. в Київському Комерційному інституті. Цілі і завдання нової науки О. В. Корчаком-Чепурківським були сформульовані на основі аналізу 30-річної діяльності земських дільничних лікарень, які вперше в світовій історії медицини запровадили суцільну реєстрацію захворюваності населення. Було доказано, чим хворіє людина, якою є інтенсивність захворюваності і якою має бути мережа лікарняних закладів, щоб медична допомога при захворюваннях була ефективною і доступною для людей. Той факт, що перший курс соціальної медицини був прочитаний поза межами вищої медичної школи засвідчив, по-перше, консерватизм тодішньої медицини, яка не зразу зрозуміла значення нової науки, а, по-друге, широту її зацікавлень, з якими мають бути обізнані не лише медики, а й господарники, політики тощо, від діяльності яких громадське здоров'я залежить, як виявилось пізніше, вирішальною мірою.

Досвід суцільної реєстрації захворюваності населення, запроваджений земською медициною, досі залишається унікальним в світовій практиці. Т.з. цивілізовані країни не спромоглися його запровадити, обмежившись опитуванням вибіркового групи людей.

Поступово горизонти соціальної медицини як науки розширювались, і під сучасну пору їх можна трактувати наступним чином.

Пусковим елементом є дані про здоров'я людності, передусім про її захворюваність і смертність. Ці дані вітчизняна медицина отримує, як сказано вище, шляхом суцільної реєстрації захворювань і смертей.

На підставі даних про громадське здоров'я розвивались засади організації охорони здоров'я, які включали профілактику, діагностику, лікування і реабілітацію хворих. В основу організації охорони здоров'я громадською медициною був запроваджений дільничний принцип. Її уособлював дільничний лікар, який надавав основний обсяг медичної допомоги. Подальша еволюція організаційних засад охорони здоров'я призвела до побудови трирівневої системи медичних закладів, кожний з яких мав чітко окреслені мету і завдання. Для аналізу діяльності цієї системи була запроваджена суцільна реєстрація амбулаторних відвідувань пацієнтів і випадків стаціонарного лікування, що давала змогу отримати дані стосовно потреби в матеріально-кадрово-му забезпеченні системи.

Ще на зорі свого існування соціальна медицина дійшла висновку про соціальну обумовленість здоров'я; кожна хвороба, по суті, є соціальною – таким був її основний постулат. Однак саме це положення зробило соціальну медицину заручницею дій правлячої верхівки, відповідальної за стан справ в суспільстві. Коли в країні утвердився новий соціалістичний лад, який мав за мету побудову соціального суспільства, в якому кожний працював згідно здібностей, а отримував згідно потреб, охорона здоров'я мала стати чи не найвагомим аргументом, що мав доказати ефективність цього ладу. Докази мала надати соціальна медицина. Перше покоління соціальних медиків, що вийшло з надр громадської медицини, цих доказів не надало, бо дані про захворюваність і смертність людності свідчили про зворотнє.

Тоді трапилося непередбачуване. Перше покоління фундаторів соціальної медицини було частково знищене, частково відсторонене від роботи, а сама наука заборонена. Було ліквідовано суцільну реєстрацію хвороб і смертей людності; охорона здоров'я почала розвиватись шляхом емпіричних проб, волюнтаристських рішень, заснованих на ідеологічних догмах і припущеннях.

Успіхи поєднувались з прорахунками. Ґрунтуючись на припущенні, що новий лад в короткі терміни призведе до корінного оздоровлення людності і ледве не до масового поширення фізіологічної старості, нове покоління соціальних медиків висуває положення про відмирання стаціонарів і про пріоритетний розвиток поліклінік, які мали забезпечити профілактику (диспансеризацію), діагностику і лікування хвороб. Це ніби само по собі вимагало значно менших затрат на охорону здоров'я, які порівняно

із громадською медициною знизились в десятки разів. Найприкрішим стало те, що дільничний лікар, лікар-енциклопедист, який до того ніс основну відповідальність за здоров'я пацієнта, загубився в нетрях поліклініки, перетворився в її упосліджений "гвинтик", і на місце індивідуальної відповідальності за здоров'я пацієнта прийшла колективна, де всі за одного, а один за всіх, де неможливо знайти правого і винуватого.

Іще одним емпіричним організаційним рішенням, яке було прийняте всередині 60-х років минулого сторіччя і мало фатальні наслідки для розвитку охорони здоров'я, став курс на її тотальну спеціалізацію. Цей курс остаточно звів нанівець дільничну медицину і значно поглибив колективну безвідповідальність за здоров'я пацієнта...

Після десятиліть заборони і жорстоких переслідувань всередині минулого сторіччя соціально-медичні дослідження відновлюються, але відповідних умов для розвою соціально-медичної думки не отримують. Ідеологічні марксистсько-ленінські постулати в своєму розвитку сягають теорії утворення єдиної людської спільноти – радянських людей. Саме на підставі цієї "теорії" нове покоління соціальних медиків, не обтяжене моральними принципами своїх фундаторів і настрашене їхньою гіркою долею, висуває положення про соціальну однорідність здоров'я радянських людей [3]. Виникає протиріччя: з одного боку, не спростовується соціальна обумовленість здоров'я, а з іншого утверджується його соціальна однорідність.

Дисонансом з теорією соціальної однорідності здоров'я людності виступає організація його охорони. В її основу ще в 30-і роки, коли були заборонені соціально-медичні дослідження, був покладений не соціально-медичний, а класовий підхід. З позицій цього підходу робітничий клас, як провідний в суспільстві, мав забезпечуватись переважаючою медичною допомогою. До територіальної мережі медичних закладів, яка існувала в містах і селах, у містах, де зосереджувався робітничий клас, додається виробнича мережа (медико-санітарні частини). Нормативи матеріально-технічного забезпечення медичних закладів у містах суттєво вищі порівняно із сільською місцевістю. Крім того, існував ще один соціальний прошарок – правляча номенклатура, яка мала спеціальну закриту мережу медичних закладів під назвою "лечсанупр". Тут були створені значно ліпші матеріальні умови, не існувало фінансових обмежень на медикаментозне забезпечення тощо. Цікава деталь, яка ілюструє повне нехтування теорією соціальної однорідності здоров'я і підкреслює антисоціально-медичну сутність радянської охорони здоров'я: посада дільничного лікаря реєструвалась на 2500 сільських мешканців, 1700 міських і 500 осіб, прикріплених до "лечсанупров".

Після відміни заборони на соціально-медичні дослідження найбільшого розмаху отримує вивчення соціальної обумовленості окремих хвороб, які засвідчують суттєві розбіжності в їхній поширеності залежно від умов і способу життя людей. Однак не обходиться без порушень доказової медицини. Прагнучи довести скороминущість цих розбіжностей, дослідники не помічають фальсифікацій в реєстрації захворюваності і смертності та діяльності закладів охорони здоров'я. Безсумнівні успіхи у зниженні смертності немовлят поєднуються зі штучним перебільшенням цього зниження за рахунок підробки медичних документів; обґрунтовується зникнення туберкульозу, сифілісу і гонореї як соціальних хвороб і доведення їх до поодиноких випадків; у звітах про діяльність медичних закладів "досягається" 100% охоплення контингентів профілактичними оглядами і таке ж 100%-е диспансерне спостереження за хронічними хворими, хоча трапляється, що ці хворі стоять на диспансерному обліку тривалий час після смерті.

Дослідження зв'язку між соціальними чинниками і рівнями захворюваності і смертності населення та про те, як цей зв'язок має впливати на організацію охорони здоров'я, залишаються вузьким місцем соціальної медицини. Наші тридцятирічні спостереження за впливом соціальних чинників на захворюваність людності дозволили зробити два основні висновки: по-перше, вивчення регіональних або територіальних відмінностей в стані здоров'я людей показало, що чим менша за своїм обсягом територія, тим вагоміші відмінності в стані здоров'я людей. Це може бути зумовлено лише одним: чим менша територія і чисельність людності, тим конкретнішим стає сполучення соціальних чинників здоров'я. Оця неповторність і своєрідність кожного такого сполучення визначає рівень здоров'я на конкретній території. Дія соціальних чинників постійно змінюється, що потребує постійного динамічного спостереження за ними або, як тепер прийнято говорити, моніторингу. Так, згідно вищезначеного 30-літнього моніторингу встановлено, що за ці роки 17 чинників, за якими йде спостереження (стать, вік, сімейний стан, освіта, професія, професійні шкідливості, подушний дохід, матеріальний достаток, житло, режим харчування, переважачий стан їжі, вживання тютюну, вживання алкоголю, психоемоційні перевантаження, психічні травми в анамнезі, стосунки в сім'ї та колективі, сон) суттєво збільшили диференціацію захворюваності в межах соціальних груп [1].

Звідси випливає, що поодиноких соціально-медичних досліджень, не об'єднаних єдиною методологією і методичними підходами, недостатньо для внесення корисних змін в організацію охорони здоров'я. Потрібна загальнодержавна система на зразок тої, яку запровадили фунда-тори соціальної медицини. Звісно, налагодити

суцільну реєстрацію хвороб і смертей у поєднанні із соціальними чинниками неможливо і нераціонально. Необхідно суцільний збір статистичної інформації доповнити вибірковою.

За основу має бути взято базовий рівень – адміністративний район у місті і селі. За пересічного числа мешканців на цьому рівні у 70-100 тисяч достатньо вибрати репрезентативну сукупність у 4 тис. осіб, яка дасть змогу отримати достовірні дані щодо здоров'я людності в розрізі основних соціальних чинників, соціальних прошарків і забезпечити провідникам охорони здоров'я базового рівня вкрай необхідну інформацію для прийняття оптимальних управлінських рішень на конкретній території в реальному часі. Накопичення даних в динаміці покаже тенденції соціальної обумовленості здоров'я, а для провідників більш високого рівня (область, держава) слугуватимуть сумарні дані.

Соціальна медицина мусить подати докази для корінного перегляду засад організації охорони здоров'я, які у своїй сутності зберігаються в самостійній Україні з радянських часів. Для цього вбачаються два основні напрями. Перший полягає в тому, щоб сімейний лікар, який іде на заміну дільничному і має охопити не менше 90% усього обсягу медичної допомоги, діяв з позицій соціальної медицини. Враховуючи, що соціальна медицина накопичила достатньо даних стосовно соціальної обумовленості найнебезпечніших хвороб, сімейний лікар має бути забезпечений комп'ютерними програмами, які дозволятимуть йому виділяти з-поміж його пацієнтів групи ризику стосовно цих хвороб і зосередити на них основні зусилля.

Другий напрям полягає в подоланні антисоціально-медичної сутності організації охорони здоров'я на державному рівні, яка з радянських часів в Україні не послабилась, а посилилась. В умовах побудови т.зв. ліберального ринку в Україні і зняття пресу ідеологічних догм соціальна медицина, однак, наштовхнулася на нові суттєві перепони. Основна з них – наукове обґрунтування соціального розшарування суспільства: які його критерії, в якому напрямку воно розвивається, яких меж має досягти і чим керуватись, диференціюючи стан здоров'я нації та обґрунтовуючи шляхи його поліпшення.

Досі запропоновані різні градації соціального розшарування українського суспільства. Градація перша [9]:

1) дуже багаті люди – олігархи, які нажились на паразитарному посередництві, великому експорті-імпорту;

2) багаті люди – власники бізнесу, що займаються переважно імпортом на український ринок зарубіжних неліквідів;

3) бізнесмени середнього достатку, займаються дрібними торгівлею, виробництвом та сферою послуг;

4) чиновництво, його стало вдвічі-втричі більше у порівнянні з радянськими часами;

5) бідні люди, живуть за рахунок найманної праці;

6) дуже бідні люди, живуть на мізерну пенсію, допомогу по безробіттю, Христовим іменем.

В українському підручнику із соціології [7] запропонована така соціальна градація або стратифікація українського суспільства: вищий прошарок власників (3%), середній клас (10%), низи (70%). Правда, де поділось ще 17% людинності в підручнику не вказано. Стверджується, що в радянському суспільстві соціальна різниця між прошарками складала 5-7 разів, тепер вона збільшилась до сотень разів.

Вищий клас власників послугами вітчизняної медицини не користується, а лікується за кордоном. Біди вітчизняної охорони здоров'я йому ще більш невідомі, ніж адміністративно-номенклатурній верхівці радянських часів. Середній клас послуговується переважно приватною медициною, яка частково зосереджена в приватних медичних закладах, а здебільшого під дахом державних медичних закладів, де розвинулась формально незаконна потужна приватна практика. Низи отримують мінімальну медичну допомогу в простих випадках, яку мають змогу оплатити. Дослідження показують, що лише 5% селян, що мають підвищений артеріальний тиск, отримують адекватне медикаментозне лікування, а 95% селян, що викликають швидку медичну допомогу, мусять оплачувати медикаментозне лікування. Більше того, до 30% викликів цієї допомоги до селян просто не доїжджають [5].

З позицій соціальної медицини незрозуміло, чому провідники української охорони здоров'я видають розпорядження, згідно яких державним і комунальним закладам охорони здоров'я дозволяється за окрему плату виділяти ліжкомісце підвищеної комфортності (як в "лечсанупре") та проводити додаткові обстеження і лікувальні заходи. Невже такий підхід сприятиме подоланню соціальних відмінностей в здоров'ї нації та його загальному поліпшенню.

Четверте завдання, яке має вирішувати соціальна медицина, це обґрунтування економічних механізмів діяльності охорони здоров'я. Це її найбільш вузьке місце. Громадська медицина добила пристойного рівня фінансування і не передбачала поділу ліжок за рівнем комфортності. Радянська медицина скоротила обсяг фінансування, зокрема заробітню платню медиків, порівняно із громадською, в десятки разів.

В той час, коли цивілізовані країни довели рівень фінансування охорони здоров'я до 10-15% власного валового внутрішнього продукту і вважають охорону здоров'я найважливішим чинником національної безпеки, в самостійній Україні цей відсоток упав до 2-3. Найприкріше те, що дехто з новітнього покоління соціальних медиків в Україні виправдовує подібне ставлення до охорони здоров'я нації.

В радянські часи український народ втратив надміру 15,4 млн осіб, в самостійній Україні – більше 6 млн. Такі підсумкові цифри вітчизняної доказової соціальної медицини.

Список літератури

1. *Голяченко О. М.* Соціальна медицина / О. М. Голяченко, К. М. Сокол, Г. О. Слабкий. – Тернопіль: Лілея, 2009. – 188 с.
2. *Чому вмирає українська людинність* // О. М. Голяченко, Г. О. Слабкий, І. Ю. Андрієвський [та ін.] // Нов. медицини і фармації. – 2008. – № 9. – С. 21–27.
3. *Лисицын Ю. П.* Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения / Ю. П. Лисицын М.: Медицина, 1987. – Т.1. – 432 с.
4. *Оцінка виконання Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002-2011 роки.* – К., 2006. – 204 с.
5. *Побережний А.* Організація швидкої медичної допомоги сільському населенню / А. Побережний Тернопіль: Лілея, 2007. – 95 с.
6. *Славина Н. Г.* Доказова медицина – нова клінічна парадигма XXI століття? / Н. Г. Славина // Мед. реабілітація, курортол., фізіотерапія. – 2005. – № 4. – С. 48-52.
7. *Танчин І. З.* Соціологія / І. З. Танчин. – Київ: Знання, 2008. – 351 с.
8. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію.* 2007 р. – К. – 283 с.
9. *Шульман Л.* Ринковий фундаменталізм / Л. Шульман // Універсум. – 2002. – № 11-12. – С.13-17.

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

А.М. Голяченко (Тернопіль)

Проанализированы актуальные проблемы социальной медицины в Украине.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **социальная медицина, доказательная медицина.**

THE EVIDENCE IN SOCIAL MEDICINE

A.M. Golyachenko (Ternopil)

The actual problems of social medicine in Ukraine are analysed.

KEY WORDS: **social medicine, evidensce medicine**

УДК 614.2:312.6:616-005

В. В. ЛАЗОРИШИНЕЦЬ (Київ)

ДО ПИТАННЯ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НАСЕЛЕННЯ НА ХВОРОБИ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Міністерство охорони здоров'я України

Проаналізовано рівень захворюваності населення України на хвороби системи кровообігу. Наведено результати організації медичної допомоги пацієнтам і завдання щодо удосконалення діяльності служби.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: хвороби системи кровообігу, захворюваність, смертність, організація медичної допомоги.

Сьогодні найпоширенішою патологією серед європейців є неінфекційні захворювання – серцево-судинні, онкологічні, нервової системи, цукровий діабет, хронічні респіраторні захворювання і захворювання опорно-рухового апарату, які в цілому викликають 86% усіх смертей в Європі [3]. Перше місце серед них займають хвороби системи кровообігу (ССК), частка яких становить половину усіх смертей в європейському регіоні.

Захворювання системи кровообігу є одним з найбільших “вбивць” – щорічно від цих хвороб помирає в середньому 1,9 млн європейців, або 42% від всієї кількості смертей [1]. Останнім часом кількість смертей від ССК в Західній Європі зменшується, водночас у Центральній і Східній Європі показники смертності від ССК вдесьтеро вищі, ніж в західному регіоні [2].

Серцево-судинні і судинно-мозкові захворювання зумовлюють майже дві третини усіх випадків смерті та третину причин інвалідності. Ці захворювання істотно впливають на тривалість життя населення [4].

Незважаючи на те, що хвороби системи кровообігу є головною причиною смерті населення економічно розвинутих країн, у більшості з них протягом останніх десятиліть реєструється стійка пропозиція динаміки показників здоров'я, пов'язання із цією патологією. В Україні спостерігається протилежна тенденція: за останні 25 років поширеність серцево-судинних захворювань серед населення зросла утричі, а рівень смертності від них – на 45% [5].

Мета роботи: проаналізувати захворюваність та динаміку смертності населення України від хвороб системи кровообігу і стан організації медичної допомоги даній категорії хворих.

Матеріали і методи. У роботі використано дані галузевої та державної статистики за 1995–

2008 рр.; застосовувалися методи системного підходу та бібліосемантичний.

Результати дослідження та їх обговорення. Враховуючи, що одним із основних медико-демографічних показників є смертність, на початку дослідження нами вивчено та проаналізовано динаміку рівня смертності населення внаслідок хвороб системи кровообігу.

За 1995–2007 рр. смертність населення від хвороб системи кровообігу зросла на 18,2% в цілому по Україні. У Закарпатській, Рівненській, Харківській, Волинській, Херсонській областях цей ріст був значно більшим – від 40,0% в Херсонській до 50,1% в Закарпатській. Водночас показник смертності значно коливався в регіонах. Найвищі рівні спостерігаються у Чернігівській (1490,0 на 100 тис. населення), Київській (1241,9), Житомирській (1237,0), Вінницькій (1219,0), Черкаській (1194,8) областях, найнижчі – у Миколаївській (839,3), Івано-Франківській (827,3), Закарпатській (710,4) областях та м. Києві (713,0). Перевищення максимального рівня в Чернігівській області над мінімальним в м. Києві досягає 2,09 разу.

Смертність жінок перевищує смертність чоловіків на 8,6% (1036,3 проти 954,3). Максимального рівня смертність жінок досягає в Чернігівській (1535,1), Черкаській (1348,3), Житомирській (1302,1) областях, чоловіків – у Чернігівській (1295,3), Житомирській (1151,1) та Луганській (1047,3) областях. Максимальний рівень перевищує мінімальний у жінок в 2,3 разу, у чоловіків – в 1,9 разу.

Мінімальний рівень смертності жінок спостерігається у Херсонській (850,2), Запорізькій (738,5), Закарпатській (706,2), Миколаївській (660,5) областях та в м. Києві (667,6). Мінімальний рівень смертності чоловіків спостерігається в Львівській (811,6) Волинській (787,9), Івано-Франківській (735,4), Закарпатській (693,5) областях та в м. Києві (667,8).

Головною причиною смерті в цьому класі хвороб є кардіосклероз, ішемічна хвороба серця (63,6%) та цереброваскулярні хвороби (21,9%). Найвищі рівні атеросклерозу та ішемічної хвороби серця спостерігаються у Вінницькій (1060,1 на 100 тис. нас.), Чернігівській (997,7) та Житомирській (966,7) областях; цереброваскулярних хвороб – у Сумській (550,4), Донецькій (406,0), Одеській (342,6), Луганській (301,5) областях та в м. Севастополь (416,6).

Смертність від цереброваскулярних хвороб у жінок на 27,2% вища, ніж серед чоловіків, а по регіонах – в Сумській (663,8), Донецькій (459,6), Одеській (401,2) областях та в м. Севастополі (491,5). Водночас смертність від гострого інфаркту міокарда серед чоловіків (25,6) в 1,7 разу вища, ніж серед жінок (15,3), а по регіонах в 2,1 разу вища в м. Києві (53,5), ніж в цілому по Україні (25,6). Високий рівень смертності від гострого інфаркту спостерігається в м. Севастополі (41,6), у Львівській (31,0), Київській (30,3), Дніпропетровській (29,4), Запорізькій (28,0) областях.

Структура смертності за причинами смерті в Україні у 2004–2008 рр. залишається незмінною порівняно із структурою смерті у 1990-х роках: на першому місці за кількістю смертних випадків стоять хвороби системи кровообігу, за ними у відповідній послідовності ідуть новоутворення, зовнішні причини смерті, хвороби органів травлення, дихання, інфекційні хвороби тощо.

Попри посилення впливу екзогенних причин, найбільш значущими у контексті пошуку резервів тривалості життя є хвороби системи кровообігу, що посідають одне з провідних місць у структурі захворюваності і є головною причиною інвалідності та смертності населення трудоактивного віку. Як відомо, збільшення частки хвороб системи кровообігу та новоутворень, тобто патологій переважно дегенеративного, інволюційного характеру, призводить до позитивних зрушень у динаміці середньої тривалості життя, оскільки від цих причин вмирають переважно у старшому віці. В Україні середній вік смерті від хвороб системи кровообігу у 2008 р. становив майже 70 років для чоловіків і 78 років для жінок, але порівняно з 1989 р. він скоротився на 3,3 року у чоловіків та 1,5 року у жінок. Це означає, що порівняно більше число смертних випадків відбувається у більш молодому віці. Якщо припустити, що середній вік смерті від хвороб системи кровообігу підвищиться на 5 років, чоловіки та жінки в Україні у 2006 р. змогли б прожити на 5–6 років довше, ніж фактично. Підвищення середнього віку померлих від цього класу хвороб на 10 років дало б змогу отримати 6–8 додаткових років життя, а повна ліквідація смертності від захворювань системи кровообігу забезпечила б приріст середньої тривалості життя на 15

років у чоловіків та 20,5 року у жінок. Високий показник у жінок обумовлений надмірною концентрацією смертей саме у класі хвороб системи кровообігу, що значно потіснив усі інші причини смерті.

Захворюваність на хвороби системи кровообігу серед всього населення в Україні у 2008 р. становила 2,5 млн (5363,6 на 100 тис. населення) і зросла порівняно з 2003 р. на 7,4%, з 2007 р. – на 2,3%. Всього у 2008 р. зареєстровано 25,6 млн хвороб системи кровообігу (5531,5 на 100 тис. всього населення). Поширеність цієї патології зросла за останні п'ять років на 20,3%, за останній рік – на 3,6%. Слід зазначити, що захворюваність на хвороби системи кровообігу знаходиться у прямій залежності від проблем економічного характеру, соціальної напруги, поширення шкідливих звичок серед населення.

У структурі поширеності хвороб серед всього населення України хвороби системи кровообігу посідають перше рангове місце з часткою 30,5%, у структурі захворюваності – друге місце з питомою вагою 7,6%.

Перебуває під диспансерним наглядом 15,0 млн (32500,2 на 100 тис.) хворих з патологією системи кровообігу, найбільше – у Полтавській, Донецькій, Закарпатській, Вінницькій областях. Регіональні аспекти поширеності хвороб системи кровообігу відображено на рисунку 1.

Позитивним явищем є зменшення захворюваності на гостру ревматичну гарячку, хронічні ревматичні хвороби серця, ревматизм (усі форми), як порівняно з 2003 р., так і з 2007 р., крім гострої ревматичної гарячки порівняно з 2007 р. (табл. 1).



Рис. 1. Регіональні аспекти поширеності хвороб системи кровообігу серед населення України у 2008 р. (на 100 тис. всього населення)

У 2008 р. зареєстровано 11,7 млн випадків (25 266,9 на 100 тис. населення) гіпертонічної хвороби, серед них вперше виявлених – 1,01 млн (2189,4 на 100 тис. всього населення). Порівняно

Таблиця 1. Динаміка захворюваності та поширеності хвороб системи кровообігу серед населення України у період 2003–2008 рр. (на 100 тис. всього населення)

Хвороба		Рік			Динаміка змін	
		2003	2007	2008	2008/2007	2008/2003
Гостра ревматична гарячка	п	48,8	21,5	17,9	83,26	36,68
	з	7,6	3,2	3,4	106,25	44,74
Хронічні ревматичні хвороби серця	п	487,5	454,9	441,6	97,08	90,58
	з	11,6	8,1	7,7	95,06	66,38
Ревматизм (усі форми)	п	536,3	476,4	459,5	96,45	85,68
	з	19,2	11,3	11,2	99,12	58,33

* п – поширеність, з – захворюваність

з 2007 р. захворюваність на цю хворобу знизилася на 15,5%, за останні п'ять років – зросла на 7,6%. Така сама закономірність спостерігається і щодо поширеності гіпертонічної хвороби, яка у 2008 р. порівняно з 2007 р. зменшилася на 15,5%, а за останні п'ять років зросла на 3,8% (рис. 2).

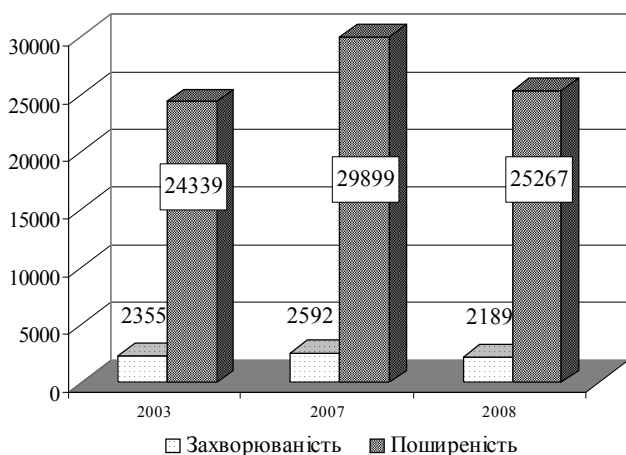


Рис. 2. Динаміка захворюваності та поширеності гіпертонічної хвороби у період 2003–2008 рр. (на 100 тис. всього населення)

У 2008 р. зареєстровано також 673,2 тис. вперше виявлених випадків ішемічної хвороби серця, 242,0 тис. випадків стенокардії, 50,4 тис. випадків гострого інфаркту міокарда. На 100 тис. дорослого населення ця кількість становила відповідно 1777,8; 639,2; 133,0; 991,7; 282,9. У 2008 р. всього звернулося в лікувально-профілактичні заклади 8,5 млн хворих з ішемічною хворобою серця (22566,0 на 100 тис. дорослого населення), 3,2 млн хворих зі стенокардією (8400,1 на 100 тис. дорослого населення).

Порівняно з 2007 р. захворюваність на ішемічну хворобу серця зросла на 3,1%, на стенокардію – на 2,8%, гострий інфаркт міокарда – на 3,0%.

Кардіологічна медична допомога як міському, так і сільському населенню сконцентрована у спеціалізованих центрах і диспансерах загальнодержавного підпорядкування, у клініках НДІ АМН України, а також в обласних медичних закладах – обласних лікарнях, спеціалізованих лікарнях і диспансерах. У секторах первинної та вторинної медичної допомоги кардіологічні хворі обслуговуються у спеціалізованих відділеннях (кабінетах). Закладів, котрі мають у своєму складі такі підрозділи, в цілому по Україні нараховується 934 (табл. 2).

Таблиця 2. Кількість амбулаторно-поліклінічних закладів (підрозділів), які мають кардіологічне відділення (кабінет)

Адміністративна територія	Кількість закладів
АР Крим	37
Вінницька	39
Волинська	18
Дніпропетровська	63
Донецька	93
Житомирська	27
Закарпатська	21
Запорізька	38
Івано-Франківська	32
Київська	31
Кіровоградська	22
Луганська	59
Львівська	45
Миколаївська	31
Одеська	46
Полтавська	39
Рівненська	29
Сумська	22
Тернопільська	25
Харківська	49
Херсонська	19
Хмельницька	30
Черкаська	29
Чернівецька	18
Чернігівська	20
м. Київ	47
м. Севастополь	5
Україна	934

Більшість ліжкового потенціалу третинної медико-санітарної допомоги галузі охорони здоров'я, як і в попередні роки, зосереджено на базі обласних лікарень, спеціалізованих лікарень і диспансерів У 2008 р. розгорнуто 16970 кардіологічних ліжок. Показник забезпеченості стаціонарними ліжками становить в середньому 3,69 ліжка на 10 тис. населення, від 5,86 у Чернігівській до 2,06 у Одеській області (табл. 3).

Таблиця 3. Ліжковий фонд системи МОЗ України

Адміністративна територія	Кардіологічні ліжка	
	абс.	на 10 тис. населення
АР Крим	621	3,17
Вінницька	465	2,81
Волинська	250	2,42
Дніпропетровська	1365	4,05
Донецька	1655	3,69
Житомирська	340	2,63
Закарпатська	500	4,03
Запорізька	865	4,75
Івано-Франківська	655	4,75
Київська	790	4,59
Кіровоградська	543	5,32
Луганська	950	4,08
Львівська	992	3,91
Миколаївська	357	2,99
Одеська	490	2,06
Полтавська	435	2,89
Рівненська	590	5,13
Сумська	395	3,34
Тернопільська	305	2,80
Харківська	832	3,01
Херсонська	390	3,55
Хмельницька	548	4,10
Черкаська	440	3,38
Чернівецька	435	4,83
Чернігівська	652	5,86
м. Київ	1000	3,67
м. Севастополь	110	2,91
Україна	16970	3,69

Роботу ліжок кардіологічного профілю у 2008 р. проаналізовано за такими показниками: середнє число днів зайнятості ліжка, середнє перебування хворого на ліжку, летальність та обіг ліжка (табл. 4).

У 2008 р. середнє число днів зайнятості ліжка кардіологічного профілю становило 349,10 дня, цей показник значно вищий за середній по Україні за всіма профілями (330,6).

Таблиця 4. Показники використання ліжкового фонду

Адміністративна територія	Середнє число днів зайнятості ліжка	Середнє перебування хворого на ліжку	Летальність	Обіг ліжка
АР Крим	348,12	12,22	2,04	28,50
Вінницька	348,36	11,41	0,94	30,54
Волинська	372,42	11,06	1,41	33,67
Дніпропетровська	341,90	12,54	0,88	27,27
Донецька	346,64	12,54	1,25	27,64
Житомирська	345,66	10,71	0,55	32,27
Закарпатська	359,62	11,38	0,91	31,61
Запорізька	355,09	13,07	1,88	27,17
Івано-Франківська	335,48	12,39	0,50	27,07
Київська	356,67	12,70	1,70	28,07
Кіровоградська	345,71	11,22	1,36	30,80
Луганська	350,90	12,41	1,53	28,28
Львівська	360,03	11,94	1,19	30,14
Миколаївська	343,47	14,03	1,38	24,48
Одеська	347,61	13,07	0,98	26,61
Полтавська	382,38	12,67	1,52	30,18
Рівненська	358,66	11,76	0,38	30,51
Сумська	334,28	12,25	1,45	27,28
Тернопільська	359,47	12,24	1,04	29,37
Харківська	326,53	11,94	0,74	27,34
Херсонська	349,29	11,74	0,82	29,76
Хмельницька	355,78	11,81	1,27	30,12
Черкаська	350,44	10,86	1,10	32,26
Чернівецька	382,97	12,52	0,22	30,58
Чернігівська	361,40	12,82	0,70	28,19
м. Київ	329,15	12,44	1,87	26,47
м. Севастополь	256,61	12,78	4,85	20,07
Україна	349,10	12,22	1,19	28,58

Середнє перебування хворого на ліжку становило по Україні 12,22 дня, від 10,71 у Житомирській до 14,03 у Миколаївській областях. Показник обігу кардіологічного ліжка – 28,58. Найнижчим він є у м. Севастополь – 20,07 та Миколаївській області – 24,48; найвищим у Волинській та Черкаській областях – 33,67 та 32,26 дня відповідно.

Середній показник летальності кардіологічних хворих по Україні становить 1,19 осіб, від 4,85 у м. Севастополь до 0,22 у Чернівецькій області.

Спеціалізована медична допомога кардіологічного профілю в Україні надається лікарями-кардіологами, ревматологами та серцево-судинними хірургами (табл. 5).

Таблиця 5. Чисельність та навантаження лікарів кардіологічної служби, динаміка та темпи змін показників

Чисельність Рік	1995	2000	2005	2008	2008/ 1995,%	Щорічний приріст, %
Кардіологи	2688	2706	2911	2993	+11,3	+0,8
Ревматологи	502	473	471	451	-10,2	-0,8
Серцево-судинні хірурги	232	232	315	362	+56	+3,5
Усього фахівців	3422	3411	3697	3806	+11,2	+0,8
Навантаження						
Поширеність хвороб системи кровообігу, абс.	12654574	17963419	23676731	25551492	202	5,6
Кількість випадків на 1 лікаря-кардіолога	4707,8	6638,4	8133,5	8537,1	81,3	4,7
Кількість випадків на всіх фахівців	3698,0	5266,3	6404,3	6713,5	81,5	4,7

У вересні 2008 р. відбувся IX Національний конгрес кардіологів України за участю лікарів та науковців з усіх регіонів України, а також фахівців з Австрії, Німеччини, Росії, США та Франції. На конгресі були затверджені нові рекомендації з профілактики та лікування хвороб системи кровообігу. Наголошувалося на необхідності широкого впровадження об'єднаних рекомендацій європейських товариств із профілактики серцево-судинних захворювань.

Серед досягнень вітчизняної кардіологічної служби конгресом були визначені наступні:

- розробка і затвердження "Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні" та "Програми попередження серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань;
- створення відділень та субспеціалізації з інтервенційної кардіології;
- затвердження клінічних класифікацій хвороб системи кровообігу;
- розробка стандартів діагностики та лікування серцево-судинних захворювань;
- впровадження в широку мережу кардіологічних закладів сучасних методів лікування;

- удосконалення діагностики та критеріїв тяжкості перебігу коронарогенних і некоронарогенних захворювань;

- створення мережі ліпідних центрів у регіонах України.

Висновки

1. Значна поширеність серцево-судинної патології, зростання кількості вперше виявлених випадків хвороб, важкі наслідки щодо працездатності та життя хворих, висувають ці захворювання на одне з перших місць в практиці охорони здоров'я.

2. Тенденції до підвищення рівня захворюваності населення на хвороби системи кровообігу та їх важливі для країни медико-демографічні наслідки вимагають підвищення якості надання спеціалізованої медичної допомоги та рівня профілактичної роботи, залучення на первинному рівні сімейних лікарів з метою раннього виявлення хвороб та формування навичок здорового способу життя.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з удосконаленням медичної допомоги пацієнтам із захворюванням системи кровообігу.

Список літератури

1. Доповідь про стан охорони здоров'я в Європі, 2005 рік [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.euro.who.int/Information Sources>. – Заголовок з екрану.
2. Європейська база даних "Здоров'я для всіх" [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.euro.who.int/hfadb?language=Russian>. – Заголовок з екрану.
3. Міжгалузева комплексна програма "Здоров'я нації 2008" / [за ред. В. М. Князевича]. – К., 2009. – 137 с.
4. Чепелевська Л. А. Тенденції смертності населення України за окремими класами хвороб та нозологіями: регіональний аспект / Л. А. Чепелевська, О. В. Любінець // Україна. Здоров'я нації. – 2008. – № 1 (5). – С. 40–43.
5. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2008. – К., 2009. – 360 с.

К ВОПРОСУ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ И ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В. В. Лазоришинец (Киев)

Проанализирован уровень заболеваемости населения Украины болезнями системы кровообращения. Представлены результаты организации медицинской помощи пациентам и задания относительно усовершенствования деятельности службы.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: болезни системы кровообращения, заболеваемость, смертность, организация медицинской помощи.

TO THE QUESTION OF THE POPULATION MORBIDITY BY ILLNESSES OF BLOOD CIRCULATION SYSTEM AND ORGANIZATION OF MEDICAL CARE

V. V. Lazoryshynets (Kyiv)

The level of the Ukrainian population morbidity by illnesses of blood circulation system has been analyzed. Results of the organization of medical care have been submitted to patients and tasks concerning improvement of service activity.

KEY WORDS: illnesses of blood circulation system, morbidity, mortality, organization of medical care.

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

УДК 314.4:614.8

О. В. ЛЮБИНЕЦЬ (Львів)

ТЕНДЕНЦІЇ СМЕРТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ, САМОГУБСТВ ТА ІНШИХ ЗОВНІШНІХ ЧИННИКІВ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Показано регіональні особливості смертності населення України від нещасних випадків, самогубств та інших зовнішніх дій за період 1995–2008 рр. Наведено рекомендації щодо зниження рівня смертності від дії зовнішніх чинників.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: смертність, зовнішні чинники, травматизм, самогубство, отруєння, регіони України.

Для забезпечення ефективності державної політики в сфері охорони здоров'я необхідним, передусім, є вплив на світогляд людей з метою формування особистого зацікавлення і відповідальності за збереження власного здоров'я, здоров'я членів своєї сім'ї, окремих професійних груп і суспільства в цілому [1]. На думку науковців, одним із визначальних складників виникнення гострої демографічної кризи в Україні є зростання медико-демографічних втрат внаслідок передчасної смертності, у структурі якої важливе місце посідає смертність від дії зовнішніх чинників – біля 8% [5–6]. Клас хвороб "Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників" займає третє місце в ієрархії причин смерті населення України.

Метою дослідження було виявлення регіональних тенденцій смертності населення України

від нещасних випадків, пов'язаних з транспортом, самогубств, випадкових отруєнь алкоголем та вбивств, які переважно формують високий рівень смертності від зовнішніх причин смерті.

Матеріали і методи. Матеріалом дослідження слугували дані Держкомстату України та ВООЗ про стан смертності населення в 1995–2008 рр. за класом "Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників" [2–4;7]. Їх основу склали інформація про рівень смертності населення в п'яти регіонах – Південно-Східному (Дніпропетровська, Донецька, Запорізька, Кіровоградська, Луганська, Харківська області), Південному (АР Крим, Миколаївська, Одеська, Херсонська області, м. Севастополь), Північно-Східному (Полтавська, Сумська, Чернігівська області), Центральному (Вінницька, Житомирська, Київська, Хмельницька, Черкаська області та м. Київ) та Західному (Волинська, Закарпатська, Івано-Франківська, Львівська, Рівненська,

Тернопільська та Чернівецька області), – визначених за рівнем розвитку, історичними особливостями, характерною медико-демографічною ситуацією. Проведено також порівняння стану смертності від зовнішніх дій в Російській Федерації, Білорусі, Польщі та Швеції.

У дослідженні застосовувались наступні методи: епідеміологічний, демографічний та медичної статистики.

Результати дослідження та їх обговорення. Смертність населення України за класом “Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників” за період з 1995 по 2007 рр. знизилась на 11,6%. Максимального рівня зниження досягло в Південному та Південно-Східному регіонах – на 18,4% та 17,3% відповідно. В складі цих регіонів позитивна динаміка спостерігалась в м. Севастополь (35,0%), Харківській області (30,1%), АРК (24,8%), За-

порізькій (22,1%) та Донецькій (20,7%) областях. Слід зазначити зменшення рівня смертності від травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх чинників і у м. Києві, де зниження досягло 40,7%. За цей самий період у Західному регіоні відбулось підвищення даного показника на 11,3%. Зростання смертності відмічено у всіх областях цього регіону, проте найбільшим воно було у Львівській (на 26,8%), Волинській (на 21,4%) та Івано-Франківській (на 19,6%).

У Центральному та Північно-Східному регіонах при незначних коливаннях рівень смертності залишився без змін. Лише в Житомирській області (Центральний регіон) відмічено його зростання на 23,6%. Аналогічна тенденція рівня смертності від травматизму спостерігається у Північно-Східному регіоні (рис. 1), а саме в Чернігівській області – 192,2 на 100 тис. населення, що в 1,35 разу вище за рівень по Україні (141,9).

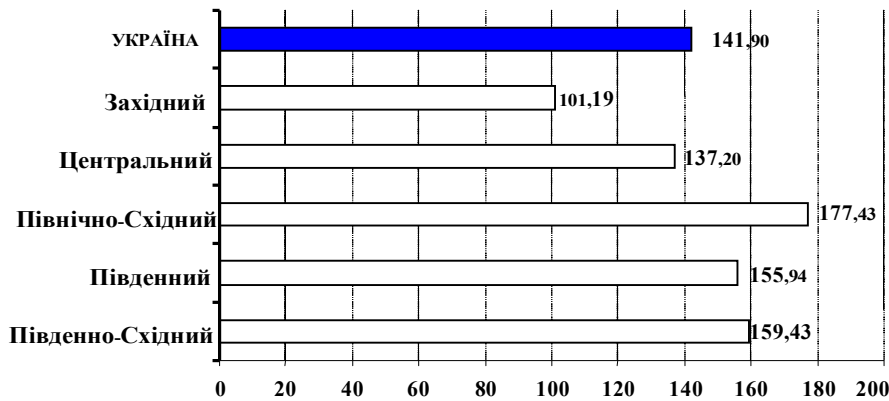


Рис. 1. Смертність населення від зовнішніх чинників в регіонах України в 2007 р. (на 100 тис. населення)

Високі показники смертності відмічені також у двох інших областях цього регіону – Полтавській (172,8) та Сумській (167,3). Значний рівень смертності спостерігається також в Кіровоградській (190,6) та Житомирській (167,8) областях і є майже удвічі вищим за мінімальний, який зареєстрували в Тернопільській (88,9) та Івано-Франківській (90,8) областях.

Смертність чоловіків за даним класом хвороб перевищувала жіночу у 4,6 разу і склала в

2007 р., відповідно, 245,2 проти 53,3 на 100 тис. населення. Різницю у понад 6 разів відмічено в Тернопільській та Рівненській областях, у 5 разів – в 9 областях (рис. 2). Максимальні рівні смертності спостерігаються в Чернігівській (346,6), Кіровоградській (320,8) та Полтавській (310,9) областях, мінімальні – в Західному регіоні: в Івано-Франківській (159,1), Закарпатській (163,2), Тернопільській (163,6) областях та м. Києві (149,5).

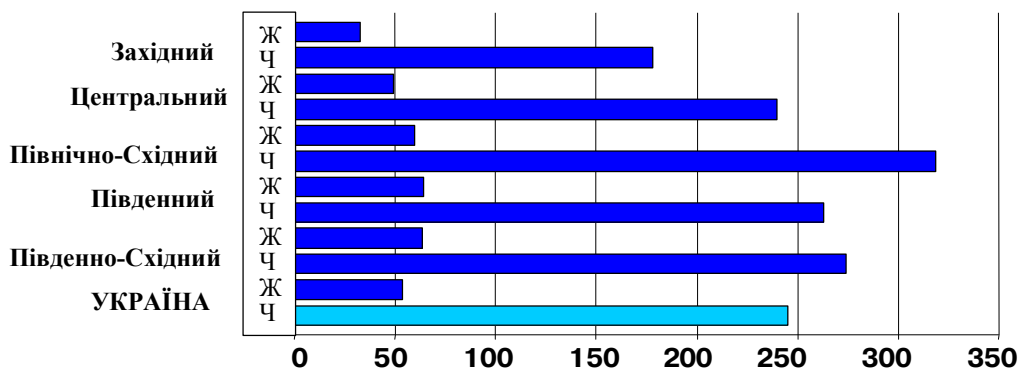


Рис. 2. Смертність чоловіків та жінок від нещасних випадків, самогубств та інших зовнішніх дій в регіонах України в 2007 р. (на 100 тис. населення)

Смертність чоловіків у сільських поселеннях перевищувала в 1,3 разу смертність чоловічого населення у містах (291,7 проти 223,1). У Північно-Східному регіоні смертність сільських чоловіків досягла показника 422,6 на 100 тис. осіб., в т.ч. в Чернігівській області – 481,0, Сумській – 402,4 та Полтавській – 384,3. Також надвисока смертність чоловіків спостерігалася в сільській місцевості Кіровоградської області (411,3). Значна різниця в смертності чоловіків у сільських та міських поселеннях реєструвалася в раніше згаданих Чернігівській і Сумській областях (відповідно у 1,8 і 1,7 разу вища), а також у Харківській, Миколаївській та Черкаській (в 1,7 разу).

Смертність жінок від зовнішніх чинників була найвищою у Південному та Південно-Східному

регіонах: у Кіровоградській (80,6), Одеській (73,1), Донецькій (65,8) та Дніпропетровській (65,1) областях. Удвічі нижчі показники спостерігалися в Західному регіоні – в Тернопільській (24,2), Івано-Франківській (29,8), Львівській (30,2) та Рівненській (30,8) областях.

Надзвичайно важливим є визначення зовнішніх чинників, внаслідок яких зростала смертність останніми роками в Україні. У 2008 р. в структурі смертності за класом “Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників” найбільшу питому вагу мають нещасні випадки, що пов'язані з транспортом (21,8%), самогубства (21,4%) та випадкові отруєння алкоголем (19,5%) (рис. 3).

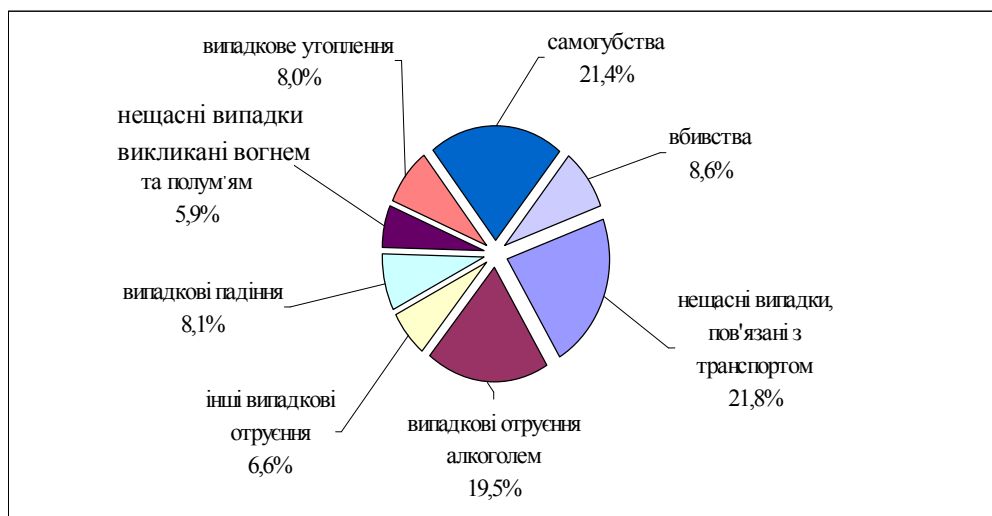


Рис. 3. Причини смертності населення від травм, отруєнь та інших наслідків дії зовнішніх чинників в Україні в 2008 р.

Аналіз цих причин смертності за 1995–2008 рр. показав, що кількість самогубств в Україні постійно зменшується (за досліджуваний період – на 31,8%). Рівень смертності від випадкових отруєнь та дії алкоголю до 1998 р. зменшувався, а в наступні роки зростав до 2005 р. та перевищив показники всіх попередніх років. За даними 2007 р., рівень смертності від отруєнь та дії алкоголю становить 18,3 на 100 тис. осіб і є практично усередненим показником за весь період. Рівень смертності від нещасних випадків, що пов'язані з транспортом, також мав тенденцію до зниження до 1999 р., проте в наступні роки невпинно зростає (на понад 80%) і в 2008 р. перевищує показник смертності від самогубств (рис. 4).

Аналіз смертності в 2007 р. від транспортних нещасних випадків за регіонами не виявив суттєвої різниці: найвищий рівень в Центральному – 27,3 на 100 тис. населення, найнижчий – в Західному – 21,5. Найвищі рівні смертності спостерігалися в Київській (38,1) та Житомирській

(33,3) областях; найвищий ріст смертності (понад 40%) у 2004–2007 рр. встановлено в Київській, Херсонській та Рівненській областях.

Оцінюючи регіони за частотою смертності від випадкового отруєння та дії алкоголю, встановлено зменшення цього показника у всіх регіонах, окрім Західного. Найвищий рівень зниження зафіксовано у Південному регіоні – на 28,8%. У трьох областях виявлено суттєве (понад 18%) зростання смертності – у Волинській, Рівненській та Вінницькій. Найвищі показники смертності зареєстровано у Північно-Східному регіоні: Чернігівська область – 42,0, Полтавська – 34,2 та Сумська – 31,8 на 100 тис. населення.

Серед чоловіків самогубства становлять 42,8 випадку на 100 тис. чоловічого населення (серед жінок – 7,3), випадкові отруєння алкоголем – 38,5 (проти 8,5 у жінок), нещасні випадки, що пов'язані з транспортом, – 32,6 (8,9 у жінок).

Найвищі рівні смертності від самогубств у чоловіків спостерігаються у Північно-Східному регіоні і його областях – Чернігівській, Сумській та

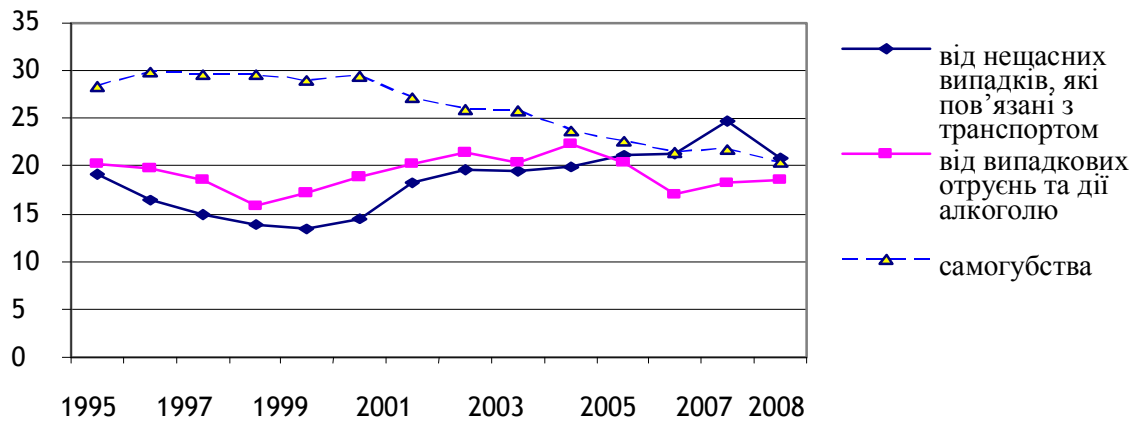


Рис. 4. Основні причини смертності населення від травм, отруєнь та інших наслідків дії зовнішніх чинників в Україні в 1995–2008 рр. (на 100 тис. населення)

Полтавській, а також в Херсонській, Кіровоградській і Луганській областях.

Нещасні випадки, що пов'язані з транспортом, найчастіше були причиною смерті чоловіків у Житомирській, Київській та Запорізькій областях. А от випадкових отруєнь чоловіків алкоголем, що спричинили смерть, найбільше було зареєстровано в Сумській, Чернігівській та Кіровоградській областях.

Аналіз смертності від зовнішніх чинників за місцем проживання виявив, що рівень смертності в сільських поселеннях є вищим, ніж в містах. У 2007 р. на селі від транспортних нещасних випадків померло на 23,5% осіб більше, ніж у місті, від навмисних самоушкоджень, включаючи самогубства, – на 67,2% і від випадкових отруєнь та дії алкоголю – на 66,9%. Слід зазначити, що порівняно з 2006 р. в 2007 р. смертність від випадкового отруєння та дії алкоголю і від транспортних нещасних випадків в сільській місцевості зросла на 16% при практично незмінному показнику смертності від навмисних самоушкоджень, включаючи самогубства. В міських поселеннях зростання смертності відмічене лише від транспортних нещасних випадків (19,2 в 2006 р. і 22,6 – в 2007 р.).

При порівнянні показника смертності від зовнішніх причин захворюваності та смертності за європейським стандартом в Україні встановлено зростання рівня смертності за період 2004–2007 рр. у Тернопільській області на 8,3%, Хмельницькій – на 6,7%, Вінницькій – на 6,3%, Львівській – на 6,1% та Закарпатській – на 4,9%. Проте показник смертності в цих областях був нижчим, ніж у Чернігівській (182,4), Кіровоградській (179,2) та Житомирській (164,8), де зафіксовано найвищі дані.

Порівняння коефіцієнта смертності в Україні з даними в державах-сусідах та Швеції виявило, що в Україні з 1995 р., хоча і спостерігається позитивна динаміка зменшення показника смертності від травм та отруєнь, проте рівень смертності населення є вищим, ніж у Польщі (в 2,1 разу) і Швеції (в 3,5 разу) (рис. 5). В Російській Федерації цей показник був на 44,5%, а в Білорусі – на 7% вищим від такого в Україні. Аналіз зовнішніх чинників, а саме транспортних пригод та самогубств, показав аналогічні співвідношення частоти смертності в цих країнах. Лише смертність від нещасних випадків, пов'язаних з транспортом, у Білорусі була дещо нижчою, ніж в Україні (18,4 проти 19,9 на 100 тис. осіб).

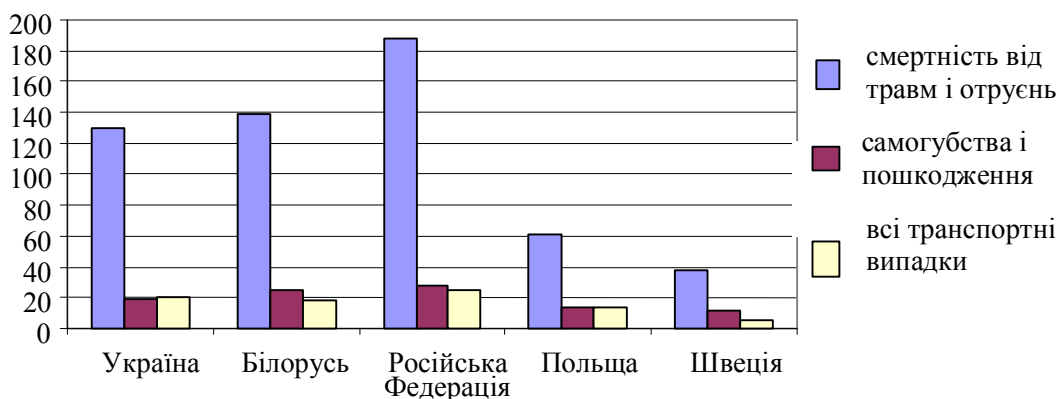


Рис. 5. Смертність населення від зовнішніх причин захворюваності та смертності за європейським стандартом в Україні та країнах Європи в 2006 р. (на 100 тис. населення)

Висновки

Таким чином, показник смертності населення України за класом "Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників", який займає третє місце за частотою, має тенденцію до зниження, проте він значно перевищує показники смертності в Польщі та Швеції. Рівень смертності залишається високим у Північно-Східному регіоні України. Смертність чоловіків за цим класом причин смерті майже у п'ятеро перевищує жіночу. Особливу тривогу викликає смертність чоловічого населення сільських поселень, яка суттєво перевищує смертність у містах. Основними чинниками смерті є нещасні випадки, пов'язані з транспортом, самогубства і випадкові отруєння та дія алкоголю. Високий рівень смертності внаслідок транспортних пригод зареєстровано загалом у Центральному регіоні, за областями – у Київській та Житомирській областях. Останніми роками відмічено зростання рівня смертності від нещасних випадків, які пов'язані з транспортом, у Київській, Херсонській та Рівненській областях. На цей факт необхідно звернути увагу ДАІ України.

Значним залишається і рівень смертності від випадкового отруєння та дії алкоголю і від самогубств у Північно-Східному регіоні, особливо серед чоловіків сільської місцевості.

Перспективи подальших досліджень. З метою зниження рівня смертності населення України від зовнішніх чинників необхідно:

1. Досягти чіткої взаємодії рятувальних служб різних відомств, у тому числі швидкої медичної допомоги, забезпечивши їх сучасними транспортними засобами та апаратурою.

2. Проводити спеціальну підготовку медичних кадрів та працівників служб порятунку з надання невідкладної медичної допомоги.

3. Встановити чіткі стандарти облаштування пішохідних переходів та суворо контролювати дотримання Правил дорожнього руху, як водіями, так і пішоходами;

4. Розширити пропаганду здорового способу життя, особливо серед молоді, заборонивши продаж алкогольних напоїв особам, що не досягли віку 21 року.

5. Встановити суворе покарання за продаж саморобних алкогольних напоїв.

Список літератури

1. Глушкова Л. И. К вопросу формирования здорового образа жизни / Л. И. Глушкова // Здравоохр. Рос. Федерации. – 2008. – № 1. – С. 33–34.
2. Населення України. 1995. Демографічний щорічник. – К. : Міністерство статистики України, 1997. – 913 с.
3. Населення України. 2004. Демографічний щорічник. – К. : Держкомстат України, 2005. – 408 с.
4. Населення України. 2007. Демографічний щорічник. – К. : Держкомстат України, 2008. – 570 с.
5. Смертність населення України в трудоактивному віці : колективна монографія / Е. М. Лібанова [та ін.]. – К. : Ін-т демографії та соц. досліджень НАН України, 2007. – 210 с.
6. Чепелевська Л. А. Аналіз медико-демографічної ситуації в Україні / Л. А. Чепелевська, О. П. Рудницький, О. В. Любінець // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2008 рік. – К., 2009. – С. 8–32.
7. Atlas of health in Europe / 2nd edition 2008. WHO Regional Office for Europe. – Copenhagen, 2008. – 126 p.

ТЕНДЕНЦИИ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ, САМОУБИЙСТВ И ДРУГИХ ВНЕШНИХ ФАКТОРОВ

О. В. Любинец (Львов)

Показаны региональные особенности смертности населения от несчастных случаев, самоубийств и других внешних воздействий за период 1995–2008 гг. Даны рекомендации относительно снижения уровня смертности населения от действия внешних факторов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: смертность, внешние воздействия, травматизм, самоубийство, отравление, регионы Украины.

MORTALITY TRENDS DUE TO ACCIDENT, SUICIDE AND OTHER EXTERNAL IMPACT IN UKRAINE

O. V. Lyubinetz (Lviv)

Regional peculiarities of mortality due to accident, suicide and other external impact among population of Ukraine during 1995–2008 have been shown. Necessity of intersectoral collaboration in implementation of actions aimed on mortality decrease has been indicated.

KEY WORDS: mortality, external impact, injury, suicide, poisoning, regions of Ukraine.

Рецензент: д.мед.н., проф. Л. А. Чепелевська

УДК 614.4:616-002.8/.9:355.721(477)

В. Л. САВИЦЬКИЙ, Л. А. УСТИНОВА, М. І. ХИЖНЯК (Київ)

ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІЧНОГО ПРОЦЕСУ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ В ЗБРОЙНИХ СИЛАХ УКРАЇНИ ТА ПРОТИЕПІДЕМІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІЙСЬК НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Українська військово-медична академія

На основі епідеміологічного аналізу захворюваності військовослужбовців на гострі кишкові інфекції вивчено особливості протиепідемічного забезпечення військ в умовах залучення комерційних структур до організації харчування військовослужбовців Збройних Сил України на сучасному етапі.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: військовослужбовці, захворюваність, гострі кишкові інфекції, протиепідемічне забезпечення військ, організація харчування.

Проблемі захворюваності на гострі кишкові інфекції (ГКІ) в Збройних Силах (ЗС) України присвячено ряд робіт, в яких розглядаються особливості розвитку епідемічного процесу та заходи профілактики окремих інфекційних хвороб [1–5].

На сьогодні епідемічна ситуація щодо ГКІ в ЗС України залишається складною. Вивчення особливостей протиепідемічного забезпечення військ щодо ГКІ в умовах запровадження нової системи організації харчування військовослужбовців із залученням комерційних структур не проводилося. Водночас в умовах формування ЗС України, які б відповідали сучасним вимогам та були здатними забезпечувати реалізацію національних інтересів у воєнній сфері, вивчення особливостей захворюваності військовослужбовців на ГКІ, профілактики цих інфекційних захворювань при залученні структур малого та середнього бізнесу до організації харчування військовослужбовців є надзвичайно актуальним.

Метою роботи було вивчення та прогнозування особливостей розвитку епідемічного процесу ГКІ, виявлення факторів, які обумовлюють ці закономірності, розробка та удосконалення протиепідемічного забезпечення військ щодо ГКІ в умовах запровадження нової системи із залученням комерційних структур до організації харчування військовослужбовців в ЗС України на сучасному етапі.

Матеріали і методи. Вивчалися закономірності розвитку епідемічного процесу щодо ГКІ військовослужбовців ЗС України в багаторічній динаміці (1988–2008 рр.) за даними річних звітів медичної служби військової частини, актів санітарно-гігієнічного обстеження їдалень, даними

бактеріологічного моніторингу, результатами бактеріологічних досліджень на патогенні мікроорганізми сімейства кишкових, санітарно-бактеріологічними дослідженнями. У дослідженні використовувалися епідеміологічний, гігієнічний, статистичний, історичний методи.

Результати дослідження та їх обговорення. За результатами ретроспективного епідеміологічного аналізу встановлено, що в структурі захворюваності на інфекційні та паразитарні хвороби військовослужбовців ЗС України в 1988–2008 рр. ГКІ мали високе військово-епідеміологічне значення серед усіх категорій військовослужбовців. Питома вага захворюваності військовослужбовців строкової служби на ГКІ становила 13,77%, військовослужбовців офіцерського складу – 10,64%, військовослужбовців за контрактом – 12,99%.

В період 1988–1993 рр. захворюваність на ГКІ військовослужбовців строкової служби зростала з 2,99 на 1000 військовослужбовців у 1988 р. до 8,29 в 1993 р., досягла 27,77 в 1994 р. і знизилась до 15,08 в 2000 р. В 2001–2007 рр. спостерігалася стабілізація захворюваності на ГКІ серед військовослужбовців строкової служби та зниження її рівня до 3,30 на 1000 військовослужбовців у 2007 р.; в 2008 р. відбулося зростання захворюваності до 7,41. Тенденція до зростання захворюваності на ГКІ військовослужбовців строкової служби протягом 1988–1994 рр. була виразною, середній темп її приросту становив +21,45%; в 1995–2001 рр. тенденція до зниження захворюваності на ці інфекції була помірною, середній темп приросту складав – 4,59%; в 2002–2008 рр. тенденція до зниження захворюваності була виразною, темп приросту становив –10,38% (рис.).

Нами встановлено, що у структурі річної захворюваності частка захворюваності військово-службовців на ГКІ, яка формувалася під час епідемічних спалахів в 1988–1994 рр., коливалася від 50,80% в 1992 р. до 58,29±4,52% в 1994 р. і в середньому за цей період становила 52,56%; в 1995–2001 рр. – від 48,21% в 1995 р. до 67,25% в 2000 р. і становила у середньому за ці роки 51,24±5,31%. В 2002–2008 рр. спалахова захворюваність військовослужбовців на ГКІ коливалася від 12,87% в 2003 р. до 70,02% в 2008 р. і склала у середньому за ці роки 33,23±4,17% від середньої річної захворюваності на зазначені інфекції.

У 1993–2008 рр. в ЗС України було зареєстровано 284 епідемічні спалахи ГКІ, у тому числі 227 (79,93±2,46%) з харчовим шляхом передачі та 57 (20,07±2,46%) з водним шляхом передачі. У динаміці в ЗС України в 1993–1999 рр. відмічалася тенденція до збільшення кількості спалахів з харчовими чинниками передачі. Якщо у 1993 р.

кількість цього типу спалахів становила 10, то у 1999 р. – 31 (зростання утричі). Поряд з цим в 1993–1999 рр. кількість спалахів, де головним чинником передачі збудників ГКІ була вода, зменшилася з 13 в 1994 р. до 6 спалахів в 1999 р. В 2000–2008 рр. в ЗС України кількість спалахів з харчовим шляхом передачі зменшилося з 14 в 2002 р. до 3 в 2005 р., 2007 р., хоча в 2008 р. кількість спалахів становила 11. Поряд з цим в 2000–2008 рр. кількість спалахів, де головним чинником передачі збудників ГКІ була вода, зменшилося з 6 в 2000 р. до 2 спалахів в 2001 р.; у 2002–2004 рр., 2006–2008 рр. таких спалахів взагалі не зареєстровано, в 2005 р. зареєстровано 4 спалахи. У структурі спалахової захворюваності на ГКІ частка спалахів з харчовими шляхом передачі в 1993–1999 рр. зростає від 65,0±10,67% в 1995 р. до 83,78±3,06% в 1999 р. В 2000–2008 рр. частка спалахів, де передача збудників ГКІ відбулася харчовим шляхом, зростає від 64,71±11,69% в 2000 р. до 100% в 2002–2004 рр., 2006–2008 рр.

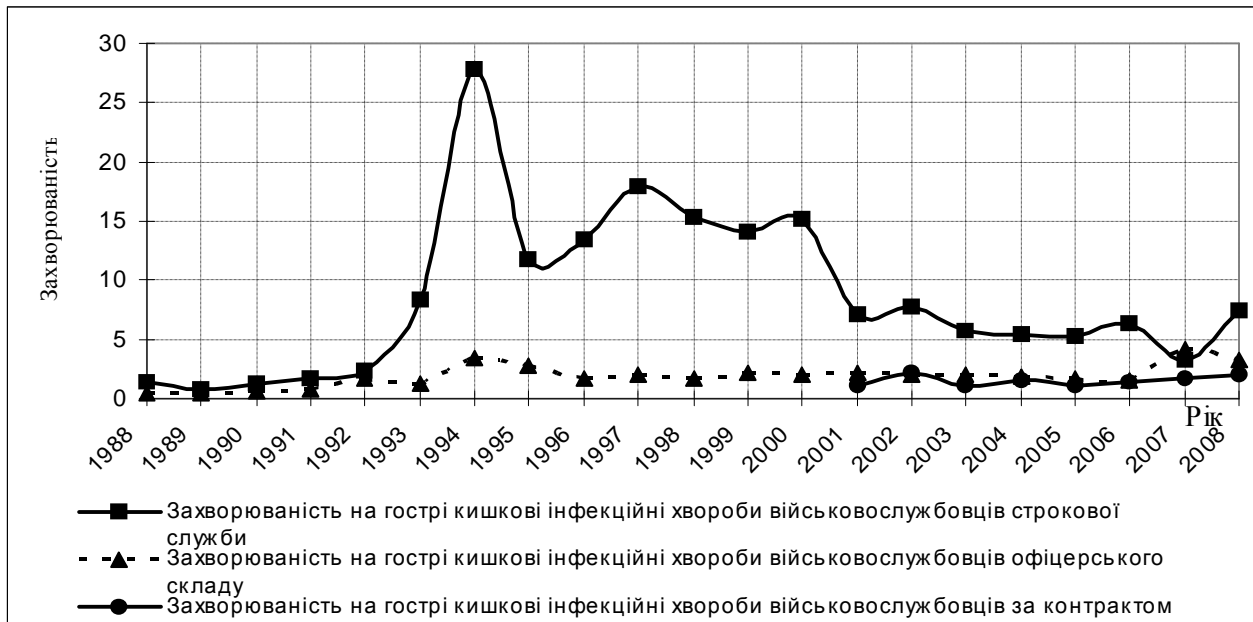


Рис. Захворюваність військовослужбовців ЗС України на ГКІ в 1988–2008 рр. (на 1000 осіб)

У 1993–2008 рр., за нашими даними, спостерігалася тенденція до зменшення чисельності тих військовослужбовців, що захворіли на ГКІ в одному епідемічному осередку, як “харчового”, так і “водного” спалахів. Так, всього під час епідемічних спалахів в 1993–2008 рр. на ці інфекції захворіли 16125 військовослужбовців, у тому числі 11925 (73,95±0,34%) тих, що захворіли харчовим шляхом передачі, і 4200 (26,05±0,34%) – водним. Якщо в 1993–1999 рр. чисельність військовослужбовців, що захворіли в одному епідемічному осередку з харчовими чинниками передачі, зменшилася від 3032 в 1994 р. до 1001 в 1997 р., в 2000–2008 рр. тенденція до зниження чисельності тих, що захворіли в осередку, зберігалася. Так, кількість військовослужбовців, що захворі-

ли, знизилася з 772 в 2001 р. до 49 в 2007 р., однак в 2008 р. захворіли 306 військовослужбовців. Чисельність військовослужбовців, що захворіли на ГКІ в одному епідемічному осередку з водним чинником передачі, у 1993–1999 рр. знизилася з 1277 в 1994 р. до 224 в 1999 р. В 2001 р. в осередку захворіли 23 військовослужбовці; в 2002–2004 рр., 2006–2008 рр. таких випадків взагалі не реєструвалося, в 2005 р. – 41 випадок.

За результатами ретроспективного епідеміологічного аналізу захворюваності на ГКІ в ЗС України, при проведенні санітарно-гігієнічного та епідеміологічного нагляду за ГКІ та контролю за організацією харчування військовослужбовців у військових частинах в умовах залучен-

ня суб'єктів підприємницької діяльності до організації харчування військовослужбовців, нами встановлено наступні негативні явища:

- незнання санітарно-гігієнічних вимог і, як наслідок, порушення технології зберігання, приготування та видачі готової їжі, порушення санітарних правил щодо утримання інвентарю, обладнання та посуду, допуск до роботи працівників, які не пройшли спеціального медичного огляду тощо;

- нечіткість договорів, які укладаються з виконавцями, що призводить до постачання продуктів харчування, які не повністю відповідають чинним вимогам ЗС України (наприклад, масла вершкового та рослинного, сиру сичужного низьких сортів тощо);

- порушення санітарних правил при транспортуванні продуктів, невідповідність транспорту для доставки продуктів (переважно транспорту постачальників) санітарним нормам;

- перехід ветеринарної служби Міністерства оборони України в умовах збільшення кількості постачальників продуктів харчування (переважно місцевих виробників) з постійної системи контролю за якістю всього продовольства шляхом перевірок у стаціонарних лабораторіях на періодичні вибіркові перевірки;

- недостатня увага виконавців до доведення всього установленого асортименту продуктів до кожного військовослужбовця;

- труднощі в організації та проведенні гігієнічного контролю внаслідок віддаленості деяких військових частин від установ державної санітарно-епідеміологічної служби ЗС України;

- порушення медико-біологічних вимог та санітарних норм щодо якості продовольчої сировини та харчових продуктів при закупівлі продуктів.

На особливу увагу заслуговує порушення медико-біологічних вимог та санітарних норм щодо якості продовольчої сировини та харчових продуктів при закупівлі продуктів. За результатами досліджень спалахів ГКІ у військах в останні роки нами встановлено, що в перші роки залучення суб'єктів підприємницької діяльності до організації харчування військовослужбовців закупівля харчових продуктів та продовольчої сировини відбувалася у великих постачальників, які регулярно проходили перевірку якості продукції, її безпечності для здоров'я споживачів, то останніми роками в умовах подорожчання харчових продуктів та економічної кризи, з метою перемоги в тендері та зростання прибутку, закупівля відбувалася за принципом "де дешевше", що обумовило появу в солдатських їдальнях небезпечних в епідемічному відношенні харчових продуктів. Це знайшло відображення в особливостях розвитку епідемічного процесу щодо ГКІ серед військовослужбовців. Так, в 2009 р. у військових частинах Білоцерківського гарнізону відбулося

зростання захворюваності військовослужбовців на ГКІ в 11–30 разів порівняно з попередніми роками, що становило 117,03‰.

Виявлені недоліки в організації харчування військовослужбовців суб'єктами підприємницької діяльності найбільше значення мали в розвитку епідемічних спалахів на ГКІ в ЗС України з харчовим шляхом передачі:

- у квітні 2006 р. відбувся гострий харчовий спалах у військовій частині А1048 гарнізону "Десна", де організацію харчування здійснювало ТОВ "Органіка Плюс"; внаслідок ряду порушень у солдатський їдальні захворів 241 військовослужбовець;

- у травні 2008 р. стався гострий харчовий спалах у військовій частині А 1785 м. Одеса; захворіли 85 військовослужбовців внаслідок порушеннями технології приготування та зберігання готової їжі у їдальні підприємства "Артек-Союз";

- у червні 2008 р. стався гострий харчовий спалах у військових частинах А 0704, А 0820, А 3020 м. Васильків; захворів 61 військовослужбовець внаслідок вживання страви "Макарони по-флотськи", яка була приготовлена з порушеннями технології в їдальні ДП МО України "Білоцерківський військторг";

- у серпні 2008 р. стався гострий харчовий спалах у військовій частині А 0666 м. Чорноморське; захворіли 73 військовослужбовці внаслідок порушення технології приготування та зберігання готової їжі у їдальні підприємства "Артек-Союз";

- у лютому 2009 р. стався гострий харчовий спалах у ФВП НТУ "ХПІ", м. Харків (в/м №39, 40); захворіли 88 військовослужбовців внаслідок порушення технології приготування та зберігання готової їжі у їдальні ТОВ "Івала";

- у березні 2009 р. стався гострий харчовий спалах у військових частинах А 0501, А 19937 м. Чугуїв, смт Башкирівка; захворіли 28 військовослужбовців при вживанні у їдальні ТОВ "Івала" харчових продуктів (масло селянське, виробник – ТОВ ВО "Моліс" м. Запоріжжя), які за мікробіологічними показниками не відповідали санітарним вимогам;

- у квітні-травні 2009 р. стався гострий харчовий спалах у військових частинах А 0222, А 1937, А 0351, А 0799, А 0178, А 0168, А 3620, А 0334, А 2084, КВЛ ім. Богуна м. Київ; захворів 61 військовослужбовець при вживанні у їдальні ТОВ "Івала" харчових продуктів (сир твердий, масло коров'яче, виробник – ТОВ "Дюк", с. Мазурове Миколаївської області), які за мікробіологічними показниками не відповідали санітарним вимогам;

- у липні 2009 р. стався гострий харчовий спалах у ФВП НТУ "ХПІ", м. Харків (в/м №39, 40); захворіли 69 військовослужбовців внаслідок порушення правил утримання приміщень їдальні

та недотримання правил особистої гігієни кухарями ТОВ "Івала";

- у липні 2009 р. стався гострий харчовий спалах у військовій частині А 4527 м. Золотоноша; захворів 21 військовослужбовець внаслідок порушеннями технології приготування та зберігання готової їжі (рагу овочевої) в їдальні ДП МО України "Білоцерківський військ торг";

- у серпні 2009 р. стався гострий харчовий спалах у військових частинах А 2167 м. Біла Церква; захворіли 32 військовослужбовці при вживанні у їдальні ДП МО України "Білоцерківський військторг" харчових продуктів (масло солодковершкове несолоне селянське, виробник – ПП "Сімола", смт Ракитне), які за мікробіологічними показниками не відповідали "Медико-біологічним вимогам та санітарним нормам якості продовольчої сировини та харчових продуктів".

Висновки

1. Впровадження ринкових відносин у матеріально-технічне забезпечення військ – залучення суб'єктів підприємницької діяльності до організації харчування військовослужбовців ЗС

України – не призвело до стабільних показників захворюваності на ГКІ.

2. Недоліки в організації харчування військовослужбовців при залученні суб'єктів підприємницької діяльності останніми роками в умовах економічної кризи обумовлюють активізацію епідемічного процесу щодо ГКІ у військах.

3. Активізація епідемічного процесу щодо ГКІ у військах останніми роками обумовлена появою в солдатських їдальнях небезпечних в епідемічному відношенні харчових продуктів при закупівлі їх суб'єктами підприємницької діяльності, що необхідно враховувати при удосконаленні протиепідемічного забезпечення військ в сучасних умовах.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці науково обґрунтованих заходів профілактики кишкових інфекцій у ЗС України та удосконаленні протиепідемічного забезпечення військ з урахуванням особливостей організації харчування військовослужбовців при залученні суб'єктів підприємницької діяльності.

Список літератури

1. Лугова Г. В. Особливості розвитку епідемічного процесу гострих кишкових інфекцій в Збройних Силах України в сучасних умовах / Г. В. Лугова, В. Ф. Марієвський, Л. А. Устінова [та ін.] // Проблеми військової охорони здоров'я. – 2009. – № 25. – С. 140–146.
2. Лугова Г. В. Епідеміологічні особливості захворюваності на гострі кишкові інфекції у військах, які дислоковані в басейні р. Дніпро / Г. В. Лугова, В. Ф. Марієвський, Л. А. Устінова // Проблеми військової охорони здоров'я. – 2009. – № 26. – С. 133–139.
3. Риженко В. В. Епідеміологічний моніторинг харчових токсикоінфекцій, викликаних *Cl. perfringens* / В. В. Риженко // Проблеми військової охорони здоров'я : зб. наук. пр. УВМА. – 2006. – Вип. 16. – С. 273–283.
4. Устінова Л. А. Епідеміологічні особливості розвитку гострих кишкових інфекцій в Збройних Силах України залежно від території дислокації, видів та родів військ / Л. А. Устінова, М. І. Хижняк, М. Д. Кошіль [та ін.] // Охорона здоров'я України. – 2008. – Вип. № 1 (29). – С. 77–80.
5. Устінова Л. А. Характеристика спалахової захворюваності на гострі кишкові інфекції в Збройних Силах України при переході до комплектування військовослужбовцями за контрактом / Л. А. Устінова, М. І. Хижняк, О. Г. Смірнов [та ін.] // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2008. – № 1. – С. 14–16.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ УКРАИНЫ И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВОЙСК НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

В. Л. Савицкий, Л. А. Устинова, Н. И. Хижняк (Киев)

В статье на основе эпидемиологического анализа заболеваемости военнослужащих острыми кишечными инфекциями изучены особенности противоэпидемического обеспечения войск в условиях привлечения коммерческих структур к организации питания военнослужащих Вооруженных Сил Украины на современном этапе.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: военнослужащие, заболеваемость, острые кишечные инфекции, противоэпидемическое обеспечение войск, организации питания.

MODERN PECULIARITIES OF EPIDEMIC PROCESS AND ANTI-EPIDEMIC SUPPORT OF UNITS RELATED TO ACUTE INTESTINAL INFECTIONS IN UKRAINIAN ARMED FORCES

V. L. Savytskyi, L. A. Ustinova, M. I. Khyzhnyak (Kyiv)

Peculiarities of anti-epidemic support of units were studied in the article based on epidemiological analysis of acute intestinal infections morbidity among military men considering involvement of commercial structures into organization of nutrition for military men of Ukrainian Armed Forces in present time.

KEY WORDS: military men, morbidity, acute intestinal infections, anti-epidemic support of units, organization of nutrition for military men.

Рецензент: М. І. Ципко

УДК 616-058+369.223.22+314.44+616-002.5

І. В. СТОВБАН (м. Івано-Франківськ)

ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОГО СТАТУСУ ІНВАЛІДІВ ВНАСЛІДОК ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ

Івано-Франківський національний медичний університет

В роботі наведені результати оцінки соціального статусу та його впливу на стан здоров'я репрезентативної групи 450 інвалідів внаслідок туберкульозу легень, що проживають в Івано-Франківській області. Встановлено, що інваліди внаслідок туберкульозу легень, особливо сільські мешканці, за рівнем зайнятості є соціально вразливою групою населення. Виявлено, що третина обстежених, частіше мешканці міст, проживає в незадовільних побутових умовах, а більше половини – не мають окремої кімнати. Встановлено, що інваліди внаслідок туберкульозу легень (також частіше міські мешканці) характеризуються високим рівнем самотності (практично 40 % не перебувають в шлюбі), у тому числі значною частотою розлучень у віці 35-54 роки, а також недоброзичливими стосунками в сім'ї. Виявлені особливості слід враховувати в програмах профілактики туберкульозу на всіх рівнях.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: соціальний статус, інвалідність, туберкульоз легень.

На сьогодні туберкульоз - найпоширеніша у світі інфекційна хвороба, яка посідає перше місце за смертністю серед населення від інфекцій і є однією із глобальних загроз життю і здоров'ю людей [3;5;8]. Широке розповсюдження та несприятливі наслідки патології підкреслюють важливість її профілактики.

Ситуація з туберкульозу не обмежується лише медичною проблемою. На зростання рівня захворюваності та смертності від цієї хвороби впливають численні соціально-економічні та медичні фактори: зниження рівня життя населення та наявність значної кількості осіб, які перебувають у місцях позбавлення волі, недостатнє фінансування протитуберкульозних заходів, дефіцит кваліфікованих медичних кадрів та волонтерів, зростання хіміорезистентного туберкульозу в структурі контингенту хворих, розповсюдження ВІЛ-інфекції тощо [1;6;7].

З літературних джерел відомо, що на туберкульоз частіше хворіють особи із низьким рівнем життя, із низьким культурним рівнем, недостатнім санітарно-гігієнічним вихованням, які погано харчуються, недоїдають, живуть у поганих житлових умовах, зазнають переохолодження і стресів [2;4].

Мета дослідження: встановити особливості та оцінити рівень соціального статусу інвалідів внаслідок туберкульозу легень та його можливий вплив на виникнення і негативні наслідки туберкульозу.

Матеріали і методи дослідження. За власною програмою, розробленою на основі міжнародних і вітчизняних опитувальників, провели

соціально-медичне дослідження якості та способу життя, самооцінки здоров'я і якості медичної допомоги репрезентативної групи 450 інвалідів внаслідок туберкульозу легень. Всіх обстежених було розподілено за статтю та місцем проживання, та зведено у шість вікових груп: 18-24 роки, 25-34 роки, 35-44 роки, 45-54 роки, 55-64 роки та 65 років і старші. Дослідження проводилось на базах обласної медико-соціальної експертної комісії (МСЕК), фтизіопульмонологічної МСЕК, фтизіопульмонологічного центру м. Івано-Франківська, Городенківського, Косівського та Тисменицького протитуберкульозних диспансерів, кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я.

Статистична обробка даних здійснювалася з використанням прикладних стандартних програм для Microsoft Excel.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналізуючи соціальний статус респондентів – інвалідів внаслідок туберкульозу легень, встановлено, що більшість з них належить до соціально вразливих верств населення: майже половина – безробітні (45,11±2,35%), п'ята частина – пенсіонери (20,22±1,89%), ще 4,89±1,02% відбували чи відбувають покарання за вироком суду (Рис. 1). Тільки третина опитаних є зайнятими на виробництві чи в сільському господарстві (28,00±2,12%), і зовсім незначною виявилася частка службовців (1,33±0,54%).

Соціальний статус пов'язаний із рівнем освіти та віком респондентів. Серед жінок, де майже 40% – це особи пенсійного віку, значно більшою була й частка пенсіонерів – 37,61±4,64% проти 14,66±1,92% серед чоловіків (p<0,001). Однак непокоїть те, що, хоча 2/3 чоловіків-респон-



Рис. 1. Соціальний статус обстежених інвалідів внаслідок туберкульозу легень

дентів – це особи працездатного віку, проте зайнятими на виробництві зареєстровано тільки $30,79 \pm 2,50\%$, а у жінок – взагалі $19,27 \pm 3,78\%$ (хоча працездатних серед них – майже 60%). Відповідно, непропорційно високими зафіксовані частки безробітних – більше серед чоловіків ($48,09 \pm 2,71\%$), ніж серед жінок ($35,78 \pm 4,59\%$, $p < 0,01$).

Логічно, що серед респондентів – сільських мешканців достовірно вищою була частка безробітних ($49,32 \pm 2,60$ проти $25,93 \pm 4,87\%$ в містах, $p < 0,001$) і зовсім не зареєстровано службовців (проти $6,17 \pm 2,67\%$ в містах, $p < 0,01$).

Аналізуючи частоту безробітності в окремих вікових групах, слід наголосити, що якщо її рівні у 25-34 роки становили $15,25 \pm 4,68\%$, то вже у віці 35-44 роки половина ($50,00 \pm 5,16\%$) інвалідів внаслідок туберкульозу легень – безробітні, а максимальною ця частка спостерігається у віці 45-54 роки – $74,60 \pm 3,88\%$. Такий високий рівень безробіття у ще працездатних вікових групах підкреслює їх особливу соціальну вразливість і вимагає, на наш погляд, прицільних заходів з боку державних органів влади.

Звертає на себе увагу, що на фоні загально-го несприятливого соціального зрізу респондентів, на момент обстеження більшість з них, незалежно від статі, ще й виявилися непрацюючими – $89,78 \pm 1,43\%$. Непостійну роботу мали тільки $2,89 \pm 0,79\%$ опитаних і працювали за спеціальністю $2,89 \pm 0,79\%$. Особливо акцентовано вказана ситуація спостерігалась у сільській місцевості, де не працювали на момент опитування аж $92,14 \pm 1,40\%$. Серед міських жителів аналогічна частка була дещо меншою, але досить вагомою – $79,01 \pm 4,52\%$ ($p < 0,01$). Очевидно, це пояснюється тим, що міські мешканці мають більшу змогу знайти тимчасову роботу не за спеціальністю, в порівнянні з сільськими, на що

вказують відповідні показники – $7,41 \pm 2,91\%$ проти $1,90 \pm 0,71\%$ ($p < 0,05$).

В цілому, більшість інвалідів внаслідок туберкульозу легень, незалежно від статі, впродовж життя займалися фізичною працею в промисловості чи сільському господарстві ($70,67 \pm 2,15\%$), а питома вага осіб, професійна діяльність яких, була пов'язана із розумовою працею чи зайнятих у сфері обслуговування, – незначна ($10,67 \pm 1,46\%$ і $3,78 \pm 0,90\%$ відповідно). Варто акцентувати, що аж $14,89 \pm 1,68\%$ респондентів вказали, що взагалі ніколи не працювали. Розглянутий розподіл інвалідів внаслідок туберкульозу легень за видами професійної діяльності суттєво відрізняється в залежності від місця проживання. В сільській місцевості достовірно частіше респонденти протягом життя займалися фізичною працею $75,34 \pm 2,24\%$ проти $49,38 \pm 5,56\%$ в містах ($p < 0,001$). З іншого боку, в містах більшою була частка осіб зайнятих у сфері обслуговування ($9,88 \pm 3,31\%$ проти $2,44 \pm 0,88\%$ серед сільських мешканців, $p < 0,05$), а також осіб, які взагалі ніколи не працювали ($27,16 \pm 4,94\%$ проти $12,20 \pm 1,70\%$, $p < 0,01$).

Велике значення при туберкульозі мають також побутові умови проживання. Слід відзначити, що хоча більшість опитаних, незалежно від статі, вважає їх задовільними ($70,00 \pm 2,16\%$), однак третина інвалідів внаслідок туберкульозу легень ($30,00 \pm 2,16\%$) проживає в незадовільних умовах. Причому у містах їх частка ще більша – $44,44 \pm 5,52\%$ порівняно із $26,83 \pm 2,31\%$ в сільській місцевості.

Викликає також занепокоєння, враховуючи що йдеться про туберкульоз легень, той факт, що більше половини респондентів ($52,22 \pm 2,35\%$) незалежно від статі та місця проживання, не мають окремої кімнати, що небезпечно в плані інфікування інших членів родини. Адже, четверта частина ($26,22 \pm 2,07\%$) опитаних інвалідів внаслідок туберкульозу легень вказала на наявність випадків захворювання на туберкульоз серед своїх близьких. Причому, серед міських респондентів таких значно більше $39,51 \pm 5,43\%$, ніж у мешканців села $23,31 \pm 2,20\%$ ($p < 0,01$), що, очевидно, пояснюється більшою щільністю населення і тіснішими соціальними контактами.

Рівень соціального неблагополуччя підкреслює й аналіз сімейного стану розглянутого контингенту населення. Як видно з рис. 2, тільки половина опитаних інвалідів внаслідок туберкульозу легень перебувають в зареєстрованому шлюбі ($52,00 \pm 2,36\%$) і ще близько десятої частини – в незареєстрованому ($9,11 \pm 1,36\%$). Решта (приблизно 40%) – самотні особи, які не мають супутників життя: розлучені ($14,22 \pm 1,65\%$), або овдовіли ($12,44 \pm 1,56\%$), або ніколи не перебували у шлюбі ($12,22 \pm 1,54\%$).

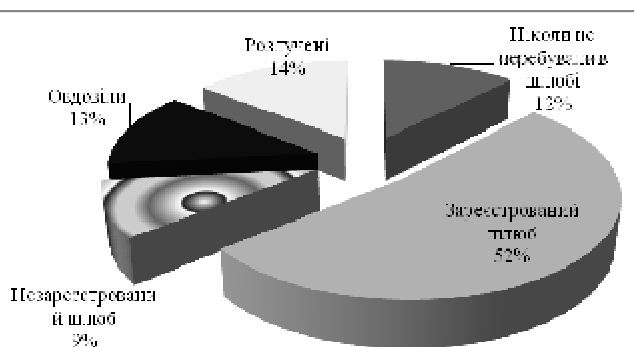


Рис. 2. Характеристика сімейного статусу опитаних інвалідів внаслідок туберкульозу легень

Особливо складною вказана ситуація є серед мешканців міст, де частка осіб, що перебувають в зареєстрованому шлюбі, вдвічі нижча, ніж серед жителів села ($33,33 \pm 5,24\%$ проти $56,10 \pm 2,58\%$, $p < 0,001$), і навпаки – частка розлучених більш, ніж вдвічі вища ($27,16 \pm 4,94\%$ проти $11,38 \pm 1,65\%$, $p < 0,01$).

Аналізуючи сімейний стан інвалідів внаслідок туберкульозу легень за статевою відмінністю, встановлено, що в цілому питома вага осіб, які знаходяться в шлюбі (зареєстрованому чи ні), серед чоловіків дещо вища, ніж серед жінок: $64,22 \pm 2,60\%$ проти $51,38 \pm 4,79\%$ ($p < 0,05$). Однак структура самотніх досить прогнозовано, враховуючи різницю у віковому складі, відрізняється кардинально. Так, серед жінок в п'ять разів більше вдів ($32,11 \pm 4,47\%$ у порівнянні із $6,16 \pm 1,30\%$ серед чоловіків, $p < 0,001$), а серед чоловіків – значно більше осіб, які ніколи не перебували в шлюбі ($14,08 \pm 1,88\%$ проти $6,4 \pm 2,35\%$, $p < 0,01$).

Логічно, що сімейний стан респондентів змінюється з віком (табл.). Цілком закономірно виглядає зростання вікових трендів частоти шлюбності аж до 65 річного віку і деяке їх зниження у похилому віці за рахунок зростання частки вдівців. Незареєстровані шлюби притаманні для молодших вікових груп, а зареєстровані – для старших.

Таблиця. Характеристика сімейного статусу інвалідів внаслідок туберкульозу легень в залежності від віку

Сімейний статус	Показник	Вікові групи					
		18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 і старші
Не перебували у шлюбі	ІП	69,57	32,20	18,09	2,38	-	-
	$\pm m$	9,59	6,08	3,97	1,36	-	-
Зареєстрований шлюб	ІП	-	37,29	20,21	66,67	81,93	63,08
	$\pm m$	-	6,30	4,14	4,20	4,22	5,99
Незареєстрований шлюб	ІП	30,43	23,73	14,89	4,76	-	-
	$\pm m$	9,59	5,54	3,67	1,90	-	-
Вдівство	ІП	-	-	14,89	6,35	14,46	33,85
	$\pm m$	-	-	3,67	2,17	3,86	5,87
Розлучені	ІП	-	6,78	31,91	19,84	3,61	3,08
	$\pm m$	-	3,27	4,81	3,55	2,05	2,14

Разом з тим, слід акцентувати увагу, що третина інвалідів у віці 35-44 роки ($31,91 \pm 4,81\%$) та п'ята частина ($19,84 \pm 3,55\%$) їх у віці 45-54 роки – розлучені. На наш погляд, це, очевидно, корелює із вже вказаним зростанням безробіття в цих же вікових групах і є ще одним індикатором соціальної напруги та їх вразливості.

Згідно із сімейним статусом, більшість опитаних вказала, що проживають разом із чоловіком чи дружиною ($60,00 \pm 2,31\%$). Проте самотньо проживає, хоч і значна частина респондентів, але менша від очікуваної – тільки $14,22 \pm 1,65\%$, очевидно, за рахунок того, що $15,78 \pm 1,72\%$ вказали, що проживають разом із батьками, ще відповідно $10,00 \pm 1,41\%$ – із дітьми та внуками. Тобто досить часто ще зустрічаються розширені родини, що повинно би згладжувати почуття самотності і бути позитивним в плані соціальної підтримки.

Як і за попереднім параметром, в містах ситуація гірша, ніж у сільській місцевості. Проживають з чоловіком чи дружиною тільки $49,38 \pm 5,56\%$ міських мешканців у порівнянні із $62,33 \pm 2,52\%$ сільських ($p < 0,05$).

Відповідно і серед жінок ця частка виявилася меншою, ніж серед чоловіків, – $50,46 \pm 4,79\%$ проти $63,05 \pm 2,61\%$ ($p < 0,01$). Проте, з жінками частіше проживають діти та внуки ($17,43 \pm 3,63\%$ проти $7,62 \pm 1,44\%$ чоловіків, $p < 0,01$), що позитивно відбивається на їх соціальній підтримці.

В цьому ключі слід відзначити, що більшість опитаних інвалідів внаслідок туберкульозу легень потребують, незалежно від статі та місця проживання ($p > 0,05$), отримувати з боку членів своєї родини постійну матеріальну допомогу ($29,11 \pm 2,14\%$), догляд ($27,56 \pm 2,11\%$) та психологічну підтримку ($19,33 \pm 1,86\%$). І тільки четверта частина респондентів ($24,00 \pm 2,01\%$) вважає,

що самостійно може справитися із своїми проблемами, пов'язаними із захворюванням.

Слід акцентувати увагу, що більше половини опитаних ($53,78 \pm 2,35\%$), незалежно та статі та місця проживання, основну надію на матеріальну та психологічну допомогу в зв'язку із власним захворюванням та інвалідністю покладають на державу. Вагому частку становить також група респондентів, що сподіваються на аналогічну підтримку з боку благодійних організацій – $36,22 \pm 2,27\%$. І дуже незначна частина інвалідів внаслідок туберкульозу легень сподіваються на підтримку з боку місцевих органів влади ($5,56 \pm 1,08\%$) та релігійних організацій ($4,44 \pm 0,97\%$).

Тим більше, що вивчення суспільної активності самих інвалідів внаслідок туберкульозу легень показало, що діяльний спосіб життя веде тільки десята частина з них ($11,78 \pm 1,52\%$). Більше половини респондентів ($53,56 \pm 2,35\%$) зустрічаються з друзями, родиною, відвідують церкву чи належать до якогось об'єднання, гуртка, товариства нерегулярно (1-2 рази в місяць) і аж третина респондентів ($34,67 \pm 2,24\%$) взагалі не займаються будь-якою суспільною діяльністю.

Достовірної різниці у суспільній активності між чоловіками та жінками не встановлено ($p > 0,05$). Проте, жителі міста ведуть більш діяльне громадське життя – тільки $18,52 \pm 4,32\%$ з них, у порівнянні із $38,21 \pm 2,53\%$ сільських мешканців ($p < 0,001$) вказують, що зовсім не займаються суспільною діяльністю.

Отримані матеріали щодо потреб і сподівань в плані соціальної підтримки та даних суспільної активності інвалідів внаслідок туберкульозу легень підсилюються результатами анкетування, згідно з якими абсолютна більшість опитаних постійно або періодично відчувають самотність ($27,78 \pm 2,11\%$ і $63,33 \pm 2,27\%$ відповідно), і тільки менше як десята частина ($8,89 \pm 1,34\%$) не скаржаться на неї. При цьому жінкам (рис. 3) частіше притаманне постійне відчуття самотності, порівняно із чоловіками – $35,78 \pm 4,59\%$ проти $25,22 \pm 2,35\%$ ($p < 0,05$).

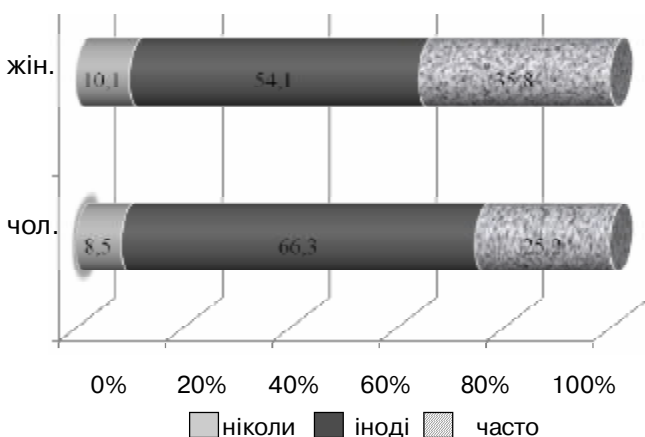


Рис. 3. Відчуття самотності серед опитаних інвалідів внаслідок туберкульозу легень

Частка респондентів, які ніколи не відчувають самотності, з віком, паралельно із зниженням кількості одружених, закономірно знижується із $34,78 \pm 9,93\%$ серед 18-24-річних опитаних до єдиної такої відповіді серед осіб похилого віку ($p < 0,001$).

З іншого боку, у містах (де, як уже було показано, об'єктивно меншою є питома вага тих, хто перебуває в шлюбі) частка осіб, які зовсім не відчувають самотності, значно вища, ніж в сільській місцевості ($20,99 \pm 4,52\%$ проти $6,23 \pm 1,26\%$, $p < 0,01$). Це наводить на думку, що не тільки наявність сім'ї, а й інші види соціальної підтримки, зокрема з боку державних, релігійних, громадських організацій, знайомих та друзів, впливають на це відчуття.

Важливість сказаного посилюється тим фактом, що більше половини опитаних оцінює взаємовідносини в сім'ї як незадовільні ($56,22 \pm 2,34\%$), ще третина респондентів вважає їх задовільними ($34,67 \pm 2,24\%$), і тільки $9,11 \pm 1,36$ на 100 опитаних оцінили психологічний клімат в сім'ї як доброзичливий.

Міські жителі більше незадоволені взаємовідносинами в сім'ї порівняно з сільськими – $66,67 \pm 5,24\%$ проти $53,93 \pm 2,59\%$, ($p < 0,05$), що, напевно, пояснюється різницею в культурно-релігійних традиціях, більш виражених в сільській місцевості.

Однак варто наголосити, що в цілому напружені взаємини в сім'ї супроводжують інвалідів внаслідок туберкульозу легень впродовж життя. Їх поширеність досить суттєва вже і в молодших вікових групах (до 45 років): $38,98 \pm 6,35$ – $52,13 \pm 5,15\%$, сягає максимуму ($68,25 \pm 4,15\%$, $p < 0,01$) – в 45-54 роки і поступово знижується, але все-таки охоплює половину ($50,77 \pm 6,20\%$) респондентів похилого віку.

При цьому звертає на себе увагу, що жінки схильні дещо краще, ніж чоловіки, оцінювати взаємовідносини у власній сім'ї, – $14,68 \pm 3,39\%$ проти $7,33 \pm 1,41\%$ відповідно, оцінюють їх як доброзичливі ($p < 0,05$).

Висновки.

Встановлено, що інваліди внаслідок туберкульозу легень, особливо сільські мешканці, є соціально вразливою групою населення внаслідок низьких рівнів зайнятості.

Виявлено, що третина обстежених, частіше мешканці міст, проживає в незадовільних побутових умовах, а більше половини – не мають окремої кімнати.

Встановлено, що інваліди внаслідок туберкульозу легень (також частіше міські мешканці) характеризуються високим рівнем самотності (практично 40% не перебувають в шлюбі), у тому числі значною частотою розлучень у віці 35-54 роки, а також недоброзичливими стосунками в сім'ї.

Перспективи подальших досліджень полягатимуть у розробці та апробації моделі системи профілактики туберкульозу легень та інвалідності внаслідок нього.

Список літератури

1. *Валецький Ю. М.* Особливості психіки та її розлади у хворих на туберкульоз легень / Ю. М. Валецький // *Врачебная практика*. – 2006. – № 1. – С. 43-47.
2. *Даниленко В. І.* Матеріали та пропозиції щодо становища інвалідів в Україні і шляхів його поліпшення / В. І. Даниленко, Л. І. Дмитренко // *Основи здоров'я та фізична культура*. – 2006. – № 3. – С. 5-6.
3. *Епідеміологія туберкульозу в світі, сучасні підходи до організації протитуберкульозних заходів* / Ю. І. Феценко, В. М. Мельник, В. Г. Матусевич [та ін.] // *Укр. пульмонологічний журнал*. – 2003. – № 4. – С. 5-10.
4. *Литвинов В.И.* Новые технологии диагностики туберкулеза / В. И. Литвинов // *Фтизиатрия*. – 2007. – № 7. – С. 7.
5. *Москаленко В. Ф.* Туберкульоз як глобальна медико-соціальна проблема / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузева // *Охорона здоров'я України*. – 2007. – № 1(25). – С. 220-222.
6. *Туберкульоз різних вікових груп населення в умовах епідемії за даними організаційно-методичних і клініко-лабораторних досліджень* / І. Г. Ільницький, О. П. Костик, М. І Сахелашвілі [та ін.] // *Інфекційні хвороби*. – 2005. – № 2. – С. 61-64.
7. *Moda G.* Non-technical constraints to eradication: the Italian experience / G. Moda // *Vet Microbiol*. – 2006. – Feb 25;112(2-4):253-8.
8. *Tulchinsky T. H.* The New Public Health: second edition / T. H. Tulchinsky, E. A. Varicova. – Amsterdam: Academic Press is an Imprint of Elsevier, 2009. – P. 672.

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

И. В. Стовбан (Ивано-Франковск)

В работе приведены результаты оценки социального статуса и его влияния на состояние здоровья репрезентативной группы 450 инвалидов вследствие туберкулеза легких, проживающих в Ивано-Франковской области. Установлено, что инвалиды вследствие туберкулеза легких, особенно сельские жители, по уровню занятости являются социально уязвимой группой населения. Выявлено, что треть респондентов (чаще городские жители) живут в неудовлетворительных бытовых условиях, а больше половины – не имеют отдельной комнаты. Установлено, что инвалиды вследствие туберкулеза легких (также чаще в городах) характеризуются высоким уровнем одиночества (практически 40% не состоят в браке), в том числе большим количеством разводов в возрасте 35-54 лет, а также плохими отношениями в семье. Выявленные особенности необходимо учитывать в программах профилактики туберкулеза на всех ее уровнях.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: социальный статус, инвалидность, туберкулез.

FEATURES OF SOCIAL STATUS OF THE DISABLED AS A RESULT OF TUBERCULOSIS

I. V. Stovban (Ivano-Frankivsk)

Results of value of social status and influence for health of 450 disabled as a result of tuberculosis, residents of Ivano-Frankivsk region, are presented. There were set that peculiarity rural people disabled as a result of tuberculosis are the most social impressible groups as a result of employments. There were displays that third part of respondents has bad living conditions and more than half cannot room to oneself. The disabled as a result of tuberculosis peculiarity urban people have a high level of solitude (almost 40 % respondents are singles), high level of divorce in the 35-54 years old, and unfriendly relations of family. The respondents have a high level of worry, as results of frequently distress, uncertainty as to future and feeling of social unprotected. Such features have to take into account for programs of prophylaxis of tuberculosis at all levels.

KEY WORDS: social status, disability, tuberculosis.

В. В. БИЧКОВ (Київ)

УПРАВЛІННЯ СЛУЖБОЮ МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ ПРИ МЕДИЧНИХ НАСЛІДКАХ ДОРОЖНЬО-ТРАНСПОРТНИХ ПРИГОД

Головне управління охорони здоров'я та медичного забезпечення КМДА

Розглянуто особливості управління службою медицини катастроф під час надання медичної допомоги постраждалим внаслідок дорожньо-транспортних пригод.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: служба медицини катастроф, управління, медична допомога, дорожньо-транспортна пригода.

Сучасні реалії несуть не тільки нові загрози і ризики, але й нові можливості для прогнозування та запобігання надзвичайним ситуаціям. Ці можливості забезпечує інформатизація галузей народного господарства, розвиток глобальних комп'ютерних мереж і телекомунікацій, удосконалення системи управління технологічними процесами [1].

Одним з проявів надзвичайної ситуації є виникнення ДТП в умовах великого міста. Ризики виникнення ДТП є факторами, що визначають якість життя у місті-мегаполісі. Ступінь ризику, на який наражається людина при ДТП, залежить від трьох факторів: вірогідності виникнення ДТП, її розмірів та рівня забезпеченості ліквідації наслідків ДТП, у тому числі й медичних. Проблема зниження сукупного ризику, який обумовлений особливостями міста-мегаполіса та визначається кількістю місць, де є великий ризик виникнення ДТП, ставить велику кількість завдань теоретичного і прикладного характеру. Насамперед це задачі створення ефективної системи планування та оперативного управління комплексами заходів з попередження та ліквідації наслідків ДТП [2–4].

Мета роботи: розробити модель управління службою медицини катастроф під час надання медичної допомоги постраждалим внаслідок дорожньо-транспортних пригод. Модель створено на прикладі м. Києва.

Матеріали і методи: структурно-логічний, системного підходу, бібліосемантичний.

Результати дослідження та їх обговорення. Основні особливості функціонування систем управління в умовах надзвичайних ситуацій взагалі і при ДТП зокрема полягають у тому, що проблема (надзвичайна ситуація) розвивається раптово та несподівано. Коли вона виникає,

перед системою управління постають задачі, які не властиві стаціонарному режиму роботи служби та її попередньому досвіду. Аналіз функціонування системи управління в умовах ДТП дозволив нам виділити ряд особливостей порівняно з функціонуванням традиційних систем управління (табл.).

Режими функціонування служби надання медичної допомоги в умовах виникнення та ліквідації ДТП

Система управління з попередження ДТП та дій в умовах ДТП (СУДТП) повинні функціонувати у наступних режимах:

- повсякденна діяльність;
- підвищена готовність;
- дорожньо-транспортна пригода.

Режим повсякденної діяльності при роботі в умовах ДТП у великому місті характеризується очікуванням виникнення ДТП у будь-якому районі міста чи одночасно у кількох районах. Водночас у цьому режимі повинні проводитися запобіжні заходи. Основними цілями цього режиму є:

- збирання інформації для прогнозування можливих ДТП для різних "гарячих" точок міста;
- координація ресурсів, які необхідні для їх ліквідації, розробка сценаріїв дій у випадку виникнення ДТП різних масштабів, які б дозволили ефективно реагувати на очікувані проблеми (шляхи евакуації поранених, розташування госпітальних баз тощо);
- паспортизація та категоризація районів та шляхових вузлів міста, де найчастіше виникають ДТП.

При цьому створюються механізми управління, які відповідають теорії державного управління, – законодавчі та нормативні, економічні та інформаційні механізми, спрямовані на мінімізацію ризиків та втрат при ДТП.

Превентивний план повинен бути достатньо гнучким, щоб на його основі за необхідності

Таблиця. Порівняльні характеристики систем управління

Традиційні системи управління	Системи управління в умовах ДТП
Постійний режим функціонування	Різні режими функціонування
Жорстка структура і чіткий розподіл функцій на довгий період	Відсутність жорсткої структури і чіткого розподілу функцій на довгий період, гнучкість та агресивність
Вузька функціональна спрямованість	Широка і часткова непередбачуваність області дій
Моноструктура	Поліструктури
Регламентованість інформаційних потоків	Залежність інформаційних потоків від ситуації, що складається
Певна достовірність інформації	Недостовірність інформації
Надлишкова інформація	Недостатність інформації
Невисокий темп змін	Високий темп змін
Передбачуваність ситуації	Непередбачуваність ситуації; орієнтація на минулий досвід зазвичай не потрібна
Принцип єдності повноважень і відповідальності	Поєднання принципів єдиноначальності, розподілу повноважень та відповідальності
Функціональний потенціал	Організаційний потенціал
Переважання соціально-економічних цілей і критеріїв функціонування	Цілі дієвість, результативність при ліквідації ДТП та їх причин; критерії мінімізація часу досягнення цілей, мінімум втрат при ліквідації ДТП

могла бути побудована конкретна програма дій, яка включає термінові заходи з надання долікарської, першої медичної допомоги та евакуаційні заходи. Цінність такого плану в момент виникнення ДТП у тому, що він скорочує до мінімуму час на збирання інформації та прийняття необхідних оперативних рішень.

Режим підвищеної готовності є типовим для служби надання медичної допомоги при ДТП в умовах великого міста і характеризується наявністю інформації про місця та час виникнення ДТП. Завданнями цієї служби у такому режимі є розробка та здійснення планів попередження чи зменшення масштабів ДТП на основі раніше підготовлених сценаріїв її розвитку та відповідних дій. Необхідно прогнозувати час та місце виникнення і ознаки розвитку ДТП, а також швидко реагувати на зміну обставин. Без необхідної інформації неможливо організувати систему раннього попередження.

Слід зазначити, що інертність відповідних служб, які опікуються безпекою на шляхах міста та ліквідацією ДТП, що виникла, призводить до несвоєчасності реагування, навіть при достовірній і чіткій інформації про можливість виникнення ДТП.

Основними причинами запізнення відповідних дій, як свідчать наші дослідження, є:

- **інерційність інформаційної системи** – для спостереження, обробки результатів і передачі отриманої інформації відповідним службам необхідний певний час;

- **неузгодженість дій різних служб та відомств** – виникає за відсутності загальної програми дій для різних відомств міста і належ-

ної системи моніторингу та оповіщення про загрози виникнення ДТП у місцях, найбільш небезпечних щодо ризику їх виникнення;

- **перевантаженість шляхів міста автотранспортом**, що заважає швидкому реагуванню на виникнення ДТП та своєчасному наданню медичної допомоги постраждалим. При цьому здійснюється затримка як доїзду бригад швидкої медичної допомоги до місця ДТП, так і швидкої евакуації постраждалих до відповідних клінічних баз.

Для того, щоб повністю використовувати наявні можливості, необхідно підвищувати готовність служби надання медичної допомоги при ДТП до роботи в умовах невизначеності високого ступеня, тому важливим професійним фактором стає вміння враховувати довгострокові прогнози попри їх невизначеність і неповноту.

Режим надзвичайної ситуації необхідно запроваджувати при виникненні та під час ліквідації дорожньо-транспортних катастроф (ДТК).

Різна інтерпретація дорожніх пригод з медичними наслідками за участю більш як однієї людини вказує на необхідність їх якісного та кількісного визначення. На наш погляд, для визначення дорожніх пригод з великою кількістю постраждалих найбільш прийнятним є термін "катастрофа", тому що принципи організації та зміст медичної допомоги при таких пригодах суттєво відрізняються від її організації та змісту при ДТП.

Основними ознаками катастроф є: раптовість події, наявність факторів, що викликають загрозу життю та здоров'ю групи людей; одночасна потреба у медичній допомозі чи захисті великої групи людей, диспропорція між силами та за-

собами місцевої охорони здоров'я та виниклою потребою у терміновій медичній допомозі.

І. Воєр [6] запропонував розглядати пригоду, що пов'язана з великими руйнуваннями та з постраждалими, але без термінової мобілізації медичних ресурсів, як "нещасний випадок чи аварію", а ту саму подію, але з терміновою мобілізацією медичних ресурсів, – як "катастрофу".

Враховуючи, що у м. Києві щоденно реєструється в середньому понад 20 ДТП з медичними наслідками [5], завданнями системи управління у цьому режимі є оперативні дії з надання медичної допомоги постраждалим та термінове вивезення постраждалих з місця події до клінічних баз.

Практика вказує, що найскладнішим є початковий період виникнення ДТП. Він характеризується невизначеністю ситуації та обмеженістю інформації про наявність постраждалих. Це зумовлює виникнення недостовірних даних про ДТП та можливу непідготовленість медичних працівників, що беруть участь у ліквідації пригоди. Ось чому дуже важливим є застосування технічних засобів моніторингу ДТП, які дозволяють отримувати відео- та аудіоінформацію з місця події. Така інформація, за можливості, повинна надходити до відповідних служб, які опікуються безпекою на шляхах міста.

Організація роботи системи управління

На відміну від стратегічного планування та управління, які призначені для вирішення стратегічних завдань на довгостроковий період, система управління в умовах ДТП повинна діяти у реальному масштабі часу. Тактичні та стратегічні завдання повинні вирішуватися системою управління в обмеженому часовому інтервалі. На практиці це означає періодичну корекцію переліку ключових стратегічних задач та безперервний моніторинг появи нових ДТП, про виникнення яких керівництво системою охорони здоров'я повинне інформуватися щоденно. Крім того, система управління надання медичної допомоги в умовах ДТП повинна бути швидко переорієнтована на дії при кількох ДТП одночасно чи при ДТК.

На час ліквідації ДТП йде перерозподіл обов'язків керівництва. Групи з різних відомств координують свою роботу для виконання певних заходів щодо ліквідації наслідків ДТП, які мають за мету комплексний підхід для вирішення цієї проблеми. Тобто кожна група з визначених відомств повинна одночасно вирішувати завдання ліквідації ДТП відповідно до свого профілю діяльності.

Водночас при реалізації заходів з ліквідації наслідків ДТК організовується та вводиться у дію мережа відомчих оперативних груп. Для системи охорони здоров'я – це бригада швидкої медичної допомоги. Керівники оперативних груп до-

повідають керівникам відповідних відомства чи установ про стан щодо ліквідації наслідків ДТК, а ті, в свою чергу, підтримують оперативний зв'язок з усіма групами відомств. Зв'язок між членами груп будується напряму – кожен повинен мати можливість зв'язатися з кожним.

Керівництво міжвідомчого штабу з профілактики виникнення ДТП формує загальну стратегію дій під час ДТП різного ступеня тяжкості. Оперативні групи виконують роботу на місцях виникнення ДТП, тим самим забезпечуючи реалізацію загальної стратегії.

У системі управління ризиками виникнення ДТП може бути організовано кілька мереж зв'язку різного призначення. Але вся інформація в цих мережах повинна бути доступна членам міжвідомчого штабу, який має віртуальний характер.

Створити штаб, забезпечити зв'язок між групами відомств, організувати навчання кадрів діям на всіх етапах виникнення ДТП у режимі повсякденної діяльності необхідно заздалегідь.

Система управління починає реагувати на виникнення ДТП, реалізуючи певні заходи, які можна розподілити на *стратегічні і тактичні* (оперативні):

- реорганізація чи створення координуючого органу (міжвідомчого штабу) з профілактики та ліквідації ДТП;
- реорганізація існуючої чи створення нової інформаційної системи;
- створення спеціалізованих груп за наступними напрямками:
 - реєстрація ДТП, складання необхідних облікових документів, вивчення причин ДТП;
 - прогноз виникнення ДТП, моделювання динаміки її розвитку і оцінка ресурсів (матеріальних, фінансових, медичних тощо) для її ліквідації, оцінка необхідних транспортних засобів та шляхів евакуації постраждалих;
 - розробка і аналіз стратегії попередження та ліквідації ДТП, розподіл території м. Києва на дільниці та зони з підвищеним ризиком виникнення ДТП і закріплення їх за відповідними відомчими службами, визначення кількості необхідних оперативних бригад та бригад швидкої медичної допомоги та їх склад тощо;
- планування та оперативне управління організацією робіт за виділеними напрямками тощо;
- проведення медико-евакуаційних робіт з наданням першої медичної допомоги відповідальними особами, що перші з'явилися на місці події, робота бригад швидкої медичної допомоги, визначення шляхів та місць госпітальних баз для проведення евакуації постраждалих.

Структура і функції системи управління

Під *структурою системи управління* ми будемо розуміти організацію системи з окремих елементів та їх взаємозв'язки. Останні визначаються розподілом функцій, що реалізуються системою, за її елементами.

Під організаційною структурою системи управління мається на увазі розподіл завдань і повноважень між особами або групами осіб (структурними підрозділами), що враховує спрямованість організації на досягнення цілей, які стоять перед нею.

Серйозною проблемою організації ефективного управління в умовах виникнення ДТП є недостатня координація діяльності відомчих органів. Проте традиційні підходи до управління в умовах виникнення ДТП, як показує досвід їх використання, призводять до незадовільних результатів.

Вирішувати проблему управління в умовах виникнення ДТП необхідно не тільки шляхом перебудови функціональної структури і підвищення кваліфікації управлінських кадрів, але і переходу до нової "управлінської парадигми". Під останньою розуміється система поглядів, що базуються на ефективних положеннях ситуативного управління. Відповідно до цих положень, побудова системи управління в умовах виникнення ДТП є відгуком на різні за своєю природою стани, які виникають при ДТП. При цьому остання розглядається як відкрита система. Основні передумови її успішного функціонування повинні визначатися не всередині, а поза нею. Іншими словами, ефективність функціонування системи необхідно пов'язати з тим, наскільки вдало вона реагує на зовнішнє оточення, є стійкою до несподіваних змін зовнішнього середовища, здатна ефективно використовувати свої потенційні можливості.

При складному і мінливому зовнішньому середовищі структура обговорюваних систем управління передусім повинна бути гнучкою і адаптивною. Вони повинні бути пристосовані до визначення нових проблем і вироблення нових рішень більше, ніж до контролю вже ухвалених рішень та їх реалізації. У них повинні бути забезпечені можливість максимальної концентрації всіх ресурсів, об'єднання інформаційних, організаційних та інших типів резервів для ліквідації в найкоротші терміни екстремальної ситуації, що склалася.

В системах управління в умовах виникнення та ліквідації ДТП реалізовані два, здавалося б, взаємовиключні принципи – єдиноначальність (єдність повноважень і відповідальності) і розподілення повноважень і відповідальності. Керівник відповідної установи (для охорони здоров'я це начальник управління охорони здоров'я) несе персональну відповідальність за стан справ. Проте в роботі координаційного органу (міжвідомчого штабу), в якому вирішуються питання взаємодії і координації між працівниками різних рівнів, реалізується принцип розподіленої відповідальності. У штабі створюються умови для необхідних узгоджень і консультацій для усуну-

нення неминучих конфліктів і розбіжностей. Це забезпечує мінімальне втручання перших осіб в оперативну діяльність керівників нижчих рівнів.

Організаційна структура, що займається організацією надання медичної допомоги в умовах виникнення та ліквідації ДТП, повинна бути структурою з локальною автономією і глобальною координацією. Різні її елементи беруть участь у встановленні цілей і завдань і спільними зусиллями досягають їх реалізації.

Успішність діяльності керівників відповідних служб при відпрацюванні управлінських рішень залежить від рівня їх обізнаності. При слабкій обізнаності вдаються до методів експертних оцінок. При більшій обізнаності використовують кількісне прогнозування, моделювання та оптимізацію.

Виділяють три напрями ухвалення рішень:

- отримання додаткової інформації, підвищення рівня обізнаності і розуміння ситуації;
- вживання заходів, спрямованих на збільшення гнучкості організації;
- вибір заходів щодо зменшення втрат при ліквідації ДТП.

Інша ситуація складається при ліквідації наслідків ДТК. У цьому випадку стратегія гнучкості, яка необхідна в умовах виникнення та ліквідації ДТК, орієнтована на вживання ефективних заходів в широкому спектрі можливих несприятливих змін. Підкреслимо відмінність цієї стратегії від стратегії безпосередньої реакції на конкретне сбурення.

Для підвищення гнучкості управління необхідні:

- підвищення гнучкості дій осіб, що надають медичну допомогу в умовах ДТК, їхньої психологічної готовності до зустрічі з нетиповими ситуаціями;
- розвиток творчої активності співробітників та їх здатності вирішувати нові проблеми;
- залучення співробітників різних спеціальностей та кваліфікації;
- збільшення рівня структурної гнучкості всіх функціональних і забезпечуючих підсистем.

Особливого значення набуває гнучкість підсистем матеріально-технічного забезпечення, насамперед бригад швидкої медичної допомоги. Інформації про можливі наслідки ДТК зазвичай достатньо для того, щоб адекватно підготуватися до виїзду відповідних транспортних засобів. Таким чином, значна частина заходів, розроблених на основі даних про можливі наслідки типових у цьому сенсі ДТК, може бути прийнята задовго до того, як виникне подібна ситуація.

Відповідно до цільового призначення, структури системи управління в умовах виникнення та ліквідації наслідків ДТП належать до дуальних (подвійних) або поліструктур (множинних).

В останніх роботах з ліквідації надзвичайних ситуацій (НС) наводяться приклади в рамках управління стратегічними ситуативними зонами (ССЗ). Але для потреб ліквідації наслідків ДТП в умовах великого міста, коли на добу реєструється кілька десятків таких випадків, це недоцільно.

Такий принцип управління при ліквідації наслідків ДТП, як створення поліструктури, – це відхід від традиційної практики. Поліструктури добре сумісні з іншими типами організації.

Проте є інші можливості, зокрема використання матричних структур управління. В них, з одного боку, є ієрархічна взаємодія підрозділів (“по вертикалі”), а з іншого – передбачено вирішення конкретних завдань, реалізація проектів, що належать до різних гілок ієрархії, але до одного її рівня (взаємодія “по горизонталі”). Відповідальність за вирішення завдань при цьому покладається на керівника служби, який може швидко сформувати мобільний дієздатний колектив із співробітників різних підрозділів. Використання системи управління з матричною структурою при ліквідації НС невеликого масштабу (такими, як є ДТП) може дати позитивні результати.

Матрична структура управління робить систему більш дієвою, гнучкішою і динамічнішою, проте центром такої системи залишається її штаб на чолі з керівником. Постійною функціональною частиною штабу повинна бути група інформаційного забезпечення або інформаційної підтримки.

В обов'язки штабу входить виявлення тенденцій динаміки ДТП у місті, оцінка їх масштабів, розрахунок необхідних для їх ліквідації часу і ресурсів, попередження керівників про раптові зміни.

Штаб регулярно корегує перелік зон міста з підвищеним ризиком виникнення ДТП та їх пріоритети, контролює хід профілактичних та ліквідаційних робіт в цих зонах.

Розподіл відповідальності між рівнями системи управління в умовах виникнення та ліквідації наслідків ДТП повинен визначатися принципом результативності стратегії. Він полягає у тому, що повноваження і відповідальність за кожне рішення передаються на той рівень структури, на якому визначаються змінні, що належать до цього рішення.

З огляду на вищенаведене, нами пропонується організаційно-керівна структура ЦМК для попередження та ліквідації медичних наслідків ДТП в умовах великого міста. Очолює дану організаційно-керівну структуру міський міжвідомчий штаб з попередження та ліквідації наслідків ДТП, який працює під керівництвом Київської міської державної адміністрації. До його складу входять представники зацікавлених відомств (головних управлінь внутрішніх справ, надзвичайних ситуацій, охорони здоров'я та медичного забезпечення та “автомобільного транспорту та шляхів”). Міський міжвідомчий штаб працює на основі розробленої програми зменшення кількості ДТП у м. Києві та нормативних і рекомендаційних документів: матеріали ВООЗ, закони України, укази Президента України, постанови Кабінету Міністрів України, накази відповідних відомств.

У кожному міському управлінні, яке опікується проблемами ДТП, створюються робочі групи для підготовки відповідних заходів з попередження та ліквідації наслідків ДТП у м. Києві.

До роботи міського штабу залучаються управління культури, освіти та науки, громадські організації, представники силових структур для відпрацювання програми зменшення кількості ДТП у м. Києві.

Подальші дослідження скеровані на оптимізацію медичної допомоги постраждалим під час ДТП.

Список літератури

1. Авхименко М. М. Информационные технологии по предупреждению и ликвидации последствий техногенных аварий / М. М. Авхименко, О. В. Бабенко, И. Н. Соловьев // Медицина катастроф. – 2000. – № 2. – С. 47–50.
2. Акимов В. А. Оценка и прогноз стратегических рисков России: теория и практика / В. А. Акимов // Право и безопасность. – 2004. – № 1 (10). – С. 43–52.
3. Амбарцумян В. В. Безопасность дорожного движения / В. В. Амбарцумян. – М. : Мир, 2008. – 330 с.
4. Афанасьев Л. Методы и средства психофизиологического отбора водителей / Л. Афанасьев, Н. Игнатов, В. Мишуринов // Автомобильный транспорт. – 1982. – № 4. – С. 48–50.
5. Бичков В. В. Проблемы организации надання медичної допомоги постраждалим в дорожньо-транспортних пригодах та резерви для її покращення в умовах великого міста / В. В. Бичков // Укр. журн. гематол. та трансфузіол. – 2009. – № 3–4. – С. 34–41.
6. Boer J. Definition and classification of disasters introduction of disaster severity scale / J. Boer // J. Emerg. Med. – 1990. – Vol. 8. – P. 591–595.

УПРАВЛЕНИЕ СЛУЖБОЙ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ ПРИ МЕДИЦИНСКИХ ПОСЛЕДСТВИЯХ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ

В. В. Бычков (Киев)

Рассмотрены особенности управления службой медицины катастроф во время оказания медицинской помощи потерпевшим вследствие дорожно-транспортных происшествий.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: служба медицины катастроф, управление, медицинская помощь, дорожно-транспортное происшествие.

MANAGEMENT OF MEDICINE DISASTERS SERVICE AT MEDICAL CONSEQUENCES OF ROAD AND TRANSPORT INCIDENTS

V. V. Bychkov (Kyiv)

Peculiarities of management of medicine disasters service during rendering medical aid by the victim owing to road and transport incidents have been considered.

KEY WORDS: medicine disasters service, management, medical aid, road and transport incident.

Рецензент: д.мед.н. О. С. Коваленко

ЕКОНОМІКА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

УДК 614.2:368.06

М. С. БЕКАЛО (Миколаїв)

**ПІДХОДИ ДО УДОСКОНАЛЕННЯ ДОГОВІРНИХ ВІДНОСИН
У МЕДИЧНОМУ СТРАХУВАННІ**

Медична служба УМВС України у Миколаївській області

Обґрунтовано нові підходи до договірних відносин у системі медичного страхування як інструмент підвищення ефективності діяльності замовника, постачальника медичних послуг та роботи персоналу. Розглянуто причини гальмування запровадження договірних відносин у вітчизняному секторі охорони здоров'я. Розроблено технологічні рекомендації для запровадження договірних відносин у сфері охорони здоров'я.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: договір (контракт), договірні відносини, страхова медицина, організація охорони здоров'я, кадрові ресурси, постачальник та замовник медичних послуг.

Система охорони здоров'я України знаходиться у фазі формування ринкових економіко-соціальних відносин: зміни пріоритетів діяльності лікувально-профілактичних закладів за вектором розробки ефективних ресурсозберігаючих медичних та організаційно-технічних технологій при одночасному забезпеченні певного рівня якості медичної допомоги; пошуку додаткових джерел фінансування; удосконалення законодавчої та нормативної бази та форм надання медичної допомоги; підвищення ролі та значимості пацієнта; створення нових структур та відносин у галузі; перспективи розвитку добровільного та впровадження обов'язкового медичного страхування.

Адміністративно-командні зв'язки стають слабшими, а у деяких випадках розриваються, відно-

сини все більше набувають характеру партнерських, договірних. При цьому досвід формування відносин, побудованих на взаємовигідній основі, яка враховує інтереси усіх сторін, у вітчизняній охороні здоров'я тільки здобувається.

Таким чином, існує нагальна потреба у розробці методологічних основ запровадження договірних відносин, відповідних проектів нормативних документів, проведення підготовчої роботи, формування спеціалістів у зазначеній сфері діяльності, експериментальне впровадження елементів обов'язкового медичного страхування тощо.

Слід зазначити, що сьогодні, коли провідними експертами галузі визначено чітку перспективу розвитку медичного страхування, перехід від адміністративно-командної моделі управління медичним обслуговуванням до постачання медичної допомоги на договірних (контрактних)

відносинах та розробку сучасних методів економічного управління в секторі охорони здоров'я, все актуальнішим стає необхідність розглядати суб'єкти медичного середовища у контексті замовника та постачальника медичних послуг [4;7;8].

Законодавче забезпечення можливості запровадження у вітчизняну систему охорони здоров'я договірних відносин у сфері закупівлі та постачання медичних послуг досить ретельно представлено у кількох публікаціях [6;7].

Метою роботи визначено дослідження передумов і стану впровадження договірних відносин в Україні в контексті розвитку страхової медицини та розробка рекомендацій з їх удосконалення.

Матеріали і методи. У дослідженні були використані законодавчі документи, які стосуються договірних відносин та медичного страхування. Для обробки даних застосовувалися метод експертної оцінки та аналітичний метод, а для розробки методологічних підходів договірних відносин використовувались методи системного підходу і аналізу, а також аналітико-синтетичний метод.

Результати дослідження та їх обговорення. Про ключове значення контрактних відносин (у міжнародній практиці договірних відносин більш поширеним є термін "контракт"), як однієї із стратегій реформування світових систем охорони здоров'я, проголошено у спеціальній резолюції Всесвітньої Асамблеї охорони здоров'я "Про роль контрактних відносин у поліпшенні діяльності системи охорони здоров'я" (2003 р.) [10], у якій Всесвітня Асамблея звернулася до держав – членів ВООЗ з наступними пропозиціями:

- забезпечити використання контрактних відносин у медичній сфері відповідно до правил та принципів, що відповідають національним політикам охорони здоров'я;
- формувати таку контрактну політику, що максимально підвищує результативність системи охорони здоров'я;
- сприяти обміну досвідом залучення до контрактних відносин, до забезпечення медичного обслуговування державного та приватного сектору та неурядових організацій [10].

В Законі України "Про страхування" від 07.03.96 №85/96-ВР та в проектах законів про обов'язкове медичне страхування договірним відносинам у сфері надання медичних послуг приділяється значна увага.

Наприклад, в проекті Закону України "Про фінансування охорони здоров'я та обов'язкове соціальне медичне страхування" існує блок статей (ст. 19, 22, 24, 25, 31, 32 та ін.), в яких передбачається регулювання відносин між суб'єктами господарювання та фізичними особами на договірній (контрактній) основі.

В статті 19 "Порядок надання медичних послуг застрахованим" медичні послуги застрахо-

ваним за програмою обов'язкового медичного страхування надаються на основі типового договору закупівлі медичних послуг.

В статті 22 "Умови уникнення подвійного страхування" з метою уникнення подвійного страхування та визначення пріоритетного страховальника встановлюється: пріоритетним страховальником для працівників, які отримують доходи у вигляді оплати праці на умовах трудового договору (контракту), якщо такі доходи мають постійний характер, або за цивільно-правовими договорами, сплата страхових внесків проводиться у того страховальника, у якого застрахована особа отримує дохід.

В статті 24 "Договори у системі обов'язкового медичного страхування" договорами системи обов'язкового медичного страхування є: договір (поліс) медичного страхування, що укладається на користь застрахованої особи між страховиком та страховальниками; договір на надання медичних послуг, що укладається між страховиками та надавачем медичних послуг і включає перелік медичних послуг, їх вартість, обсяги, методи та строки лікування, критерії якості, стандарти лікування, профілактичні заходи, штрафні санкції тощо; договір про співпрацю, що укладається між надавачами медичних послуг різного рівня і включає перелік медичних послуг, які надаються шляхом залучення відповідних фахівців або направлень для надання спеціалізованої та кваліфікованої медичної допомоги в інших закладах охорони здоров'я.

Кожній застрахованій особі видається договір (поліс) медичного страхування. Форми типових договорів встановлюються Фондом медичного страхування України. Обсяги медичних послуг, визначені договором про надання медичних послуг, не можуть бути меншими, ніж встановлені Програмою обов'язкового медичного страхування.

В статті 25 "Страхові виплати" страхові виплати здійснюються Фондом медичного страхування України за формою закупівлі медичних послуг та із застосуванням методів фінансування надання медичних послуг. Страхові виплати включають: розрахункову вартість медичних послуг згідно Програми обов'язкового медичного страхування, у тому числі і вартість гонорарів медичним працівникам; надбавки, що встановлюються коефіцієнтами; інші нарахування, що встановлюються договорами на надання медичних послуг.

Згідно із статтею 31 "Права та обов'язки надавачів медичних послуг", надавачі медичної послуги зобов'язані: "...укласти договір зі страховиком про надання медичних послуг за Програмою обов'язкового медичного страхування; проводити профілактичні медичні огляди та щеплення, своєчасно надавати медичні послуги застрахованим особам належної якості та обсягу у відповідності до встановлених стандартів та на

умовах, передбачених цим Законом, Програмою обов'язкового медичного страхування та договором про надання медичних послуг; у разі неможливості надання застрахованим особам медичної допомоги в межах власної компетенції, залучати відповідних фахівців або направляти їх для надання спеціалізованої та кваліфікованої медичної допомоги в інші заклади охорони здоров'я на підставі відповідних договорів про співпрацю; вести облік, проводити моніторинг та здійснювати інші дії, встановлені договором про надання медичних послуг...”.

В статті 32 “Відповідальність у системі обов'язкового соціального медичного страхування України” зазначається, що надавачі медичних послуг у системі обов'язкового соціального медичного страхування відповідальні за надання якісних та своєчасних медичних послуг згідно Програми обов'язкового медичного страхування, належне ставлення до застрахованих осіб, забезпечення прав пацієнтів, виконання умов договорів про надання медичних послуг, зберігання та використання медичної інформації, ведення обліку та оформлення страхової документації; надавачі медичних послуг несуть відповідальність відповідно до договорів про надання медичних послуг; застрахована особа несе відповідальність відповідно до договорів про страхування (поліс) та про надання медичних послуг.

У статті 32 проекту Закону України “Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування” детально описано структуру та процедуру укладання Договору про надання медичної допомоги за загальнообов'язковим державним соціальним медичним страхуванням. Зокрема зазначається, що медична допомога надається на підставі договору, який укладається між дирекцією Фонду медичного страхування України та постачальником медичних послуг; описано, що повинно зазначатися в договорі; наведені умови договору про добровільну участь у медичному страхуванні; форма договорів про надання медичної допомоги та добровільну участь у медичному страхуванні, порядок та умови їх укладання визначаються Кабінетом Міністрів України.

Таким чином, наявна в Україні нормативно-правова база сформувала лише загальні підходи до договірних відносин у галузі. Виявлено деяку недосконалість правових норм та їх неоднозначне тлумачення, більш рекомендаційний, ніж імперативний характер; законодавчі документи загальнодержавного значення практично не знайшли свого продовження та широкого застосування у сфері охорони здоров'я.

Враховуючи новизну контрактних відносин (КВ) між замовником та постачальником медичних послуг для вітчизняної практичної охорони здоров'я, важливе значення має уніфікація по-

нятійного апарату, зокрема визначення основних понять:

- *договір* – взаємне зобов'язання, письмова або усна угода про права та обов'язки між державами, установами, підприємствами та окремими особами;

- *контракт* – письмова угода, договір, за яким сторони, що його уклали, мають взаємні зобов'язання;

- *угода* – взаємна домовленість про що-небудь [3].

Що стосується нормативно-правового визначення цих дефініцій, то вони відображають існуючий інтегральний спектр тлумачення цих понять вітчизняними законодавцями:

1. Договором є домовленість двох або більше сторін, спрямована на встановлення, зміну або припинення цивільних прав та обов'язків.

2. Договір є двостороннім, якщо правами та обов'язками наділені обидві сторони договору.

3. До договорів, що укладаються більш як двома сторонами (багатосторонні договори), застосовуються загальні положення про договір, якщо це не суперечить багатосторонньому характеру цих договорів.

4. Договір є відплатним, якщо інше не встановлено договором, законом або не впливає із суті договору (стаття 626 “Поняття та види договору” Цивільного кодексу України) [9].

У Цивільному кодексі України також визначена процедура укладання договорів (контрактів):

1. Договір є укладеним, якщо сторони в належній формі досягли згоди з усіх істотних умов договору. Істотними умовами договору є умови про предмет договору, умови, що визначені законом як істотні або є необхідними для договорів даного виду, а також усі ті умови, щодо яких за заявою хоча б однієї із сторін має бути досягнуто згоди.

2. Договір укладається шляхом пропозиції однієї сторони (оферти) і прийняття пропозиції (акцепту) другою стороною (стаття 638 “Укладення договору”) [9].

Якщо вищезазначені дефініції стосуються партнерських відносин між структурними утвореннями, так званого зовнішнього середовища (у нашому випадку між замовником і постачальником медичних послуг), то наступні визначення спрямовані на регулювання відносин між власником та працівником медичної структури, тобто внутрішнього середовища: трудовий договір є угодою між працівником і власником підприємства, установи, організації або уповноваженим ним органом чи фізичною особою, за якою працівник зобов'язується виконувати роботу, визначену цією угодою, з підляганням внутрішньому трудовому розпорядкові, а власник підприємства, установи, організації або уповноважений ним орган чи фізична особа зобов'яз-

зується виплачувати працівникові заробітну плату і забезпечувати умови праці, необхідні для виконання роботи, передбачені законодавством про працю, колективним договором і угодою сторін.

Особливою формою трудового договору є контракт, в якому строк його дії, права, обов'язки і відповідальність сторін (у тому числі матеріальна), умови матеріального забезпечення та організації праці працівника, умови розірвання договору, у тому числі дострокового, можуть встановлюватися угодою сторін. Сфера застосування контракту визначається законами України (стаття 21 "Трудовий договір") [2].

Актуальним є питання, хто може бути замовником медичних послуг у системі охорони здоров'я України та яким законодавчим актом врегульована ця процедура. Згідно з Господарським кодексом України [1]:

- Державне замовлення є засобом державного регулювання економіки шляхом формування на договірній (контрактній) основі складу та обсягів продукції (робіт, послуг), необхідної для державних потреб, розміщення державних контрактів на поставку (закупівлю) цієї продукції (виконання робіт, надання послуг) серед суб'єктів господарювання, незалежно від їх форми власності.

- Державний контракт – це договір, укладений державним замовником від імені держави з суб'єктом господарювання виконавцем державного замовлення, в якому визначаються економічні та правові зобов'язання сторін і регулюються їх господарські відносини (стаття 13 "Державне замовлення, державне завдання").

Закон України "Про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти" від 22.02.2000 №1490-III встановлює загальні правові та економічні засади здійснення процедур закупівель товарів, робіт і послуг за рахунок державних коштів, у тому числі і можливість закупівлі медичних послуг [5].

Таким чином, на перший погляд в Україні існують передумови запровадження договірних відносин у галузі охорони здоров'я, і проблема знаходиться виключно у площині компетенції галузі як сектору економіки, якому делеговано повноваження центральної виконавчої влади. Однак створення системи контрактних відносин в секторі охорони здоров'я України гальмується з ряду причин:

- відсутність законодавчого визначення поняття "медична послуга" (хоча цей тип послуг існував і продовжує існувати в суспільстві, і відсутність його тлумачення в національному законодавстві не є підставою для заперечень у здійсненні процедури їх державних закупівель);
- ряд недоліків у чинному цивільному та господарському законодавстві, яке не розвинуто у напрямку регулювання механізмів закупівлі та

постачання саме медичних послуг (в них не передбачене спеціальне регулювання зобов'язань за договором про надання медичних послуг, хоча ціла низка договорів про надання інших видів послуг зазначеними кодексами детально врегульовані окремо);

- відсутність затвердженого урядом або уповноваженим ним органом типового контракту про закупівлю та постачання медичних послуг (і це, мабуть, недолік галузевих фахівців), тобто відсутня модель державного бачення рамкового документу;

- відсутність уніфікованого класифікатора медичних послуг (процедур) та затвердженої методики розрахунку їх собівартості і підходів щодо формування тарифів;

- хоча, відповідно до статті 189 Господарського кодексу, суб'єкти господарювання можуть використовувати у господарській діяльності значний арсенал фіксованих та вільних цін, однак проблема відсутності затвердженого базового пакету послуг, надання яких повинне гарантуватися громадянам за рахунок бюджетних коштів, не дозволяє визначитися з процедурою їх закупівлі. Втім відсутність затвердженого переліку, механізму формування ціноутворення та тарифів на медичні послуги не заважає втілити можливість закупівлі їх на основі блок-контракту, тобто коли платник погоджується сплачувати певну суму в обмін на безоплатний доступ населення до певного кола послуг, при цьому ціна окремої послуги не визначається (такі форми КВ часто використовуються в країнах світу в умовах діяльності системи первинної медико-санітарної допомоги, яка працює на засадах загальної практики/сімейної медицини, а в Україні ми маємо експериментальні дані в м. Комсомольську Полтавської області). Така процедура є цілком легітимною у нашій країні, а підґрунтям для її застосування є стаття 632 Цивільного кодексу України, відповідно до якої ціна у договорі встановлюється за домовленістю сторін;

- щодо внутрішніх контрактів, то сьогодні закон не передбачає можливості укладення трудового договору медичними працівниками у формі контракту (окрім керівників державних і комунальних медичних закладів, які мають господарсько-правовий статус державного чи комунального підприємства), хоча для педагогічних працівників така можливість існує (частина 3 статті 54 Закону України "Про освіту").

Урегулювання вищезазначених питань сприятиме прискоренню запровадження договірних відносин у галузі охорони здоров'я України.

Наступним етапом нашої роботи була розробка методичного комплексу у вигляді технологічних рекомендацій для запровадження контрактних відносин.

Робота медичних структур з формування системи КВ повинна здійснюватися за двома основ-

ним напрямкам: а) установлення суб'єкта КВ та робота з ним; б) визначення структури, обсягу та змісту власне контракту як юридичного документу.

Процедура установлення КВ, на нашу думку, повинна будуватися в три етапи:

- підготовчий етап;
- процес переговорів (мета якого отримати згоду партнера) та формування контрактів (вивчення потреб і можливостей партнерів та власне підготовка контракту);

- підписання контракту (перед цим кроком направлення оферти та проведення її акцептування; у деяких випадках можливе укладення попереднього контракту) і контроль за його виконанням.

Перед сторонами стоять важливі завдання: по-перше, правильно оформити документ; по-друге, чітко, повно та зрозуміло розкрити зміст взаємовідносин.

Аналіз існуючих договорів, так званих блок-контрактів або пакетних контрактів, які сьогодні епізодично впроваджуються в експериментальних регіонах України, свідчить про те, що вони мають невеликий обсяг (3–4 аркуші), у них записано загальні фрази або повторюються окремі положення існуючого законодавства. Це зумовлює часті непорозуміння під час виконання такого договору. Водночас світовий досвід КВ показує, що при укладенні контракту не повинно залишатися нез'ясованих моментів, можливостей для подвійного тлумачення, наприклад контракти на погоджену вартість та обсяг медичної допомоги або контракти із зазначенням вартості кожної послуги тощо. Обсяг таких контрактів не повинен бути обмеженим, навпаки – повинна створюватися можливість включення всіх положень, які мають значення хоча б для однієї із сторін. Крім того, контракт повинен якомога повніше враховувати особливості та різноманітні варіанти сумісної діяльності і при цьому враховувати усі варіанти досить складної системи взаємовідносин та передбачати можливість внесення змін та доповнень до контракту.

Слід додати, що до професійного рівня фахівців, які займаються підготовкою контрактів, повинні висуватися досить високі вимоги – до їхньої компетенції, знання законодавства, реальної ситуації, вміння правильно та грамотно викласти позицію зацікавленої сторони.

Звичайно, формування контракту здійснюється з урахуванням загального та спеціального рівнів структуризації. В свою чергу, загальний його рівень складається з основної частини (текст контракту) та додатків до контракту, а спеціальний рівень стосується архітекtonіки окремих розділів, параграфів, пунктів основної частини та додатків.

Досвід застосування КВ у європейських країнах та США свідчить, що досягнення згоди за умовами контракту оформлюється наступним

чином: в основній частині контракту формується загальна характеристика умов, а їх деталізація наводиться у відповідних додатках.

Наприклад, у загальній частині контракту визначається, що фінансування медичної структури буде здійснюватися за поособовим нормативом на одного прикріпленого мешканця, вказується величина нормативу та кількість прикріпленого населення. Вся решта інформації, яка стосується розрахунку поособового нормативу, порядку прикріплення жителів, порядку фінансування тощо, може бути винесена у додатки.

Сенс такого формату контракту полягає в тому, що можливі зміни, які, безумовно, часто виникають на практиці, не призведуть до постійного проведення процедури переукладання контракту, а необхідність внесення змін в додатки (основний текст залишається незмінним) створює нормальні умови для роботи з контрактом як юридичним документом.

Кількість додатків не повинна обмежуватись, тому що головною їх метою є якомога повне висвітлення предмету договору, умов, за яких він набуває чинності або розривається; усі умови контракту повинні бути чітко зафіксованими та зрозумілими як суб'єктам, що його підписують, так і суду.

Основна частина контракту складається з наступних розділів: реквізити, реєстраційний номер (бажано два – по одному з кожної сторони), назва, місце та дата укладення, спеціальні структури (розкривають тільки вагомні умови КВ), підписи сторін.

Додатки до контракту можуть включати:

- термінологічний апарат та його трактування, що має особливе значення на етапі запровадження КВ (слід акцентувати увагу на цій обов'язковій частині);
- процедура внесення змін в основну частину контракту та доповнень до нього;
- процедура прийняття нових додатків;
- вимоги до оформлення документів, які затверджуються сторонами під час виконання контракту та особи, уповноважені складати і підписувати документи;
- перелік основних законодавчих та нормативних документів, якими будуть керуватися сторони;
- детальний порядок, об'єм та строки фінансування;
- територіальна програма медичного забезпечення з вимогами до даної медичної структури;
- тарифи на медичні послуги, порядок їх індексації;
- порядок направлення хворих в інші медичні структури;
- порядок взаємодії сторін при проведенні експертизи діяльності медичної структури;
- графік прийому лікарів;
- порядок, об'єм та строки представлення рахунків;
- порядок перебування хворих у стаціонарі;

- медико-економічні стандарти;
- порядок медичного обслуговування мешканців іншого міста тощо.

Останнім розділом контракту завжди є процедура контролю за виконанням контракту.

Висновки

Запровадження контрактних відносин, що передбачено в проектах законів України про обов'язкове медичне страхування, є надзвичайно важливою стратегією до здійснення контролю

за витратами та ефективного управління в сфері охорони здоров'я, однак потребує проведеної значної підготовчої роботи.

Перспективи подальших досліджень полягають у запровадженні системи контрактних відносин у сфері закупівлі та постачання медичних послуг, що повинні принести у галузь охорони здоров'я нові підходи, нову філософію щодо управління діяльністю її медичних структур та кадровими ресурсами.

Список літератури

1. *Господарський кодекс України*. За станом на 25.03.2005 р. / Верхов. Рада України. – Офіц. вид. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/lows/main.cgi>. – Назва з екрану.
2. *Кодекс законів про працю України*. За станом на 03.03.2005 р. / Верхов. Рада України. – Офіц. вид. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/lows/main.cgi>. – Назва з екрану.
3. *Новий тлумачний словник української мови* : в 3 т. / [укл. В. В. Яременко, О. М. Сліпущко]. – К. : Аконтіт, 2004. – Т. 1. – 926 с.
4. *Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні* / [за заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого]. – К. : Вид-во Раєвського, 2005. – 168 с.
5. *Про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти* : Закон України № 1490-III від 22.02.2000 р. За станом на 20.01.2005 р.) / Верхов. Рада України. – Офіц. вид. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/lows/main.cgi>. – Назва з екрану.
6. *Рудий В. М.* Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні / В. М. Рудий. – К. : Сфера, 2005. – 272 с.
7. *Рудий В. М.* Запровадження договірних відносин в секторі охорони здоров'я України: оцінка можливостей чинного законодавства та пропозиції щодо його вдосконалення / В. М. Рудий // *Главный врач*. – 2005. – № 3. – С. 32–40.
8. *Смайловская М. С.* Проблемы развития предпринимательской деятельности медицинских учреждений в условиях новых экономических отношений в отрасли здравоохранения / М. С. Смайлловская // *Экономика здравоохран.* – 2001. – № 6. – С. 10–13.
9. *Цивільний кодекс України*. За станом на 03.03.2005 р. / Верхов. Рада України. – Офіц. вид. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/lows/main.cgi>. – Назва з екрану.
10. *The role of contractual arrangements in improving health systems' performance* : Resolution of the World Health Assembly, WHA 56.25.

ПОДХОДИ К УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ДОГОВОРНЫХ ОТНОШЕНИЙ В МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ

М. С. Бекало (Николаев)

Обоснованы новые подходы к договорным отношениям в системе медицинского страхования как инструмент повышения эффективности деятельности заказчика, поставщика медицинских услуг и работы персонала. Рассмотрены причины торможения внедрения договорных отношений в отечественном секторе здравоохранения. Разработаны технические рекомендации для внедрения договорных отношений в сфере здравоохранения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: договор (контракт), договорные отношения, страховая медицина, организация здравоохранения, кадровые ресурсы, поставщик и заказчик медицинских услуг.

APPROACHES TO IMPROVEMENT CONTRACTUAL RELATIONS IN MEDICINE INSURANCE

M. S. Bekalo (Mykolaiv)

New approaches to contractual relations in the system of medical insurance as the tool of increase of efficiency activity of the customer, the supplier of medical services and works of the staff have been proved. The reasons of braking implementation of contractual relations in domestic sector of health care have been considered. Technical recommendations for implementation of contractual relations in the field of health care have been developed.

KEY WORDS: contractual relations, medicine insurance, organisation of health care, regular resources, supplier and customer of medical services.

Рецензент: к.мед.н. Є. Є. Латишев

УДК 614.2:33:615.5-002-053.2(477.84)

Г. Б. ГОЛЯЧЕНКО (Тернопіль)

ВАРТІСТЬ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ, ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ДЕРМАТОЗИ, У М. ТЕРНОПІЛЬ ЗА 2001 – 2008 РР.

Тернопільський обласний комунальний клінічний шкірно венерологічний диспансер

Визначено вартість лікування дітей та підлітків, хворих хронічні дерматози, у м. Тернопіль за 2001–2008 рр. В 2008 р. вартість амбулаторного лікування одного випадку захворювання у дітей склала: atopічний дерматит – 187,44 грн, псоріаз – 237,89 грн, кропив'янка – 96,99 грн, стаціонарного лікування відповідно – 655,94; 1106,13; 685,29 грн; вартість лікування підлітків склала відповідно 200,84; 395,4; 112,4 і 672,8; 1274,2; 724,5 грн. Тенденції витрат на лікування залежали від рівнів захворюваності за досліджені роки та змін, що супроводжували витрати на заробітну платню та інші складові медичних послуг.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: хронічні дерматози, діти і підлітки, вартість.

Однією з гострих і не вирішених проблем української охорони здоров'я на стадії її реформування є визначення її вартості і забезпечення економічної ефективності функціонування [4;6;7]. Для цього слід вирішити багато питань, початковим з яких є вартість лікування конкретного захворювання. При цьому саме вихід на вартість лікування захворювання у конкретного лікаря є основною передумовою знаходження шляхів оптимізації економічної діяльності медичного закладу [2].

Метою дослідження є визначення вартості лікування хронічних дерматозів у дітей та підлітків в динаміці та ролі основних складових у її формуванні.

Матеріали і методи. В якості об'єкта дослідження взято дитяче населення м. Тернополя за 2001–2008 рр. В 2001 р. число дітей і підлітків склало 56730 осіб, в 2008 р. це число скоротилось до 42397 осіб. За цей період в місті захворіло хронічними дерматозами 482 дитини і 296 підлітків, із них 128 хворих було шпиталізовано, що склало 16,5%. Розрахунок вартості лікування здійснювався згідно економічно-математичних моделей.

Економіко-математична модель визначення вартості реабілітації в умовах амбулаторії (поліклініки) виглядала так:

$$Ц_{ап} = B_{рхл} \times T_{л} + B_{ркс} \times T_{с} + B_{мтз} + \sum_{i=1}^n B_{обст_i} + \sum_{i=1}^n B_{інстр_i} + \sum_{i=1}^n B_{мкс_i} + \sum_{i=1}^n B_{дз_i} + \sum_{i=1}^n B_{рхп_i}$$

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

$B_{рхл}$ – середня вартість робочої години лікаря;

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

$B_{ркс}$ – середня вартість робочої години медсестри;

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

$B_{мтз}$ – середнє число матеріально-технічних затрат на 1-го амбулаторного пацієнта (відвідування);

$$\sum_{i=1}^n B_{обст_i} = B_{об} \div T_{г} \times T_{о} + B_{дз} + B_{рхп} \times T_{о}$$

- вартість обстеження пацієнта

де i – кількість обстежень ($i=1, \dots, n$);

$B_{об}$ ч $T_{г}$ – вартість (амортизація) однієї години обладнання, що використане для обстеження пацієнта;

$T_{г}$ – гарантійний термін дії (у годинах);

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

$B_{дз}$ – вартість допоміжних засобів, що використані під час обстеження (інструментального лікування, реабілітації);

$B_{рхп}$ – вартість робочої години працівника, що проводив обстеження (інструментальне лікування, реабілітацію);

$$\sum_{i=1}^n B_{інстр_i} = B_{інстр} \div T_{г} \times T_{інстр} + B_{дз} + B_{рхп} \times T_{інстр}$$

- вартість інструментального лікування використаного для реабілітації

де i – кількість методів інструментального лікування ($i=1, \dots, n$);

$B_{інстр}$ ч $T_{г}$ – вартість (амортизація) однієї години апарату, що використаний для інструментального лікування, реабілітації;

$T_{\text{інстр}}$ – термін інструментального лікування, реабілітації (у хвиликах);

$$\sum_{i=1}^n B_{\text{мх}_i} - \text{вартість медикаментозних засобів,}$$

використаних для хірургічного лікування, реабілітації;

де i – кількість медикаментозних засобів ($i=1, \dots, n$);

$$\sum_{i=1}^n B_{\text{пз}_i} - \text{вартість перев'язочних засобів, ви-}$$

користаних для хірургічного лікування, реабілітації;

де i – кількість перев'язочних засобів ($i=1, \dots, n$);

$$\sum_{i=1}^n B_{\text{конс}_i} = B_{\text{ржк}} \times T_{\text{к}} \text{ вартість консультативної}$$

допомоги

де i – кількість консультацій ($i=1, \dots, n$);

$B_{\text{ржк}}$ – вартість робочої хвилини лікаря-консультанта;

$T_{\text{к}}$ – термін консультації (у хвиликах).

В моделі, що визначала вартість стаціонарного лікування, заробітна платня медичного персоналу і матеріально-технічні затрати розраховувались на 1 ліжко-день, а також враховувались витрати на харчування.

Результати дослідження та їх обговорення. В табл. 1 представлена пересічна вартість лікування хронічних дерматозів у дітей та підлітків з окремих хвороб та структура витрат за 2008 р. Як видно із табл. 1, амбулаторне лікування пересічного випадку було найдорожчим у хворих на псоріаз (287,29 грн.) і найдешевшим – у хворих на кропив'янку (102,9 грн.) стаціонарне – відповідно у хворих на псоріаз (1186,45 грн.) і atopічний дерматит (665,08 грн.). Вартість стаціонарного лікування була вищою порівняно з амбулаторним при кропив'янці в 6,8 рази, псоріазі – в 4,1 і atopічному дерматиті – в 3,4 рази.

Структура загальних витрат при амбулаторному і стаціонарному лікуванні була різною. При амбулаторному лікуванні майже половина витрат (48,7%) йшла на медикаменти (від 27,0% при atopічному дерматиті до 61,9% – при псоріазі), далі йшло обстеження – 27,0% (від 20,6 при псоріазі до 36,9% при atopічному дерматиті). Витрати на заробітну платню йшли на третьому місці – 15,6% (від 10,8 при псоріазі до 23,8 при atopічному дерматиті). Матеріально-технічні затрати йшли на останньому місці і були меншими за 10%. Натомість при стаціонарному лікуванні матеріально-технічні затрати займали перше місце – 35,5% (від 27,4 при atopічному дерматиті до 40,6 при псоріазі); не набагато меншою була частка витрат на медикаменти – 28,0% (від 18,6 при псоріазі до 40,6 при atopічному дерматиті). На третьому місці йшли витрати на харчування

– 18,5% (від 14,3 при atopічному дерматиті до 21,2 при псоріазі) і на передостанньому, як і в амбулаторному випадку, заробітна платня – 13,3% (від 10,2 при atopічному дерматиті до 15,2 при псоріазі). На відміну від амбулаторного лікування, витрати на обстеження в стаціонарі були на останньому місці – 4,7% (від 2,6 при кропив'янці до 7,5 при atopічному дерматиті). Це можна пояснити передусім тим, що хворі вже пройшли основні обстеження саме на амбулаторному етапі. Крім того, оцінюючи структуру витрат, слід мати на увазі, що йдеться не про абсолютну, а відносну величину, яка залежить від співвідношення усіх складових вартості. Так, наприклад, абсолютні витрати на медикаменти при псоріазі і atopічному дерматиті в стаціонарі мало відрізнялись між собою, а у структурному обчисленні ця різниця різко зростала через те, що тривалість лікування в стаціонарі псоріазу майже втричі перевищувала тривалість стаціонарного лікування atopічного дерматиту, що приводило до значно більших матеріально-технічних затрат при лікуванні псоріазу і відповідного зниження частки інших затрат.

Структура витрат ілюструє ще одну особливість вітчизняної охорони здоров'я. Різке перевищення витрат на матеріально-технічні потреби і медикаментозне лікування порівняно із заробітною платнею медичних працівників пояснюється тим, що перші дві складові витрат визначаються по т.з. ринковим цінам, а заробітна платня регулюється державою і за рахунок неї йде т.з. "економія" коштів. Нічого спільного з економічними законами ринку це не має. Зокрема в країні повністю приватизована фармація і монополісти – власники диктують ціни на медикаменти, прагнуть власне не прибутку, а наживи. Цю проблему можна вирішити, повернувшись до мережі державних аптек як конкурентів приватним.

На рис. 1, 2 і в табл. №2 і представлено динаміку витрат на амбулаторне і стаціонарне лікування хронічних дерматозів у дітей. Як видно із табл. 1 і рис. 1 і 2, ці витрати невпинно зростали, особливо при atopічному дерматиті і кропив'янці. При амбулаторному лікуванні atopічного дерматиту витрати зросли з 1335,6 грн в 2001 р. до 15932,4 грн в 2008 р., або в 11,9 рази. При кропив'янці відповідно зі 159,2 до 1259,96 грн, або в 7,9 раз. Це обумовлено двома обставинами: по-перше, різким зростанням захворюваності і певним зростанням витрат. Зокрема, якщо в 2001 р. лікування одного випадку atopічного дерматиту обходилося в 95,4 грн., то в 2008 – в 187,44 грн., кропив'янки відповідно в 39,8 і 96,99 грн. Що стосується псоріазу, то відносно невелике збільшення витрат (в 1,8 разу) було обумовлено лише зростанням ціни на лікування (зі 147,3 грн. в 2001 р. до 237,89 в 2008 р.), оскільки збільшення захворюваності в одні роки компенсувались ще більшим її знижен-

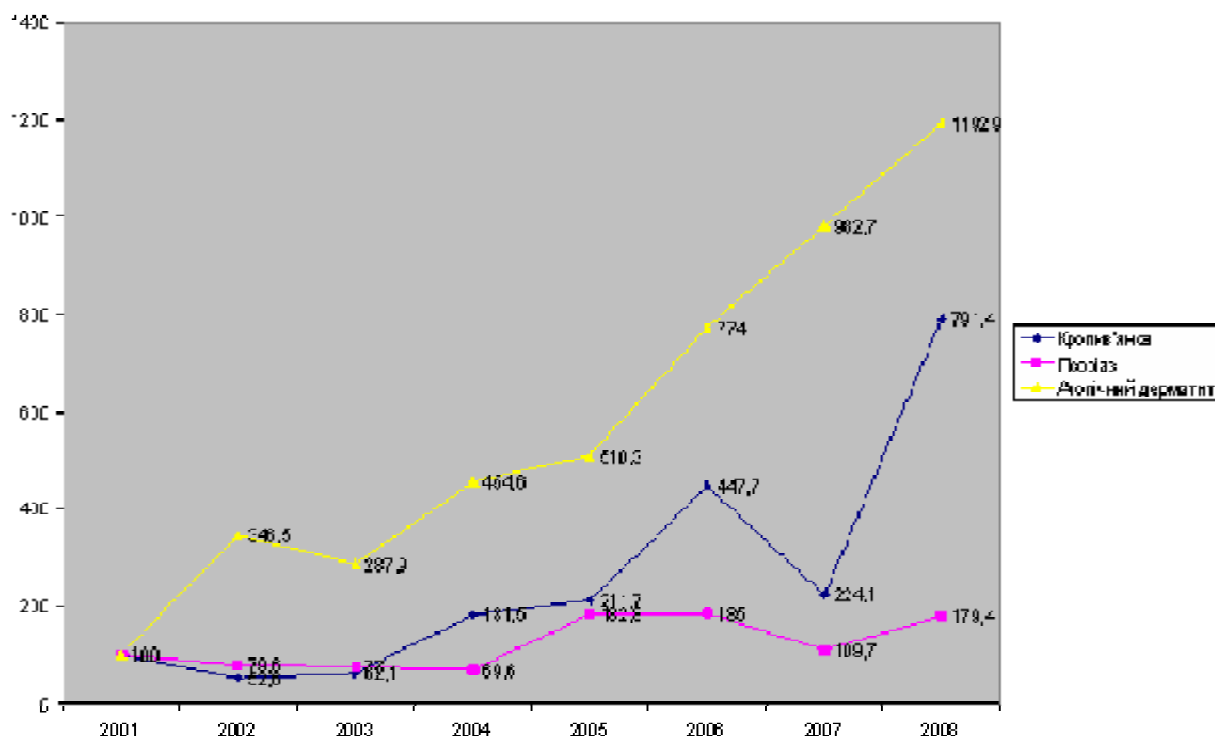


Рис. 1. Динаміка вартості амбулаторного лікування хронічних дерматозів у дітей (м.Тернопіль, 2001-2008 рр., темп росту (%))

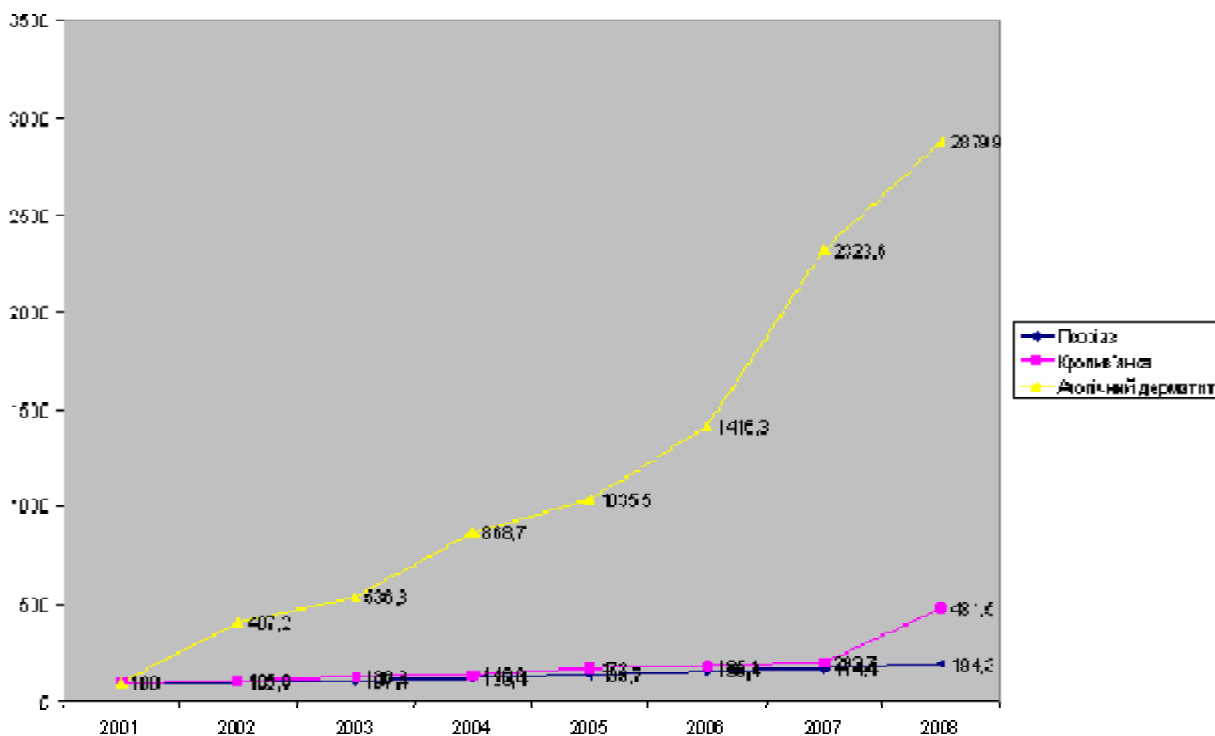


Рис. 2. Динаміка вартості стаціонарного лікування хронічних дерматозів у дітей (м.Тернопіль, 2001-2008 рр., темп росту (%))

ням в інші. Що стосується витрат на стаціонарне лікування, то вони також зростали: при атопічному дерматиті з 387,2 до 11150,98 грн або в 28,8 разу, при кропив'янці – зі 284,7 до 1370,6 грн, або в 4,8 разу і при псоріазі з 569,2 до 1106,13 грн, або в 1,9 разу. Загалом витрати на амбулаторне

лікування хронічних дерматозів зросли з 2820,5 грн в 2001 р. до 19571,26 в 2008, або в 6,9 разу, а на стаціонарне відповідно з 1241,1 до 13627,71 грн, або в 11,0 разу.

В табл. 3 і на рис. 3 і 4 представлена динаміка витрат на лікування хронічних дерматозів у

Таблиця 1. Вартість лікування хронічних дерматозів та її структура у дітей та підлітків (Тернопіль, 2008 р., у грн)

Види шкірних захворювань	Амбулаторне лікування		Стационарне лікування		Псоріаз		Кропив'янка		Разом							
	амбулаторне	стационарне	амбулаторне	стационарне	амбулаторне	стационарне	амбулаторне	стационарне	амбулаторне	стационарне						
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%						
Заробітківська пшави	46,47	23,8	67,83	10,2	31,02	10,8	180,34	15,2	11,63	11,3	91,75	13,1	15,6	339,4	13,3	
Обстеження	72,04	36,9	49,88	7,5	59,18	20,6	52,20	18,6	24,28	23,6	18,21	2,6	158,07	27,0	119,94	4,7
Інтермедіумне лікування	52,71	27,6	270,02	40,6	177,83	61,9	220,68	18,6	59,68	58,0	218,53	31,2	285,10	48,7	714,54	28,0
Імунорегулююче лікування	24,01	12,3	182,23	27,4	19,25	6,7	481,69	40,6	7,31	7,1	244,44	34,9	51,52	8,8	905,94	35,5
Ударне лікування	-	-	95,11	14,3	-	-	251,53	21,2	-	-	127,47	18,2	-	-	472,11	18,5
Разом	195,24	100,0	665,08	100,0	287,29	100,0	1186,45	100,0	102,9	100,0	700,41	100,0	585,43	100,0	2551,94	100,0

Таблиця 2. Вартість лікування хронічних дерматозів у дітей (м. Тернопіль, 2001 – 2008 рр., абс. числа, у грн)

Хвороби	Амбулаторне лікування								Стационарне лікування							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
	Атопічний дерматит	1335,6	468,4	3844,8	6072,0	6816,0	10350,0	13125,4	15932,4	387,2	1576,8	2078,5	3363,5	4009,6	5484,0	8997,0
Псоріаз	1325,7	1055,6	1020,6	922,5	2424,0	2452,5	1454,0	2378,9	569,2	584,9	611,2	702,5	794,8	890,4	992,8	1106,13
Кропив'янка	159,2	83,8	98,8	289,0	337,0	712,8	356,8	1259,96	284,7	301,2	372,4	401,2	492,4	526,7	577,1	1370,6
Темп росту, %	100,0	204,5	176,0	258,2	339,5	479,2	529,5	693,9	100,0	198,4	216,7	359,9	426,8	556,0	851,4	1098,0

Таблиця 3. Вартість лікування хронічних дерматозів у підлітків (м. Тернопіль, 2001 – 2008 рр., грн)

Хвороби	Амбулаторне лікування								Стационарне лікування							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
	Атопічний дерматит	2304,83	2302,8	2131,8	899,5	2763	2540,2	1195,2	2008,4	1707,2	889,4	900,4	467,3	1485,9	1016,6	590,2
Псоріаз	3855,6	3361,4	6768,9	3929,8	4838,4	6303,6	4815,2	3558,6	2077,5	1434,4	2370,6	1653	1802,8	3003,6	2243,0	2548,4
Кропив'янка	599,5	494,4	767,8	461,4	771,3	450,5	596,4	112,4	769,0	401,2	851,2	449,7	570,1	601,2	690,1	-
Разом	6759,93	6158,6	9668,5	5290,7	8372,7	9294,3	6606,8	5679,4	4553,7	2725	4122,2	2570,0	3858,8	4621,4	3523,3	3894,0

підлітків. На відміну від дітей і у відповідності із динамікою захворюваності у підлітків витрати коливались за роками, то піднімаючись, то опускаючись по відношенню до початкового рівня (2001 р.), причому криві амбулаторного лікування мали більше значень вище початкового рівня

порівняно із кривими стаціонарного лікування. Що стосується загальної тенденції, то слід відмітити певне зниження витрат: при амбулаторному лікуванні – з 6759,93 грн. в 2001 р. до 5679,4 в 2008, або на 19,0 %, і при стаціонарному відповідно з 4553,7 до 3894,0 грн або на 16,9 %.

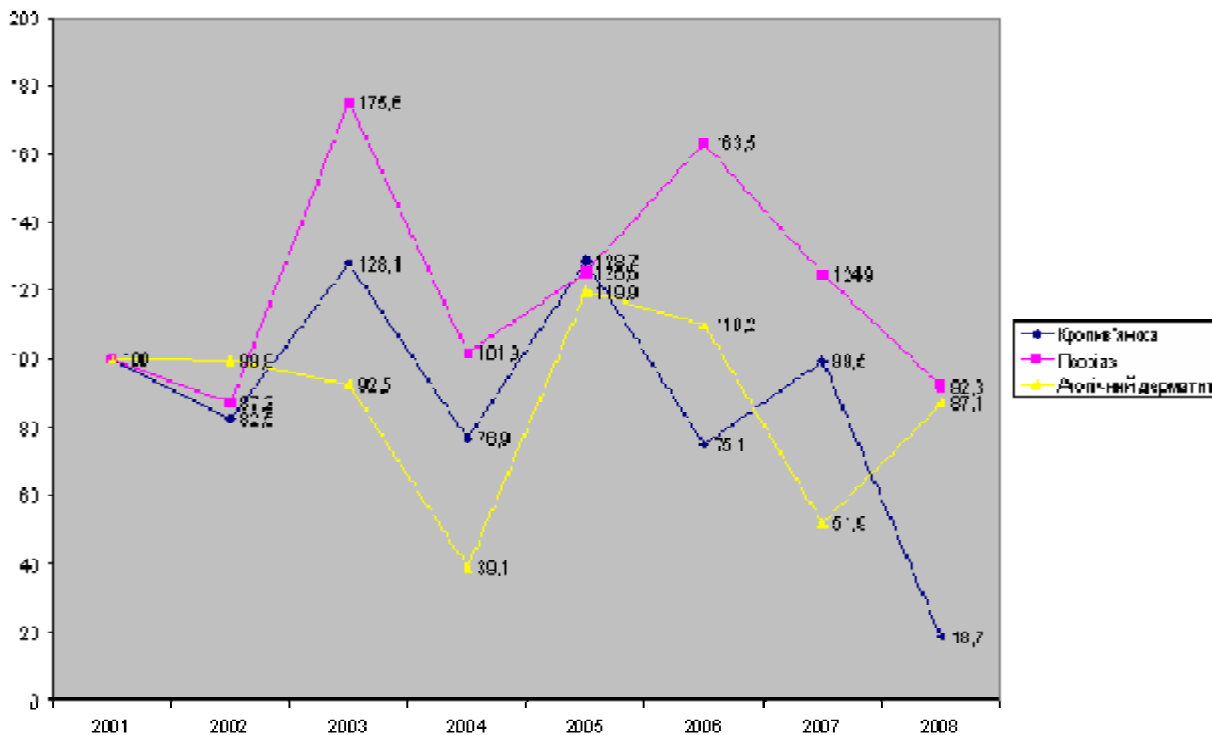


Рис. 3. Динаміка вартості амбулаторного лікування хронічних дерматозів у підлітків (м. Тернопіль, 2001-2008 рр., темп росту (%))

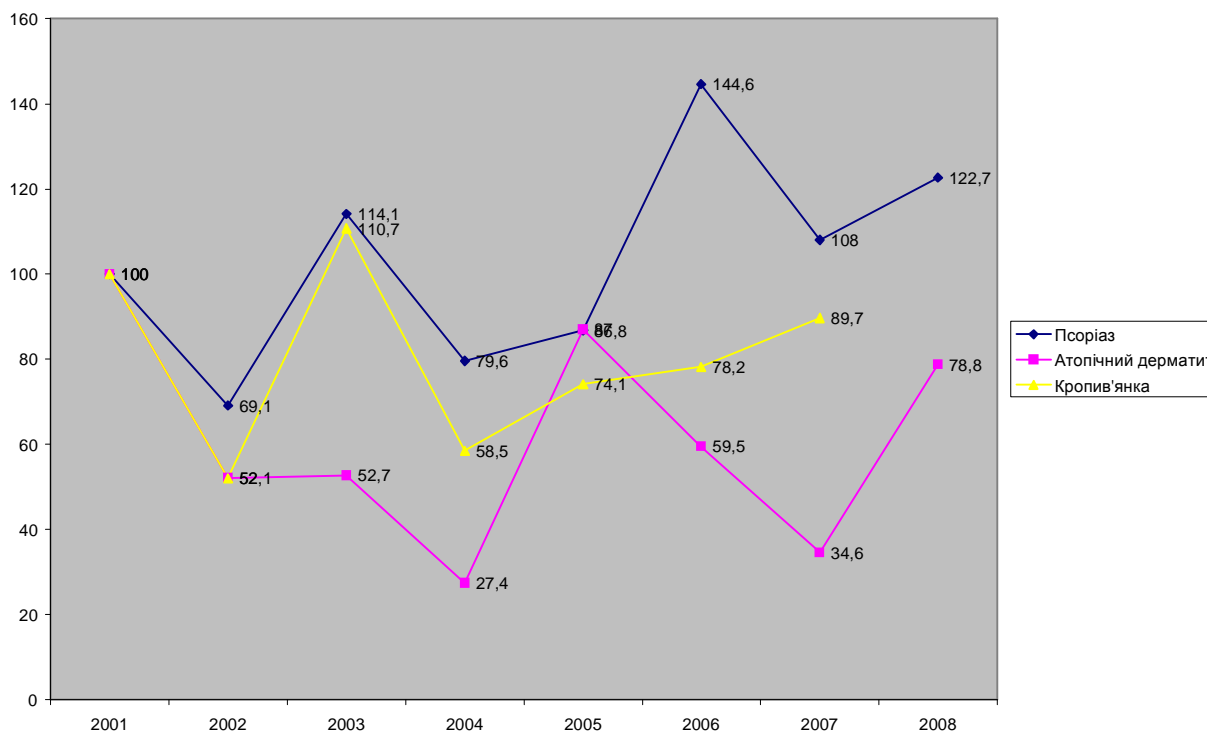


Рис. 4. Динаміка вартості стаціонарного лікування хронічних дерматозів у підлітків (м. Тернопіль, 2001-2008 рр., темп росту (%))

Висновки

1. Вартість пересічного випадку лікування хронічних дерматозів в умовах амбулаторії зросла з 2001 до 2008 р. при atopічному дерматиті з 95,4 до 187,44 грн у дітей і з 100,21 до 200,84 грн у підлітків, при псоріазі відповідно з 147,3 до 237,89 грн і 3214,2 до 395,4 грн, при кропив'янці відповідно з 39,8 до 96,99 грн і з 54,5 до 112,4 грн. Ця ж вартість в умовах стаціонару мала таку динаміку: atopічний дерматит – 387,2 і 655,94 грн та 426,8 і 672,8 грн.; псоріаз – 569,2 і 1106,13 грн та 692,5 і 1274,2 грн і кропив'янка – 287,7 і 685,29 грн та 384,5 і 724,5 грн.

2. В структурі витрат на лікування хронічних дерматозів в умовах амбулаторії провідні місця обіймали медикаментозне лікування та обстеження (75,7%), в умовах стаціонару – матеріально-технічні затрати і медикаментозне лікування (63,5%). В обох випадках затрати на оплату праці медичних пра-

цівників були незначні (15,6 і 13,3%). Подібна деформація витрат обумовлена тим, що ціни на матеріально-технічні затрати і медикаменти диктує т.з. ринок, а зарплатню жорстко регулює держава.

3. Загальні витрати на лікування хронічних дерматозів за досліджуваний період у дітей мали тенденцію на неухильне зростання: в умовах амбулаторії при atopічному дерматиті – в 11,9 разу, кропив'янці – в 7,9 разу і псоріазі – в 1,8 разу; в умовах стаціонару відповідно в 28,8; 4,8 і 1,9 разу. У підлітків відмічено невелику тенденцію до зниження загальних витрат, як в умовах амбулаторії, так і стаціонару. Тенденції витрат залежали від динаміки захворюваності і від зростання вартості лікування.

Перспективи подальших досліджень полягають в продовженні обрахунків структури витрат та їхнього рівня, визначенні тенденцій і точок впливу.

Список літератури

1. Голяченко Г. Б. Тенденції захворюваності хронічними дерматозами у дітей та підлітків (на прикладі м.Тернополя) / Г. Б. Голяченко // Вісн.соц.гігієни та орг.охорони здоров'я України.– 2009.– № 2. – С. 15–18.
2. Голяченко О. М. Економіка української здоров'яохорони / О. М. Голяченко, А.О.Голяченко.– Вінниця, 1997.–100 с.
3. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2007 р.: [статист.бюл.] / Державний комітет статистики України. – К., 2009. – С. 81–135.
4. Ціборовський О. М. Основні тенденції реформування системи медичної допомоги в економічно розвинених зарубіжних країнах / О. М. Ціборовський, Л. І. Галієнко // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України.– 2000. – № 1.– С. 40–44.
5. Шевченко М. В. Система національних рахунків охорони здоров'я України: загальні витрати на охорону здоров'я у 2007 р. / М. В. Шевченко // Вісник соц.гігієни та орг. охорони здоров'я України.– 2009.– № 2.– С. 86–91.
6. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2007 р.– К.; МОЗ України.– 283 с.
7. Dohelan Karen . The cost of health system / Dohelan Karen [et al.] // Health Aff. – 1999. – Vo. 18. – № 3. – P. 206–216.

СТОИМОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ, В Г. ТЕРНОПОЛЕ ЗА 2001–2008 ГГ.

Г. Б. Голяченко (Тернополь)

Определена стоимость лечения детей и подростков, больных хроническими дерматозами, в г. Тернополе за 2001 – 2008 гг. В 2008 г стоимость амбулаторного лечения одного случая заболевания детей составила: atopический дерматит – 183,24 грн., псоріаз 330,69 грн, крапивница – 96,99 грн. Стационарного лечения соответственно – 655,94; 1106,13; 685,29 грн. Стоимость лечения подростков составила соответственно – 200,84; 395,4; 112,4 и 672,8; 1274,2; 724,5 грн. Тенденции стоимости лечения зависели от уровня заболеваемости за исследованный период и изменений в стоимости заработной платы и других составных медицинских услуг.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: хронические дерматозы, дети и подростки, стоимость.

THE COST OF TREATING CHILDREN AND ADOLESCENTS SUFFERING FROM CHRONIC DERMATITIS, IN TERNOPIL FOR 2001–2008 YEARS

H.B. Holiachenko (Ternopil)

Determined the cost of treating children and adolescents suffering from chronic dermatitis, in Ternopil for 2001 - 2008 years. In 2008, the cost of outpatient treatment of one case children were as follows: atopical dermatitis - 183.24 UAH., psoriasis 330.69 UAH., urticaria - 96.99 UAH. Inpatient treatment, respectively – 655.94, 1106.13, 685.29 UAH. The cost of treatment of adolescents amounted to 200.84, 395.4, 112.4 and 672.8, 1274.2, 724.5 UAH. Trends in the cost of treatment depended on the levels of morbidity for these periods and changes in the cost of wages and other components of health services.

KEY WORDS: chronic dermatitis, children and adolescents, the cost.

УДК: 617.7-007+615.2(477):001.5

О. П. ВІТОВСЬКА (Київ)

ОЦІНКА СОЦІАЛЬНОЇ ТА ЕКОНОМІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ НАЦІОНАЛЬНОЇ СТРАТЕГІЇ БОРотьБИ ІЗ ГЛАУКОМОЮ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Дослідження показало високу соціальну ефективність експериментального впровадження Національної стратегії боротьби з первинною глаукомою в Україні, що проявилася у збільшенні: серед пересічного населення після 40 років знань про первинну глаукому і методи її виявлення (у 1,9–2,9 разу); серед хворих із хронічною соматичною патологією – знань про первинну глаукому, її наслідки, методи діагностики і профілактики (у 1,8–11,5 разу); у високому соціально-психологічному задоволенні: населенням – організацією і реалізацією заходів скринінгу (80–99 % обстежених); хворих на глаукому – наданням медичної допомоги на всіх її рівнях (8,2–9,8 ум. бали) і всіма її основними компонентами (8,0–9,9 ум. балів), крім харчування і вартості лікування (5,0–8,0 ум. балів); у високій прихильності медичного персоналу офтальмологічної служби до впровадженої стратегії (9,7–9,9 ум. балів). Реалізація даної стратегії може дати істотний економічний ефект, що виражається в економії державою від 897 тис. до 26,2 млн \$USA на рік.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: глаукома, стратегія боротьби, соціальна та економічна ефективність, Україна.

Однією з причин інвалідності по зору в Україні є глаукома (15,0–20,0 %), яка займає друге місце в структурі офтальмологічної інвалідності населення. Глаукома в структурі очної інвалідності дорослого населення збільшилась з 6,2% (у 80-тих р. XX ст.) до 40,2%. Глаукома є причиною інвалідності у працездатному віці – 6,9% від усіх інвалідів по зору, займаючи третє місце в структурі причин інвалідності; у пенсійному віці – 31,8%, займаючи перше місце в структурі причин інвалідності [1;2]. Вищезазначене визначає актуальність дослідження.

Для боротьби із глаукомою нами раніше запропонована Національна стратегія боротьби із цією патологією в Україні.

Метою роботи була оцінка соціальної та економічної ефективності експериментального впровадження Національної стратегії боротьби із глаукомою в Україні.

Матеріали і методи. Визначення соціальної ефективності розробленої Національної стратегії боротьби із глаукомою відбувалося шляхом аналізу:

1) рівнів знань про первинну глаукому серед осіб із вперше у житті виявленою глаукомою (2008 р.): до та після проведення профілактичної освіти (11,9 тис. осіб);

2) динаміки знань про первинну глаукому після реалізації профілактичної освіти серед соматичних хворих із високим ризиком її виникнення (855 хворих, у яких проведена оцінка медичної ефективності);

3) рівня соціально-психологічного задоволення реалізованим скринінгом глаукоми за наступними аспектами (методом вибору рівнів):

«Високий», «Помірний», «Низький» (300 хворих на глаукому), із диференціацією між типами лікарняних закладів та видами допомоги;

4) рівня соціально-психологічного задоволення медичними заходами в рамках реалізації Національної стратегії боротьби із глаукомою за наступними аспектами (методом шкалування рівня задоволення від 1 до 10 балів)– 650 хворих;

5) рівня задоволення медичним персоналом розробленої Національної стратегії боротьби із первинною глаукомою в Україні (323 особи), із диференціацією між типами лікарняних закладів та видами допомоги.

Економічна ефективність розробленої Національної стратегії боротьби із глаукомою оцінювалась шляхом:

1) розрахунку валових витрат держави внаслідок захворювання населення на первинну глаукому, із врахуванням даних, отриманих на сьомому етапі дослідження та прогнозування таких витрат на період 2008–2017 років.

2) розрахунку очікуваного економічного ефекту внаслідок зміщення захворюваності населення на первинну глаукому із працездатного у непрацездатну вікову групу (прогноз на 2017 рік): на 0,0%, 0,5%, 1,0%, 2,0%, 3,0%, 4,0%, 5,0%.

Отримані дані оброблялись та аналізувались із використанням методів дескриптивної епідеміології.

Результати дослідження та їх обговорення. Профілактична освіта. Впровадження Національної стратегії боротьби із глаукомою дозволило покращити профілактичну освіту населення щодо первинної глаукоми, яка була реалізована під час проходження скринінгової програми. Після реалізації програми профілактичної освіти спостерігається значне збільшення правиль-

них відповідей на питання: «Що таке глаукома?» (на 43,5%), «Які основні ознаки глаукоми?» (в 2,9 разу), «До чого веде глаукома?» (на 96,1%), «Що необхідно робити, щоб попередити глаукому?» (в

1,9 разу). При цьому кількість осіб, які відмовились від програми профілактичної освіти була не значною – 0,7 % від осіб, яким вона була запропонована (табл. 1).

Таблиця 1. Рівень знань про первинну глаукому серед осіб із перше у житті виявленою глаукомою (2008 р.)

	Кількість осіб із перше у житті виявленою глаукомою	Аспекти інформації (% осіб, які дали правильну відповідь)			
		«Що таке глаукома?»	«Які основні ознаки глаукоми?»	«До чого веде глаукома?»	«Що необхідно робити, щоб попередити глаукому?»
Під час проведення скринінгу	11953	69,0±0,7	25,0±0,3	51,0±0,5	35,0±0,3
Після встановлення діагнозу та проведення заходів профілактичної освіти	11874	99,0±1,0	98,0±1,0	100,0	100,0
Δ	-0,7 %	+43,5 %	+292,0 %	96,1 %	185,7 %

Проведеним дослідженням в м. Києві визначена ефективність розробленої програми профілактичної освіти серед хворих із високим ризиком виникнення глаукоми (на міопію, гіпертонічну хворобу, недостатність мозкового кровообігу, цукровий діабет II типу та тих, які отримують системну терапію кортикостероїдами). Так, серед цього контингенту хворих після проведення профілактичної освіти спостерігається збільшення правильних відповідей на питання: «Що таке глаукома?» (на 40,8%), «Чому виникає глаукома?» (в 3,4 разу), «Які основні ознаки глаукоми?» (в 2,7 разу), «Які основні причини втрати зору при глаукомі?» (в 4,6 разу), «До чого веде глаукома?» (на 92,3%), «Чи сприяє наявність у Вас хронічних

захворювань виникненню глаукоми?» (в 11,5 разу), «Що необхідно робити, щоб попередити глаукому?» (в 1,8 разу). При цьому спостерігалась висока прихильність досліджених хворих до розробленої програми профілактичної освіти серед усіх досліджених хворих (табл. 2).

Рівень соціально-психологічного задоволення. Проведеним дослідженням визначено, що особи, які пройшли скринінг на глаукому, вказали на високий рівень задоволення ним. Досліджені показали високі рівні соціально-психологічного задоволення компонентами скринінгу: мотивацією до нього (80,0%), організацією (95,0%) та умовами його проведення (90,0%), рівнями кваліфікації медичного персоналу (98,0%), втра-

Таблиця 2. Динаміка знань про первинну глаукому після реалізації профілактичної освіти серед соматичних хворих із високим ризиком її виникнення (м. Київ, 2008 р.)

Профіль хворих	Аспекти інформації % осіб, які дали правильну відповідь (<u>до реалізації профілактичної освіти</u>) після завершення профілактичної освіти						
	«Що таке глаукома?»	«Чому виникає глаукома?»	«Які основні ознаки глаукоми?»	«Які основні причини втрати зору при глаукомі?»	«До чого веде глаукома?»	«Чи сприяє наявність у Вас хронічних захворювань виникненню глаукоми?»	«Що необхідно робити, щоб попередити глаукому?»
Офтальмологічний	$\frac{100,0}{100,0}$	$\frac{48,0\pm 5,0}{95,0\pm 5,0}$	$\frac{51,0\pm 5,0}{100,0}$	$\frac{83,0\pm 8,0}{100,0}$	$\frac{100,0}{100,0}$	$\frac{25,0\pm 3,0}{100,0}$	$\frac{81,0\pm 8,0}{100,0}$
Кардіологічний	$\frac{74,0\pm 7,0}{100,0}$	$\frac{17,0\pm 2,0}{92,0\pm 8,0}$	$\frac{20,0\pm 2,0}{100,0}$	$\frac{5,0\pm 1,0}{100,0}$	$\frac{64,0\pm 6,0}{100,0}$	$\frac{3,0\pm 1,0}{100,0}$	$\frac{23,0\pm 3,0}{100,0}$
Ревматологічний	$\frac{76,0\pm 8,0}{100,0}$	$\frac{16,0\pm 2,0}{97,0\pm 3,0}$	$\frac{19,0\pm 2,0}{100,0}$	$\frac{4,0\pm 1,0}{100,0}$	$\frac{55,0\pm 5,0}{100,0}$	$\frac{4,0\pm 1,0}{100,0}$	$\frac{21,0\pm 2,0}{100,0}$
Ендокринологічний	$\frac{43,0\pm 4,0}{100,0}$	$\frac{12,0\pm 1,0}{91,0\pm 5,0}$	$\frac{16,0\pm 2,0}{100,0}$	$\frac{3,0\pm 1,0}{100,0}$	$\frac{31,0\pm 3,0}{100,0}$	$\frac{3,0\pm 1,0}{100,0}$	$\frac{28,0\pm 3,0}{100,0}$
Неврологічний	$\frac{61,0\pm 6,0}{100,0}$	$\frac{9,0\pm 1,0}{90,0\pm 5,0}$	$\frac{11,0\pm 1,0}{100,0}$	$\frac{3,0\pm 1,0}{100,0}$	$\frac{27,0\pm 3,0}{100,0}$	$\frac{3,0\pm 1,0}{100,0}$	$\frac{27,0\pm 3,0}{100,0}$
Загалом	$\frac{71,0\pm 7,0}{100,0}$	$\frac{21,0\pm 2,0}{93,0\pm 5,0}$	$\frac{27,0\pm 3,0}{100,0}$	$\frac{18,0\pm 2,0}{100,0}$	$\frac{52,0\pm 5,0}{100,0}$	$\frac{8,0\pm 5,0}{100,0}$	$\frac{36,0\pm 4,0}{100,0}$
Δ (%)	+40,8 %	+342,8 %	+270,4 %	+455,5 %	+92,3 %	+1150,0 %	+177,8 %

ти особистого часу (85,0 %), готовністю до дотримання призначених рекомендацій (99,0 %), готовністю пройти повторний скринінг (99,0 %) та діагностику глаукоми (100,0 %), сприйняття от-

риманої інформації (98,0 %). При цьому, рівень негативних фізіологічних відчуттів дослідженими під час проходження скринінгу був низьким у більшості досліджених (93,0 %) (табл. 3).

Таблиця 3. Соціально-психологічне задоволення досліджених осіб скринінгом на глаукому (p<0,05)

Показники	Розподіл за рівнями задоволення (%)			
	«Високий»	«Помірний»	«Низький»	Всього
Кількість досліджених (к-ть осіб)	300			
Наявний рівень мотивації для проходження скринінгу	80,0±2,3	15,0±2,1	5,0±1,2	100,0
Рівень оцінки організації проведення скринінгу	95,0±1,3	3,0±1,0	2,0±0,8	100,0
Рівень оцінки умов проведення скринінгу	90,0±1,7	8,0±1,6	2,0±0,8	100,0
Рівень кваліфікації медичного персоналу	98,0±0,8	2,0±0,8	–	100,0
Рівень задоволення витратами особистого часу для проведення скринінгу	85,0±2,1	3,0±1,0	2,0±0,8	100,0
Рівень готовності до дотримання призначених рекомендацій медичного персоналу	99,0±0,6	1,0±0,6*	–	100,0
Рівень готовності пройти повторний скринінг	99,0±0,6	1,0±0,6*	–	100,0
Рівень готовності пройти діагностику глаукоми	100,0	–	–	100,0
Рівень особистої доступності до сприйняття отриманої інформації за результатами скринінгу	98,0±0,8	1,0±0,6*	–	100,0
Рівень негативних фізіологічних відчуттів під час проходження скринінгу	–	7,0±1,5	93,0±1,5	100,0

Примітка: * – p>0,05

Також дослідженням визначено, що серед хворих на глаукому спостерігаються високі рівні соціально-психологічного задоволення наданою їм медичною допомогою, в рамках розробленої Національної стратегії боротьби із глаукомою за наступними компонентами: організація реєстрації у закладі (8,1–9,9 ум. балів); організація прийому лікаря-офтальмолога (8,0–9,9 ум. балів); спілкування із лікарем-офтальмологом (9,5–9,9 ум. балів); рівень кваліфікації лікаря-офтальмолога (8,0–9,9 ум. балів); довіра до отриманої інформації, рекомендацій від лікаря-офтальмолога (9,0–9,9 ум. балів); спілкуванням із медичною(ими) сестрою(ами) (8,0–9,9 ум. балів); рівень кваліфікації медичної сестри (8,0–9,9 ум. балів); умови реалізації призначеного лікування (8,0–9,9 ум. балів); ефективність лікування (8,0–9,9 ум. балів); умови перебування (9,0–9,5 ум. балів). Однак внаслідок наявного дефіциту ресурсів серед досліджених відмічається дещо нижчі рівні задоволення такими компонентами, як вартість призначеного лікування (5,0–7,0 ум. балів); харчування (5,0–8,0 ум. балів).

Високі рівні соціально-психологічного задоволення отриманою медичною допомогою, в рамках впровадження Національної стратегії боротьби із первинною глаукомою, спостерігаються на всіх етапах її реалізації, в: медико-соціальної експертній комісії (9,8±0,1 ум. балів); санаторно-курортному закладі (9,6±0,3 ум. балів); глаукомному кабінеті (9,3±0,7 ум. балів); денно-

му стаціонарі (9,3±0,7 ум. балів); офтальмологічному стаціонарі (9,1±0,9 ум. балів); амбулаторно-поліклінічній установі (8,2±0,4 ум. балів) (p<0,05) (табл. 4).

Оцінка задоволення медичним персоналом Національної стратегії. Дослідженням серед медичного персоналу (лікарів-офтальмологів та медичних сестер офтальмолога) встановлено, що розроблена Національна стратегія є адекватною до сучасних потреб та умов (9,7–9,8 ум. балів).

Завдяки їй вдалося покращити доступність хворих на глаукому до медичної допомоги (9,9 ум. балів), покращити якість надання медичних послуг хворим на глаукому (9,9 ум. балів). Організаційна система покращує розподіл хворих на глаукому за рівням надання медичної допомоги (9,9 ум. балів), дала можливість покращити скринінг, діагностику, лікування та реабілітацію хворих на глаукому (9,8–9,9 ум. балів). Повністю задоволені організацією управління медичною допомогою на основі нової Національної стратегії більшість медичних працівників (9,9 ум. балів) (табл. 5).

Економічна ефективність. Проведеним дослідженням розраховані валові витрати держави внаслідок захворювання населення на первинну глаукому. Визначено, що такі втрати становлять: внаслідок захворюваності особи у працездатному віці 3848 \$USA на рік на одного хворого, а в пенсійному – 824 \$USA на рік на одного хворого (табл. 6). Кумулятивні валові витрати України, внаслідок захворюваності на-

Таблиця 4. Рівень соціально-психологічного задоволення хворих на первинну глаукому наданою їм медичною допомогою (бали, м. Київ, 2008 р., $p < 0,05$)

Показники	Заклади, у яких хворим на глаукому надається медична допомога					
	Амбулаторно-поліклінічна установа	Глаукомний кабінет	Стационар	Денний стаціонар	Медико-соціальна експертна комісія	Санаторно-курортний заклад
Кількість досліджених (к-ть осіб)	200	100	100	100	100	50
Організація реєстрації у закладі (ум. бали)	8,1±0,5	9,8±0,2	9,9±0,1	9,9±0,1	9,8±0,2	9,9±0,1
Організація прийому лікаря-офтальмолога (ум. бали)	8,0±0,5	9,9±0,1	9,8±0,2	9,9±0,1	9,9±0,1	9,9±0,1
Спілкування із лікарем-офтальмологом (ум. бали)	9,5±0,3	9,9±0,1	9,9±0,1	9,9±0,1	9,9±0,1	9,9±0,1
Рівень кваліфікації лікаря-офтальмолога (ум. бали)	8,0±0,5	9,8±0,2	9,9±0,1	9,8±0,2	9,7±0,3	9,9±0,1
Довіра до отриманої інформації, рекомендацій від лікаря-офтальмолога (ум. бали)	9,0±0,6	9,5±0,3	9,9±0,1	9,7±0,2	9,8±0,2	9,9±0,1
Спілкування із медичною(ими) сестрою(ами) (ум. бали)	8,0±0,5	9,9±0,1	9,0±1,0	9,5±0,3	–	9,5±0,3
Рівень кваліфікації медичної сестри (ум. бали)	8,0±0,5	9,9±0,1	9,9±0,1	9,5±0,3	–	9,5±0,3
Умови реалізації призначеного лікування (ум. бали)	8,0±0,5	9,9±0,1	9,0±1,0	9,5±0,3	–	9,9±0,1
Вартість призначеного лікування (ум. бали)	7,0±1,0	5,0±2,0	8,0±1,0	5,0±2,0	–	–
Ефективність лікування (ум. бали)	8,0±0,5	9,0±1,0	9,9±0,1	9,7±0,2	–	9,5±0,3
Умови перебування (ум. бали)	–	–	9,0±0,5	9,5±0,3	–	9,5±0,3
Харчування (ум. бали)	–	–	5,0±2,5	–	–	8,0±1,0
Кумулятивний індекс (ум. бали)	8,2±0,4	9,3±0,7	9,1±0,9	9,3±0,7	9,8±0,1	9,6±0,3

Таблиця 5. Оцінка медичним персоналом розробленої Національної стратегії боротьби із первинною глаукомою в Україні (в балах, $p < 0,05$)

Аспекти задоволення персоналу		Заклади, у яких хворим на глаукому надається медична допомога					
		Амбулаторно-поліклінічна установа	Глаукомний кабінет	Стационар	Денний стаціонар	Медико-соціальна експертна комісія	Санаторно-курортний заклад
Кількість опитаних (осіб)	Лікарів / медичних сестер	54 / 54	10 / 15	34 / 72	10 / 20	24 / 7	5 / 18
	Загалом	108	25	106	30	31	23
		323					
Впроваджена розроблена Національна стратегія є адекватною до сучасних потреб та умов		9,7±0,3	9,9±0,1	9,9±0,1	9,9±0,1	9,9±0,1	9,9±0,1
Вдалося покращити доступність хворим на глаукому медичної допомоги		9,9±0,1	9,9±0,1	9,9±0,1	9,9±0,1	9,9±0,1	9,9±0,1
Вдалося покращити якість надання медичних послуг хворим на глаукому		9,9±0,1	9,9±0,1	9,9±0,1	9,9±0,1	9,9±0,1	9,9±0,1
Організаційна система покращує розподіл хворих на глаукому за рівнями надання медичної допомоги		9,9±0,1	9,9±0,1	9,9±0,1	9,9±0,1	9,9±0,1	9,9±0,1
Організаційна система дала можливість покращити скринінг, діагностику, лікування та реабілітацію хворих на глаукому		9,8±0,2	9,9±0,1	9,9±0,1	9,9±0,1	9,9±0,1	9,9±0,1
Повністю задоволені організацією управління медичною допомогою на основі нової стратегії		9,9±0,1	9,9±0,1	9,9±0,1	9,9±0,1	9,9±0,1	9,9±0,1

Таблиця 6. Валові витрати на одного первинного хворого на глаукому (в \$USA на рік, станом на грудень 2008 р.)

Витрати	Витрати на хворих	
	Працездатного віку	Пенсійного віку
Прямі витрати		
Виплата пенсій за інвалідністю	958,00	–
Надання медичної допомоги	824,00	824,00
Опосередковані витрати		
Втрата обсягів виробництва (за ВВП на душу населення на рік)	2 066,00	–
Додаткові валові витрати на одного хворого на рік	3 848,00	824,00

селення на первинну глаукому становлять 294,7 млн \$USA на рік (табл. 7). Тобто, внаслідок захворюваності осіб у працездатному віці держава несе валові втрати в 4,6 разу більші, ніж при їх захворюванні у пенсійному віці. Із урахуванням кількості хворих у вікових групах, кумулятивні валові витрати держави за рахунок осіб працездатного віку становлять 55,4% від усіх витрат. Вищезазначене визначає економічно-обґрунтованою стратегією зміщення захворюва-

ності на первинну глаукому з працездатного до пенсійного віку.

При оцінці очікуваних кумулятивних валових витрат держави внаслідок захворювання населення на первинну глаукому витрат до 2017 року встановлено, що вони збільшаться в 1,4 разу (з 294,7 млн \$USA на рік до 412,3 млн. \$USA), лише внаслідок пропорційного збільшення кількості хворих на 39,9%, без врахування коефіцієнту інфляції за цей період (табл. 8).

Таблиця 7. Кумулятивні валові витрати держави внаслідок захворювання населення на первинну глаукому на рік (станом на грудень 2008 р.)

Витрати	Витрати на хворих	
	Працездатного віку	Пенсійного віку
Кількість хворих (осіб)	42 420	159 580
Додаткові валові витрати на одного хворого на рік (в \$USA)	3 848,00	824,00
Додаткові кумулятивні валові витрати держави	163 232 160,00	131 493 920,00
	294 726 080,00	

Таблиця 8. Прогностична модель кумулятивних валових витрат держави внаслідок захворювання населення на первинну глаукому, без врахування ступеня інвалідності (станом на грудень 2008 р.)

Роки	Працездатний вік		Непрацездатний вік		Загалом	
	Кількість хворих (осіб)	Додаткові витрати (\$USA на рік)	Кількість хворих (осіб)	Додаткові витрати (\$USA на рік)	Кількість хворих (осіб)	Додаткові в валові витрати (\$USA на рік)
Приріст на рік (%)	+3,8	–	+3,8	–	–	–
2008	42 420	163 232 160	159 580	131 493 920	202 000	294 726 080
2009	44 032	169 435 136	165 644	136 490 656	209 676	305 925 792
2010	45 705	175 872 840	171 939	141 677 736	217 644	317 550 576
2011	47 442	182 556 816	178 472	147 060 928	225 914	329 617 744
2012	49 245	189 494 760	185 254	152 649 296	234 499	342 144 056
2013	51 116	196 694 368	192 294	158 450 256	243 410	355 144 624
2014	53 058	204 167 184	199 601	164 471 224	252 659	368 638 408
2015	55 075	211 928 600	207 186	170 721 264	262 261	382 649 864
2016	57 168	219 982 464	215 059	177 208 616	272 227	397 191 080
2017	59 340	228 340 320	223 231	183 942 344	282 571	412 282 664

При моделюванні ситуації щодо зменшення кількості випадків захворювання у працездатному віці і їх зміщення у пенсійний вік визначено, що можливо досягти вагомого економічного ефекту. Так, при зниженні рівня захворюваності на

первинну глаукому у працездатному віці на 0,5% від рівня захворюваності у 2008 р., економічний ефект виражається в економії в розмірі 897 тис. \$USA на рік, а при зниженні на 5,0% – в розмірі 26,2 млн \$USA на рік (табл. 9). Таким чином, ре-

Таблиця 9. Очікуваний економічний ефект внаслідок зміщення захворюваності населення на первинну глаукому із працездатної у непрацездатну вікову групу (прогноз на 2017 рік)

Зменшення кількості нових випадків захворювання від рівня, що прогнозується в працездатному віці	Працездатний вік		Не працездатний вік		Загалом		Економічний ефект	
	Кількість хворих (осіб)	Додаткові витрати (\$USA на рік)	Кількість хворих (осіб)	Додаткові витрати (\$USA на рік)	Кількість хворих (осіб)	Додаткові валові витрати (\$USA на рік)	Економія додаткових валових витрат (\$USA на рік)	% до рівня прогнозу
0,0 %	59 340	228 340 320	223 231	183 942 344	282 571	412 282 664	0,00	0,00
0,5 %	59 043	227 198 618	223 528	184 186 825	282 571	411 385 443	897 220,80	0,22
1,0 %	58 453	224 926 632	224 118	184 673 342	282 571	409 599 974	2 682 690,19	0,43
2,0 %	57 284	220 428 100	225 287	185 636 645	282 571	406 064 744	6 217 919,59	0,86
3,0 %	55 565	213 815 257	227 006	187 052 701	282 571	400 867 957	11 414 706,80	1,28
4,0 %	53 343	205 262 646	229 228	188 884 133	282 571	394 146 779	18 135 884,93	1,68
5,0 %	50 676	194 999 514	231 895	191 081 851	282 571	386 081 365	26 201 298,68	2,05

лізація Національної стратегії боротьби із первинною глаукомою в Україні може дати суттєвий економічний ефект для держави.

Висновки. Проведеним дослідженням показана висока соціальна ефективність розробленої та експериментально впровадженої Національної стратегії боротьби із первинною глаукомою в Україні, яка проявилась у:

- збільшенні серед пересічного населення після 40 років знань про первинну глаукому та методи її виявлення (в 1,9–2,9 разу);
- збільшенні серед хворих на хронічну соматичну патологію, яка є фактором ризику глаукоми, знань про первинну глаукому, її наслідки та методи діагностики й попередження (в 1,8–11,5 рази);
- високому соціально-психологічному сприйнятті організації та реалізації заходів скринінгу (80–99% обстежених);

- високому соціально-психологічному задоволенні хворих на первинну глаукому наданою медичною допомогою на всіх її рівнях (8,2–9,8 ум. бали) та всіма її основними компонентами (8,0–9,9 ум. балів), крім харчування та вартості лікування (5,0–8,0 ум. балів);

- високому прихильності медичного персоналу офтальмологічної служби до розробленої Національної стратегії (9,7–9,9 ум. балів).

Реалізація Національної стратегії боротьби із первинною глаукомою в Україні може дати суттєвий економічний ефект, який вражається в економії в розмірі від 897 тис. до 26,2 млн \$USA на рік.

Відповідно до отриманих результатів, можна говорити про високу соціальну та економічну ефективність розробленої та експериментально впровадженої Національної стратегії боротьби із первинною глаукомою в Україні.

Список літератури

1. Рыков С. А. Заболеваемость, распространенность офтальмопатологии и инвалидность вследствие нее в Украине / С. А. Рыков, О. П. Витовская, Г. И. Степанюк // Новости глаукомы. – 2009. – № 1. – С. 34–35.
2. Рыков С. А. Заболеваемость, распространенность офтальмопатологии и инвалидность вследствие нее в Украине / С. А. Рыков, О. П. Витовская, Г. И. Степанюк // Новости глаукомы. – 2009. – № 2. – С. 34.
3. Quigley H. A. The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020 / H. A. Quigley, A. T. Broman // Br. J. Ophthalmol. – 2006. – Vo. 90, N 3. – P. 262–267.
4. Stewart R. M. Intercurrent factors associated with the development of open-angle glaucoma in the European glaucoma prevention study / R. M. Stewart, L. G. Clearkin // Am. J. Ophthalmol. – 2008. – Vo. 145, N 1. – P. 182–184.

ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНОЙ И ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ НАЦИОНАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИ БОРЬБЫ С ГЛАУКОМОЙ

О. П. Витовская (Киев)

Исследование показало высокую социальную эффективность экспериментального внедрения Национальной стратегии борьбы с первичной глаукомой в Украине, которая проявилась в – увеличении: среди обычного населения после 40 лет знаний о первичной глаукоме и методах ее выявления (в 1,9–2,9 раза); среди больных с хронической соматической патологией – знаний о первичной глаукоме, ее последствиях, методах диагностики и профилактики (в 1,8–11,5 раза); в высоком социально-психологическом удовлетворении: населения – организацией и реализацией мероприятий скрининга (80–99% обследованных); больных глаукомой – предоставленной медпомощью на всех ее уровнях (8,2–9,8 усл. балла) и всеми ее

основними компонентами (8,0–9,9 усл. балла), кроме питания и стоимости лечения (5,0–8,0 усл. балла); в высокой благосклонности медицинского персонала офтальмологической службы к внедренной стратегии (9,7–9,9 усл. балла). Реализация данной стратегии может дать существенный экономический эффект, который выражается в экономии государством от 897 тыс. до 26,2 млн. \$USA на год.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: глаукома, стратегия борьбы, социальная и экономическая эффективность, Украина.

SOCIAL AND ECONOMIC EFFECTIVENESS OF NATIONAL STRATEGY FOR PRIMARY GLAUCOMA CONTROL IN UKRAINE

O. P. Vitovska (Kiev)

The investigation has demonstrated high social and economic effectiveness of experimental implementation of national strategy for glaucoma control. It was shown in increasing of the level of knowledge between population of 40th, patients with chronic diseases, glaucoma patients. Also the high level of satisfaction with medical care was demonstrated. Implementation of the Strategy will save from 897 thous to 26,2 mln \$USA per year.

KEY WORDS: glaucoma, national strategy for primary glaucoma control, social effectiveness.

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

УДК 614.2:312.6(083.94)(477)(4)

П. М. МИХАЙЛЕНКО, Ф. П. РИНДА (Київ)

ПОЛІТИКА ДОСЯГНЕННЯ ЗДОРОВ'Я ДЛЯ ВСІХ: УКРАЇНА У ЄВРОПЕЙСЬКОМУ КОНТЕКСТІ

ДУ “Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України”

Стаття присвячена останньому оновленню ініціативи ВООЗ “Здоров'я для всіх”, здійсненому Європейським регіональним бюро ВООЗ у 2005 р., та долученню України до реалізації стратегії ЗДВ-21.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: політика, здоров'я для всіх, ВООЗ, стратегія, програма.

У Статуті ВООЗ, прийнятому у 1946 р., проголошено, що “здоров'я усіх народів є основним фактором досягнення миру та безпеки” і право забезпечення “найвищого рівня здоров'я” є одним із невід'ємних прав людини [17]. Однак реалізація цього права ще й досі залишається недосяжною для значної частини населення планети як у країнах, що розвиваються, так і в розвинених країнах [1].

Починаючи з 1977 р., ВООЗ та держави-члени почали розробку концептуальної основи, яка дозволила б перейти від теоретичної постановки завдання “Здоров'я для всіх” до практичної стратегії та політики, спрямованої на виконан-

ня цього завдання. Тоді ж було проголошено завдання забезпечити для населення світу до 2000 р. можливість досягти такого рівня здоров'я, який дозволить вести соціально активне та економічно продуктивне життя. Ця концепція і рух отримали назву “Здоров'я для всіх” і були оприлюднені у 1978 р. Було вирішено проводити моніторинг здійснення цієї стратегії кожні два роки, починаючи з 1983 р., і оцінювати її ефективність кожні шість років, починаючи з 1985 р.

Мета роботи: висвітлення оновленої у 2005 р. стратегії ВООЗ ЗДВ-21 та долучення України до її реалізації на сучасному етапі.

Матеріали і методи: зіставлення, аналітико-синтетичний, системний порівняльний аналіз.

Результати дослідження та їх обговорення. У 1981 р. ВООЗ розробила глобальну стратегію досягнення здоров'я для всіх до 2000 р., а наступного року – глобальний план дій щодо здійснення цієї стратегії. У 1995 р. стратегію було переглянуто зі зміщенням акценту на розробку цілісної політики охорони здоров'я в контексті загального розвитку суспільства з наданням більшого значення відповідальності, яку несуть окремі особи, сім'я та місцеві громади. Для реалізації оновленої стратегії приймалися програмні бюджети і здійснювалася відповідна оцінка, і вже у 1999 р., після активних консультацій з країнами – членами ВООЗ, була прийнята глобальна політика досягнення здоров'я для всіх у 21-му столітті (ЗДВ-21). У тому ж році Європейське регіональне бюро (ЄРБ) ВООЗ прийняло й опублікувало стратегічний документ “Здоров'я-21. Основи політики досягнення здоров'я для всіх в Європейському регіоні ВОЗ” [3]. У 2005 р. втретє здійснено оновлення “Основ політики досягнення здоров'я для всіх у Європейському регіоні ВООЗ” [11]. У новому документі підтверджуються основні положення попередньої стратегії та відображені досвід і зміни, які мають місце з 1998 р., коли була сформована політика ВООЗ по досягненню ЗДВ-21.

У контексті практичного підходу до використання політики досягнення ЗДВ перегляд ЗДВ-21 у 2005 р. розглядається саме як оновлення, а не як прийняття нової політики. Через 25 років після того, як основи політики досягнення ЗДВ були вперше прийняті у Європейському регіоні ВООЗ, 52 країни-члени брали участь у консультаціях та підготовці систематичного огляду, проведеного з метою вивчення того, як ці країни використовували напрацювання ВООЗ при формуванні власної національної політики. Деякі з них поклали рекомендаційні документи щодо цієї політики безпосередньо в основу програмних дій, інші використовували їх при розробці власних національних стратегій, а велика частина сприйняла їх як основу для формулювання задач на національному рівні, джерела ідей або загально-керівництва стосовно цінностей і принципів, включаючи етичні.

Оновлена політика ЗДВ-21 – це, насамперед, концептуальна основа, а не керівництво користувача. Особам, що приймають рішення і формують політику на національному рівні, пропонується можливий варіант побудови політики в галузі охорони здоров'я на основі певних цінностей. При цьому країни-учасниці мають право використовувати концепцію етичного управління таким чином, щоб це максимально відповідало їхнім власним потребам з точки зору не лише охорони здоров'я, економіки, а також культурних та історичних традицій.

Новим та водночас принциповим є підхід ВООЗ до формулювання загально-регіональних задач у галузі охорони здоров'я. Беручи до уваги значні відмінності між соціально-економічним розвитком та станом системи охорони здоров'я країн регіону, ВООЗ дійшла висновку, що формулювання єдиних регіональних задач є штучним і неефективним. Тому оновлення 2005 р. заохочує країни визначати власні стратегічні пріоритети і задачі. При цьому етичні засади і цінності мають бути єдиними і не повинні розглядатися як абстрактна складова. Вони мають бути реалізовані на практиці.

Як і раніше, найважливішими цінностями ВООЗ визнає справедливість, солідарність і участь. Врахування цих базових цінностей необхідне не лише у сфері формування національної політики щодо надання населенню медичної допомоги, доступу до профілактичних заходів, формування здорового способу життя і необхідності покращення детермінант здоров'я, але й участі в цій діяльності інших секторів суспільства, політика яких може впливати на здоров'я людини, – охорони довкілля, енергетики, культури та освіти тощо. Адже ці три цінності мають безпосередній вплив не лише на характер фінансування системи охорони здоров'я, але й на формування єдиних загальнонаціональних пріоритетів, що повинні враховуватися при розробці політики у різних галузях. Вони впливають також на поширення медико-санітарної інформації, оскільки недостатність інформації – одна з найважливіших причин недотримання принципу справедливості, як його визначає ВООЗ. Незважаючи на те, що інформування населення в цілому з питань щодо здоров'я необхідне завжди, ВООЗ наголошує на тому, що при зосередженні уваги на тих чи інших шляхах впливу на вибір способу життя і стилю поведінки не слід одночасно применшувати роль стратегій системи охорони громадського здоров'я.

Відповідно до основ політики досягнення ЗДВ, особливо в країнах, що прийняли національні стратегії, політика щодо громадського здоров'я не повинна обмежуватися лише питаннями надання медичної допомоги. Тому в оновлених основах рекомендується забезпечити більшу збалансованість усіх факторів, що впливають на здоров'я населення. Такими факторами визнаються чотири основні категорії факторів:

- надання хворим медичної допомоги – це необхідний, але не єдиний елемент політики ЗДВ;
- медична профілактика, що включає такі напрямки діяльності, як імунізація, санітарно-епідеміологічний нагляд і здійснення програм раннього виявлення хвороб, кожний з яких, як правило, добре інтегрується в стандартну практику медичного обслуговування населення;

- формування здорового способу життя, що передбачає роботу в таких напрямках, як покращення харчування, посилення фізичної активності населення, боротьба із споживанням тютюну, алкоголю та інших психоактивних засобів;

- покращення детермінант здоров'я – це діяльність, тісно пов'язана зі зміцненням здоров'я, але виходить за рамки поведінки окремих осіб і спрямована на покращення різних аспектів фізичного, соціального та економічного середовища, які багато в чому визначають стан здоров'я.

Відповідно до оновлених Основ досягнення здоров'я для всіх у Європейському регіоні ВООЗ, робота щодо покращення здоров'я населення не є виключно прерогативою галузі охорони здоров'я. Існує багато прикладів, коли стратегії та діяльність інших секторів мали негативний вплив на здоров'я, що потім лягало тягарем на охорону здоров'я. Таких проблем можна уникнути шляхом залучення інших галузей і відомств у роботу, спрямовану на покращення здоров'я населення. Дії стосовно тютюну, алкоголю і харчування – гарний приклад напрямків роботи, у яких галузі охорони здоров'я слід взаємодіяти, наприклад, з відомствами, що займаються питаннями освіти, сільського господарства, промисловості і торгівлі. Отже, в процесі перегляду Основ досягнення здоров'я для всіх 2005 р. не тільки збережені, але й розширені основні цінності і принципи політики ЗДВ-21:

- кінцева мета політики – повна реалізація усіма людьми наявного потенціалу здоров'я;

- усунення відмінностей між країнами і всередині них, тобто посилення солідарності;

- участь населення – ключова умова для розвитку охорони здоров'я;

- забезпечення розвитку охорони здоров'я за допомогою міжгалузевих стратегій і міжсекторального інвестування, спрямованого на покращення детермінант здоров'я;

- кожний сектор суспільства несе відповідальність за наслідки, які має його діяльність для здоров'я людей.

Водночас ВООЗ наголошує на тому, що характер національної системи охорони здоров'я повинен відповідати концепції і цілям політики ЗДВ та вона повинна відповідати цілому ряду важливих умов, насамперед:

- загальна достатність: у тому, що стосується медичного обслуговування і громадської охорони здоров'я, у кожній країні має бути така кількість відповідних закладів, медичних засобів та послуг, яка б задовольняла потреби всього населення;

- загальна доступність, що має забезпечуватися на всіх рівнях охорони здоров'я, але на первинному рівні це має особливе значення;

- загальна прийнятність: всі заклади, медичні засоби та послуги, включаючи й ті, що стосують-

ся комунікації й інформації, мають бути прийнятні з точки зору суспільної структури, а при їх створенні і розвитку слід дотримуватися принципу шанобливого ставлення до культурних відмінностей і традицій;

- покращення якості медичних послуг: розроблення механізмів безперервного покращення і вдосконалення служб охорони здоров'я набуває ще більшого значення, процес удосконалення повинен приносити користь усім соціальним групам, а не лише тим, хто в змозі платити за нові технології.

У 2003–2004 рр. Європейською обсерваторією із систем і політики охорони здоров'я (European Observatory on Health Systems and Politics) було проведено спеціальне дослідження щодо впливу концепції досягнення здоров'я для всіх на національну політику у 52 країнах – членах Європейського регіону ВООЗ. Для порівняльного аналізу національна політика охорони здоров'я класифікувалася як така, що враховує концепцію ЗДВ, у випадку, якщо вона: 1) має документальне підтвердження; 2) у ній застосовується багатогалузевий підхід; 3) вона чітко орієнтована на загальні цінності; 4) вона включає в себе конкретні задачі в галузі охорони здоров'я.

Дослідження включало аналіз документів, огляд літератури, аналіз конкретних прикладів з країн та інтерв'ю з експертами. Основними результатами можна вважати, що ключові цінності політики ЗДВ сприйняті в усіх частинах Регіону, хоча майже кожна країна вибрала свій власний підхід до вирішення завдання. Але між формуванням політики та її практичною реалізацією залишається значний розрив. З числа 52 країн-членів усім 4-м критеріям відповідали 40, а 12 країн-членів мають відповідні галузеві документи щодо політики охорони здоров'я, які відповідають 3-м із 4-х критеріїв – за винятком багатогалузевого підходу.

Правовий статус стратегій ЗДВ у країнах-членах суттєво відрізняється. Деякі країни, як, наприклад, Франція, надали документу статус закону. В Італії національна політика ЗДВ є досить виразною, хоча і не затверджена яким-небудь законодавчим актом. Зокрема вона становить важливу концептуальну основу для багатьох національних програмних документів, наприклад для національного плану розвитку охорони здоров'я і доповіді про стан здоров'я населення Італії. У 2003 р. парламент Швеції прийняв національну політику ЗДВ, спрямовану на покращення всіх складових здоров'я. У цьому акті особливу відповідальність за виконання політики ЗДВ покладено на Шведський національний інститут охорони здоров'я.

У першій європейській політиці ЗДВ, прийнятій у 1984 р. і оновленій у 1991 р., було 38 задач

галузі охорони здоров'я. У проаналізованих національних стратегіях ЗДВ число задач варіювало від 4 до 100. Зазвичай держави-члени вибирали ті задачі політики ЗДВ, які відповідали технічній орієнтації їх національних стратегій. До деяких національних стратегій були також включені задачі, які не охоплені політикою ЗДВ, але відображають конкретні національні і субнаціональні пріоритети.

Завдяки прийняттю нового варіанта європейської політики ЗДВ-21 зроблено ще один важливий крок вперед, і ця робота буде продовжена. У сучасному світі будь-яка авторитарна стратегія вже не здатна забезпечити адекватне реагування на потреби кожної держави-члена, що швидко змінюються. Саме тому ЄРБ ВООЗ ініціювало безстроковий процес «Здоров'я для всіх», який буде постійно збагачуватися як завдяки досвіду, знанням і позиціям країн, так і завдяки ідеям і роботі Регіонального бюро.

В ході процесу консультування з державами-членами сформульовано ряд цікавих пропозицій, які будуть розглядатися в рамках цього безстрокового процесу. Наводимо ряд пропозицій, що можуть бути корисними також і для України:

- більш глибоко аналізувати фінансові аспекти реалізації стратегії ЗДВ у державах-членах;
- проводити детальний аналіз взаємозв'язку між управлінням, заснованим на спільних цінностях, і функціонуванням системи охорони здоров'я;
- вивчати вплив тих складових здоров'я, які залежать не від стану системи охорони здоров'я, а від впливу інших галузей;
- організовувати систематичний моніторинг застосування і впровадження моделі ЗДВ у окремих країнах;
- розробляти спеціальний інструментарій для здійснення порівняльного аналізу стратегій досягнення ЗДВ;
- вивчати взаємозв'язки між політикою ЗДВ і базовими стратегіями інших ключових міжнародних сторін, що займаються питаннями охорони громадського здоров'я;
- розробляти контрольні показники поступового здійснення політики ЗДВ;
- створювати широку комунікаційну платформу на міжнародному, національному і субнаціональному рівнях;
- розробляти контрольні показники реалізації політики ЗДВ на національному рівні, здійснюючи координацію з європейським процесом ЗДВ.

Україна, як член ВООЗ, долучилася до реалізації політики ЗДВ з 1993 р. Першим кроком до цього стало щорічне подання до бази даних ЄРБ ВООЗ інформації за майже 100 статистичними індикаторами ЗДВ в Україні (<http://www/>

euro.who.int/hfad/b). Наступним та найвагомішим з них стало прийняття Міжгалузевої комплексної програми “Здоров'я нації” на 2002–2011 рр., яка була затверджена постановою Кабінету Міністрів України [14]. Таким чином, в Україні правовий статус стратегії ЗДВ був визначений на рівні державної програми.

На сьогодні сформовано науково обґрунтовані організаційно-методичні підходи як до реалізації програми [5;7], так і до систематичного оцінювання ефективності її впровадження та відповідності основним принципам політики ЗДВ [6;12;15].

У програмі “Здоров'я нації” відображені всі 38 задач, що були сформульовані у документі ВООЗ щодо досягнення ЗДВ. Тобто Україна пішла шляхом більшості європейських країн стосовно впровадження принципів ЗДВ у національну політику з охорони здоров'я з урахуванням особливостей власної інституціональної структури.

Аналіз виконання розділу XXXVI вищезазначеної програми, що має назву “Стратегії щодо досягнення здоров'я для всіх” [2], проведений в Українському інституті стратегічних досліджень [8], показав, що МОЗ України проведено необхідну організаційно-методичну роботу насамперед з удосконалення моніторингу виконання політики ЗДВ в Україні.

Для адекватного моніторингу дотримання одного з ключових принципів політики досягнення ЗДВ – рівності у галузі охорони здоров'я – ЄРБ ВООЗ впроваджує Європейську програму “Огляду стану здоров'я за допомогою інтерв'ю” (проект “Health interview surveys”, EuroHIS) Європейської програми EUROHIS [4]. З 2004 р. на пропозицію Українського інституту стратегічних досліджень до щорічного анкетного опитування Державного комітету статистики України щодо стану здоров'я осіб, які беруть участь в обстеженні умов життя, поступово вводяться питання щодо наявності хронічних захворювань за видами, причинами звернення населення за отриманням медичних послуг, пріоритетних критеріїв цінностей життя, а також розширено перелік показників самооцінки стану здоров'я [9]. Це зроблено з метою більш точної реєстрації змінних соціально-економічних параметрів, що впливають на рівень здоров'я [10;13;16]. Останніми роками, відповідно до завдання “Політика і стратегії щодо досягнення здоров'я для всіх” ЗДВ-21, МОЗ готує щорічні аналітичні довідки Кабінету Міністрів України стосовно виконання програми “Здоров'я нації”.

Принципи справедливості і рівності у питаннях охорони здоров'я реалізуються шляхом удосконалення нормативно-правової бази та здійснення заходів з ознайомлення пацієнтів щодо захисту їхніх прав; розробки і впроваджен-

ня адміністративно-розпорядчих актів у розвиток концептуальних положень програми “Здоров'я нації”; впровадження стандартів (протоколів) медичної допомоги, проведення акредитації закладів охорони здоров'я; створення лікарняних кас як реалізації права громадян на добровільне страхування здоров'я; широке залучення громадськості до вирішення проблем охорони здоров'я.

Таким чином, аналіз розвитку процесу ЗДВ в Україні виявив відповідність політики ЗДВ критеріям, що висувуються Європейським регіональним бюро: 1) вона має документальне підтвердження; 2) у ній застосовується комплексний багатогалузевий підхід; 3) вона чітко орієнтована на загальні цінності політики ЗДВ – справедливість, солідарність та участь; 4) вона включає в себе конкретні задачі в галузі охорони здоров'я.

Повертаючись до Оновлення-2005, слід звернути увагу на рекомендацію щодо більшої збалансованості факторів, які впливають на здоров'я населення, але не обмежуються лише наданням медичної допомоги, а включають також медичну профілактику, формування здорового способу життя та покращення детермінант здоров'я шляхом впливу на різні аспекти фізичного, соціального та економічного середовища.

Із пропозицій подальшого розвитку процесу ЗДВ, які пропонуються в Оновленні-2005, на національному рівні доцільно розглянути наступні: створити широку комунікаційну платформу на національному і субнаціональному рівні та забезпечити участь України у комунікації щодо здійснення політики ЗДВ на міжнародному рівні; розробити контрольні показники реалізації політики ЗДВ на

національному рівні; вивчити вплив тих складових здоров'я, які залежать не від стану системи охорони здоров'я, а від впливу інших галузей.

Ще одним цікавим, на нашу думку, напрямком діяльності може бути систематичне дослідження відповідності національної політики за окремими напрямками, які відображають найважливіші цінності політики ЗДВ – справедливість, солідарність і участь, – що стосується не лише надання пацієнтам медичної допомоги, профілактики захворювань, формування здорового способу життя і необхідності покращення детермінант здоров'я, але й участі в цій діяльності інших секторів суспільства, політика яких може впливати на здоров'я людини.

Висновки

1. Політика ЗДВ-21 на сучасному етапі розвитку – це не одноразовий захід, а неперервний процес реалізації, оцінки й перегляду, який буде постійно збагачуватися як завдяки досвіду, знанням і позиціям окремих країн, так і завдяки ідеям і діяльності ЄРБ ВОЗ.

2. Україна, долучившись до політики ЗДВ-21, наразі надала їй правовий статус на рівні державної програми.

3. В Україні створені організаційно-методичні передумови для впровадження механізмів координації, моніторингу та оцінки реалізації Міжгалузевої програми.

Перспективи подальших досліджень полягатимуть у систематичному вивченні та оцінці стану здоров'я населення України та його тенденцій у порівнянні з країнами ЄС та Європейським регіоном, відповідності чинних нормативно-правових актів з охорони здоров'я політиці ЗДВ-21.

Список літератури

1. *Более безопасное будущее: глобальная безопасность в области общественного здравоохранения в XXI веке* : доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2007 (ВОЗ, Женева, 2008) [Електронний документ]. – Режим доступу : http://www.who.int/whr/2007/whr07_ru.pdf. – Заголовок з екрану.
2. *Заходи щодо виконання Міжгалузевої комплексної програми “Здоров'я нації” на 2002–2010 рр.* – К. : ДМП “Полімед”, 2002. – 131 с.
3. *“Здоровье-21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ”* / ЕРБ ВОЗ. – Копенгаген, 1999. – 243 с. – (Европейская серия по достижению здоровья для всех, № 6)
4. *EUROHIS: Разработка общего инструментария для опросов о состоянии здоровья.* – М. : Права человека, 2005. – 193 с.
5. *Методологічні та методичні підходи до реалізації Міжгалузевої комплексної програми “Здоров'я нації”*. З досвіду виконання програми та координації цієї роботи: методичні рекомендації / В. М. Пономаренко [та ін.]. – К. : МОЗ, Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи МОЗ України, 2007. – 35 с.
6. *Методологічні, методичні та організаційні аспекти моніторингу виконання Міжгалузевої комплексної програми “Здоров'я нації” на 2002–2010 рр.* / Пономаренко В. М., Москалець Г. М., Карлова А. Л. [та ін.] // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2003. – № 4. – С. 5–10.
7. *Міжгалузева комплексна програма “Здоров'я нації”*. 2008 / [колектив авторів; за ред. В. М. Князевича, Г. О. Слабкого]. – К., 2009. – 137 с.
8. *Міжгалузева комплексна програма “Здоров'я нації”* / [колектив авторів; за ред. Г. О. Слабкого]. – К., 2008. – 90 с.
9. *Москаленко В. Ф. Самооцінка здоров'я – складова частина моніторингу європейської політики “Здоров'я для всіх” в Україні* / В. Ф. Москаленко, В. М. Пономаренко / Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2002. – № 1. – С. 5–10.
10. *Нагорна А. М. Дослідження стану здоров'я населення України за Європейською програмою “Огляди стану здоров'я за допомогою інтерв'ю”* / А. М. Нагорна, І. В. Ковешнікова // Зб. наук. пр. ОФУАДУ. – Одеса, 2001. – С. 107–113.
11. *Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. Обновление 2005* / ЕРБ ВОЗ. – Копенгаген, 2005. – 98 с. – (Европейская серия по достижению здоровья для всех, № 7).

12. Оцінка виконання Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002–2011 рр. / МОЗ, УІСД. – К., 2006. – 203 с.
13. Пономаренко В. Моніторинг стану здоров'я населення як складова частина політики ВООЗ щодо досягнення здоров'я для всіх / В. Пономаренко, А. Нагорна, І. Ковешнікова // Ліки України. – 2001. – № 7–8. – С. 8–10.
14. Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002–2011 роки : постанова Кабінету Міністрів України №14 від 10.01.2002 р. [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.kmu.gov.ua>. – Заголовок з екрану.
15. Реалізація заходів щодо медико-соціальної допомоги вразливим верствам населення України в межах Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002–2010 рр. / Пономаренко В. М., Курчатова Г. В., Москалець Г. М. [та ін.] // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2003. – № 1. – С. 19–24; № 2. – С. 24–29.
16. Складові моніторингу функціонування системи охорони здоров'я за даними вітчизняної та зарубіжної літератури. С. 6–48 / Москалець Г. М., Якутович Н. В., Смирнова Т. М., Аксенова В. І. // Досвід виконання міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002–2011 роки. – К.: МОЗ, УІСД, 2006. – 240 с.
17. Устав (Конституція) Всемирной организации здравоохранения. Основные документы [Електронний документ]. – Режим доступу : www.who.int/entity/governance/eb/who_constitution_ru.pdf. – Заголовок з екрану.

ПОЛИТИКА ДОСТИЖЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ВСЕХ: УКРАИНА В ЕВРОПЕЙСКОМ КОНТЕКСТЕ

П. М. Михайленко, Ф. П. Рында (Киев)

Статья посвящена последнему обновлению инициативы ВОЗ "Здоровье для всех", осуществленному Европейским региональным бюро ВОЗ в 2005 г., и приобщению Украины к реализации ЗДВ-21.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: политика, здоровье для всех, ВОЗ, стратегия, программа.

ACHIEVEMENT POLICY OF HEALTH FOR ALL: UKRAINE IN THE EUROPEAN CONTEXT

P. M. Mihaylenko, F. P. Rynda (Kyiv)

Article has been devoted to last updating of the WHO initiative "Health for All", carried out by the WHO European Regional Office in 2005, and joining of Ukraine to realization of HFA-21.

KEY WORDS: policy, health for all, WHO, strategy, program.

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

УДК 613.67:355.721:614.253.8:519.246

Є. Б. ЛОПІН (Ірпінь)

АНАЛІЗ ЗАВАНТАЖЕНОСТІ ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ ПАЦІЄНТАМИ НА ПРИКЛАДІ ДВОХ ВІЙСЬКОВИХ ГОСПІТАЛІВ

Науково-дослідний інститут проблем військової медицини Збройних Сил України

Досліджувалася завантаженість двох військових госпіталів пацієнтами протягом 9 років. На основі отриманих статистичних даних визначено типові її особливості, а також закономірності надходження та виписки пацієнтів госпіталів. Доведена необхідність впровадження та практичного застосування нових технологій визначення потреби закладів охорони здоров'я в ліжках, заснованих на використанні математичних моделей з комп'ютерною реалізацією. Надані рекомендації щодо подальших досліджень.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: військові госпіталі, завантаженість пацієнтами, планування стаціонарної медичної допомоги, госпіталізація, виписка.

Незважаючи на те, що в Україні, починаючи з 1991 р., кількість стаціонарних ліжок в закладах охорони здоров'я неухильно зменшувалась

[1;15] і в 2009 р. склала приблизно 402,955 тис. [15], на високовартісну стаціонарну медичну допомогу в країні витрачається приблизно 80% усіх коштів системи охорони здоров'я [1]. Тому

використання науково обґрунтованих методів корекції існуючих ліжкових фондів є запорукою ефективної витрати коштів державного бюджету України, спрямованих на виконання конституційних [4] та законодавчих [10] зобов'язань держави перед громадянами щодо забезпечення медичною допомогою.

Важливість економічних аспектів даного питання підтверджують дані літератури: так, наприклад, загальна вартість ліжко-дня в Московській міській лікарні в 2003 р. становила 254,6 руб. [5]. Щодобова вартість утримання незайнятого ліжка, за даними одних авторів, може становити 59,3% від цієї цифри [5], за іншими даними – 75% [1]. Не викликає сумнівів, що натеper щодобова вартість утримання незайнятого ліжка перевищує вказану внаслідок інфляційних процесів. Тому утримання надлишкової кількості ліжок в лікувальних закладах охорони здоров'я потенційно призводить до значних надлишкових витрат з бюджету, недостатня їх кількість – до неможливості забезпечення стаціонарною медичною допомогою у повному обсязі, що разом з існуючими демографічними та міграційними процесами і обумовлює необхідність постійної корекції існуючих ліжкових фондів.

На даний час в практиці охорони здоров'я використовується декілька методик визначення потреби населення в стаціонарній медичній допомозі і, відповідно, в необхідній кількості ліжок – нормативний метод [2], розрахункові методики, авторами яких є І.І. Розенфельд, Г.А. Попов тощо [6;12–14]. Однак у якості вихідних даних в згаданих методиках використовуються усереднені показники госпіталізованої захворюваності та середні терміни перебування хворого в стаціонарі. Це означає, що такі підходи не дозволяють враховувати хронологічні коливання надходження пацієнтів до лікувальних закладів, організаційні фактори (розподілення тижня на робочі і вихідні дні) та складну динаміку лікувально-діагностичного процесу, які багато у чому обумовлюють особливості виписки пацієнтів після лікування. Тому можна припустити, що зазначені методики не дозволяють прогнозувати можливі максимуми та мінімуми завантаженості лікувальних закладів пацієнтами і, відповідно, потребу в ліжках в календарні періоди з підвищеною (вище середнього) або зменшеною (нижче середнього) госпіталізованою захворюваністю та за інших екстремальних умов (надзвичайні стани, бойові дії тощо).

Доведенню даного припущення шляхом аналізу реальної завантаженості закладів охорони здоров'я пацієнтами та обґрунтуванню нових шляхів вирішення проблеми точного планування потреби закладів охорони здоров'я в ліжках присвячене дане дослідження.

Метою дослідження було удосконалення процесу планування стаціонарної медичної допомоги населенню і військовослужбовцям на основі аналізу реальної завантаженості закладів охорони здоров'я Збройних Сил України пацієнтами.

Матеріали і методи. Вивчення особливостей завантаженості закладів охорони здоров'я Збройних Сил України пацієнтами проводилось за матеріалами баз даних обліку пролікованих пацієнтів 11-го військового госпіталю Міністерства оборони України¹ (за період з 11.11.2000 р. по 09.12.2009 р. обліковано 75529 пацієнтів) та Головного військового клінічного госпіталю Міністерства оборони України² (за період з 23.09.1999 р. по 07.12.2009 р. обліковано 252379 пацієнтів).

Завантаженість госпіталів пацієнтами за певні періоди реального часу визначалася за допомогою програмної розрахункової процедури (на мові програмування Visual Basic) з використанням динамічного масиву, який формувався на основі емпіричних даних з таблиць баз даних обліку пацієнтів госпіталів. Середній термін лікування хворих, розподіли госпіталізації та виписки пацієнтів за днями тижня визначалися за допомогою SQL-запитів³.

Для аналізу отриманих даних (масиву варіант) використовувались статистичний та аналітичний методи досліджень.

Для розрахунку статистичних показників використовувалась програма Microsoft Excel та розроблене автором за допомогою середовища програмування Delphi 7 програмне забезпечення.

Визначались наступні статистичні показники: середня завантаженість госпіталів пацієнтами загалом та за днями тижня, стандартна помилка середнього арифметичного, довірчий інтервал для середнього, середнє квадратичне відхилення. Достовірність розходження завантаженості госпіталів пацієнтами за днями тижня визначалась за допомогою непараметричного критерію Вілкоксона для незв'язаних вибірок, коло використання якого значно ширше, ніж у аналогічних параметричних критеріїв у зв'язку з не обов'язковістю дотримання умови відпові-

¹ Нині госпіталь перетворений у військово-медичний клінічний центр.

² Тепер Головний військовий клінічний госпіталь Міністерства оборони України військово-медичний клінічний центр.

³ Мова SQL (Structured Query Language – мова структурованих запитів) була створена Microsoft наприкінці 70-х років 20 сторіччя, дозволяє формувати складні запити до баз даних.

дності вибірки закону нормального розподілу випадкової величини [11]. На основі критерію Вілкоксона для незв'язаних вибірок розраховувався спеціальний ω критерій (він визначається, якщо обсяг вибірки більше 10) [11].

Результати дослідження та їх обговорення. Відтворена за допомогою спеціальної програмної процедури реальна завантаженість пацієнтами Головного військового клінічного

госпіталю Міністерства оборони України (ГВКГ МО України) з вересня 1999 р. до жовтня 2009 р. та 11-го військового госпіталю МО України з листопада 2000 р. до жовтня 2009 р. наведена на рисунку. Як видно, найменша кількість пацієнтів у госпіталях припадає на святкові дні. Водночас, як уже зазначалося у наших попередніх дослідженнях [16], спостерігались регулярні сезонні коливання завантаженості та ко-

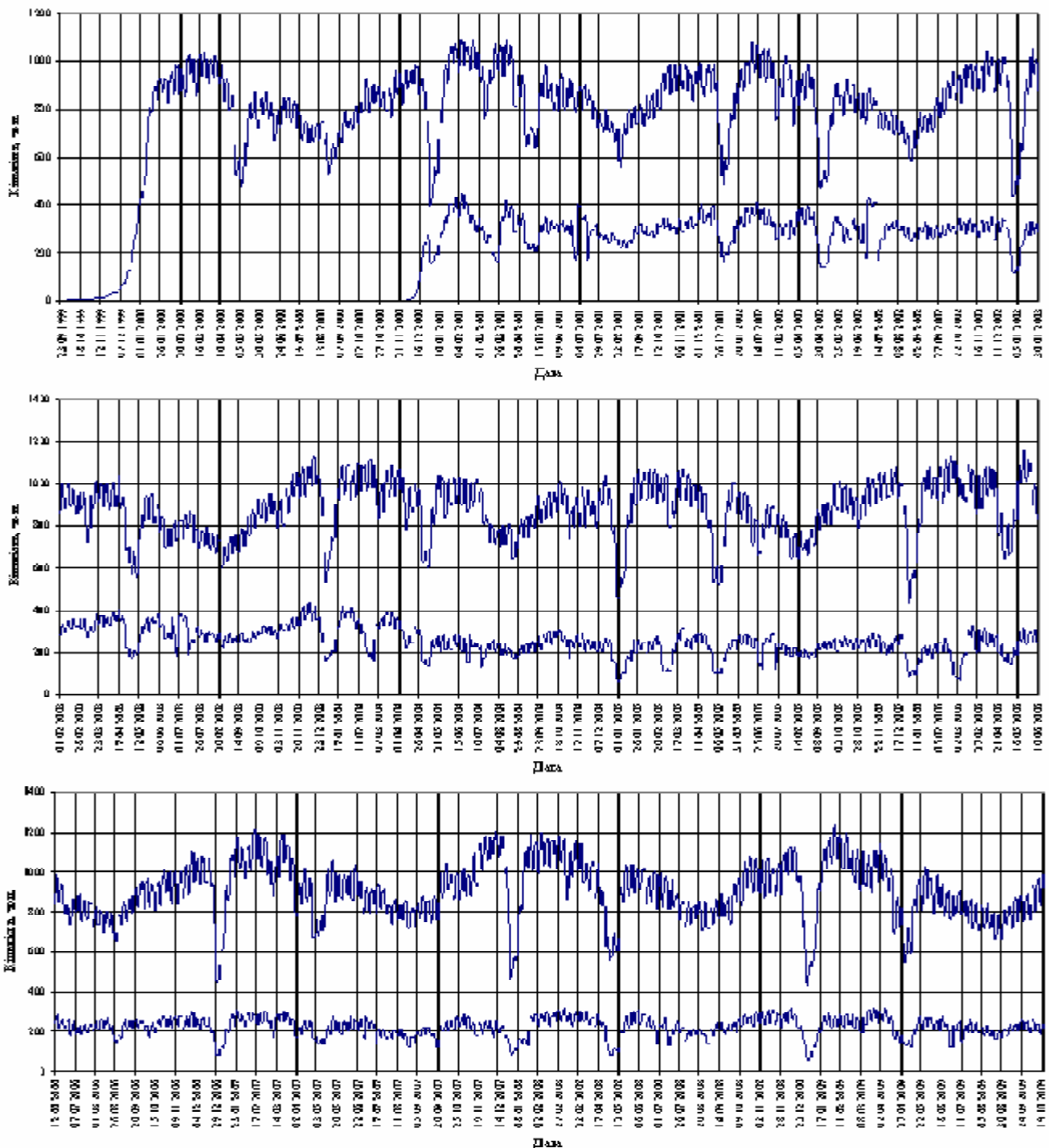


Рис. Загальна завантаженість ГВКГ МО України (верхній графік) та 11-го військового госпіталю МО України (нижній графік) пацієнтами з початку ведення баз даних обліку до жовтня 2009 р.

(Наростання кривих графіків обумовлюється початком ведення у госпіталях баз даних обліку пацієнтів, коли пацієнти, почали реєструватись в інформаційно-обчислювальних центрах)

ливання з періодичністю один тиждень, які пояснюються зменшенням кількості хворих на вихідні. Це підтверджується аналізом середньої завантаженості в різні дні тижня протягом усього періоду спостереження (див. табл. 1, довірчий інтервал для середнього представлений із рівнем вірогідності ($\alpha=0,05$). Така картина пояснюється переважною госпіталізацією хворих на початку тижня (понеділок-вівторок) та вибуттям хворих з госпіталів у другий половині тижня (середа-четвер-п'ятниця). Це підтверджує розподіл госпіталізації та виписки пацієнтів за днями тижня (табл. 2). При більш детальному дослідженні було встановлено, що ця закономірність збері-

гається для усіх контингентів пацієнтів госпіталю, окрім військовослужбовців строкової служби, розподіл госпіталізації та виписки яких за днями тижня наведений в табл. 3. В таблицях 2 і 3 наведені узагальнені дані, отримані на основі аналізу усіх записів, наявних в базах даних обліку пацієнтів на момент ознайомлення.

Госпіталізація та виписка військовослужбовців строкової служби розподілені за робочими днями тижня більш рівномірно. Це може бути пов'язано з особливостями умов військової служби і побуту у військовослужбовців строкової служби, які менш залежать від того, який день – робочий або вихідний, ніж в інших категорій пацієнтів.

Таблиця 1. Середня завантаженість госпіталів пацієнтами в різні дні тижня

День тижня	ГВКГ МО України (з 26.01.2000 р. до 20.10.2009 р.)			11 військовий госпіталь МО України (з 01.02.2001 р. до 20.10.2009 р.)		
	n^* , дні	$N_{\text{ср}}$	σ	n , дні	$N_{\text{ср}}$	σ
Понеділок	508	897,75±12,43	142,93	455	257,49±5,89	64,09
Вівторок	508	913,86±12,22	140,58	455	269,67±5,98	65,12
Середа	508	923,32±12,31	141,55	454	269,10±5,95	64,70
Четвер	508	920,23±12,37	142,25	455	272,22±5,86	63,81
П'ятниця [#]	508	825,07±10,88	125,16	455	234,52±5,41	58,90
Субота	508	811,65±10,57	121,55	455	227,96±5,45	59,33
Неділя	508	819,73±10,63	122,24	455	226,45±5,53	60,14
Вихідні	1016	815,69±7,50	121,90	910	227,21±3,88	59,71
Робочі дні тижня (окрім п'ятниці)	2032	913,79±6,18	142,07	1819	267,12±2,97	64,63
Усі дні	3556	873,09±4,67	142,22	3184	251,05±2,26	65,18

Примітки: $N_{\text{ср}}$ – середнє арифметичне, n – обсяг вибірки, σ – середнє квадратичне відхилення;

[#]день госпіталізації та день вибуття враховувались за один ліжко-день, тому середня завантаженість хворими у п'ятницю вийшла значно менше, ніж у інші робочі дні тижня.

Таблиця 2. Розподіл кількості пацієнтів, що були госпіталізовані та виписані, за днями тижня

День тижня	Кількість госпіталізованих				Кількість виписаних			
	11 військовий госпіталь МО України (з 11.11.2000 р. до 09.12.2009 р.)		ГВКГ МО України (з 23.09.1999 р. до 07.12.2009 р.)		11 військовий госпіталь МО України (з 11.11.2000 р. до 09.12.2009 р.)		ГВКГ МО України (з 23.09.1999 р. до 07.12.2009 р.)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Понеділок	22331	29,57	69169	27,41	7782	10,35	28584	11,38
Вівторок	18955	25,10	54952	21,77	13116	17,44	46478	18,50
Середа	12269	16,24	45079	17,86	12485	16,60	39992	15,92
Четвер	13754	18,21	37793	14,97	12399	16,49	39292	15,64
П'ятниця	7056	9,34	28607	11,33	24547	32,65	77637	30,90
Субота	758	1,00	9011	3,57	3752	4,99	15811	6,29
Неділя	406	0,54	7768	3,08	1111	1,48	3484	1,39
Усього*	75529	100,00	252379	100,00	75192	100,00	251278	100,00

Примітка. *Деякі записи баз даних обліку пацієнтів містили незаповнену дату виписки, тому загальна кількість госпіталізованих перевищила кількість виписаних пацієнтів; при визначенні розподілу виписки не використовувались записи, в яких дата надходження була більша, ніж дата виписки.

При вивченні розподілу госпіталізації та виписки пацієнтів за кожним класом хвороб, відхилення від загальної закономірності були виявлені для пацієнтів, діагнози яких відносились до класів хвороб “Хвороби органів дихання”, “Хвороби шкіри і підшкірної клітковини” та “Деякі інфекційні і паразитарні хвороби”. Це пояснюється переважанням серед хворих на ці класи хвороб військовослужбовців строкової служби, чисельність яких складала:

– для хворих з діагнозами за класом хвороб “Хвороби органів дихання” у 11-му військовому госпіталі МО України – 74,01% (7276 з 9831), у ГВКГ МО України – 52,59% (19350 з 36794);

– для хворих з діагнозами за класом хвороб “Хвороби шкіри і підшкірної клітковини” у 11-му військовому госпіталі МО України – 82,78% (3985 з 4814), у ГВКГ МО України – 53,64% (6704 з 12498);

– для хворих з діагнозами за класом хвороб “Деякі інфекційні і паразитарні хвороби” у ГВКГ МО України – 57,43% (9510 з 16559).

Достовірність розходження завантаженості госпіталів пацієнтами в різні дні тижня визначалась за допомогою описаного в літературі [11] непараметричного критерію Вілкоксона для незалежних вибірок, на основі якого розраховувався спеціальний ω - критерій (він визначається, якщо обсяг вибірок більше 10). Розраховані значення ω - критерію наведені у табл. 4. Як видно з таблиці, існує достовірність на рівні значущості 0,001 (критичне значення ω_{α} двобічного ω - критерію для цього рівня складає 1,89 [11]) різниця між завантаженістю госпіталів у вихідні та робочі дні тижня, окрім п'ятниці. Встановлено, що максимальна різниця між середньою завантаженістю за днями тижня складала: для ГВКГ – ≈ 112 хворих; для 11 госпіталю – ≈ 46 хворих.

Таблиця 3. Розподіл госпіталізації та виписки пацієнтів, що належали до контингенту “Військовослужбовці строкової служби МО України”, за днями тижня

День тижня	Кількість госпіталізованих				Кількість виписаних			
	11 військовий госпіталь МО України (з 11.11.2000 р. до 09.12.2009 р.)		ГВКГ МО України (з 23.09.1999 р. до 07.12.2009 р.)		11 військовий госпіталь МО України (з 11.11.2000 р. до 09.12.2009 р.)		ГВКГ МО України (з 23.09.1999 р. до 07.12.2009 р.)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Понеділок	2879	13,64	9868	17,89	3610	17,18	6752	12,29
Вівторок	6165	29,21	10808	19,59	4812	22,90	14233	25,91
Середа	3049	14,45	9292	16,84	3525	16,77	10063	18,32
Четвер	5338	25,29	9203	16,68	3977	18,92	10633	19,36
П'ятниця	2936	13,91	9080	16,46	4908	23,35	12802	23,31
Субота	466	2,21	3908	7,08	126	0,60	278	0,51
Неділя	270	1,28	3007	5,45	57	0,27	161	0,29
Усього*	21103	100,00	55166	100,00	21015	100,00	54922	100,00

Примітка. *Деякі записи баз даних обліку пацієнтів містили незаповнену дату виписки, тому загальна кількість госпіталізованих перевищила кількість виписаних військовослужбовців; при визначенні розподілу виписки не використовувались записи, в яких дата надходження була більша, ніж дата виписки.

Таблиця 4. Значення ω - критерію, які були розраховані для визначення достовірності розходження завантаженості пацієнтами 11 військового госпіталю та ГВКГ МО України в різні дні тижня

День тижня		Понеділок	Вівторок	Середа	Четвер	П'ятниця	Субота	Неділя
Понеділок	ГВКГ		1,0679	1,7001	1,5263	5,0574	5,9720	5,4684
	11 ВГ		1,7517	1,5879	2,1062	3,4763	4,3340	4,5105
Вівторок	ГВКГ	1,0679		0,6607	0,5061	6,1260	7,0260	6,5379
	11 ВГ	1,7517		0,1760	0,3179	5,0676	5,8190	5,9578
Середа	ГВКГ	1,7001	0,6607		0,1862	6,6721	7,5259	7,0699
	11 ВГ	1,5879	0,1760		0,5045	4,9232	5,7100	5,8565
Четвер	ГВКГ	1,5263	0,5061	0,1862		6,4890	7,3482	6,8863
	11 ВГ	2,1062	0,3179	0,5045		5,4443	6,2066	6,3389
П'ятниця	ГВКГ	5,0574	6,1260	6,6721	6,4890		1,0965	0,4954
	11 ВГ	3,4763	5,0676	4,9232	5,4443		1,0728	1,3193
Субота	ГВКГ	5,9720	7,0260	7,5259	7,3482	1,0965		0,6234
	11 ВГ	4,3340	5,8190	5,7100	6,2066	1,0728		0,2615
Неділя	ГВКГ	5,4684	6,5379	7,0699	6,8863	0,4954	0,6234	
	11 ВГ	4,5105	5,9578	5,8565	6,3389	1,3193	0,2615	

Завантаженість госпіталів в різні пори року наведена в табл. 5. Для визначення завантаженості госпіталів з вибірки були усунені варіанти, що припадають на свята та відстоять від них на певну кількість днів. Згідно Кодексу законів про працю України, враховувались наступні великі загальнодержавні свята: 1 січня – Но-

вий рік, 7 січня – Різдво Христове, 8 березня – Міжнародний жіночий день, 1 і 2 травня – День міжнародної солідарності трудящих, 9 травня – День Перемоги, 28 червня – День Конституції України, 24 серпня – День незалежності України, 23 квітня – Пасха (Великдень); 11 червня – Трійця [3].

Таблиця 5. Середня завантаженість госпіталів пацієнтами за сезонами

Сезон		11 військовий госпіталь МО України (з 01.02.2001 р. до 20.10.2009 р. після усунення варіант, що приходяться на свята та навколо них)			ГВКГ МО України (з 26.01.2000 р. до 20.10.2009 р. після усунення варіант, що приходяться на свята та навколо них)		
		n^* , дні	$N_{cp.}$	σ	n , дні	$N_{cp.}$	σ
Зимовий	усі дні тижня	574	279,32	66,65	649	1006,58	89,70
	робочі дні [#]	327	298,31	63,74	369	1051,51	78,41
	вихідні дні	164	252,65	62,80	186	945,69	64,56
Весняний	усі дні тижня	522	281,58	57,66	580	960,91	92,43
	робочі дні	346	299,92	54,90	332	1009,25	75,15
	вихідні дні	150	255,15	50,88	166	892,28	71,32
Літній	усі дні тижня	639	244,16	54,41	710	806,71	87,58
	робочі дні	364	259,06	51,84	405	842,81	83,01
	вихідні дні	183	220,85	50,81	203	756,93	66,74
Осінній	усі дні тижня	778	258,04	44,04	869	877,34	96,10
	робочі дні	445	273,92	39,10	497	920,14	88,20
	вихідні дні	222	234,45	41,53	248	814,42	71,22

Примітки: $*N_{cp.}$ – середнє арифметичне, n – обсяг вибірки, σ – середнє квадратичне відхилення; [#]маються на увазі робочі дні тижня, окрім п'ятниці.

З даних табл. 5 можна оцінити максимальну сезонну амплітуду коливання завантаженості госпіталів пацієнтами в робочі дні тижня, яка склала 40,86 чол. для 11 військового госпіталю та 208,7 чол. для ГВКГ МО України, тобто дорівнює в сумі ліжковій місткості невеликого (на 200 ліжок) госпіталю¹.

У підсумку можна констатувати, що саме розподіл року на кліматичні сезони та днів тижня на робочі і вихідні обумовлює характерні особливості календарної завантаженості військових госпіталів пацієнтами, що також додатково підтверджується встановленими закономірностями надходження та виписки пацієнтів.

Логічно припустити, що для адекватної оцінки можливостей традиційних методик визначення потреби закладів охорони здоров'я у ліжках потрібно оцінити, наскільки точно за їх допомогою можна відтворити показники завантаженості лікувального закладу пацієнтами.

Наприклад припустимо, що добуток кількості населення, яке підлягає медичному обслуговуванню, на госпіталізовану захворюваність з 26.01.2000 р. до 20.10.2009 р. буде аналогом кількості пацієнтів, що надійшли до ГВКГ МО України за цей термін (246306 пацієнтів за 3556 діб або в середньому 69,26 пацієнти за добу). Якщо взяти за норматив роботи ліжка 340 діб на рік (це 93,15%), то норматив роботи ліжка за 3556 діб складе 3312,414 доби. Визначений в цьому дослідженні середній термін лікування пацієнтів ГВКГ МО України склав 12,57 доби. Тоді потреба у ліжковому фонді госпіталю складе:

$$\frac{246306 \times 12,57}{3312,414} = 934,69 \text{ ліжка. Розрахункова}$$

середня зайнята кількість ліжок складе:

$$\frac{246306 \times 12,57}{3556} = 870,66, \text{ що практично співпадає з реальною середньою завантаженістю па-}$$

¹ В Збройних Силах України декілька госпіталів за своєю організаційно-штатною структурою мають ліжкову місткість в 200 ліжок.

цієнтами за цей самий календарний період (873,09 пацієнти).

Однак протягом періоду спостереження реальна потреба госпіталю в ліжках не відповідає визначеній (935 ліжок) внаслідок коливання завантаженості в різні календарні періоди (насамперед сезони, див. рис. 1). Згідно даних табл. 5, щорічно в літні місяці спостерігалось зниження середньої завантаженості пацієнтами в робочі дні тижня до 259,06 хворих в 11-му військовому госпіталі та 842,81 в ГВКГ МО України, а в грудні-лютому підвищення приблизно до 298,31 і 1051,51 хворих відповідно. Завантаженість ГВКГ в робочі дні тижня в зимовий сезон виявилась значно вищою за визначену потребу в ліжках¹. До того ж на графіку, зображеному на рисунку, в окремі роки завантаженість ГВКГ хворими в зимовий сезон перевищувала 1100 (2001, 2004, 2006 рр.) і, навіть, 1200 (2007 і 2008 рр.) хворих.

Тому, якщо б ГВКГ МО України мав 935 штатних ліжка, в зимовий період щоденно виникало б питання про відмову в госпіталізації декільком десяткам пацієнтів, а в літній період простоювали б не зайняті хворими зайві ліжка.

Для вирішення цих проблемних питань при розрахунку потреби окремого закладу або закладів охорони здоров'я (району, території, області тощо) в ліжках недоцільно орієнтуватись на одне усереднене значення. Навпаки, фактично потрібно спрогнозувати щодобову завантаженість закладів охорони здоров'я пацієнтами з її календарними максимумами та мінімумами, що достовірно можливо тільки шляхом моделювання [7–9]. Дослідження в галузі моделювання довели практичну придатність і високу потенційну точність моделей під час вирішення таких задач [7–9]. Крім того математичний апарат розроблених моделей дозволяє під час експериментів варіювати термінами лікування, відбором хворих на госпіталізацію, а також враховувати випадки необґрунтованої госпіталізації [7;9].

Прихильники традиційних підходів можуть заперечити, що можна визначати потребу в ліжках окремо для кожного сезону або місяця, зменшуючи періоди часу, на які здійснюються розрахунки, однак зауважимо, що тільки моделювання дозволяє достовірно спрогнозувати середню завантаженість пацієнтами в робочі дні тижня, яка на 4,66–6,40% більша, ніж середня за всі дні (див. табл. 1). Подальше підвищення детальності розрахунків за традиційними мето-

диками визначення потреби в ліжках надзвичайно їх ускладнює та фактично стирає межу між ними та розробленими моделями.

Висновки

Встановлені важливі особливості руху пацієнтів в лікувальних закладах охорони здоров'я Збройних Сил України, що з урахуванням даних літературних джерел дозволяє на більш якісному рівні вирішувати таке завдання планування стаціонарної медичної допомоги, як визначення потреби в ліжках.

Визначені важливі особливості реальної завантаженості лікувальних закладів охорони здоров'я Збройних Сил України пацієнтами:

- варіабельність, пов'язана з тижневими, сезонними та святковими коливаннями завантаженості (варіація склала 16,29–25,96%);
- характерна щотижнева циклічність, яка полягала у зменшенні завантаженості у вихідні (на 10,74–14,94% в порівнянні з робочими) та збільшенні в робочі дні тижня.

Встановлена і кількісно оцінена щотижнева динаміка зміни потоку виписки пацієнтів, яка проявляється у зменшенні інтенсивності виписки пацієнтів на початку робочого тижня (у понеділок-вівторок виписувалось 27,79–29,87% пацієнтів), збільшенні наприкінці (в четвер-п'ятницю виписувалось 46,53–49,14% пацієнтів) та різкому зменшенні у вихідні дні (виписувалось 6,47–7,68% пацієнтів). Для надходження пацієнтів – навпаки характерне збільшення інтенсивності на початку тижня (49,18–54,66% пацієнтів надходило в понеділок-вівторок), зменшення наприкінці 26,31–27,55% надходило у четвер-п'ятницю) та різке зменшення у вихідні дні (надходило 1,54–6,65% пацієнтів).

Існуючі традиційні методики планування потреби закладів охорони здоров'я в ліжках не дозволяють керівникам охорони здоров'я отримати об'єктивну детальну інформацію про можливі максимуми та мінімуми їх реальної завантаженості пацієнтами: за середньою завантаженістю в різні сезони помилка може складати +20,44% та -3,47%² від визначеної потреби в ліжках. Тому засобом вибору для вирішення завдань визначення потреби в ліжках повинні бути більш точні методи, наприклад засновані на технологіях моделювання, що мають доведену ефективність.

Додатково під час планування стаціонарної медичної допомоги обов'язково повинно проводитись ретроспективне вивчення щодобової

¹ Потреба госпіталю в ліжках в конкретний момент часу складає суму його завантаженості (93,15%) та кількості тих ліжок, що тимчасово простоюють (6,85%).

² Негативна погрішність виявилась значно меншою позитивної внаслідок того, на загальне зменшення середньої завантаженості вплинули регулярні зменшення завантаженості закладів охорони здоров'я у вихідні дні тижня та на крупні свята. Саме тому загальна середня завантаженість ГВКГ пацієнтами виявилась набагато ближчою до мінімальної сезонної середньої завантаженості в літній сезон.

завантаженості закладів охорони здоров'я пацієнтами.

Перспективи подальших досліджень.

Натепер у багатьох лікувальних закладах МО та МОЗ України для реєстрації та обліку пацієнтів використовуються спеціальні комп'ютерні програми, засновані на застосуванні технологій баз даних [15], внаслідок чого були накопичені дані про мільйони випадків лікування пацієнтів, які зберігаються в електронному вигляді та придатні для автоматизованої обробки. Даний

цінний статистичний матеріал дає можливість для проведення подальших масштабних досліджень стосовно надходження та виписки пацієнтів, термінів їх лікування, особливостей щодобової завантаженості закладів охорони здоров'я тощо. Результати таких досліджень створять необхідні умови для широкого запровадження в практику управління охороною здоров'я моделей, чому також сприятимуть напрацьовані нами алгоритми обробки записів електронних баз даних обліку пацієнтів.

Список літератури

1. Вуїв О. Г. Проблеми використання ліжкового фонду стаціонарних лікувально-профілактичних заходів України на сучасному етапі (огляд наукової літератури) / О. Г. Вуїв // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2007. – № 4. – С. 69–74.
2. Головтеев В. В. Планирование здравоохранения / В. В. Головтеев, В. И. Кант // БМЭ. – М. : Сов. энциклопедия, 1982. – Т. 19 : Перельман-Пневмопатии. – С. 374–379.
3. Кодекс законів про працю України [Електронний ресурс]: Правовая система “Инфодиск: Законодательство Украины”. – К. : CD-изд-во “Инфодиск”, 2007. – № 10 (окт.). – 1 електрон. опт. диск (CD-ROM): цв.; 12 см. – (Законодательство Украины №10 октябрь 2007). – Систем. требования: ПК не ниже P-233, ОЗУ – 32 Мб с лицензионной ОС Windows 95 OSR2/98/NT SP6/2000/XP.
4. Конституція України [Електронний ресурс]: Правовая система “Инфодиск: Законодательство Украины”. – К. : CD-изд-во “Инфодиск”, 2007. – № 10 (окт.). – 1 електрон. опт. диск (CD-ROM): цв.; 12 см. – (Законодательство Украины № 10 октябрь 2007). – Систем. требования: ПК не ниже P-233, ОЗУ – 32 Мб с лицензионной ОС Windows 95 OSR2/98/NT SP6/2000/XP.
5. Линденбратен А. Л. Экономические методы управления деятельностью ЛПУ: планирование ресурсов и мотивация персонала / А. Л. Линденбратен, Т. В. Гололобова, А. Д. Рагозный // Пробл. соц. гигиены, здравоохран. и истории медицины. – 2003. – № 2. – С. 21–22.
6. Литвак А. И. Организация планирования в лечебном учреждении : учеб. пособ. / А. И. Литвак. – Одесса : ОРИГУ УАГУ, 2003. – 87 с.
7. Лопін Є. Б. Наукове обґрунтування та розробка моделі завантаження лікувальних закладів охорони здоров'я пацієнтами : дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.03.11 / Є. Б. Лопін; – Захищена 06.05.2008; Затв. 08.10.2008. – К., 2008. – 278 с.: іл. – Бібліогр.: С. 262–278.
8. Лопін Є. Б. Прогнозування потреби лікарняних закладів охорони здоров'я Збройних Сил України у ліжковому фонді за допомогою імітаційного моделювання руху пацієнтів / Є. Б. Лопін // Проблеми військової охорони здоров'я : зб. наук. пр. Укр. військ.-мед. акад. – Вип. 18. – К. : Укр. військ.-мед. акад., 2007. – С. 89–101.
9. Моделювання системи надання медичної допомоги та етапного лікування в Збройних Силах України на мирний та воєнний час: метод. реком. / Є. Б. Лопін, О. В. Ричка. – Ірпінь : НДІ ПВМ ЗС України, 2007. – 56 с.
10. Основи законодавства України про охорону здоров'я : закон України від 28.11.1992 р. №2801–XII // ВВР. – 1993. – № 4. – С. 19.
11. Основы математической статистики : учеб. пособ. для ин-тов физ. культ. / [под ред. В. С. Иванова]. – М. : Физкультура и спорт, 1990. – 176 с., ил.
12. Пустовой И. В. Планирование стационарной помощи населению : лекция / И. В. Пустовой, Н. А. Кравченко, Е. А. Логинова. – М. : ЦИУВ МЗ СССР, 1983. – 39 с.
13. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения : в 2 т. / Ю. П. Лисицын, Е. Н. Шиган, И. С. Случанко [и др.]; под ред. Ю. П. Лисицына. – М. : Медицина, 1987. – Т. 1. – 432 с.: ил.
14. Стационарная медицинская помощь (основы организации) / Е. А. Логинова, А. Г. Сафонов, В. З. Кучеренко [и др.]; под ред. А. Г. Сафорова, Е. А. Логиновой. – М. : Медицина, 1989. – 352 с., ил.
15. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2008 рік. – К., 2009. – 384 с.
16. Ярош Т. В. Аналіз імовірнісних підходів до імітації виписки пацієнтів з лікарняних закладів охорони здоров'я МО України / Т. В. Ярош, Є. Б. Лопін, О. В. Ричка // Військова медицина України. – 2006. – Т. 6, № 1–2. – С. 13–21.

АНАЛИЗ ЗАГРУЖЕННОСТИ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ УКРАИНЫ ПАЦИЕНТАМИ НА ПРИМЕРЕ ДВУХ ВОЕННЫХ ГОСПИТАЛЕЙ

Є. Б. Лопін (Ірпень)

Исследовалась загруженность двух военных госпиталей пациентами на протяжении 9 лет. На основании полученных статистических данных определены типичные ее особенности, а также закономерности поступления и выписки пациентов госпиталей. Доказана необходимость внедрения и практического

использования новых технологий определения потребности учреждений здравоохранения в койках, основанных на математических моделях с компьютерной реализацией. Даны рекомендации относительно дальнейших исследований в этом направлении.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: военные госпитали, загруженность пациентами, планирование стационарной медицинской помощи, госпитализация, выписка.

THE ANALYSIS OF PATIENTS CONGESTION OF MEDICAL FACILITIES OF ARMED FORCES OF UKRAINE BY THE EXAMPLE OF TWO MILITARY HOSPITALS

Ye. B. Lopin (Irpin)

Congestion of two military hospitals by patients during 9 years has been analyzed. On the basis of the received statistical data its typical features, and also laws of admission and discharge of patients has been determined. Benefits of computer based mathematical models to research and substantiate hospital beds requirement has been proved. The recommendations regarding further studies have been presented.

KEY WORDS: military hospitals, congestion patients, inpatient care planning, patients' admission (discharge).

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

УДК 614.2:616-082.006.2

А. Г. ЛУНЬОВА, О. К. ТОЛСТАНОВ (Київ, Житомир)

КОНЦЕПЦІЯ СТВОРЕННЯ ЦЕНТРАЛІЗОВАНИХ РЕГІОНАЛЬНИХ КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНИХ ЛАБОРАТОРІЙ

Національна медична академія ім. П. Л. Шупика
Головне управління охорони здоров'я Житомирської обласної державної адміністрації

Наведено концептуальні підходи до централізації лабораторної діагностичної служби.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: централізація, клінічна лабораторна діагностика, лабораторна діагностична служба.

Клінічна лабораторна діагностика – це особлива індустрія надання медичних послуг, результатом яких є клінічно корисна інформація про хімічний і морфологічний склад біологічних середовищ організму [4]. Сучасна клінічна лабораторна діагностика виконує дослідження біоматеріалу людського організму з використанням морфологічних, біохімічних, імунологічних, молекулярно-біологічних, бактеріологічних, генетичних, цитологічних, токсикологічних, вірусологічних та інших методів [3]. На результатах лабораторного обстеження пацієнта ґрунтується близько 80% інформації, необхідної клініцисту для підтвердження діагнозу.

Стратегія розвитку клінічної лабораторної діагностики повинна бути підпорядкована за-

гальній концепції розвитку охорони здоров'я та її діагностичній доктрині. Йдеться про послідовну структурування високотехнологічного виробництва, що включає клінічно й економічно обґрунтовані дії з відповідними організаційними рішеннями, штатним і матеріальним оснащенням, уніфікованою документацією [1;2;5].

Мета роботи: розробити концептуальні засади централізації лабораторної служби на рівні області.

Матеріали і методи: системного підходу, бібліосемантичний, ситуаційного аналізу, статистичний.

Результати дослідження та їх обговорення. Основу клінічної лабораторної діагностики становлять специфічні біомедичні технології, кожна з яких, пройшовши наукову апробацію і процедуру дозволу на застосування, вимагає:

відповідного лабораторного устаткування, безперебійного постачання реагентами, специфічних методичних рекомендацій, виконання санітарних правил, технічного контролю, підготовки персоналу, економічного обґрунтування.

Централізація клінічних лабораторних досліджень є базовим елементом у реформуванні лабораторної служби, що забезпечує вирішення актуальних завдань удосконалення економічної та діагностичної ефективності лабораторного обстеження і підвищення якості надання медичної допомоги населенню.

Аналіз причин виникнення проблеми та обґрунтування необхідності виконання програми

Для оцінки перспектив створення централізованих регіональних клініко-діагностичних лабораторій по принципу мережі були вивчені (на прикладі Харківської, Донецької, Львівської і Київської областей) обсяг роботи та ресурсне забезпечення діяльності лабораторної служби областей, проведені порівняння з доступними даними щодо зарубіжного досвіду, використані експертні оцінки, досліджено правове поле функціонування медичних установ.

Клініко-діагностичні лабораторії бюджетних лікувально-профілактичних закладів у кожній з областей забезпечують проведення щорічно близько 44 млн досліджень (під дослідженням розуміють 1 показник, наприклад: 1 клінічний аналіз крові – це 5 досліджень): 18,5 млн досліджень в обласному центрі, 9 млн досліджень – в ЛПЗ обласного підпорядкування і 16,5 млн – в закладах сільських районів області, що в цілому забезпечує 16 досліджень на рік на 1 мешканця кожної області.

У стаціонарах проводять у середньому 32 дослідження на 1 стаціонарного хворого, в поліклінічних умовах – на 100 амбулаторних відвідувань близько 100 досліджень.

Всього в бюджетних лікувальних установах у кожній з вказаних областей в середньому зайнято 569,75 лікарської ставки, 1451 ставка середнього лаборантського складу і 530 іншого персоналу. Забезпеченість фізичними особами становить 78,1% лікарів, 84,9% лаборантів, 79,2% іншого персоналу.

Фонд оплати праці лабораторної служби становить 36,4 млн грн на рік. Розрахунки показують, що на фінансове забезпечення лабораторної служби у кожній області бюджети всіх рівнів (окрім державного) виділяють близько 52 млн грн, або 19 грн із розрахунку на 1 жителя на рік, або 1,2 грн на 1 проведене дослідження. Можна припустити, що ще 24 грн на рік громадяни витрачають на ці цілі власних коштів (на основі даних літератури про структуру витрат громадян України на медичні послуги). Це дає ще 64,8 млн грн на рік. Загальний розрахунковий показник

витрат на лабораторну діагностику становить 43 грн на рік, або 8,6 дол. США, або 5,8 євро.

Слід зазначити, що на території областей діють недержавні лабораторії, які виконують достатньо широкий спектр досліджень – від рутинних клінічних до складних імунологічних і біохімічних. Без спеціальних досліджень оцінити обсяги їхньої роботи неможливо, проте приведені макроекономічні показники, зіставлені з думкою експертів, дозволяють припустити, що ці структури привертають 50% позабюджетних коштів. Таким чином, виходячи із середньої вартості одного дослідження 50 грн, можна отримати загальне розрахункове число досліджень, які проводять позабюджетні структури – 240 тис. на рік, або 0,5% об'ємів досліджень бюджетних лікувальних установ. Це узгоджується з даними про те, що недержавний сектор в охороні здоров'я України забезпечує до 1% об'ємів послуг.

Вивчення досвіду роботи зарубіжних лабораторних центрів показало, що в США на 1 жителя проводять 19 досліджень на рік, вартість 1 дослідження становить 6,1 дол., на 1 жителя на рік витрати становлять 117 дол. У країнах Європейського союзу останній показник дорівнює 15 євро, або 21,9 дол. США. (приведене співвідношення витрат на лабораторні дослідження також ілюструють особливості ринкової моделі національної охорони здоров'я США).

Таким чином, порівняння деяких показників стану лабораторно-діагностичної служби показує, що за обсягами досліджень – за числом досліджень в рік на 1 жителя – Україна відповідає такому по США. Водночас слід зауважити значну різницю між витратами на проведення досліджень в бюджетних установах і недержавних структурах. Якщо в недержавних лабораторіях вартість дослідження відповідає європейським показникам і витратам в лабораторіях США: 50 грн і 6,1 дол США, то витрати на 1 жителя – фактичне фінансування лабораторної служби – значно відстає: 8,5, 21,9 і 117 дол., відповідно в Україні, Європі і США. Особливо страждає при цьому бюджетний сектор лабораторних послуг. Позабюджетні, недержавні структури функціонують в кращих умовах, їх фінансове забезпечення фактично відповідає міжнародним показникам, що склалося. Проте обсяги їхньої роботи дуже низькі – до 1–2% від загального числа досліджень. Це підтверджують й експертні висновки про те, що потужність вже розгорнутих лабораторій недержавного сектора завантажена не більше, ніж на 20–30%.

Зауважимо, що значне число досліджень, які проводять лабораторії бюджетних установ в Україні, є рутинними (загальні клінічні – 41,8%, гематологічні – 28,9%), водночас питома вага цитологічних, бактеріологічних і імунологічних досліджень в сумі складає 15,2–20%.

Попри значні масштаби структури і обсяги виконуваних досліджень, служба клінічної лабораторної діагностики сьогодні працює недостатньо ефективно, має ряд серйозних проблем щодо підвищення продуктивності праці і якості досліджень. У багатьох лабораторіях не налагоджена система “гарантії аналітичної якості”, не проводяться систематичні контролю якості всього номенклатурного дослідження. Приміщення лабораторій не відповідають вимогам сьогодення. У абсолютній більшості установ немає прийнятних приміщень для очікування на прийом.

Водночас, оскільки зворотним боком централізації лабораторних досліджень може стати закриття дрібних малопродуктивних лабораторій з обмеженими можливостями, але ближчих до місця контакту лікаря з пацієнтом, перед ухваленням рішень про таку перебудову лабораторного забезпечення повинні бути зіставлені економічні вигоди з можливим ослабленням взаємодії клінічного і лабораторного персоналу, погіршенням якості проведення преаналітичного етапу, уповільненням обороту лабораторних тестів, створенням незручностей для пацієнтів.

Обов'язковими умовами централізації досліджень є дотримання правил узяття і транспортування проб біоматеріалів і надійне функціонування ліній зв'язку для обміну необхідною інформацією між лікарями, що лікують, і лабораторією.

За експертними оцінками, близько 12–15% досліджень є малоінформативними або такими, що призначаються невідповідно наявній клінічній картині, не менше третини результатів не відповідають сучасним критеріям якості і приблизно 20% всіх амбулаторних аналізів в подальшому дублюється у зв'язку з госпіталізацією пацієнта в стаціонар. Водночас у первинній ланці практично не впроваджуються сучасні високоінформативні тести. Отже, вважати таку систему економічно ефективною не можна.

Незадовільний стан лабораторно-діагностичної служби створює загрозу для розвитку національної системи охорони здоров'я України. Це об'єктивне гальмо для впровадження нових медичних технологій, які вимагають адекватного лабораторного забезпечення.

Джерела фінансування лабораторної служби в Україні

На рівні областей лабораторну службу фінансують обласний бюджет, бюджети сільських районів, бюджет обласного центру і районні бюджети. Крім того, є ще бюджети міст обласного підпорядкування і бюджети сільських і селищних рад. В умовах такої роз'єднаності загальну регіональну структуру можливо створити тільки в умовах централізації бюджетного фінансування і затвердження регламентації її діяльності на центральному рівні.

Створення медичного підприємства з надання спеціалізованих послуг лабораторної діагностики також вимагає аналогічного рішення. Це дозволить йому вже в наявному правовому полі як експеримент провадити таку діяльність. Безумовно, необхідно додатково вивчити питання про можливу схему взаємодії даного підприємства з бюджетними медичними організаціями, зважаючи на тендерне законодавство.

Як перший крок до створення такої структури доцільно розглянути організацію центру лабораторних досліджень для установ обласного підпорядкування, що фінансуються з одного обласного бюджету і належать до однієї системи комунальної власності, якою керує обласна рада.

Потужність стаціонарів цих установ залишає близько 8055–9000 ліжок, на яких в рік надається допомога 162,9 тис. хворих. У поліклінічних відділеннях обласних лікувальних установ за рік реєструється близько 1,5 млн відвідувань.

Розрахункові показники фінансування лабораторної служби установ обласного підпорядкування становлять 10,8 млн грн на рік. У цих установах проводяться загальноклінічні, біохімічні, імунологічні і бактеріологічні досліджень.

Основні шляхи вирішення проблеми

Впровадження запропонованої концепції вимагає:

1. Правового обґрунтування. До ухвалення відповідних законів України про статус провайдерів медичних послуг, про соціальне медичне страхування тощо, які створять умови для формування єдиного медичного ринкового простору, можливо організувати таку структуру як експеримент на підставі рішення центрального органу виконавчої влади. Таким рішенням може бути постанова Кабінету Міністрів України.

2. Адміністративної підтримки:

- на рівні управлінь облдержадміністрації, оскільки створювана структура неминує поглине, в тому або іншому вигляді, фінансування лабораторної служби даних установ, що викличе активну негативну реакцію з боку керівників цих установ та громадськості. Втручання адміністрації в цьому випадку необхідне для зменшення такої опору;

- на рівні керівника обласного управління охорони здоров'я – активна ініціатива щодо підготовки і подання проектів документів до центральних органів влади, підготовки і реалізації технічних рішень на місцевому рівні, забезпечення експертних розрахунків, постійного контролю за розвитком проекту, його матеріальна і моральна підтримка.

3. Поетапний розвиток проекту: створення структури для обслуговування обласних установ, потім розширення на прилеглі сільські райони і міста.

4. Корпоративна підтримка – розробка, затвердження і впровадження стандартів обстеження, включення показників лабораторної діагностики у вимоги якості медичної допомоги; підготовка кадрів, передусім клініцистів обласних установ, а потім клінічних фахівців інших організацій. Спочатку хоча б як експеримент у Львівській, Харківській, Донецькій і Київській областях.

5. Матеріально-технічне забезпечення, бізнес-проект. Слід визначити технічне завдання першого етапу. Це включає експертний аналіз функціонування лабораторної служби обласних ЛПЗ, встановлення обсягів і видів досліджень. Таке дослідження можливе лише за сприяння обласного управління охорони здоров'я. На основі технічного завдання визначається місце розташування Центру, розробляється проект і розраховуються витрати і показники рентабельності підприємства.

Враховуючи потужність такої централізованої структури, доцільно розглядати її і як організаційно-методичний центр, і як центр матеріально-технічного постачання лабораторної служби закладів обласного підпорядкування і області в цілому.

Розвиток і впровадження новітніх технологій може слугувати певним інструментом стимулювання керівників і провідних клініцистів обласних лікувальних установ, що сприятиме зменшенню внутрішнього опору в лікувальних установах пропонованим нововведенням.

Центр може стати базою і для підготовки кадрів: лікарів-лаборантів, лікарів консультантів, технічного персоналу з експлуатації і обслуговування лабораторної техніки.

Економічна ефективність централізації

Базовою передумовою збільшення ефективності виробництва лабораторних досліджень в централізованих лабораторіях є факт зниження трудовитрат персоналу в 10–15 разів при використанні сучасного високопродуктивного автоматизованого устаткування та інформаційних лабораторних систем.

Недоцільна централізація рутинних досліджень калу, сечі, а також експрес-лабораторій ургентної служби.

Значну економію можна отримати при зниженні невиправданого дублювання аналізів і зменшенні вартості одиничного дослідження в умовах високотехнологічного виробництва за рахунок значного зниження витрат і питомої ваги витрат, пов'язаних із забезпеченням гарантії якості отримуваних результатів.

Необхідно враховувати більшу вартість імпорتنих реагентів, використовуваних на сучасних закритих аналітичних системах. Вірогідна оцінка можливого зменшення вартості витрат на реагенти і витратні матеріали може складати за

рахунок зниження дублювання аналізів до 20%, за рахунок зменшення вартості одиничного аналізу – на 10%, без урахування додаткової економії або доходів за використання приміщень, що звільнюються.

Враховуючи високу вартість устаткування для сучасної автоматизованої лабораторії, що здійснює не менше 10000–30000 досліджень за робочу зміну, щорічна економія може окупити вартість організації такої лабораторії протягом 3–4 років.

Очікувані результати

Централізація клінічних лабораторних досліджень може дозволити значно збільшити якість, доступність і своєчасність діагностики і сприяти економії бюджетних коштів.

Головним підсумком реалізації заходів повинна бути не стільки завантаженість поставленого устаткування, скільки фактичне підвищення діагностичної ефективності і якості лабораторних досліджень, що проводяться.

Централізація лабораторних досліджень біоматеріалу пацієнтів відповідає світовій тенденції в організації лабораторних досліджень, пов'язаної з впровадженням високопродуктивних модульних систем і потокових багатокомпонентних ліній для біохімічних, імунохімічних, гематологічних досліджень замість окремих аналізаторів. При цьому: істотно скорочуються витрати з розрахунку на 1 дослідження, підвищуються аналітичні характеристики досліджень, створюються сприятливі умови для лабораторного забезпечення диспансеризації населення, скорочуються терміни обстеження хворих, збільшується обсяг номенклатури досліджень, раціональніше використовується дороге устаткування, кваліфіковані кадри, підвищується продуктивність праці, поліпшується забезпечення населення лабораторними дослідженнями, зрештою можна знизити на 5–7 днів терміни зайнятості планових стаціонарних ліжок за рахунок якісного амбулаторного обстеження.

Централізація лабораторних обстежень дозволяє значно розширити можливості лабораторної служби: зміцнити матеріально-технічну базу, розширити діапазон досліджень та підвищити їх якість, поліпшити і спростити обслуговування високотехнологічного устаткування, скоротити відтік кадрів, вирішити проблему оснащення лабораторії витратними матеріалами і контрольними зразками.

Висновки

Централізація лабораторної служби на рівні області є кроком не тільки до більш раціонального використання ресурсів, але й до підвищення якості лабораторних досліджень.

Подальші дослідження будуть скеровані на забезпечення доступності лабораторних досліджень для всіх категорій пацієнтів.

Список літератури

1. *Здоров'я нації. 2008* // [за ред. В. М. Князевича]. – К., 2009. – 138 с.
2. *Луцик Б. Д.* Покращення підготовки спеціалістів лабораторної діагностики – вимога сучасності / Б. Д. Луцик, О. О. Ястремська // *Лабораторна діагностика*. – 2007. – № 3 (41). – С. 62–65.
3. *Нихолс Д.* Менеджмент качества исследований по месту лечения / Д. Нихолс // *Клин. лаб. диагностика*. – 2009. – № 5 – С. 51–54.
4. *Соотношение аналитики и диагностики в работе врача клинико-диагностической лаборатории* / Первушин Ю. В., Иванова В. Н., Марченко Л. А. [и др.]. // *Клин. лаб. диагностика*. – 2008. – № 9. – С. 15.
5. *Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я в Україні. 2008 рік*. – К., 2009. – 384 с.

КОНЦЕПЦИЯ СОЗДАНИЯ ЦЕНТРАЛИЗОВАННЫХ РЕГИОНАЛЬНЫХ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРИЙ

А. Г. Луньова, А. К. Толстанов (Киев, Житомир)

Приведены концептуальные подходы к централизации лабораторной диагностической службы.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **централизация, клиническая лабораторная диагностика, лабораторная диагностическая служба.**

THE CONCEPT OF CREATION OF THE CENTRALIZED REGIONAL CLINICAL AND DIAGNOSTIC LABORATORIES

A. G. Lunyova, O. K. Tolstanov (Kyiv, Zhitomir)

Conceptual approaches have been resulted in centralization of laboratory diagnostic service.

KEY WORDS: **centralization, clinical laboratory diagnostics, laboratory diagnostic service.**

Рецензент: д.мед.н. В. Й. Шатило

УДК 616-089.843.004.12(477.74)

В. Г. ШУТУРМІНСЬКИЙ (Одеса)

ЗАБЕЗПЕЧЕНІСТЬ ЧАСТКОВИМИ ЗНІМНИМИ ПРОТЕЗАМИ ЖИТЕЛІВ ОДЕСЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА ДЕСЯТИРІЧНИЙ ПЕРІОД

Одеський державний медичний університет

Вивчався рівень забезпеченості населення Одеської області частковими знімними протезами в період 1998–2007 рр.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **забезпеченість, частковий знімний протез, бюгельне протезування.**

Застосування знімних пластинкових протезів у стоматології займає чинне місце [2]. Акрилові зубні протези дотепер є найдоступнішими для населення й досить дешевими. 90–95% всіх знімних протезів виготовлені з поліметилметакрилату. Водночас дані літератури свідчать, що акрилати не відповідають сучасним вимогам, досягнення матеріалознавства дозволяють значно покращити якість знімного протезування [5].

В Україні досить розповсюдженим безакриловим матеріалом для базисів знімних протезів є поліпропілен [1], у Європі й у Росії більш поширені матеріали на основі нейлону [3;4]. Широкому впровадженню часткових протезів із безакрилової пластмаси перешкоджають хибні твердження про дорожнечу та незначну кількість пацієнтів, які потребують виготовлення даного виду протезування.

Метою дослідження стало вивчення рівня забезпеченості населення Одеської області частковими знімними протезами.

© В. Г. Шутурмінський, 2009

Матеріали і методи. У ході дослідження використано дані статистичних досліджень, архівні дані стоматологічних медичних закладів Одеської області протягом останніх 10 років.

Результати дослідження та їх обговорення. Під час дослідження встановлено кількість осіб, які одержали протези, й кількість осіб, що одержали знімні протези (табл. 1). Дані про кількість виготовлених протезів у лікувально-профілактичних закладах області наведено в табл. 2.

Загальна кількість запротезованих осіб у період 2000–2001 рр. різко знизилася внаслідок економічних реформ та активного розвитку приватного стоматологічного бізнесу, який не відображено у звітах (рис.1). Період до 2000 р. вирізняється більшою часткою знімного часткового протезування у загальній кількості запротезованих осіб; у 2000 р. цей показник склав 88,8% (у 2006 р. – лише 44%).

Також виявлено зменшення частки знімного протезування в загальній кількості запротезованих серед міського населення порівняно із сільським, де цей вид протезування є основним.



Рис. 1. Динаміка показників запротезованості жителів Одеського регіону в період з 1998–2007 рр. (на 100 осіб дорослого населення)

Слід зазначити значне збільшення кількості виготовлених часткових знімних протезів (рис.2).

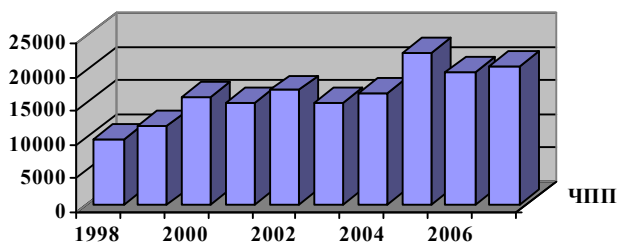


Рис. 2. Кількість часткових знімних протезів, виготовлених в лікувально-профілактичних закладах Одеської області протягом 1998–2007 рр.

Цей показник у динаміці за 10 років виріс із 9626 штук в 1998 р. до 20503 в 2007 р., причому динаміка росту є прогресуючою. У нашому випадку ріст склав 212,9%. Що пояснюється, на нашу думку, зменшенням частки повного знімного й бюгельного протезування. І якщо зменшення частки повного знімного протезування пов'язане переважно з різким зниженням безкоштовного протезування, то зменшення бюгельного протезування обумовлено його високою вартістю для пацієнтів державних поліклінік (рис. 3).

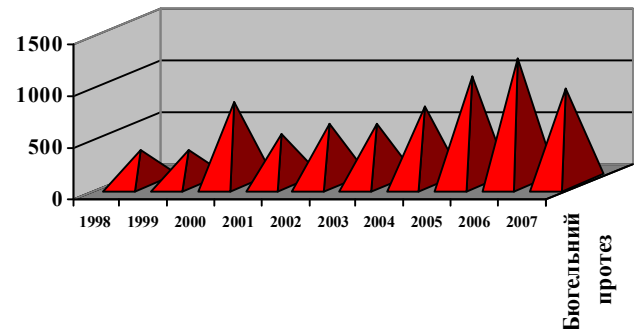


Рис. 3. Кількість бюгельних протезів, виготовлених в лікувально-профілактичних закладах Одеської області протягом 1998–2007 рр.

Незважаючи на негативну динаміку в кількості осіб, які були запротезовані, частка часткового знімного протезування залишається досить високою – не менше 45–50% від загальної кількості протезів. Причому частка бюгельних протезів, що активно впроваджувалися в практику стоматології наприкінці ХХ ст., починає дещо знижуватися через відомі недоліки цього виду протезування – високу вартість, тверде кріплення до опорних зубів, наявність великої кількості металу в порожнині рота, вагу бюгельного протеза.

Висновки

1. Результати дослідження вказують на збільшення на 212,9% кількості виготовлених часткових знімних протезів, що пояснюється зменшенням частки повного знімного й бюгельного протезування.

2. У найближчій перспективі розвиток знімного протезування буде спрямовано на поліпшення й удосконалення часткового пластинкового протезування, особливо з огляду на сучасну матеріалознавчу базу. Це вимагає підвищення уваги до впровадження технологій застосування термопластів як альтернативи не тільки часткового знімного, але й бюгельного протезування, а подекуди й мостоподібного протезування.

Перспективи подальших досліджень сформульовані на вивчення потреби населення у знімних протезах.

Таблиця 1. Кількість осіб, які отримали змінні протези у лікувально-профілактичних закладах Одеської області за 1998-2007 рр. (на 100 чоловік дорослого населення)

Адміністративна територія	1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007	
	П ¹	П ²	П ¹	П ²	П ¹	П ²	П ¹	П ²	П ¹	П ²	П ¹	П ²	П ¹	П ²	П ¹	П ²	П ¹	П ²	П ¹	П ²
м. Одеса	1,1	1,3	1,8	2,7	2,0	2,5	1,4	1,4	1,3	2,5	1,2	2,4	1,5	2,3	1,5	2,5	1,5	2,3	1,5	2,4
м. Білгород-Дністровський	1,4	1,8	2,1	2,4	1,5	2,0	2,0	2,0	2,9	2,1	1,4	1,9	2,5	1,8	2,6	2,1	2,4	2,0	2,2	1,6
м. Ізмаїл	0,9	1,7	1,2	2,9	1,9	2,5	0,7	1,4	0,7	2,2	0,8	2,1	1,5	3,5	1,6	3,5	1,4	3,4	1,3	3,3
м. Южний	0,1	1,2	0,8	1,7	1,4	2,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,1	3,0	0,8	2,6	0,7	2,2	0,7	2,1	0,6	3,3
м. Теплодар	2,1	4,4	2,7	5,1	2,1	4,7	2,9	0	2,6	3,2	0,1	2,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
м. Ільківськ	1,4	8,5	1,6	3,1	11,2	3,1	1,3	2,9	1,5	2,6	0,2	2,4	2,5	2,9	2,6	3,1	2,6	2,8	2,6	3,9
Анапійський р-н	0,6	0,8	1,5	1,8	0,9	2,1	1,0	1,3	0,9	2,5	0,8	2,6	1,5	2,2	1,6	2,0	1,8	2,0	1,7	2,1
Арцизький р-н	0,4	0,6	0,8	2,1	0,4	2,1	0,2	1	0,2	3,3	0,2	1,3	1,2	2,9	1,1	3,3	1,1	3,6	1,1	3,6
Балтський р-н	0,1	0,2	0,7	2,4	0,9	2,7	0,4	0,2	0,3	3,1	0,3	3,3	0,3	2,5	0,3	3,3	0,3	2,5	0,3	2,4
Білгород-Дністровський р-н	0,4	1,4	1,4	3,6	1,2	2,4	1,0	0,4	1,0	3,6	1,5	2,1	1,4	1,0	0,8	2,1	1,0	3,1	1,9	1,9
Беляївський р-н	0,2	0,4	0,7	3,2	1,4	2,6	0,1	1	0,2	3,9	0,4	3,0	0,2	4,3	0,1	2,3	0,1	2,2	0,1	3,0
Березовський р-н	0,6	0,8	0,8	0,7	1,7	2,1	0,6	0,1	1,0	1,6	1,2	3,8	0,8	1,8	0,6	2,5	0,7	2,6	0,7	5,4
Ботрацький р-н	0,8	1,2	0,8	4,1	1,7	2,2	0,2	0,6	0,2	2,5	0,4	1,8	0,2	4,5	0,2	3,5	0,1	4,3	0,1	4,1
В. Мисайлівський р-н	1,4	2,2	1,1	1,8	0,9	2,0	1,0	0,2	1,1	2,1	0,9	3,3	0,2	4,0	0,3	3,1	0,4	3,0	0,3	3,2
Ізяславський р-н	0,4	0,8	0,4	2,2	1,2	2,5	0,9	1	1,0	3,0	1,2	3,0	1,4	2,0	1,0	2,3	1,0	3,4	1,0	2,7
Ізмаїльський р-н	0	0	0	0	0	0,0	0,8	0	0,9	3,0	0,7	3,1	0,0	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Кип'яцький р-н	0,4	0,7	0,7	2,5	1,7	2,7	0,8	0,8	0,8	2,5	0,9	4,6	1,0	5,1	1,0	3,1	0,9	3,7	0,9	3,7
Кодорський р-н	0,4	0,6	0,5	3,3	1,4	2,6	0,4	0,8	0,3	4,4	0,2	2,2	0,2	4,3	0,1	1,8	0,8	3,8	0,3	3,2
Комітерівський р-н	0,6	0,9	0,7	2,1	1,6	2,6	0,8	0,4	0,8	2,3	0,7	2,7	0,3	2,4	0,3	2,6	0,2	3,4	0,4	4,3
Котовський р-н	0,5	0,7	0,9	1,3	0,5	1,6	0,8	0,8	0,9	2,5	0,8	1,4	0,9	2,4	0,9	2,4	1,0	2,5	1,0	2,5
Красновільський р-н	0,1	0,8	0,4	2,3	1,8	2,5	0,8	0,8	1,0	1,1	0,7	2,2	1,0	1,9	1,2	2,9	1,6	2,9	1,2	2,6
Львівський р-н	0,1	0,6	0,4	1,7	1,0	1,7	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0	0,3	2,5	0,4	1,5	0,3	1,7	0,6	1,5
Миколаївський р-н	0,5	0,4	0,6	2,9	1,7	2,6	1,4	0	1,4	2,4	1,6	1,5	0,0	2,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Овідіопольський р-н	0,6	1,4	0,9	2,2	1,8	2,1	0,4	1,4	0,0	0,0	0,8	2,6	0,6	3,5	0,7	2,4	0,4	3,2	0,4	4,0
Раздольненський р-н	0,6	0,6	1,0	2,3	1,6	2,3	0,3	0,4	0,3	2,0	0,4	3,3	0,1	2,5	0,3	3,0	0,5	4,0	0,2	5,3
Ренійський р-н	0,8	0,2	1,0	2,1	0,7	1,2	0,9	0,3	1,0	2,5	1,1	1,9	0,4	2,6	0,4	1,6	0,4	1,7	0,4	2,2
Савранський р-н	0,7	0,9	0,9	2,3	1,7	2,5	1,2	0,9	1,0	2,8	0,8	1,7	1,0	2,3	1,0	2,6	1,3	2,9	0,9	2,6
Саратський р-н	0,4	0,7	0,5	2,6	1,2	2,3	0,4	1,2	0,4	1,7	0,6	2,0	0,9	4,2	1,2	2,7	0,9	2,4	0,9	3,1
Тарутинський р-н	0,3	1,0	1,4	1,4	0,9	1,4	0,9	0,4	0,9	2,4	0,8	2,6	0,5	1,6	0,6	2,0	0,6	2,9	0,5	2,0
Татарбузарський р-н	0,8	3,4	1,1	2,5	1,4	2,5	0,1	0,9	0,2	2,7	0,4	2,8	0,1	2,5	0,3	2,9	0,5	2,4	0,4	2,3
Фрунзівський р-н	0,2	0,6	0,7	4,7	1,6	2,1	0,7	0,1	0,7	2,1	0,9	2,0	1,8	2,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ширяківський р-н	0,6	1,4	1,1	2,0	1,8	2,5	0,7	0,7	0,7	2,6	0,6	2,4	0,6	2,3	0,9	2,2	0,7	2,7	0,9	2,6
Весьєво-Моршанський	0,7	1,7	2,0	2,5	1,6	2,3	1,2	0,7	1,2	2,7	1,1	2,4	1,2	2,6	0,6	2,5	0,6	2,9	0,7	2,8
Весьєво-Моршанський	1,3	1,9	2,1	2,8	2,4	2,7	1,3	1,3	1,2	2,7	1,6	2,5	1,3	2,6	1,4	3,1	1,6	2,8	1,4	2,1

Примітка: П¹ – кількість осіб, які отримали часткові змінні протези; П² – кількість осіб, які отримали змінні зубні протези

Таблиця 2. Кількість виготовлених часткових знімних та біогельних протезів в лікувально-профілактичних закладах Одеської області в період 1998-2007 рр.

Адміністративна територія	1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007	
	З	Б	З	Б	З	Б	З	Б	З	Б	З	Б	З	Б	З	Б	З	Б	З	Б
м. Одеса	4215	99	5508	116	6291	131	7754	7754	6858	173	7754	281	8060	281	9673	265	7871	245	8867	241
м. Білгород-Дністровський	514	6	605	4	613	2	731	731	909	0	731	6	634	-	707	-	707	-	495	-
м. Ізмаїл	487	8	499	7	531	5	644	644	101	0	644	0	920	11	943	5	851	60	719	2
м. Южнені	120	7	201	11	133	8	118	118	814	75	118	63	134	-	121	-	92	-	151	-
м. Тетювар	50	0	53	2	54	0	1048	1048	286	0	1048	0	-	-	-	-	-	-	-	-
м. Ільківка	1102	167	1198	133	1273	139	209	209	269	9	209	0	1218	33	1242	113	1174	98	1200	80
Анапльський р-н	124	11	249	2	242	5	255	255	82	16	255	9	227	-	316	-	-	-	223	-
Арцизький р-н	109	9	101	5	230	13	99	99	131	0	99	12	345	6	391	26	272	-	411	31
Балтський р-н	74	2	77	1	86	6	0	0	1259	4	0	0	74	16	89	14	414	25	78	-
Білгород-Дністровський р-н	185	0	199	5	227	0	49	49	0	0	49	0	214	-	202	15	67	22	464	-
Белізький р-н	154	0	166	1	173	0	263	263	238	11	263	0	44	-	25	-	550	-	29	-
Березівський р-н	10	0	12	0	20	0	140	140	39	0	140	0	223	8	201	9	33	-	279	7
Болградський р-н	199	0	241	0	253	2	50	50	190	0	50	8	119	-	111	-	240	16	47	-
В. Миколаївський р-н	10	0	21	0	12	0	166	166	825	1	166	0	54	-	68	-	68	-	86	-
Ізяславський р-н	165	6	177	10	248	15	250	0	229	0	250	18	214	-	171	-	85	-	140	5
Ізяславський р-н	0	0	0	0	0	0	54	0	233	0	54	0	-	-	-	-	261	7	-	-
Кілійський р-н	144	4	155	4	157	6	115	250	110	0	115	0	252	19	318	20	-	-	322	49
Копитнівський р-н	185	0	199	1	225	0	170	54	172	2	170	0	75	-	25	-	324	29	108	-
Копитнівський р-н	212	0	244	0	255	0	88	115	80	0	88	16	135	-	122	-	320	-	239	-
Котовський р-н	147	0	159	0	157	0	86	170	99	0	86	0	229	2	223	4	110	-	251	8
Краснознавський р-н	74	0	88	0	84	0	88	0	0	0	0	0	77	-	177	-	249	7	94	-
Льбашівський р-н	34	0	45	0	41	0	327	86	336	5	327	0	46	-	92	-	235	-	68	-
Миколаївський р-н	31	1	39	0	34	2	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	37	-	-	-
Овідіопольський р-н	308	0	301	0	319	0	56	327	41	0	56	0	196	-	223	-	-	-	108	-
Роздільнянський р-н	208	0	211	0	218	0	155	0	154	0	155	0	54	-	112	-	169	-	203	-
Рейсінський р-н	17	0	24	0	19	0	154	56	207	0	154	0	50	-	90	-	468	-	82	-
Сарненський р-н	163	0	185	0	150	0	86	155	69	0	86	0	164	-	164	-	64	-	132	-
Сарненський р-н	186	0	241	0	271	0	26	154	109	7	26	0	199	4	206	-	270	-	315	-
Тарутинський р-н	74	0	66	0	62	0	68	86	20	0	68	0	103	-	136	-	173	-	134	-
Татарбунарський р-н	229	0	229	1	227	8	68	26	31	0	68	0	11	-	61	3	163	-	73	7
Фрунзовський р-н	41	0	20	0	18	0	68	0	-	-	58	0	121	-	-	-	94	6	-	-
Шериданський р-н	55	0	49	0	58	0	68	0	68	-	69	0	75	-	108	-	84	-	117	-
Всього по районах	3138	33	3498	30	3786	57	2934	2934	5209	55	2934	63	3301	55	3731	91	4790	112	4003	107
Всього по області	9626	320	11562	303	15926	761	14997	14997	16890	552	14997	567	16503	726	22357	1020	19588	1183	20503	904

Примітка: З – часткові знімні протези, Б – біогельні протези

Список літератури

1. Варес Э. Я. Дорогу термопластам в стоматологическую ортопедию (анализ опыта изготовления 12000 зубных протезов из биологически нейтральных термопластов медицинской чистоты) / Э. Я. Варес, Я. Э. Варес, В. А. Нагурный // Стоматология сегодня. – 2003. – № 8. – 38 с.
2. Лабунець В. А. Розробка наукових основ планування стоматологічної ортопедичної допомоги на сучасному етапі її розвитку : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук : спец. 14.00.22 / В. А. Лабунець. – К., 2000. – 36 с.
3. Огородников М. Ю. Результаты исследований по созданию новых конструкционных материалов на основе полиуретана для ортопедической стоматологии / М. Ю. Огородников // Рос. стоматол. журн. – 2004. – № 2. – С. 4–7.
4. Рыжова И. П. Изготовление временных ортопедических конструкций современной технологией термического прессования / И. П. Рыжова // Совр. ортопеди. стоматол. – 2006. – № 5. – С. 96–97.
5. Jiao T. Blood transfer characteristics of unilateral distal extension removable partial dentures with polyacetal resin supporting components / T. Jiao , T. Chang, A. A. Caputo // Australian dental journal . – 2009. – Vol. 54, № 1. – P. 31–37.

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ЧАСТИЧНЫМИ СЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ ЖИТЕЛЕЙ ОДЕССКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ДЕСЯТИЛЕТНИЙ ПЕРИОД

В. Г. Штурминский (Одесса)

Изучался уровень обеспеченности частичными съемными протезами жителей Одесской области за десятилетний период (1998–2007 гг.).

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **обеспеченность, частичный съемный протез, бюгельное протезирование.**

SECURITY PARTIAL REMOVABLE DENTAL PROSTHESIS OF POPULATION OF THE ODESSA REGION FOR THE TEN YEARS' PERIOD

V. G. Shuturminskiy (Odesa)

The level of security by partial removable dental prosthesis of population of the Odessa region for the ten years' period (1998-2007) has been studied.

KEY WORDS: **security, partial removable dental prosthesis, clasps dental prosthetics.**

Рецензент: к.мед.н., доц. Г. К. Северин

УДК 616-058+616-036.86+613.95

М. В. МАМЧУРА (Івано-Франківськ)

АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІТЕЙ-ІНВАЛІДІВ

Івано-Франківський національний медичний університет

В роботі представлені результати медико-соціологічного дослідження соціального забезпечення 500 сімей з дітьми-інвалідами, які проживають в Івано-Франківській області. Встановлено, що більшість респондентів не задоволені розміром соціальних виплат, які здійснюються у зв'язку з інвалідністю їх дітей. Однакові розміри соціальних виплат не відповідають диференційованим потребам дітей з обмеженими можливостями, 35-40% яких характеризуються важким станом та вимагають стороннього догляду.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **діти-інваліди, соціальні державні виплати, важкість хвороби, потреба у постійній сторонній допомозі.**

Соціально-економічне значення дитячої інвалідності визначається тим тягарем, які несуть для суспільства і держави в цілому втрати трудового потенціалу, а також необхідність дороговар-

тісного медичного обслуговування, реабілітації та заходів соціального захисту дітей з обмеженими можливостями [2; 3].

Незважаючи на прийняття низки законодавчих документів, які гарантують соціальну підтримку

© М. В. Мамчура, 2009

дітей з особливими потребами, проблема захисту та підтримки державою та суспільством дітей-інвалідів залишається актуальною в умовах сьогодення. Пріоритетність вирішення питання соціального грошового забезпечення дітей з обмеженими можливостями, продиктована тим, що державна соціальна допомога дітям-інвалідам вкрай недостатня для їх утримання і повноцінної реабілітації. Недосконалість її проявляється у тому, що відповідним законом [1] для дітей-інвалідів віком до 18-ти років встановлений однаковий розмір соціальної допомоги, тобто без диференціації її за тяжкістю інвалідизації, соціальними чинниками, ступенем потреби у соціальному захисті. Розмір надбавки на догляд за дитиною-інвалідом залежить від віку, а не від тяжкості захворювання [3; 4; 5].

Така ситуація склалась тому, що в Україні не існує єдиної системи медико-соціальної експертизи для дорослих і дітей. Експертиза інвалідності дітей – це компетенція лікарсько-консультаційних комісій педіатричних установ. На думку деяких авторів, позитивним у цьому плані може стати досвід Росії та Білорусі, де визнання дитини інвалідом здійснює педіатрична медико-соціальна експертна комісія, на основі комплексної оцінки стану здоров'я, а також медико-біологічних та соціально-економічних факторів [4; 6].

Мета дослідження: встановити особливості соціального грошового забезпечення дітей-інвалідів на основі вивчення задоволення їх потреб.

Матеріали і методи дослідження. Провели соціально-медичне дослідження шляхом опитування репрезентативної групи 500 сімей дітей-інвалідів на основі власної програми стосовно соціального забезпечення цих дітей. При розрахунку показників та аналізі отриманих даних виді-

лялись вікові групи дітей-інвалідів до 3-х років, 3–6 років, 7–13 та 14–17 років у відповідності до основних педіатричних класифікацій вікових періодів у дітей, а також основної звітної документації лікувально-профілактичних закладів (Звіт про дітей-інвалідів віком до 18 років, які проживають в районі обслуговування лікувально-профілактичного закладу, будинку дитини або інтернатному закладі, ф. №19). Отримані результати дослідження аналізувались також за статтю та місцем проживання дітей-інвалідів.

Обробка матеріалів проводилась з допомогою стандартного пакету статистичних програм для MS Excel.

Результати досліджень та їх обговорення. Опитування матерів дітей з обмеженими можливостями, які одержують грошову соціальну допомогу по інвалідності, показало, що її рівень задовольняє лише $12,98 \pm 1,51\%$ респондентів, тоді як $87,02 \pm 1,51\%$ вважають, що ці виплати за своїм розміром не в змозі забезпечити потреб їхньої дитини. Причому, такий розподіл в оцінці соціальної грошової допомоги притаманний однаково для матерів дітей-інвалідів і міських, і сільських поселень ($p < 0,05$).

Слід зазначити, що найнижча задоволеність розміром соціальних виплат реєструється серед опитаних матерів дітей-інвалідів молодшого та дошкільного віку (рис. 1), де частка невдоволених максимальна – $91,11 \pm 4,24\%$ і $94,68 \pm 2,31\%$ відповідно. Тоді як серед респонденток, діти яких шкільного віку, цей показник знижується і становить $82,78 \pm 2,61\%$ – $86,90 \pm 2,80\%$. Можливо, це пов'язано з поліпшенням адаптованості родин до задоволення потреб дітей-інвалідів з часом. З іншого боку – може бути свідченням важчого стану, а відповідно, більших потреб дітей-інвалідів молодшого віку.

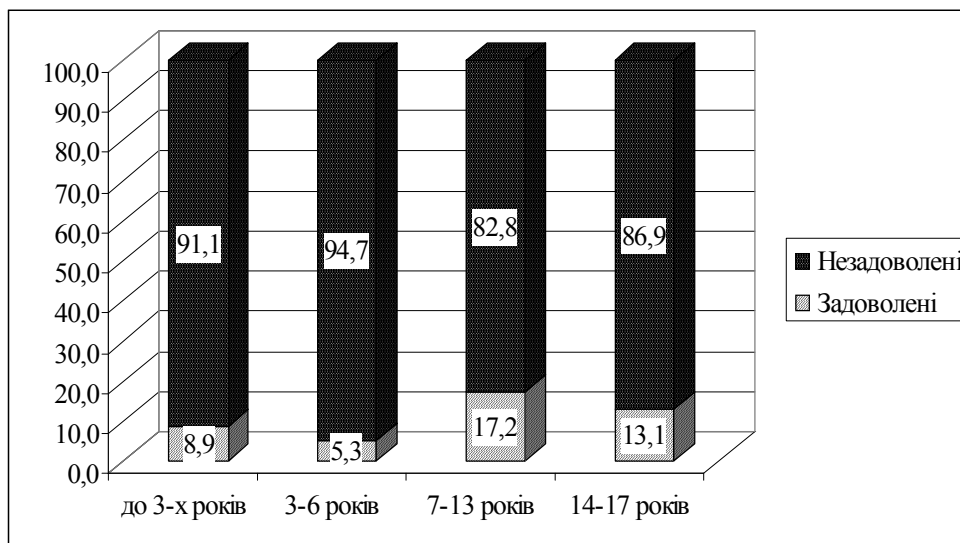


Рис. 1. Характеристика задоволеності матерів розміром соціальної допомоги дітям-інвалідам різних вікових груп

Як відомо, виплати по інвалідності дітям не диференціюються за розміром так, як для дорослого населення. Оскільки статус дитини-інваліда не передбачає поділу на групи інвалідності, тобто не враховує глибини як фізичної, так і соціальної дезадаптації, то розмір соціальної допомоги для всіх дітей із обмеженими можливостями є однаковий, за винятком випадків, коли передбачається надбавка на догляд. Тому зрозумілим стає незадоволеність респондентів рівнем грошового забезпечення, який згідно до вказаного Закону України складає 70% прожиткового мінімуму.

В той же час, аналіз важкості перебігу хвороби у дитини-інваліда дозволив встановити суттєві відмінності, а отже очевидну потребу в диференціації розмірів соціальної допомоги. Так дуже незначна частка опитаних матерів ($4,20 \pm 0,90\%$) оцінює перебіг захворювання власної дитини як легкий (рис. 2). Більшість респонденток ($62,40 \pm 2,17\%$) вказують на середню важкість інвалідизуючої патології. Проте у третини дітей-інвалідів, незалежно від статі дитини та місця проживання, на думку їх матерів, переважно важкий ($28,80 \pm 2,03\%$) або й дуже важкий ($4,60 \pm 0,94\%$) перебіг захворювання.

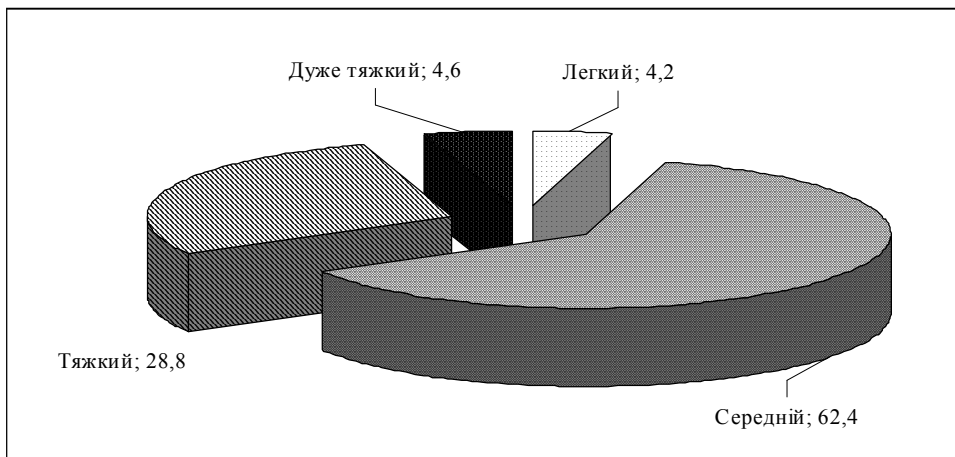


Рис. 2. Розподіл інвалідизуючої патології дітей за важкістю перебігу

Аналізуючи ці ж дані у розрізі вікових груп, встановлено, що матері молодших дітей гірше оцінювали їх стан, ніж старших (рис. 3). Зокрема перебіг захворювання як дуже важкий у дітей віком до 3-х років оцінило $15,56 \pm 5,40\%$ респонденток, тоді як у віковій групі 3-6-ти років – вдвічі менше ($6,32 \pm 2,50\%$), а в шкільному віці – вже

тільки $2,36 \pm 1,04\%$ - $3,38 \pm 1,49\%$ матерів ($p < 0,05$). З одного боку, це може бути зумовленим значною часткою важкої вродженої патології та захворювань перинатального періоду у дітей молодшого віку, а з іншого – позитивним реабілітаційним ефектом та кращою адаптованістю сім'ї із збільшенням віку дитини-інваліда.

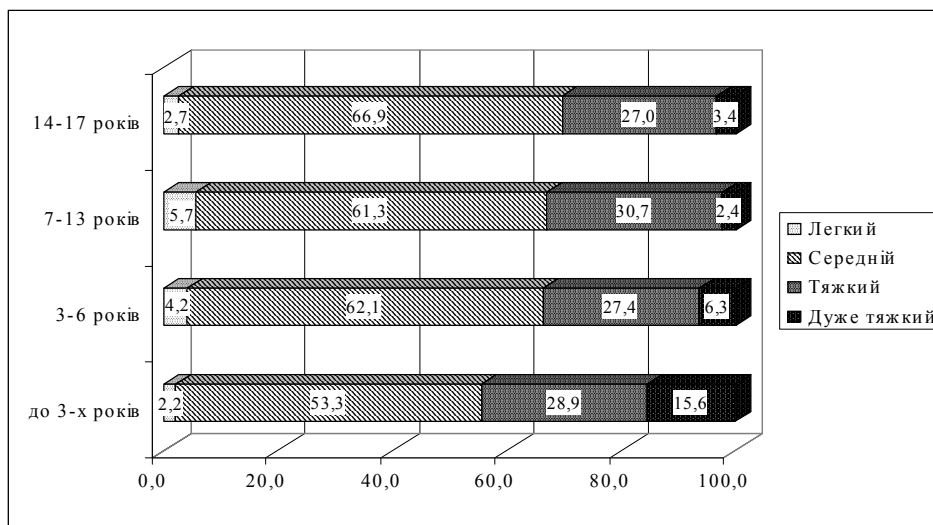


Рис. 3. Розподіл патології, яка викликала інвалідність дітей, за важкістю перебігу у розрізі вікових груп

Вказані результати оцінки матерями важкості перебігу інвалідності у їх дітей перебиваються із результатами аналізу потреби дітей-інвалідів у постійній сторонній допомозі та догляді за ними. Ствердно на таке запитання відповіли аж 41,40±2,20% респонденток, що несуттєво відрізняється від загальнопопуляційної частки дітей-інвалідів з важким і дуже важким перебігом. Аналогічний розподіл характерний для дітей-інвалідів обох статей та не залежить від місця їх проживання ($p < 0,05$). Щодо особливостей показників у розрізі вікових груп, то логічно, що частка дітей, які вимагають стороннього догляду через хворобу, знижується з віком: з 66,67±7,03% у молодшій віковій групі до 47,37±5,12% у 3-6 років та 35,81±3,94% – 37,26±3,32% - серед дітей шкільного віку.

Вказане висвітлює й інший бік проблеми. Крім того, що діти-інваліди з важким перебігом захворювання вимагають більших соціальних виплат та пільг, вони в переважній більшості потребують

і постійного догляду з боку матерів (рідше іншого члена родини), які в результаті, очевидно, не можуть повноцінно працювати. Це, в свою чергу, ще більше поглиблює матеріальні нестатки таких сімей, а також держави в цілому внаслідок як втрати трудових ресурсів, так і необхідності додаткових соціальних пільг.

Висновки

Показано, що більшість респондентів не задоволені розміром соціальних виплат, які здійснюються в зв'язку з інвалідністю їхніх дітей.

Однакові розміри соціальних виплат не відповідають диференційованим потребам дітей з обмеженими можливостями, 35-40% яких характеризуються важким станом та вимагають стороннього догляду.

Перспективи подальших досліджень полягатимуть у розробці та впровадженні моделі системи профілактики та реабілітації дитячої інвалідності з врахуванням встановлених особливостей.

Список літератури

1. Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам: Закон України, 2001 р.
2. Огнев В.А. Сучасні правові та історичні концепції дитячої інвалідності / В.А. Огнев, О.М. Міщенко // Укр. морфолог. альманах. – 2007. - № 3. – С. 59-61.
3. Риков С.О. Організація медичної допомоги та медико-соціальної реабілітації сліпим та слабкозорим дітям: проблеми та шляхи їх вирішення / С.О. Риков, Т.А. Аліфанова // Український медичний часопис. – 2003. - № 3 (35). – С. 67-72.
4. Соловьева К.С. Проблема детской инвалидности в связи с ортопедической патологией и задачи ортопеда при проведении медицинской реабилитации / К. С. Соловьева, К. А. Битюков // Вест. травматол. и ортопедии. – 2003. - № 4. – С. 18-22.
5. Чумаченко М. М. Проблеми дитячої інвалідності та перспективні напрямки реформування медико-соціальної експертизи дітям на регіональному рівні / М.М. Чумаченко, Р.О. Чернова // Охорона здоров'я України. – 2002. - №1. – С.65 – 68.
6. Шереметьева С. Н. Факторы риска формирования детской инвалидности обусловленной последствиями хронических заболеваний органов пищеварения / С. Н. Шереметьева, Е. П. Усанова, Г. Н. Разживина [и др.] // Здоровоохр. Рос. Федерации. – 2003. – № 5. – С. 38-42.

АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ

М. В. Мамчура (Ивано-Франковск)

В работе представлены результаты медико-социологического изучения социального обеспечения 500 семей с детьми-инвалидами, проживающих в Ивано-Франковской области. Установлено, что большинство респондентов не удовлетворены размером социальных выплат, осуществляемых в связи с инвалидностью их детей. Одинаковые размеры социальных выплат не соответствуют дифференцированным потребностям детей с ограниченными возможностями, 35-40% которых характеризуются тяжелым состоянием и требуют постороннего ухода.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: дети-инвалиды, социальные государственные выплаты, сложность заболевания, потребность в постоянной посторонней помощи.

ANALYSIS OF SOCIAL SUPPORT PECULIARITIES OF HANDICAPPED-CHILDREN

М. V. Mamchura (Ivano-Frankivsk)

Results of medical and social study of social and economic factors of 500 families with handicapped-children of Ivano-Frankivsk region are presented in the article. Mostly respondents are not satisfied by the amount of social payment through children's disability. The same amounts of social payment are not corresponding to different needs of handicapped-children: 35 – 40 % of these children need extraneous care according state of health.

KEY WORDS: handicapped-children, social payment, state of health, extraneous care.

УДК 616-084+616-006+618.1

О. Л. САМОТОВКА (м. Івано-Франківськ)

ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАДОВОЛЕНОСТІ ЖІНОК, ХВОРИХ НА ПЕРЕДРАКОВІ ТА ЗЛОЯКІСНІ ЗАХВОРЮВАННЯ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ, ЯКІСТЮ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ

Івано-Франківський національний медичний університет

В роботі наведені результати медико-соціологічного дослідження репрезентативної групи 685 жінок старших 20 років, що проживають в Івано-Франківській області. Серед обстежених – 173 здорових, 412 з передраковими станами і 100 онкогінекологічних хворих. Встановлено, що більше третини жінок, незалежно від стану здоров'я, повністю довіряють своєму лікарю загальної-практики. Проте 80% хотіли б отримувати медичну допомогу у лікарів-спеціалістів. Абсолютна більшість опитаних (75,33±1,65%) задоволені медичним обслуговуванням, яке їм надається. Серед незадоволених основними причинами є економічні чинники (висока вартість медичних препаратів та обстежень). Визначено, що третина жінок або взагалі не отримує інформації щодо свого здоров'я, факторів, які на нього впливають, та можливостей профілактичних заходів на індивідуальному рівні, або отримують таку інформацію з недостовірних джерел.

Ключові слова: **довіра до лікарів, задоволеність пацієнтів, передрак, злоякісні новоутворення, жіночі статеві органи.**

Відповідно до рекомендацій ВООЗ [3], в Україні відбувається переорієнтація національної системи охорони здоров'я на пріоритет первинної медико-санітарної допомоги, якій належить провідна роль у забезпеченні медичного обслуговування населення, зокрема профілактичних технологій – санітарно-просвітницької роботи, скринінгів тощо [1;8], а також тих видів допомоги, які раніше надавались виключно лікарями-спеціалістами [7]. За даними досліджень, щодо надання первинної акушерсько-гінекологічної допомоги в системі загальної практики-сімейної медицини (ЗПСМ), лікар ЗПСМ може забезпечити більше половини послуг акушерсько-гінекологічного профілю; зокрема 35% профілактичних і до 16% лікувально-діагностичних [9].

Однак, як свідчать дані окремих досліджень, роль лікарів загальної практики/сімейної медицини у профілактиці онкологічних, у тому числі і онкогінекологічних, захворювань залишається все ще недостатньою [6, 10]. Причинами цього є не тільки об'єктивні чинники: кадровий дефіцит у первинній ланці, недостатня укомплектованість закладів сімейної медицини обладнанням тощо, а також суб'єктивні чинники – недостатній рівень довіри до лікарів та задоволеності медичною допомогою [2, 5, 11]. Разом з тим задоволеність пацієнтів є важливим аспектом якості медичної допомоги, який обов'язково враховується в стандартах її надання [4].

Мета дослідження: встановити рівень довіри до лікаря загальної практики, визначити задоволеність медичною допомогою та джерела отримання інформації медичного змісту серед жінок груп спостереження.

Матеріали і методи дослідження. За власною програмою, розробленою на основі міжнародних і вітчизняних опитувальників, провели соціально-медичне дослідження рівня довіри до лікаря загальної практики, визначили задоволеність медичною допомогою та джерела отримання інформації медичного змісту, а також медичний огляд репрезентативної групи 685 жінок старших 20 років, що проживають в Івано-Франківській області. За результатами медичного обстеження жінки були розподілені на три групи для вивчення факторів, які впливають на формування онкогінекологічної патології. Першу групу склали 173 жінки, у яких на момент обстеження не виявлено гінекологічних захворювань; другу групу – 412 жінок з передраковими захворюваннями статевих органів та третю групу – 100 онкогінекологічних хворих. Обробка отриманих даних проводилась з допомогою стандартного пакету статистичних програм для MS Excel.

Результати досліджень та їх обговорення. Загальновідомо, що дотримання пацієнтами призначень, лікувального режиму, дієти, кратності відвідувань та інших заходів, які впливають на здоров'я залежить від особистого авторитету лікаря та ступеня довіри до нього. Довіра до

лікаря підвищує ефективність медико-профілактичних технологій та формує у пацієнок відповідальне ставлення до здоров'я. Для виконання своїх функціональних обов'язків, в тому числі і стосовно профілактики онкогінекологічних захворювань, лікарю первинної ланки необхідно сформулювати довірливі стосунки із жіночим населенням.

Аналіз результатів опитування засвідчив, що незалежно від віку, повністю довіряють лікарю загальної практики 38,25±1,86% респонденток і довіряють частково – 42,34±1,89%. Хоча, зовсім не довіряють своєму лікарю тільки 5,84±0,90 %, але аж 13,58±1,31% жінок взагалі не знають його, що також можна трактувати як недовіру до лікарів загальної практики. Враховуючи особливості доступу до медичної допомоги в Україні (відсутність законодавчо регламентованої функції «воротаря» і право вільного вибору лікаря), закономірно, що питома вага жінок, які не знають

свого лікаря загальної практики чи дільничного терапевта, більш вагома у містах (17,53±2,17%), ніж у селах (10,34±1,57%, p<0,01).

Як видно з рис. 1, у розрізі груп порівняння співвідношення відповідей дещо відрізнялось. Звертає на себе увагу, що жінки, які не мають проблем із здоров'ям, дуже рідко вказували на недовіру – 1,73±0,99 (p<0,05). В той час як найбільшою ця частка була серед хворих на злоякісні новоутворення (15,00±3,57%, p<0,01). Це можна пояснити, з одного боку, їх важким станом, як фізичним, так і психологічним, при якому довіра до медичних працівників знижується. З іншого боку, як уже було показано, онкохворі взагалі нерегулярно впродовж життя відвідували лікарів, очевидно не тільки спеціалістів, але і лікарів загальної практики, що може бути додатковим фактором ризику щодо ранньої діагностики передракових захворювань та їх малігнізації.

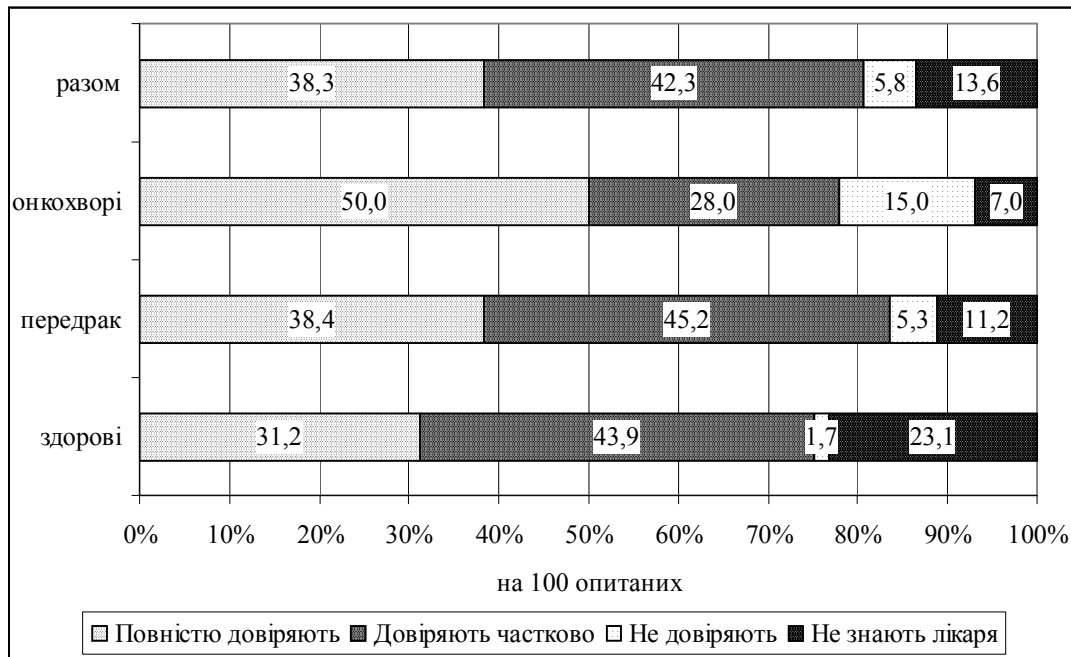


Рис. 1. Порівняльна характеристика рівня довіри до лікаря загальної практики

Стосовно частки жінок, які не знають свого лікаря загальної практики і, відповідно, не можуть визначитись із ступенем довіри до нього, то зрозуміло, що частка таких відповідей залежала від стану здоров'я. Серед здорових – вона була вдвічі вища, ніж серед хворих – 23,12±3,21% (p<0,001), проти 11,17±1,55% і 7,00±2,55% серед осіб з передпухлинними та пухлинними захворюваннями відповідно. Ситуація, що склалась показує недоліки у організації профілактичної роботи серед жіночого населення, і водночас свідчить про ресурси охорони здоров'я, які можуть бути використані шляхом переорієнтації лікарів первинної ланки на попередження та

раннє виявлення захворювань, у тому числі і жіночих статевих органів.

На фоні сказаного зрозуміло, чому абсолютна більшість (81,31±1,49%) опитаних, незалежно від стану здоров'я, висловили бажання надалі отримувати медичну допомогу у лікарів-спеціалістів, що в черговий раз доводить низький авторитет лікарів первинної ланки у суспільстві. Тим більше, що подібні відповіді на це запитання дають і міські, і сільські мешканки (p>0,05).

Крім довіри до лікарів, під час дослідження вивчався і такий важливий параметр оцінки якості медичної допомоги, як задоволеність пацієнта її рівнем та якістю в цілому.

Встановлено, що абсолютна більшість опитаних ($75,33 \pm 1,65\%$) задоволені своїм медичним обслуговуванням; дещо частіше - хворі на злоякісні новоутворення ($83,00 \pm 3,76\%$), ніж здорові ($73,99 \pm 3,34\%$, $p > 0,05$) та хворі та передракові стани ($74,03 \pm 2,16\%$, $p < 0,05$). Не задоволених медичною допомогою, за даними інтерв'ю, всього близько 5 % жінок у всіх групах ($4,53 \pm 0,79\%$). Однак ще десь п'ята частина респонденток ($20,15 \pm 1,53\%$) вагаються із відповіддю, при цьому найменш вагомою їх частка спостерігалась у групі онкогінекологічних хворих ($12,00 \pm 3,25\%$, $p < 0,05$), тоді як у групах здорових та хворих на передракові захворювання жіночих статевих

органів – була вдвічі вищою (відповідно $21,97 \pm 3,15\%$ та $21,36 \pm 2,02\%$, $p > 0,05$). Це може свідчити про те, що опитані, у яких не виявлено гінекологічних захворювань, чи виявлені передракові захворювання, менше стикаються з медичним обслуговуванням, а тому їм важко дати однозначну відповідь. Різниця у оцінці якості медичної допомоги жінками різного віку та місця проживання – несуттєва ($p > 0,05$).

Хоча частка незадоволених наданням медичної допомоги, як уже вказувалось – незначна, необхідно проаналізувати причини, які призвели до негативних відповідей (рис. 2).

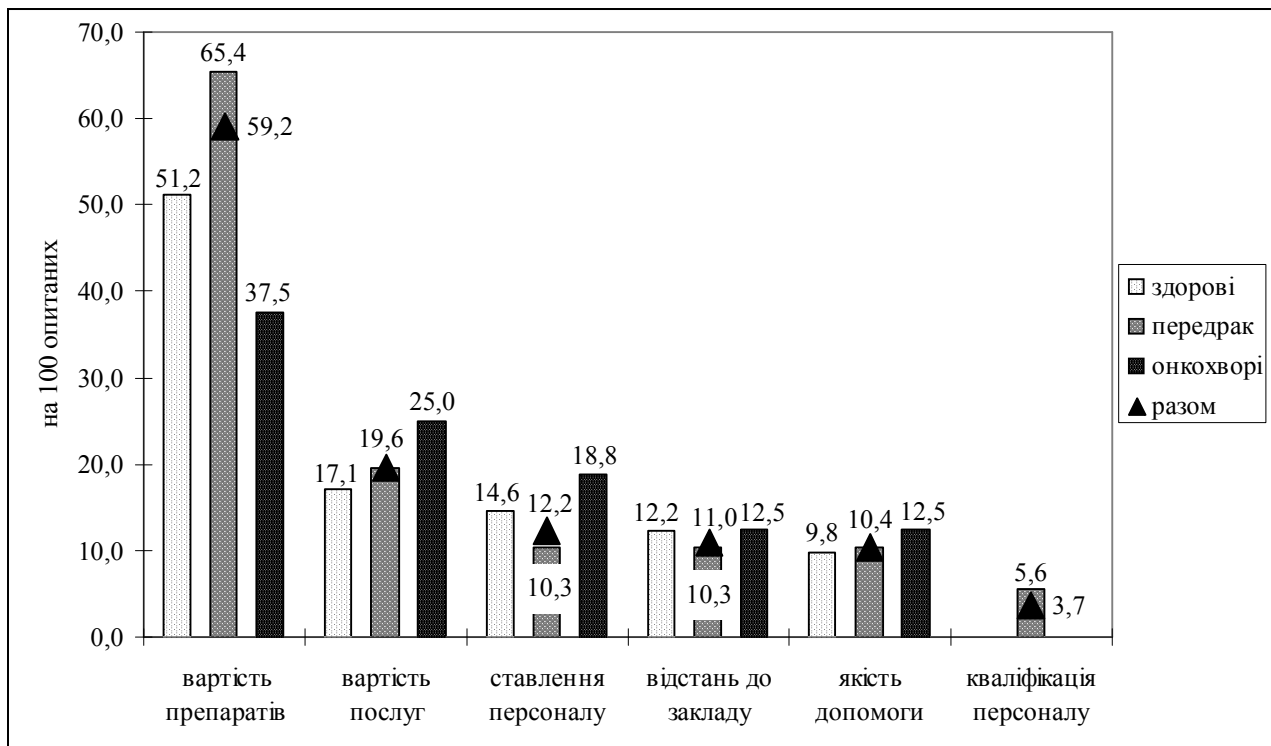


Рис. 2. Причини невдоволеності медичною допомогою за даними опитування

Встановлено, що більшість жінок, які оцінили медичну допомогу як незадовільну, називали високу вартість медичних препаратів ($59,15 \pm 3,84\%$), як єдину або одну з кількох причин (див. рис. 2). Незважаючи на функціонування Загальнодержавної програми боротьби з онкозахворюваннями, відповідно до якої проводиться закупівля необхідних препаратів, досить вагомою залишається частка серед онкохворих, що скаржились на високу вартість ліків – $37,50 \pm 12,10$ із 100 незадоволених якістю медичної допомоги. Разом з тим відзначили дороговизну медичних препаратів, як основну причину невдоволеності медичною допомогою, практично, половина здорових ($51,22 \pm 7,81$ випадків на 100 опитаних) і, закономірно, враховуючи відсутність цільового державного фінансування – більшість хворих на передракові захворювання ($65,42 \pm 4,60$ випадків

на 100 опитаних, причому у містах достовірно частіше, ніж у селах – $79,17 \pm 5,86$ проти $54,24 \pm 6,49$ випадків на 100 опитаних відповідно, $p < 0,01$).

Крім високої вартості ліків, частою причиною невдоволеності якістю медичної допомоги респондентки називали і високу вартість медичних послуг – $19,51 \pm 3,09\%$, з певними несуттєвими відмінностями в межах груп порівняння ($p > 0,05$).

Недостатня увага медичного персоналу стала причиною невдоволеності медичною допомогою у $12,20 \pm 2,56$ випадках на 100 опитаних, незалежно від стану їх здоров'я ($p > 0,05$). Звертає на себе увагу, що сільські жінки втричі частіше скаржились на недостатню увагу медичних працівників, ніж міські – $16,30 \pm 3,85$ проти $6,33 \pm 2,74$ випадків на 100 опитаних відповідно ($p < 0,05$).

Наступною ранговою причиною стала віддаленість медичного закладу – $10,98 \pm 2,44$ ви-

падків на 100 опитаних. Особливо вираженою проблема відстані залишається для мешканок сіл – 17,39±3,95 випадків на 100 опитаних проти 2,53±1,77 випадків на 100 опитаних у містах (p<0,001).

Ще у 10,37±2,38 випадках на 100 опитаних жінки груп спостереження, незалежно від стану здоров'я і місця проживання, вважають неякісними обстеження і лікування, яке вони отримували.

Мізерними були частки тих, хто незадоволений якістю медичної допомоги внаслідок низької кваліфікації медичного персоналу – 3,66±1,47% опитаних. Причому показник сформований винятково за рахунок жінок, хворих на передракові захворювання статевих органів (5,61±2,22 в випадках на 100 опитаних), тоді як у двох інших групах на цю причину не вказала жодна респондентка (p<0,05).

Отже, аналіз причин незадоволеності жінками рівнем надання медичної допомоги показав, що саме економічні чинники є основними, що, в принципі, повторює ситуацію, яка склалася в державі. Вивчення показників самооцінки матеріального стану засвідчило, що більшість опитаних (72,77±1,70 %) вважає свій рівень матеріального забезпечення середнім. Однак аж четверта частина жінок (24,01±1,63 %) відносять себе до малозабезпечених, а високий рівень доходів має зовсім несуттєва частки респондентів (3,22±0,68%). Звертає на себе увагу, що

пропорції оцінок рівня матеріального благополуччя практично однакові у всіх групах порівняння (за станом здоров'я, місцем проживання). Отже, можна зробити висновок, що тільки безкоштовні державні програми можуть забезпечити виявлення і повноцінне лікування передракових та онкологічних захворювань на ранніх стадіях.

Разом з тим відомо, що профілактика онкологічних захворювань вимагає координованих зусиль не тільки державних органів і медичних працівників, але й неможлива без активної участі громадськості. Зокрема важливо, щоб кожна людина усвідомлювала відповідальність за своє здоров'я та мала доступ до всієї необхідної медичної інформації. Для того, щоб досягти усвідомлення власних можливостей у попередженні та ранньому виявленні онкологічних захворювань, сформувати адекватний рівень онконастороженості у суспільстві та змусити кожну жінку зайняти активну позицію у охороні власного здоров'я, потрібно перш за все надати їй максимально вичерпну інформацію на доступному для розуміння рівня.

В цьому плані проводилось вивчення інформаційного забезпечення досліджуваного контингенту (рис. 3), яке дозволило встановити, що у 71,78±1,72 випадках на 100 опитаних жінки, незалежно від стану здоров'я та місця проживання, отримують таку інформацію від медичних працівників.

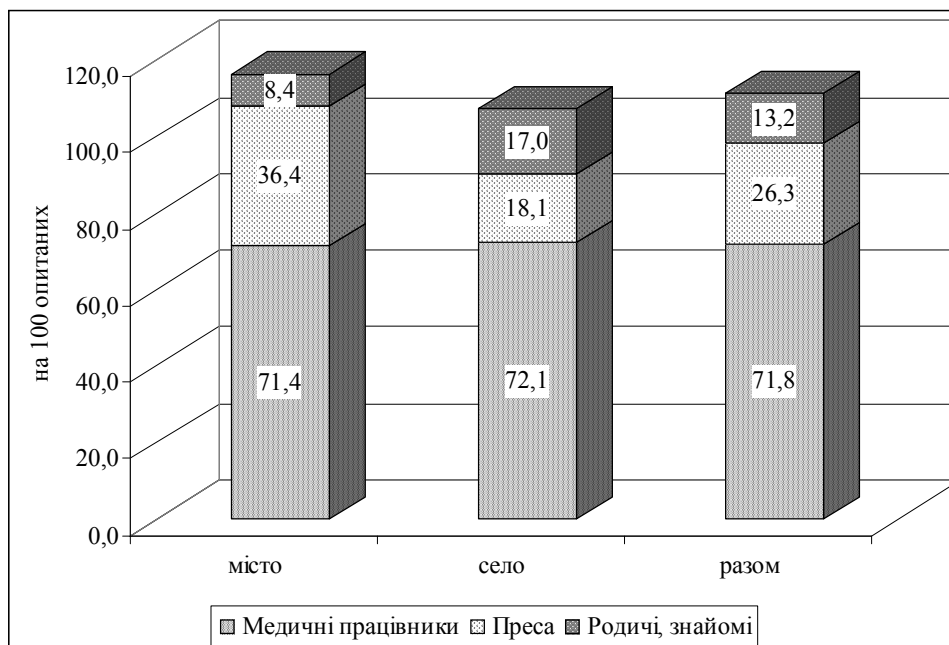


Рис. 3. Джерела отримання медичної інформації жінками контингенту дослідження, в залежності від місця проживання

Це означає, що третина жінок або взагалі не отримує інформації щодо свого здоров'я, факторів, які на нього впливають, та можливостей

профілактичних заходів на індивідуальному рівні, або отримують таку інформацію з інших джерел, які не завжди є достовірними. Адже

тільки при індивідуальній співбесіді лікар чи акушерка надають саме ті відомості, які важливі в даний період життя жінки з обов'язковим врахуванням стану її здоров'я, способу життя та особливостями психоемоційного сприйняття, а з іншого боку – пацієнтка може спитати про все, що їй незрозуміло, тим самим унеможливаючи неправильну інтерпретацію, як це може бути при отриманні інформації з інших джерел.

Потужною силою у комплексній боротьбі з онкологічними захворюваннями на суспільному рівні, через вплив на громадську свідомість, є засоби масової інформації (ЗМІ). Разом з тим, тільки четверта частина досліджуваного контингенту ($26,32 \pm 1,68$ %), незалежно від стану здоров'я, джерелом інформації медичного змісту вважає ЗМІ. Міські жительки (див. рис. 3) вдвічі частіше використовують засоби масової інформації для отримання відповіді на свої запитання ($36,36 \pm 2,74$ випадків на 100 опитаних), ніж сільські ($18,09 \pm 1,98$ випадків на 100 опитаних, $p < 0,001$).

Різноманітні медичні відомості населення, традиційно, отримує також з «власних джерел», тобто від родичів, сусідів, знайомих та інших людей, які не мають спеціальної освіти (див. рис. 3). В нашому дослідженні практично кожна десята респондентка ($13,16 \pm 1,29$ випадків на 100 опитаних) підтвердила це твердження. При цьому звертає на себе увагу, що серед онкохворих ця частка сягає $20,20 \pm 4,04$ %, що, очевидно, корелює із вказаним вище рівнем недовіри до медичного персоналу.

Підтвердженням сказаному може бути і той факт, що сільські жінки, загалом нижче освічені, вдвічі частіше отримують інформацію від інших людей (не професіоналів) – у $17,02 \pm 1,94$ випад-

ках на 100 опитаних, проти $8,44 \pm 1,58$ випадків на 100 опитаних серед міських мешканок ($p < 0,001$). При цьому, якщо у містах інші, крім медичних, джерела інформації формуються головним чином за рахунок ЗМІ (співвідношення між ЗМІ та «власними джерелами» складає 3:1), то в селах їх вклад є однаковим (1:1).

Така закономірність свідчить про менш свідоме ставлення до здоров'я у селах, що в поєднанні з іншими соціально-економічними факторами, ще раз доводить необхідність розробки регіонально-адаптованих заходів профілактики і диференціювання санітарно-просвітницької роботи, в залежності не тільки від стану здоров'я, але й від місця проживання.

Висновки:

Встановлено, що більше третини жінок, незалежно від стану здоров'я, повністю довіряють своєму лікареві загальної практики. Проте 80% хотіли б отримувати медичну допомогу у лікарів-спеціалістів.

Встановлено, що абсолютна більшість опитаних ($75,33 \pm 1,65$ %) задоволені медичним обслуговуванням, яке їм надається. Серед незадоволених основними причинами є економічні чинники (висока вартість медичних препаратів та обстежень).

Визначено, що третина жінок або взагалі не отримують інформації щодо свого здоров'я, факторів, які на нього впливають, та можливостей профілактичних заходів на індивідуальному рівні, або отримують таку інформацію з недостовірних джерел.

Перспективи подальших досліджень полягатимуть у розробці та апробації моделі системи профілактики передракових та онкогінекологічних захворювань.

Список літератури

1. Гойда Н. Г. Концептуальні підходи до подальшого розвитку сімейної медицини в Україні / Н. Г. Гойда, Л. Ф. Матюха // Охорона здоров'я України. – 2009. – № 1 (33). – С. 68–69.
2. Децик О. З. Місце первинної медико-санітарної допомоги у розв'язанні проблем надання комплексної медичної допомоги жінкам в пери- і постменопаузальному періоді / О. З. Децик, Н. І. Кольцова // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2005. – № 2. – С. 51–57.
3. Доклад о состоянии здравоохранения в мире: Первичная медико-санитарная помощь – сегодня актуальнее, чем когда-либо / ВОЗ, 2008. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.who>.
4. Зюков О. Л. Задоволеність онкологічних хворих якістю подання інформації як критерії реалізації прав пацієнтів / О. Л. Зюков // Охорона здоров'я України. – 2007. – № 1 (25). – С. 175–176.
5. Князевич В. М. Розвиток національної системи охорони здоров'я: стан, перспективи та шляхи розбудови / В. М. Князевич // Охорона здоров'я України. – 2008. – № 3 (31). – С. 5–19.
6. Ковальчук І. В. Функції сімейного лікаря в онкологічній допомозі населенню / І. В. Ковальчук, Я. В. Шпарик // Лікарська справа. – 2002. – № 7. – С. 128–135.
7. Корпан Р. Б. Роль сімейних лікарів у формуванні, збереженні та зміцненні репродуктивного здоров'я / Р. Б. Корпан // Практична медицина. – 2008. – № 4. – С. 24–27.
8. Москаленко В. Ф. Оптиміальна модель системи охорони здоров'я: концептуальні засади та принципи побудови (аналітичний огляд) / В. Ф. Москаленко // Україна. Здоров'я нації. – 2008. – № 3–4 (7–8). – С. 93–102.
9. Пономаренко В. М. Методика формування систематизованого набору показників для аналізу та комплексної оцінки обсягів, якості та ефективності діяльності сімейного лікаря щодо надання акушерсько-гінекологічної

допомоги / В. М. Пономаренко, С. Г. Лесовська, Г. В. Курчатова // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2005. – № 4. – С. 39–46.

10. Ринда Ф. П. Погляд на сімейного лікаря з позиції профілактики / Ф. П. Ринда // Україна. Здоров'я нації. – 2007. – № 2. – С. 73–77.

11. Сучасний стан та проблеми кадрового забезпечення первинної медико-санітарної допомоги в Україні / Л. Ф. Матюха, Н. Г. Гойда, М. П. Жданова [та ін.] // Україна. Здоров'я нації. – 2008. – № 2 (6). – С. 186–191.

ХАРАКТЕРИСТИКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ НА ПРЕДРАКОВЫЕ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ, КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

О. Л. Самотовка (Ивано-Франковск)

В работе представлены результаты медико-социологического исследования репрезентативной группы 685 женщин старше 20 лет, жительниц Ивано-Франковской области. Среди обследованных – 173 здоровых, 412 с предраковыми состояниями и 100 онкогинекологических больных. Установлено, что больше трети женщин, независимо от состояния здоровья, полностью доверяют своему врачу общей практики. Однако 80% хотели бы получать медицинскую помощь от врачей-специалистов. Абсолютное большинство опрошенных женщин (75,33±1,65%) удовлетворены оказываемым им медицинским обслуживанием. Экономические факторы (высокая стоимость медицинских препаратов и исследований) были основными причинами неудовлетворенности медицинской помощью. Треть женщин не получает медицинскую информацию о своем здоровье, факторов, которые на него влияют и возможностей профилактики на индивидуальном уровне, или получают такую информацию с недостоверных источников.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: доверие врачам, удовлетворенность пациентов, передрак, злокачественные новообразования, женские половые органы.

CHARACTERISTIC OF QUANTITY OF MEDICAL CARE SUTISFACTION OF WOMEN WITH PRECURSOR DISEASES AND CANCER OF THE FEMALE REPRODUCTIVE TRACT

O. L. Samotovka (Ivano-Frankivsk)

Results of medically-social research of representative group of 685 women after 20 year of age, residents of Ivano-Frankivsk region, are presented. Among respondents 173 women were healthy, 412 women had precursor diseases and 100 women had cancer of reproductive tract. More then one third part of women gives credence to their general practitioner. However 80 % would like to receive medical care by doctor-specialist in future. Mostly women (75,33±1,65 %) are satisfied by the quality of medical care. Main reasons of women's unsatisfactory of medical care are economical factors. One third part of women don't get information about their health, influencing factors and prophylactic measures or get such information from unreliable sources.

KEY WORDS: credence to general practitioner, satisfaction of patients, medical information sources, precursors diseases, cancer of women reproductive tract.

О. М. КОВАЛЬОВА (Полтава)

АНАЛІЗ КОМП'ЮТЕРНО-ІНФОРМАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СЛУЖБИ ДИТЯЧОЇ АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ УКРАЇНИ

Українська медична стоматологічна академія

У статті проаналізовано рівень забезпечення відділень анестезіології та інтенсивної терапії дитячих лікарень України комп'ютерною технікою та доступом до мережі Інтернет. Показано низький рівень забезпечення цих структурних підрозділів доступом до сучасних інформаційних технологій та низьку питому вагу лікарів, які добре володіють комп'ютером.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: відділення анестезіології та інтенсивної терапії, комп'ютер, Інтернет, дитяча лікарня, лікар-анестезіолог.

Розробка, впровадження інформаційних комп'ютерних систем і технологій та створення єдиного медичного інформаційного простору є важливим напрямком модернізації медичної галузі України.

В розвинених країнах комп'ютерні інформаційні системи у відділеннях інтенсивної терапії функціонують вже понад 20 років, але їх потенціал використовується ще не повністю [11]. У службі анестезіології та інтенсивної терапії (АІТ) України створення сучасної інфраструктури інформаційного забезпечення професійної діяльності спеціалістів цієї галузі ще тільки розпочинається [1]. Запровадження новітніх інформаційних технологій у медицині перетворюється у невід'ємну складову медичного ринку, що визначає рівень компетентності спеціаліста та конкурентоздатність лікувального закладу [1]. Комп'ютеризація відділень анестезіології та інтенсивної терапії (ВАІТ) і забезпечення їх доступом до мережі Інтернет розширює можливості діагностичного і лікувального процесу, що позитивно впливає на результати лікування пацієнтів [9]. Перспективними напрямками використання сучасних інформаційних технологій в медицині є: реєстрація вітальних функцій пацієнта з моніторингового обладнання безпосередньо на комп'ютер [3;4]; розробка та запровадження електронних історій хвороби [11], концепція яких обговорюється ще починаючи з 60 років ХХ ст. [6;10]; використання комп'ютерних програм та електронних баз даних [11]; проведення наукових досліджень з метою аналізу та узагальнення результатів лікування, розрахунку відносних ризиків смерті або виживання пацієнта [5;7;8] тощо.

Отже, оснащення служби анестезіології та інтенсивної терапії (АІТ) України новітніми засо-

бами отримання, обробки та передачі інформації в сучасних умовах набуло особливої актуальності.

Питанням комп'ютеризації служби АІТ України для дорослих присвячено ряд наукових публікацій [2], але досліджень, присвячених вивченню стану комп'ютерного та інформаційного забезпечення служби дитячої АІТ, немає.

Мета дослідження: проаналізувати рівень забезпечення структурних підрозділів служби дитячої анестезіології та інтенсивної терапії України комп'ютерною технікою та доступом до сучасних інформаційних технологій.

Матеріали і методи. З метою вивчення та аналізу стану комп'ютерно-інформаційного забезпечення служби дитячої АІТ України були розроблені уніфіковані звітні форми, за якими у другій половині 2008 р. проведено збір відповідної інформації з усіх дитячих лікарень, в яких функціонують відділення/блоки анестезіології-інтенсивної терапії (ВАІТ) та відділення інтенсивної терапії (ВІТ).

Всього проаналізовано 78 звітів, з яких 29 – з обласних дитячих лікарень (ОДЛ), включаючи Національну дитячу спеціалізовану лікарню «ОХМАТДИТ», 44 – з міських дитячих лікарень (МДЛ) та 5 – з інфекційних дитячих лікарень (ІДЛ).

В дослідження не включалися відділення інтенсивної терапії новонароджених.

Результати дослідження представлені середнім значенням (М), інтенсивним показником (%) та середньоквадратичним відхиленням (СКВ). Оцінка достовірності між показниками проведена за критерієм Стюдента.

Результати дослідження та їх обговорення. Встановлено, що в 78 дитячих лікарнях України розгорнуто 86 ВАІТ/ВІТ. Аналіз забезпеченості зазначених підрозділів комп'ютерною технікою показав, що лише 67 (77,9±4,47%) з них мають на своєму балансі комп'ютери, при цьому в ОДЛ

кількість таких ВАІТ є достовірно ($p < 0,05$) більшою, ніж в МДЛ, – $96,9 \pm 3,08\%$ проти $67,3 \pm 6,7\%$ (рис. 1).

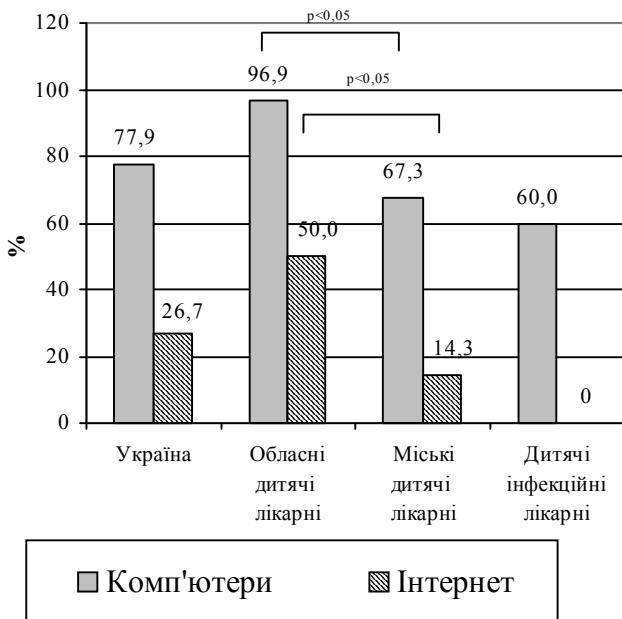


Рис. 1. Частка підрозділів служби дитячої анестезіології та інтенсивної терапії України, забезпечених комп'ютерною технікою та доступом до мережі Інтернет (%)

Серед ОДЛ тільки у Хмельницькій ОДЛ дитяче ВАІТ не має жодної одиниці комп'ютерної техніки; усі інші ОДЛ мають на балансі дитячих ВАІТ хоча б один комп'ютер. Що стосується МДЛ, то виявлено повну відсутність такої техніки у дитячих ВАІТ 7 областей (Львівської, Миколаївської, Одеської, Рівненської, Сумської, Хмельницької та Чернівецької).

Розрахунок співвідношення кількості комп'ютерів і кількості структурних підрозділів проде-

монстрував, що в середньому в дитячих лікарнях України припадає 1,3 (СКВ 0,67) одиниці такої техніки на одне ВАІТ/ВІТ, при цьому в ОДЛ – 2,3 (СКВ 1,4), в МДЛ – 0,5 (СКВ 0,48) та ДІЛ 0,6 (СКВ 0,55). Таким чином, констатовано недостатній рівень забезпеченості служби АІТ міських дитячих лікарень комп'ютерною технікою.

Необхідною умовою раціонального використання можливостей комп'ютерних мереж та інформаційних технологій є комп'ютерна грамотність медичного персоналу. Встановлено, що у службі АІТ дитячих лікарень України працює 726 лікарів-анестезіологів, з яких лише 343 ($47,3 \pm 1,85\%$) оцінюють себе як добрі користувачі ПК. Дослідженням не виявлено достовірної різниці у частках грамотних користувачів ПК серед лікарів-анестезіологів між ОДЛ та МДЛ – $48,6 \pm 2,35\%$ та $42,7 \pm 3,14\%$ відповідно. В ІДЛ питома вага комп'ютерно грамотних лікарів виявилась достовірно вищою – $68,0 \pm 9,33\%$ ($p < 0,05$). Аналіз цього показника за адміністративними територіями виявив найнижчу комп'ютерну грамотність серед лікарів служби дитячої АІТ у лікувальних закладах Івано-Франківської, Хмельницької, Львівської та Полтавської областей, а найвищу – Чернігівської та Житомирської та АР Крим (рис. 2).

Дослідження показало, що тільки 23 ($26,7 \pm 4,77\%$) дитячі ВАІТ/ВІТ мають доступ до мережі Інтернет. Як і у випадку з оснащенням вказаних підрозділів комп'ютерами, питома вага ВАІТ/ВІТ, що мають доступ до Інтернет, в ОДЛ виявилась достовірно вищою, ніж у МДЛ, – $50,0 \pm 8,84\%$ проти $14,3 \pm 5,0\%$ відповідно (рис. 1). В ІДЛ України жодне ВІТ не забезпечене доступом до мережі Інтернет.

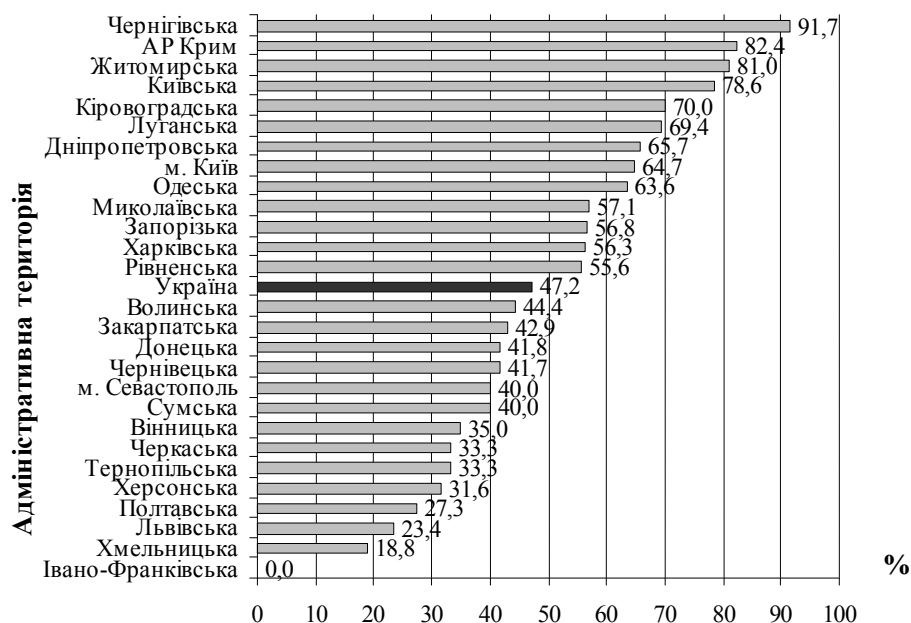


Рис. 2. Питома вага лікарів-анестезіологів дитячих лікарень України, які добре володіють комп'ютером (%)

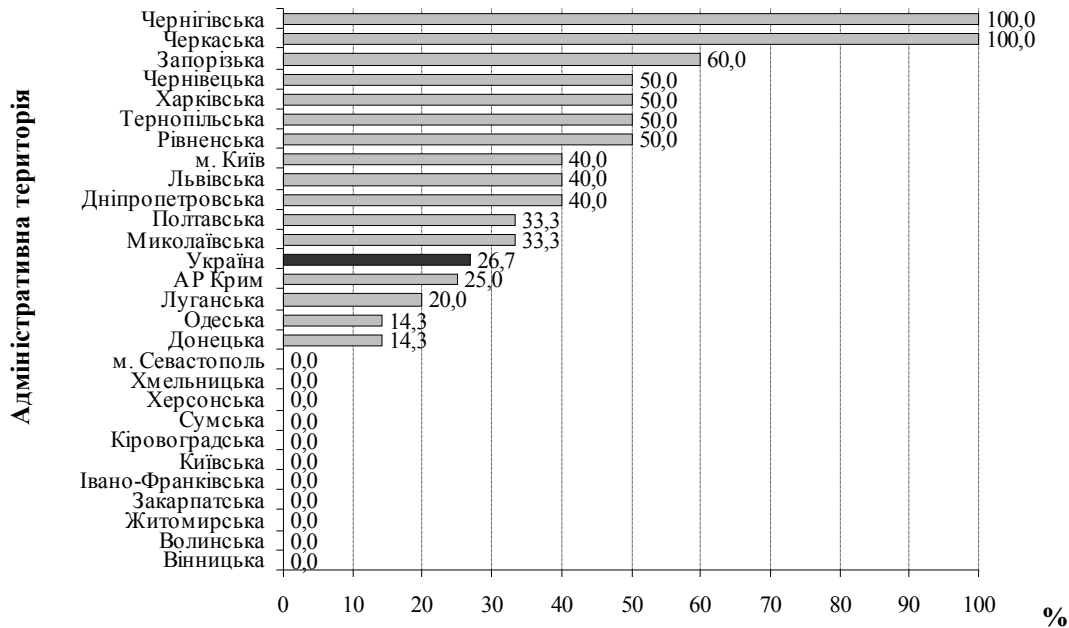


Рис. 3. Частка підрозділів служби дитячої анестезіології та інтенсивної терапії України, що мають доступ до мережі Інтернет, за адміністративними територіями (%)

Аналіз забезпечення ВАІТ/ВІТ дитячих лікарень України доступом до мережі Інтернет за адміністративними територіями виявив, що в 10 областях та м. Севастополі жодне зазначене відділення такого доступу не має (рис. 3). Низькою є частка ВАІТ/ВІТ, що мають доступ до мережі Інтернет, в дитячих лікарнях Донецької, Одеської та Луганської областей.

Зважаючи на важливість знання англійської мови для оволодіння сучасними інформаційними технологіями та успішного користування мережею

Інтернет, проаналізовано знання цієї іноземної мови лікарями-анестезіологами дитячих лікарень України. З'ясувалось, що із 726 лікарів-анестезіологів лише 64 (8,8±1,05%) оцінили своє знання іноземної мови як добре. Питома вага лікарів-анестезіологів, що добре володіють іноземною мовою, в ОДЛ склала 9,5±1,38%, в ДМЛ – 6,4±1,56% та в ІДЛ 20,0±8,0%. Встановлено широкі коливання показника питомої ваги дитячих лікарів-анестезіологів, які добре володіють іноземною мовою, за адміністративними територіями України (рис. 4).

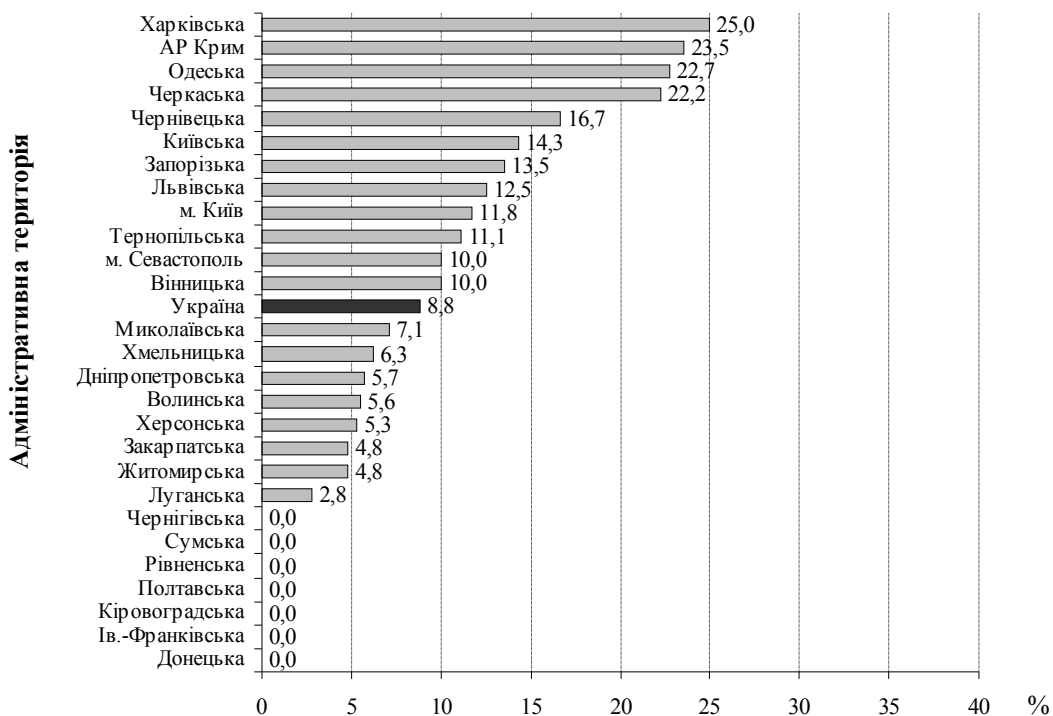


Рис. 4. Питома вага лікарів-анестезіологів служби дитячої анестезіології та інтенсивної терапії України, які добре володіють іноземними мовами, за адміністративними територіями (%)

Найбільшу питому вагу дитячих лікарів-анестезіологів, які добре володіють іноземними мовами, виявлено у ВАІТ/ВІТ дитячих лікарень Харківської, Одеської, Черкаської областей та АР Крим, а повну відсутність таких лікарів – у ВАІТ/ВІТ 7 областей.

Висновки

Дослідженням встановлено, що лікарі ВАІТ/ВІТ дитячих лікарень України обмежені в мож-

ливостях використання сучасних інформаційних технологій у своїй практичній діяльності, що підтверджується:

- низьким рівнем забезпечення цих структурних підрозділів комп'ютерною технікою та доступом до мережі Інтернет;
- низькою комп'ютерною грамотністю лікарів-анестезіологів;
- низькою питоною вагою лікарів, які володіють іноземною мовою.

Список літератури

1. Івченко В. К. Інформаційні технології та інвестиційна політика як провідні чинники розвитку медичної галузі / В. К. Івченко, Г. В. Бесполудіна, А. В. Жила [та ін.] // Охорона здоров'я України. – 2007. – № 1 (25). – С. 177–179.
2. Князевич В. М. Інформаційно-комп'ютерне забезпечення служби інтенсивної терапії України в лікувальних закладах II–III рівнів надання медичної допомоги / В. М. Князевич // Перинатол. и педиатрия. – 2009. – № 1 (37). – С. 6–9.
3. Breslow M. J. Effect of multiple-site intensive care unit telemedicine program on clinical and economic outcomes: an alternative paradigms for intensivists staffing / M. J. Breslow // Crit. Care Med. – 2004. – Vol. 32, № 1. – P. 31–38.
4. Celi L. A. The eICU: it's not just telemedicine / L. A. Celi // Crit. Care Med. – 2000. – Vol. 28, № 12. – P. 3925–3931.
5. Gemke R. J. Scoring systems in pediatric intensive care: PRISM III versus PIM / R. J. Gemke, J. van Vught // Intensive Care Med. – 2002. – Vol. 28, № 2. – P. 204–207.
6. Ledly R. S. The use of electronic computers in medical data processing: aids in diagnosis, current information retrieval, and medical record keeping / R. S. Ledly, L. B. Lusted // Ire Trans Biomed Electron. – 1960. – ME-7. – P. 31–47.
7. Marcin J. P. Prognostication and certainty in the pediatric intensive care unit / J. P. Marcin // Pediatrics. – 1999. – Vol. 104, № 4. – P. 868–873.
8. Pearson G. A. Calibration of the paediatric index of mortality in UK paediatric intensive care units / G. A. Pearson, J. Stickley, F. Shann // Arch. Dis. Chil. – 2001. – Vol. 84, № 2. – P. 125–128.
9. Rosenfeld B. A. Intensive care unit telemedicine: Alternate paradigm for providing continuous intensivists care / B. A. Rosenfeld, T. Dorman, M. J. Breslow // Crit. Care Med. – 2000. – Vol. 28, № 12 – P. 3925–3931.
10. Schenthal J. E. The electronic medical record / J. E. Schenthal // Bull. School Med. Univ. – 1962. – Vol. 47. – P. 53–55.
11. Wheeler D. S. Science and Practice of Pediatric Critical Care Medicine / D. S. Wheeler, H. R. Wong, T. P. Shanley. – USA : Springer, 2007. – 199 p.

АНАЛИЗ УРОВНЯ КОМПЬЮТЕРНО-ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ СЛУЖБЫ ДЕТСКОЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ УКРАИНЫ

Е. М. Ковалева (Полтава)

В статье проанализирован уровень обеспечения отделений анестезиологии и интенсивной терапии детских больниц Украины компьютерной техникой и доступом к сети Интернет. Показан низкий уровень обеспечения этих структурных подразделений доступом к современным информационным технологиям и низкий удельный вес врачей, хорошо владеющих компьютером.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: отделение анестезиологии и интенсивной терапии, компьютер, Интернет, детская больница, врач-анестезиолог.

ANALYSIS OF COMPUTER AND INFORMATIONAL PROVISION OF THE SERVICE OF PEDIATRIC ANESTHESIOLOGY AND INTENSIVE CARE IN UKRAINE

О. М. Ковальова (Полтава)

In the article, provision of the anesthesiology and intensive care departments of the children's hospitals of Ukraine with computers and access to Internet has been analyzed. Low level of provision the departments with access to modern informational technologies as well as low percentage of doctors who know how to use computers has been demonstrated.

KEY WORDS: anesthesiology and intensive care departments, computer, Internet, children's hospital, doctor-anesthesiologist.

Рецензент: Є. М. Кривенко

В. С. КИЛІВНИК, О. О. ГАЛАЧЕНКО, І. В. КУЗЬМІН (Немирів, Вінниця)

ІНФОРМАЦІОЛОГІЧНІ МОДЕЛІ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ СИСТЕМ ОРГАНІЗМУ ТА ЇХ РОЛЬ У ПРИЙНЯТТІ КЛІНІЧНИХ РІШЕНЬ

ДП “Клінічний санаторій “Авангард” ЗАТ „Укрпрофоздоровниця”, Вінницький НТУ

Визначені властивості і розроблені інформаціологічні моделі функціональних систем організму людини та їх роль у прийнятті клінічних рішень

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **Інформаціологічні моделі, функціональні системи організму**

Прийняття швидких та оптимальних клінічних рішень у всезростаючому потоці медичної інформації природного і штучного походження вимагає від лікаря певних знань з основ медичної інформаціології. Існує певний досвід використання можливостей природних інформаційних систем (ІС), які еволюційно є більш ранніми, аніж штучні. Як показали дослідження Судакова К.В. [7], при безперервній послідовній зміні матеріальних носіїв інформація на всіх етапах розвитку та побудови функцій зберігається без втрати, в той же час міжсистемні інформаційні зв'язки в організмі найбільш чутливі до стресових навантажень.

Інформаціогенез Всесвіту в цілому і його частин зокрема відбувається за рахунок постійної взаємодії між речовиною, енергією та інформацією, отже біологічні системи є відкритими. З точки зору Анохіна П.К., автора теорії функціональних систем, організм є результатом взаємодії функціональних систем (ФС) молекулярного, клітинного, гомеостатичного та поведінкового рівней. Інформаційні ресурси (ІР) та інформаційні процеси (ІП) нервової системи є провідними в забезпеченні цієї взаємодії.

Мета: визначити властивості та розробити інформаціологічні моделі функціональних систем організму та їх роль у прийнятті клінічних рішень.

Матеріали і методи. Вивчені інформаційні ресурси та процеси, принципи побудови та структура ФС людського організму, розроблена реальна модель прийняття клінічних рішень за умов використання виключно природних ІС.

Результати дослідження та їх обговорення. Природні ІС функціонують у відповідності до універсальної структурно-функціональної моделі інформаційної системи [6] і їм притаманні власні ІР та ІП: перші представлені енергобіологічними ресурсами, законами інформаціології та знаннями в пам'яті людини, а другі – самоінформаціогенезом Всесвіту, інформаційними явищами та енергобіологічними процесами.

Ще Гіппократ, який був змушений обмежитись безпосереднім спостереженням хворого лише

за допомогою п'яти органів чуттів: зору, дотику, слуху, нюху, смаку, тонко володів ними як основним (і єдиним) способом діагностики. Деякі сучасні автори виділяють, окрім вищезгаданих, ще три органи чуттів: сприйняття біополя, сновидіння та астралобачення [1].

Реальний механізм прийняття рішень за умов використання лише природних ІС мав наступний вигляд (рис.1)



Рис. 1. Реальна модель прийняття клінічних рішень

Сучасна потенційна та реальна моделі прийняття клінічних рішень наведені нами в роботі [4].

Для прийняття оптимального клінічного рішення важливо дослідити всю інформацію про пацієнта. Математичні моделі обчислення її кількості представлені в роботі [3]. При цьому має важливе значення функціональний стан сенсорних систем як пацієнта, так і лікаря (рис.2).

Як видно на рис. 2 та 3, всі інформаційні процеси, які відбуваються в організмі, забезпечуються відповідними інформаційними ресурсами.

Механізм накопичення інформації в пам'яті людини схематично показаний на рис. 4.

Для адекватної інтерпретації отриманих результатів діагностики стану організму слід пам'ятати про системну організацію фізіологічних функцій людського організму та принцип регулювання за кінцевим ефектом, тобто, на першому місці є не стимул, а результат дії. Кінцевий пристосувальний результат діяльності будь-якої ФС є провідним системоутворюючим фактором.

Загальні принципи побудови ФС організму приведені на рис. 5.

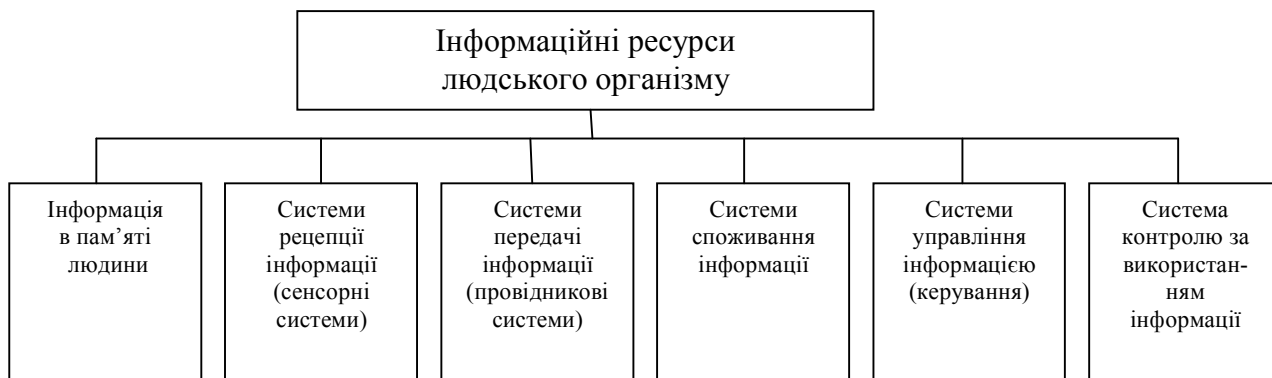


Рис. 2. Структурна модель інформаційних ресурсів людського організму

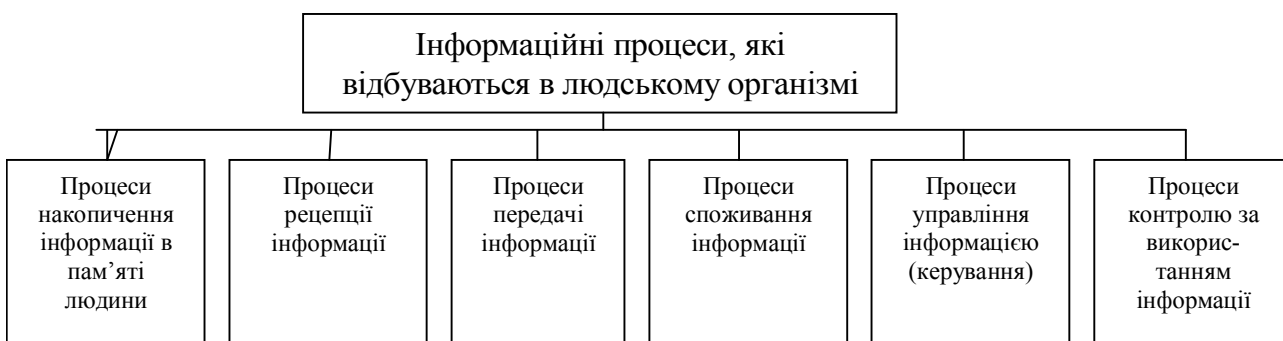


Рис. 3. Інформаційні процеси, які відбуваються в людському організмі

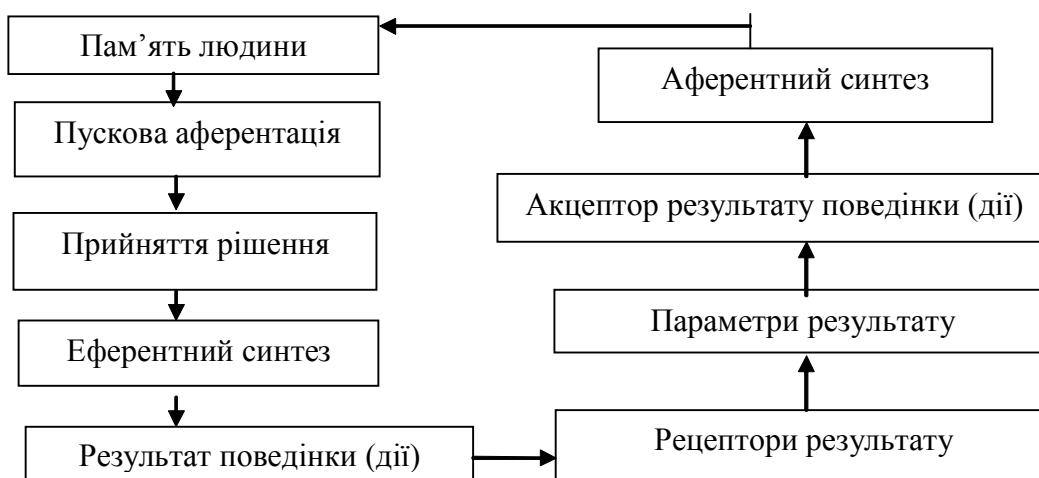


Рис. 4. Інформаціологічна модель процесу накопичення інформації в пам'яті людини

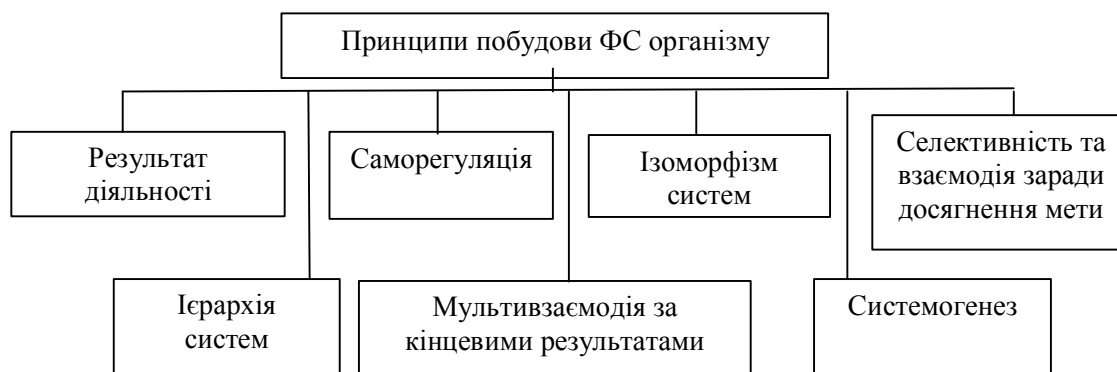


Рис. 5. Структурна модель принципів побудови функціональних систем організму

На рис. 6 показана інформаціологічна модель структури ФС організму.

Корисний для організму пристосувальний результат, як основний системоутворюючий фак-

тор, є провідним в загальній теорії ФС. Інформаціологічна модель процесів формування пристосувальних результатів діяльності людини приведена на рис. 7.

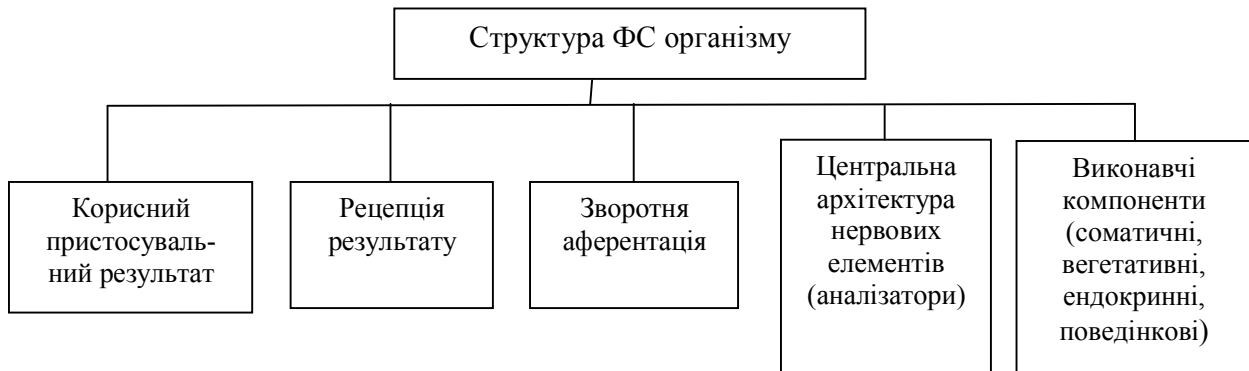


Рис. 6. Інформаціологічна модель структури ФС організму



Рис. 7. Інформаціологічна модель формування пристосувальних результатів діяльності людини

Підтримання гомеостазу на певному рівні забезпечує нормальний перебіг метаболізму та постійність внутрішнього середовища організму. Значиме відхилення різних показників, які забезпечують нормальний метаболізм, спонукають до активної поведінкової діяльності і складають на цю мить внутрішню біологічну потребу організму. Але завжди є провідний параметр загальної біологічної потреби – домінуюча потреба, найбільш важлива для виживання, яка організовує домінуючу ФС та будує поведінковий акт, направлений на її задоволення. В разі задоволення цієї потреби в ранг домінуючої переходить інша важлива для збереження організму потреба, а в разі незадоволення першої, наступної може і не бути через загибель. Незадоволення будь-яких потреб організму може стати причиною його захворювання, тому розуміння цих механізмів є надзвичайно важливим як для діагностики і лікування, так і для потреб профілактики.

Будь-яка зміна результату сприймається відповідними рецепторами. Інформація з рецеп-

торів надходить у відповідні нервові аналізатори. Органи чуттів є комплексом специфічних рецепторів, які структурно та функціонально зв'язані з ЦНС. Корові аналізатори мають стереотипну будову: рецептор-кондуктор – кора.

Джерелом інформації відповідних органів чуттів людини є рецептори. Рецептори (сенсори), які сприймають подразники зовнішнього середовища: температурні коливання (терморекцептори), дію хімічних речовин (хеморекцептори), зміни атмосферного тиску (барорекцептори), механічні подразники (механорекцептори), світлові та інші подразники: органи зору (фоторекцептори), біль (ноціцептори), мають видову назву екстерорецепторів. Інтерорецептори реагують на зміни у внутрішньому середовищі організму: пропріорецептори (сприйняття положення тіла та його частин у просторі), барорекцептори (сприйняття тиску рідин в судинах), хеморекцептори (сприйняття змін хімічного складу рідин та тканин організму) та ноціцептори (сприймають больові відчуття). Екстеро- і інтерорецептори є часткою інформаційного ресурсу організму та учасниками ІП.

Коркові кінці аналізаторів поділяються на дві групи: першої сигнальної системи, які сприймають подразнення із внутрішнього та зовнішнього середовища організму, та другої сигнальної системи – коркові кінці аналізаторів усної мови та коркові кінці аналізаторів письмової мови. Провідні шляхи спинного та головного мозку поділяють на аферентні та еферентні і вони є основою зв'язку центральної нервової системи із внутрішнім та зовнішнім середовищем. Вегетативна нервова система має власну рецепторну ланку, а також власні еферентні шляхи.

Вибіркове включення елементів різних рівнів в дану ФС для побудови виконавчої діяльності, направлено на відновлення потрібного результату (див.рис. 6).

Розпізнати хворобу, роздивитись хворого у всій його індивідуальності можна лише тоді, коли він обстежений плановірно, методично, всебічно й уважно. При збиранні анамнезу хвороби слід звертати особливу увагу на стан пам'яті та зміну стану органів чуттів.

В клініці спостерігаються різноманітні розлади пам'яті. Ці розлади стосуються як ураження здатності до запам'ятовування, так і до відтворення матеріалу. Амнезія буває загальна і повна, яка поширюється на певний період, а також часткова, що стосується тільки деяких спогадів. Коли з пам'яті викидають події на певний відрізок часу, котрий передує початку захворювання, йдеться про ретроградну амнезію, коли хворий після початку хвороби не може запам'ятати сучасних подій – про антероградну амнезію, а поєднання розладів пам'яті обох видів - ретроантероградну амнезію. Невірні спогади, обмани пам'яті мають назву псевдоремінісценції. Конфабуляції відрізняються від них яскравістю, різнобарв'ям, фантастичністю.

Окрім стану пам'яті звертають увагу на настрій, розлади мови, уваги. Оглядаючи хворого, надають особливого значення системам, які забезпечують рецепцію, передачу та обробку інформації.

Нижче наводимо особливості клінічного обстеження хворих з патологією нервової системи. Патологія інколи виявляється під час першого контакту з хворим або до цього (порушення свідомості, поведінки, мови, насильницькі рухи тощо). Необхідність деталізації скарг. Всебічне вивчення анамнезу. Можлива невідповідність скарг хворого результатам об'єктивного дослідження (агравация, симуляція, диссимуляція). Вивчення соматичного статусу. Визначення неврологічного статусу: загально-мозкові та менінгеальні симптоми (порушення свідомості, пороксизмальне виключення свідомості, головні болі, запаморочення, нудота, блювання). Вивчення черепно-мозкових нервів

дозволяє визначити наявність та локалізацію уражень стволу та основи мозку, надядерних апаратів півкуль та структур, які забезпечують вітальні функції. Обстеження функцій руху дає змогу визначити стан периферійного та центрального рухових нейронів; сухожильні та периостальні рефлекси, наявність уражень; паралічі та парези, їх характер та рівень; стан екстрапірамідної та кординаторної систем. Чутлива сфера. Чутливість поверхнева (тактильна, больова, температурна), глибока (відчуття пасивних рухів, тиснення), складних видів (відчуття локалізації, положення тіла і його частин), стереогноз. Розлади чутливості – гіперестезія, гіпестезія, дизестезія, анестезія, їх локалізація. Чутливість нервових стовбурів при тисненні, болісність, симптом Ласега. Типи розладу чутливості – периферичний, корінцевий, сегментарний; геміанестезія.

Автономна нервова система. Стан вегетативної іннервації очних яблук. Стан еферентної вегетативної іннервації шкіри, її судин та більш глибоких структур. Стан сенсорних функцій вегетативної нервової системи. Стан вісцеральних функцій вегетативної нервової системи.

Орган зору. Випирання очного яблука. Симптоми Грефе, Мебіуса, Штельвага. Западання очного яблука. Синдром Горнера. Стан повік, кон'юктиви, райдужної оболонки (іридодіагностика, див. роботу [5]). Косоокість. Тремтіння очних яблук (ністагм). Стан зіниць, їх реакція на світло. Гострота зору. Поле зору. Кольоросприймання.

Орган слуху. Вуха – колір вушних раковин, наявність зон почервоніння, папул, виразок, десквамації шкіри, болі при пальпації (аурикулдіагностика), стан слухового проходу, наявність виділень. Дослідження нюху (гіпосмія, аносмія). Дослідження смаку (гіпогейзія, агейзія).

Діагностика за змінами форми та рельєфу нігтів описана в роботі [2]. Ще в далекому минулому детально описані можливості таких доступних методів діагностики, як пальпація, перкусія та аускультация. Вони еволюціонують та вдосконалюються з врахуванням даних сучасних інструментальних досліджень за допомогою штучних ІС.

К.Таппервайн рекомендує при патофізіогноміці (діагностика, яка ґрунтується на зовнішніх ознаках) дотримуватись наступного порядку дій: а) оцінити невербальну інформацію; б) систематично спостерігати за окремими симптомами та поведінкою людини; в) об'єктивно оцінити результати спостережень; г) зробити правильний висновок з результатів спостережень та використати його для формулювання загального діагнозу [8]. В згаданій роботі наведені принципи оцінки зовнішніх ознак змін внутрішнього стану організму за інформацією, отриманою при

огляді очей, губ, вух, носа, язика, зубів, волосся, шкіри та ін. В роботі згадується відкриття Г. Геда, який встановив, що певні ділянки шкіри тісно зв'язані з певними внутрішніми органами (зони Захар'їна-Геда).

Китайські лікарі при зустрічі з пацієнтом враховують відчуття холоду або жару, потовиділення, характер харчування, роботу кишківника та сечового міхура, відчуття голови та тіла, відчуття в грудній порожнині та животі, стан органів чуття, наявність спраги, анамнез хвороби та життя. Окрім того, проводиться пульсо- та рефлексодіагностика.

Таким чином, історично відомі методи прийняття клінічних рішень з використанням лише природних ІР не втратили своєї актуальності дотепер. Це особливо важливо за умов неможливості використання для діагностики штучних ІС або за їх відсутності. Знання основ медичної інформаціології, структури та принципів побудови функціональних систем організму сприятимуть як вдосконаленню природних, так і розробці більш інформативних штучних діагностичних систем. Моніторинг стану всіх структурних компонентів ФС пацієнта і лікаря дозволить покращити якість прийнятих клінічних рішень.

Список літератури

1. *Болотов Б. В.* Принципы академика Болотова / Б. В. Болотов. – СПб: Питер, 2008. – 128 с.
2. *Вельховер Е. С., Кушнир Г. В.* Экстерорецепторы кожи. / Е. С. Вельховер, Г. В. Кушнир. – Кишинев: Штиинца, 1986. – 126 с.
3. *Киливник В. С.* Деякі аспекти інформаціометрії в медицині / В. С. Киливник // Інформаційна та негентропійна терапія. – 2008. – № 1. – С. 11–12.
4. *Киливник В. С., Кузьмін І. В.* Применение радиоэлектронных устройств и информациологического подхода для принятия клинических решений / В. С. Киливник, И. В. Кузьмин // Материалы 3-го Международного форума «Прикладная радиоэлектроника». – 2008. – Т.4 – С. 213–218.
5. *Кривенко В. В.* Иридодиагностика: Справочник / В. В. Кривенко, Г. С. Лисовенко, Г. П. Потебня, Т. А. Сядро. – К.: Украинская Советская Энциклопедия. 1991. – 134 с.
6. *Кузьмін І. В., Киливник В. С.* Основи медичної інформаціології / І. В. Кузьмін, В. С. Киливник // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2008. – № 2. – С. 59–65.
7. *Судаков К. В.* Информационный принцип работы мозга / К. В. Судаков // Психологический журнал. – 1996. – Т.17, № 1. – С. 110–127.
8. *Таппервайн К.* Лицо – зеркало здоровья: Патопфизиогномика для всех.– М.: АСТ: Астрель, 2004. – 223 с.

ІНФОРМАЦІОЛОГІЧЕСКІЕ МОДЕЛІ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ СИСТЕМ ОРГАНІЗМА І ЇХ РОЛЬ В ПРИНЯТТІ КЛІНІЧЕСКИХ РЕШЕНІЙ

В. С. Киливник, А. А. Галаченко, І. В. Кузьмін (Немиров, Вінниця)

Определены свойства и разработаны информациологические модели функциональных систем организма человека и их роль в принятии клинических решений.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **информациологические модели, функциональные системы организма**

INFORMATIOLOGICAL MODELS OF FUNCTIONAL SYSTEMS OF A MAN'S ORGANISM AND THEIR ROLE IN TAKING CLINICAL DECISIONS

V. S. Kilivnik, A. A. Galachenko, I. V. Kuzmin (Nemirov, Vinnitsa)

The peculiarities have been defined and informatiological models of functional systems of a man's organism and their role in taking clinical decisions have been worked out.

KEY WORDS: **informatiological models, functional systems of organism**

Рецензент: проф. О. М. Голяченко

ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ ТА ПОНЯТЬ В ГЛОСАРІЇ ВІЙСЬКОВОЇ МЕДИЦИНИ

Національна Академія Служби безпеки України

Наведено термінологічний глосарій основних термінів і понять, що використовуються у військовій медицині.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **терміни і поняття, військова медицина, глосарій.**

У науковій літературі терміни та поняття, що використовуються у військовій медицині для характеристики процесу медичного забезпечення, інколи трактуються неоднозначно, і це при тому, що в існуючій законодавчій та нормативній базі України та у військовій навчально-методичній літературі є інформація про спеціальну термінологію [1].

З огляду на те, що інформація з цього питання відображена у різноманітних джерелах, відсутня її систематизація, що значно ускладнює тематичний пошук і використання, нами було проведено аналіз законодавчої, нормативної бази України та військової навчально-методичної літератури, обробку та узагальнення основних термінів і понять, що використовуються у військовій медицині.

Мета роботи – визначити зміст, смислове навантаження окремих термінів і понять, що використовуються у військовій медицині.

Матеріали і методи. Дослідження проводилось із застосуванням соціально-гігієнічних методів: системного підходу, історико-архівного, монографічного. Матеріалами були законодавчі, нормативно-правові акти України та військова навчально-методична література, що використовуються у військовій медицині для характеристики процесу медичного забезпечення військовослужбовців Міністерства Оборони України та інших військових формувань держави відповідно до чинного законодавства.

Результати дослідження та їх обговорення. Проведено вивчення наявної законодавчої та нормативно-правової бази України у цій сфері: Закон України “Про оборону України” (1992 р.), Закон України “Про державний матеріальний резерв” (1997 р.), Закон України “Про мобілізаційну підготовку та мобілізацію” (1993 р.), Закон України “Про правовий режим воєнного стану” (2000 р.), Закон України “Про правовий режим надзвичайного стану” (2000 р.), Закон

України “Про Цивільну оборону України” (1993 р.), наказ СБУ “Про затвердження Інструкції про порядок проведення диспансеризації в Службі безпеки України” (2007 р.), наказ СБУ “Про затвердження Організаційних стандартів санаторно-курортного забезпечення у Службі безпеки України” (2009 р.), постанова КМУ “Про єдину державну систему запобігання і реагування на надзвичайні ситуації техногенного та природного характеру” (1998 р.), постанова КМУ “Про затвердження Державної програми створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги на період до 2010 року” (2007 р.), наказ Міністерства України з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи “Типове положення про територіальну підсистему єдиної державної системи запобігання і реагування на надзвичайні ситуації техногенного та природного характеру” (1998 р.) [1–12]. За результатами аналізу було укладено глосарій, до якого увійшли основні терміни, що застосовуються у військовій медицині для характеристики процесу організації медико-санітарного забезпечення особового складу військових формувань України в умовах мирного часу (при надзвичайних ситуаціях мирного часу) та в особливий період, за принципом частоти використання.

Глосарій військової медицини

Бойові санітарні втрати (збірне поняття – поранені) – це втрати особового складу військ, спричинені дією будь-якого виду зброї чи іншого уражаючого фактору під час виконання бойового завдання.

Військово-медична служба Збройних Сил України – це спеціальна організація, що включає медичні підрозділи, частини, заклади, з'єднання і органи управління, призначені для медичного забезпечення військ (сил) в мирний та воєнний час.

Воєнний стан – це особливий правовий режим, що вводиться в Україні або в окремих її місцевостях у разі збройної агресії чи загрози

нападу, небезпеки державній незалежності України, її територіальній цілісності, та передбачає надання відповідним органам державної влади, військовому командуванню та органам місцевого самоврядування повноважень, необхідних для відвернення загрози та забезпечення національної безпеки, а також тимчасове, зумовлене загрозою, обмеження конституційних прав і свобод людини і громадянина та прав і законних інтересів юридичних осіб із зазначенням строку дії цих обмежень.

Військове командування – це Генеральний штаб Збройних Сил України, командування видів Збройних Сил України, оперативні командування, командування військових об'єднань, з'єднань, частин Збройних Сил України та інших, утворених відповідно до законів України, військових формувань.

Військове формування – це створена відповідно до законодавства України сукупність військових об'єднань, з'єднань і частин та органів управління ними, які комплектуються військовослужбовцями і призначені для оборони України, захисту її суверенітету, державної незалежності і національних інтересів, територіальної цілісності і недоторканності у разі збройної агресії, збройного конфлікту чи загрози нападу шляхом безпосереднього ведення воєнних (бойових) дій.

Військово-польова хірургія – це наукова клінічна дисципліна, що вивчає питання патогенезу, клініки й методи діагностики сучасної бойової травми, а також організує та здійснює надання хірургічної допомоги і лікування поранених під час війн та збройних конфліктів в умовах масового їх надходження, з урахуванням особливостей бойової патології, досягнень сучасної науки й характеру бойових дій військ.

Військово-польова терапія – це наукова клінічна дисципліна, що вивчає питання патогенезу, клініки, діагностики, профілактики і лікування захворювань терапевтичного профілю, що виникають у воєнний час при застосуванні бойових засобів ураження або пов'язаних із діяльністю військ в екстремальних умовах мирного часу.

Вид медичної допомоги – це певний перелік (комплекс) лікувально-профілактичних заходів, що проводяться при пораненнях і захворюваннях особовим складом військ та медичною службою на полі бою, в осередках масових санітарних втрат і на етапах медичної евакуації. У процесі лікувально-евакуаційного забезпечення у військах та інших військових формуваннях передбачається надання наступних видів медичної допомоги: першої медичної, долікарської (фельдшерської), першої лікарської, кваліфікованої та спеціалізованої.

Військова гігієна – складова частина профілактичної медицини, головними завданнями

якої є: вивчення чинників, що негативно впливають на стан здоров'я військовослужбовців, їх фізичний розвиток, боєздатність; розробка санітарно-гігієнічних заходів, спрямованих на запобігання розвитку професійних, інфекційних та інших захворювань; збереження й зміцнення здоров'я військовослужбовців.

Військова епідеміологія – складова частина загальної епідеміології. Вона вивчає причини виникнення і поширення інфекційних захворювань у військах і розробляє заходи, спрямовані на запобігання їх розвитку серед військовослужбовців та на ліквідацію епідемічних осередків, в тому числі у випадку застосування противником бактеріологічної зброї.

Демобілізація – комплекс заходів, рішення про порядок і терміни проведення яких приймає Президент України, спрямованих на планомірне переведення національної економіки, органів державної влади, інших державних органів, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ і організацій на роботу і функціонування в умовах мирного часу, а Збройних Сил України, інших військових формувань, сил цивільного захисту – на організацію і штати мирного часу.

Диспансеризація військовослужбовців – це комплекс науковообґрунтованих лікувально-профілактичних, санітарно-гігієнічних і соціальних заходів, спрямованих на збереження, відновлення та зміцнення здоров'я осіб, які перебувають на медичному обліку у військових лікувально-профілактичних закладах, попередження розвитку захворювань та зниження захворюваності.

Державний резерв – особливий державний запас матеріальних цінностей, призначених для використання в цілях і в порядку, передбачених Законом України “Про державний резерв”. У складі державного резерву створюється незнижуваний запас матеріальних цінностей (постійно підтримуваний обсяг їх зберігання). До його складу входять: мобілізаційний резерв – запаси матеріально-технічних та сировинних ресурсів, призначених для забезпечення розгортання виробництва військової та іншої промислової продукції, ремонту військової техніки та майна в особливий період, розгортання у воєнний час робіт по відновленню залізничних та автомобільних шляхів, морських та річкових портів, аеродромів, ліній і споруд зв'язку, газо-, нафтопродуктопроводів, систем енерго- і водопостачання для організації безперебійної роботи промисловості, транспорту і зв'язку, надання медичної допомоги; запаси сировинних, матеріально-технічних і продовольчих ресурсів для забезпечення стратегічних потреб держави; запаси матеріально-технічних ресурсів для виконання першочергових робіт під час ліквідації

наслідків надзвичайних ситуацій та для виконання інших заходів, передбачених законодавством.

Єдина державна система запобігання і реагування на надзвичайні ситуації техногенного і природного характеру – центральні та місцеві органи виконавчої влади, виконавчі органи рад, державні підприємства, установи та організації з відповідними силами і засобами, які здійснюють нагляд за забезпеченням техногенної та природної безпеки, організують проведення роботи із запобігання надзвичайним ситуаціям техногенного та природного походження і реагування у разі їх виникнення з метою захисту населення і довкілля, зменшення матеріальних втрат.

Запобігання виникненню надзвичайних ситуацій – підготовка та реалізація комплексу правових, соціально-економічних, політичних, організаційно-технічних, санітарно-гігієнічних та інших заходів, спрямованих на забезпечення техногенної та природної безпеки, проведення оцінки рівнів ризику, завчасне реагування на загрозу виникнення надзвичайної ситуації на основі даних моніторингу (спостережень), експертизи, досліджень та прогнозів щодо можливого перебігу подій з метою недопущення їх переростання у надзвичайну ситуацію або пом'якшення її можливих наслідків.

Збройна агресія – застосування іншою державою або групою держав збройної сили проти України.

Лікувально-евакуаційне забезпечення – це розділ медичного забезпечення Збройних Сил України та інших військових формувань у воєнний час і в умовах надзвичайних ситуацій мирного часу, що являє собою систему взаємопов'язаних заходів з надання медичної допомоги пораненим і хворим, їх евакуації, подальшого лікування та реабілітації.

Масові санітарні втрати – ситуація, коли кількість поранених, уражених, а також тяжкість поранень та захворювань виходить за межі можливості медичної служби, головним чином, з надання необхідної медичної допомоги та транспортування потерпілих до медичних підрозділів та лікувальних закладів.

Медична евакуація – це сукупність заходів щодо транспортування поранених і хворих на етапи медичної евакуації з метою своєчасного і повного надання їм медичної допомоги і лікування.

Медичне майно – різні матеріальні засоби, призначені для надання медичної допомоги, лікування та профілактики бойових уражень та захворювань, виконання різних діагностичних та допоміжних заходів.

Медична реабілітація військовослужбовців – комплекс лікувальних, військово-професійних і морально-психологічних заходів,

спрямованих на відновлення бое- та працездатності поранених і хворих.

Медичне сортування – розподіл поранених і хворих на групи за ознаками потреби в однорідних лікувально-евакуаційних і профілактичних заходах.

Мобілізація – комплекс заходів, здійснюваних з метою планомірного переведення національної економіки, діяльності органів державної влади, інших державних органів, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ і організацій на функціонування в умовах особливого періоду, а Збройних Сил України, інших військових формувань, сил цивільного захисту – на організацію і штати воєнного часу. Мобілізація може бути загальною або частковою та проводитися відкрито чи приховано.

Мобілізаційний план – це сукупність документів, які визначають зміст, обсяги, виконавців, порядок і строки здійснення заходів щодо мобілізаційного розгортання Збройних Сил України, інших військових формувань, сил цивільного захисту, переведення національної економіки, діяльності органів державної влади, інших державних органів, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ і організацій, системи забезпечення життєдіяльності населення на функціонування в умовах особливого періоду.

Мобілізаційні завдання (замовлення) – окремі вимоги мобілізаційного плану щодо номенклатури, обсягів виробництва необхідної продукції, утворення і підготовки до розгортання спеціальних формувань, а також затверджені в установленому порядку першочергові заходи мобілізаційної підготовки, які доводяться для виконання до центральних і місцевих органів виконавчої влади, інших державних органів, Ради міністрів Автономної Республіки Крим, органів місцевого самоврядування. До підприємств, установ і організацій мобілізаційні завдання (замовлення) доводяться на підставі затверджених основних показників мобілізаційного плану і договорів (контрактів), що укладаються в порядку, передбаченому законодавством.

Мобілізаційні потужності – виробничі потужності підприємств, установ і організацій, які створюються в мирний час для виробництва продукції і задоволення інших потреб держави в особливий період. Мобілізаційні потужності не підлягають приватизації, у тому числі в разі ліквідації підприємств, установ, організацій. Рішення щодо передачі мобілізаційних потужностей іншим підприємствам, установам і організаціям приймаються органами виконавчої влади, іншими державними органами в порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України.

Мобілізаційна підготовка – комплекс організаційних, політичних, економічних, фінан-

сових, соціальних, правових та інших заходів, які здійснюються в мирний час з метою підготовки національної економіки, органів державної влади, інших державних органів, органів місцевого самоврядування, Збройних Сил України, інших утворених відповідно до законів України військових формувань, сил цивільного захисту, підприємств, установ і організацій до своєчасного й організованого проведення мобілізації та задоволення потреб оборони держави і захисту її території від можливої агресії, забезпечення життєдіяльності населення в особливий період.

Надзвичайна ситуація – порушення нормальних умов життя і діяльності людей на об'єкті або території, спричинене аварією, катастрофою, стихійним лихом або іншими чинниками, що призвело (може призвести) до загибелі людей та/або значних матеріальних втрат.

Надзвичайний стан – це особливий правовий режим, який може тимчасово вводитися в Україні чи в окремих її місцевостях при виникненні надзвичайних ситуацій техногенного або природного характеру не нижче загальнодержавного рівня, що призвели чи можуть призвести до людських і матеріальних втрат, створюють загрозу життю і здоров'ю громадян, або при спробі захоплення державної влади чи зміни конституційного ладу України шляхом насильства і передбачає надання відповідним органам, військовому командуванню та органам місцевого самоврядування державної влади, необхідної для відвернення загрози та забезпечення безпеки і здоров'я громадян, нормального функціонування національної економіки, органів державної влади та органів місцевого самоврядування, захисту конституційного ладу, а також допускає тимчасове, обумовлене загрозою, обмеження у здійсненні конституційних прав і свобод людини і громадянина та прав і законних інтересів юридичних осіб із зазначенням строку дії цих обмежень.

Оборона України – система політичних, економічних, соціальних, воєнних, наукових, науково-технічних, інформаційних, правових, організаційних, інших заходів держави щодо підготовки до збройного захисту та її захист у разі збройної агресії або збройного конфлікту.

Обороздатність держави – здатність держави до захисту у разі збройної агресії або збройного конфлікту. Вона складається з матеріальних і духовних елементів та є сукупністю воєнного, економічного, соціального та морально-політичного потенціалу у сфері оборони та належних умов для його реалізації.

Органи військового управління – Міністерство оборони України, інші центральні органи виконавчої влади, що здійснюють керівництво

військовими формуваннями, утвореними відповідно до законів України, Генеральний штаб Збройних Сил України, інші штаби, командування, управління, постійні чи тимчасово утворені органи у Збройних Силах України та інших військових формуваннях, призначені для виконання функцій з управління, в межах їх компетенції, військами (силами), об'єднаннями, з'єднаннями, військовими частинами, військовими навчальними закладами, установами та організаціями, які належать до сфери управління зазначених центральних органів виконавчої влади, а також військові комісаріати, що забезпечують виконання законодавства з питань загального військового обов'язку і військової служби, мобілізаційної підготовки та мобілізації.

Основні показники мобілізаційного плану – розрахункові потреби держави на особливий період, сформовані в натуральному і вартісному обчисленні, для задоволення потреб Збройних Сил України, інших військових формувань, сил цивільного захисту, забезпечення функціонування національної економіки та системи забезпечення життєдіяльності населення.

Особливий період – період функціонування органів державної влади, Збройних Сил України та інших військових формувань, утворених відповідно до законів України, органів місцевого самоврядування, органів управління у справах цивільної оборони і сил цивільної оборони, а також галузей національної економіки, підприємств, установ та організацій, який настає з моменту оголошення рішення про мобілізацію (крім цільової) або доведення його до виконавців стосовно прихованої мобілізації чи з моменту введення воєнного стану в Україні, або в окремих її місцевостях та охоплює час мобілізації, воєнний час і частково відбудовний період після закінчення воєнних дій.

Підрозділи медичної служби – це медичні формування, що включені до штату військових частин.

Підрозділ збройних сил іншої держави – військове формування іноземної держави, що має постійну чи тимчасову організацію, належить до сухопутних (наземних), морських, повітряних або спеціальних військ (сил) цієї держави, оснащене легкою зброєю чи важкою бойовою технікою, яка підпадає під дію Договору про звичайні збройні сили в Європі, перебуває під командуванням особи, відповідальної перед своєю державою і законами України за поведінку своїх підлеглих, які зобов'язані дотримуватися внутрішньої дисципліни, законів України, норм міжнародного права, та яке направляє в Україну з конкретною метою, визначеною міжнародним договором України.

Прикріплений контингент – категорії осіб, які відповідно до нормативно-правових актів Міністерства оборони України та інших військових формувань перебувають на медичному обліку і обслуговуванні у військових закладах охорони здоров'я.

Реагування на надзвичайні ситуації – скоординовані дії підрозділів єдиної державної системи щодо реалізації планів дій (аварійних планів), уточнених в умовах конкретного виду та рівня надзвичайної ситуації з метою надання невідкладної допомоги потерпілим, усунення загрози життю та здоров'ю людей.

Санітарно-гігієнічні заходи у військах – це комплекс організаційних, санітарно-технічних, господарчих, адміністративних і медичних заходів, що проводяться командуванням, службами забезпечення та медичною службою щодо забезпечення санітарного благополуччя військ і спрямовані на збереження та зміцнення здоров'я особового складу і його боєздатності.

Санаторно-курортне забезпечення військовослужбовців – це комплекс заходів, спрямованих на визначення осіб, які потребують за станом здоров'я санаторно-курортного лікування та оздоровлення, і організації надання їм послуг лікувального, профілактичного, реабілітаційного характеру у санаторно-курортних й оздоровчих закладах з використанням природних лікувальних ресурсів курортів та із застосуванням фізіотерапевтичних методів, дієтотерапії, лікувальної фізкультури тощо, спрямованих на збереження, зміцнення і відновлення здоров'я військовослужбовців.

Система управління мобілізаційною підготовкою – складова частина загальної системи управління державою, яка спрямовує діяльність органів державної влади, інших державних органів, органів місцевого самоврядування, єдиної державної системи цивільного захисту населення і територій на підготовку систем управління, засобів зв'язку, інформаційного забезпечення, а також фінансових і матеріально-технічних ресурсів підприємств, установ і організацій до проведення мобілізації.

Спеціальні формування – утворені в мирний час у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України, підприємствами, установами і організаціями згідно з штатами і табелями до штатів, автомобільні, авіаційні, водні, залізничні, медичні та інші формування, які після відповідної підготовки передаються під час мобілізації у встановленому порядку до Збройних Сил України, інших військових формувань для задоволення їхніх потреб, а також утворені відповідними центральними органами виконавчої влади для забезпечення потреб галузей національної економіки.

Структура санітарних втрат – це відсоткове співвідношення різних категорій поранених і хворих серед загальної кількості санітарних втрат від усіх або окремих видів зброї.

Територіальна оборона – комплекс загальнодержавних, воєнних та спеціальних заходів, що застосовуються під час загрози або відбиття агресії з метою охорони та захисту державного кордону від посягань ззовні, забезпечення умов для надійного функціонування державних органів, мобілізаційного та оперативного розгортання військ (сил), охорони важливих об'єктів і комунікацій, боротьби з диверсійно-розвідувальними силами та іншими озброєними формуваннями агресора на території країни, а також радіаційного, хімічного, біологічного захисту військ і населення від наслідків аварій (зруйнувань) атомних електростанцій, об'єктів, небезпечних у хімічному відношенні, та підтримання режиму воєнного стану.

Територіальна підсистема єдиної державної системи запобігання і реагування на надзвичайні ситуації техногенного та природного характеру – складова частина єдиної державної системи, включає місцеві органи виконавчої влади, виконавчі органи рад, державні підприємства, установи та організації з відповідними силами і засобами, які здійснюють нагляд за забезпеченням техногенної та природної безпеки, організують проведення роботи із запобігання надзвичайним ситуаціям техногенного та природного походження і реагування у разі їх виникнення з метою захисту населення і довкілля Автономної Республіки Крим, областей, міст Києва та Севастополя, зменшення матеріальних втрат.

Цивільна оборона України – державна система органів управління, сил і засобів, що створюється для організації і забезпечення захисту населення від наслідків надзвичайних ситуацій техногенного, екологічного, природного та воєнного характеру.

Висновки

1. У статті визначено зміст, смислове навантаження окремих термінів і понять, що застосовуються у військовій медицині, та проведено їх відповідне узагальнення.

2. Використання розробленого глосарію робить можливим систематизацію і уніфікацію понять, що дозволяє забезпечити взаєморозуміння у системі медичного забезпечення військовослужбовців незалежно відомчого підпорядкування.

Перспективи подальших досліджень. Визначення змісту, смислового навантаження окремих термінів і понять, що застосовуються для характеристики організації медико-санітар-

ного забезпечення особового складу військових формувань України в умовах мирного часу (при надзвичайних ситуаціях мирного часу) та в особливий період й проведення їх відповідного узагальнення дозволяє забезпечити

єдність підходів до медичного забезпечення військовослужбовців незалежно від відомчого підпорядкування та проводити відповідні наукові розробки з питань військової медицини з використанням розробленого глосарію.

Список літератури

1. *Військово-медична підготовка* / М. І. Бадюк, В. П. Токарчук, В. В. Солярик [та ін.]. – К. : МП "Леся", 2007. – 484 с.
2. *Про державний матеріальний резерв* : Закон України № 51/97-ВР від 24.01.1997 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
3. *Про єдину державну систему запобігання і реагування на надзвичайні ситуації техногенного та природного характеру* : постанова КМУ № 1198 від 03.08.1998 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.kmu.gov.ua>. – Назва з екрану.
4. *Про затвердження Державної програми створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги на період до 2010 року* : постанова КМУ № 1290 від 05.11.2007 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.kmu.gov.ua>. – Назва з екрану.
5. *Про затвердження Інструкції про порядок проведення диспансеризації в Службі безпеки України* : наказ СБУ від № 803 12.11.2007 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.sbu.gov.ua>. – Назва з екрану.
6. *Про затвердження Організаційних стандартів санаторно-курортного забезпечення у Службі безпеки України* : наказ СБУ № 159 від 17.03.2009 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.sbu.gov.ua>. – Назва з екрану.
7. *Про мобілізаційну підготовку та мобілізацію* : Закон України № 3543-XII від 21.10.1993 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
8. *Про оборону України* : Закон України № 1932-XII від 06.12.1992 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
9. *Про правовий режим воєнного стану* : Закон України № 1647-III від 06.04.2000 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
10. *Про правовий режим надзвичайного стану* : Закон України № 1550-III від 16.03.2000 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
11. *Про Цивільну оборону України* : Закон України № 2974-XII від 03.02.1993 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
12. *Типове положення про територіальну підсистему єдиної державної системи запобігання і реагування на надзвичайні ситуації техногенного та природного характеру* : наказ МНС № 387 від 21.12.1998 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.mns.gov.ua>. – Назва з екрану.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТЕРМИНОВ И ПОНЯТИЙ В ГЛОССАРИИ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Г. И. Титов, В. А. Волошин, Д. В. Зозуля (Киев)

Представлен терминологический глоссарий основных терминов и понятий, используемых в военной медицине.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **термины и понятия, военная медицина, глоссарий.**

DEFINITION OF TERMS AND CONCEPTS IN GLOSSARY OF MILITARY MEDICINE

G. I. Titov, V. A. Voloshin, D. V. Zozulya (Kyiv)

The terminological glossary of the basic terms and concepts used in military medicine is presented.

KEY WORDS: **terms and concepts, military medicine, glossary.**

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

АНТОНІНА МАКСИМІВНА НАГОРНА

до 70-річчя від дня народження

21 січня виповнюється 70 років від дня народження та 40 років наукової діяльності доктору медичних наук, професору Антоніні Максимівні Нагорній.

А. М. Нагорна в 1968 р. закінчила Київський медичний інститут ім. О. О. Богомольця та розпочала свій трудовий шлях цеховим ординатором медико-санітарної частини Дарницького шовкового комбінату м. Києва. Незабаром вона зробила свій головний вибір – прийняла рішення займатися науковою діяльністю у сфері організації і управління охороною здоров'я.

А. М. Нагорна розпочала наукову діяльність у 1970 р. в Інституті гігієни праці та професійних захворювань, де обіймала посаду молодшого наукового співробітника, а з 1979 – старшого. Вивчала проблеми здоров'я різних професійних груп населення, гігієнічної регламентації розумового та фізичного навантаження в осіб різних професій, займалась обґрунтуванням і розробкою психофізіологічних критеріїв і медичних протипоказань до прийняття на роботу за певними професіями.

У 1989–2002 рр. А. М. Нагорна працювала в Інституті громадського здоров'я МОЗ України на посадах завідувача відділу, заступника директора з наукової роботи, виконуючого обов'язки директора.

Сфера наукових інтересів проф. А. М. Нагорної охоплює здоров'я населення різних статевих вікових, професійних, соціальних груп, медико-демографічні процеси, показники громадського здоров'я – захворюваність, репродуктивне здоров'я, інвалідність, смертність різних верств населення, у тому числі потерпілого від наслідків аварії на Чорнобильській АЕС, екологія і здоров'я людини, питання організації та управління на різних рівнях системи охорони здоров'я.

Під керівництвом проф. А. М. Нагорної виконувалися науково-дослідні роботи з найактуальніших проблем гігієни та соціальної медицини, у тому числі дослідження причинно-наслідкових зв'язків між станом здоров'я працюючих та соціально-гігієнічними чинниками, наукове обґрунтування та розробка методології застосування Міжнародної класифікації хвороб десятого перегляду в лікувально-профілактичних і статистичних закладах України, визначення потреб дитячого та дорослого населення України в амбулаторно-поліклінічній і стаціонарній медичній допомозі.

Наукові розробки А. М. Нагорної є вагомим внеском у вирішення фундаментальних і прикладних проблем гігієни та соціальної медицини, знайшли відображення у підготовці галузевих і міжгалузевих програм, методичних та інструктивних, нормативно-правових документів, матеріалів для Міністерства охорони здоров'я, Міністерства праці та соціального захисту, Міністерства України з надзвичайних ситуацій, Кабінету Міністрів та Верховної Ради України, Адміністрації Президента.

Результати наукових досліджень проф. А. М. Нагорної широко висвітлені на вітчизняних і міжнародних наукових форумах різних рівнів – з'їздах, симпозіумах, конференціях, семінарах, а також у понад 570 наукових працях. За участю Антоніни Максимівни підготовлено 42 нормативні, інструктивні та методичні документи для охорони здоров'я. Вона брала участь у виконанні низки міжнародних наукових проектів, гідно представляла інтереси України за кордоном.

А. М. Нагорна та її учні зробили суттєвий внесок в поліпшення умов праці у різних галузях виробництва, в створення методології вивчення стану здоров'я окремих верств населення, в наукове обґрунтування системи надання медико-санітарної допомоги в період реформування галузі охорони здоров'я. Вона проводить велику науково-консультативну роботу серед спеціалістів з гігієни і соціальної гігієни та організації охорони здоров'я.

Професор А. М. Нагорна суттєво збагатила теоретичну медицину своїми монографіями: "Життя та здоров'я", "Здоров'я: фундаментальні та прикладні аспекти" тощо.

Вклад А. М. Нагорної в розвиток гігієни і соціальної гігієни в Україні відзначений медаллю "В пам'ять 1500-летия г. Киева", (1983 р.), почесними грамотами Президії АМН України (2003, 2006, 2008 рр.), званням заслуженого діяча науки і техніки України (1998 р), премією Національної академії наук України ім. Р. Є. Кавецького (2009 р.).

Щиро вітаємо шановну Антоніну Максимівну з ювілеєм. Бажаємо їй міцного здоров'я, довгих років життя, творчої наснаги.



Колектив Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України

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 візю 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
E-mail: uisr_moz@ukr.net

Адреса видавництва

282001, м. Тернопіль, Майдан волі, 1
Видавництво “Укрмедкнига” Тернопільського державного медичного університету
імені І. Я. Горбачевського
телефон: (0352) 52-44-92; 52-47-73; 52-14-64
Розрахунковий рахунок №31252273210444 в ГУ ДКУ в Тернопільській області
МФО 838012 Код ЄДРПОУ 02010830
Одержувач платежу : ДВНЗ „Тернопільський медичний університет імені І.Я. Горбачовського”
для журналу “Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я України”

Редактор: О.В. Шумило
Художнє оформлення: Н.О. Іщенко
Комп’ютерний набір: Н. О. Іщенко
Технічний редактор: С.Т. Демчишин
Комп’ютерна верстка: О.І. Пухальська
Перекладачі: Н.Т. Кучеренко, Н.В. Шаповалова

Підписано до друку 23.12.2009. Формат 60x84/8. Папір офсетний.
Друк офсетний. Ум. друк. арк 11,86. Обл.-вид. арк. 11,27. Наклад 600. Зам. №321