

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

ВІСНИК
СОЦІАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ
ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ЩОКВАРТАЛЬНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

2

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

SHEI “Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky
of MPH of Ukraine”

BULLETIN
OF SOCIAL HYGIENE
AND HEALTH PROTECTION
ORGANIZATION OF UKRAINE

QUARTERLY SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

Київ–Тернопіль
“Укрмедкнига”
2012

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. Теренда

РЕДАКЦІЙНА РАДА

В.І. Агарков (*Донецьк*), О.Ю. Майоров (*Харків*), В.О. Волошин (*Київ*),
М.В. Голубчиков (*Київ*), В.В. Єлагін (*Київ*), О.В. Любінець (*Львів*),
Н.О. Сайдакова (*Київ*), В.Й. Шатило (*Житомир*), С.А. Куков'якін (*Росія*)

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; від 14.04.10 №1-05/3)

*Рекомендовано до друку Вченою радою
Українського інституту стратегічних досліджень
(протокол №4 від 24.04.2012)*

Передплатний індекс – 22867

Здоров'я і суспільство

Пірникоза А. В. Аналіз динаміки травматизму серед сільського населення Вінницької області за даними панельного дизайну (2005–2009 рр.).

Рожков Г. С. Загальна характеристика інфекційної захворюваності серед військовослужбовців строкової служби Збройних Сил України.

Воробйова Л. І., Жилка Н. Я., Зайкова Т. В. Проблеми патології шийки матки в Україні: аналітичний огляд наукової літератури.

Берзін В. І., Стельмахівська В. П., Мартиненко Ю. В., Залотюк Л. А. Вплив соціальних і хімічних чинників на стан здоров'я дитячого населення в умовах промислового регіону

Вадзюк С. Н., Паньків І. Б., Папінко І. Я. Поширеність гастроєзофагальної рефлюксної хвороби у студентів медиків перших курсів.

П'ятночка І. Т., Корнага С. І., Тхорик Н. В. Сатурація крові киснем у хворих на туберкульоз легень в поєднанні з серцево-судинною патологією.

Смірнова В. Л., Панчишин Н. Я., Голяченко О. А., Голяченко Б. А. Артеріальний тиск українських студентів III курсу ТДМУ імені І. Я. Горбачевського.

Організація медичної допомоги

Ковальчук Л. Я. Проблеми кадрового забезпечення первинної ланки охорони здоров'я та можливі шляхи їх вирішення

Діденко Л. О. Дослідження індукованого попиту на медичну допомогу на вторинному рівні (на прикладі планових розтинів гриж).

Медведовська Н. В., Дячук Д. Д. Сучасний стан та регіональні особливості використання стаціонарозамінних форм медичної допомоги.

Любчак В. В. Огляд сучасних підходів до організації служби крові в світі.

Збітнєва С. В. Оцінка лікарями-офтальмологами умов праці та можливостей безперервного професійного зростання.

Штанько В. Л., Варивончик Д. В. Наукове обґрунтування системи профілактики захворювання на професійний туберкульоз працівників галузі охорони здоров'я в Україні.

Health and society

Pirnykoza A. V. Analysis of injuries among rural population in Vinnitska oblast according to panel design (2005–2009).

Rozhkov G.S. General characteristics of infectious morbidity among military servicemen of the Armed Forces of Ukraine.

Vorobyova L. I., Zhylyka N. Ya., Zaykova T. V. Problems of cervical pathology in Ukraine: analytical review of scientific literature.

Berzin V. I., Stelmahivska V. P., Martynenko Yu. V., Zalotyuk L. A. The influence of social and chemical factors on the health of children population in the conditions of the industrial region.

Vadzyuk S. N., Pankiv I. B., Papinko I. Ya. Prevalence of gastroesophageal reflux disease in first year medical students.

Pyatnochka I. T., Kornaha S. I., Thoryk N. V. Blood oxygen saturation in patients with lung tuberculosis combined with cardiovascular pathology.

Smirnova V. L., Panchyshyn N. Ya., Holyachenko O. A., Holyachenko B. A. Blood pressure of ukrainian third years students of TSMU by I. Ya. Horbachevsky.

Organization of medical care

Kovalchuk L. Ya. Problems of staffing of primary public health link and their possible solutions

Didenko L. O. Study of induced demand for secondary level health care (on the example of planned hernioplastic surgeries).

Medvedovska N. V., Dyachuk D. D. Modern approach and regional features of using medical care inpatient forms.

Lyubchak V. V. Review of new approaches to the organization of blood service in the world.

Zbitnieva S. V. Evaluation by ophthalmologists the working conditions and opportunities for continuing professional growth.

Shtanko V. L., Varyvonchik D. V. Scientific substantiation of the system for preventing occupational tuberculosis in health workers in Ukraine.

Корнійчук О. П. Соціально-економічні підвалини розвитку первинної медико-санітарної допомоги в Україні на засадах сімейного лікаря.

69

Korniychuk O. P. Socio - economic foundations development of primary medicosanitary care in Ukraine as a family doctor.

Дністрян С. С., Безрука Л. А., Марків-Буковська Н. П. Проблемні питання реформування державної санітарно-епідеміологічної служби Тернопільської області.

82

Dnistryan S. S., Bezruka L. A., Markiv-Bukovska N. P. Problem questions of reformation of state sanitary-epidemiology service in Ternopil region.

Самоходський В. М. Варіант технології визначення об'єму та інтенсивності праці лікарів відділення стаціонару.

86

Samohodskiy V. N. A variant of the technology of defining the volume and intensity of labour of doctors of in-patient department.

Шкробот С. І., Шкробот В. В., Корнієнко Г. Ф. Інформатизація руху медичної документації в архівному підрозділі лікарні.

91

Shkrobot S. I., Shkrobot V. V., Korniyenko H. F. Informatization of medical documentation movement at archive department of hospital.

Підготовка медичних кадрів

Марценюк В. П., Сельський П. Р. Обґрунтування об'єктивності комплексного семестрового тестового іспиту для оцінювання знань із соціальної медицини та організації охорони здоров'я.

94

Medical personnel training

Martsenyuk V. P., Selskyy P. R. The substantiation of complex semester test exam objectivity for knowledge assessment in the Social Medicine and Public Health Organization.

Методологія охорони здоров'я

Слабкий Г. О., Марков О. Ю., Горбенко О. В. Цінність та вартість – дві компоненти системи оцінки медичних технологій та прийняття рішень в охороні здоров'я.

98

Health care methodology

Slabkyi H. O., Markov O. Yu., Horbenko O. V. Value and price – two components of assessment of medical technologies and decision making in

Історія медицини

Ганіткевич Я. В. Ярослав Окуневський – видатний лікар, генерал медичної служби австро-угорського флоту, український національно-просвітницький діяч.

104

History of medicine

Hanitkevych Ya. V. Yaroslav Okunevsky - a great doctor, general medical service austro-hungarian navy, ukrainian national educator of clergy.

А. В. ПІРНИКОЗА (Вінниця)

АНАЛІЗ ДИНАМІКИ ТРАВМАТИЗМУ СЕРЕД СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА ДАНИМИ ПАНЕЛЬНОГО ДИЗАЙНУ (2005–2009 рр.)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

Вивчалися основні популяційні фактори травматизму сільських жителів Вінницької області. Дослідження проводилося протягом 2007–2010 рр. на основі суцільного методу за панельним дизайном. Показано, що основними факторами травматизму є «рівень безробіття» та «частка сільських дільниць з населенням менше 1500». Показано, що фактор «частка сільських лікарських дільниць (СЛД) з населенням менше 1500» є найбільш впливовим для рівнів травматизму сільського населення районів. «Рівень безробіття» найбільш впливовий для травматизму жителів районних центрів. Медична компонента поступається соціально-економічній у пріоритетності детермінації травматизму. Аналогічні висновки отримано для інсультів, інфарктів, опіків, отруень та для екстреної патології у цілому.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: популяційні фактори травматизму, сільське населення, панельний дизайн.

Травматизм є однією з основних причин інвалідизації та смертності населення, особливо працездатного віку. Реальні рівні травматизації для сільського населення маловідомі, зокрема через нерівномірність звернення сільського населення за медичною допомогою залежно від важкості, віку, зайнятості тощо. Важливим для планування екстреної допомоги населенню є вивчення закономірностей формування рівнів патології, зокрема травматизму. Ми зробили спробу вивчити роль основних популяційних характеристик сільського району, які, зокрема, опосередковують дію специфічних факторів ризику травматизації.

Матеріали і методи. Головною метою дослідження було вивчення зумовленості динаміки травматизму. Суцільне дослідження за панельним дизайном тривало протягом 2007–2010 рр. Аналіз включав вивчення ефектів рівнів, що забезпечує порівняння інтегрованих в часі ефектів медико-соціального середовища сільських районів на виникнення та наслідки травматизму. Традиційна методологія вивчення ефектів медико-соціальних факторів ґрунтується саме на ефектах рівнів. Проте вивчення лише ефектів рівнів призводить до зміщення оцінок впливу медико-соціального середовища сільських районів на виникнення та наслідки травматизму, як буде продемонстровано нижче, адже стан здоров'я популяції певною мірою формує медико-соціальне середовище, наприклад через «привабливість» сільських районів до медичного персоналу, кращі умови капіталовкладень, зокрема щодо розвитку інфраструктур тощо. Як було по-

казано у попередніх дослідженнях, несприятлива демографічна структура населення зумовлює гірший розвиток інфраструктур, зокрема медичного забезпечення. Це викликало необхідність розгляду ефектів динаміки й ефектів паралелізму, зважаючи на панельний характер організації даних. Наявність достовірного ефекту динаміки свідчить про незалежну від розвитку медико-соціальних інфраструктур зміну рівнів та наслідків травматизму в динаміці. Саме тому відокремлення ефекту динаміки є критичним. Ефекти паралелізму свідчать про особливості динаміки рівнів та наслідків травматизму, притаманні тому чи іншому медико-соціальному середовищу, і є основними для ствердження достовірності відмінностей в ризику виникнення та наслідків травматизму. Для контролю зміщень висновків внаслідок присутності змішувального ефекту демографічних факторів як впливових ми включили віково-статеву структуру населення, а також показники природного приросту як коваріати. Для унаочнення смислової інтерпретації ефектів компонент медико-соціального середовища, їх напрямку, ми наводимо парціальні коефіцієнти кореляції.

Як аналітичний фрейм дослідження використаний профільний аналіз, розроблений в 2001 р. американськими статистиками Barbara G. Tabachnick & Linda S. Fidell як модифікація багатомірного коваріаційного аналізу з повторними вимірами [1, 2]. Статистичні складові оцінки ефектів рівнів враховують міжгрупову суму квадратів S_{bg} та суму квадратів помилки S_{er} , відповідні усереднені суми квадратів (ES_{bg} ,

ESer) та оцінку достовірності ефектів (F), які розраховані за формулами:

$$S_{bg} = n \sum_j (\bar{Y}_j - \bar{Y})^2 \quad (1)$$

$$S_{er} = \sum_i \sum_j (\bar{Y}_{ij} - \bar{Y}_j)^2 \quad (2)$$

де \bar{Y} – середнє значення характеристики екстреної патології;

\bar{Y}_j – середнє значення характеристики екстреної патології за j-ї градації фактора (напр., певного рівня безробіття);

\bar{Y}_{ij} – середнє значення характеристики екстреної патології i-го району за j-ї градації фактора;

n – розмір вибірки;

ESbg=Sbg/DF;

ESer=Ser/DF;

F=ESbg/ESer;

DF – число ступенів свободи.

Статистичні складові оцінки ефектів динаміки враховують внутрішньогрупову матрицю суми квадратів/коваріаційних добутків S_{wg} , а також вектор середніх послідовних різниць значень динаміки характеристики екстреної патології ΔM та оцінку достовірності ефектів (F). Матриця S_{wg} є сумою n індивідуальних матриць виду:

$$(\Delta Y_i - \Delta M_j) \bullet (\Delta Y_i - \Delta M_j)' \quad (3),$$

де ΔY_i – вектор послідовних різниць значень динаміки характеристики екстреної патології i-го району;

ΔM_j – вектор середніх послідовних різниць значень динаміки характеристики екстреної патології за j-ї градації фактора.

Тестова статистика достовірності ефектів F розрахована за формулою:

$$\frac{n-k-p+2}{p-1} n \bullet \Delta M' \bullet S_{wg}^{-1} \bullet \Delta M \quad (4),$$

де n – розмір вибірки;

k – кількість градацій фактора, що утворює ефект;

p – кількість років спостереження – 5;

DF (число ступенів свободи) дорівнювали відповідно n-k-p+2 та p-1.

Статистичні складові оцінки ефектів паралелізму враховують міжгрупову та внутрішньогрупову матриці суми квадратів/коваріаційних добутків S_{bg} і S_{wg} та оцінки достовірності ефектів (L, F). S_{wg} розраховується як сума індивідуальних матриць, що отримуються за формулою (5). S_{bg} розраховувалася як:

$$(\Delta M - \Delta M_j) \bullet (\Delta M - \Delta M_j)' \quad (5)$$

де ΔM – вектор середніх послідовних різниць значень динаміки характеристики екстреної патології;

ΔM_j – вектор середніх послідовних різниць значень динаміки рівнів раптових станів за j-ї градації фактора.

Тестова статистика достовірності ефектів D розраховувалася за формулою:

$$\frac{|S_{wg}|}{|S_{wg} + S_{bg}|} \quad (6)$$

Наведені значення F розраховані як апроксимація тестової статистики достовірності ефектів D

Для детальнішого вивчення пов'язаних з динамікою ефектів (динаміки та паралелізму) ми розглядали як лінійний тренд, так і квадратичний на основі поділу матриць суми квадратів/коваріаційних добутків на незалежні, що вихоплюють лінійні та квадратичні зміни за аналізом контрастів (Barbara G. Tabachnick & Linda S. Fidell, 2001). Причиною стала можливість як лінійного, так і більш складного ступеневого ефекту медико-соціального середовища на динаміку рівнів та наслідків травматизму. Розрахунки здійснені в середовищі статистичної аналітичної системи SAS 9.1 Level 1M3 XP Home platform, S/N 882876, Site #12300001 licensed to Ocheredko Oleksandr.

В статті наведені лише суттєві ефекти, за винятком ефектів динаміки, які наведені незалежно від їх достовірності як важливі для опису часових тенденцій показників. Слід зауважити, що внаслідок низької потужності дослідження граничну достовірність 0,05 ми розширили до 0,07 [3].

Результати дослідження та їх обговорення. Виявлені достовірні парціальні ефекти медико-соціальних факторів на динаміку травматизму у дітей райцентрів наведені в таблиці 1. Як видно з рисунку 1, динаміка позитивна за всіма групами населення, проте недостовірна, зокрема для дітей районних центрів (F=0,43 з p=0,787).

Ефекти рівнів: збільшення кількості звернень на другий етап як компенсаторне явище недо-забезпеченості першого достовірно збільшує ризик травматизму з коефіцієнтом $\beta=0,554$ (F=5,51 з p=0,037); вищий рівень безробіття також пов'язаний із більшою травматизацією, хоч і на межі достовірності ($\beta=1,269$, F=6,63 з p=0,0243).

Достовірні парціальні ефекти медико-соціальних факторів на динаміку травматизму у дорослого населення районного центру наведені в таблиці 2.

Ефекти рівнів: як і для міських дітей (мешканців райцентрів), вищий рівень безробіття також пов'язаний із більшою травматизацією дорослого населення райцентрів ($\beta=1,957$, F=8,08 з p=0,0148).

Ефекти паралелізму: у сільських районах з нижчою забезпеченістю середнім медичним персоналом простежуються достовірно вищі показники росту рівнів травматизму у дорослого населення райцентрів ($\beta=0,712$, F=3,98 з p=0,0072), як і за нестачі спеціалістів ($\beta=0,526$, F=2,97 з p=0,0284) та більшій частці безробітних ($\beta=1,018$, F=2,68 з p=0,0424).

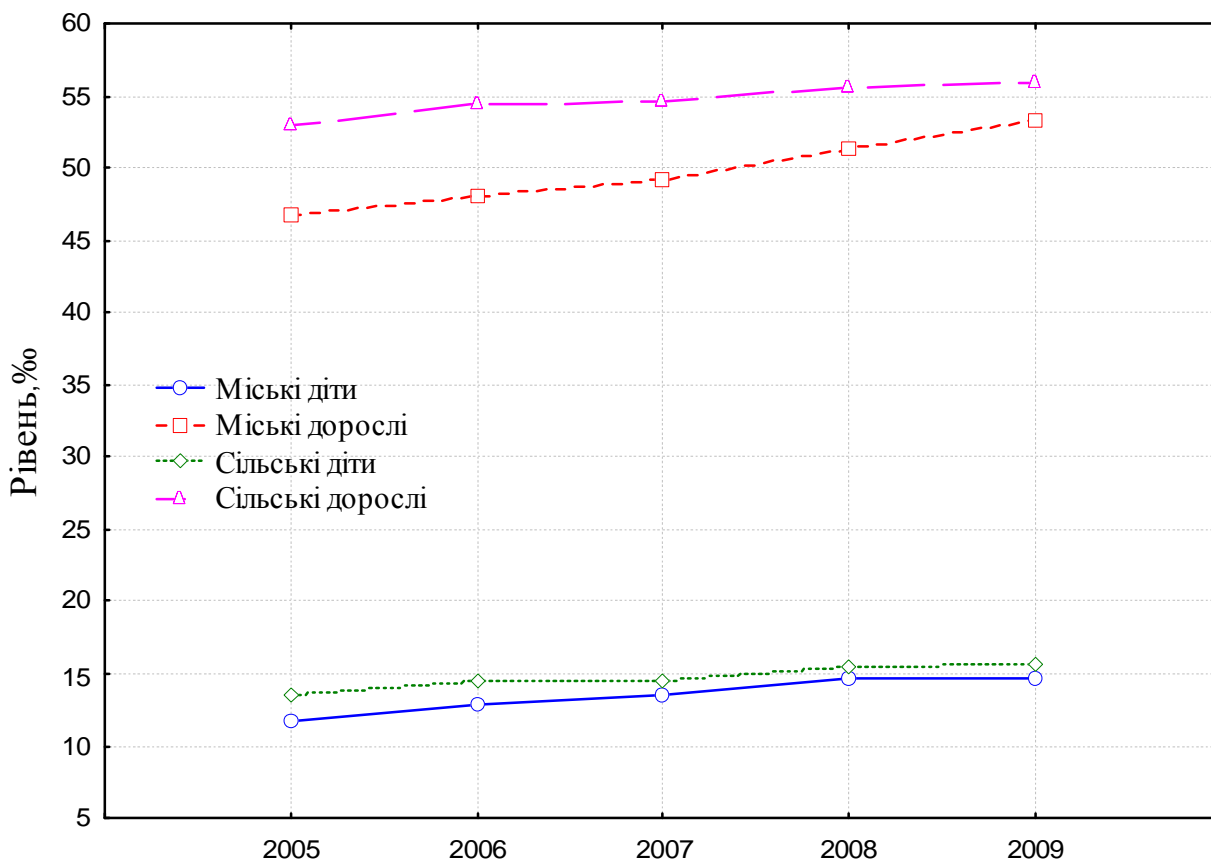


Рис. 1. Динаміка середніх рівнів травматизму продовж 2005–2009 рр.

Таблиця 1. Парціальні ефекти медико-соціальних факторів на динаміку травматизму в дітей районних центрів

Фактор	B	#	СК(III)	F	P
Ефект динаміки (внутрішньогруповий)					
2005–2009 рр.	+	4	3,22	0,43	0,7870
Ефекти рівнів (міжгрупові)					
N звернень 2 етап	0,554	1	238,83	5,51	0,0370
Рівень безробіття	1,269	1	287,53	6,63	0,0243
Ефекти паралелізму (внутрішньогрупові) недостовірні					

Таблиця 2. Парціальні ефекти медико-соціальних факторів на динаміку травматизму у дорослого населення райцентрів

Фактор	β	#	СК(III)	F	P
Ефект динаміки (внутрішньогруповий)					
2005–2009 рр.	+	4	34,40	0,96	0,4396
Ефекти рівнів (міжгрупові)					
Рівень безробіття	1,957	1	1235,95	8,08	0,0148
Ефекти паралелізму (внутрішньогрупові)					
Забезпеченість середнім медичним персоналом	0,712	4	143,04	3,98	0,0072
N спец. з 1 спеціалістом	0,526	4	106,91	2,97	0,0284
Рівень безробіття	1,018	4	96,32	2,68	0,0424

Достовірні парціальні ефекти медико-соціальних факторів на динаміку травматизму в сільського дитячого населення наведені в таблиці 3.

Ефекти рівнів: як і для дітей районних центрів, вищий рівень безробіття на межі достовірності пов'язаний із більшою травматизацією сільського дитячого населення ($\beta=0,408$, $F=3,92$ з $p=0,0711$). Більші частки сільського населення ($\beta=0,077$, $F=5,14$ з $p=0,0427$) та сільських лікарсь-

ких дільниць (СЛД) з кількістю обслуговуваного населення до 1500 осіб ($\beta=0,034$, $F=5,16$ з $p=0,0424$) також пов'язані з підвищеним травматизмом сільського дитячого населення. Збільшення вакансій лікарських посад як ознака меншої престижності сільського району теж достовірно модулює вищі рівні травматизму ($\beta=0,433$, $F=7,37$ з $p=0,0188$).

Таблиця 3. Парціальні ефекти медико-соціальних факторів на динаміку травматизму в сільського дитячого населення

Фактори	β	#	СК(III)	F	p
Ефект динаміки (внутрішньогруповий)					
2005–2009 рр.	+	4	12,03	1,57	0,1970
Ефекти рівнів (міжгрупові)					
Частка сільського населення	0,077	1	117,28	5,14	0,0427
Частка СЛД з населенням менше 1500	0,034	1	117,85	5,16	0,0424
Вакансії лікарських посад	0,433	1	168,22	7,37	0,0188
Рівень безробіття	0,408	1	89,51	3,92	0,0711
Ефекти паралелізму (внутрішньогрупові) недостовірні					

Щодо сільського дорослого населення, то з ефектів рівнів лише один фактор мав достовірний вплив, а саме більша частка СЛД з населенням до 1500 осіб ($\beta=0,015$, $F=5,06$ з $p=0,0441$) модулює підвищений травматизм. Ефекти паралелізму виявились недостовірними.

Таким чином, в цілому найбільш суттєвими щодо ризику травматизму є фактори «рівень безробіття» та «частка СЛД з населенням менше 1500 осіб». Фактор «частка СЛД з населенням менше 1500» є найбільш впливовим для сільського населення. Оскільки фактор виражає популяційну основу підтримки інфраструктур життєдіяльності, віднайдена закономірність є логічною і показує, що суттєвих зрушень щодо зменшення ризику виникнення раптових станів не можна досягти без нормалізації популяційної бази сільських населених пунктів як основи для підтримки соціально-економічних інфраструктур, способу життя, праці, освіти сільських мешканців. Є певні відмінності щодо міського населення сільських районів. Генерація компонент раптових станів контингенту «міське населення» переважно залежала від фактора «рівень безробіття». Внаслідок більш досконалих інфраструктур життєдіяльності на перший план виходить зайнятість населення як важли-

вий соціальний чинник профілактики раптових станів. Слід зазначити, що медична компонента поступається соціально-економічній в пріоритетності детермінації ризику виникнення раптових станів. Як показали наші дослідження, аналогічні висновки з певними модифікаціями стосуються ризику виникнення раптових станів, інсультів, інфарктів, опіків, отруень та екстрених станів у цілому.

Висновки

1. Рівні травматизму постійно зростали протягом 2005–2009 рр. у всіх групах населення, проте тренди виявились недостовірними.

2. Достовірними щодо впливу на підвищений ризик травматизму виявились фактори «рівень безробіття» та «частка СЛД з населенням менше 1500». Останній фактор є найбільш впливовим для сільського населення.

3. Ризик травматизації населення районних центрів переважно залежав від рівня безробіття.

4. Медична компонента поступається соціально-економічній в пріоритетності модуляції ризику травматизації.

5. Аналогічні висновки з певними модифікаціями стосуються ризику виникнення раптових станів, інсультів, інфарктів, опіків, отруень та екстрених станів у цілому.

Список літератури

1. *Barbara G. Tabachnick Using multivariate statistics / Barbara G. Tabachnick, Linda S. Fidell. – 4th ed., 2005. – 966 p.*
2. *Comparing the SAS GLM and MIXED Procedures for Repeated Measures," Proceedings of the Twentieth Annual SAS Users Group Conference.*
3. *Hsu J. C. Multiple Comparisons in the General Linear Model / J. C. Hsu, B. Nelson // Journal of Computational and Graphical Statistics. – 1998. – Vol. 7. – P. 23–41.*

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ТРАВМАТИЗМА СРЕДИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ВИННИЦКОЙ ОБЛАСТИ ПО ДАННЫМ ПАНЕЛЬНОГО ДИЗАЙНА (2005–2009 ГГ.)

А. В. Пирныкоза (Винница)

Изучены основные популяционные факторы травматизма сельских жителей Винницкой области. Исследование проводилось на протяжении 2007–2010 гг. на основе сплошного метода по панельному дизайну. Показано, что основными факторами травматизма являются «уровень безработицы» и «удельный вес сельских врачебных участков (СВУ) с населением меньше 1500». Показано, что фактор «удельный вес СВУ с населением меньше 1500» наиболее влиятельный для уровней травматизма сельского населения районов. «Уровень безработицы» наиболее влиятельный для травматизма жителей районных центров. Медицинская компонента уступает социально-экономической в приоритетности детерминации травматизма. Аналогичные выводы получены для инсультов, инфарктов, ожогов, отравлений и для экстренной патологии в целом.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: популяционные факторы травматизма, сельское население, панельный дизайн.

ANALYSIS OF INJURIES AMONG RURAL POPULATION IN VINNYTSIA REGION ACCORDING TO THE PANEL DESIGN (2005–2009)

A. V. Pirnykoza (Vinnytsia)

Population moderators of traumas incidence in rural communities have been investigated based upon situations in Vinnytsia region. Study was carried out in 2007–2010 by panel design. It was demonstrated that unemployment rate, share of rural physician districts (RPD) populated under 1500 are the main generative factors. Factor “share of RPDs populated under 1500” is the most influential for rural population while factor “unemployment rate” is for urban communities. Medical component yields to social and economic component by priority of moderating incidence of accidental pathology. The same goes with accidental pathology, strokes, MI, scalds, poisoning, and urgent pathology in whole.

KEY WORDS: population factors of injuries, rural population, panel design.

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

УДК 616.9:616-082-057.6.004.12

Г. С. РОЖКОВ (Київ)

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ІНФЕКЦІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ СТРОКОВОЇ СЛУЖБИ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

Військово-медичний департамент Міністерства оборони України

Проведений аналіз рівня та структури захворюваності хворобами I класу серед військовослужбовців строкової служби Збройних Сил України за 2008–2011 рр. Також вивчена захворюваність за I класом хвороб в зонах відповідальності військово-медичних клінічних центрів та визначені їх регіональні особливості.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: захворюваність, військовослужбовці строкової служби, регіональні особливості.

Інфекційні хвороби є важливою соціально-економічною проблемою, оскільки мають наслідки не тільки для благополуччя окремої людини, але й суспільства в цілому. За останні роки з'явилися нові інфекційні хвороби, причому проти більшості з них ще не існує засобів профілактики і лікування; у ряді збудників цих хвороб формується резистентність до хіміопрепаратів [1, 3].

Проблемам профілактики окремих інфекційних хвороб в ЗС України присвячено ряд робіт, в яких автори вивчали особливості розвитку епідемічного процесу та профілактики окремих інфекційних хвороб [2, 4, 5].

Метою дослідження стало проведення епідеміологічного аналізу рівня та структури загальної захворюваності хворобами I класу серед військовослужбовців строкової служби Збройних Сил України за 2008–2011 рр.

Матеріали і методи. Вивчення особливостей захворюваності на хвороби I класу військовослужбовців строкової служби проводилося із застосуванням епідеміологічного та статистичного методів дослідження з використанням загальноприйнятих у системі охорони здоров'я методик.

Результати дослідження та їх обговорення. Результати аналізу рівнів загальної захворюваності серед військовослужбовців строкової служби ЗС України за I класом хвороб за 2008–2011 рр. показали наступне. Загальний рівень захворюваності військовослужбовців строкової служби на хвороби I класу за досліджуваний період був найвищим у 2009 р. і склав 161,1 ‰, а найменший зафіксований у 2011 р. – 112,06 ‰. Останніми роками спостерігається тенденція до зниження інфекційної захворюваності військовослужбовців строкової служби (рис. 1).

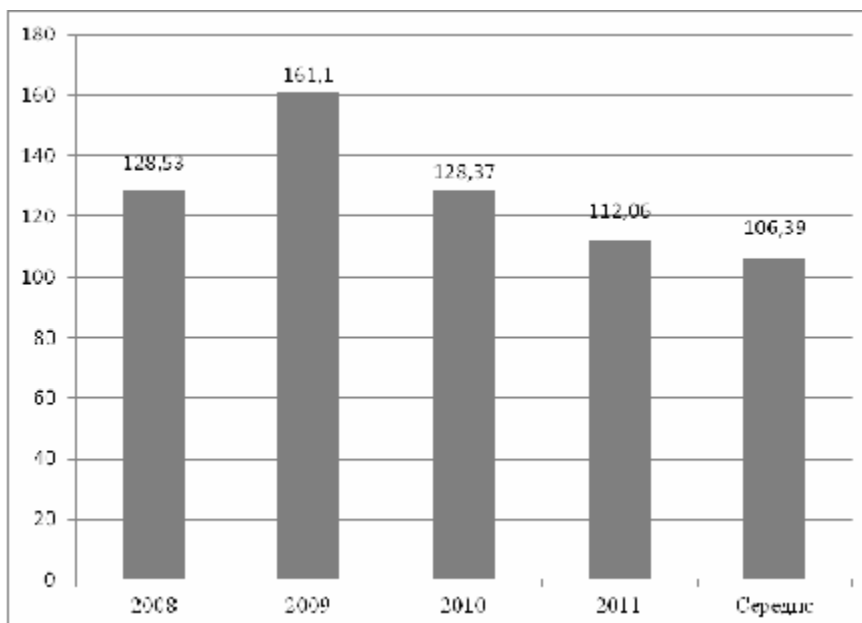


Рис. 1. Рівень загальної захворюваності військовослужбовців строкової служби за I класом хвороб у 2008–2011 рр., ‰

Як свідчать дані з таблиці 1, тенденція змін рівня інфекційної захворюваності військовослужбовців строкової служби протягом 2008–2011 рр. була різною: в зоні відповідальності ГВМКЦ та ВМКЦ Кримського регіону рівень захворюваності за I класом хвороб знижувався, але без достовірного підтвердження ($p > 0,1$), в зоні відповідальності інших ВМКЦ рівень інфек-

ційної захворюваності підвищувався; для ВМКЦ Західного та Південного регіонів зміни були достовірними ($p < 0,1$; $p < 0,05$ відповідно).

На рисунку 2 наведені середні рівні інфекційної захворюваності за 2008–2011 рр. військовослужбовців строкової служби за зонами відповідальності ВМКЦ.

Таблиця 1. Рівень загальної захворюваності військовослужбовців строкової служби за I класом хвороб в зоні відповідальності ВМКЦ за 2008–2011 рр., %

Заклад	Рік				середнє
	2008	2009	2010	2011	
ГВМКЦ	95,51	170,78	-	103,07	92,34
ВМКЦ Західного регіону	38,98	28,69	63,07	105,42	59,04
ВМКЦ Центрального регіону	66,70	108,05	102,78	108,57	96,53
ВМКЦ Північного регіону	61,09	92,12	121,02	88,02	90,56
ВМКЦ Південного регіону	47,46	59,76	58,87	76,39	60,62
ВМКЦ Кримського регіону	102,75	111,91	106,88	93,09	103,66

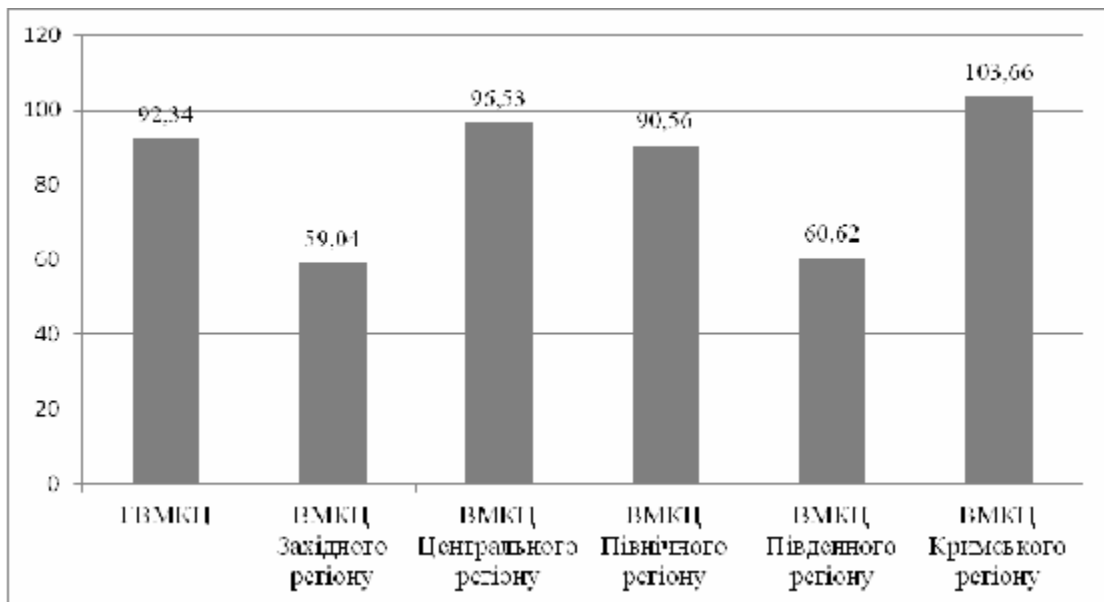


Рис. 2. Середні рівні інфекційної захворюваності військовослужбовців строкової служби за 2008–2011 рр. по ВМКЦ, %

Відповідно до отриманих даних можна констатувати, що найнижчий рівень інфекційної захворюваності спостерігався серед військовослужбовців зон відповідальності ВМКЦ Західного та Південного регіонів, найвищий – в зонах відповідальності ГВМКЦ та Кримського регіонів. Слід зазначити, що високий рівень захворюваності за будь-яким класом хвороб може свідчити не тільки про недоліки у роботі медичної служби, але й про більшу доступність медичної допомоги для контингентів. Середні рівні інфекційної захворюваності у зонах відповідаль-

ності центрів не перевищували або наближались до аналогічних показників в ЗС України.

Частка I класу хвороб у структурі загальної захворюваності військовослужбовців строкової служби наведена на рисунку 3. Як видно з рисунку, питома вага I класу хвороб у загальній структурі захворюваності військовослужбовців строкової служби була найменшою у 2008 р. (4,35 %) та мала незначні коливання протягом 2009–2011 рр. (від 6,08 % до 6,57 %) і майже збігається із середнім показником у ЗС України.

Висновки

1. Рівень захворюваності серед військово-службовців строкової служби на хвороби I класу у 2008–2011 рр. становив в середньому 106,39 ‰. Найнижчий рівень інфекційної захворюваності спостерігався серед військовослужбовців строкової служби зон відповідальності ВМКЦ Західного та Південного регіонів, найвищий – в зонах відповідальності ГВМКЦ та Кримського регіонів.

2. Питома вага I класу хвороб у загальній структурі захворюваності військовослужбовців

строкової служби в середньому становить 6,12 ‰.

3. Отримані дані слід враховувати при аналізі забезпеченості зон відповідальності ВМКЦ військовими лікарями різних спеціальностей та при плануванні їх діяльності за територіальним принципом на мирний час.

Перспективи подальших досліджень.

Провести аналіз інфекційної захворюваності військовослужбовців за зонами відповідальності ВМКЦ серед інших категорій військовослужбовців та порівняно із зареєстрованими інфекційними хворобами серед цивільного населення України.

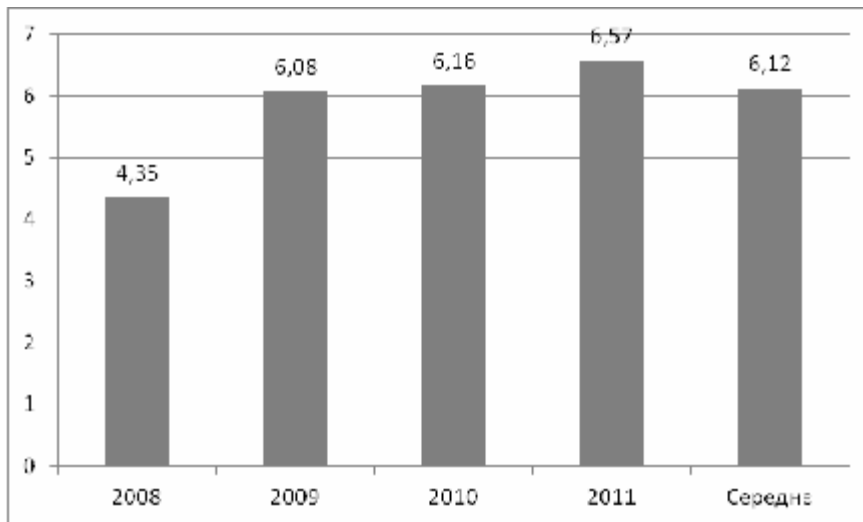


Рис. 3. Питома вага I класу хвороб серед військовослужбовців строкової служби у структурі загальної захворюваності за період 2008-2011 рр., %

Список літератури

1. Білий В. Я. Інтегрована система охорони здоров'я військовослужбовців у забезпеченні боєготовності Збройних Сил України / В. Я. Білий, М. М. Вовкодав // Наука і оборона. – 1999. – № 1. – С. 49–54.
2. 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. – № 1 (29). – С. 77–80.
3. Рум'янцев Ю. В. Здоров'я військовослужбовців як фактор національної безпеки України / Ю. В. Рум'янцев, О. А. Красюк // Проблеми військової охорони здоров'я : зб. наук. пр. Української військово-медичної академії. – К., 2008. – Вип. 23. – С. 274–281.
4. Савицький В. Л. Актуальні питання захворюваності військовослужбовців Збройних Сил України на сучасному етапі / В. Л. Савицький, Л. А. Устінова, М. І. Хижняк // Сучасні аспекти військової медицини. – 2009. – № 14 – С. 94–97.
5. Устінова Л. А. Епідеміологічні особливості інфекційної захворюваності військовослужбовців видів та родів військ ЗС України / Л. А. Устінова // Охорона здоров'я України. – 2007. – № 1(25). – С. 273–274.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СРЕДИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ СРОЧНОЙ СЛУЖБЫ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ УКРАИНЫ

Г. С. Рожков (Киев)

Проведен анализ уровня и структуры заболеваемости болезнями I класса среди военнослужащих срочной службы Вооруженных Сил Украины за 2008–2011 гг. Также изучена заболеваемость по I классу болезней в зонах ответственности военно-медицинских клинических центров и определены их региональные особенности.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **заболеваемость, военнослужащие, региональные особенности.**

GENERAL CHARACTERISTICS OF INFECTIOUS MORBIDITY AMONG MILITARY SERVICEMEN OF THE ARMED FORCES OF UKRAINE

H. S. Rozhkov (Kyiv)

The analysis of the level and structure of the incidence of diseases of the I class among conscripts of the Armed Forces of Ukraine for 2008–2011 has been carried out. Also there has been studied the incidence of disease in the Class I areas of responsibility of military medical clinical centers, and determined their regional peculiarities.

KEY WORDS: morbidity, military personnel, regional features.

Рецензент: д.мед.н. Н. В. Медведовська

УДК 618.14:616-006(477)(048)

Л. І. ВОРОБІЙОВА, Н. Я. ЖИЛКА, Т. В. ЗАЙКОВА (Київ, Тернопіль)

ПРОБЛЕМИ ПАТОЛОГІЇ ШИЙКИ МАТКИ В УКРАЇНІ: АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД НАУКОВОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Національний інститут раку

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика
Тернопільський обласний клінічний перинатальний центр «Мати і дитина»

Проведено аналіз рівня захворюваності жінок на рак шийки матки в Україні. Виявлено тривожні тенденції: зростання захворюваності, зокрема серед жінок молодого віку, збільшення випадків занедбаних форм захворювання. Відображено рівні смертності жінок в результаті захворюваності на рак шийки матки. Зазначається, що рак шийки матки належить до візуальних форм локалізації, тому своєчасна діагностика та лікування сприяють профілактиці більшості випадків захворювання та дозволяють зменшити його негативні наслідки.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: рак шийки матки, захворюваність, смертність, профілактика.

В Україні онкогінекологічна патологія у структурі онкологічної захворюваності протягом останнього десятиліття складає коло 38 % [3]. Питома вага хворих на рак жіночої репродуктивної сфери за останні 5 років серед всіх онкологічних хворих обох статей становить коло 18 %. За причиною смерті злоякісні пухлини жіночих статевих органів займають друге місце, а серед жінок працездатного віку – перше, що вказує на надзвичайну актуальність проблеми злоякісних новоутворень жіночої репродуктивної системи.

Онкоепідеміологічна ситуація в областях України характеризується високим рівнем захворюваності, смертності від раку, значною кількістю хворих, виявлених в пізніх стадіях розвитку хвороби [5].

В Україні пік захворюваності на рак, як серед жіночого, так і чоловічого населення, припадає на вікову групу 75–79 років. Пік захворюваності на злоякісні пухлини репродуктивних органів спостерігається у віковій групі 60–64 років. Різкий підйом рівня захворюваності починається з 25–29-річного віку [3–5].

Злоякісні новоутворення у жінок за віком у 2009 р. розподілилися наступним чином: у дівчаток віком до 8 років зареєстровано 8 випадків, серед жінок віком 15–49 років показник захворюваності на онкогінекологічну патологію складав 18,8 на 100 тис. жіночого населення, у жінок працездатного віку – 21,4, пенсійного віку – 24,0 [16].

Щороку в Україні реєструється близько 80 тис. випадків злоякісних новоутворень у жінок. У 2010 р. зареєстровано 81 403 випадки злоякісних новоутворень, що складає 329,89 на 100 тис. населення, з них 16 766 випадків злоякісних

хвороб репродуктивних органів, що становить 67,9 на 100 тис. населення і 20,6 % від усіх злоякісних хвороб. Динаміка онкогінекологічної захворюваності в Україні має стабільно негативну тенденцію. За період 1999–2009 рр. показник захворюваності зріс з 56,4 на 100 тис. населення до 61,6 [13, 17].

В Україні спостерігається також негативна тенденція до, так званого, «помолодшання» раку шийки матки (РШМ). За період 1997–2001 рр. спостерігається тенденція до збільшення захворюваності на РШМ у віці 20–24 р. з 1,7% до 2,9 %, 30–34 р. – з 14,6 % до 18,5 %. У віці 60–64 р. рівень захворюваності на РШМ за цей же період часу знизився з 35,9 % до 28,2 %, у 70–74 р. – з 31,6 % до 26,5 %. Вчені пов'язують цей факт з високим рівнем поширення ІПСШ у дівчаток [1].

Про несприятливість ситуації також свідчить те, що РШМ є єдиною локалізацією раку, яка протягом 25 років мала стійку тенденцію до зниження. До 1996 р. ситуація щодо онкогінекологічної патології була відносно стабільною, але, починаючи з 1997 р., відбувається поступове зростання показника захворюваності на РШМ [2, 5].

Вперше у 2010 р. зареєстровано 4883 випадки РШМ, що становить 19,8 на 100 тис. населення і 6 % від усіх злоякісних новоутворень. Наведені дані підтверджують надзвичайність проблеми онкогінекологічної патології загалом і РШМ зокрема [17].

Ще більш невтішними стають статистичні дані щодо захворюваності на рак жінок працездатного віку, який майже збігається з молодим репродуктивним віком у жінки. Так, у 2010 р. вперше зареєстровано рак у 21 944 жінок, або 163,6 на 100 тис. населення, рак статевих органів – у 6543 жінок віком 15–49 років, або 48,8 на 100

тис. населення і 29,8 % від усіх захворювань, РШМ – у 2958 жінок, або 22,0 на 100 тис. населення і 13,5 % від усіх захворювань. Наведені статистичні дані вказують на високий рівень втрат продуктивних сил, а також на втрати репродуктивного потенціалу країни, з огляду на медичні, соціальні, біологічні, демографічні, економічні проблеми, пов'язані із високим рівнем смертності жінок від раку статевих органів. Структура онкогінекологічної захворюваності не змінюється останніми роками: у 2010 р. частка жінок, хворих на РШМ, складає близько 30 % від усіх онкологічних хвороб статевих органів, що свідчить про неефективність профілактичних заходів, насамперед на національному рівні [3, 13, 16, 17].

Всього в Україні станом на початок 2011 р. хворіє на РШМ 59 644 жінки, або 241,7 на 100 тис. населення. Захворюваність на РШМ, незважаючи на високі наукові досягнення у профілактиці, продовжує зростати. За останні 10 років показник захворюваності на РШМ зріс на 10,1 % (2000 р. – 17,8 на 100 тис. населення, 2010 р. – 19,8). Водночас в країнах Європи, особливо в скандинавських країнах, відмічається стабільне зниження захворюваності на цю патологію [16, 17].

В Україні спостерігається не тільки зростання захворюваності, але і збільшення випадків занедбаних форм захворювання. В Україні близько 20 % випадків РШМ реєструється у занедбаному стані, а саме у III–IV стадії, що свідчить про недоліки в організації надання медичної допомоги жінкам з патологією шийки матки на всіх рівнях. Така ситуація впливає на високі показники смертності від злоякісних хвороб. Щорічні втрати від РШМ становлять понад 15 % від усіх випадків смерті, пов'язаних з онкологічною па-

тологією, незважаючи на те, що показник смертності від РШМ за період 2004–2009 рр. зменшився на 4,4 % (2004 р. – 9,1 на 100 тис. населення, 2009 р. – 8,7) [4, 11, 13, 14, 18, 19].

На показник загальної смертності від РШМ безпосередньо впливає показник летальності до року, який за період 1996–2002 рр. стабільно знижувався: з 39,4 на 100 тис. населення до 15,8 % у 2002 р., у 2003 р. відбулося його зростання до 17,8 %. З 2003 р. ситуація дещо стабілізувалася з незначним зниженням: у 2004 р. – 16,4 на 100 тис. населення, 2006 р. – 15,7, 2007 р. – 15,1, 2009 р. – 14,7. Проте реєструється понад 1000 випадків смерті серед жінок працездатного віку з вперше зареєстрованим діагнозом протягом звітного року лише від трьох видів онкогінекологічної патології: раку шийки матки, тіла матки та яєчника. Саме ці показники характеризують неефективність профілактичних заходів з питань попередження онкогінекологічної патології, своєчасності діагностики та лікування виявленої передпухлинної та пухлинної патології [12].

Висновки

Рак шийки матки належить до візуальних форм локалізації, що дає змогу діагностувати захворювання на ранній стадії виникнення, цим самим зменшуючи смертність жінок від РШМ. За визначенням ВООЗ, використання усіх наявних можливостей профілактики – профілактика ІПСШ, абортів, запальних процесів шийки матки, зокрема вірусу папіломи людини, який є специфічним фактором ризику для виникнення РШМ, своєчасна діагностика та лікування – сприяє профілактиці більшості випадків РШМ [6–10, 15].

Перспективи подальших досліджень пов'язані з первинною профілактикою раку шийки матки.

Список літератури

1. Аналіз діяльності онкогінекологічної служби України за 2001 рік / МОЗ України. – К., 2001. – 9 с.
2. Аналіз діяльності онкогінекологічної служби України за 2003 рік / МОЗ України. – К., 2003. – 9 с.
3. Аналіз стану надання онкогінекологічної допомоги у 2006 році / МОЗ України. – К., 2007. – 12 с.
4. Жилка Н. Я. Стан онкогінекологічної допомоги в Україні. Проблеми. Вплив на демографічну ситуацію / Н. Я. Жилка // Репродуктивное здоровье женщины. – 2007. – № 3 (32), ч. 2. – С. 24–27.
5. Жилка Н. Я. Стан онкогінекологічної захворюваності в Україні / Н. Я. Жилка, Л. І. Воробйова // Здоровье женщины. – 2004. – № 2 (18). – С. 4–7.
6. Леонтьева Л. Є. Сільська родина: проблеми та шляхи вирішення / Л. Є. Леонтьева, А. В. Толстокорова // Держ. доп. про становище сімей в Україні (за підсумками 2005 р.) / М-во у справах сім'ї, молоді та спорту, Держ. ін-т розвитку сім'ї та молоді. – Х. : Фоліо, 2007. – 87 с.
7. Сім'я в умовах становлення незалежної України (1991–2003 роки) : держ. доповідь про становище сімей в Україні за підсумками 2003 року / Держ. ін-т проблем сім'ї та молоді. – К., 2004. – С. 81–96.
8. Совещание Европейского бюро ВОЗ по проблеме ЗППП в странах Восточной Европы / Хроника. Календарь событий // Заболевания, передаваемые половым путем. № 5. Ассоциация «Санам». – 1996. – С. 21–22.
9. Стан здоров'я допризывної молоді в Україні за 1996–2004 роки / за ред. В. Л. Весельського. – К. : ДМП Полімед, 2005. – 232 с.
10. Стан здоров'я жіночого населення в Україні за 2005 р. : стат.-аналіт. дов. / гол. ред. В. Л. Весельський. – К., 2006. – 219 с.
11. Стан здоров'я населення України та результати діяльності галузі охорони здоров'я 2003 рік : щорічна доповідь. – К., 2006. – С. 100–119.

12. Стан здоров'я населення України та результати діяльності закладів охорони здоров'я. 2002 р. : щорічна доповідь. – К. 2002. – С. 345–397.
13. Стан репродуктивного здоров'я в Україні (медико-демографічний огляд) / МОЗ України, НАН України, Ін-т економіки / відп. ред. В. Стешенко. – К. 2001. – 68 с.
14. Становище сімей в умовах малих міст : державна доповідь про становище сімей в Україні. – К. : Гопак, 2005. – С. 111–134.
15. Стратегія ЄРБ ВОЗ в боротьбі з онкозаболеваннями / Сопещание ВОЗ 5 июля 2010 г., Брюссель, Бельгия [Електронний документ]. – Шлях доступу: <http://www.euro.who.int>. – Назва з екрана.
16. Центр медичної статистики МОЗ України. 2009 р. [Електронний документ]. – Шлях доступу: <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрана.
17. Центр медичної статистики МОЗ України. 2010 р. [Електронний документ]. – Шлях доступу: <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрана.
18. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2005 рік. – К., 2006. – С. 57–64.
19. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2008 рік. – К., 2009. – С. 112–118.

ПРОБЛЕМЫ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ В УКРАИНЕ: АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР НАУЧНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Л. И. Воробьева, Н. Я. Жилка, Т. В. Зайкова (Киев, Тернополь)

Проведен анализ уровня заболеваемости женщин раком шейки матки в Украине. Выявлены тревожные тенденции: рост заболеваемости, в частности среди женщин молодого возраста, увеличение случаев запущенных форм заболевания. Показаны уровни смертности женщин в результате заболеваемости раком шейки матки. Отмечено, что рак шейки матки относится к визуальным формам локализации, поэтому своевременная диагностика и лечение способствуют профилактике большинства случаев заболевания и позволяют уменьшить его негативные последствия.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: рак шейки матки, заболеваемость, смертность, профилактика.

PROBLEMS OF CERVICAL PATHOLOGY IN UKRAINE: ANALYTICAL REVIEW OF SCIENTIFIC LITERATURE

L. I. Vorobyova, N. Ya. Zhylka, T. V. Zaykova (Kyiv, Ternopil)

Analysis of the incidence of women with cervical cancer in Ukraine have been carried out. There have been revealed disturbing trends: increased incidence, particularly among young women, increase in cases of neglected disease forms. There have been shown mortality rates of women as a result of incidence of cervical cancer. It has been reported that cervical cancer is one of the visual forms of localization, so timely diagnosis and treatment helps to prevent most cases of disease and reduce its negative consequences.

KEY WORDS: cervical cancer, morbidity, mortality, prevention.

Рецензент: д.мед.н., проф. А. В. Чулілов

УДК 614.72-02:613.954.084:519.25

В. І. БЕРЗІНЬ, В. П. СТЕЛЬМАХІВСЬКА, Ю. В. МАРТИНЕНКО, Л. А. ЗАЛОТЮК (Київ)

ВПЛИВ СОЦІАЛЬНИХ І ХІМІЧНИХ ЧИННИКІВ НА СТАН ЗДОРОВ'Я ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ ПРОМИСЛОВОГО РЕГІОНУ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Комплексне гігієнічне дослідження дозволило встановити, що екзогенний вплив важких металів техногенного походження на організм дитини призводить до суттєвих змін параметрів мікроелементного гомеостазу. Вплив комбінації елементів викликає виражене зменшення рівня в біосубстратах деяких есенціальних металів – цинку, хрому, молібдену, збільшення концентрації свинцю і нікелю внаслідок антагоністичних і синергічних взаємозв'язків між елементами.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: стан здоров'я, діти дошкільного віку, важкі метали, взаємодія есенціальних металів.

Актуальність теми. В умовах забруднення навколишнього середовища важкими металами відбувається інтенсивне накопичення в плаценті різних елементів, які впливають на здоров'я майбутньої дитини [1, 2, 3, 4]. Але й досі не встановлені показники “звичайного” вмісту ряду металів в організмі дітей та немовлят [5, 6, 7], від яких можна було б відштовхнутися при проведенні подальших досліджень в даній області, зокрема, щодо встановлення та запобігання небажаним змінам мікроелементного статусу останніх [8, 9, 10, 11]. Все вищевказане зумовлює актуальність і необхідність вирішення проблеми встановлення особливостей впливу на дитячий організм в нормі та патології важких металів техногенного походження.

Метою роботи є гігієнічна оцінка особливостей впливу на дитячий організм в нормі та при патології існуючого рівня та структури забруднення навколишнього середовища важкими металами для обґрунтування методичних підходів до формування груп ризику дитячого населення та проведення корективних заходів.

Основні завдання досліджень: 1. Виявити особливості мікроелементного та імунного статусів складових системи “мати - немовля” з визначенням показників їх мікроелементного гомеостазу; оцінити вплив забруднення довкілля важкими металами на деякі показники здоров'я матері та дитини. 2. Визначити і дати оцінку особливостям вмісту металів і параметрів імунологічної реактивності організму дітей, які страждають деякими захворюваннями, алергічними хворобами та їх поєднанням в залежності від екологічної ситуації.

Методи та об'єм дослідження. Об'єктом дослідження були здорові діти 3 – 4 річного віку

(1248 дітей), немовлята та їхні мами (20 пар), а також дошкільнята (63 дитини), які страждають дисбактеріозами кишечника (ДК), хронічними гастродуоденітами (ХГ), алергічними захворюваннями (АЗ) та їх поєднанням. Для вибору об'єкта дослідження були використані опитувально-статистичний метод, прийом “копія – пара”, метод аналізу первинної медичної документації дитячих дошкільних установ. З метою виділення однорідних контингентів групи спостереження формувалися з врахуванням віку, стану здоров'я, соціально-побутових умов мешкання, особливостей харчування дітей.

В результаті проведеного аналізу були виділені такі зони спостереження, які відрізняються структурою та рівнем забрудненості ґрунту важкими металами: зона чистого досліду (ЧД); зони, дослідні по одному із досліджуваних металів (Дх, де х - досліджуваний метал); зона чистого контролю (ЧК); зона умовного контролю (УК). Зони спостереження підбиралися поза ділянками радіаційного забруднення з метою усунення можливого синергічного ефекту дії при співпаданні площ з аномальними значеннями потужності експозиційної дози гамма-випромінювань з ділянками хімічного забруднення, а також з врахуванням інших хімічних та фізичних факторів навколишнього середовища. Параметри мікроелементного статусу визначалися методом атомно-абсорбційної спектрофотометрії проб.

Результати досліджень. Аналіз карт забруднення території важкими металами показав, що 14 % площі великого промислового міста має сумарний показник забруднення (СПЗ) металами, котрий відповідає заміському фоновому або перевищує його в 2 і менше разів. Близько 14 % територій міста характеризується небезпечним

рівнем забруднення – СПЗ ґрунту в 16 – 64 рази більший фонового, а 2 % – надзвичайно небезпечним рівнем забруднення – СПЗ ґрунту перевищує фоновий більш, ніж в 64 рази. Комплексна оцінка забрудненості території дозволила визначити зони спостереження, які характеризуються особливостями: ґрунт зони ЧД забруднений комбінацією важких металів; територія зон, дослідних по кожному із досліджуваних металів, містить один із металів на рівні зони ЧД, а вміст інших металів мінімальний; у ґрунті зони УК всі 6 металів містяться не в екстремальних концентраціях без переважання будь-якої з них; територія зони спостереження ЧК не забруднена важкими металами. Основними забруднювачами навколишнього середовища дослідних зон спостереження є цинк, мідь, свинець, нікель, хром і молібден. Захворюваність дітей як один із основних критеріїв стану здоров'я була оцінена в динаміці в групі дошкільнят 3 – 4 річного віку, які виховувалися в вибраних дитячих дошкільних установах, за даними звітних форм.

Як свідчать результати проведеної оцінки, показник загальної захворюваності дітей протягом часу спостереження істотно не змінився, коливається в межах 1780 – 2600 випадків на 1000 дітей залежно від районів спостереження і суттєво не відрізняється від аналогічного показника міста. Структура захворюваності також залишалася без особливих змін – 1 рангове місце посідають захворювання органів дихання (70 – 78 %), 2 – шлунково-кишкового каналу (15 – 28 %), 3 – дитячі інфекції (3,4 – 5,4 %). Когорта дітей, які часто та довго хворіють, склала 18 – 24 % обстежених і формує 60 % всієї захворюваності. Хронічна патологія встановлена у 5,6 % обстежених. Загальна захворюваність дітей різних груп спостереження істотно не відрізняється. Однак при аналізі структури захворюваності були встановлені деякі особливості. Так, в порівнні з районом ЧК, в зоні ЧД, а також досліді по молібдену, збільшилася питома вага захворювань органів травлення (15 %, 28 %, 28 % відповідно). Розповсюдженість гострих респіраторних захворювань більша у зонах ЧД та досліді по свинцю (1358 %, 1387 %, контроль – 12,1 %). Індекс здоров'я дітей вищий у контрольних зонах в порівнянні з найбільш забрудненими районами. Рівень поширеності хронічних захворювань окремих систем не має чітких закономірностей.

Комплексна оцінка стану здоров'я дітей дозволила уніфікувати методику дослідження завдяки формуванню однорідних за значенням критеріїв здоров'я груп дошкільнят. Аналіз отриманих результатів свідчить про те, що відмінності показників фізичного розвитку різних груп спостереження статистично недо-

стовірні. Дані досліджень функціонального стану основних систем органів відповідають віковим нормам. З метою стандартизації дослідження із груп спостереження були виключені діти з хронічною патологією, різко дизгармонійним розвитком, а також ті, що довго і часто хворіють (більше 4 раз на рік). Проведений аналіз захворюваності вказує на те, що серед гострих захворювань обстежених груп дітей найбільш часто зустрічаються хвороби органів дихання ($76,2 \pm 1,6 \% - 77,8 \pm 1,3 \%$). 65 % дітей груп спостереження належить до I групи здоров'я, 35 % – до II групи, що свідчить про достатньо однорідний контингент для подальшого аналізу.

При аналізі екзогенного впливу металів на рівень відповідних елементів в організмі встановлено, що має місце кореляція між вмістом деяких металів в ґрунті і волоссі, зокрема, це стосується свинцю ($r=+0,132$), молібдену ($r=-0,56$). Вміст міді в організмі – показник стабільний і мало змінюється під впливом екзогенної міді ($r=+0,132$). В випадках моноелементної дії цинку та хрому їх вміст в волоссі залежить від концентрації відповідних елементів в ґрунті ($r=+0,41$, $r=+0,437$ відповідно). З метою встановлення середніх показників мікроелементного статусу немовлят і породіль, що проживають в зоні ЧК, а також виділення факторів, що їх визначають, проведено дослідження металевого спектру деяких субстратів-середовищ (волосся, грудне молоко).

При визначенні особливостей впливу непрофесійної екзогенної експозиції матерів важкими металами на показники мікроелементного гомеостазу встановлено, що волосся жінок, які мешкають на території, містить даний метал в концентрації, що лежить поза межами її визначеної атомно-абсорбційною спектrophотометрією. Однак він виявляється в їх грудному молоці, а також волоссі дітей, які народилися від матерів даної групи. Це свідчить про завищення рівня свинцю в ґрунті. Підвищення концентрації свинцю в ґрунті місць проживання жінок другої групи до 30–60 мг/кг супроводжується визначенням у волоссі матерів, а також достовірним підвищенням його вмісту в грудному молоці і в волоссі немовлят.

Зміни в імунній системі, зумовлені свинцем, пов'язані з T-системою. Свинець пригнічує показники T-лімфоцитів, в основному за рахунок T-хелперів в організмі матері, немовлят – T-супресорів. Дані показники суттєво відрізняються в групах немовлят та матерів, поділених за ознакою проживання на території, яка містить різну концентрацію свинцю. Метал, що знаходиться в організмі матері, має прямий стимулювальний вплив на показник спонтанної бласттрансформації лімфоцитів (СБТЛ) немовлят, який у наших

дослідженнях значно перевищує норму, свинець грає роль ендogenous «імуноподрозника», який підтримує показник СБТЛ на високому рівні, що може привести до напруження і виснаження функціональної активності клітинного імунітету. Рівень міді в організмі немовлят корелює з показниками Т-системи імунітету – загальною кількістю Т-лімфоцитів ($r=+0,537$), Т-хелперів ($r=+0,586$), Т-супресорів ($r=+0,383$), цинку – активними Т-лімфоцитами ($r=+0,671$), Т-суперсорами ($r=+0,711$), загальною популяцією Т-клітин ($r=+0,404$), що може характеризувати його неспецифічним активатором клітинного імунітету.

Таким чином, нормальні параметри мікроелементного статусу матері в значній мірі забезпечують формування повноцінного мікроелементного гомеостазу та імунної системи немовляти. Забруднення ґрунту місць проживання матерів металами може викликати негативні зміни показників, як самого мікроелементного статусу матері, так і імунної системи. При цьому мають місце і опосередкований, і прямиий вплив забруднювачів на організм дитини, що розвивається, і викликає необхідність контролю як за станом навколишнього середовища щодо вмісту металів, так і показниками мікроелементного статусу вагітних, матерів, які годують дітей грудьми, дітей, а за необхідності – і імунної системи.

Окрім цього, ми провели аналогічні дослідження в деяких групах хворих, поділених за нозологічною ознакою. Основна увага була приділена патології шлунково-кишкового каналу і алергічним захворюванням. При обстеженні дітей, що страждають ДК або мають в анамнезі алергічні прояви (13), виявлені більш глибокі порушення показників металевого статусу ніж при ізольованих патологічних процесах. Найбільш несприятливі зміни відбулись в групі дітей 6–12 місячного віку і старших за 3 роки. Отже поєднання в анамнезі і ДК та алергії особливо у дітей до року та старших 3 років, є підставою для проведення дослідження металевого статусу з подальшою, при необхідності, металокорекцією. Із контамінантів, що впливають на

організм, суттєвим виявився екзогенний вплив свинцю, який приводить до накопичення металу в організмі.

Рівень деяких металів в організмі корелює із показниками імунного статусу, що підтверджує наявність між ними зв'язку. Накопичення свинцю в організмі хворих дітей зумовлює паралельний ріст показника СБТЛ. Це підтверджує отримані нами раніше дані про свинець як ендogenous «імуноподрозник». Подібний вплив має і молібден. Дефіцит цинку зумовлює зниження загальної кількості Т-лімфоцитів, в основному, за рахунок Т-супресорів, що підтверджується даними літератури [9, 10]. Встановлені зв'язки між параметрами імунологічного та мікроелементного статусів свідчать про значний опосередкований вплив непрофесійного навантаження металами на хворий організм.

Висновки.

1. Забруднення об'єктів навколишнього середовища важкими металами поглиблює явище мікроелементного дисбалансу при захворюваннях органів травлення у дітей, що є підставою для проведення відповідних корективних заходів.

2. Захворювання органів травлення перебігають на фоні вираженого дисбалансу металів. Етіологічним фактором розвитку діареї при ДК може бути дефіцит цинку та накопичення в організмі молібдену. Поєднання цих патологічних процесів перебігає на фоні більш вираженого дисбалансу мікроелементів.

3. Захворювання шлунково-кишкового тракту супроводжуються порушенням імунологічної реактивності, які стосуються, в основному, клінічної ланки імунітету і функціональної активності гуморального; в організмі алергізованих дітей, окрім цього, виявлені кількісні зміни В-системи імунітету. Встановлена наявність зв'язку між виявленими порушеннями і явищем дисбалансу металів в організмі, що свідчить про негативний екзогенний вплив важких металів на імунологічну реактивність організму.

Список літератури

1. Берзін В. І. Особливості забруднення навколишнього середовища важкими металами та пестицидами та прогнозування ризику для здоров'я дитячого населення / В. І. Берзін, Д. Л. Лебедев // Гігієна населених місць. – 2005. – Випуск № 46. – С. 576-578.
2. Берзін В. І. До питання становлення та розвитку досліджень стану здоров'я дітей після аварії на ЧАЕС / В. І. Берзін, В. П. Стельмахівська. // Актуальні проблеми психології. – 2006. – Том 5, № 5 – С. 34-37.
3. Чекман І. С. Нанотоксикологія: напрямки досліджень (огляд) / І.С. Чекман, А.М. Сердюк, Ю.І. Кундієв, [та ін.]. // Довкілля та здоров'я. – 2009. – № 1(48). – С.3-7.
4. Берзін В. І. Особливості формування здоров'я дітей – переселенців з зон безумовного відселення / В. І. Берзін, Л. С. Гармаш // Гігієна населених місць. – Випуск 35. – К., 1999. – С. 385-392.
5. Трахтенберг І. М. Экспериментальные данные о кардиовазотоксическом действии вредных химических веществ / И. М. Трахтенберг, В. А. Тьчимнин, Г. Е. Верич // Химические факторы производственной среды и сердечно-сосудистая система. – Ереван : Айастан. – 2006. – С. 71-73.

6. Берзинь В. И. Медико-экологические и социальные аспекты влияния факторов риска окружающей среды на здоровье школьников / В. И. Берзинь, В. П. Стельмаховская // Зб. мат. научн. конф. «Эколого-гигиенические аспекты окружающей среды и здоровья человека». – СПб., 2007. – С. 79-82.
7. Гігієна дітей та підлітків (за ред. проф. Берзіня В.І.): Підручник для ВМНЗ МОЗ України III – IV рівнів акредитації. – К.: Асканія, 2011. – 312 с.
8. Берзинь В. И. Этапы формирования мониторинга здоровья детского населения / В. И. Берзинь, Д. Л. Лебедев. // Материалы Пленума Научн. Совета по экологии человека и окружающей среды Росс. АМН «Современные проблемы экологии города». – М., 2006. – С. 37-39.
9. Берзинь В. И. Здоров'я дітей та підлітків: гігієнічні та психофізіологічні аспекти / В.І. Берзінь, С. А. Щудро // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – № 2. – 2011. – С. 58-62.
10. Берзинь В. И. Фізіолого-гігієнічні основи контролю за фізичним розвитком дітей за умов їх перебування в дошкільних установах / В. І. Берзінь, В. П. Стельмахівська, О. М. Калініченко, Ю.В. Мартиненко. // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я – № 1 (17). – 2012. – С. 88-89.
11. Берзинь В. И. Методические аспекты медико-социального и гигиенического обеспечения безопасности факторов окружающей и учебной среды в целях сохранения и укрепления здоровья детского населения / Берзинь В. И., Кирсанова Е. В., Стельмаховская В. П. // Матер. объедин. пленума науч. советов Рос.АМН по экологии человека. – М., 2010. – С. 41 – 43.

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ И ХИМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ПРОМЫШЛЕННОГО РЕГИОНА

В. И. Берзинь, В. П. Стельмаховская, Ю. В. Мартыненко, Л. А. Залотюк (Киев)

Комплексное гигиеническое исследование позволило установить, что экзогенное влияние тяжелых металлов техногенного происхождения на организм ребенка приводит к существенным изменениям параметров микроэлементного гомеостаза. Влияние комбинации элементов вызывает выраженное уменьшение уровня в биосубстратах некоторых эссенциальных металлов – цинка, хрома, молибдена и увеличение концентрации свинца и никеля вследствие антагонистических и синергических взаимосвязей между элементами.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: состояние здоровья, дети дошкольного возраста, тяжелые металлы, взаимодействие эссенциальных металлов.

THE INFLUENCE OF SOCIAL AND CHEMICAL FACTORS ON THE HEALTH OF CHILDREN POPULATION IN THE CONDITIONS OF THE INDUSTRIAL REGION

V. I. Berzin, V. P. Stelmahivska, Yu. V. Martynenko, L. A. Zalotyuk (Kyiv)

Complex hygienic research determined that exogenous influence of heavy metals of technogenal origin on child's organism leads to considerable changes of microelemental homeostasis parameters. The influence of elements combination provokes the impressed decrease of the level in biosubstrates of some essential metals – zink, chrome, molibden, concentration increase of plumb and nickel due to the antagonistical and synergical relationships between elements.

KEY WORDS: microelemental status, heavy metals, pre-school children.

Рецензент: д. мед. н., проф. О. М. Голяченко.

С. Н. ВАДЗЮК, І. Б. ПАНЬКІВ, І. Я. ПАПІНКО (Тернопіль)

ПОШИРЕНІСТЬ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ СЕРЕД СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ПЕРШИХ КУРСІВ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського»

Останнім часом збільшується частота проявів гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) серед осіб молодого віку, особливо у студентів, які навчаються у вищих навчальних закладах. Проведені дослідження з використанням анкети - опитувальника GERD Screener, адаптованого для України, показали, що симптоми, які можуть бути розцінені, як ранні прояви ГЕРХ відмічають 43,1 % респондентів. Одержані результати підтверджують дані європейських та вітчизняних вчених про високий ступінь поширеності захворювання ГЕРХ.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, анкетування респондентів, населення західного регіону.

Функціональні порушення шлунково-кишкового тракту заслуговують на особливу увагу, як найпоширеніші захворювання сьогодення. Серед них виділяють функціональні захворювання стравоходу (гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба), функціональні розлади шлунка (функціональна диспепсія), кишечника (синдром подразненої кишки) та інші [2].

Варто відмітити, що на даний момент актуальною є проблема зростання частоти гастроентерологічної патології в осіб молодого віку. Запальні процеси шлунково-кишкового тракту в першу чергу впливають на якість життя, суттєво знижують трудову активність людей працездатного віку, що зрештою впливає на розвиток суспільства в цілому. Тому раннє виявлення та адекватні методи профілактики таких порушень є першочерговим завданням сучасної медицини.

Останнім часом із відомих функціональних порушень шлунково-кишкового тракту найбільшого поширення набувають функціональні розлади стравоходу, а саме гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) з її основними симптомами та позастравохідними проявами [3]. За результатами численних досліджень зарубіжних вчених, які представлені в сучасній літературі, симптоми ГЕРХ спостерігаються у 20–40 % населення земної кулі [6]. Результати епідеміологічного дослідження ГЕРХ у різних країнах світу показали, що поширеність симптомів цього захворювання частіше спостерігається серед людей промислово розвинених районів західної частини світу і менше – в азійських та африканських народностей [5].

У нашій країні дослідженням епідеміології та раннього виявлення ГЕРХ займалися вчені Інсти-

титу терапії ім Л. Т. Малої НАМН України у Харкові і за даними Г. Д. Фадеєнко, різні симптоми ГЕРХ відмічали у 10,9–31,8 % респондентів [6].

Проведений аналіз доступної нам літератури показав, що подібних робіт, які стосувалися б ранньої діагностики та поширеності ГЕРХ серед молодого населення західного регіону України, не проводилося. Тому метою наших досліджень стало вивчення розповсюдження ГЕРХ в Тернопільському регіоні.

Більшість авторів, що вивчають цю проблему, вказують на те, що симптоми ГЕРХ часто зустрічаються у людей молодого віку. Особливу групу складають студенти, які навчаються у вищих навчальних закладах, у яких частіше спостерігаються функціональні порушення, шлунково-кишкового тракту [4], що пояснюється нейрогуморальною адаптацією до змінених соціальних умов, навчальною діяльністю, зміною ритму та характеру харчування, способу життя та ін. [7].

Мета дослідження. Враховуючи літературні дані про частоту виявлення ГЕРХ у молодих людей, зокрема східного регіону України, вирішили дослідити поширеність симптомів захворювання серед студентів початкових курсів Тернопільського медичного університету.

Матеріали і методи. Ми запропонували студентам початкових курсів письмово відповісти на ряд запитань. За основу нашої анкети був використаний адаптований для України опитувальник GERD Screener [1]. Серед статистичних величин, які використовувалися при проведенні обстежень визначали середню арифметичну величину (M), помилку середньоквадратичного відхилення ($\pm m$), обчислення проводили з розрахунку відсоткового відхилення від кількості анкетованих (кількість анкетованих приймалася за 100,0 %).

Респонденти відповідали на запитання, які стосувалися самопочуття протягом останнього місяця, а також вказували на відсутність або наявність симптомів ГЕРХ (печія, регургітація, біль за грудниною та ін.), частоту їх виникнення (менше ніж один раз на місяць, один раз на місяць, один раз на тиждень, кілька разів на тиждень, щодня) та способів лікування цих симптомів.

Результати дослідження та їх обговорення. Кількість опитуваних склала 432 особи, серед яких 191 (44,2 %) чоловічої та 241 (55,8 %) жіночої статі. Вік обстежуваних становив в середньому у хлопців $21,86 \pm 1,13$, дівчат $22,02 \pm 1,28$ років.

Аналіз відповідей респондентів, які стосувалися основних симптоматичних проявів ГЕРХ показав, що відчуття печії відмічалася у 186 (43,1%) опитуваних, з яких у 81 (18,8 %) хлопця та у 105 (24,3 %) дівчат з частотою виникнення більше 1 разу на місяць. Прояви печії, які турбували зрідка протягом останнього місяця, відмітили 88 (20,3%) опитуваних, а виникнення цього симптому один або декілька разів на тиждень спостерігали 38 (8,8 %) студентів. 3 (0,7 %) опитуваних вказали на постійне відчуття печії.

На питання, що стосувалося відчуття затрудненого болючого ковтання їжі позитивно відповіли 119 (27,5%) студентів. Більшість з них такі відчуття відмічали зрідка і тільки у 10 (2,3 %) чоловік – часто протягом місяця.

Аналіз відповідей, що стосувалися атипичних проявів ГЕРХ виявив, що 34 (7,9 %) студенти відчували зрідка печію під час сну. Больові відчуття в нижній третині груднини в положенні лежачи або при нахилі тіла вперед турбували 127 (29,4%) обстежуваних, з яких постійно це спостерігалось у 8 (1,9 %) чоловік. Привертає

увагу те, що у 134 (31,0 %) опитаних зрідка з'являлися перебої в роботі серця, які вони пов'язують з особливостями харчування.

Відповіді, що стосувалися непрямих симптомів ГЕРХ, таких як покашлювання, охриплість голосу, хрипіння вночі були позитивним у 301 (69,7 %), 254 (58,8 %) та 84 (19,4 %) опитуваних відповідно.

Проведення медикаментозного лікування вищеперерахованих проявів відмітили 58 (13,4 %) анкетованих, причому 37 (8,6 %) з них самостійно короточасно приймали антацидні препарати, а 21 (4,9 %) – після консультації з лікарем застосовували комплекс антацидних засобів та блокаторів протонної помпи протягом 10 – 14 днів.

Висновки

За результатами проведеного анкетування та аналізу одержаних результатів дослідження поширеності ГЕРХ серед студентів початкових курсів Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського можна стверджувати, що у вибраній групі відсоткове співвідношення кількості осіб, у яких виявлено симптоматику ранніх проявів запальних процесів стравоходу, відносно здорових підтверджує дані європейських та вітчизняних вчених про високий ступінь поширеності захворювання.

Перспективи подальших досліджень. Проведене дослідження сприяє впровадженню в лікарську практику методики виявлення та ранньої профілактики захворювань шлунково-кишкового тракту, зокрема ГЕРХ. Метод анкетування, який ми використовували у дослідженнях, підтверджує твердження вчених Інституту терапії ім Л. Т. Малої НАМН України про можливість його використання для ранньої діагностики та профілактики функціональних захворювань стравоходу.

Список літератури

1. *Фадеєнко Г. Д.* Алгоритм раннього виявлення ГЕРХ : Свідоцтво № 26148 / І. Е. Кушнір, В. М. Чернова, М. О. Бабак, Т. А. Соломенцева, Є. Ю. Фролова, А. Г. Романюк, – Заявка № 26255; заявлено 03.07.2008, зареєстровано 17.10.2008.
2. *Бабак О. Я.* Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / О. Я. Бабак Г. Д. Фадеенко. – К. : Интерфарма, 2000. – 175 с.
3. *Гриневич В. Б.* / Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и ее внепищеводные проявления: современные представления о диагностике и лечении / О. А. Саблин, – СПб. : ООО «Береста», 2004. – 171 с.
4. *Зайцев В. П.* Здоровье студентов технических ВУЗов / В. П. Зайцев // Гигиена и санитария. – 2003. – № 2. – С. 46 - 48.
5. *Лазебник Л. Б.* Современное понимание гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: от Генваля к Монреалу / Л. Б. Лазебник, Д. С. Бордин, А. А. Машарова // Экспер. клин. гастроэнтерол. – 2007. – № 5. – С. 4 - 10.
6. *Фадеенко Г. Д.* Эпидемиологические аспекты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / Г. Д. Фадеенко, И. Э. Кушнір, М. О. Бабак // Сучасна гастроентерологія. – 2008. – № 5 (43). – С. 12 - 16.
7. *Швыдкий О. В.* / Особенности образа жизни и его значение в формировании здоровья студентов / О. В. Швыдкий // Мед. соц. пробл. семьи. – 2002. – Т.7, № 2. – С. 41 - 45.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ ПЕРВЫХ КУРСОВ

С. Н. Вадзюк, И. Б. Панык, И. Я. Папинко (Тернополь)

В последнее время увеличивается частота проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у лиц молодого возраста, особенно у студентов, обучающихся в высших учебных заведениях. Проведенные

исследования с использованием анкеты - опросника GERD Screener, адаптированного для Украины, показали, что симптомы, которые могут быть расценены, как ранние проявления ГЭРБ отмечают 43,1 % респондентов. Полученные результаты подтверждают данные европейских и отечественных ученых о высокой степени распространенности заболевания ГЭРБ.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, анкетирование респондентов, население западного региона.

PREVALENCE OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN FIRST YEAR MEDICAL STUDENTS

S. N. Vadzyuk, I. B. Pankiv, I. Ya. Papinko (Ternopil)

Recently, the frequency of gastroesophageal reflux disease (GERD) has increased among young people, especially students of higher educational institutions. Studies using questionnaires - GERD Screener, adapted for Ukraine, showed that the symptoms that could be early manifestations of GERD were found in 43.1% of respondents. The results confirm the data of European and domestic scientists on a high degree of prevalence of GERD disease.

KEY WORDS: gastroesophageal reflux disease, survey respondents, population of the western region.

Рецензент: д.мед.н., проф. В.А. Кондратюк

УДК: 616.24-002.5+616.12/14]-06:612.127.2

І. Т. П'ЯТНОЧКА, С. І. КОРНАГА, Н. В. ТХОРИК (Тернопіль)

САТУРАЦІЯ КРОВІ КИСНЕМ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ В ПОЄДНАННІ З СЕРЦЕВО-СУДИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського»

У статті наведені дані дослідження про сатурацію крові киснем у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень з ускладненнями і супутньою патологією серцево-судинної системи.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: туберкульоз легень, серцево-судинна патологія, сатурація крові киснем.

За останні десятиліття різко скоротилася кількість публікацій стосовно серцево-судинної патології у хворих на туберкульоз легень. Проблеми туберкульозу легень в поєднанні з кардіоваскулярною патологією приділяється надто мало уваги, хоч вона є на сьогодні актуальною та потребує достеменного вивчення. Підтвердженням слугують такі дані: із загальної кількості (12470) проаналізованих за 10 років медичних карт стаціонарних хворих на туберкульоз легень ускладнення (легеневе серце, міокардіопатія) і супровідні захворювання з боку кардіоваскулярної системи (ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба, нейроциркуляторна дистонія) спостерігались відповідно у 26,5 і 11,4 % пацієнтів. До того ж, в останні 5 років їх частота достовірно зросла: ускладнень з 23,5 до 30,1 % ($p < 0,01$), а супровідних захворювань з 9,8 до 12,7 % ($p < 0,01$) [3]. Поєднання туберкульозу з серцево-судинною патологією значно частіше спостерігалось осіб з сільської місцевості, порівняно з хворими з міста, відповідно 70,6 % і 29,5 % ($p < 0,05$), що свідчить про незадовільне медичне обслуговування сільського населення, низьку санітарну грамотність, часте зловживання алкоголем, курінням, ненормовану тяжку фізичну працю і нераціональне харчування [3].

При поєднанні туберкульозу легень і патології серцево-судинної системи страждає надходження та утилізація кисню в організмі хворої людини, оскільки шляхи надходження кисню, використання його в окислювальних процесах і механізм зворотного транспорту вуглекислого газу залежать від різних чинників, передусім, порушень функціонального стану легенево-серцевого, властивого для хворих на туберкульоз легень. Ці порушення спостерігаються вже на ранніх стадіях розвитку туберкульозу, оскільки серцево-судинна система надзвичайно чутлива до туберкульозної інтоксикації та артеріальної гіпоксемії [4]. При тривалому впливі різних

шкідливих чинників, головним чином, гіпоксії, настає дисфункція ендотелію з її наслідками – можливим розвитком легеневої гіпертензії і ХЛС [1, 5].

Своєчасне виявлення легеневої гіпертензії, гіпертрофії правого шлуночка і перших проявів легенево-серцевої недостатності у хворих на туберкульоз легень дозволяє запобігти тяжким наслідкам. Серед усіх причин декомпенсації, дистрофічні порушення в міокарді, недостача надходження кисню є основними.

Метою дослідження було вивчення сатурації крові киснем у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень в поєднанні з супутньою серцево-судинною патологією і ускладненнями з боку серцево-судинної системи.

Матеріали і методи. Рівень насичення артеріальної крові киснем (SpO_2) визначали у 68 хворих на вперше діагностований туберкульоз легень (ВДТБЛ), 25 хворих на ВДТБЛ з супутньою серцево-судинною патологією і 25 хворих на ВДТБЛ з ускладненнями із боку серцево-судинної системи. Контрольну групу склали 27 здорових осіб. Визначення насичення артеріальної крові киснем проводили за допомогою пульсоксиметра «Ютасокси-201». Цифровий матеріал піддавався статистичній обробці з вирахуванням показника достовірності.

Результати дослідження та їх обговорення. Рівень сатурації крові киснем у осіб різних груп наведені в таблиці 1.

З наведеної таблиці видно, що у хворих на ВДТБЛ спостерігалася знижена сатурація крові киснем, порівняно з особами контрольної групи. Проте найбільш знижена SpO_2 констатована у хворих на ВДТБЛ з ускладненнями і супутніми захворюваннями з боку серцево-судинної системи і, передусім, у пацієнтів чоловічої статі.

Важливо підкреслити, що SpO_2 має особливе значення, оскільки ступінь насичення артеріальної крові киснем є незамінним параметром життєдіяльності організму. Незначне порушення роботи легень і серця поступово призводить до розвитку хронічної нестачі кисню в організмі

Таблиця 1. Сатурація крові киснем у осіб контрольної групи та у хворих на туберкульоз легень, з ускладненнями і супутньою серцево-судинною патологією ($M \pm m$)

Група	Стать (%)		Разом (%)
	чоловіча	жіноча	
Контрольна (n=27)	98,33±0,21 (n=6)	98,67±0,14 (n=21)	98,59±0,28
ВДТБЛ (n=68)	95,81± 0,32* (n=52)	98,13± 0,30 (n=16)	96,35±0,28*
ВДТБЛ із супутньою серцево-судинною патологією (n=25)	92,27±0,82* ** (n=15)	94,71±0,73* ** (n=10)	93,23±0,64* **
ВДТБЛ з ускл. з боку серцево-судинної системи (n=25)	90,71±0,55* ** (n=17)	92,25±0,88* ** (n=8)	91,17±0,57* **

Примітки: 1. * – показник вірогідно відрізняється від таких контрольної групи ($p < 0,05$);

2. ** – показник вірогідно відрізняється від таких у хворих на ВДТБЛ ($p < 0,05$).

(гіпоксії), яка негативно відображається на всіх органах і системах організму і, передусім, серцево-судинній діяльності. Зниження оксигенації крові у хворих при поширених хронічних формах туберкульозу легень є наслідком незворотних органічних змін в легеневій паренхімі і функціонального скорочення легеневої артерії [2]. Найнижча SpO_2 спостерігалася у хворих на туберкульоз легень з ускладненнями і супутньою патологією серцево-судинної системи, що, поряд з органічними і функціональними змінами в легенях, пов'язано і з ушкодженням міокарда та судин. Своєчасна антимикобактеріальна й адекватна патогенетична терапія, зокрема оксигенотерапія, дозволяють сповільнити чи навіть запобігти розвитку тяжких легенево-серцевих ускладнень.

Проведені дослідження дають підставу констатувати, що у хворих на туберкульоз легень значно знижена SpO_2 при наявності ускладнень чи супутньої патології серцево-судинної системи. Однак ці зміни були значнішими у чоловіків-курців – хворих на туберкульоз легень. Отже, пропаганда боротьби з курінням серед населення взагалі і, зокрема, у хворих на туберкульоз повинна займати центральне місце при проведенні лікувально-профілактичних заходів, а девіз ВООЗу «Куріння чи здоров'я – вибирайте самі» необхідно доносити до кожної людини.

Своєчасне і адекватне використання на фоні антимикобактеріальної терапії патогенетичних

засобів, зокрема дезінтоксикаційних, бронхолітиків, відхаркувальних, в окремих випадках і оксигенотерапії, лікувальної фізкультури, дозованої праці, відмова від шкідливих звичок (куріння, зловживання алкоголем) приводить до більш повноцінного видужання і відновлення функціонального стану організму в цілому і, зокрема, легенево-серцевої системи.

Висновки

1. У хворих на вперше діагностований туберкульоз легень знижена сатурація крові киснем, порівняно зі здоровими особами.

2. Найнижча сатурація крові спостерігалася у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень осіб чоловічої статі з ускладненнями, а також супутніми захворюваннями з боку серцево-судинної системи.

3. Своєчасне і адекватне застосування на фоні антимикобактеріальної терапії патогенетичних засобів, а також систематичне провітрювання палат, тривале перебування на свіжому повітрі, а в окремих випадках – оксигенотерапія, дотримання здорового способу життя приводить до більш повноцінного видужання і відновлення функціонального стану організму в цілому і, зокрема, легенево-серцевої системи.

Перспективи подальших досліджень спрямовані на поглиблене вивчення сатурації крові киснем у хворих на туберкульоз легень в поєднанні з окремими захворюваннями серцево-судинної системи.

Список літератури

1. Новикова Н. Дисфункція ендотелія – нова мишень медикаментозного впливу при серцево-судинних захворюваннях [Текст] / Н. Новикова // Врач. – 2005. – № 8. – С. 51-53.
2. П'ятночка І. Т. Сатурація крові киснем у хворих на туберкульоз легень [Текст] / І. Т. П'ятночка, С. І. Корнага, Н. В. Корнага // Вісник наукових досліджень. – 2009. – № 1. – С. 18-20.
3. Структура хворих обласного протитуберкульозного стаціонару за останні десятиріччя [Текст] / І. Т. П'ятночка, С. І. Корнага, Н. В. Корнага, В. Д. Рудик, Л. А. Гришук // Інфекційні хвороби. – 2008. – № 2. – С. 56-59.

4. Фрайт Володимир. Легеневе кровопостачання, гіпертензія і туберкульоз [Текст] / Володимир Фрайт, Олег Фрайт, Юрій Фрайт. – Дрогобич : Відродження, 2001. – 291 с.
5. *Pulmonary hypertension in patient with chronic obstructive pulmonary disease. Recent advances in pathophysiology and management* [Text] / W. Hida, Y. Tun, Y. Kikuchi [et al.] // *Respirology*. – 2002. – Vol. 7, № 1. – P. 3-13.

САТУРАЦИЯ КРОВИ КИСЛОРОДОМ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

И. Т. Пятночка, С. И. Корнага, Н. В. Тхорик (Тернополь)

В статье приведены данные исследования о сатурации крови кислородом у больных с впервые диагностированным туберкулезом легких с осложнениями и сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: туберкулез легких, сердечно-сосудистая патология, сатурация крови кислородом.

BLOOD OXYGEN SATURATION IN PATIENTS WITH LUNG TUBERCULOSIS COMBINED WITH CARDIOVASCULAR PATHOLOGY

I. T. Pyatnochka, S. I. Kornaha, N. V. Thoryk (Ternopil)

The paper presented the research on blood oxygen saturation in patients with firstly diagnosed lung tuberculosis with complications and concomitant pathology of the cardiovascular system.

KEY WORDS: lung tuberculosis, cardiovascular pathology, blood oxygen saturation.

Рецензент: д. мед. н. А. О. Голяченко.

УДК 616.12-008.331.1-057.87(477.84)

В. Л. СМІРНОВА, Н. Я. ПАНЧИШИН, О. А. ГОЛЯЧЕНКО, Б. А. ГОЛЯЧЕНКО (Тернопіль)

АРТЕРІАЛЬНИЙ ТИСК УКРАЇНСЬКИХ СТУДЕНТІВ III КУРСУ ТДМУ ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені
І. Я. Горбачевського»

Наведено дані про артеріальний тиск студентів третього курсу ТДМУ імені І. Я. Горбачевського. З них 59,4±3,0 % мають оптимальний артеріальний тиск, а 11,9±1,9 % – проблемний, з яких 10,5±1,8 % страждали від початкової гіпертонічної хвороби. За рік частота оптимального артеріального тиску зменшилася на 12,4±1,9 %, $p < 0,001$, а проблемного зросла з 6,7±6,1 % до 11,9±1,9 %.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: артеріальний тиск, студенти.

Продовжується вимірювання кров'яного тиску в студентів Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського. На цей раз тиск вимірювали у студентів III курсу, вік більшості яких склав 20 років і старші. Дослідження показало, що проблеми з тиском зросли.

Мета дослідження – встановити рівень артеріального тиску у студентів віком 20 років і старших.

Матеріали і методи. Проведено суцільне вимірювання артеріального тиску у студентів. Отримані дані піддані варіаційному аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення. Всього артеріальний тиск вимірювали у 276 українських студентів. Із них оптимальний арте-

ріальний тиск (менше 120/80 мм рт. ст.) відмічений у 59,4±3,0 %, тиск до 130/85 мм рт. ст. – 28,6±2,7 %, тиск менший 140/90 мм рт. ст. – 1,4±0,7 %, гіпертонічна хвороба I стадії – у 10,5±1,8 % студентів.

Як бачимо, порівняно з попереднім дослідженням суттєво знизилася частка студентів з оптимальним артеріальним тиском (на 12,4±1,9 %), та суттєво зросла частка студентів із гіпертонічною хворобою I стадії – на 8,5±1,6 %.

Як видно із таблиці 1, до нових проблем додаються хвороби батька з артеріальною гіпертензією, число бабусь, що померли від серцево-судинних захворювань, кількість випитого алкоголю за тиждень, суттєве зменшення числа тих, хто не курить, перенесені психічні травми.

Таблиця 1. Артеріальний тиск і соціально-медичні аспекти українських студентів другого курсу ТДМУ імені І. Я. Горбачевського

Показник	Рівень артеріального тиску		P ₂₃ 2011	P ₂₃ 2012
	<120/80 мм рт. ст.	>140/90 мм рт. ст.		
1	2	3	4	5
Соціальноє становище батька				
робітник	39,0±3,8	31,0±8,6	> 0,05	> 0,05
службовець	25,0±3,4	31,0±8,6	> 0,05	> 0,05
інше	36,0±3,8	37,9±9,0	> 0,05	> 0,05
Соціальноє становище матері				
робітник	30,5±3,7	24,1±7,9	> 0,05	> 0,05
службовець	38,4±3,8	55,2±9,2	> 0,05	> 0,05
інше	31,1±3,7	20,7±7,6	–	> 0,05
Чи хворів дідусь на АГ				
так	25,6±3,4	17,2±7,0	> 0,05	> 0,05
Чи хворіла бабуся на АГ				
так	42,1±3,9	20,7±7,6	> 0,05	< 0,05

Продовження табл. 1

1	2	3	4	5
Хвороби тата				
АГ	15,9±2,9	6,9±4,7	< 0,001	> 0,05
ІМ	1,2±0,9	–	–	> 0,05
Інсульт	0,6±0,6	–	–	> 0,05
ЦД	2,4±1,2	3,4±3,4	> 0,05	
Хвороби матері				
АГ	12,2±2,8	13,8±6,4	> 0,05	> 0,05
ІМ	–	–	–	–
Інсульт	0,6±0,6	–	> 0,05	–
ЦД	1,2±0,9	–	–	–
Хтось із дідусів помер від ССЗ				
так	25,6±3,4	24,1±7,9	> 0,05	> 0,05
Хтось із бабусь помер від ССЗ				
так	42,1±3,9	6,9±4,7	–	< 0,05
Перенесені інфекційні хвороби				
1	56,7±3,9	36,7±9,0	< 0,001	< 0,05
2	11,0±2,7	10,1±5,6	> 0,05	> 0,05
3	43,9±3,9	53,2±9,1	< 0,05	> 0,05
Перенесені захворювання нирок	7,3±2,0	13,8±6,4	> 0,05	> 0,05
Перенесений струс мозку	7,9±2,1	13,8±6,4	–	> 0,05
Спосіб життя (ранкова руханка)				> 0,05
регулярна	7,3±2,0	10,3±5,6	> 0,05	> 0,05
нерегулярна	76,8±3,1	65,5±8,8	> 0,05	> 0,05
не займають	15,9±2,9	24,1±7,9	< 0,05	> 0,05
Виконання громадської роботи	7,3±2,0	3,4±3,4	–	> 0,05
Є зайва вага	11,6±2,7	10,3±5,6	> 0,05	> 0,05
Вживання алкоголю				
до 13 років	–	–	–	–
14–17 років	44,5±3,9	41,4±9,1	> 0,05	> 0,05
із 17 років	24,4±3,4	24,1±7,9	> 0,05	> 0,05
щодня	–	–	–	–
1 раз на тиждень	3,0±1,3	17,2±6,9	–	< 0,05
1 раз на місяць	68,9±3,6	55,2±9,2	> 0,05	> 0,05
не п'ю	28,0±3,5	27,6±8,2	–	> 0,05
Куріння сигарет				
до 5 сигарет	4,9±1,7	10,3±5,5		> 0,05
5–10 сигарет	1,8±1,0	6,7±4,6		> 0,05
10–20 сигарет	0,6±0,6	6,7±4,6		> 0,05
> 20 сигарет	–	–		–
не курю	92,7±2,0	75,8±8,4		< 0,05
Сон				
до 6 годин	26,2±3,4	20,7±2,4		> 0,05
6–8 годин	64,6±3,6	69,0±8,6	< 0,001	> 0,05
> 8 годин	9,1±2,0	10,3±5,5		> 0,05
Підсолюю їжу	55,5±3,9	69,0±8,1		> 0,05
Переніс психоемоційні травми	38,4±3,8	17,2±3,3	> 0,05	< 0,05
Поєднує навчання з роботою	26,2±3,4	24,1±7,9	> 0,05	> 0,05
Водить автомобіль	18,9±3,0	41,4±9,1	> 0,05	< 0,05

Висновки

За рік навчання захворюваність студентів на артеріальну гіпертензію суттєво підвищилася. З них 59,4±3,0 % мають оптимальний артеріальний тиск, а 11,9±1,9 % – проблемний, з яких 10,5±1,8 % страждали від початкової гіпертонічної хвороби. За рік частота оптимального ар-

теріального тиску зменшилася на 12,4±1,9 %, $p < 0,001$, а проблемного зросла з 6,7±6,1 % до 11,9±1,9 %.

Перспективи подальших досліджень полягають у подальшому щорічному вимірюванні артеріального тиску, корекції соціальних умов протягом усього періоду навчання цих студентів.

Список літератури

1. *Вадзюк С. Н.* Функціональні особливості серцево-судинної системи в осіб 15–20-ти років з підвищеним артеріальним тиском /С. Н. Вадзюк, Н. О. Суслєва // Запорізький медичний журнал. – 2007. – № 5. – С. 20–23.
2. *Давидович І. Є.* Медико-соціальні аспекти проблеми здоров'я населення України / І. Є. Давидович // *Новости медицины и фармации.* – 2007. – № 19(227). – С. 15–18.
3. *Каленіченко О. В.* Особливості функціонування серцево-судинної системи у студентів в умовах різних навантажень: дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата біологічних наук за спеціальністю 03.00.13 – фізіологія людини і тварин / О. В. Каленіченко. – Київ, 2008.
4. *Косинський Е. О.* Стан серцево-судинної системи студентів першого року навчання /Е. О. Косинський, Ю. М. Андрійчук, В. М. Ходінов // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2010. – № 5. – С. 79-81.
5. *Михальський А. В.* Психологічні особливості хворих гіпертонічною хворобою. Проблеми сучасної психології / А. В. Михальський // *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інститут психології ім. Г. С. Костюка АПН України / за ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої.* – Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2010. – Вип. 9. – С. 127-138.
6. *Fatness, fitness, and cardiovascular disease risk factors in children and adolescents / J. C. Eisenmann, G.J. Welk, M. Ihmels [et al.] // Med. Sci. Sports. Exerc.* – 2007. – Vol. 39, № 8. – P. 1251-1256.
7. *Obesity and related risk factors among low socioeconomic status minority students in Chicago / Y. Wang, H. Liang, L. Tussing [et al.] //Public. Health. Nutr.* – 2007. – Vol. 10, № 9. – P. 927-938.
8. *Roseman M. G.* Examination of weight status and dietary behaviors of middle school students in Kentucky /M. G. Roseman, W. K. Yeung, J. Nickelsen //J. Am. Diet. Assoc. – 2007. – Vol. 107, № 7. – P. 1139-1145.

АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ УКРАИНСКИХ СТУДЕНТОВ III КУРСА ТДМУ ИМЕНИ И. Я. ГОРБАЧЕВСКОГО

В. Л. Смирнова, Н. Я. Панчишин, А. А. Голяченко, Б. А. Голяченко (Тернополь)

Приведены данные об артериальном давлении студентов третьего курса ТДМУ имени И. Я. Горбачевского. Из них 59,4±3,0 % имеют оптимальное артериальное давление, а 11,9±1,9 % – проблемное, из них 10,5±1,8 % страдали начальной гипертонической болезнью. За год частота оптимального артериального давления уменьшилась на 12,4±1,9 %, $p < 0,001$, а проблемного выросла с 6,7±6,1 % до 11,9±1,9 %.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: артериальное давление, студенты.

BLOOD PRESSURE OF UKRAINIAN THIRD YEARS STUDENTS OF TSMU BY I. Ya. HORBACHEVSKY

V. L. Smirnova, N. Ya. Panchyshyn, O. A. Holyachenko, B. A. Holyachenko (Ternopil)

The data on blood pressure of third year's students of TSMU by I. Ya. Horbachevsky are presented. 59,4 ± 3,0 % of them have optimal blood pressure, and 11,9±1,9 % – the problem, 10,5±1,8 % of whomh suffered from primary hypertension. Sn one year the frequency of optimal blood pressure has decreased on 12,4±1,9 %, $p < 0,001$, and the problem has increased from 6,7±6,1 % to 11,9±1,9 %.

KEY WORDS: blood pressure, students.

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

Л. Я. КОВАЛЬЧУК (Тернопіль)

ПРОБЛЕМИ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА МОЖЛИВІ ШЛЯХИ ЇХ ВИРІШЕННЯ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

У статті наведено варіант кадрового вирішення проблеми первинної ланки охорони здоров'я, який впливає з наказу МОЗ України № 131 від 23.02.2012 р. і дозволяє суттєво збільшити зарплатню працівникам без змін у загальному фінансуванні цієї ланки. Пропонується також скоротити штат офісу центру первинної медико-санітарної допомоги із 24 до 14 осіб.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: кадрове забезпечення, первинна медична допомога, охорона здоров'я.

Проголошена Президентом України Програма реформ на 2010–2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» передбачає реформування охорони здоров'я України. Проблеми назріли давно. Необхідно суттєво покращити первинну медико-санітарну допомогу як жителям села, так і міста, а також екстрену медичну допомогу. Поліпшення надання вторинного рівня амбулаторної медичної допомоги може бути вирішене через створення консультативно-діагностичних центрів, що також буде сприяти наближенню медичної допомоги до кожної людини. Стаціонарна вторинна медична допомога пов'язана з необхідністю оптимізації лікарняних ліжок. Ця частина реформи викликає найбільше непорозуміння серед медичної громадськості. Очевидно, що реформа повинна вирішувати два основних завдання:

– покращити надання медичної допомоги людям;

– створити умови медичним працівникам для більш ефективної роботи із забезпечення медичної допомоги, що включає в себе як матеріальне оснащення лікувально-профілактичних закладів, так і поліпшення побутових умов і зарплатні медичних працівників.

На нашу думку, найважливішим питанням є визначитись з етапністю реформування галузі. Безумовно, оптимізація лікарняних ліжок для надання вторинної медичної допомоги необхідна. Розпорошеність цих ліжок у районах, а в невеликих містах – у кількох міських лікарнях, зумовлює не лише недостатнє оснащення необхідним обладнанням, але й неодмінно призводить до низької кваліфікації медичних кадрів. Сьогодні в Україні на одного хірурга припадає близько 45–50 операцій у рік. Очевидно, що хірург, який оперує менше 200 операцій у рік, не може мати достатньої практичної підготовки. Аналогічна ситуація і з іншими спеціальностями

як хірургічного, так і терапевтичного профілю. Окрім того, в районних лікарнях виникає ряд організаційних проблем, пов'язаних із забезпеченням цілодобового чергування фахівців для діагностики та лікування ургентних хворих. Тому виникла ідея окрених лікарень, що дає можливість сконцентрувати в них вторинну стаціонарну медичну допомогу. Сьогодні це єдиний можливий варіант, що заслуговує на те, щоб шукати шляхи його реалізації. Безперечним є і те, що створення окрених лікарень є більш ефективним у поєднанні з територіальною реформою. Однак хотіли б застерегти, що поспішна (без належної підготовки) реалізація ідеї окрених лікарень і перерозподіл до них вторинного рівня стаціонарної екстреної медичної допомоги хворим, які потребують інтенсивного лікування, із залишенням в районних лікарнях планової медичної допомоги може призвести до непередбачуваних негативних наслідків. Щоб їх уникнути, необхідно створити добре організовану та достатньо забезпечену мережу закладів центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД), добре організовану мережу закладів екстреної медичної допомоги з достатнім забезпеченням санітарним транспортом, оснащеним необхідним обладнанням та GPS-системою, а також приведенням відповідно до цивілізованих норм доріг. Важливе значення має організація та оснащення сучасним рентгенологічним (включаючи комп'ютерну томографію), ультразвуковим, ендоскопічним, лабораторним та іншим обладнанням консультативно-діагностичних центрів, які повинні бути у кожному районному центрі.

Мета роботи: запропонувати оригінальний спосіб кадрового вирішення первинної ланки охорони здоров'я та методи його фінансування.

Матеріали і методи. В основу покладено результати дворічної діяльності п'яти експериментальних сільських лікарських амбулаторій,

організованих Тернопільським державним медичним університетом імені І. Я. Горбачевського.

Результати дослідження та їх обговорення. На перший план виступає забезпечення організації ефективної діяльності центрів та закладів первинної медико-санітарної допомоги, їх достатнє матеріальне забезпечення, оснащення телекомунікаційним зв'язком з можливістю проведення аудіо-, відеоконсультацій через систему «Skype», передачі інформації (ЕКГ, рентгенограм, комп'ютерних, магнітно-резонансних томограм, результатів УЗД, аналізів крові та інших) через канали телекомунікаційного зв'язку, створення системи самозапису і запису пацієнтів до лікаря та на обстеження через мережу «Інтернет», створення бази даних пацієнтів та електронного документообігу. Заклади первинної медико-санітарної допомоги повинні бути розташовані в кожному мікрорайоні міста та у кожному селі.

Одним із найважливіших питань є кадрове забезпечення первинної ланки охорони здоров'я, а особливо в сільській місцевості, де кожен фельдшерсько-акушерський або медичний пункт повинні увійти до складу лікарської дільниці (дільниця лікаря загальної практики, сімейного лікаря). Якщо ми будемо вважати, що створивши необхідні умови для праці та проживання лікаря у віддаленому селі й давши йому добру зарплатню, ми мотивуємо лікарів до праці в таких селах – то це є ілюзія. Лікар, маючи сім'ю, хоче щоб його діти ходили в хорошу середню школу, відвідували музичну школу, різні спортивні секції тощо. Тому потрібно шукати ефективні шляхи мотивації лікарів до роботи в первинній ланці охорони здоров'я і ця проблема є актуальною як в селі, так і у місті. Одним із можливих варіантів може бути наступний – лікар, який має дільницю в сільській місцевості з 2–3 сіл, що на рахунок близько 1500–2000 осіб, може проживати в районному центрі, в одному з «кущових» сіл або в селищі міського типу та доїжджати щодня на свою дільницю для прийому пацієнтів і надання невідкладної медичної допомоги. Доїзд в радіусі 15–30 км не створить особливих проблем при умові достатнього забезпечення лікаря необхідними ресурсами. На постійній основі в цих селах у медичних офісах (фельдшерсько-акушерські, медичні пункти) можуть перебувати його помічники – фельдшери чи медсестри, підготовлені з місцевих жителів, які проживають у цій місцевості. Заклади первинної медико-санітарної допомоги мають бути в кожному населеному пункті. У селі, де є 300 і менше жителів, повинен бути медичний пункт.

Сільські заклади первинної медико-санітарної допомоги повинні бути не лише добре відремонтовані з комфортабельним житлом для пра-

цівників, які працюють на постійній основі, центральним опаленням, холодною та гарячою водою, забезпечені необхідними санітарно-побутовими умовами, мережею «Інтернет», телефонним і телекомунікаційним зв'язком, а й оснащені необхідним обладнанням, інструментами, медикаментами для надання медичної допомоги. В такому закладі має бути стоматологічна установка, де буде працювати лікар-стоматолог, який за графіком приїжджатиме з райцентру. Саме таких 5 закладів ми створили за кошти Тернопільського державного медичного університету у віддалених селах Тернопільської області, які ефективно працюють уже близько двох років.

Пропонуємо також схему оплати праці медичних працівників, які працюють у закладах центрів первинної медико-санітарної допомоги села та міста. Пропонована схема не передбачає додаткового фінансування та виходить з існуючого в Україні й у Тернопільській області зокрема, фінансування медицини з розрахунку на одного жителя. На сьогодні після перерозподілу частини фінансів на забезпечення діяльності медичних закладів третинного рівня в місті Тернополі, для забезпечення надання медичної допомоги на первинному, вторинному рівнях та екстреної медичної допомоги залишається 570 грн на одного жителя. Близько цієї суми припадає і на одного жителя сільської місцевості. Якщо виходити з того, що згідно з існуючими директивами МОЗ України на первинну медико-санітарну допомогу виділяється понад 30 % від цієї суми, ми отримуємо 171 грн на одного жителя для надання первинної медико-санітарної допомоги. Ми вважаємо необхідним виділяти 30 % коштів на безпосередню допомогу людям. У межах експерименту доцільно відійти від нормативу 1200 жителів на одну сільську дільницю, оскільки при перерахунку на одного жителя (171 грн) загальна сума не перевищує необхідних видатків. Як і у місті, одну дільницю в селі доцільно розраховувати на 1500 жителів. При цьому загальна сума виділених коштів на одну як міську, так і сільську дільницю з кількістю 1500 жителів складе 256,5 тис. грн, які можна поділити за схемою, поданою в таблиці 1. Для цього лікар (сімейний лікар, лікар загальної практики) повинен виступати як підприємець – фізична особа та мати ліцензію на право здійснення медичної практики.

Існуюча правова база дозволяє реалізацію такої діяльності. Окрім того, наказом МОЗ України № 131 від 23.02.2012 р. «Про затвердження Примірного положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та примірних положень про його підрозділи», в затвердженому додатку «Примірне положення про центр медичної (медико-санітарної) допомоги» п. 2.2.3 і в додатку «Порядок організації медичного об-

слуговування та направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу» п. 4.8, передбачено цивільно-правові відносини центру первинної медико-санітарної допомоги та лікаря загальної практики – сімейної медицини, що провадить господарську діяльність з медичної практики як фізична особа – підприємець.

Лікар укладає цивільно-правову угоду з центром первинної медико-санітарної допомоги для надання відповідної медичної допомоги на певній дільниці й працює за другою групою згідно з податковим кодексом. Він сплачує єдиний податок – 20 % від мінімальної заробітної плати; в Пенсійний фонд сплачує 34,7 % за себе від мінімальної заробітної плати, а за кожного найманого працівника – 37 % від зарплатні останнього (відповідно до ризику – 36 %). Окрім того, від зарплатні кожного працівника перераховується 3,6 % у Пенсійний фонд і 15 % – як податок на доходи фізичних осіб.

Доцільно, щоб в угоді з лікарем-підприємцем було передбачено затвердження річних кошторисів центром первинної медико-санітарної допомоги. Це дасть можливість уникнути неправомірного використання коштів, а при необхідності вносити корективи щодо оптимізації їх розподілу. Зокрема, при кількості жителів більше 1500 на дільниці можуть вноситися поправочні коефіцієнти на збільшення заробітної плати лікаря чи молодшого медичного персоналу.

За поданими актами виконаних робіт, які одночасно є звітами про об'єм виконаної роботи, центри щомісячно перераховують підприємцю кошти, а він використовує їх за схемою, поданою в таблиці 1. Роботу лікаря контролюють відповідні працівники первинної медико-санітарної допомоги. При відхиленнях підприємця від об'єму та якості надання медичної допомоги пацієнтам на дільниці, регламентованої угодою, згідно з цією ж угодою повинна бути передбачена можливість її розриву з підприємцем за ініціативи центру в односторонньому порядку.

Таблиця 1. Розрахунки витрат на дільницю (у тис. грн)

	Кількість працівників		Сума витратків за місяць								Сума витратків з податками та відрахуваннями в ПФ за місяць		Сума витратків з податками та відрахуваннями в ПФ за рік	
			заробітна плата	медикаменти	бензин		компослуги		оренда офісу*)		місто	село	місто	село
	місто	село			місто	село	місто	село						
Лікар	1	1	5,0	1,0	–	1,8	1,0	1,0	2,7	1,35	11,98	12,29	143,76	147,48
Медсестра	2	2	2,0	–	–	–	–	–	–	–	5,48	5,48	65,76	65,76
Санітарка	1	1	1,1	–	–	–	–	–	–	–	1,51	1,51	18,08	18,08
Всього (тис. грн)											18,97	19,28	227,6	231,32

Примітка. *) 54 грн/м² – оренда державного майна для міста та 27 грн/м² – для села з урахуванням площі 50 м².

Дільничні (сімейні) лікарі, лікарі загальної практики, які працюють як підприємці на основі цивільно-правових угод з центрами первинної медико-санітарної допомоги в умовах лікарських амбулаторій, можуть кооперуватися з метою заміни один одного на період відпустки або інших причин відсутності на роботі, а також з метою використання більшого досвіду свого колеги за тим чи іншим напрямком медичної діяльності. Така кооперація є звичайним методом в роботі європейських і американських сімейних лікарів (рис. 1). Кооперування лікарів може бути корисним і в плані зменшення чисель-

ності молодшого медичного персоналу, і доведення його до оптимальної кількості.

На нашу думку, важливо відійти від жорсткої регламентації штатного розпису та нормативів на одного лікаря – дві медсестри. Доцільно користуватися реальними потребами, що дасть можливість не тільки зекономити кошти, але й уникнути організаційних недоліків, пов'язаних з наказом № 33. Правова основа організації роботи в межах цивільно-правових угод між лікарем-підприємцем і центром первинної медико-санітарної допомоги допускає таку можливість.

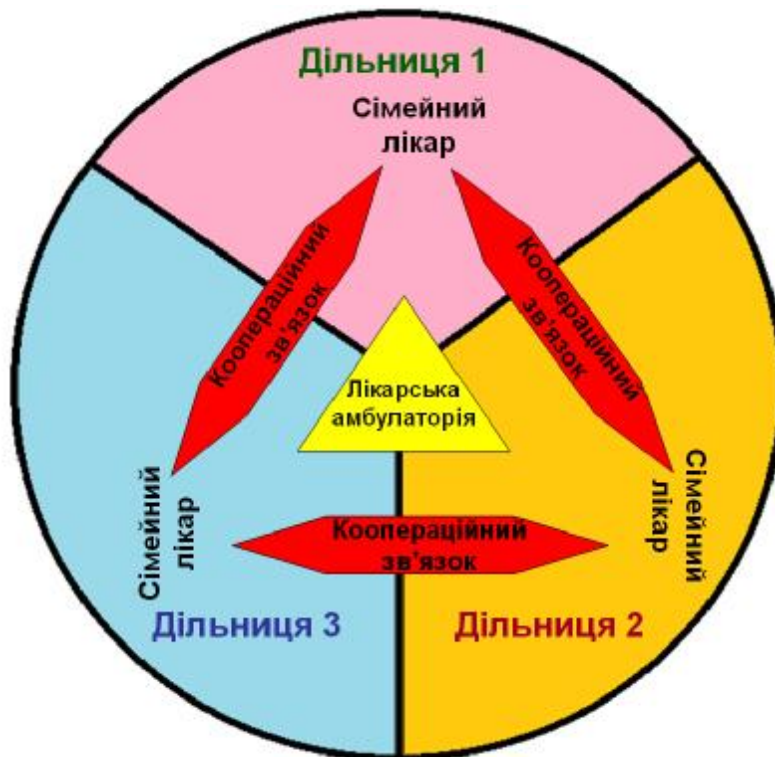


Рис. 1. Схема коопераційних зв'язків лікарів, які перебувають у цивільно-правових відносинах з центром первинної медико-санітарної допомоги в умовах лікарської амбулаторії.

Податки та відрахування в Пенсійний фонд:
 – єдиний податок (20 % від мінімальної заробітної плати); відрахування в Пенсійний фонд (за підприємця – 34,7 % від мінімальної зарплатні, за кожного працівника – 37 % від заробітної плати працівника, 3,6 % – від зарплатні працівника).

Як видно з таблиці 1, при такій схемі лікар буде отримувати 5 тис. грн, медсестра – 2,0 тис. грн, санітарка – 1,1 тис. грн. Окрім того, лікар для надання медичної допомоги буде отримувати 1,0 тис. грн (на місяць) для закупівлі медичних засобів і кошти на бензин у селі (5 л на день).

Офіс центру первинної медико-санітарної допомоги з штатом (24 працівники, табл. 2), затвердженим МОЗ України № 129 від 23.02.2012 р., відповідно в умовах міського району на 50 дільниць буде отримувати 28,9 тис. грн x 50 = 1 млн 445 тис. грн, при видатках на заробітну плату з нарахуваннями – 541,8 тис. грн (або 379,6 тис. грн згідно із запропонованим нами штатом) (табл. 4), а в селі з центром первинної медико-санітарної допомоги на 40 лікарських дільниць відповідно 25,18 тис. грн x 40 = 1007,2 тис. грн, при видатках на заробітну плату –

Таблиця 2. Штати офісу центру первинної медико-санітарної допомоги згідно з наказом МОЗ № 129 від 23.02.2012 р.

№ з/п	Штатні посади	Кількість окладів	Зарплатня	Зарплатня з нарахуваннями
1	2	3	4	5
1.	Головний лікар	1	1921	2618,323
2.	Заступник головного лікаря	1	1825	2487,475
3.	Завідувач господарства	1	1302	1774,626
4.	Головна медична сестра	1	1445	1969,535
5.	Головний бухгалтер	1	1729	2356,627
6.	Завідувач інформаційно-аналітичного кабінету	1	1802	2456,126
7.	Статистик медичний	1	1683	2293,929
8.	Інженер-програміст	1	1445	1969,535
9.	Бухгалтер з обліку основних засобів	1	1445	1969,535
10.	Бухгалтер з обліку медикаментів, господарських матеріалів	1	1445	1969,535

Продовження табл. 2

1	2	3	4	5
11.	Спеціаліст з фінансового обліку (бухгалтер)	1	1445	1969,535
12.	Економіст	1	1445	1969,535
13.	Спеціаліст з розрахунків із працівниками (бухгалтер)	1	1445	1969,535
14.	Інспектор відділу кадрів	1	1445	1969,535
15.	Юристконсульт	0,5	1445	984,7675
16.	Секретар	1	1119	1525,197
17.	Сестра-господиня	1	1119	1525,197
18.	Водій	1	1129	1538,827
19.	Технік об'єднаних служб з обслуговування і поточного ремонту інженерних комунікацій	1	1223	1666,949
20.	Прибиральниця – одна на 250 м ²	1	1203	1639,689
21.	Двірник	1	1094	1491,122
22.	Інженер з охорони праці	1	1445	1969,535
23.	Електрик	1	1123	1530,649
24.	Столяр	1	1129	1538,827
	Всього за місяць		33 851	45 154,15
	Всього за рік			541 849,7

Таблиця 3. Запропоновані штати офісу центру первинної медико-санітарної допомоги

№ з/п	Штатні посади	Кількість окладів	Зарплатня	Зарплатня з нарахуваннями
1.	Головний лікар	1	1921	2618,323
2.	Заступник головного лікаря	1	1825	2487,475
3.	Завідувач господарства	1	1302	1774,626
4.	Головний бухгалтер	1	1729	2356,627
5.	Інспектор	3	1445	5908,605
6.	Завідувач інформаційно-аналітичного кабінету	1	1802	2456,126
7.	Статистик медичний	1	1683	2293,929
8.	Інженер-програміст	1	1445	1969,535
9.	Бухгалтер	1	1445	1969,535
10.	Економіст	1	1445	1969,535
11.	Юристконсульт	0,5	1445	984,7675
12.	Водій	1	1129	1538,827
13.	Технік об'єднаних служб з обслуговування і поточного ремонту інженерних комунікацій	1	1223	1666,949
14.	Прибиральниця – одна на 250 м ²	1	1203	1639,689
	Всього за місяць			31 634,55
	Всього за рік			379 614,6

Таблиця 4. Офіс центру первинної медико-санітарної допомоги в умовах міста (50 дільниць)

Забезпечення первинної допомоги на одного жителя (30 %)	Розрахункове фінансування на 1500 жителів дільниці	Сума видатків на одну дільницю на рік (з податками)	Кошти з однієї дільниці на утримання офісу	Фінансове забезпечення офісу на рік	Заробітна плата працівників офісу з нарахуванням
171 грн	171 грн x 1500 = 256,5 тис. грн	227,6 тис. грн	256,5 тис. грн – 227,6 тис. грн = 28,0 тис. грн	28,9 тис. грн x 50 = 1 млн 445 тис. грн	541,8 тис. грн (штатний розпис згідно з наказом № 129) або 379,6 тис. грн (згідно з табл. 3)

379,6 тис. грн, згідно із запропонованим нами штатом (табл. 5).

За іншим варіантом при використанні штатних посад у закладах первинної медичної допомоги лікарень, які знаходяться в штаті ЦПМСД,

можливим є нарахування їм надбавок до зарплатні за критеріями, що перевищують нормативну кількість жителів на дільниці, або об'ємом виконаної роботи.

Таблиця 5. **Офіс центру первинної медико-санітарної допомоги в умовах сільського району на 60 тис. жителів (40 дільниць)**

Забезпечення первинної допомоги на одного жителя (30 %)	Розрахункове фінансування на 1500 жителів дільниці	Сума видатків на одну дільницю на рік (з податками)	Кошти з однієї дільниці на утримання офісу	Фінансове забезпечення офісу на рік	Заробітна плата працівників офісу з нарахуванням (згідно з табл. 3)
171 грн	171 грн x 1500 = 256,5 тис. грн	231,32 тис. грн	256,5 тис. грн – 231,32 тис. грн = 1007,2 тис. грн	25,18 тис. грн x 40 = 1 млн 445 тис. грн	379,6 тис. грн

Вважаємо, що при запропонованій схемі організації медичної допомоги на лікарських дільницях штат офісу центру первинної медико-санітарної допомоги можна скоротити до 16 осіб, враховуючи, що підприємець бере на себе цілий ряд організаційних функцій (табл. 3).

Очевидно, що при такій схемі немає потреби в 5 бухгалтерях, головній медсестрі та деяких інших посадах, передбачених наказом № 129 від 23.02.2012 р.

Можна вважати, що при здійсненні цих заходів з'являється мотивація працювати в первинній ланці охорони здоров'я лікарів та іншого медичного персоналу.

Висновки

Запропонована модель кадрового забезпечення первинної ланки охорони здоров'я дозволяє значно поліпшити матеріальний стан працівників цієї ланки без збільшення витрат на первинну ланку із-за умови виділення на її потреби не менше 30 % коштів.

Список літератури

1. Наказ МОЗ України № 131 від 23.02.2012 р. «Про затвердження Примірного положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та примірних положень про його підрозділи».
2. *Організація роботи лікаря загальної практики (сімейного лікаря)* / за ред. В. М. Лехан. – Дніпропетровськ : АРТ-ПРЕС, 2002. – 370 с.
3. Холмс Ф. Ф. Первичная медицинская помощь: образ международной медицинской практики будущего века / Ф. Ф. Холмс, Т. Чуваков // Наше здоровье. – 1995. – С. 18–19.
4. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2008. – К., 2009. – 384 с.
5. *The world health report 2008: primary health care now more than ever*. WHO Press, World Health Organization. 2008. – 152 с. [Electronic resource]. – Access mode: http://www/who/int/whr/2008./whr08_en.pdf. – Title from screen.

ПРОБЛЕМЫ КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Л. Я. Ковальчук (Тернополь)

В статье приведён вариант кадрового решения проблемы первичного звена здравоохранения, который вытекает из приказа Минздрава Украины № 131 от 23.02.2012 г. и позволяет существенно увеличить зарплату работникам без изменений в общем финансировании этого звена. Предлагается также сократить штат офиса центра первичной медико-санитарной помощи с 24 до 14 человек.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **кадровое обеспечение, первичная медицинская помощь, здравоохранение.**

PROBLEMS OF STAFFING OF PRIMARY PUBLIC HEALTH LINK AND THEIR POSSIBLE SOLUTIONS

L. Ya. Kovalchuk (Ternopil)

The article presents a variant of staff solution of the problem of primary public health link based on the Order of the Ministry of Public Health of Ukraine No 131 of 23.02.2012, allowing for significant increase of salaries without changes in the overall financing of this level of medical care. It is also proposed to reduce office staff of the center of primary medical care from 24 to 14 people.

KEY WORDS: **staffing, primary medical care, public health.**

Рецензент: д. мед. наук, проф. О. М. Голяченко

УДК 616-082:616-007.43:001.8

Л. О. ДІДЕНКО (Вінниця)

ДОСЛІДЖЕННЯ ІНДУКОВАНОГО ПОПИТУ НА МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ НА ВТОРИННОМУ РІВНІ (НА ПРИКЛАДІ ПЛАНОВИХ РОЗТИНІВ ГРИЖ)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

На прикладі планових розтинів гриж досліджено індукований медичним персоналом попит на медичні послуги (ІВП). Показано наявність помірного ІВП. Хірурги використовують ІВП до досягнення еквілібріуму маргінального прибутку і маргінальних витрат, включаючи моральний ризик та вірогідність судових позовів. Питання, що саме орієнтує лікаря на вибір помірного ІВП, потребує спеціальних досліджень.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: індукований попит, якість і доступність медичної допомоги, плановий розтин грижі.

Викликаний лікарями попит населення на мед-допомогу привертає увагу дослідників, зважаючи на фундаментальний вплив на політику та реформи в галузі охорони здоров'я, зв'язок медслужб з населенням. Реформування медицини в Україні приділяє велику увагу медичному забезпеченню населення, зокрема ринку праці медперсоналу. Найбільших змін зазнає стаціонарна допомога як найбільш витратна, що забирє близько половини коштів галузі. Це дослідження є першим на теренах СНД та країн Східної Європи і безпосередньо стосується реформ охорони здоров'я України. Результати дослідження можуть спонукати подальший пошук регулюючих заходів в галузі охорони здоров'я, що широко застосовуються країнами з ринковою економікою для контролю різкого зростання витрат галузі.

Матеріали і методи. Гіпотеза. В рамках теорії індукованого виробником попиту (ІВП) розрізняють два типи поведінки лікарів. *Модель бажаного прибутку* стверджує, що в умовах конкуренції зниження прибутку через втрату частини пацієнтів спонукає лікаря до штучного маніпулювання попитом і винагородою для забезпечення "бажаного" рівня прибутку. Як наслідок, очікується позитивний зв'язок між забезпеченням лікарями та попитом і розміром винагород. Прибічники моделі (Rizzo, Blumenthal, 1996) вважають таку поведінку виразом природного зіставлення свого прибутку з прибутком інших. Зниження прибутку від m_A до m_B встановлює новий рівень рівноваги як дотичну в точці T_2 на кривій утилізації U_2 (рис. 1). Збільшення ІВП ($I_{T_2}' - I_{T_1}$) компенсує зниження прибутку А-С.

Модель збільшення прибутку включає елементи поведінки, відомої як "проштовхування това-

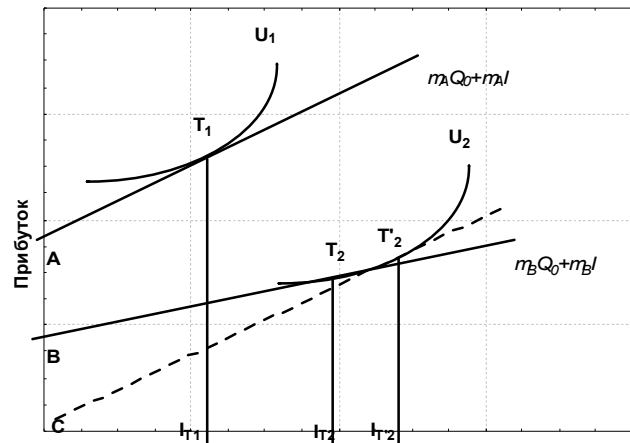


Рис. 1. Модель бажаного прибутку. ІВП

ру" (Stano, 1987). Якщо попередня модель пояснює ІВП як засіб компенсації зниження прибутку, модель збільшення прибутку пояснює ІВП як засіб маніпулювання попитом до межі, де маргінальний прибуток дорівнює маргінальним витратам, включно із затратами ІВП. Згідно із цією моделлю лікарі використовують ІВП, поки це приносить прибуток. Тому при низькому рівні прибутку m очікується, що лікар взагалі не використовуватиме ІВП (McGuire and Pauly, 1991). Такий ефект "зміщення вліво" (по осі ІВП) не зменшує потужності тесту гіпотези, яка стосується оперативних втручань (рис. 2). Така ситуація більш властива амбулаторній допомозі, де затрати нерідко перевищують "винагороди", і ряд послуг взагалі є безкоштовними.

Обидві моделі накладають обмеження на ІВП. Етичні і професійні інтереси обмежують рівень ІВП. Системи заходів, введені страхувальником і передбачувані контрактами з системами керованої

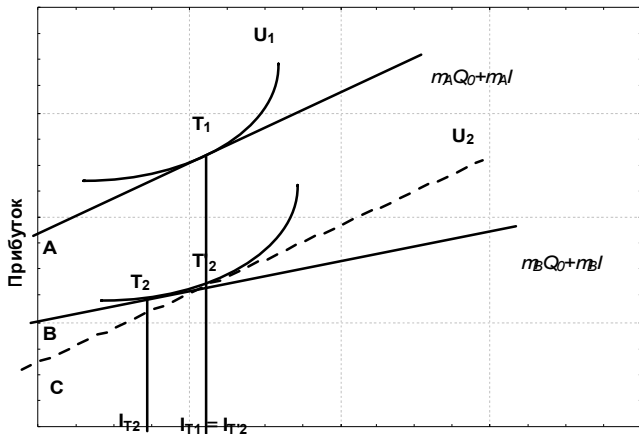


Рис. 2. Модель збільшення прибутку. ІВП

допомоги (НМО) ефективно регулюють ІВП і збільшують витрати поведінки лікаря як неефективного агента. Практична відсутність таких регулюючих систем в Україні посилює потужність тестування гіпотези за рахунок зниження статистичної помилки другого роду і значно спрощує дизайн дослідження та економетричну модель. Потужність моделі зростає, якщо аналізувати зв'язки попит-пропозиція і розмір винагороди-пропозиція в найбільш чутливих до ІВП групах населення (Fuchs, 1978). Інша можливість підвищення потужності стосується вивчення гомогенних (вузького класу) патологій (Yip, 1998; Escarce, 1992). Саме тому ми зосередили увагу на поширених хірургічних втручаннях, а саме планових розтинах гриж. Інші кроки включають урахування складності втручань, їх ургентності та необхідності. Вивчаючи схожі стани, ми зменшуємо зміщення внаслідок неспостережених фіксованих ефектів як найважливіших для перехресних планів.

Підсумовуючи вищесказане, ми вважаємо, що гіпотеза існування ІВП щодо вказаних втручань може бути перевірена шляхом:

1. Аналізу парціального зв'язку між забезпеченням хірургами і числом оперативних втручань. Наявність вірогідного позитивного зв'язку за різних специфікацій моделі веде до прийняття гіпотези. На відміну від інших послуг, потреба в оперативних втручаннях маніпулюється переважно медперсоналом.

2. Аналізу парціального зв'язку між витратами у зв'язку з оперативним втручанням і забезпеченням хірургами. Наявність позитивного вірогідного зв'язку задовольняє Умову В ІВП-гіпотези (див. нижче).

3. Зіставлення ефектів попит-пропозиція в різних контингентах населення. Вірогідно більший ефект в ІВП чутливих групах (наприклад міське доросле населення) підтверджує ІВП-гіпотезу.

4. Зіставлення ефектів попит-пропозиція за різної складності оперативних втручань. На-

явність вірогідних відмінностей ІВП-ефектів підтверджує ІВП-гіпотезу.

5. За вираженого парціального зв'язку між витратами на оперативне втручання і забезпеченістю хірургами ми більш схильні розглядати перший тип моделі поведінки. За його відсутності і наявності ефекту попит-пропозиція другий тип моделі (максимізації прибутку) більш вірогідний.

6. У разі підтвердження вірогідного парціального зв'язку між ІВП-потужністю хірурга-оператора (у завідувача відділення потужність більша) та попитом/пропозицією виконується Умова С ІВП-гіпотези (див. нижче).

На заваді досліджень ІВП стають три вагомі методологічні проблеми:

1. Низька варіація співвідношень складових ціни медичних послуг, що призводить до високої мультиколінеарності і заважає ефективній оцінці ІВП-ефекту. Дослідження цієї варіації може свідчити про можливість розпізнання ІВП (Auster, Оахаса, 1981). Обмежені бази даних також не дозволили враховувати негрошові види компенсацій і винагород. Чим більша варіація цих складових в прибутку лікарів, тим більше зміщені висновки. Висока колінеарність між коваріатами як наслідок не включених в модель зв'язків теж заважає оцінці ІВП.

2. Регулюючі ІВП заходи, що унеможливають адекватну ІВП-відповідь, а також обмежують варіацію співвідношень складових ціни медпослуг.

3. Недоврахування замісного ефекту між ринками, лікарями (аналогічні процедури можуть відпускатися різними спеціалістами) та іншими процедурами.

Вищезазвані проблеми супроводжують кожне з наведених досліджень. В даній пропозиції ми маємо унікальну нагоду їх контролювати. Контроль першої проблеми описаний в розділах "дані" і "теоретична модель". Друга вирішується відсутністю ефективних ІВП-регулюючих заходів в Україні. Розмір винагород за медичні послуги має значну стохастичну компоненту. Вирішення третьої проблеми спрощене наявністю єдиного ринку медпослуг для мешканців сільських районів. Щодо географічних ринків існує досить незначна можливість отримати загальні хірургічні втручання в сусідніх районах внаслідок територіальних регуляцій організації лікування поширених захворювань за місцем проживання. Існує мала вірогідність хірургічного лікування поширених станів на третьому етапі, яку ми контролюємо введенням відповідної змінної WLOAD (див. розділ "дані"). Для даних хірургічних втручань замісний ефект відсутній, як щодо інших спеціальностей (надаються виключно хірургами загального профілю на рівні району), так і щодо інших процедур.

Крім розтинів гриж хірурги виконують ряд інших оперативних втручань. Крім того, ряд пацієнтів лікується консервативно. Наше дослідження стосується лише частки попиту на хірургічні послуги. Тому оцінки ІВП-ефекту в дослідженні будуть занижені, якщо хірургам вигідніше і простіше створювати попит на неохоплені дослідженням послуги.

Основною проблемою, що ускладнює виявлення ІВП-ефекту, залишається одночасність зміни попиту і пропозиції. Недозабезпечення попиту в районі може приваблювати хірургів, створюючи ілюзію ІВП. Ми вирішуємо цю проблему, використовуючи “прогнозовані рівні забезпеченості хірургами” (S) замість дійсних рівнів забезпеченості. Ці прогнозовані рівні засновані на регресії, що ґрунтується на незалежних змінних “привабливості” району для хірургів (Victor R Fuchs, 1978).

Дані. Найкритичнішою є інформація щодо витрат пацієнтів у зв'язку з оперативним втручанням. Хоч Конституцією України передбачено безоплатне надання поширених хірургічних втручань, кожний пацієнт насправді оплачує ряд послуг, включаючи медпрепарати, перев'язувальний матеріал, анестезію, діагностичні процедури і лабораторні тести. Існують різноманітні шляхи отримання винагороди для хірурга. Існує також суттєвий брак контролю за витратами, які несе пацієнт. Ці варіації практично стали уособленням “місцевих традицій”. Така ситуація забезпечує необхідну варіацію співвідношень складових ціни медпослуг. До того ж ця варіація певною мірою не залежить від факторів ринку. Це дає нам можливість виділити ІВП-ефект. Кожний сільський район Вінницької області є макроодиницею дослідження. Ми передбачаємо 3-рівневу ієрархічну організацію даних: пацієнти утворюють гнізда щодо хірурга, хірурги, в свою чергу, зібрані в гнізда відповідних ЦРЛ. Вибірка пацієнтів, які перенесли плановий розтин грижі в 2009–2010 рр., здійснена з кожного району окремо (20 пацієнтів на район) з вираховуванням відповідних середніх величин. Важливою змінною першого рівня є витрати у зв'язку з оперативним втручанням. Крім загальних витрат ми використали як більш об'єктивну маркерну змінну “витрати на медикаменти”. Вивчення індивідуальна інформація щодо віку, статі, прибутку, освіти, характеру зайнятості, місця проживання (місто/село) як важливих ознак, що модифікують ІВП. Тривалість перебування в стаціонарі, складність оперативного втручання теж вивчені як потенційні модифікатори. Змінні другого рівня описують інформацію щодо хірургів. Найважливішою є змінна статусу хірурга “завідувач відділення/лікар-ординатор”, яка є аналогом до змінної “employer/employee”, викори-

станої в дослідженні ІВП Дж. Грітеном (Grytten and Sorensen, 2001) і відтворює “ІВП-потужність” (SID power) хірурга. Інформація третього рівня (популяційні характеристики) отримана з річних звітів ЦРЛ.

Ендогенні змінні моделі наступні: кількість планових розтинів гриж на 10 тис. населення району (Y), кількість хірургів загального профілю на 10 тис. населення району (S), усереднена по району загальна сума витрат на випадок планового розтину грижі (TCost). Поряд з TCost використана також усереднена по району сума витрат на медикаменти на випадок планового розтину грижі (MCost). Використана повна структурна форма системи рівнянь, тобто кожна ендогенна змінна описана окремим рівнянням системи. Так, ендогенна змінна Y утворює рівняння попиту (Demand), ендогенна змінна S утворює рівняння пропозиції (Supply), змінна TCost утворює рівняння витрат на оперативне втручання (Charge)

Екзогенні змінні рівняння попиту (Demand) включають основні демографічні характеристики популяції району, які обумовлюють попит, а саме частку населення старше 50 (AGE), частку жіночого населення (SEX); а також змінні, що модифікують попит штучно: зокрема частку хірургів першої і вищої категорій (QUALIFS), індикаторну змінну, що характеризує ІВП-потужність лікаря (SID power). Іншими “пасивними” модифікаторами попиту рівняння є змінні WLOAD та Income. Пасивні модифікатори не породжують попит, проте впливають на реалізацію наявного. Змінна WLOAD виражає усереднену по району кількість оперативних втручань на рік на хірурга. Вона асимілює можливий вихід пацієнтів за межі географічних ринків, тобто враховує можливість отримати загальні хірургічні втручання в сусідніх районах, хоча внаслідок територіальних регуляцій організації лікування поширених захворювань за місцем проживання це малоімовірно, тобто зміщення в оцінках ІВП, навіть без врахування можливості виходу за межі географічних ринків, мінімальне. Вважається, що ризик обрання пацієнтом ЛПЗ іншого району обернено пропорційний до значення змінної WLOAD. Змінна INCOME виражає прибуток пацієнта. Вищий прибуток пасивно модифікує попит через кращі можливості задоволення існуючого.

Екзогенні змінні рівняння пропозиції (Supply), тобто забезпеченості хірургами, включають індикатори “привабливості” району для хірургів: рівень безробіття (UNEMPLOY), кількість спеціалістів, забезпечених всього одним спеціалістом (SHORT 1), кількість спеціальностей, не забезпечених жодним спеціалістом (SHORT 2), співвідношення вакансій лікарських посад до зайнятих (VACANCY). Чим вищі значення змінних,

$$B' = \begin{bmatrix} -1 & \gamma_{12} & \gamma_{13} & \delta_{11} & \delta_{12} & \delta_{13} & \delta_{14} & \delta_{15} & \delta_{16} & \delta_{17} & \delta_{18} & \delta_{19} & \delta_{110} & \delta_{111} & \delta_{112} & \delta_{113} \\ \gamma_{21} & -1 & \gamma_{23} & \delta_{21} & \delta_{22} & \delta_{23} & \delta_{24} & \delta_{25} & \delta_{26} & \delta_{27} & \delta_{28} & \delta_{29} & \delta_{210} & \delta_{211} & \delta_{212} & \delta_{213} \\ \gamma_{31} & \gamma_{32} & -1 & \delta_{31} & \delta_{32} & \delta_{33} & \delta_{34} & \delta_{35} & \delta_{36} & \delta_{37} & \delta_{38} & \delta_{39} & \delta_{310} & \delta_{311} & \delta_{312} & \delta_{313} \end{bmatrix} \quad (5)$$

$$R_1 B = \begin{bmatrix} \delta_{17} & \delta_{27} & \delta_{37} \\ \delta_{18} & \delta_{28} & \delta_{38} \\ \delta_{19} & \delta_{29} & \delta_{39} \\ \delta_{110} & \delta_{210} & \delta_{310} \\ \delta_{111} & \delta_{211} & \delta_{311} \\ \delta_{112} & \delta_{212} & \delta_{312} \\ \delta_{113} & \delta_{213} & \delta_{313} \end{bmatrix} \quad R_1 B = \begin{bmatrix} 0 & \delta_{27} & 0 \\ 0 & \delta_{28} & 0 \\ 0 & \delta_{29} & 0 \\ 0 & \delta_{210} & 0 \\ 0 & \delta_{211} & 0 \\ 0 & 0 & \delta_{312} \\ 0 & 0 & \delta_{313} \end{bmatrix} \quad (6)$$

Коефіцієнти матриці обмежень першого рівняння системи R_1 мають значення 0 або 1. 1 показує, що значення відповідного коефіцієнта дорівнює нулю. Так, перша стрічка матриці показує, що коефіцієнт при змінній DENSITY дорівнює нулю ($\delta_{17}=0$), тобто змінна забезпеченості лікарями району не входить в перше рівняння системи. Всього 7 активних обмежень накладено на коефіцієнти першого рівняння, тому розмірність матриці R_1 7x16 (16 – загальна кількість змінних системи рівнянь, 3 ендогенних змінних і 13 екзогенних).

Повна матриця коефіцієнтів системи рівнянь B має розмірність 16x3 (16 – загальна кількість змінних системи рівнянь, 3 – кількість рівнянь системи), і складається з коефіцієнтів ендогенних змінних γ і коефіцієнтів екзогенних змінних δ .

Ранг добутку матриць $R_1 B$ (6) дорівнює 2 (rank $R_1 B=2$), оскільки два останні стовпчика матриці не колінеарні, тобто умова рангів виконана, і перше рівняння системи (1)-(3) є ідентифікованим. Більше того, воно є надідентифікованим, оскільки число обмежень на коефіцієнти першого рівняння дорівнює 7, що перевищує G-1, тобто $7>2$.

Аналогічна ситуація і щодо ідентифікації другого і третього рівняння системи (1)-(3), тобто всі рівняння системи є надідентифікованими, що обґрунтовує наявність рішення системи.

Тестування ІВП-гіпотези

1. Тестування ґрунтується на трьох класичних умовах традиційної ІВП-моделі:

Умова А вимагає наявності позитивної кореляції між попитом (Y) і пропозицією (S), тобто $\text{Corr}(S, Y)>0$.

Умова В вимагає збільшення Y за ІВП.

Умова С передбачає, що причина збільшення попиту полягає в ІВП.

Ефекти, які підлягають тестуванню, виділені жирним шрифтом:

$$Y = \beta_1 \bullet S + \beta_2 \bullet \text{SIDPower} + \text{інші змінні} \quad (7)$$

$\beta_1 > 0$ задовольняє умову А. За $\beta_2 > 0$ задовольняється умова С, тобто крива попиту зміщується

далі вправо завідувачами відділень порівняно з хірургами-ординаторами. За одночасного виконання умов $\text{Corr}(S, Y)>0$ і $\text{Corr}(\text{SIDPower}, Y)>0$ задовольняється умова В. Отже, одночасне тестування $\beta_1 > 0$ і $\beta_2 > 0$ практично означає одночасне тестування усіх умов ІВП-гіпотези (Grytten and Sorensen, 2001).

2. Ми також проведемо тест з використанням $\text{Corr}(S, T\text{Cost})$ і $\text{Corr}(\text{SIDPower}, T\text{Cost})$. Якщо вказані кореляції одночасно є позитивними ($\beta_1 > 0$ і $\beta_2 > 0$), це також задовольняє умови В і С.

$$T\text{Cost} = \beta_1 \bullet S + \beta_2 \bullet \text{SIDPower} + \text{інші змінні} \quad (8)$$

Оцінювання. Модель буде оцінюватися з процедурами пакету SAS 9.1 Level 1M3 XP Home platform, S/N 882876, Site #12300001 ліцензованому проф. О. М. Очередыку. Ми обрали робастний 2SLS метод оцінювання. Обираючи метод 2SLS, ми виходили з можливості присутності гетероскедастичності і коваріації змінних і помилок різних рівнянь. Структура коваріаційної матриці теж невідома. За цих умов метод 2SLS забезпечує консистентне оцінювання параметрів (Wooldridge, 2001; Johnston, DiNardo, p/n 833423-3, 2003). Робастний t-тест (коваріаційна матриця отримується за умови гетероскедастичності) буде використаний для оцінки 1-4 компонент гіпотези і робастний Wald тест для тестування 5-ї і 6-ї компонент гіпотези (див. підрозділ “методи і матеріали”). Інші особливості тестування гіпотези наведені в підрозділі “Тестування ІВП-гіпотези”.

Результати дослідження та їх обговорення.

Основні дескриптивні характеристики змінних моделі наведені в таблиці 1. Середня кількість планових розтинів гриж на 10 тис. населення району (Y) становила 16,41, середня кількість хірургів на 10 тис. населення району (S) була 1,23, усереднена загальна сума витрат на випадок планового розтину грижі (TCost) становить 826,50 грн, усереднена сума витрат на медикаменти на випадок планового розтину грижі (MCost) – 234,99. Середня кількість лікарів на

10 тис. населення району (DENSITY) 24,80, усереднена частка хірургів першої і вищої категорії (QUALIFS) – 66,28 %, усереднена річна кількість оперативних втручань на хірурга (WLOAD) – 401, усереднена частка населення старше 50 років (AGE) – 44,94 %, усереднена частка жіночого населення (SEX) – 54,60 %, середня кількість вакансій лікарських посад до 100 зайнятих (VACANCY) – 1,25, кількість спеціальностей, забезпечених всього одним спеціалістом (SHORT1), – 17, кількість спеціальностей, не забезпечених жодним спеціалістом (SHORT2), – 1,59, середній рівень безробіття (UNEMPLOY) –

3,77 %. В середньому прибуток був у межах прожиткового мінімуму або вище від прожиткового мінімуму (INCOME) у 87 % пацієнтів і лише у 13 % нижче прожиткового мінімуму. В середньому частка ускладнених випадків розтинів гриж (наприклад венральна, невправна, двобічна, післяопераційна кила, рецидив (COMPLEXITY)) була 24 %. Середня тривалість перебування у стаціонарі з приводу планового розтину грижі (T) становила 7,9 дня. В середньому у 49,01 % випадків оперативне втручання з приводу планового розтину грижі здійснював завідувач хірургічного відділення (SIDPower).

Таблиця 1. Основні дескриптивні характеристики змінних моделі

Змінні моделі	Середнє	Похибка	Коеф. варіації (%)
Y	16,41	0,77	24,27
S	1,23	0,05	21,34
Tcost	826,50	68,32	42,95
Mcost	234,99	22,33	49,38
DENSITY	24,80	0,84	17,67
QUALIFS	66,28	3,41	26,74
WLOAD	401,48	19,99	25,87
AGE	44,94	1,88	21,76
SEX	54,60	1,47	14,01
VACANCY	1,25	0,68	78,33
SHORT1	17,00	1,76	53,91
SHORT2	1,59	0,25	60,30
UNEMPLOY	3,77	0,38	52,92
INCOME	1,87	0,05	12,98
COMPLEXITY	0,24	0,04	60,04
T	7,90	0,18	12,15
SIDPower	0,49	0,03	34,61

Значення змінних Y, S, DENSITY, QUALIFS, WLOAD, AGE, SEX, QUALIFS, COMPLEXITY, VACANCY, UNEMPLOY, INCOME, T є схожими в інших областях України і практично збігаються із середньостатистичними по країні в цілому [8;9], отже ситуація і висновки мають бути типові і генералізовані. Високі значення варіабельності змінних моделі (значення більшості коефіцієнтів варіації перевищують 20 %) уможливають тестування ІВП-гіпотези.

Оцінка рівняння demand: (Y), Тест 1 ІВП-гіпотези.

Оцінка коефіцієнтів рівняння demand: (Y) наведена в таблиці 2. Спрямованість парціальних коефіцієнтів регресії β свідчить про логічну змістовність рівняння попиту. Загальна детермінація Y незалежними змінними висока – значення вирівняного на ступені свободи коефіцієнта множинної кореляції дорівнює 89,34 %. Проте суттєвими виявились лише парціальні ефекти змінних S і SIDPower, причому обидва позитивні. Таким чином, одночасно виконуються умови $\text{Corr}(S, Y) > 0$ і $\text{Corr}(\text{SIDPower}, Y) > 0$, що задовольняє умови A, B, C ІВП-гіпотези. Тест Басманна на ідентифі-

кованість рівняння (Y) свідчить, що перелік незалежних змінних рівняння demand повний, а усі інші (не включені в рівняння) екзогенні змінні мають нульові коефіцієнти – $F(7, 11) = 1,10$; $p = 0,4282$. Таким чином, результати тестування є валідними.

Таблиця 3 містить оцінку коефіцієнтів рівняння supply: (S). Ефекти цього рівняння не беруть безпосередньої участі у тестуванні ІВП-гіпотези.

Таблиця 2. Оцінка коефіцієнтів рівняння demand: (Y) Тест 1 ІВП-гіпотези

Змінні моделі	β	m	t	Pr > t
Intercept	-3,696	7,392	0,50	0,6231
S	11,976	5,316	2,25	0,0370
TCost	0,0005	0,004	0,12	0,9043
AGE	0,053	0,054	0,97	0,3426
SEX	0,0116	0,059	0,19	0,8482
QUALIFS	0,006	0,020	0,34	0,7359
SIDPower	4,798	2,636	1,82	0,0431
WLOAD	-0,0008	0,0034	0,25	0,8072
INCOME	0,1664	1,1270	0,15	0,8842

$R^2 = 0,9262$; $R^2_{\text{adj}} = 0,8934$

$F(7, 11) = 1,10$; $\text{Pr} > F = 0,4282$

Таблиця 3. Оцінка коефіцієнтів рівняння supply: (S)

Змінні моделі	β	m	t	Pr > t
Intercept	0,5887	0,3229	1,82	0,0850
Y	0,0176	0,0063	2,79	0,0541
TCost	0,0005	0,0003	1,48	0,1560
DENSITY	-0,00005	0,0070	0,01	0,9942
UNEMPLOY	-0,022	0,0080	2,76	0,0542
VACANCY	-0,002	0,0075	0,30	0,7710
SHORT1	-0,003	0,0047	0,76	0,4584
SHORT2	-0,029	0,0088	3,27	0,0411
QUALIFS	0,001	0,0014	0,68	0,5078

$R^2=0,8841$; $R^2_{adj}=0,8326$

$F(7, 11)=0,89$; $Pr > F=0,5449$

зи, натомість воно описує ендегенну змінну за-безпеченості хірургами S через інструментальні змінні, які виражають привабливість району для хірурга. Основна вимога до такого рівняння системи – його ідентифікованість, а також висока детермінація ендегенної змінної множиною інструментальних змінних. Виконання першої умови очевидно з тесту Басманна – $F(7, 11)=0,89$; $p=0,5449$. Друга умова теж виконана – значення вирівняного на ступені свободи коефіцієнта множинної кореляції дорівнює 83,26 %. Напрямок коефіцієнтів рівняння обґрунтовують логічну інтерпретацію – за вищої привабливості очікується краща забезпеченість хірургами. Проте лише два коефіцієнти виявились суттєвими – змінних рівня безробіття UNEMPLOY та кількості спеціальностей, не забезпечених жодним спеціалістом SHORT2. Саме ці змінні мали найбільший ефект на забезпеченість хірургами.

Оцінка рівняння charge: TCost, Тест 2 ІВП-гіпотези. Оцінка коефіцієнтів рівняння витрат на оперативне втручання charge: (TCost) наведена в таблиці 4. Спрямованість парціальних коефіцієнтів регресії β свідчить про логічну змістовність рівняння. Загальна детермінація витрат TCost незалежними змінними висока – значення вирівняного на ступені свободи коефіцієнта множинної кореляції дорівнює 90,80 %. Проте усі ефекти вияви-

Таблиця 4. Оцінка коефіцієнтів рівняння charge: TCost Тест 2 ІВП-гіпотези

Змінні моделі	β	m	t	Pr > t
Intercept	-641,0	260,74	2,46	0,0232
Y	8,576	5,834	1,47	0,0785
S	615,12	339,33	1,81	0,0849
Complexity	35,78	140,22	0,26	0,8012
T	-1,569	25,456	0,06	0,9515
SIDPower	951,75	460,23	2,07	0,0518
INCOME	54,63	91,869	0,59	0,5587

$R^2=0,9292$; $R^2_{adj}=0,9080$

$F(9, 11)=2,03$; $Pr > F=0,1335$

лись несуттєвими. На порозі суттєвості виявились лише парціальні ефекти змінних Y ($p=0,0785$) і SIDPower ($p=0,0518$), причому обидва позитивні. Слід зважити на малу кількість одиниць спостережень – всього 27 районів. Тому на перший план виходить саме напрямок ефектів. Таким чином, одночасно виконуються умови $\text{Corr}(S, \text{TCost}) > 0$ і $\text{Corr}(\text{SIDPower}, \text{TCost}) > 0$, що задовольняє умови А, В, С ІВП-гіпотези (Тест 2). Тест Басманна щодо ідентифікованості рівняння (TCost) свідчить, що перелік незалежних змінних рівняння повний, а усі інші (не включені в рівняння) екзогенні змінні мають нульові коефіцієнти – $F(9, 11)=2,03$; $p=0,1335$. Таким чином, результати тестування є валідними.

Наведені тести підтвердили наявність обмеженого ІВП; відпала необхідність у зіставленні ефектів попиту-пропозиції в різних контингентах населення, а також за різної складності оперативних втручань для верифікації гіпотези. Це саме стосується і використання витрат на медикаменти у зв'язку з розтином грижі як індикатора загальних витрат з меншою помилкою виміру.

Таким чином, нами встановлено, що хірурги використовують ІВП як засіб маніпулювання попитом. Подальші дослідження показали, що ІВП використовується до межі, де маргінальний прибуток дорівнює маргінальним витратам, включно з моральним та юридичним ризиком (скарги пацієнтів, негативне ставлення колег, адміністрації закладу) внаслідок маніпулювання попитом. Що саме спонукає лікаря обирати поведінку обмеженого ІВП, – низький результуючий прибуток, загроза власній репутації (ризик втрати пацієнтів), моральні принципи (інтереси пацієнта над усе), контроль з боку адміністрації і колег, юридична відповідальність тощо – потребує спеціального вивчення.

Висновки

1. Індукований лікарями попит на медичні послуги здійснює фундаментальний вплив на політику та реформи в галузі охорони здоров'я, а також зв'язок медичних закладів з населенням.

2. Дослідження ІВП ускладнено низкою методологічних проблем, зокрема низькою варіацією співвідношень складових ціни медичних послуг, що призводить до високої мультиколінеарності і заважає оцінці ІВП-ефекту.

3. На прикладі планових розтинів гриж встановлено, що хірурги районних лікарень використовують ІВП як засіб маніпулювання попитом.

4. Подальші дослідження показали, що ІВП використовується до межі, де маргінальний прибуток дорівнює маргінальним витратам, включно з моральним та юридичним ризиком.

Список літератури

1. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2009 рік / за ред. З. М. Митника. – К., 2010. – 602 с.
2. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2009 рік / за ред. З. М. Митника. – К., 2010. – 447 с.
3. Auster Richard Identification of supplier induced demand in the health care sector / Richard Auster, Ronald Oaxaca // Journal of Human Resources. – 1981. – Vol. 16. – P. 327-342.
4. Fuchs Victor The supply of surgeons and the demand for operations / Victor Fuchs // Journal of Human Resources. – 1978. – Vol. 13. – P. 35-56.
5. McGuire Thomas Physician response to fee changes with multiple payers / Thomas McGuire, Mark Pauly // Journal of Health Economics. – 1991. – Vol. 10. – P. 385-410.
6. Rizzo John Is the target income hypothesis an economic heresy? / Rizzo John, Blumenthal David // Medical Care Research and Review. – 1996. – Vol. 53. – P. 243-266.
7. Stano Miron A further analysis of the physician inducement controversy / Miron Stano // Journal of Health Economics. – 1987. – Vol. 6. – P. 227-238.
8. The economics of health and health care / Sherman Folland [et al.]. – 4th ed. – Pearson Educ, 2004. – 567 p.
9. Yip Winnie Physician response to Medicare fee reductions / Winnie Yip // Journal of Health Economics. – 1998. – Vol. 17. – P. 675-699.

ИССЛЕДОВАНИЕ ИНДУЦИРОВАННОГО СПРОСА НА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ НА ВТОРИЧНОМ УРОВНЕ (НА ПРИМЕРЕ ПЛАНОВИХ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЙ)

Л. О. Діденко (Винница)

На примере плановых грыжесечений исследован индуцированный медицинским персоналом спрос на медицинские услуги (ИВС). Показано наличие умеренного ИВС. Хирурги используют ИВС до достижения эквilibriumа маргинальной прибыли и маргинальных потерь, включая моральный риск и вероятность судебных исков. Вопрос, что именно ориентирует врача на выбор умеренного ИВС, нуждается в специальных исследованиях.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: индуцированный спрос, качество и доступность медицинской помощи, плановые грыжесечения.

STUDY OF INDUCED DEMAND FOR SECONDARY LEVEL HEALTH CARE (ON THE EXAMPLE OF PLANNED HERNIOPLASTIC SURGERIES)

L. O. Didenko (Vinnytsia)

Physician induced demand (PID) on the example of planned hernioplastic surgeries has been investigated. Existence of moderate PID has been elicited. PID is exerted up to the point where marginal profit equals marginal losses, moral risks and possibility of lawsuit included. What make physician to opt for limited PID have yet to be studied.

KEY WORDS: induced demand, quality and accessibility of medical care, planned hernioplastic surgeries.

Рецензент: д.мед.н. О. В. Любінець

УДК: 614.2:616-082:311.4

Н. В. МЕДВЕДОВСЬКА, Д. Д. ДЯЧУК (Київ)

СУЧАСНИЙ СТАН ТА РЕГІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ СТАЦІОНАРОЗАМІННИХ ФОРМ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

ДУ “Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України”

Стаття присвячена вивченню актуальної проблеми впровадження стаціонарозамінних форм надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я регіонів України. Подано детальний аналіз регіональних особливостей сформованих за останні роки (2005–2010) тенденцій. Обґрунтовано доцільність подальшого використання стаціонарозамінних форм надання медичної допомоги як резерву підвищення якості, доступності та ефективності медичного обслуговування, раціоналізації використання високовартісного ліжкового фонду, скорочення ресурсних витрат галузі.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: стаціонарозамінні форми медичної допомоги, заклади охорони здоров'я, регіональні особливості.

Історично в Україні збереглася система надання медичної допомоги, основи якої заклалися у 20–30-х рр. ХХ ст., коли в умовах економічної кризи та слабкої матеріально-технічної бази охорони здоров'я створювалися заклади охорони здоров'я, які мали б надавати першочергову медичну допомогу жінкам, дітям, робітникам підприємств та сільського господарства, для ведення боротьби й профілактичної роботи щодо інфекційних та соціально небезпечних захворювань.

До сьогодні в структуру системи охорони здоров'я України входять підсистеми, серед яких є лікувально-профілактична допомога, охорона здоров'я матері і дитини, санітарно-епідеміологічна служба, медико-соціальна експертиза, медична освіта та наука, санаторно-курортна допомога, медична промисловість (включає хіміко-фармацевтичну, мікробіологічну промисловість, медичне приладобудування і медико-інструментальну промисловість).

Найголовнішою визначено лікувально-профілактичну допомогу, яка за функціями поділяється на первинну, вторинну (спеціалізовану) і третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу. Найбільш ресурсоємним за потребою в закладах та кадрах є первинний рівень надання медичної допомоги, який повинен бути доступним та безкоштовним для кожного громадянина, адже амбулаторно-поліклінічна допомога передбачає: лікування найбільш поширених хвороб, отруєнь та інших невідкладних станів; проведення санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів; профілактику захворювань; санітарно-

гігієнічну освіту; планування і впровадження заходів з охорони сім'ї, материнства, батьківства та дитинства; інших заходів, пов'язаних з наданням медико-санітарної допомоги громадянам за місцем проживання. Надання первинної медико-санітарної допомоги здійснюється територіальними поліклініками для дітей та дорослих, поліклінічними відділеннями медико-санітарних частин, жіночими консультаціями, сільськими лікарськими амбулаторіями, поліклінічними (амбулаторними) відділеннями сільських дільничних лікарень. Останніми роками проведено реорганізацію частини сільських дільничних лікарень в амбулаторії, а також організуються нові амбулаторії на базі великих ФАПів, які обслуговують 1000 осіб і більше, хоча при цьому зростає питома вага медичних закладів, в яких жодна посада не заміщена професійним медичним працівником [1–4;6].

Мета роботи – вивчення сучасного стану та перспектив розвитку стаціонарозамінних форм надання медичної допомоги, їх регіональних особливостей.

Матеріали і методи. В роботі проведено аналіз з використанням даних офіційної статистичної звітності Центру медичної статистики МОЗ України та результати моніторингу діяльності закладів охорони здоров'я за регіонами України. Наведено динаміку змін показників розвитку стаціонарозамінних форм надання медичної допомоги за період 2005–2010 рр.

Результати дослідження та їх обговорення. За останні роки (2005–2010 рр.) кількість амбулаторно-поліклінічних закладів (АПЗ) охоро-

ни здоров'я системи МОЗ України зросла з 6692 у 2005 р. до 6880 у 2009 р. та 6869 у 2010 р. (на 177 закладів, що становить 2,6 %) при одночасному зменшенні кількості лікарняних закладів (ЛЗ) з 2636 у 2005 р. до 2537 у 2009 р. та 2442 у 2010 р. (на 194 закладів, що становить -7,9 %).

Тенденції, подібні до загальноукраїнських, за період 2005–2010 рр. були виявлені лише в 10 регіонах України, серед них: АР Крим (кількість ЛЗ скоротилася – 8,5 %, а кількість АПЗ – збільшилася +6,4 %), Вінницька (кількість ЛЗ -5,2 %, кількість АПЗ +4,1 %), Дніпропетровська (кількість ЛЗ -5,2 %, кількість АПЗ +3,0 %), Донецька (кількість ЛЗ -6,7 %, кількість АПЗ +2,1 %), Житомирська (кількість ЛЗ -2,7 %, кількість АПЗ +1,0 %), Запорізька (кількість ЛЗ -4,2 %, кількість АПЗ +1,65 %), Львівська (кількість ЛЗ -8,2 %, кількість АПЗ +5,2 %), Одеська (кількість ЛЗ -4,0 %, кількість АПЗ +1,2 %), Рівненська (кількість ЛЗ -1,4 %, кількість АПЗ +3,3 %), Тернопільська (кількість ЛЗ -6,25 %, кількість АПЗ +7,8 %) області.

У Волинській, Сумській та Чернівецькій областях при незмінній кількості ЛЗ зросла кількість АПЗ на 3,9 %, 1,4 % та 19,7 % відповідно. У м. Севастополі змін мережі вищевказаних закладів взагалі не відбулося. У м. Києві без змін залишилася кількість АПЗ, а кількість ЛЗ зросла на 3,1 %. Зростання кількості і АПЗ, і ЛЗ за період 2005–2009 рр. відбулося у Закарпатській (+8,3 % та +6,2 %), Івано-Франківській (+3,3 % та +1,3 %), Хмельницькій (+4,3 % та +3,8 % відповідно) областях.

Найбільше ЛЗ з 2005 р. скоротилося в Київській області (-35,4 %) при зростанні кількості АПЗ за цей самий період на 10,9 %. У Миколаївській області при незмінній кількості АПЗ відбулося скорочення ЛЗ за 2005–2009 рр. на 14,8 %.

В Україні в ЗОЗ первинного рівня широко впроваджуються стаціонарозамінні технології. Так, понад 70 % (73,3 %) АПЗ мають денні стаціонари, і їх кількість зростає. У 2010 р. при ЗОЗ України функціонувало 5165 денних стаціонарів, що порівняно з 2005 р. (4659) більше на 506, або на 9,8 % (табл. 1).

Таблиця 1. Чисельність денних стаціонарів за регіонами України у 2010 р.

Адміністративно-територіальна одиниця	Денні стаціонари при амбулаторно-поліклінічних закладах				
	кількість закладів	кількість ліжок		проліковано хворих	
		абс.	на 10 тис. населення	абс.	на 10 тис. населення
АР Крим	193,0	1 605,0	8,2	108 578,0	555,2
<i>Область</i>					
Вінницька	282,0	4 218,0	25,8	147 125,0	897,8
Волинська	106,0	1 492,0	14,4	54 175,0	523,8
Дніпропетровська	246,0	5 783,0	17,3	163 866,0	490,2
Донецька	303,0	7 156,0	16,2	314 175,0	708,1
Житомирська	259,0	2 996,0	23,4	151 527,0	1 180,9
Закарпатська	259,0	1 825,0	14,7	61 884,0	497,8
Запорізька	168,0	2 771,0	15,4	76 687,0	424,7
Івано-Франківська	179,0	1 726,0	12,5	68 205,0	495,1
Київська	257,0	2 809,0	16,4	74 242,0	433,2
Кіровоградська	136,0	2 028,0	20,2	61 971,0	615,1
Луганська	169,0	4 971,0	21,3	129 314,0	563,0
Львівська	206,0	2 073,0	8,2	77 086,0	304,8
Миколаївська	139,0	2 287,0	19,3	85 338,0	719,7
Одеська	229,0	2 300,0	9,7	111 388,0	468,3
Полтавська	266,0	2 251,0	15,2	74 009,0	498,1
Рівненська	144,0	1 920,0	16,7	66 398,0	576,9
Сумська	158,0	1 660,0	14,3	49 747,0	427,1
Тернопільська	196,0	1 603,0	14,8	102 678,0	947,9
Харківська	344,0	5 202,0	19,0	188 563,0	686,6
Херсонська	116,0	1 530,0	14,1	51 890,0	476,3
Хмельницька	186,0	2 081,0	15,7	105 741,0	796,7
Черкаська	193,0	1 971,0	15,4	85 181,0	662,0
Чернівецька	180,0	1 382,0	15,3	52 560,0	583,2
Чернігівська	171,0	1 460,0	13,4	65 621,0	599,1
<i>Місто</i>					
м. Київ	70,0	1716,0	6,2	124 510,0	452,6
м. Севастополь	10,0	329,0	8,7	9 800,0	258,8
Україна	5 165,0	69 045,0	15,1	2 662 259,0	582,7

Забезпеченість населення ліжками у денних стаціонарах зросла незначно – з 14,6 у 2005 р. до 15,1 у 2010 р. (табл. 2). Число ліжок денного стаціонару при АПЗ коливається від 6,2 в м. Києві до 25,8 на 10 тис. населення у Вінницькій об-

ласті. Якщо для більшості областей України характерне збільшення кількості ліжок в денних стаціонарах, то в м. Києві, м. Севастополі, Одеській області за період 2005–2010 рр. відбулося зменшення їх кількості.

Таблиця 2. Число ліжок денного стаціонару в амбулаторно-поліклінічних закладах за період 2005–2010 рр. (на 10 тис. населення)

Адміністративно-територіальна одиниця	2005 р.	2006 р.	2007 р.	2008 р.	2009 р.	2010 р.
АР Крим	15,7	15,7	15,8	7,6	8,2	8,2
<i>Область</i>						
Вінницька	24,9	26,0	26,1	25,2	25,8	25,8
Волинська	14,7	14,9	14,9	14,2	14,2	14,4
Дніпропетровська	12,9	13,7	14,5	15,1	16,3	17,3
Донецька	20,4	16,8	17,7	15,6	16,2	16,2
Житомирська	19,9	20,3	21,2	22,2	22,7	23,4
Закарпатська	14,2	14,3	14,3	14,3	14,3	14,7
Запорізька	16,8	16,9	17,5	15,1	15,1	15,4
Івано-Франківська	9,2	9,3	10,0	10,5	11,8	12,5
Київська	13,4	14,2	15,2	15,9	16,1	16,4
Кіровоградська	17,7	18,2	18,5	19,0	19,3	20,2
Луганська	18,6	18,9	19,3	20,0	20,8	21,3
Львівська	5,7	6,2	7,1	7,4	7,9	8,2
Миколаївська	20,1	21,1	21,0	19,1	19,4	19,3
Одеська	13,4	13,7	13,9	9,2	9,5	9,7
Полтавська	14,8	15,4	14,9	14,4	14,9	15,2
Рівненська	17,6	15,9	16,0	16,5	16,6	16,7
Сумська	12,3	12,6	12,8	13,5	14,1	14,3
Тернопільська	12,9	13,6	13,9	14,5	14,7	14,8
Харківська	18,6	18,6	19,1	19,3	18,8	19,0
Херсонська	12,1	12,1	12,9	13,4	13,8	14,1
Хмельницька	15,1	15,4	15,5	15,6	15,5	15,7
Черкаська	11,2	13,2	13,3	12,2	13,9	15,4
Чернівецька	12,9	12,9	12,9	12,5	13,2	15,3
Чернігівська	12,3	13,1	15,2	13,0	13,3	13,4
<i>Місто</i>						
Київ	7,17	7,29	7,3	6,1	6,2	6,2
Севастополь	9,5	9,4	9,4	8,7	8,7	8,7
Україна	14,6	14,8	15,2	14,4	14,8	15,1

До регіонів з високим рівнем розвитку та запровадження денних стаціонарів при АПЗ відносять адміністративні території, на яких за підсумками 2010 р. число ліжок денного стаціонару перевищує на 10 % середнє по Україні значення – 15,1 ліжок денного стаціонару на 10 тис. населення. Серед них: Вінницька (25,8), Житомирська (23,4), Луганська (21,3), Кіровоградська (20,2), Миколаївська (19,3), Харківська (19,0), Дніпропетровська (17,3), Рівненська (16,7), Київська (16,4), Донецька (16,2 ліжок денного стаціонару на 10 тис. населення) області.

Низький рівень забезпеченості населення ліжками в денних стаціонарах при АПЗ зареєстровано в Одеській (9,7) області, м. Севастополі (8,7), АР Крим (8,2), Львівській (8,2) області та м. Києві (6,2 ліжок денного стаціонару на 10 тис. населення). Решта областей (Херсонська (14,1),

Сумська (14,3), Волинська (14,4), Закарпатська (14,7), Тернопільська (14,8 ліжок денного стаціонару на 10 тис. населення) віднесені до регіонів із середнім рівнем забезпеченості ліжками в денних стаціонарах (табл. 2).

За кількістю пролікованих в денних стаціонарах при АПЗ хворих в розрахунку на 10 тис. населення лідерами є: Житомирська (1180,9), Тернопільська (947,9), Вінницька (897,8), Хмельницька (796,7), Миколаївська (719,7), Донецька (708,1) області при середньому по Україні значенні 582,7 на 10 тис. населення.

Якщо Вінницька, Житомирська області належать до регіонів з високим рівнем забезпеченості населення ліжками в денних стаціонарах при АПЗ, і логічно є висока в цих регіонах кількість пролікованих в денних стаціонарах хворих (табл. 2), то Тернопільська, Хмельницька та Донецька

області, маючи середній рівень забезпеченості цими ліжками, досягли одних із найвищих рівнів показника кількості пролікованих хворих в денних стаціонарах при АПЗ, що свідчить про високу ефективність роботи створених ліжок.

АПЗ охорони здоров'я АР Крим, маючи один із найнижчих показників забезпеченості населення ліжками в денних стаціонарах (8,2 при середньому по Україні 15,1 на 10 тис. населення), провели лікування на них 555,2 хворим на 10 тис. населення, що наближається до середнього в Україні значення 582,7 на 10 тис. населення, що свідчить про ефективну роботу навіть невеликої кількості ліжок денного стаціонару при АПЗ.

Найгіршим розвиток мережі денних стаціонарів при АПЗ за підсумками 2010 р. був в м. Севастополі, Львівській області та м. Києві. Ці регіони ма-

ють одні з найгірших показники, як забезпеченості ліжками в денних стаціонарах при АПЗ (8,7; 8,2; 6,2 на 10 тис. населення відповідно), так і кількості пролікованих на цих ліжках хворих (258,8; 304,8; 452,6 на 10 тис. населення відповідно).

Крім денних стаціонарів, широко впроваджуються стаціонари вдома, що також підвищує ефективність використання ресурсів при наданні стаціонарозамінної допомоги як міському, так і сільському населенню [2;5]. Близько 66,6 % АПЗ мають стаціонари вдома, в яких за підсумками 2010 р. було проліковано понад 2 млн 240 тис. осіб. (табл. 3).

Найбільша кількість стаціонарів вдома в 2010 р. була в Харківській (333), Донецькій (291), Полтавській (279), Вінницькій (274), Львівській (265) та Закарпатській (259) областях. Відповідно в

Таблиця 3. Чисельність стаціонарів вдома у 2007–2010 рр.

Адміністративно-територіальна одиниця	Число закладів				Проліковано хворих			
	2007 р.	2008 р.	2009 р.	2010 р.	2007 р.	2008 р.	2009 р.	2010 р.
АР Крим	22	44	54	91,0	2 779	4 398	19 021	17 047
<i>Область</i>								
Вінницька	267	273	276	274	73 306	73 720	73 417	75 150
Волинська	118	115	118	116	23 532	25 332	24 611	24 630
Дніпропетровська	1	1	1	1	623	417	434	374
Донецька	294	292	291	291	211 619	205 773	204 993	208 062
Житомирська	242	245	248	249	77 533	83 127	85 463	90 108
Закарпатська	258	259	260	259	49 665	51 055	59 807	62 819
Запорізька	182	186	185	185	69 661	70 098	69 844	71 644
Івано-Франківська	162	165	167	170	44 205	46 538	49 961	55 761
Київська	253	257	258	260	62 298	61 845	62 167	61 874
Кіровоградська	141	143	139	139	53 750	54 554	56 690	58 993
Луганська	194	193	191	183	110 019	107 384	104 952	105 249
Львівська	250	254	260	265	159 170	171 493	182 294	188 290
Миколаївська	91	84	86	88	48 657	50 442	51 259	52 302
Одеська	192	208	207	207	71 293	80 215	88 333	91 200
Полтавська	273	274	275	279	100 232	97 952	105 390	99 210
Рівненська	68	78	77	85	23 306	24 380	27 167	29 000
Сумська	180	179	176	176	78 718	78 002	78 522	77 069
Тернопільська	181	182	185	184	76 547	79 057	84 119	86 130
Харківська	330	315	306	333	212 938	207 778	207 497	224 170
Херсонська	83	88	84	79	25 421	25 368	25 551	24 528
Хмельницька	180	171	181	179	69 581	68 196	73 294	72 866
Черкаська	189	191	188	190	88 916	88 034	87 873	88 687
Чернівецька	148	155	163	171	35 750	37 441	39 872	40 463
Чернігівська	159	161	161	161	51 478	53 701	53 913	52 655
<i>Місто</i>								
Київ	64	66	65	65	243 874	256 736	264 747	272 051
Севастополь	7	7	7	7	5 319	8 535	8 757	10 090
Україна	4529	4586	4609	4687	2070190	2111571	2189948	2240422

цих регіонах та ще в м. Києві, Луганській, Житомирській областях в стаціонарах вдома в 2010 р. проліковано найбільше хворих.

Таким чином, інтенсивне лікування в умовах денних або домашніх стаціонарів АПЗ сприяє зни-

женню потреби населення в лікарняній допомозі та ресурсних витрат на охорону здоров'я.

Особливо зростає потреба та економічна доцільність розширення мережі стаціонарозамінних форм на сучасному етапі реформування ме-

дичної галузі із пріоритетним функціонуванням первинного рівня надання медичної допомоги. В цих умовах денні та домашні стаціонари стають організаційною формою роботи відділень (амбулаторій) загальної лікарської практики, підвищенню якості надання якої сприятиме вдосконаленню ресурсного забезпечення та лікувально-діагностичного потенціалу денних і домашніх стаціонарів.

Висновки

Головними ресурсами первинної медико-санітарної допомоги були і залишаються АПЗ, кількість яких зростає за рахунок реорганізації частини сільських дільничних лікарень в амбулаторії, а також за рахунок організації амбулаторій на базі великих ФАПів, які обслуговують 1000 і більше осіб.

Найбільшого розвитку стаціонарозамінні технології, а саме денні стаціонари, набули у Вінницькій, Житомирській, Миколаївській, Кіровоградській, Харківській, Рівненській, Дніпропетровській областях. Найменше денні стаціонари набули свого розвитку в м. Севастополі, Києві, Одеській та Львівській областях, хоча в останній добре розвинутий такий вид стаціонарозамінних форм надання медичної допомоги, як стаціонари вдома.

Подальший розвиток ефективних із медико-соціального та економічного поглядів стаціонарозамінних форм надання медичної допомоги можна розглядати як найвагоміший на сьогодні резерв підвищення якості, доступності та ефективності медичного обслуговування, раціоналізації використання високовартісного ліжкового фонду, скорочення ресурсних витрат галузі.

Список літератури

1. *Громадське здоров'я в Україні. Основні статистичні показники за 2008 рік / за ред. В. М. Князевича [та ін.].* – К. : Книга плюс, 2009. – 36 с.
2. *Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: укр. вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації.* – 2010. – № 1. – С. 5–23.
3. *Максимова Т. М. Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения пожилого населения / Т. М. Максимова, Н. П. Лушкина // Проблемы соц. гигиены, здравоохран. и истории медицины.* – М. : Медицина, 2010. – № 3. – С. 3–7.
4. *Охорона здоров'я в Україні: стан, проблеми, перспективи / [В. М. Князевич, В. В. Лазоришинець, І. В. Яковенко та ін.].* – К., 2009. – 440 с.
5. *Підсумки роботи галузі в 2007 році та пріоритетні напрями розвитку охорони здоров'я, гарантування прав громадян і національної безпеки держави.* – К. : МОЗ України, 2008. – 84 с.
6. *Слабкий Г. О. Рейтингова оцінка стану здоров'я, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я України за попередніми даними моніторингу. 2009 р. / Г. О. Слабкий, Н. В. Медведовська, Т. П. Попенко.* – К. : МОЗ України, Укр. ін-т громадського здоров'я, 2010. – 46 с.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СТАЦИОНАРОЗАМЕНЯЮЩИХ ФОРМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Н. В. Медведовская, Д. Д. Дячук (Киев)

Статья посвящена изучению актуальной проблемы внедрения стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи в учреждениях здравоохранения регионов Украины. Представлено детальный анализ региональных особенностей сформированных в последние годы (2005–2010) тенденций. Обосновано целесообразность дальнейшего использования стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи как резерва повышения качества, доступности и эффективности медицинского обслуживания, рационализации использования дорогостоящего коечного фонда, сокращения ресурсных расходов отрасли.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: стационарозамещающие формы медицинской помощи, учреждения здравоохранения, региональные особенности.

MODERN APPROACH AND REGIONAL FEATURES OF USING MEDICAL CARE INPATIENT FORMS

N. V. Medvedovska, D. D. Dyachuk (Kyiv)

The article has been devoted to studying of an actual problem of implementation inpatient forms of medical care in health institutions in different region of Ukraine. Detailed results of analysis regional features formed trends during last years have been presented (2005–2010). Advisability of inpatient forms using for grant of medical care as reserve of quality; ability and effectiveness of medical care increasing have been grounded. These changes promote for rational using of expensive bed found reduction of branch expenditures.

KEY WORDS: medical care inpatient forms, health institutions, regional features.

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

УДК 614.2:616-072.5(100)

В. В. ЛЮБЧАК (Київ)

ОГЛЯД СУЧАСНИХ ПІДХОДІВ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ СЛУЖБИ КРОВІ В СВІТІ

Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України

Вивчався досвід організації служби крові в світі, зокрема міжнародні та національні документи, що регулюють діяльність служби, а також дані офіційної статистики щодо донорства крові та її компонентів. Порівняльний аналіз виявив ряд проблем в організації служби крові в Україні, які гальмують впровадження міжнародних стандартів в національну систему охорони здоров'я.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: служба крові, донорство, організація, законодавче регулювання.

Виходячи з об'єму заготовленої крові, у світі щорічно проводиться від 50 до 80 млн трансфузій. Враховуючи призначення компонентів та препаратів крові, можна стверджувати, що служба крові щорічно рятує життя десятків мільйонів людей. Незважаючи на те, що з 1 січня 2009 р. контроль якості в Україні повинен відповідати стандартам Євросоюзу разом з адаптацією всього українського законодавства (Закон України «Про Загальнодержавну програму адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу» № 1629-IV від 18.03.2004 р. [24]), не враховане ні чинне законодавство, ні наявна інфраструктура служби крові України, що унеможлиблює одномоментний перехід на нові стандарти, у тому числі GMP, GDP, GSP для препаратів та компонентів крові та GMP API для плазми, що заготовляється як сировина.

Мета дослідження: вивчити підходи до організації служби крові у світі та порівняти їх з організацією служби крові в Україні.

Матеріали і методи. Розглянуто міжнародні та національні документи, що регулюють діяльність служби крові; проаналізовано дані офіційної статистики щодо донорства крові та її компонентів в Україні і світі.

Результати дослідження та їх обговорення. У більшості країн світу існують структури, пов'язані з переробкою крові. Для конкретизації рівня розвитку служби крові в кожній державі ВООЗ заснувало Глобальну базу даних з безпеки крові. Перший збір даних для Глобальної бази даних з безпеки крові охопив період 1998–1999 рр. Дані за 2001–2002 рр. були отримані від 178 держав-членів [42].

Індекс рівня життя, створений Програмою розвитку ООН, дозволяє проводити порівняльний аналіз даних. Індекс класифікує країни на 3 групи: з низьким (менше 0,500), середнім (0,500–0,799) та високим (0,800 і вище) індексом рівня життя (рис. 1) [42].

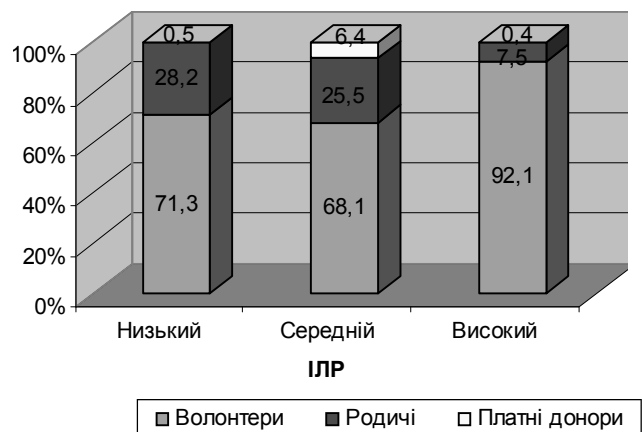


Рис. 1. Поділ типів донорів залежно від індексу людського розвитку [3].

У країнах з низьким і середнім рівнем життя 25 % крові одержано від неоплачуваних донорів проти 94 % у країнах з високим рівнем життя [42]. В країнах з низьким і середнім рівнем життя істотним джерелом крові для переливання залишаються донори-родичі. 71 (40 %) країна повідомила, що вона не має ніяких кадрових безоплатних добровільних донорів крові.

Кількість країн, що повідомляють про 100 % безкоштовної добровільної донації крові, збільшилася з 39 в 2001–2002 рр. до 50 в 2004 р. [43].

Середнє число донацій на 1000 людей було втричі вищим в країнах із середнім рівнем життя і в 12 разів вищим в країнах з високим рівнем життя, ніж в країнах з низьким рівнем життя.

Згідно з даними, наданими країнами щодо вартості одиниці крові, загальний фінансовий оборот в службі крові був оцінений, як мінімум, в US\$ 7,4 млрд в 2001–2002 рр., проте це майже напевно недооцінка, оскільки загальні дані щодо витрат були надані тільки 122 країнами з повним виробництвом 72,5 млн одиниць крові (рис. 2).

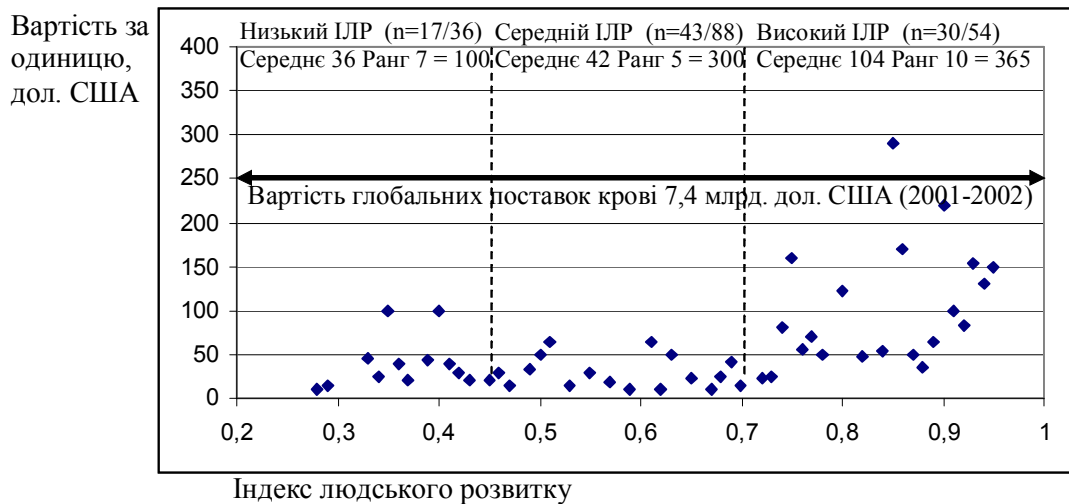


Рис. 2. Ціна виробництва 1 одиниці крові в 2001–2002 рр. залежно від індексу людського розвитку [42].

З 122 країн, у яких є реєстр або база даних донорів, тільки в 37 є комп'ютеризована система у всіх центрах крові, що дозволяє поєднати донора і кожне пожертвування крові.

Для законодавчого регулювання діяльності служби крові в країнах світу Підрозділ Безпеки Переливання Крові ВООЗ розробив об'єднану стратегію для безпеки переливання крові [42]. Ця стратегія рекомендована національним програмам служби крові:

- Організація і управління (установа впорядкованої національно скоординованої служби крові інтегрована в систему охорони здоров'я. Це вимагає жорстких урядових зобов'язань і підтримки, специфічного та адекватного бюджету і виконання національної політики в сфері забезпечення кров'ю).

- Система якості (повинна бути, однак її тип не вказаний).

- Донори крові (збирання крові тільки від добровільних неоплачуваних донорів крові, від населення низького рівня ризику).

- Тестування.

- Відповідне клінічне використання крові.

Глобальний стратегічний план ВООЗ для безпечного переливання крові 2008–2015 [4] передбачає:

- побудову сприятливого політичного, соціального та економічного середовища для підсилення національних програм щодо служби крові;

- досягнення 100 % безоплатних добровільних донацій цільної крові і нестійких компонентів крові;

- гарантію 100% якості тестування зданої крові;

- встановлення системи гемобезпеки для удосконалення безпеки крові;

- здійснення національних директив щодо клінічного використання крові.

Національні клінічні директиви включають [38]:

- лікарняні та лабораторні вказівки щодо використання крові, продуктів крові й альтернатив переливанню крові;

- інформацію відносно доступних продуктів крові й альтернативи переливанню крові: дозування, умови зберігання, ризик отримання інфекції при переливанні, засоби адміністрування, протипоказання та застереження.

Важливі складові перевірки донорської крові [37]:

- 1) правильна лабораторна практика (GLP) з ефективною документацією, зокрема стандартними виконавчими процедурами;

- 2) обслуговування ефективного холодового ланцюга крові для зберігання і перевезення крові та її компонентів;

- 3) установа національної системи якості, зокрема директив, стандартних виконавчих процедур, точних записів, моніторингу та оцінки (ISO 9001).

Законодавчо повинно бути встановлено [41]:

- 1) гарантування 100 % якості тестування на інфекцій, що передаються при переливанні крові, а також тестування груп крові;

- 2) Міністерство охорони здоров'я повинне працювати з іншими міністерствами, особливо Міністерством освіти, щоб організувати добровільні донації крові серед студентів;

- 3) серед співробітників служби крові повинен підтримуватись рівень зарплати, що признається виходячи з нарахування зарплати в приватному секторі, та забезпечуватись відповідний кар'єрний ріст для штату.

ВООЗ проголосила глобальну ідею безпечного постачання крові як одного з його пріоритетів і розпочала інноваційну ініціативу – Проект управління якістю [41]. Розроблена програма менеджменту якості ВООЗ [40].

Слід зазначити, що за останні роки ПЛР стала шаблоном для скринінгу інфекцій зданої крові як в розвинених країнах, так і в деяких країнах, що розвиваються. Більшість країн почали здійснювати ПЛР-тести в міні-пулах різних розмірів [34].

Багато країн в світі при створенні служби крові спочатку брали за зразок досвід країн, де служба крові вже встигла сформуватися. Інші ж країни йшли своїм шляхом. Досвід перших і других неможливо переоцінити для реформування служби крові в тих країнах, де воно ще не відбулося.

В Азії служби крові діють як урядові та неурядові неприбуткові організації, такі як Червоний Хрест, комерційні організації, лікарні та їх комбінації [36].

Після проведення реформи в службі крові Таджикистану виробнича діяльність 20 ВПК була припинена повністю і на їх базі відкриті кабінети трансфузійної терапії (КТТ). Нині функціонують тільки 28 ОПК на базах великих і віддалених від регіональних Центрів крові ЗОЗ [2].

В Ізраїлі діє програма організованого донорства серед студентів вищих шкіл [18].

Канадська Рада Директорів Служби крові складається з 12 директорів [33]: 1 голова, 4 директори від регіонів, 2 директори від представників споживачів, донорів, пацієнтів або інших осіб; 6 директорів, що забезпечують медичною, науковою, технічною, бізнес і експертизою охорони здоров'я. В Службі крові налічується 4600 працюючих, 17000 волонтерів, 20000 донорських клінік. Служба крові збирає 880000 одиниць крові щорічно. Бюджет становить US\$ 1 млрд [30].

75 загальноамериканських і регіональних неприбуткових служб крові формують Американську службу крові. Вся кров для переливання в США одержана від добровільних донорів крові [29].

Першим національним органом стандартизації і службі крові стала Фармакопейна Конвенція США, заснована в 1820 р. [27]. Тільки у 1970 р. кров і її компоненти були віднесені до біологічних матеріалів, що підлягають федеральному контролю. У 1971 р. були представлені стандарти для крові та її препаратів, зокрема кріопреципітату та антигемофільного глобуліну [27].

Фармакопея США (USP) і Національний Форум USP – NF (збірка стандартів), нині містять близько 40 монографій, присвячених крові і її продуктам, лікарським формам, що містять

похідні крові. Більшість з них включені в Код федеральних нормативів (Code of Federal Regulations) і ліцензовані Адміністрацією щодо контролю якості харчових і лікувальних засобів (FDA). Розробка стандартів, пропозицій з їх перегляду і коригування є компетенцією Ревізійного Комітету (Committee of Revision – COR), до складу якого входить 138 найбільш авторитетних фахівців [27].

Ще в 1950-х роках Рада Європи почала співпрацю між державами-учасниками у сфері трансфузії крові. Були закладені основні принципи цієї співпраці: безкоштовне добровільне донорство, взаємодопомога, оптимальне використання крові і захист донора і реципієнта [4]. Більшість країн переходить на переробку плазми на великих заводах [31]. Провідними поставачальниками препаратів крові є: Cytotec в США, Трігоном, Національна служба переливання крові Франції, Американський Червоний Хрест, Behring, Octapharma і Baxter, "Імуно", "Біомед", "Гріффольс" [31]. Багато з них досить уважно ставляться до комплектування донорів плазми, яке проводиться навіть з урахуванням вмісту чинника згортання VIII, пониженого на 25 % у осіб групи O, підвищеного у осіб старше 45 років [8].

Рада Європи – інструмент поліпшення якості життя європейців, організація, створена в 1949 р., нині вона об'єднує 800 мільйонів чоловік – жителів 45 держав-учасників. Вона впливає на службу крові Європи через наступні структури [18]:

1. Комітет Міністрів, що складається з міністрів закордонних справ держав-учасників або їхніх постійних представників.

2. Європейський комітет охорони здоров'я (European Health Committee).

3. У складі останнього працює два комітети: Комітет з переливання крові і імуногематології (Committee on Blood Transfusion and Immunohaematology), а також Комітет з гарантії якості в службах переливання крові (Committee on Quality Assurance in Blood Transfusion Services).

Ці комітети розробили програму з переливання крові на основі трьох головних принципів [32]: 1) безкоштовність, добровільність; 2) досягнення самостійності; 3) захист як донорів, так і реципієнтів.

В Євросоюзі діє директива, це закон для Євросоюзу – донорство має бути тільки добровільним і тільки безоплатним [3].

Рада Європи приймає рекомендації, що визначають загальний порядок дій, у тому числі й у сфері служби крові, зокрема Рекомендацію № R(95)15 для забезпечення якості в службі крові, яку затвердив спеціальний комітет експертів, – "Керівництво з приготування, використання і гарантії якості компонентів крові", а також № R(88)4 про відповідальність органів охорони

здоров'я у сфері трансфузії крові. Щорічно до цих рекомендацій вносяться доповнення.

У 1993 р. за узгодженням з країнами-членами ЄС було поставлено завдання максимально зблизити та уніфікувати вимоги, стандарти, розроблені в різний час. Прикладом відмінності думок є, наприклад, рекомендації ВООЗ орієнтуватися на безоплатне донорство не лише з етичних міркувань, але й через більшу безпеку крові таких донорів. З іншого боку, основним джерелом початкового матеріалу для індустріального виробництва препаратів є платні донори плазми. При цьому стверджується, що кров і плазма платних донорів безпечніша, ніж від волонтерів, оскільки кадрові донори і їхня кров обстежуються ретельніше і систематично, є можливість спостерігати за ними тривалий час [27].

Директива Європейського Парламенту і Ради 2002/98/ЄС від 27 січня 2003 року встановлює стандарти якості і безпеки заготівлі, обстеження, приготування, зберігання і розподілу крові і компонентів крові людини і удосконалює Директиву 2001/83/ЄС [18].

Управління якістю – комплексна система забезпечення якості, що охоплює всі моменти, пов'язані з виробництвом компонентів, і має на меті гарантію їх якості. Така система включає в себе GMP, контроль якості та програму аудиту [18].

Оскільки виробництво і дистрибуція ліків і препаратів крові є зонами підвищеного ризику, то кожен етап – власне виробництво, упаковка та інші – повинен бути чітко регламентований, щоб на виході отримати безпечний, чистий та ефективний продукт [19].

І, навпаки, реєстрація в системі ISO не обов'язкова і добровільна для виробника, проте компанії та підприємства активно до неї прагнуть, оскільки де-факто в західних країнах державні установи не мають права закуповувати продукцію у виробника, що не має сертифікату ISO [27].

Більшість європейських країн мають національні фармакопеї. Європейська Фармакопея призначена для створення єдиного фармакопейного простору для країн континенту. У складі Європейської Фармакопеї є робоча група з продуктів крові, в яку входять 18 експертів з різних міжнародних організацій [27].

Щодо контролю за діяльністю, то в Європі прийнята Конвенція по фармацевтичній інспекції (Pharmaceutical Inspection Convention – PIC). Під Конвенцією підписалися 22 європейських країни, представники яких отримали право інспектувати підприємства фармацевтичної промисловості будь-якої країни-учасниці PIC [27].

Виробники плазми об'єдналися в Асоціацію – РРТА, ними прийнята Міжнародна програма якості плазми (IQPP). Plasma Master File є одним з основних компонентів IQPP [27].

Європейські стандарти збору крові, до речі, обов'язково включають обстеження донорської крові за допомогою ПЛР та імуноферментної діагностики, а також шестимісячний карантин плазми [10].

У Європі розвивається "haemovigilance" (буквально – гемобезпека) – система процедур спостереження, що охоплюють увесь трансфузійний ланцюг (від донації крові і її компонентів до моніторингу реципієнтів трансфузій), призначених для збору та оцінки інформації про несподівані або небажані явища, що сталися внаслідок клінічного застосування лабільних продуктів крові і для профілактики розвитку або повтору таких інцидентів [18].

Існують певні особливості в службах крові різних країн. Так, національна служба крові Великої Британії – організація в Англії та Північному Уельсі, яка збирає кров та інші компоненти, тестує та забезпечує усі лікарні Англії та Північного Уельсу [35]. Національна служба крові Англії і Північного Уельсу, разом з госпіталями, які забезпечуються гемокомпонентами, створили Схему управління запасами крові. Схема заснована на Інтернет-технології і об'єднує дані про запаси і закінчення терміну зберігання в реальному часі із щоденним і щомісячним аналізом [18].

У Службі крові Великої Британії широко використовуються сучасні інформаційні технології (офіційний сайт, мобільний зв'язок тощо), що суттєво зменшує списання компонентів крові після закінчення терміну зберігання до 2,8 %. Кошти, отримані за компоненти та препарати крові, йдуть на утримання централізованої служби крові [15].

Фінансування служби крові Італії здійснюється з регіонального бюджету з розрахунку 158 євро на одну кроводачу. Усі донори в Італії – безвідплатні добровольці. Проте за кожного донора регіональне міністерство охорони здоров'я перераховує 20 євро в AVIS – асоціацію донорів. Ці кошти використовуються для пропаганди донорства, запрошення донорів поштою, іншими видами зв'язку [8]. міністерство також допомагає з фінансуванням AVIS [5].

У складі служби крові Російської Федерації функціонує понад півтори тисячі організацій, що займаються заготівлею і переробкою донорської крові і її компонентів [9]. При цьому жодне з наявних в Росії виробництв препаратів крові не відповідає міжнародним стандартам [13].

В деяких регіонах країни відбулася реорганізація служби крові. В Самарській області, Красноярському краї, м. Москва та ряді інших регіонів поєднані децентралізована заготівля донорської крові і централізація виробничої ланки [9]. В Росії забезпечення ЗОЗ препара-

тами крові становить 17–25% від нормативів, рекомендованих ВООЗ [13].

За останні 20 років кількість донорів в країні зменшилася майже втричі: в 1985 р. число донорів складало 5,6 млн чоловік, в 2006 р. – менше 2 млн. У 2006 р. в цілому по Росії доля безоплатних донорів становила 87 % від їх загального числа, а наприклад, в Москві дві третини донорів здають кров за гроші [13].

З 2008 р. в країні реалізується масштабна Федеральна програма розвитку Служби крові. До 2011 р. планувалося задіяти в програмі усі 83 суб'єкти Російської Федерації [11]. А в 2012 р. планується прийняття нового закону.

Служба крові України – одна з головних галузей національної системи охорони здоров'я – складається з 68 станцій переливання крові (СПК), з них: 1 республіканська СПК, 24 обласні СПК, 2 обласні центри крові (ЦК), міський ЦК, 40 міських СПК та 600 відділень трансфузіології (ВТ), які входять до структури лікувальних закладів [17;26].

Протягом останніх 15 років донорство в Україні переживає значний спад, що, насамперед, пов'язано зі складною соціально-економічною ситуацією, погіршенням демографічної ситуації, ліквідацією колишньої планової системи організації донорства, припиненням пропаганди донорства в засобах масової інформації, українським незадовільним фінансуванням закладів служби крові [6]. Існує проблема безпеки донорської крові [26]. У зв'язку із загостренням проблеми інфекційної безпеки донорської крові в Україні щорічно відводяться від кроводачі біля 10 % донорів і вибраковується понад 5 % усієї заготовленої крові [6]. Починаючи з 1997 р., почала звужуватися мережа закладів служби крові [16].

Відповідно до Директив Європейського Парламенту та Ради Європейського Союзу, для забезпечення держави кров'ю та її компонентами потрібно 40-60 донорів на 1 тис. населення країни, або 4,0-6,0%. Водночас в Україні цей показник становить лише 14-15 донорів на 1 тис. населення [20].

За останніми відкритими даними, щороку в Україні кров і плазму здають близько 773 тис. чоловік. Загальна кількість донорів в країні за 14 років зменшилося майже у 2 рази (у 1991 р. – 1 млн 464 тис. чол., у 2004 р. – 773 тис. чол.) [5; 26]. Частка донорів від загальної кількості населення в Україні за 17 років зменшилася у понад двічі. Так, у 1991 р. нараховувалося 2,83 % осіб, а у 2007 р. – 1,39 %. За 2007 р. спостерігалось збільшення донорів на 0,6 % порівняно з 2006 р. [20].

Кількість імунних донорів у 2007 р. порівняно з 1992 р. зменшилась у 10,6 рази. Частка імунних донорів за 2002-2007 рр. стабільно становить 0,5 від загальної кількості донорів [20].

У 2007 р. порівняно з 2003 р.: кількість донорів зменшилась на 16,0 %; кількість заготовленої консервованої крові зменшилась на 1,2 %; брак консервованої крові до заготовленої зменшився на 2,2 %; кількість заготовленої плазми збільшилась на 6,6 %; списано еритроцитної маси у зв'язку із закінченням терміну зберігання на 10,2 % більше. Методом плазмаферезу заготовлено плазми на 2,8 % більше. Карантинізація плазми проводиться у всіх регіонах країни [21].

За даними літератури, у різних країнах світу частка донорства коливається до 6,0 % всього населення. У нашій країні частка донорства до всього населення становить 1,6. Відмічається зменшення кількості кроводач з 1615 тис. у 1991 р. до 711 тис. у 2005 р. Однак за цей період збільшилась кількість плазмодач з 39 тис. до 52 тис. Заготівля крові у 2005 р. порівняно з 1991 р. зменшилась у 1,9 рази. Середня одноразова доза кроводачі в різні роки становила від 341 мл (у 1997 р.) до 441 мл (у 2005 р.). У 2004 р., як і в 2003 р., на одного жителя України було заготовлено 8,8 мл, у 2005 р. – 8,5 мл консервованої крові (згідно з рекомендаціями ВООЗ оптимальна потреба на рік 12–15 мл) [16].

При цьому кількість кроводач на 1000 жителів України у 1999 р. становила 17 проти 42,7 в Білорусі та 31,2 в Росії. У 2000 р. в Україні заготовлено 367 244 л цільної донорської крові, тоді як у 1991 р. заготовлено 670 879 л цільної донорської крові. У 1991 р. в Україні було 1 463 732 донори, у 2000 р. – 783 768 (зменшення на 46,4 %). Кількість кроводач на 1000 населення України у 1991 р. становила 34, тоді як у 2000 р. – 17 [17].

Закладами служби крові України у 2005 р. заготовлено 112,9 т еритроцитної маси. Для трансфузій було використано 51,5 % (84,50 т) еритроцитної маси. У 1991 р. в Україні було заготовлено понад 289 тис. л плазми крові. Від 14,5 % (1991 р.) до 17,0 % (2005 р.) від усього об'єму заготовленої плазми крові виготовлялося методом плазмаферезу [16].

Показники заготівлі плазми крові донорів України за 1992–2007 рр. свідчать про те, що закладами служби крові країни максимально її було одержано у 1992–1993 рр., а в наступні роки відбувся спад виготовлення у 1,6 рази [7].

Водночас завдяки зусиллям трансфузіологів щорічно зменшується частка трансфузій консервованої крові. Так, у 1991 р. в Україні трансфузії крові становили 17,8 %, а у 2007 р. – лише 0,26 % [20].

За даними літератури, у різних країнах світу для переробки використовується 18,5 млн л плазми на рік, у тому числі в Європі – 7,7 млн л. Відповідно до рекомендацій ВООЗ, виходячи із кількості населення, службі крові України необхідно в рік переробляти на препарати не мен-

ше, ніж 141 тис. л плазми крові. У 2007 р. для переробки було використано удвічі менше плазми крові [22]. Заготовленої крові та її компонентів ледве вистачає на всіх, у кого є в ній потреба [12].

У 2004 р. кожна станція та центр крові отримали по одному-два апарати для проведення автоматичного плазмаферезу. Середня доза плазми при автоматичному плазмаферезі становила 531,0 мл [16]. Це дозволило заготовляти значно більше якісної плазми, але через відсутність централізованої заводської переробки забезпеченість хворих на гемофілію факторами згортання крові у 10 разів менша від потреби [1].

Устаткування в більшості центрів і СПК старе, укомплектоване ще у 70-х рр. ХХ ст., сировина нерідко тестується за нормами, розробленими ще чверть століття тому [23]. Матеріально-технічна база більшості установ служби крові дуже застаріла (знос основного устаткування становить понад 85 %) [1; 25].

В Україні жодне з виробництв препаратів крові не відповідає правилам GMP.

Проблемними питаннями залишаються освітні програми в службі крові. Виховні програми для молоді, соціальна реклама, підготовка фахівців із клінічної та виробничої трансфузіології потребують значного удосконалення з метою підвищення рівня самозабезпечення країни гемот-

рансфузійними середовищами на рівні сучасних світових стандартів [14].

Люди не поінформовані про те, що таке донорство крові. У нашій країні відсутня система агітації донорства крові, тому лише 1,39 % населення здають кров, переважно за грошову винагороду [5]. Дуже мало приділяє уваги питаннями донорства Червоний Хрест [10].

Висновки

Протягом останніх 15 років донорство в Україні переживає значний спад, що, насамперед, пов'язано зі складною соціально-економічною ситуацією, погіршенням демографічної ситуації, ліквідацією колишньої планової системи організації донорства, припиненням пропаганди донорства в засобах масової інформації, украї нездовільним фінансуванням закладів служби крові. Невідповідність законодавства, відсутність регламентуючих документів, недостатнє забезпечення галузі, нераціональне використання заготовленої крові, надзвичайно великий відсоток списання еритроцитарної маси, децентралізоване фінансування, наявність дрібних ВПК, що не відповідають ліцензійним умовам, відсутність інформаційного центру, відсутність стовідсоткової вірусобезпечності робить проблему організації служби крові однією з найважливіших в медичній галузі України та потребує реорганізації.

Перспективи подальших досліджень сформульовані на удосконалення служби крові в Україні.

Список літератури

1. *IV з'їзд гематологів та трансфузіологів України*. Інтерв'ю з головним трансфузіологом МОЗ України // Аптека. – 2001. – № 292 (21).
2. *Баховадинов Б. Б.* Результати реформування служби крові Таджикистана / Б. Б. Баховадинов, А. Т. Курбоналиев [Електронний ресурс]. – Режим доступу : URL : http://www.nbu.gov.ua/portal/Chem_Biol/Gipk. – Название с экрана.
3. *Богданова В.* Я преклоняюсь перед донорами / В. Богданова // Федеральные новости. – 2009. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : URL : http://www.yadonor.ru/ru/pc/lenta_new/news/index.php?id_4=785. – Название с экрана.
4. *Вахненко Л.* Кровавый бизнес / Л. Вахненко [Електронний ресурс]. – Режим доступу : URL : http://www.krov.org.ua/index.php?option=com_content&task=view&id=219&Itemid=74. – Название с экрана.
5. *Вахненко Л.* Над гніздом зозулі / Л. Вахненко // Дзеркало тижня. – 2009. – № 33 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : URL : http://www.krov.org.ua/index.php?option=com_content&task=view&id=365&Itemid=74. – Назва з екрану.
6. *Відбулася* селекторна нарада, присвячена питанню розвитку служби крові в Україні [Електронний ресурс]. – Режим доступу : URL : <http://www.moz.gov.ua/ua/main/press/?docID=12478>. – Назва з екрану.
7. *Галузева* статистична звітна форма № 39-здоров "Звіт центру служби крові (станції переливання крові), відділення трансфузіології лікувального закладу, установи, лікарні, яка проводить заготівлю крові".
8. *Жибург Е.* Путь итальянских коллег / Е. Жибург // Мед. газета. – 2005. – № 62. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : URL : <http://www.transfusion.ru/doc/2005-08-12-1.html>. – Название с экрана.
9. *Жибург Е. Б.* Централизация службы крови в повышении качества и безопасности гемотрансфузионной терапии / Е. Б. Жибург // Менеджер здравоохран. – 2005. – № 4. – С. 57–62.
10. *Завод на крові* // Власть денег. – 2006. – № 99.
11. *Лед тронулся, господа бизнесмены!* Европейский форум "Здоровье нации – основа процветания России" [Електронний ресурс]. – Режим доступу : URL : <http://www.znopr.ru/media/news/5845.html>. – Название с экрана.
12. *Мазуренко О.* Дело крови / О. Мазуренко // Столичные новости. – 2007. – № 6 (443) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : URL : <http://cn.com.ua/N443/society/health/index.html>. – Название с экрана.

13. Малой кровью. В России катастрофически не хватает доноров / Берсенева А., Белый М., Жолудь Р. [и др.] // Новые известия [Электронный ресурс]. – Режим доступа : URL : <http://www.newizv.ru/print/52465>. – Название с экрана.
14. Михальчук Л. На часі – об'єднання служби крові в єдиний центр надання трансфузійної допомоги / Л. Михальчук // Мед. вісн. – 2009.
15. Міністерство охорони здоров'я провело семінар-нараду з питань розвитку Служби крові України [Електронний ресурс]. – Режим доступа : URL : <http://triton.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=8514>. – Назва з екрану.
16. Назарчук Л. В. Служба крові України: ітоги и задачи / Л. В. Назарчук, П. М. Перехрестенко // Укр. мед. часоп. – 2006. – № 4 (54).
17. Новак В. Л. Служба крові в Україні: структура та шляхи реформування / В. Л. Новак, П. В. Гриза // Охорона здоров'я України. – 2002. – № 3 (6) [Електронний ресурс]. – Режим доступа : URL : <http://www.likar.info/profi/articles/328.html>. – Назва з екрану.
18. Новое в трансфузиологии (по материалам VIII Европейского конгресса Международного общества переливания крови) / Е. Б. Жибурт, А. В. Вечерко, П. В. Рейзман, Н. С. Кузьмин [Электронный ресурс]. – Режим доступа : URL : http://www.transfusion.ru/tematic/analiz_kongr.htm. – Название с экрана.
19. О стандартах, регламентирующих производство лекарственных средств GMP. [Электронный ресурс]. – Режим доступа : URL : <http://www.abolmed.ru/464/473/461/>. – Название с экрана.
20. Перехрестенко П. М. Донорство крові, її компонентів: проблеми та шляхи вирішення / П. М. Перехрестенко, Л. В. Назарчук // Укр. мед. часоп. – 2010. – № 6 (80)
21. Перехрестенко П. М. Досягнення і перспективи розвитку гематології та трансфузіології в Україні / П. М. Перехрестенко [Електронний ресурс]. – Режим доступа : URL : <http://www.umj.com.ua/archive/54/214.html>. – Назва з екрану.
22. Перехрестенко П. М. Плазма крові донорів: виробництво та використання в Україні / П. М. Перехрестенко, Л. В. Назарчук, Т. О. Терещук // Укр. мед. часоп. – 2010. – № 3 (77).
23. Препараты крови: кто гарантирует качество и безопасность? [Электронный ресурс]. – Режим доступа : URL : <http://www.zn.ua/3000/3450/55815>. – Название с экрана.
24. Про Загальнодержавну програму адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу : Закон України № 1629-IV від 18.03.2004 р. [Електронний ресурс]. – Шлях доступа : URL: <http://www.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
25. Реорганизация службы крови – приоритет работы Министерства здравоохранения Украины [Электронный ресурс]. – Режим доступа : URL : <http://www.health-ua.org/news/7719.html>. – Название с экрана.
26. Реформування Служби крові України: безпека донорської крові. [Електронний ресурс]. – Режим доступа : URL : http://www.krov.org.ua/index.php?option=com_content&task=view&id=232&Itemid=74. – Назва з екрану.
27. Русанов В. М. Лечебные препараты крови / В. М. Русанов, И. Левин. – М. : ИД "Медпрактика", 2004. – 284 с.
28. Совет Европы. Руководство по производству, использованию и обеспечению качества компонентов крови, 2000 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа : URL : <http://www.transfusion.ru/tematic/transf/evrosovet.htm>. – Название с экрана.
29. Bianco C. Structure and governance of blood transfusion services: American view / C. Bianco // ISBT Science Series. – 2008. – Vol. 3, iss. 1. – P. 111-114.
30. Canadian Blood Services. – Assess mode : http://en.wikipedia.org/wiki/Canadian_Blood_Services
31. Council of Europe. Survey of blood transfusion services. – Strasbourg, 1993. – 68 p.
32. European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare. – Assess mode : http://www.edqm.eu/en/Background_Mission-65.html.
33. Frequently Asked Questions The Operation of Canadian Blood Services. – Assess mode : http://www.blood.ca/centreapps/Internet/UW_V502_MainEngine.nsf/printpageview/2B470B5B9E32E60B85256AB50065FC36?OpenDocument.
34. Kleinman S. Blood donor screening with nucleic acid amplification tests for human immunodeficiency virus, hepatitis C virus and hepatitis B virus / S. Kleinman. – Assess mode : <http://www3.interscience.wiley.com/journal/119423473/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0>.
35. National Blood Service. – Assess mode : http://en.wikipedia.org/wiki/National_Blood_Service. Performance review of Canadian Blood Services: Final report 2002.
36. Tadokoro K. Management of blood programme and quality: Asian approach / K. Tadokoro // ISBT Science series. – 2008. – Vol. 3, iss. 1. – P. 26-29.
37. WHO. Aide-Memoire for National Health Programs // BCT. – Geneva, Switzerland. 2002. – 02.03. – 2 p.
38. WHO. Aide-Memoire for National Health Programs. The clinical use of blood // ENT. – 2004. – 04.07. – 2 p.
39. WHO. Global Consultation Universal Access to Safe Blood Transfusion / WHO. – Ottawa, Canada, 2007. – 9-11 June. – 45 p.
40. WHO. Quality management programme – Assess mode : <http://www.who.int/bloodsafety/quality/en/>.
41. WHO. Screening donated blood for transfusion – transmissible infections. – Ottawa, Canada, 2007. – 73 p. – Assess mode : <http://www.who.int/bloodsafety/ScreeningTTI.pdf>.
42. World Health Organization. Global Database on Blood Safety: Report 2001-2002 /WHO. – Geneva, Switzerland, 2002. – 60 p. – Assess mode : http://www.who.int/bloodsafety/GDBS_Report_2001-2002.pdf.
43. World Health Organization. Global Database on Blood Safety: Report 2004-2005. /WHO. – Geneva, Switzerland, 2007. – 60 p. – Assess mode : http://www.who.int/bloodsafety/GDBS_Report_2004-2005.pdf.

ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ К ОРГАНИЗАЦИИ СЛУЖБЫ КРОВИ В МИРЕ

В. В. Любчак (Киев)

Изучался опыт организации службы крови в мире, в частности международные и национальные документы, регулирующие деятельность службы, а также данные официальной статистики относительно донорства крови и ее компонентов. Сравнительный анализ выявил ряд проблем в организации службы крови в Украине, которые тормозят внедрение международных стандартов в национальную систему здравоохранения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: служба крови, донорство, организация, законодательное урегулирование.

REVIEW OF NEW APPROACHES TO THE ORGANIZATION OF BLOOD SERVICE IN THE WORLD

V. V. Lyubchak (Kyiv)

Experience of blood service in the world, including international and national documents that govern service and the official statistics of blood and its components have been studied. Comparative analysis has revealed a number of problems in the organization of blood service in Ukraine, which inhibit the implementation of international standards into the national health care system.

KEY WORDS: blood service, donor service, organization, legal regulation.

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

С. В. ЗБІТНЕВА (Київ)

ОЦІНКА ЛІКАРЯМИ-ОФТАЛЬМОЛОГАМИ УМОВ ПРАЦІ ТА МОЖЛИВОСТЕЙ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО ЗРОСТАННЯ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Наведено результати соціологічного дослідження лікарів-офтальмологів закладів охорони здоров'я вторинного рівня надання медичної допомоги. Виявлені недоліки в організації роботи офтальмологічної служби є підґрунтям для розробки заходів з оптимізації умов праці і створення системи безперервного підвищення професійної майстерності лікарів даної категорії.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: лікар-офтальмолог, заклад охорони здоров'я вторинного рівня надання медичної допомоги, умови праці, безперервне підвищення професійної майстерності, задоволеність.

В Україні проводиться активна робота з реформування системи медичної допомоги населенню [2-4]. Метою реформи є підвищення якості медичної допомоги та ефективності діяльності як окремих закладів охорони здоров'я, так і системи в цілому, при більш раціональному використанні ресурсів галузі [5;6]. З метою ефективного проведення реформи необхідне вивчення та урахування думки всіх верств населення та медичних працівників щодо проблем в організації медичної допомоги населенню, діяльності як закладів охорони здоров'я, так і медичних працівників, та шляхів усунення недоліків [1]. Це зумовлює актуальність дослідження та

визначило його напрямок і методологію проведення.

Мета роботи: вивчити оцінку лікарями-офтальмологами закладів охорони здоров'я вторинного рівня надання медичної допомоги умов праці та можливостей безперервного професійного зростання.

Матеріали і методи. Під час виконання роботи використовувався соціологічний метод. За спеціально розробленою анкетною були опитані лікарі-офтальмологи закладів охорони здоров'я центральних районних та міських лікарень семи областей України. Дані про респондентів наведено в таблиці 1.

Таблиця 1. Характеристика респондентів

Характеристика	Кількість	
	абс.	%
Стать		
Чоловіки	12	11,9
Жінки	89	88,1
Кваліфікаційна категорія:		
- вища	23	23,7
- перша	37	36,7
- друга	29	28,7
- не атестовано	12	11,9

Як видно з таблиці 1, всього опитано 101 лікар-офтальмолог, з яких чоловіки склали 11,9 %, а жінки – 88,1 %. Активність респондентів складала 89,2 %, роздано 120 анкет. Отримано 107 заповнених анкет. Статистичній обробці підлягала 101 анкета, 6 анкет не підлягали статистичній обробці у зв'язку з їх неякісним заповненням. Заповнення анкет лікарями-офтальмологами

проводилося під час проведення днів спеціаліста та семінарів після роз'яснення мети проведення дослідження. Із опитаних 36,7 % атестовані на першу кваліфікаційну категорію, 28,7 % – другу, 23,7 % – вищу кваліфікаційну категорію та 11,9 % є не атестованими, а сертифікованими лікарями-спеціалістами.

Результати дослідження та їх обговорення. На першому етапі дослідження нами вивчалось питання щодо наявності умов для виконання лікарями-офтальмологами покладених на них професійних обов'язків (табл. 2).

За даними соціологічного опитування лікарів-офтальмологів (табл. 2), 36,6 % респондентів забезпечені необхідними приміщеннями для надання медичної допомоги пацієнтам з хворобами органу зору, причому тільки у 28,7 % випадків приміщення відповідають технічним та санітарно-гігієнічним вимогам. Респонденти вказали, що 26,7 % із них забезпечені сучасним обладнанням та 30,7 % – сучасним офтальмологічним інструментарієм, а 43,6 % забезпечені необхідними лікарськими засобами.

Далі нами вивчався рівень морального задоволення лікарів-офтальмологів від роботи, що вони виконують, та їх задоволеності розміром заробітної плати (табл. 3). Дані таблиці 3 вказують на те, що рівень морального задоволення від виконаної роботи є достовірно вищим ($p \leq 0,05$), ніж рівень задоволеності розміром заробітної плати. Так, повністю отримують моральне задоволення від своєї праці 28,7 % респондентів, тоді як рівень заробітної плати задовольняє всього 6,9 % опитаних. Водночас повністю не отримують морального задоволення від своєї роботи 5,9 % респондентів, а рівень заробітної плати повністю не задовольняє 36,6 % опитаних.

Таблиця 2. Оцінка лікарями-офтальмологами умов для надання медичної допомоги пацієнтам

Показник	Позитивна оцінка		Негативна оцінка		Не визначився	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Наявність необхідних приміщень	37	36,6	57	57,5	7	6,9
Відповідність приміщення технічним та санітарно-гігієнічним вимогам	29	28,7	61	61,4	11	10,9
Забезпеченість сучасним обладнанням	27	26,7	65	65,4	9	8,9
Забезпеченість сучасним інструментарієм	31	30,7	65	65,4	5	4,9
Забезпеченість необхідними лікарськими засобами	44	43,6	50	50,5	7	6,9

Таблиця 3. Задоволеність лікарів-офтальмологів виконуваною роботою та розміром заробітної плати (%)

Показник	Так	Скоріше так, ніж ні	Скоріше ні, ніж так	Ні	Важко відповісти
Моральне задоволення	28,7	32,8	26,7	5,9	5,9
Задоволеність розміром заробітної плати	6,9	18,9	28,7	36,6	8,9

Наступним кроком дослідження було вивчення можливості лікарів-офтальмологів безперервно підвищувати свою професійну майстерність. Отримані в ході статистичної обробки анкет результати наведені в таблиці 4. В категорію «Не

визначився» були віднесені результати статистичної обробки анкет, коли респонденти вказали, що даний вид активності ними не використовувався.

Таблиця 4. Умови для безперервного підвищення лікарями-офтальмологами професійної майстерності

Показник	Позитивна оцінка		Негативна оцінка		Не визначився	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Безоплатне проходження ПАЦ	43	42,6	46	46,5	12	11,9
Безоплатне проходження курсів тематичного удосконалення	27	26,7	62	62,4	12	11,9
Участь у тренінгах	19	18,8	82	81,2	-	-
Участь у роботі наукових конференцій	23	22,8	78	77,2	-	-
Участь у роботі професійних з'їздів	12	11,9	89	88,1	-	-
Участь у засіданнях професійних асоціацій	5	4,9	96	95,1	-	-
Підписка професійних науково-практичних журналів	21	20,8	80	79,2	-	-
Регулярна (не рідше 1 разу на місяць) робота в медичній бібліотеці	7	6,9	91	90,2	3	2,9
Пошук професійної інформації через Інтернет	25	24,7	76	75,3	-	-

Дані таблиці 4 вказують на низьку можливість лікарів-офтальмологів лікарень другого рівня надання медичної допомоги безперервно підвищувати свій професійний рівень. Так, тільки 42,6 % респондентів мають можливість безоплатно проходити ПАЦ та 26,7 % – курси тематичного удосконалення. При цьому 81,2 % не брали участь у тренінгах з впровадження сучасних методів діагностики та лікування хвороб органа зору, 77,2 % – роботі наукових конференцій,

88,1 % – з'їздів, 95,1 % – засіданнях професійних асоціацій. Мають підписку на професійні наукові видання 20,8 % опитаних та 6,9 % із них регулярно відвідують медичну бібліотеку. Пошук професійної інформації через мережу Інтернет здійснює 24,7 % респондентів.

Враховуючи отримані дані, наступним кроком дослідження було встановлення джерел отримання лікарями-офтальмологами нової професійної інформації (табл. 5).

Таблиця 5. Джерела отримання лікарями-офтальмологами нової професійної інформації

Показник	Позитивна оцінка		Негативна оцінка		Не визначився	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Передатестаційні цикли	69	68,3	5	4,9	27	26,8
Курси тематичного удосконалення	82	81,2	7	6,9	12	11,9
Участь у наукових зібраннях	23	22,8	73	72,3	5	4,9
Дні спеціаліста	71	71,3	23	22,8	7	6,9
Інтернет	25	24,7	67	66,4	9	8,9
Періодичні наукові видання	26	25,7	72	71,4	3	2,9
Монографії та інші фахові видання	9	8,9	90	88,2	3	2,9
Нормативно-правові акти, у тому числі клінічні протоколи	31	30,7	58	57,4	12	11,9
Інформація від фармацевтичних фірм	52	51,5	34	33,7	15	14,8

Наведені в таблиці 5 дані вказують на те, що головними джерелами нової професійної інформації для лікарів-офтальмологів закладів охорони здоров'я другого рівня надання медичної допомоги є курси тематичного удосконалення (81,2 %), передатестаційні цикли, які вони проходять раз на п'ять років (68,3 %), дні спеціаліста (71,3 %), інформація від фармацевтичних фірм (51,5 %) та нормативно-правові акти, у тому числі клінічні протоколи (30,7 %). Такі форми отримання нової професійної інформації, як участь у роботі різних наукових зібрань (22,8 %), вивчення періодичних наукових видань (25,7 %), монографій (8,9 %), використання мережі Інтернет (24,7 %), є для респондентів несуттєвими. В ході дослідження було встановлено, що таке джерело інформації, як «Реєстр галузевих нововведень», респондентам було невідоме.

Отримані в ході дослідження результати є підґрунтям для розробки заходів з оптимізації умов праці та створення системи безперервного підвищення професійної майстерності для лікарів-офтальмологів закладів охорони здоров'я, що надають медичну допомогу вторинного рівня.

Висновки

Результати соціологічного дослідження, проведеного серед лікарів-офтальмологів закладів охорони здоров'я вторинного рівня, показали наступне:

1. 36,6 % лікарів забезпечені необхідним приміщенням для надання медичної допомоги па-

цієнтам з хворобами органа зору, причому тільки у 28,7 % випадків приміщення відповідають технічним та санітарно-гігієнічним вимогам; забезпечені сучасним обладнанням 26,7 %, сучасним офтальмологічним інструментарієм – 30,7 %, необхідними лікарськими засобами – 43,6 % респондентів.

2. Рівень морального задоволення від виконаної роботи у лікарів-офтальмологів є достовірною вищим ($p \leq 0,05$), ніж рівень задоволеності розміром заробітної плати. Повністю отримують моральне задоволення від виконаної роботи 28,7 % респондентів, тоді як рівень заробітної плати задовольняє лише 6,9 % опитаних. Повністю не мають морального задоволення від своєї роботи 5,9 % респондентів, а рівень заробітної плати повністю не задовольняє 36,6 % опитаних.

3. Безоплатно проходити ПАЦ мають можливість 42,6 % респондентів, курси тематичного удосконалення – 26,7 %. Не брали участі у тренінгах з впровадження сучасних методів діагностики та лікування хвороб органа зору 81,2 % респондентів, в роботі наукових конференцій – 77,2 %, з'їздів – 88,1 %, засіданнях професійних асоціацій – 95,1 %; мають підписку на професійні наукові видання 20,8 % опитаних та 6,9 % із них регулярно відвідують медичну бібліотеку. Пошук професійної інформації через Інтернет здійснює 24,7 % респондентів.

4. Джерелами нової професійної інформації для лікарів-офтальмологів ЗОЗ другого рівня

надання медичної допомоги є курси тематичного вдосконалення (81,2 %), передатестаційні цикли, які вони проходять раз на п'ять років (68,3 %), дні спеціаліста (71,3 %), інформація від фармацевтичних фірм (51,5 %) та нормативно-правові акти, у тому числі клінічні протоколи (30,7 %). Такі форми отримання нової професійної інформації, як участь у роботі різних наукових зібрань (22,8 %), вивчення періодичних на-

укових видань (25,7 %), монографій (8,9 %), використання мережі Інтернет (24,7 %), є для респондентів несуттєвими.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням якості надання медичної допомоги пацієнтам з хворобами органа зору у закладах охорони здоров'я другого рівня надання медичної допомоги.

Список літератури

1. Бахтеева Т. Д. Эффективность деятельности предприятий по оказанию медицинских услуг : [монография]. – Донецк: ДонГУЭТ, 2002. – 110 с.
2. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – 50 с.
3. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / за заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. – К., 2005 р. – 168 с.
4. Охорона здоров'я України: проблеми та напрямки розвитку / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко [та ін.] // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2011. – № 4.
5. Структурна перебудова як шлях підвищення ефективності використання ресурсів системи охорони здоров'я в умовах фінансово-економічної кризи / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, В. В. Рудень, М. В. Шевченко // Охорона здоров'я України. – 2009. – № 1 (3). – С. 18–20.
6. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2010 рік : [монографія] / за ред. О. В. Аніщенко. – К., 2011. – 544 с.

ОЦЕНКА ВРАЧАМИ-ОФТАЛЬМОЛОГАМИ УСЛОВИЙ ТРУДА И ВОЗМОЖНОСТЕЙ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РОСТА

С. В. Збитнева (Киев)

Приведены результаты социологического исследования врачей-офтальмологов учреждений здравоохранения вторичного уровня оказания медицинской помощи. Выявленные недостатки в организации работы офтальмологической службы являются основанием для разработки мер по оптимизации условий труда и создания системы непрерывного повышения профессионального мастерства врачей данной категории.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: врач-офтальмолог, учреждение здравоохранения вторичного уровня оказания медицинской помощи, условия труда, непрерывное повышение профессионального мастерства, удовлетворенность.

EVALUATION BY OPHTHALMOLOGISTS THE WORKING CONDITIONS AND OPPORTUNITIES FOR CONTINUING PROFESSIONAL GROWTH

S. V. Zbitnieva (Kyiv)

Results of ophthalmologists sociological survey secondary health care level of granting medical aid have been presented. Revealed shortcomings in the organization of ophthalmologic service are the basis for developing measures to optimization of working conditions and creations system of continuous professional growth of physicians in this category.

KEY WORDS: ophthalmologists, medical facility of secondary level medical care, working conditions, continuous professional growth, satisfaction.

Рецензент: д.мед.н., проф. С.О. Риков

УДК [616-002.5-057-084]:001.8

В. Л. ШТАНЬКО, Д. В. ВАРИВОНЧИК (Київ)

НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ СИСТЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАННЯ НА ПРОФЕСІЙНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ПРАЦІВНИКІВ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

ДУ «Інститут медицини праці НАМН України»

У дослідженні науково обґрунтовано 3-рівневу систему профілактики туберкульозу серед працівників системи охорони здоров'я.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: туберкульоз, охорона здоров'я, працівники, профілактика.

За критеріями ВООЗ, в Україні розпочалась у 1995 р. епідемія туберкульозу (ТБ). Така ситуація зумовлена соціально-економічними та медичними факторами, зокрема зниженням рівня життя населення та наявністю значної кількості хворих, які перебувають у місцях позбавлення волі, недостатнім фінансуванням протитуберкульозних заходів, нестачею кваліфікованих медичних працівників, поширенням хіміорезистентного ТБ та ВІЛ-інфекції [6].

У більшості країн світу ТБ серед медпрацівників займає перше або друге місце серед захворювань, пов'язаних із роботою [1]. Небезпека інфікування *M. tuberculosis* (МБТ) супроводжує медичних працівників впродовж всього їхнього професійного життя. Медичний персонал має значний ризик інфікування МБТ у тих закладах охорони здоров'я, де лікуються хворі на відкриті форми ТБ, особливо у випадках, коли їм проводяться процедури, які викликають кашель [4].

Молекулярно-епідеміологічними дослідженнями (Hamburg Fingerprint Study) (Німеччина) було встановлено, що у Німеччині 80 %, а у Нідерландах – 43,0 % випадків ТБ серед медичних працівників були пов'язані із виконанням ними професійних обов'язків. Найбільші ризики виникнення цієї патології були визначені при наданні медичної допомоги особам похилого віку, безпритульним, наркозалежним, мігрантам із країн з високим рівнем поширеності ТБ, серед персоналу швидкої допомоги та в лабораторіях [8].

Після інфікування МБТ у 3–10 % людей протягом 12 місяців розвивається ТБ і у 5–10% ТБ розвивається протягом життя [4]. Особи, що тривало та/чи інтенсивно контактують з хворими на активні форми ТБ, мають додатковий ризик інфікування на рівні 22 % на рік порівняно із основною масою населення [7]. У ВІЛ-інфікованих осіб ризик захворіти на ТБ у 20–30 разів вищий, ніж у ВІЛ-серонегативних осіб [5], що визначає

особливу небезпеку для медичних працівників, які є ВІЛ-інфікованими та працюють із хворими на ТБ.

Попередні наші дослідження показали значні недоліки у системі профілактики професійного ТБ (профТБ) в Україні [2;3].

Вищезазначене обумовило актуальність даного дослідження та визначило його мету – науково обґрунтувати систему профілактики захворювання на професійний ТБ працівників системи охорони здоров'я в Україні.

Матеріали і методи. Наукове обґрунтування системи профілактики захворювання на професійний ТБ працівників системи охорони здоров'я в Україні проводилося на основі системного аналізу даних та закономірностей, отриманих у попередніх епідеміологічних, гігієнічних та клінічних дослідженнях.

Результати дослідження та їх обговорення. Сьогодні в системі охорони здоров'я України ситуація щодо захворюваності працівників на ТБ дійшла критичного рівня:

- умови праці працівників фтизіатричної, патолого-анатомічної, судово-медичної служб системи охорони здоров'я є незадовільними, що визначає високі рівні небезпеки інфікування на робочому місці МБТ інгаляційним шляхом, а також сприяє виникненню іншої хронічної патології, яка є фактором високого ризику підвищення чутливості організму до МБТ та переходу ТБ із латентної до активної фази – вперше діагностованого ТБ (ВДТБ);

- в системі охорони здоров'я досі не розроблено заходи щодо системного управління ризиками інфікування МБТ та контролю за індивідуальною активністю туберкульозного процесу серед інфікованого МБТ персоналу;

- випадки захворювання працівників системи охорони здоров'я на ТБ характеризуються важким перебігом внаслідок інфікування резистентними до ПТП штамми МБТ та розвитку ендемічної ТБ-суперінфекції;

- у більшості випадків захворювання на ТБ працівники системи охорони здоров'я не проходять профпатологічної експертизи, що веде до того, що вони позбавляються гарантованих державою заходів із соціального захисту та фінансової компенсації нанесеної шкоди здоров'ю на виробництві;

- повернення працівників із залишковими змінами ТБ (ЗЗТБ, категорія обліку хворих на ТБ – 5.1) на робоче місце, на якому наявні ризики інфікування МБТ, веде до виникнення у них екзогенної суперінфекції, яка клінічно проявляється як рецидив ТБ (РТБ), хронічний ТБ (ХТБ), а також ТБ позалегеневої локалізації, що є причиною їх стійкої інвалідизації, а в окремих ви-

падках – передчасної смерті працівників внаслідок ТБ та його ускладнень.

Вищезазначене стало основою для розробки системи профілактики професійного ТБ (профТБ) серед працівників охорони здоров'я. Система профілактики профТБ серед працівників системи охорони здоров'я ґрунтується на реалізації трьох профілактичних рівнів, мета яких та цільові групи наведені на рис. 1. У даній системі під профТБ нами розуміються всі випадки ТБ-процесу: (1) інфікування МБТ (латентний ТБ); клінічні прояви ТБ (активний ТБ – ВДТБ, РТБ, ХТБ); (3) ЗЗТБ (латентний ТБ), незалежно від того, чи встановлено працівнику офіційно діагноз «професійний ТБ».

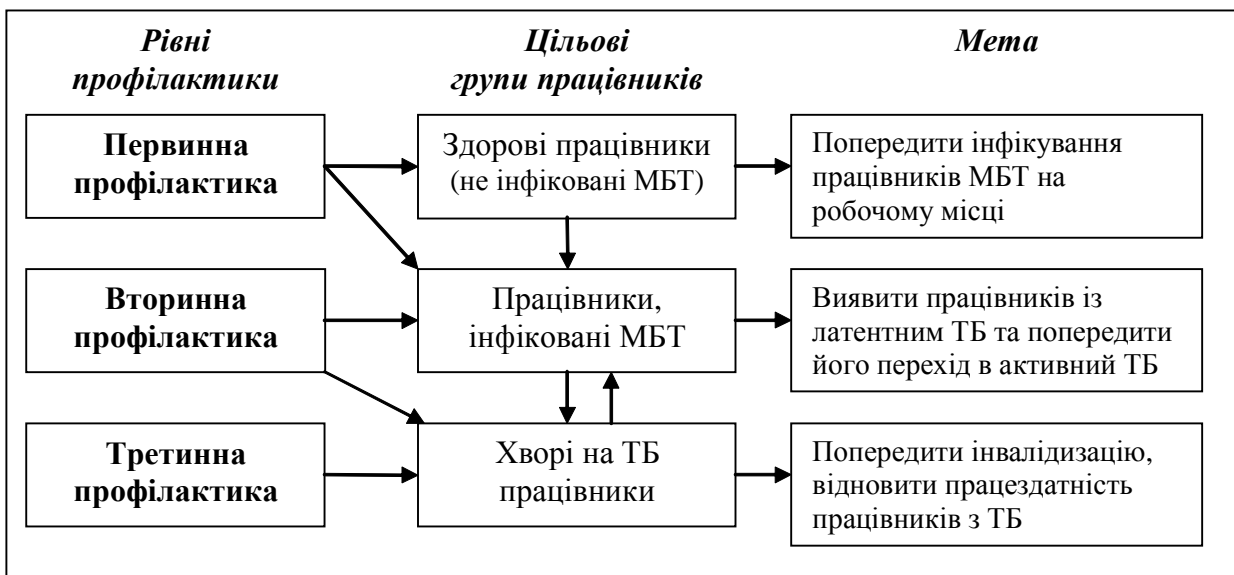


Рис. 1. Модель системи профілактики професійного туберкульозу серед працівників системи охорони здоров'я

Первинна профілактика. Метою первинної профілактики профТБ серед працівників системи охорони здоров'я є попередження їх інфікування МБТ під час виконання професійних обов'язків.

Основним завданням у цьому напрямку є зниження небезпеки при контакті персоналу з хворими на ТБ (інфікованими МБТ) за рахунок впровадження в ЗОЗ інструкцій і протоколів, які забезпечують швидке виявлення, ізоляцію, діагностичне обстеження та своєчасне якісне лікування осіб із ТБ. А також навчання персоналу щодо питань профілактики ТБ, заохочення використання ними ефективних методів захисту від інфікування МБТ (дотримання санітарно-епідеміологічного режиму, режиму дезінфекції, безпеки праці, правильного носіння респіраторів тощо).

Нами запропонована класифікація закладів охорони здоров'я та їх підрозділів за професійними ризиками інфікування персоналу МБТ та

захворювання на профТБ (табл. 1). Відповідно до зазначеної класифікації, доцільним є організаційний поділ всіх ПТЗ та ЗОЗ за категоріями ризику профТБ серед персоналу, що дозволить більш раціонального витратити ресурси та цілеспрямовано керувати професійними ризиками.

Попередження поширення, зниження концентрації інфекційних крапельок, що містять МБТ, у повітрі робочої зони доцільно реалізовувати відповідно до зазначеного класу професійного ризику у конкретному ЗОЗ, відділенні, на робочому місці персоналу шляхом:

- ізоляції хворих на ТБ, що мають МБТ(+), в боксованих/напівбоксованих палатах (ізоляторах);
- застосуванням локальної, примусової витяжної вентиляції при проведенні маніпуляцій, які загрожують потраплянню МБТ у повітря робочої зони;
- розведення і видалення зараженого МБТ повітря за допомогою загальної припливно-ви-

тяжкої вентиляції та провітрювання робочих приміщень (кратність повітрообміну на годину – 6-12);

- контролю напрямку повітряних потоків (коридори → палата із хворими на ТБ → зовнішнє середовище);
- очищення рециркулюючого повітря за допомогою НЕРА-фільтрів або/з бактерицидним УФО;

- бактерицидного УФО приміщень;
- якісної хімічної дезінфекція робочих приміщень, обкладення, інструментарію, робочого одягу тощо;
- використання особистого респіраторного захисту осіб, що мають контакт із хворими на ТБ.

Таблиця 1. Класифікація закладів охорони здоров'я та їх підрозділів за професійними ризиками захворювання персоналу на туберкульоз

Категорія професійного ризику	ЗОЗ та їх підрозділи	Професійні групи працівників	Характер професійного ризику
IA	ПТЗ та їх підрозділи, де лікуються хворі на ТБ із МБТ+, що є моно-, полі-, мульти-, розширено-резистентними до ПТП. Баклабораторія, де відбувається культивування МБТ. ЗОЗ: хірургічні відділення, де лікуються хворі на РТБ, ХТБ	Весь персонал	Інфікування резистентними штамми МБТ із додатковим ризиком захворювання на ТБ – >1,0 на 1 тис. працюючих ($\geq 1 \times 10^{-3}$)
IB	ПТЗ та їх підрозділи, де лікуються хворі на ТБ із МБТ+, що є чутливими до ПТП I ряду. ЗОЗ: хірургічні відділення, де лікуються хворі на ВДТБ. Бюро судово-медичної експертизи. Патолого-анатомічне бюро (відділення ПТЗ) Санітарно-епідеміологічна станція (відділ особливо небезпечних інфекцій, відділення ТБ), дезінфекційна служба	Весь персонал	Інфікування МБТ із додатковим ризиком захворювання на ТБ – >1,0 на 1 тис. працюючих (1×10^{-3})
II	ПТЗ та їх підрозділи, де лікуються хворі на ТБ із МБТ-. ЗОЗ: відділення, де лікуються хворі із підозрою на легеневий ТБ чи на позалегеневий ТБ, Центр профілактики та боротьби із СНІДом Український лепрозорій	Медичний персонал	Інфікування МБТ із додатковим ризиком захворювання на ТБ – 0,1–1,0 на 1 тис. працюючих (1×10^{-4})
III	ЗОЗ: спорадичне та/або короточасне надання медичної допомоги хворим з підозрою на ТБ будь-якої локалізації	Медичний персонал	Інфікування МБТ із додатковим ризиком захворювання на ТБ – $\leq 0,01$ на 1 тис. працюючих (1×10^{-5})

Залежно від категорії ризику захворювання персоналу на профТБ доцільне застосування найсуворіших заходів для ЗОЗ та їхніх підрозділів категорії IA (ПТЗ, де лікуються хворі на ТБ із МБТ+, що є моно-, полі-, мульти-, розширено-резистентними до ПТП; ЗОЗ: хірургічні відділення, де лікуються хворі на РТБ, ХТБ; баклабораторія, де відбувається культивування МБТ тощо), через найбільший ризик інфікування персоналу резистентними формами МБТ.

Таким чином, заходи з попередження поширення, зниження концентрації інфекційних крапельок, що містять МБТ, у повітрі робочої зони повинні включати: ізоляцію хворих у боксованих палатах, обладнаних примусовою припливно-втяжною системою вентиляції, додаткове обладнання системою постійного УФО та НЕРА-

фільтрації рециркулюючого у приміщенні повітря; проведення УФО та дезінфекції палат у більш суворому режимі; використання працівниками при роботі з такими хворими ізолюючих респіраторів та/або НЕРА-респіраторів.

Із зменшенням категорії ризику захворювання персоналу на профТБ заходи із попередження поширення, зниження концентрації інфекційних крапельок, що містять МБТ, у повітрі робочої послаблюються (табл. 2).

Проведеним дослідженням було встановлено незадовільні санітарно-епідеміологічні та гігієнічні умови праці персоналу ПТЗ (за хімічними, фізичними та біологічними факторами, напруженістю та важкістю праці), що сприяє поширенню МБТ повітряним шляхом, а також є причиною виробничо-зумовленої захворюваності персо-

Таблиця 2. Комплекс заходів щодо попередження поширення, зниження концентрації інфекційних крапельок, що містять МБТ, у повітрі робочої зони, залежно від категорії ризику захворювання персоналу на професійний туберкульоз

Характеристика	Категорія професійного ризику			
	ІА	ІБ	ІІ	ІІІ
Контингент хворих на ТБ	МБТ(+), резистентні	МБТ(+), чутливі МБТ (?)	МБТ(-)	МБТ(?), короткочасна допомога
Ізоляція хворих на ТБ	Відділення із боксованими палатами	Відділення із напівбоксованими палатами	Звичайна палата	Палата-ізолятор (напівбоксі)
Загальна вентиляція	Примусова припливно-витяжна	Примусова припливно-витяжна	Провітрювання	Примусова припливно-витяжна
Додаткове знезараження рециркулюючого повітря	Постійне УФО, НЕРА-фільтрація	Постійне УФО, НЕРА-фільтрація	Не по требує	Постійне УФО
УФО приміщень	За графіком	За графіком	За графіком	За графіком
Дезінфекція	За графіком	За графіком	За графіком	За графіком
Респіраторний захист	Ізолюючі респіратори, НЕРА-респіратори	НЕРА-респіратори	Медичні респіратори	НЕРА-респіратори

налу, яка може стати індивідуальним фактором високого ризику переходу латентного ТБ в активний. Крім того, працівники ПТЗ зазнають значного стресогенного впливу внаслідок тривалої роботи із складним контингентом хворих, який підсилюється значним дефіцитом кадрових ресурсів фтизіатричної служби. Внаслідок такого стресогенного впливу у працівників розвивається втома, яка знижує контроль за їхньою професійною безпекою, що збільшує ризик інфікування МБТ.

Враховуючи вищезазначене, покращення умов та безпеки праці є одним із ключових завдань первинної профілактики, яке повинно включати наступні заходи:

- забезпечення безпечних умов праці, відповідно до чинних гігієнічних нормативів, до наявних у ЗОЗ об'єктивних проблем із станом будівель, капітального та косметичного ремонтів, водо-, теплопостачання, стану примусової вентиляції, знищення сміття, біологічних та медичних відходів тощо;

- використання раціонального режиму праці та відпочинку працівників (кращим є режим роботи медичного персоналу в установах категорії ІА та ІБ – не більше 8–12 годин на робочу зміну (нічні та денні зміни)); категорії ІІ, ІІІ – добові чергування);

- забезпечення працівників достатньою кількістю, із наявністю добового резерву: ЗІЗ, засобів дезінфекції та санітарії, виробничого одягу; можливості їх санітарної обробки, прийняття душу.

Як встановлено у дослідженні, серед працівників ПТЗ поширений спосіб життя, який сприяє переходу латентного ТБ в активний, тому покращення якості та способу життя повинне бути враховуватися під час планування заходів первинної профілактики профТБ, а саме шляхом:

• пропаганди здорового способу життя, позбавлення шкідливих звичок, раціоналізації харчування;

- підвищення надбавок до посадових окладів за працю в особливо небезпечних умовах (для установ категорії ІА, ІБ, ІІ – до 70 % до посадового окладу, ІІ – 30 %, ІІІ – 15 %);

- забезпечення гідних умов життя працівників (покращення житлових умов, надання державно-гарантованого соціального та медичного страхування, оздоровлення у профілакторіях, санаторно-курортних закладах тощо);

- пропаганда серед працівників раціонального та збалансованого харчування, покращення умов та якості їх харчування на робочому місці (за рахунок збільшення у меню їдалень для персоналу ЗОЗ страв з овочів, фруктів, що містять тваринні білки, рослинні жири); спонукання медичних працівників до харчування у таких їдальнях – за рахунок зниження у них цін, впровадження програм безкоштовного харчування тощо.

Вторинна профілактика. Метою вторинної профілактики профТБ серед працівників системи охорони здоров'я є раннє виявлення, своєчасне лікування захворювання на ТБ, вплив на фактори ризику його прогресування, загострення, рецидивів, ускладнення.

Заходи вторинної профілактики профТБ спрямовані на працівників системи охорони здоров'я, що мають постійний контакт із хворими на ТБ (ЗОЗ категорії ІА, ІБ, ІІ). Як було показа-

но у дослідженні, саме ці працівники системи охорони здоров'я мають найбільший ризик інгаляційного інфікування МБТ на робочому місці. При цьому після проникнення МБТ в легені ситуація може розвиватись за наступними сценаріями:

- первинна реакція людини може виявитись достатньою для повної елімінації всіх МБТ, виключаючи можливість захворювання на ТБ (у 90–95 % випадків ТБ не розвивається внаслідок високої природної резистентності людини до МБТ);
- при латентній інфекції захворювання ТБ не розвивається, але МБТ персистують в організмі в стані спокою, і їх присутність виявляється лише у вигляді позитивної шкірної реакції на туберкулін;
- в деяких випадках МБТ здатні переходити зі стану спокою в фазу зростання, і латентна інфек-

ція змінюється реактивацією ТБ (активний ТБ); в разі швидкого росту і розмноження МБТ спостерігається клінічна маніфестація активного ТБ.

Розвиток ситуації визначається:

- 1) патогенністю штамів МБТ (вірулентністю, стійкістю до ПТП) та їх інфікуючою дозою (кількістю та тривалістю впливу на сприятливий організм);
- 2) реактивністю організму (генетичною схильністю/стійкістю, станом імунного захисту тощо);
- 3) наявністю індивідуальних факторів ризику (способу життя, стану соматичного здоров'я тощо).

Протягом життя в осіб, інфікованих МБТ, може спостерігатись перехід від латентної до активної фази ТБ і навпаки (латентний ТБ ↔ ВДТБ / РТБ / ХТБ ↔ ЗЗТБ ↔ РТБ / ХТБ) (рис. 2).

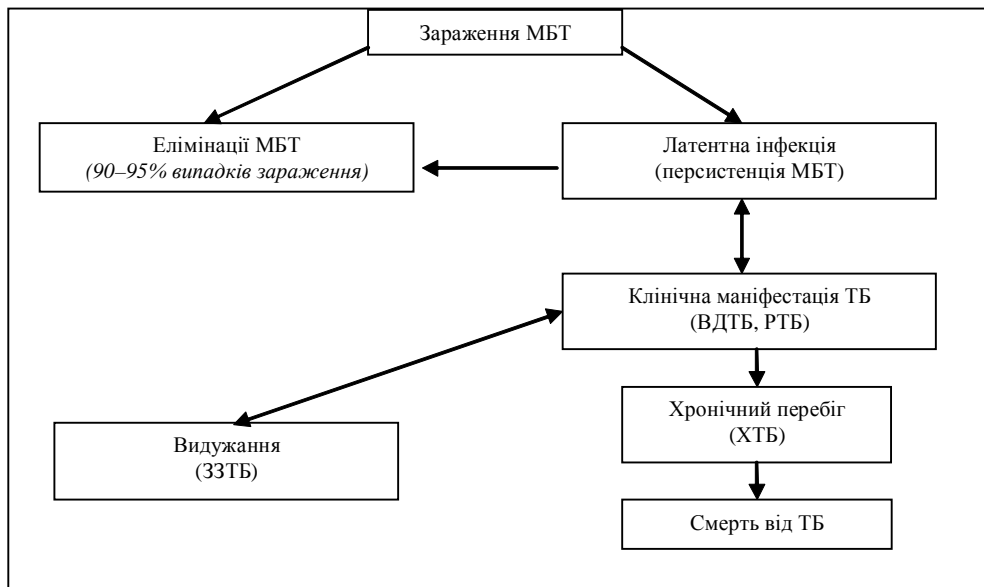


Рис. 2. Схема наслідків зараження людини МБТ

У 2006 р. ВООЗ переглянула стратегію боротьби з ТБ і розробила покращений Глобальний план «Зупинити туберкульоз» з термінами реалізації 2006-2015 рр. Відповідно до цього плану, до 2012 р. за допомогою набору діагностичних засобів необхідно налагодити виявлення осіб із латентними формами ТБ і хворих із загрозою швидкого прогресування захворювання. Тому одним із завдань вторинної профілактики є виявлення латентної та активної форм ТБ серед працівників системи охорони здоров'я.

Враховуючи, що єдиним методом встановлення латентного ТБ натеper залишається проведення шкірної проби з 2 ТО туберкуліну (реакція Манту), даний діагностичний метод повинен активно використовуватись для скринінгу осіб на латентну ТБ-інфекцію. При цьому необхідно враховувати, що гіперпозитивний чи конвесований результат шкірної проби із туберкуліном є ознакою латентної ТБ-інфекції.

Однак при важких проявах ТБ-інфекції (ТБ-менінгіт, міліарний ТБ, казеозна пневмонія), які супроводжуються виразним вторинним імунодефіцитом, може спостерігатись низька чутливість організму до туберкуліну. Тому у програми скринінгу на латентний ТБ серед працівників закладів системи охорони здоров'я необхідно обов'язково включати медичний огляд. Під час такого огляду необхідно виключити всі причини, які можуть визначати хибні реакції проби з туберкуліном – як позитивні, так і негативні.

Отже, щорічні періодичні медичні огляди персоналу ПТЗ охорони здоров'я (категорія професійного ризику інфікування МБТ – ІА, ІБ, ІІ) повинні включати скринінг на ТБ, а саме:

- огляд лікаря-фтизіатра для виявлення клінічних ознак ТБ-інтоксикації та ранніх клінічних ознак ураження легень та інших органів ТБ, визначення показань/протипоказань для проведення шкірної проби з туберкуліном та оцінки її щорічної динаміки;

- шкірну пробу з 2 ТО туберкуліном;
- цифрову малодозову рентгенографію (флюорографію) органів грудної клітки.

А щорічні періодичні медичні огляди персоналу інших ЗОЗ (категорія професійного ризику інфікування МБТ – III) повинні включати скринінг на ТБ, а саме:

- огляд лікаря-терапевта для виявлення клінічних ознак ТБ-інтоксикації і ранніх клінічних ознак ураження легень та інших органів ТБ;
- цифрову малодозову рентгенографію (флюорографію) органів грудної клітки.

У разі виявлення серед працівників ЗОЗ ознак латентного ТБ необхідно проводити заходи з діагностики маніфестних форм ТБ шляхом

спрямування таких працівників у ПТЗ для проведення наступних методів діагностики:

- мікробіологічного дослідження мокротиння, сечі, патологічних виділень, за наявності специфічних ознак захворювання;
- дослідження біологічних рідин методом ПЛР на наявність ДНК МБТ;
- визначення клініко-лабораторних ознак ТБ-інтоксикації (загальний аналіз крові з формулою);
- імунологічне обстеження (виявлення антитіл до МБТ, визначення імунної реактивності).

Залежно від результатів діагностики всі працівники повинні бути розподілені на диспансерні групи, відповідно до яких проводяться подальші заходи з вторинної профілактики (табл. 3).

Таблиця 3. Заходи з вторинної профілактики ТБ серед працівників системи охорони здоров'я

Диспансерна група	Заключний діагноз	Заходи з профілактики
I група	Здорові (інфікування МБТ, ТБ – не виявлено)	Повторити скринінг через 1 рік
II група	Латентний ТБ; ЗЗТБ	Повторити скринінг через 6 місяців. Хіміопрофілактика ПТП – 2 рази на рік. Заходи з оздоровлення
III група	Активний ТБ (ВДТБ, РТБ, ХТБ)	Спрямування для лікування в ПТЗ

Завданням вторинної профілактики ТБ також є попередження переходу латентної стадії в активну шляхом реалізації комплексу лікувально-профілактичних заходів серед працівників, у яких наявний латентний ТБ чи фактори високого ризику виникнення ТБ:

- інфіковані МБТ (що мають позитивну чи конверсовану шкірну пробу на туберкулін);
- ВІЛ-інфіковані;
- із патологією, що призводить до клітинного імунодефіциту чи яка виникає внаслідок її фармакотерапії;
- із патологією, що збільшує ризик виникнення ТБ (цукровий діабет, алкогольна та наркотична залежність, хронічні неспецифічні захворювання органів дихання тощо).

Відповідно ці категорії працівників повинні бути забезпечені:

- добровільним та анонімним оглядом і тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ (інформаційне забезпечення – надання адрес лабораторій, де можна провести дане дослідження, графік їх роботи, умови обстеження тощо);
- оцінкою стану імунного гомеостазу (клітинного ланцюга), виявлення патології, що призводить до клітинного імунодефіциту;
- наданням якісної лікувально-діагностичної допомоги працівникам групи високого індивідуального ризику виникнення ТБ в умовах ЗОЗ, профілакторію, санаторно-курортного закладу тощо.

Працівникам ПТЗ, у яких виявлено латентний ТБ та/або фактори високого ризику інфікуван-

ня МБТ, повинні бути забезпечені соціально-психологічною підтримкою і рекомендаціями щодо доцільності зміни місця роботи (для мінімізації професійного контакту із МБТ та хворими на ТБ) та їх раціонального працевлаштування (за їх добровільною згодою). Основними передумовами для цього є високий ризик екзогенної суперінфекції МБТ із додатковим зараженням первинно-резистентними штамми МБТ, які можуть із високою вірогідністю призвести до РТБ, ХТБ, смерті від ТБ; наявність несприятливих наслідків для здоров'я працівника при проведенні тривалої (багаторічної) хіміопрофілактики у них латентного ТБ.

Однак реалізація цього напрямку вторинної профілактики повинна супроводжуватись наданням державних соціальних гарантій таким працівникам, а саме:

- державної підтримки перепідготовки медичного працівника на споріднену спеціальність;
- збереження їх кваліфікації (атестаційної категорії) при зміні спеціальності;
- забезпечення гідних умов праці та соціально-психологічної підтримки на новому місці роботи.

У разі відсутності у працівника, що має латентний ТБ, бажання змінити місце основної роботи (в ПТЗ) він повинен бути забезпечений: якісною лікувально-профілактичною допомогою (хіміопрофілактикою ПТП, з урахуванням можливої стійкості МБТ до ПТП, наявності індивідуальних показань і протипоказань); оздоровленням у ЗОЗ, профілакторії, санаторно-курортних умовах

тощо); соціальними гарантіями та компенсаціями, якісною та безоплатною медичною допомогою в умовах ПТЗ в разі виникнення у нього активного ТБ.

Третинна профілактика. Метою третинної профілактики профТБ серед працівників системи охорони здоров'я є попередження прогресування профТБ (виникнення РТБ, ХТБ), інвалідизації та передчасної смерті від ТБ.

Відповідно до чинного законодавства України, всі працівники, захворювання у яких пов'язано із впливом шкідливих та небезпечних умов праці, повинні бути визнані професійними хворими та отримати відповідну соціальну та фінансову компенсацію. Тому встановлення у хворого на ТБ працівника системи охорони здоров'я професійного ґенезу захворювання є ключовим завданням третинної профілактики.

Існують об'єктивні перешкоди при направленні працівників, що захворіли на ТБ, до профпатологічної служби. Тому виникла нагальна потреба у найшвидшому інформуванні таких хворих на ТБ щодо можливості та процедури встановлення професійного характеру ТБ та відповідного їх направлення до профпатолога. В свою чергу, необхідно удосконалити підготовку профпатологів з питань визнання професійного ґенезу ТБ.

Пропонуються наступні абсолютні критерії професійного ґенезу ТБ:

1. Захворювання на ТБ (ВДТБ, РТБ, ХТБ) будь-якої локалізації.

2. Робота в ЗОЗ системи охорони здоров'я та їх підрозділів, що належать до категорії професійного ризику інфікування МБТ – ІА, ІБ, ІІ (на час захворювання на активний ТБ чи до цього).

3. Стаж роботи в безпосередньому контакті із хворими на ТБ не менше 6–12 місяців.

4. Наявність професійного контакту працівника із хворим на ТБ/МТБ(+) в санітарно-епідеміологічних та гігієнічних умовах праці, які не дозволяють повністю попередити інфікування МБТ на робочому місці.

Використання такого критерію, як наявність чи відсутність непрофесійного (побутового) контакту із хворими на ТБ, сьогодні не може розглядатись як вирішальний внаслідок:

– неможливості повного виключення інфікування МБТ внаслідок контакту із пересічним населенням в період епідемії ТБ в Україні (під час проїзду у транспорті, перебування у місцях масового скупчення людей тощо);

– інфікування від осіб, з якими проживає працівник, внаслідок того, що тепер реєструються випадки інфікування родичів працівника ПТЗ від самого працівника.

До того ж, результати дослідження щодо оцінки ризику виникнення ТБ серед різних працівників охорони здоров'я свідчать про домінуван-

ня саме професійного ризику у захворюванні на ТБ, який значно перевищує популяційні ризики.

Дослідженням визначено, що майже всі працівники, що захворіли на ТБ, повертаються після переведення у категорію обліку 5.1 (ЗТБ) на попереднє робоче місце. Особливо це є небезпечним для працівників ПТЗ. Повернення працівників, що перенесли активний ТБ, за наявності у них латентної стадії ТБ (біологічне видужання неможливе) у джерело МБТ-інфекції загрожує виникненню у них екзогенної суперінфекції, яка надалі може стати причиною РТБ, ХТБ і, відповідно, інвалідності та передчасної смерті від ТБ. Вірогідність виникнення екзогенної суперінфекції найбільша у:

- перші роки після повторного інфікування МБТ;
- за наявності ВІЛ-інфекції та інших імунодефіцитних станів (клітинного типу);
- за наявності супутньої соматичної патології (цукровий діабет, алкоголізм, наркотична залежність тощо);
- при терапії кортикостероїдами та імуносупресантами тощо.

При екзогенній суперінфекції можлива активізація ТБ-процесу – гостра генералізація ТБ, загострення та прогресування первинних вогнищ ТБ, виникнення позалегенових локалізацій ТБ. Тому для попередження у працівника, хворого на профТБ, рецидивування та/або хронізації патологічного процесу обґрунтованим є виведення із професії (зміна місця роботи). Відповідно до цього на державному рівні необхідне впровадження стратегії виведення із професії працівників, що захворіли на ТБ, та створення системи їх професійної перепідготовки, особливо це стосується працівників ПТЗ.

Крім того, за відсутності згоди працівника щодо зміни місця роботи повинні бути забезпечені для нього такі умови праці, які попереджають повторне інфікування МБТ та розвиток клітинного імунодефіциту, обумовленого виробничими ризиками (інфікування ВІЛ, виражені психоемоційні стреси тощо).

Всі працівники, які захворіли на профТБ, повинні бути забезпечені в першочерговому порядку санаторно-курортним лікуванням, поліпшенням житлових умов, що дасть змогу покращити якість їхнього життя, підвищить реактивність організму і дозволить попередити прогресування ТБ.

Висновки

Таким чином, науково обґрунтована 3-етапна система профілактики захворювання працівників системи охорони здоров'я, основними компонентами якої є:

- 1) попередження інфікування МБТ (виникнення латентного ТБ);
- 2) попередження переходу ТБ з латентного в активний;

3) виявлення активного ТБ на ранніх клінічних стадіях;

4) покращення профпатологічної експертизи хворих на ТБ;

5) реалізація медико-соціальної реабілітації хворих на ТБ та попередження серед них інвалідності та передчасної смерті від даного захворювання.

Широке впровадження запропонованої системи профілактики дозволить значно покращити умови праці та знизити професійні ризики і рівні захворюваності на ТБ в системі охорони здоров'я України.

Подальші дослідження будуть спрямовані на вивчення ефективності запропонованої системи профілактики.

Список літератури

1. *Бойко И. Б.* О состоянии здоровья медицинских работников РФ / И. Б. Бойко, А. В. Сашин // Рос. мед.-биол. вестн. им. акад. И. П. Павлова. – 2008. – № 3. – С. 40–48.
2. *Захворюваність на професійний туберкульоз в Україні (1993–2008 рр.)* / Ю. І. Кундієв, Д. В. Варивончик, А. М. Нагорна, М. П. Соколова // Укр. журн. з проблем мед. праці. – 2010. – № 2. – С. 3–8.
3. *Захворюваність на професійний туберкульоз медичних працівників в Україні* / Ю. І. Кундієв, Д. В. Варивончик, А. М. Нагорна, М. П. Соколова // СЕС. Профілактична медицина. – 2010. – № 1. – С. 66–71.
4. *Профессионально приобретенные легочные инфекции* / J. E. Parker, A. A. Marfin, A. F. Hubbs [et al.] // Энциклопедия по охране и безопасности труда – 4-е изд. [Электронны ресурс] / МОТ. – МОТ, 1999.
5. *Процюк Р. Г.* Сучасні проблеми епідемії туберкульозу в Україні: причини та шляхи її подолання / Р. Г. Процюк // Здоровье Украины. – 2008. – № 16/1. – С. 63–66.
6. *Туберкульоз в Україні (Аналітично-статистичний довідник за 2000–2010 роки)* / МОЗ України, Центр медичної статистики МОЗ України. – К, 2011. – 75 с.
7. *Cole E.* Characterization of infectious aerosols in health care facilities: an aid to effective engineering controls and preventive strategies / E. Cole, C. Cook // Am. J. Infect. Control. – 1998. – Vol. 26, № 4. – P. 453–464.
8. *Nienhaus A.* Tuberculosis in healthcare workers / A. Nienhaus // Pneumologie. – 2009. – Vol. 63, № 1. – P. 23–30.

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ СИСТЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ РАБОТНИКОВ ОТРАСЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УКРАИНЕ

В. Л. Штанько, Д. В. Варивончик (Київ)

В исследовании научно обоснована 3-уровневая система профилактики туберкулеза среди работников системы здравоохранения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: туберкулез, отрасль здравоохранения, работники, профилактика.

SCIENTIFIC SUBSTANTIATION OF THE SYSTEM FOR PREVENTING OCCUPATIONAL TUBERCULOSIS IN HEALTH WORKERS IN UKRAINE

V. L. Shtanko, D. V. Varyvonchik (Kyiv)

The 3-level system of tuberculosis prevention among health workers has been scientifically grounded.

KEY WORDS: tuberculosis, health care system, workers, prevention.

Рецензент: д.мед.н., проф. В. Й. Шатило

УДК 364.444:614.253.2(477)

О. П. КОРНІЙЧУК (Київ)

СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ ПІДВАЛИНИ РОЗВИТКУ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ НА ЗАСАДАХ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Інститут демографії та соціальних досліджень НАН України імені М. В. Птухи

У статті окреслено соціально-економічні підвалини розвитку первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейного лікаря на базі дослідження особливостей охоплення цими послугами громадян України та жителів м. Комсомольськ Полтавської області.

Станом на 1.01.2011 р. 59,46 % відсотків населення України не охоплено послугами первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейного лікаря. Кількість сімейних лікарів складає близько 4,4% від їх загальної чисельності у системі ПМСД, а їх фінансування – 1 % від витрат на систему охорони здоров'я України. В м. Комсомольськ сімейні лікарі складають 8,3 % (з них 5 % – приватні, а 3,3 % – комунальні сімейні лікарі) від загальної кількості лікарів, а їх фінансування складає 6,4 % від загального бюджету системи охорони здоров'я.

Встановлено, що смертність громадян, в тому числі в працездатному віці, яких обслуговують приватні сімейні лікарі у м. Комсомольськ Полтавської області, на 18% нижча від показника населення, яке обслуговують лікарі поліклініки. При цьому витрати на утримання приватного сімейного лікаря на 40% менші, ніж комунального сімейного лікаря. Але 40% громадян міста протягом року не охоплено послугами ПМСД.

Інституція сімейного лікаря, передусім приватного, перебуває на початковому етапі розвитку і не є конкурентною монополістам – поліклінікам, а також центрам ПМСД, які формуються, у наданні медичної допомоги. Це призводить до суттєвого збільшення вартості медичних послуг для населення і витратності системи охорони здоров'я для місцевого та центрального бюджетів.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: система охорони здоров'я, первинна медико-санітарна допомога, організаційно-економічний механізм, сімейний лікар.

Україна тривалий час посідає одне із перших місць в Європі за рівнем смертності населення.

Більш як три четверті **смертей** серед чоловіків та одну третину серед жінок працездатного віку **можна було б не допустити** та запобігти 25 % передчасних смертей за умови належного лікування [25], передусім, на наш погляд (авт.), через інститути первинної медико-санітарної допомоги.

Макро- і мікропроцеси в системі охорони здоров'я та методи регулювання її функціонування, у тому числі первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейного лікаря, розглянуто у працях Н. Гойди, Н. Дьякова, І. Кіриченко, Л. Ковальчука, В. Князевича, В. Лехан, Л. Матюхи, В. Москаленко, К. Надутого, С. Парамонова, В. Саріогло, О. Сердюка, Г. Слабкого, М. Шинкарьової, Ю. Яценко та ін., а також вчених із країн ЄС – R. Atun, W. Voerma, M. Doeshier, R. Hobbs, J. Machinko, R.B.Sal, L. Shi, B. Starfield, K.White, G. Wienke та інших. За оцінками останнього, вчені із Великобританії та Нідерландів мають найцитованіші у світі матеріали із дослідження перспектив розвитку первинної медико-санітарної допомоги [27].

Необхідно зазначити, що у вітчизняних публікаціях системні дослідження окресленої про-

блеми представлені недостатньо. **Нез'ясованість** соціально-економічних закономірностей ефективності впливу впровадження первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейного лікаря як ядра розвитку системи охорони здоров'я на подовження тривалості життя громадян та вигідності для економіки домогосподарств, підприємств, регіонів і національного господарства в цілому залишається однією з важливих причин стримування її розвитку.

При цьому актуальною з точки зору економічних засад є оцінка А. Гальчинського щодо персоніфікованої особистості не тільки як продукуючого суб'єкта дійсності, а й масштабу (одиниці виміру) розвитку економіки [1]. Через призму цього критерію ми побудували дослідження впливу ПМСД на засадах сімейного лікаря на тривалість життя громадян та їх захворюваність.

Для поглибленого дослідження зазначених проблем проведено, з огляду на засади системного підходу, вивчення фінансово-економічної, управлінської та медико-демографічної статистики в Головному управлінні охорони здоров'я Полтавської обласної державної адміністрації, управлінні охорони здоров'я і в поліклініці Комсомольська та безпосередньо на робочих місцях окремих сімейних лікарів.

Наш підхід вигідно вирізняється від попередніх проведенням обрахунку і порівнянням

коефіцієнтів смертності, госпіталізації, індексу здоров'я дітей першого року життя, викликів «швидкої допомоги» серед категорій населення, які обслуговують приватні сімейні лікарі та лікарі поліклініки в м. Комсомольськ Полтавської області. Крім того, проведено фінансово-економічне обґрунтування мінімальних потреб сімейного лікаря, медсестри та молодшої медичної сестри в заробітній платі та особливостей організації обслуговування пацієнтів, з огляду на критерії доступності та ефективності медичної допомоги в умовах обмеженого бюджетного фінансування. Цей аналіз базується на теоретичному обґрунтуванні організаційно-економічного та організаційно-правового механізмів розвитку ПМСД на засадах сімейного лікаря та його впровадження в Україні.

Мета статті – аналіз впливу економічного механізму розвитку ПМСД на засадах сімейного лікаря на соціальні чинники, пов'язані з тривалістю життя та станом здоров'я громадян на базі десятирічного досвіду реформування системи охорони здоров'я в м. Комсомольськ Полтавської області.

Дослідницьким завданням було підтвердження (чи спростування) гіпотези щодо прямої залежності між отриманням населенням якісної і доступної первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейного лікаря і зменшенням рівня смертності.

Практичним результатом дослідження стало підтвердження вищезазначеної гіпотези на базі статистичних відомостей управління охорони здоров'я м. Комсомольськ Полтавської області та Держстату України щодо прямої залежності між отриманням населенням якісної і доступної первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейного лікаря і зменшенням рівня смертності.

Матеріали і методи. Дослідження здійснене на засадах системного підходу з використанням методів аналізу та синтезу, порівняльного аналізу, узагальнення, логічного та графічного. Збір вищезазначеної інформації за 2005-2010 рр. здійснено з використанням форм статистичної звітності – РН-3, фінансової звітності – 4-2М, 4-2Д, 4-1Д, 4-1М, 2Д, 2М та медичної звітності – 071-1/0, 071-3/0, 071-2/0, 071/0, річні форми №12,17,20,21,31 [15,16,17,18].

Методична послідовність статичного групування передбачала використання двох взаємопов'язаних ознак – факторних та результативних. До факторних віднесено – середньорічні показники різних категорій населення, які обслуговують лікарі поліклініки медичного центру (МЦ) ПМСД; приватні сімейні лікарі та в цілому по місту.

До результативних – кількість госпіталізованих і померлих за рік у місті та із числа осіб, які

обслуговують лікарі поліклініки МЦ ПМСД і приватні сімейні лікарі, а також відповідна кількість звернень громадян за отриманням ПМСД у зазначені установи.

Зазначену групувальну ознаку визначено шляхом логічного аналізу за кількісними, дискретними ознаками. При цьому ми виходили із оцінок фахівців, що при аналізі показників смертності для об'єму сукупності 12 750 чол. надійність показника складає 10 % [21].

Для визначення фактора впливу інституту приватного сімейного лікаря на стан здоров'я громадян порівняно із лікарями поліклініки та інших медичних установ по місту ми використали загальноприйняті формули: $m = M/S \times 1000$; $m_x = M_x/S_x \times 1000$; $K_{pfd} K = (N_{pfd}/S_m) \times 1000$; $K = (N_v/S_b) = (N_{vpfd}/S_m) \times 1000$; $I = (N_{ch}/S_m) \times 1000$; $G = N/S$; $A = N_x/S$ [2] (див. визначення формул та обрахунки у табл.1–8).

Коваріаційний аналіз загальної смертності населення смертності населення у працездатному віці та звернень громадян наведено у таблицях 9–11.

Дизайн дослідження побудовано на перевірку вищезазначеної гіпотези і передбачав використання описових, пояснювальних та оцінювальних моделей.

Використовуючи **описову модель**, ми дослідили зв'язок між смертністю і доступністю медичної допомоги населення, яке обслуговують приватні сімейні лікарями, лікарі поліклініки та лікарі інших закладів охорони здоров'я міста.

Згідно з **пояснювальною моделлю**, ми дослідили зв'язок між викликами швидкої допомоги для осіб, яких обслуговують приватні сімейні лікарі та лікарі інших закладів ПМСД та в цілому по місту.

Оцінювальна модель дозволила розкрити зв'язок між заходами міської влади із розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейного лікаря і стабілізацією тенденцій смертності серед осіб працездатного віку. Для аналізу ефективності реформування системи охорони здоров'я нами використано порівняльний аналіз з використанням медичної та демографічної статистики, де контрольною групою є статистика обслуговування населення лікарями поліклініки, а основною – приватними лікарями. В ході аналітичного дослідження використано залежні змінні – стан смертності та якість і доступність первинної медичної допомоги. При цьому ми не розглядали такі змінні, як спосіб життя, стан довкілля та інші складові середовища проживання людини.

Дизайном оцінювального дослідження враховували такі важливі елементи, як:

- залежні і незалежні складові (рівень госпіталізації та доступність надання первинної

медичної допомоги приватними сімейними лікарями, лікарями поліклініки та інших установ міста);

- інструменти вимірювання (показники смертності, госпіталізації, охоплення населення послугами ПМСД та їх надання, частоти звернень громадян, індекс здоров'я дітей першого року життя, викликів швидкої допомоги);

- часові інтервали (протягом року; за п'ять років);

- фактори впливу на внутрішню і зовнішню валідність дослідження. Так, до неконтрольованих факторів необхідно віднести обслуговування близько 20 % населення на кожній ділянці безпосередньо за місцем роботи на гірничозбагачувальному комбінаті та відсутність звернень близько 40 % населення протягом року за отриманням ПМСД (див. табл. 6).

Для оцінки суспільного здоров'я використано такі **групи індикаторів**: ресурси – рівень оплати праці сімейного лікаря, медичної сестри та молодшої медичної сестри; продукт – бюджет системи охорони здоров'я, побудований за програмно-цільовим методом; вплив – зменшення захворюваності і смертності серед осіб, яких у системі ПМСД обслуговують в т.ч. приватні сімейні лікарі.

Проведено також аналіз економічних факторів, які обґрунтовують об'єм бюджету м. Комсомольськ на завершення впровадження пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейного лікаря.

Фактично для отримання послуг первинної медико-санітарної допомоги мешканці м. Комсомольськ, у тому числі працівники Полтавського гірничозбагачувального комбінату (ГЗК), на власний розсуд звертаються до семи установ у системі охорони здоров'я міста. У них працює 1029 чол.: 207 лікарів, 397 – середнього медперсоналу, 158 чол. – молодшого медперсоналу. Лікарі становлять майже 20 % від загальної кількості персоналу. Близько 7,7 % із них системно, послідовно і професійно надають первинну медико-санітарну допомогу на засадах сімейного лікаря.

На цей час дев'ять приватних сімейних лікарів, або 5 % їх загальної чисельності, надають первинну медико-санітарну допомогу 36 % мешканців міста. У середньому це становить 2100 чол. із них 300 чол. – працівники Полтавського ГЗК. Це перевищує норматив, затверджений Міністерством охорони здоров'я України – 1400–1500 чол. для міста. Зазначені послуги 26 % населення надають шість сімейних лікарів поліклініки та один сімейний лікар Дмитрівської амбулаторії. Всього 62 % мешканців міста охоплено послугами сімейних лікарів (36 % приватними сімейними лікарями та 26 % – лікарями поліклініки). Таким чином, вірогідно майже 40 %

населення міста системно не охоплено обслуговуванням інститутом сімейного лікаря. Характерно, що 25 % бюджетних коштів витрачається на немедичний персонал, який складає 35% від загальної кількості працюючих у галузі.

Станом на 01.01.2004 року послугами ПМСД в м. Комсомольськ через інститут сімейних лікарів було охоплено 49,3 % населення [20]. Таким чином, за 5 років охоплення населення міста послугами сімейних лікарів зросло на 12,7% (49,3 % – 62 %).

Результати дослідження та їх обговорення. Результатом дослідження є те, що сімейні лікарі складають лиш 4,4 % від загальної кількості лікарів, а їх фінансування – 1% від витрат на систему охорони здоров'я України.

У м. Комсомольськ сімейні лікарі складають 8,3 % (з них 5 % – приватні, а 3,3% – комунальні сімейні лікарі) від загальної кількості лікарів, а їх фінансування складає 6,4 % від загального бюджету системи охорони здоров'я. При цьому стійкою є тенденція нижчої на 18 % смертності та захворюваності громадян, в тому числі в працездатному віці, яких обслуговують приватні сімейні лікарі порівняно з комунальними сімейними лікарями. Відповідно, ці показники протягом шести років фактично становлять 9 і 11 та 3 і 4 (табл. 1) [9, 10, 11, 12].

Коефіцієнт охоплення населення послугами ПМСД за останні 5 років в місті зменшився на чверть (табл. 3). Це при тому, що кількість населення, яке обслуговують поліклініки, збільшилася на 18 %, а у приватних сімейних лікарів залишився на незмінному рівні.

Наслідком цього є те що 40 % громадян міста системно не звертаються для отримання послуг ПМСД. Тобто, вони перебувають поза сферою профілактично-діагностичного обстеження. Так, до 20 % населення, яке входить в сферу обслуговування приватних сімейних лікарів, та 30 % поліклініки протягом року не звертаються за наданням допомоги (табл. 3).

Негативною є тенденція зменшення на 20 % звернень громадян для отримання ПМСД із числа тих, хто знаходиться на обліку у зазначених установах (табл. 4). Для лікарів поліклініки цей показник зріс на 5 % менший від показника приватних сімейних лікарів (табл. 4).

Про недостатню ефективність системи ПМСД в місті свідчить зростання протягом 5 років майже на 50 % звернень громадян для отримання необхідної ПМСД (табл. 5). Співвідношення кількості звернень громадян протягом 2010 року до лікарів поліклініки – 9 та приватних сімейних лікарів – 4 свідчить про ефективність надання послуг останніми.

Індекс здоров'я дітей першого року життя, які обслуговують лікарі поліклініки, порівняно з

2004 роком, погіршився більш ніж в півтора раза – з 316,9 до 170,4, а для приватних сімейних лікарів за цей же період він покращився на 30 % (табл. 6).

Коефіцієнт госпіталізації громадян, яких обслуговують приватні сімейні лікарі, зменшився на 18 % (з 31,8 до 26,3), а поліклініки на 11 %

(з 42,6 до 37,8). При цьому за місто він зріс на 50 % (з 40,04 до 65,1) (за рахунок госпіталізації лікарями медчастини ГЗК, «швидкої допомоги» та безпосередньо лікарні). Лікарі лікарень госпіталізують більше 33 % від загальної кількості осіб, що проходили лікування протягом року (табл. 7).

Таблиця 1. Фактор впливу інституту приватного сімейного лікаря на загальну смертність громадян порівняно з лікарями поліклініки та інших медичних установ міста

№ за/п	Рік	Показники приватних сімейних лікарів			Показники поліклініки			Показники по місту		
		Sm – серед. чис. нас.	М чис. пом.	$m=(M-Sm) \times 1000$	Sm – сер.чис.	М – чис. пом.	$m=(M-Sm) \times 1000$	Sm – сер. чис. нас.	М–чис. пом.	$m=(M-Sm) \times 1000$
1	2004	20169	164	8,1	28378	352	12,4	54350	589	10,8
2	2010	19260	181	9,4	30490	373	12,2	54353	570	10,5

Таблиця 2. Фактор впливу інституту приватного сімейного лікаря на смертність громадян у працездатному віці порівняно з лікарями поліклініки та інших медичних установ міста

№ за/п	Рік	Показники приватних сімейних лікарів			Показники поліклініки			Показники по місту		
		Sm – сер.чис.	М –чис. пом.	$m=(M-Sm) \times 1000$	Sm – сер. чис.нас.	М - чис.п.	$m=(M-m) \times 1000$	Sm –сер. чи.нас.	М –чис. пом.	$m=(M-Sm) \times 1000$
1	2004	14918	173	3,1	18161,9	95	5,2	30417	165	5,7
2	2010	14323	153	2,9	19208,7	82	4,3	33738	132	4,5

Таблиця 3. Фактор впливу інституту приватних сімейних лікарів на коефіцієнт охоплення населення послугами ПМСД порівняно з лікарями поліклініки та інших медичних установ міста

№ за/п	Рік	Показники приватних сімейних лікарів			Показники поліклініки			Показники по місту		
		Sm сер. чис.	Nvpfd кіл. гром.	$Kpfd=(Nvpfd/Sm) \times 1000$	Sm – сер.чис.	Nvp – кіл.гр.	$Kp = (Nv/Sm) \times 1000$	Sm – сер.чис	Nv – кіл. гром.	$K = (Nv/Sm) \times 1000$
1	2006	18814,5	14129	751	25439	15081	592,8	54267	45349	835,7
2	2010	19260	15045	781,2	32310	22908	709,0	54353	33903	623,8

Таблиця 4. Фактор впливу інституту приватних сімейних лікарів на коефіцієнт надання послуг громадянам, що звернулись за отриманням ПМСД порівняно з лікарями поліклініки та інших медичних установ міста

№ за/п	Рік	Показники приватних сімейних лікарів			Показники поліклініки			Показники по місту		
		Sm – сер. чис.	Npfd – кіл.гром.	$K=(Npfd/Sm) \times 1000$	Sm – сер. чис.	Np – кіл. гром.	$K=(Np/Sm) \times 1000$	Sm – сер. чис.	Nc – кіл. гром.	$K = (Nc/Sm) \times 1000$
1	2006	18815	14129	750,9	25439	15081	592,8	50376	45349	900,2
2	2010	19260	15045	781,2	32310	22908	709,0	47812	33903	709,1

Таблиця 5. Фактор впливу інституту приватних сімейних лікарів на коефіцієнт звернень громадян за отриманням послуг ПМСД порівняно з лікарями поліклініки та інших медичних установ міста

№ за/п	Рік	Показники приватних сімейних лікарів			Показники поліклініки			Показники по місту		
		Sb – кіл. гром.	Nvpfd – кіл. зв.	$K=(Nvpfd/Sb) \times 1000$	Sb –кіл. гром.	Nvp – кіл. звер.	$K = (Nvp/Sb) \times 1000$	Sb – кіл. гром.	Nv – кіл. звер.	$K = (Nv/Sb) \times 1000$
1	2006	14129	62428	4,4	15081	194500	12,9	45349	531080	11,7
2	2010	15045	57698	3,8	22908	206209	9,0	33903	574148	16,9

Коефіцієнт викликів «швидкої допомоги» за місто зріс, що опосередковано свідчить про відсутність прогресу у розвитку інституцій ПМСД. При цьому у лікарів поліклініки цей показник зменшився більш ніж на 25% , а приватних – більш ніж на 33%. Для приватного сімейного лікаря Дяченко цей показник зменшився більш, ніж в 2 рази (табл.8).

Співвідношення фінансування первинного і вторинного рівня у місті становить близько 1:3. Для Полтавської області цей показник дорівнює 1,2:8. Реально він у двічі менший за рахунок відрахувань на послуги вторинного і третинного рівнів. Витрати на первинну допомогу в Комсомольську становлять 25,5% бюджету, але приватні сімейні лікарі зазначеного зростання фінансування не відчули. Воно не вплинуло на покращення їх мотивації праці. Закупівля обладнання і ремонт приміщень амбулаторії не проводилися.

За підсумками 2010 року витрати для бюджету міста в розрахунку на одного мешканця були у приватних лікарів на 40 % меншими, ніж у поліклініці (відповідно 50 і 70 грн). Тобто, витрати на утримання дев'яти приватних сімейних лікарів 2011р. практично будуть однаковими із фінансуванням шести

лікарів поліклініки (відповідно 980 і 900 тис. грн). Загалом витрати на 16 сімейних лікарів дорівнюють 2,03 млн грн, або 6,4 % від загального бюджету на систему охорони здоров'я і 25 % витрат на первинну медико-санітарну допомогу.

Виходячи із практичного досвіду сімейного лікаря у м. Комсомольськ, 2 % пацієнтів (40 чол.) були направлені на лікування до лікарні, а майже 15 % (140 чол.) проходили лікування без направлення сімейного лікаря до лікарні. Вартість лікування при цьому для бюджету міста зросла практично в кілька десятків разів. За попередніми оцінками, щомісячна оплата приватному сімейному лікарю за надання послуг денного стаціонару для восьми чоловік та стаціонару удома для 10 чол., дорівнює 900 грн. Вартість лікування 18 осіб протягом дев'яти днів у лікарні коштує 27 646 грн (18 осіб x 9 днів лікування x 169,18 гривні – середня вартість ліжкодня) [9, 10, 11, 12]. Враховуючи, що зазначена сума не виплачується приватному лікарю, то економічний ефект для бюджету міста складе більше ніж 27 тис. грн. При цьому слід урахувувати, що якість медичної послуги у сімейного лікаря буде достатньою.

Таблиця 6. Фактор впливу інституту приватних сімейних лікарів на підтримання здоров'я дітей першого року життя порівняно з лікарями поліклініки та інших медичних установ міста

№ за/п	Рік	Показники приватних сімейних лікарів			Показники поліклініки			Показники по місту		
		Sm –сер. чис. дит.	Nchp – кіл. дит.	I = (Nchp/Sm) x1000	Sm – сер. чис. дит.	Nchp – кіл. дит.	I = (Nchp/Sm) x1000	Sm –сер. чис. дит.	Nch – кіл. дит.	I = (Nch/Sm) x1000
1	2004	133	30	226,4	243	77	316,9	403	108	268
2	2010	129	39	302,3	399	68	170,4	489	120	245,4

Таблиця 7. Фактор впливу інституту приватних сімейних лікарів на коефіцієнт госпіталізації громадян порівняно з лікарями поліклініки та інших медичних установ міста

№ за/п	Рік	Показники приватних сімейних лікарів			Показники поліклініки			Показники за ГЗК			Показники лікарні			Показники по місту		
		Sb – кіл. гр.	Nhpfд – кіл. гос. гр.	K = (Nhpfд/Sb) x1000	Sb – кіл. гр.	Nhpmc кіл. госп. гр.	K = (Nhpmc/Sb) x1000	Sb –кіл. гр.	NhC – кіл. гос. гр.	K = (NhC/Sb) x1000	Sb –вс. гр.	NhC –кіл. гр. гос.	K = (NhC/Sb)*	Sb – кіл. гр.	Nh – кіл. гос. гр.	K = (N/Sb) x1000
1	2006	14129	449	31,8	15081	643	42,6	11256	741	65,8	8600	3295	89,8	45349	1833	40,4
2	2010	15045	395	26,3	22908	865	37,8	10587	947	89,4	9476	3292	38,3	33903	2207	65,1

Таблиця 8. Фактор впливу інституту приватного сімейного лікаря на виклики «швидкої допомоги» населенням порівняно з лікарями поліклініки та інших медичних установ міста

№ за/п	Рік	Показники приватних сімейних лікарів			Показники поліклініки			Показники по місту		
		Sm – сер. чис. нас.	Napfd – кіл. вик. шв. доп.	Ka = (Napfd/Sb) x1000	Sm сер. чис. нас.	Nap – кіл. вик шв. доп.	Ka = (Nap/Sb) x1000 –	Sm – сер. чис. нас.	Na – кіл. вик. шв. доп.	Ka = (Na/Sb) x1000 -
1	2006	18815	2410	128,1	15081	10260	680,3	54300	14008	258,0
2	2010	19260	1661	86,2	22908	11332	494,7	54319	13340	245,6

За оцінками фахівців, укладання договорів із 14 фізичними особами – приватними сімейними лікарями як платниками єдиного податку, дасть змогу охопити цією інституцією все населення міста, що суттєво покращить надання первинної медико-санітарної допомоги. Передумовою цього має стати підняття престижу роботи сімейного лікаря, зокрема підвищення рівня заробітної плати в комунальній сфері з урахуванням реального прожиткового мінімуму – 3500 грн. Крім цього, необхідно створити умови для отримання прибутку приватним сімейним лікарем також в сумі 3500 грн. Для бюджету міста це становитиме додатково майже 700 тис. грн. Відносно обсягу фінансування первинної медико-санітарної допомоги – 8 млн. на 2011 р. – це складає 8,7 %. При цьому слід враховувати, що за нашими оцінками типова структура бюджету міської поліклініки передбачає 76 % витрат на зарплату та нарахування на неї, 9 % на комунальні платежі, 15 % на надання інших послуг та придбання товарів.

Якщо в основу розрахунків оплати праці сімейного лікаря, в тому числі приватного, закласти подушні витрати, які перевищують 50 грн, то, відповідно, заробітна плата у нього буде більшою 3,5 тис. грн.

За результатами проведеного нами коваріаційного аналізу загальної смертності населення, в тому числі у працездатному віці, а також звернень громадян за наданням послуг ПМСД отримані значення демонструють відхилення показників приватних сімейних лікарів у м. Комсомольська Полтавської області порівняно з лікарями поліклініки, у тому числі, до від'ємних значень. Це доводить очевидну ефективність функціонування інституцій приватних сімейних лікарів.

Але при цьому громадськість міста, як інших населених пунктів України, є не суб'єктом, а об'єктом у системі охорони здоров'я. Будь-якого реального впливу на оптимізацію структури і пріоритетність надання ПМСД на засадах ЗЛП/СМ не має.

Враховуючи досвід реформування ПМСД на засадах сімейного лікаря в м. Комсомольськ, актуальним є дослідження особливостей впровадження цієї інституції в систему охорони здоров'я України.

За нашими підрахунками, проведеними на базі статистичних показників Інституту стратегічних досліджень МОЗ України [24], у 2010 р. близько 59,46 % населення України (із 45 598 200 чол. – 18 484 473 чол.) не було охоплено послугами первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейного лікаря. За останні 5 років дещо зросла кількість населення, якому надавали послуги зазначеною категорією лікарів. (У 2006 році 72,4 % населення не було охоплено послугами ПМСД на засадах сімейного лікаря).

За нашими розрахунками, кількість осіб, яких обслуговує один сімейний лікар, становить 2144 чол. (18 484 473 чол. – чисельність прикріпленого населення / 8621 чол. – кількість фізичних осіб лікарів – 2144 чол. (навантаження). Згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я від 23.02.2001 р. № 72 «Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини» встановлено такі нормативи обслуговування населення одним сімейним лікарем: 1400–1500 чол. у містах; 1000–1200 чол. у сільській місцевості [16]. За даними Державної служби статистики (таблиця РН 3), середня чисельність постійного населення за статтю і віком в 2010 році у містах склала 31 227 584 чол., а у сільській місцевості – 14 462 802 чол. Кількість сімейних лікарів у сільській місцевості складає – 5 250 чол., а у містах – 3 371 чол.

Таким чином, норматив обслуговування населення одним сімейним лікарем в сільській місцевості перевищений у 2,3 раза – 2754,8 чол. (14 462 802 чол. – 5250 чол. = 2754,8 чол.). А у містах у 6,2 раза – 9263,5 чол. (31 227 584 чол. – 3 371 чол. = 9263,5 чол.).

Аналогічна тенденція сформувалася щодо забезпечення сімейними медичними сестрами. Виходячи із вимог зазначеного вище наказу МОЗ, співвідношення медсестер і сімейних лікарів становить 2:1, тобто, медсестер у 2010 році повинно бути не менше ніж 17 242 особи. Реально ж їх кількість 13058 осіб і недоукомплектування становить (17242 – 13058 чол.).

Таким чином, у системі первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейного лікаря в Україні задіяно 8621 лікар (2006 р. – 6263) та 13058 сімейних медичних сестер (2006 р. – 9250), із них, у сільській місцевості, відповідно, 61 % (5 250 чол.) і 68 % (8 917 чол.).

Кількість фізичних осіб сімейних лікарів та сімейних медичних сестер за п'ятирічний період зросла на 40 %.

Ураховуючи практику окремих областей України, за нашими оцінками, достатньо вірогідно, що кількість сімейних лікарів та сімейних медичних сестер становить близько 44 % від загальної їх чисельності в системі ПМСД (185,3 тис.) [19].

Дослідження оцінки ефективності інтервенцій місцевої влади в Комсомольську щодо розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейного лікаря висвітило в цілому дієвість заходів. Це базується, як зазначалось вище, на виділенні близько 25,5 % коштів із бюджету системи охорони здоров'я на первинну медико-санітарну допомогу та створення умов для зручного прийому пацієнтів сімейних лікарів шляхом часткового розміщення кабінетів сімейного лікаря в місцях безпосереднього проживання громадян. Ефективність дій влади в системі охорони здоров'я знаходить підтвердження

у стабілізації тенденції із недопущення помітного зменшення смертності серед населення.

Економічний ефект від дій управління охорони здоров'я міста підтверджується меншими на 40 % витратами на фінансування діяльності приватних сімейних лікарів порівняно з комунальними сімейними лікарями поліклінік.

Таким чином, покладання розпорядником бюджетних коштів на приватних сімейних лікарів відповідальності за якість і доступність первинної медико-санітарної допомоги підтвердило певну дієвість цих заходів.

Організаційний процес передбачає не тільки створення інституцій ПМСД, а й їх оновлення. Дуже важливим є безперервність в забезпеченні єдності організаційних структур через ефективний організаційно-економічний та організаційно-правовий організми.

За нашими оцінками, організаційно-економічний механізм розвитку первинної медико-санітарної допомоги є спосіб, що визначає порядок діяльності юридичних (власники, розпорядники бюджетних коштів і надавачі медичної допомоги) та фізичних (пацієнти) осіб з приводу її розвитку на базі інституту сімейного лікаря, формування організаційної інфраструктури та системи управління і регулювання. Це стосується державних регуляторів макро- і мікросередовища (Президент України, Верховна Рада України, Кабінет Міністрів України, Антимонопольний комітет України), системи охорони здоров'я (Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство економічного розвитку і торгівлі України, Міністерство регіонального розвитку та будівництва України, Міністерство науки, молоді та спорту України, Національна академія медичних наук України), законодавчої системи управління та регулювання, а також судової системи.

При цьому призначенням організаційно-економічного механізму в розвитку ПМСД є створення умов для підтримання здоров'я та надання доступної й якісної первинної медико-санітарної допомоги шляхом використання ресурсу медичного персоналу, інфраструктури та фінансових коштів державного, місцевого бюджетів та домогосподарств.

Організаційно-економічний механізм розвитку ПМСД включає правові, організаційні, методичні (нормативні) положення та заходи, які визначають поведінку пацієнта, лікарів, розпорядників бюджетних коштів та рух фінансових ресурсів для підтримання здоров'я пацієнтів і надання їм якісної і доступної первинної медичної допомоги.

Організаційно-правовий механізм розвитку ПМСД – це спосіб, що визначає норми діяльності юридичних осіб – розпорядників бюджетних коштів і надавачів медичної допомоги та фізичних осіб – пацієнтів у межах певної структу-

ри із законодавчим її закріпленням. Прийнятими законами України [4,5] до таких структур будуть належати центри ПМСД та приватні сімейні лікарі.

У нашій державі на ПМСД виділяється до 10% фінансових витрат на систему охорони здоров'я [24, 20], а на спеціалізовану допомогу – 85% [7]. Реально цей показник дорівнює 4-5% через необхідність взаєморозрахунків із вторинним і третинним рівнем надання медичної допомоги. Враховуючи практичний досвід окремих обласних управлінь охорони здоров'я, 1% із зазначених 4-5% припадає на сімейну медицину.

Таким чином, в Україні фактично немає навіть мінімально необхідного фінансування ПМСД. При цьому фінансові стимули та професійні критерії фактично відсутні, а рівень заробітної плати не залежить від обсягу і якості роботи [14]. Дії пацієнта і системи охорони здоров'я абсолютно не синхронізовані. Тобто відсутність координуючої ролі ПМСД на засадах сімейного лікаря не дає змоги раціоналізувати витрати на систему охорони здоров'я і провокує владу на утримання медичних закладів. Це руйнує принцип наступності і безперервності лікувального процесу [8].

У 2010 р. в Україні нараховували 4 581 заклад ПМСД на засадах загальної практики сімейної медицини, із них у сільській місцевості – 3 984, або 87 % від загальної кількості. Порівняно з 2006 р. кількість закладів ПМСД як у сільській місцевості, так і міських поселеннях, зросла на 28 %.

Не оснащені належним обладнанням 65 % сільських лікарських амбулаторій, районних і дільничних лікарень офтальмологічне обладнання мають лише 8 %, а ЛОР-обладнання – 5 % закладів. Заклади ПМСД менш ніж на 50 % укомплектовані санітарним транспортом (3497 наявних при потребі 8 тис. одиниць). Не всі заклади мають електрокардіографи. Дефібрилятори є лише у 5 % закладів. Тільки кожен третій заклад має комп'ютерну техніку [24]. Це суттєво блокує якість роботи медичного персоналу і відволікає від безпосереднього спілкування з пацієнтом. Заповнення близько 50 форм звітності забирає до 70 % робочих годин [13]. Абсолютно не укомплектовані заклади ПМСД у Севастополі, дуже низький рівень забезпечення медичним засобами в Луганській області та Києві [24].

Серед сільських лікарських амбулаторій 47 % розташовані на відстані понад 20 км, а 86% – на відстані понад 10 км від центральної районної лікарні. Абсолютна більшість ФАП (97 %) віддалені від місця перебування лікаря на 2 км і більше. Одна чверть сільських лікарських амбулаторій мають термін експлуатації понад 50 років. Реальна потреба в амбулаторіях становить 1500, а ФАПів – 1000 [24].

У 2010 р. на 10 % зросла кількість викликів швидкої медичної допомоги до хронічно хворих

з хронічними захворюваннями на території обслуговування сімейного лікаря (до 568 559, 2009 р. – 522 746 чол.). Характерно, що близько 70 % цих викликів були із сільської місцевості (378 666 чол.). Щодо причин смертності, то на 40 % зросла кількість померлих від інфаркту (8299 проти 5734 у 2009 р.) [24]. Фахівцями США (Shi L. та інш.) виявлено позитивну кореляцію між наявністю лікарів первинної ланки і більш сприятливою динамікою показників демографії та здоров'я населення, включно стандартизовані коефіцієнти вікової та загальної смертності, смертності від онкологічних причин та ішемічної хвороби серця, а також очікувану тривалість життя [26].

За оцінками фахівців, реальна щомісячна потреба громадян у ПМСД становить близько 300 пацієнтів на 1000 мешканців протягом місяця. Послуги вторинного і третинного рівня потребують, відповідно, 10 і 2 особи [28]. При цьому у передових країнах 90 % пацієнтів розпочинають і закінчують лікування на рівні лікаря загальної практики і лише у 10 % випадків пацієнти направляються на лікування до лікарень.

Згідно із загальноновизначеними оцінками, первинна медико-санітарна допомога як невід'ємна частина національної системи охорони здоров'я є її ядром і одночасно головним компонентом загального соціального та економічного розвитку суспільства [24].

Розвиток інституту приватного сімейного лікаря і центру ПМСД передбачає вдосконалення діяльності організаційної структури, упорядкування виробничих процесів.

За окремими оцінками в Україні у закладах первинної ланки починають і закінчують лікування 30 % пацієнтів у містах та до 50 % – у сільській місцевості [24].

Необхідно враховувати, що 60 % випадків перших відвідувань лікаря припадає не на сімейного лікаря, а на спеціаліста, а 50 % випадків пацієнт потрапляє не до того лікаря, до якого кого потрібно, і 75 % пацієнтів при цьому залишаються без належної медичної допомоги [25].

Хаотичність звернення населення на вторинний рівень надання медичної допомоги у 2 рази збільшує чисельність відвідувань лікарів, і у 6 разів – кількість відвідувань вторинного і третинного рівнів, переважно без будь-яких направлень [28]. Характерно, що ефективність медичних маршрутів пацієнтів, які проживають в сфері обслуговування сімейного лікаря, зростає на 30 % [22]. Як наслідок, реальні витрати на систему охорони здоров'я в Україні вдвічі перевищують суми державного та місцевих бюджетів за рахунок приватних платежів пацієнтів (до 3% ВВП) [25].

При цьому слід враховувати, що 80 % громадян України вважають себе бідними [3], а у 75 %

не вистачає доходів на придбання їжі, одягу та медичних послуг. Будь-яке звернення для отримання медико-санітарної допомоги, враховуючи неформальні платежі, може спричинити відносно катастрофічний рівень витрат. Він оцінюється у 40 % і більше платоспроможності домашніх господарств [25].

Вартість обслуговування одного випадку надання допомоги, на первинному рівні у 7-8 разів менша, ніж на вторинному. При зверненні пацієнта до сімейного лікаря, потреба у стаціонарній та швидкій допомозі загалом зменшується на 30 %, а у спеціалізованих амбулаторіях – на 40 % [24].

У законах України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» та «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» не визначено пріоритетність розвитку ПМСД на засадах сімейного лікаря, не передбачено обґрунтування розрахунку обсягу ПМСД, залучення громадян до укладання угод між розпорядником бюджетних коштів та надавачем медичних послуг [4, 5].

Сильною стороною проведеного дослідження є розрахунок прямої залежності між впровадженням інституції приватного сімейного лікаря та зменшенням смертності громадян, фінансово-економічне обґрунтування впровадження прямих договорів між розпорядником бюджетних коштів та приватними сімейними лікарями із своєчасним внесенням необхідних доповнень до бюджету у випадку змін цін на енергоносії.

Слабкою стороною є відсутність обґрунтування в статті подушних витрат, виходячи із конкретного типу хвороби пацієнта.

Дослідження обмежено статистичною базою приватних сімейних лікарів, поліклініки ПМСД та відділу статистики Управління охорони здоров'я м. Комсомольськ та Держстату України. Можливим джерелом помилок є первинний облік значених відомостей.

При цьому ПМСД є першою сходиною в контакті між окремою сім'єю, особою, громадою і національною системою охорони здоров'я, яка максимально наближає медичну допомогу до місць проживання/роботи і утворює перший елемент непереривного процесу охорони здоров'я. Це будується на шести актуальних принципах ПМСД, визначених фахівцям ВООЗ: самозабезпеченість; участь населення; міжсекторальне співробітництво; інтеграція служб охорони здоров'я; посилення уваги до груп високого ризику; використання раціональних технологій [13].

За оцінками Wienke G. та Voerma W., первинна медико-санітарна допомога є професійною

відповіддю пацієнту, який вперше контактує з системою охорони здоров'я [29]. Відповідно до висновків фахівців, сильні системи охорони здоров'я, засновані на первинній медичній допомозі, потребують менших витрат, ніж більш «відкриті» системи, а результати, досягнуті ними – кращі [29].

Для вирішення вищезазначених системних проблем розвитку ПМСД на засадах сімейного лікаря в Україні особливе значення має затвердження Кабінетом міністрів України:

1) методики обрахунку подушних витрат (нами розроблена); типовий договір між розпорядником бюджетних коштів та надавачем медичних послуг; типовий договір між надавачами медичних послуг і пацієнтами; типовий договір між лікарем та молодшим медичним персоналом;

2) положення про взаєморозрахунки між закладами первинного і вторинного та третинного рівнів;

3) положення про впровадження принципу глобального бюджету на всіх рівнях надання медичної допомоги, передбачивши розширення прав на госпрозрахункову діяльність, збереження державних дотацій комунальним підприємствам, насамперед щодо фінансування гарантованого обсягу безоплатної медичної допомоги;

4) порядку видачі приватними сімейними лікарями листків тимчасової втрати працездатності, оформлення рецептурних бланків (форми 1 та 3), використання наркотичних засобів для надання допомоги онкохворим;

5) порядку контрактної форми роботи сімейних та дільничних лікарів, терапевтів і педіатрів, а також адміністративно-господарського персоналу;

6) спрощення процедури проведення тендерів на надання ПМСД приватним сімейними лікарями (допуск лікаря до тендеру у випадку збору ними згоди 600 громадян, які мають бажання отримувати у нього послуги);

7) порядку удосконалення соціального захисту – передбачити, щомісячну заробітну плату з урахуванням складності та об'єму роботи та витрати роком від 3,5 до 5 тис. грн.

На рівні Міністерства охорони здоров'я України відрегулювати відповідними наказами:

1) спрощення процедури отримання категорії та ліцензії на приватну медичну практику, надавши це право міськ- та райвідділам охорони здоров'я;

2) затвердити типовий штатний розклад підприємств, в тому числі, групової форми загальної практики сімейної медицини із включенням до переліку медичних закладів; максимально скоротити статзвітність та набір меддокументації для сімейного лікаря;

3) узагальнити практику реформування системи охорони здоров'я в м. Комсомольськ Полтавської області та інших регіонах [6] з метою

прискорення прийняття необхідних постанов Кабінету Міністрів, розпоряджень МОЗ України щодо усунення перепон у розвитку ПМСД на засадах сімейного лікаря, а також направлення зазначених узагальнень для практичного врядування у пілотних регіонах.

До заходів органів влади слід віднести внесення змін до законів України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» [4] і «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» [5], які б передбачали пріоритетність розвитку первинної медико-санітарної допомоги і розподіл фінансування за видами ПМСД.

Проведене дослідження додає до раніше отриманих результатів ефективність діяльності приватних сімейних лікарів зі зменшення на 18 % госпіталізації громадян та їх смертності, в тому числі в працездатному віці. Зазначені взаємовпливи сімейного лікаря і пацієнта призводять до змін у таких явищах, як госпіталізація та смертність. Причиною явища є ефективність діяльності сімейного лікаря, наслідком – зменшення смертності громадян – на 18 % порівняно з лікарями поліклініки. Зазначена інституція приватного сімейного лікаря у взаємодії з пацієнтом, вірогідно, стали причиною змін у процесах зменшення смертності громадян. На наш погляд, не допущено помітного збільшення смертності в місті за рахунок позитивного впливу інституції приватного сімейного лікаря на покращення доступності та якості медичної допомоги. Причиною цього є формування нової атмосфери довіри у відносинах між пацієнтом і сімейним лікарем.

У випадку зменшення смертності і госпіталізації діють багатофакторні причини. Ми ж розглянули однофакторну структуру взаємодії сімейного лікаря та пацієнтів через призму зменшення смертності та захворюваності, в тому числі дітей першого року життя. Характерною є помітна ефективність надання послуг пацієнтам приватними сімейними лікарями за рахунок зменшення кількості відвідувань приватних сімейних лікарів порівняно з лікарями поліклініки.

Суттєвою проблемою у системі охорони здоров'я України є відсутність необхідного за об'ємами направлення фінансових ресурсів в інвестування нових інститутів – сімейних лікарів, насамперед приватних, розподілу витрат за видами надання медичної допомоги та фінансування інфраструктури, яка в ринкових умовах не відповідає реальним потребам громадян.

Негативним фактором також є збереження конституційних вимог безкоштовної медицини.

Таблиця 9. Коваріація загальної смертності населення, яке обслуговують приватні сімейні лікарі та лікарі поліклініки м. Комсомольськ Полтавської області

№ за/п.	Рік	Показники коефіцієнта смертності громадян, які обслуговуються у приватних сімейних лікарів	Показники коефіцієнта смертності громадян, які обслуговуються у поліклініці	Коваріація
1	2004	8,1	12,4	0,75
2	2005	10,7	14,8	0,70
3	2006	9,4	15,8	0,41
4	2007	10,1	13,2	0,36
5	2008	8,8	12,1	0,11
6	2009	8,4	11,6	0,17
7	2010	9,4	12,2	0

Таблиця 10. Коваріація смертності населення у працездатному віці, яке обслуговують приватні сімейні лікарі та лікарі поліклініки м. Комсомольськ Полтавської області

№ за/п.	Рік	Показники коефіцієнта смертності громадян у працездатному віці приватних сімейних лікарів	Показники коефіцієнту смертності громадян у працездатному віці поліклініки	Коваріація
1	2004	3,1	5,2	0,09
2	2005	3,6	6,7	0,12
3	2006	2,8	5,8	-0,01
4	2007	3,6	4,7	0,09
5	2008	3,3	4,4	0,02
6	2009	3,0	3,5	-0,03
7	2010	2,9	4,3	0

Таблиця 11. Коваріація коефіцієнта звернень громадян за отриманням ПМСД серед населення, яке обслуговують приватні сімейні лікарі та лікарі поліклініки м. Комсомольськ

№ за/п	Рік	Коефіцієнт звернень громадян за отриманням ПМСД до приватних сімейних лікарів	Коефіцієнт звернень громадян за отриманням ПМСД у поліклініку	Коваріація
1	2006	4,4	12,9	0,34
2	2007	3,9	9,5	0,11
3	2008	4,3	10,2	0,15
4	2009	3,8	8,6	-0,0002
5	2010	3,8	9,0	0

Цю умову не здатна задовольнити соціально-економічна система будь-якої розвиненої країни. Особливим тягарем вона лягає на бюджети країн з перехідною економікою, до яких відноситься Україна. Як наслідок, більшість послуг на первинному рівні надають на застарілій матеріально-технічній базі.

У Комсомольську Полтавської області в ході реформування системи охорони здоров'я впроваджено чіткий розподіл первинної та спеціалізованої медичної допомоги. Інституція приватного сімейного лікаря знаходиться в нерівноправних умовах і організація медичної та фінансово-економічної діяльності організована через посередника – поліклініку ПМСД.

Фактично, приватний сімейний лікар у Комсомольську як самостійна незалежна від іншого

надавача ПМСД інституція, знаходиться на початковому етапі розвитку. Всі фінансові потоки проходять через поліклініку ПМСД. За таких умов природно, що чисельність приватних сімейних лікарів в місті зменшилась з 11 до 9.

Разом з тим, через зазначені причини приватний сімейний лікар, як і комунальний сімейний лікар в поліклініці, не були зацікавлені в 100 % охопленні населення послугами ПМСД. Як наслідок, 40 % пацієнтів взагалі не звертались за наданням медичної допомоги. Заробітна плата приватного сімейного лікаря фактично знаходиться в тіні. При цьому він декларує на себе та на медичних сестер мінімальний рівень заробітної плати.

Незважаючи на це, соціально-економічний ефект від впровадження інституту приватного сімейного лікаря очевидний.

Дослідження доповнює наявні нароби щодо фінансово-економічного обґрунтування розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейного лікаря через розкриття конкретних параметрів перерозподілу фінансових ресурсів на користь зазначеної інституції. Обраховано мінімальний рівень заробітної плати сімейного лікаря, медичної сестри та молодшої медичної сестри для початку процесу надання престижності зазначеній професії і на цій основі забезпечення доступності та якості медичної допомоги.

Таким чином, планово-директивна система охорони здоров'я вичерпала свій ресурс ще в 80–90 рр. ХХ ст. і не забезпечувала повноцінний процес відтворення на сучасній матеріально-технічній базі надання медичних послуг населенню. Але її принципи практично збережені і нині. Доповненням до тенденцій початку 90-х рр. необхідно зазначити бурхливий розвиток тінізації фінансово-економічної діяльності установ медичної сфери.

Існуюча система є достатньо витратною для громадянина. Вона вимагає практично вдвічі більше часу для отримання послуг у системі охорони здоров'я. Таким чином, опір лікарів спеціалізованої допомоги, низька дієвість державного регулятора, пасивна громадська позиція пацієнтів є основними причинами законодавчого невизнання пріоритетності ПМСД та введення таких визначальних критеріїв її якості, як зменшення смертності громадян, особливо у працездатному віці, захворюваності та викликів «швидкої допомоги». Як наслідок, в бюджеті 2012 року відсутній розподіл витрат за видами надання медичної допомоги.

При цьому має місце фактичне нормативно-правове та управлінсько-економічне блокування з боку Міністерства охорони здоров'я України при підтримці діючого механізму ПМСД, розвитку інституції приватного сімейного лікаря. Суттєвою проблемою первинної медико-санітар-

ної допомоги в Україні є її роздрібленість. При цьому вона фінансово і функціонально поєднана із спеціалізованою амбулаторною допомогою.

Повноцінне функціонування такого фактора, як приватний сімейний лікар, а також комунальний лікар поліклініки, може бути досягнутий при введенні:

1. Економічно обґрунтованого реального об'єму подушних витрат.

2. Укладання контракту між приватним сімейним лікарем і молодшим медичним персоналом щодо об'єму та складності надання ними медичної допомоги та умов оплати.

3. Укладання угоди про надання первинної медичної допомоги між сімейними лікарями та пацієнтами.

4. Укладання угоди між розпорядником бюджетних коштів та їх надавачами щодо повної оплати наданих ними послуг, в тому числі денного стаціонару та стаціонару вдома, введенні додаткових оплат за якість і доступність надання медичної допомоги, в тому числі за екстреним викликом, при зменшенні захворюваності дітей, госпіталізації та смертності громадян. Особливої уваги заслуговує економічне обґрунтування складання дефектних актів за фактами допущених помилок лікарями ПМСД.

Висновки

Використання аналізу причинно-наслідкових зв'язків за функціональною ознакою між розвитком ПМСД на засадах сімейного лікаря і зменшенням госпіталізації та смертності громадян у Комсомольську Полтавської області показало, що зазначені фактори є прямо залежними.

До перспектив подальших досліджень необхідно віднести обґрунтування реальних витрат на обслуговування одного пацієнта виходячи із особливостей його стану здоров'я, обслуговування населення на дільниці, відповідальності сімейного лікаря і в цілому за місто, район та область.

Список літератури

1. Гальчинський А. Принципи ноогенези в контексті вчення В. Вернадського / А. Гальчинський // Економіка України – № 5 – 2010р.
2. Демографічна статистика: нав. – мет. посібник. - К.: МБК 2003 року. – 132с. — с. 29.
3. Дьяков Н. Вимірювання бідності / Н. Дьяков //– Робота та зарплата. – 2002 – № 46 (338).
4. Закон України “Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я для поліпшення медичного обслуговування” [Електронний ресурс]— Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>
5. Закон України “Про порядок реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій області і місті Києві” [Електронний ресурс] — Режим доступу: [:http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb_n/webproc4_1?id=1=40538pf3511](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb_n/webproc4_1?id=1=40538pf3511)
6. Ковальчук Л. «Без університетських лікарень неможливо реформувати медицину» / Л. Ковальчук, О. Скрипник. – Дзеркало тижня. 2012. – № 4 03 лют. [Електронний ресурс]. – Режим доступу:http://dt.ua/HEALTH/leonid_kovalchuk_bez_universitetskih_likaren_nemozhливо_reformuvati_meditsinu-96692.html
7. Лехан В. М. Нові підходи до первинної медичної допомоги / В. М. Лехан // Головний лікар. – 2002 рік. – № 1 (9). – С. 33 - 41.
8. Лехан В. М. Облaсті реформи первинної медико-санітарної допомоги в Україні / В. М. Лехан, А. В. Іпатов, К. К. Душовенко // Медичні перспективи. — 1996 рік. – № 1 – С. 68 – 71.

9. Лист Управління охорони здоров'я м. Комсомольськ № 03 — 3/1610 від 27. 12.2011
10. Лист Управління охорони здоров'я м. Комсомольськ № 13/3 — 20/702 від 27 Пі.12. 2011 р.
11. Лист Управління охорони здоров'я м. Комсомольськ № 19/1 — 20/53 Пі від 18. 01. 2012 р.
12. Лист Управління охорони здоров'я м. Комсомольськ № 181 — 8/166 з 19. 04. 2012 р.
13. Матюха Л. / Актуальні проблеми на шляху сімейної медицини / Л. Матюха, К.О. Надутий // Сімейна медицина. — 2007. — № 3. — С. 10— 13.
14. Москаленко М. Ф. Принципи оптимального здоров'я. — К.: Книгаплюс, 2008. — 320 с.
15. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження облікових статистичних форм» № 588 від 01.12.2004. [Електронний ресурс] — Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20041201_588.html
16. Наказ Міністерства охорони здоров'я «Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини» №72 від 23.02.2001 р. [Електронний ресурс] — Режим доступу: http://asl.dp.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=68&Itemid=96
17. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження форми звітності про медичну допомогу дітям до 18 років та інструкції щодо її заповнення» № 630 від 01.12.2004 [Електронний ресурс] — Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20060919_630.html
18. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про проведення моніторингу реорганізації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини» № 244 від 01.12.2004 р.
19. Первинна медична допомога / сімейна медицина: монографія / [під ред. В. Князевича]. — К., 2010. — с. 404.
20. Солоненко І. Реформування системи охорони здоров'я на муніципальному рівні. 2007 / І. Солоненко — К., 2007. — С. 211.
21. Саріогло В. Г. /Методологічні підходи до визначення набору граничних значень для розрахунку демографічних показників населення / В. Г. Саріогло // Статистика України. — 2011. — № 3. — с. 3
22. Сердюк А. І. / Ефективність організаційної моделі первинної медико-санітарної допомоги сільському населенню: досвід комплексної оцінки / А. Сердюк, І. М. Шинкарьова / Міжнародний журнал по медицині. — 2006. — № 1.
23. Ситуаційний аналіз сімейної медицини в Україні за січень-червень 2009 року — К., 2009. — 32 с.
24. Ситуаційний аналіз сімейної медицини в Україні. 2010 / Г.Слабких. — К., 2011. — 28 с.
25. Трагедія, якої можна уникнути: подолання в Україні кризи здоров'я людини. Досвід Європи. — К.: ВЕРСО-04, 2009. — 72 с.
26. Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to its more focused on primary health care? / R. Atun // Chief Physician. — 2009. — № 11. — С.58-67.
27. Hobbs R.H. «Research output on primary care in Australia, Canada, Germany, the Netherlands, the United Kingdom, and the United States: bibliometric analysis» from 02.01.2011 [Electronic resource] — Mode of access: <http://www.bmj.com/content/342/bmj.d1028.full?sid=f6b1e105-29d7-4a1d-9620-449a3125e18>
28. White K. L. The General Physician: Past and Future / White KL // J. gen. int. Med. — 1990. — Vol. 5, № 6. — P. 516-521.
29. Wienke G., Boerma W. / Coordination and integration into European primary care / G.Wienke, W. Boerma // The chief doctor. — 2006. — № 12.

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В УКРАИНЕ НА ПРИНЦИПАХ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

О. П. Корнийчук (Киев)

В статье очерчены социально-экономические основы развития первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) на основе семейного врача на базе исследования особенностей охвата этими услугами граждан Украины и жителей г. Комсомольск Полтавской области.

По состоянию на 1.01.2011 г. 59,46 % процентов населения Украины не охвачено услугами первичной медико-санитарной помощи на принципах семейного врача. Количество семейных врачей составляет около 4,4% от их общей численности в системе ПМСП, а их финансирование – 1% от расходов на систему здравоохранения Украины. В г. Комсомольск семейные врачи составляют 8,3 % (из них 5 % – частные, а 3,3 % – коммунальные семейные врачи) от общего количества врачей, а их финансирование составляет 6,4 % от общего бюджета системы здравоохранения .

Установлено, что смертность граждан, в том числе в трудоспособном возрасте, которые обслуживаются частными семейными врачами в г. Комсомольск Полтавской области, на 18 % ниже, чем среди населения, обслуживаемого врачами поликлиники. При этом расходы на содержание частного семейного врача на 40 % меньше, чем коммунального семейного врача. Но 40 % граждан города в течение года не охвачены услугами ПМСП.

Институт семейного врача, в первую очередь частного, находится на начальном этапе развития и не является конкурентным монополистом - поликлиникам, а также центрам ПМСП, которые формируются, в оказании медицинской помощи. Это приводит к существенному увеличению стоимости медицинских услуг для населения и затратности системы здравоохранения для местного и центрального бюджетов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **система здравоохранения, первичная медико-санитарная помощь,**

организационно-экономический механизм, семейный врач.

SOCIO-ECONOMIC FOUNDATIONS DEVELOPMENT OF PRIMARY MEDICOSANITARY CARE IN UKRAINE AS A FAMILY DOCTOR

О. П. Корнійчук (Kyiv)

The article outlines the socio-economic foundation of primary health care (PHC) as a family physician at the study of the coverage of these services the citizens of Ukraine and the people of Komsomolsk, Poltava region.

As of 01.01.2011 was 59.46 % of the population of Ukraine was covered by such services of primary health care by a family doctor. The number of family doctors is about 4.4 % out of the total number of PHC system, and their funding – is 1 % out of the cost of health care in Ukraine. In Komsomolsk family physicians are 8.3 % (including 5 % – private and 3.3 % – communal family physicians) out of the total number of doctors and their financing is 6.4% out of the total health budget. It was found out that mortality of citizens, including those of working age that are served by private family doctors in Komsomolsk, Poltava region's, 18 % lower than among the population served by physicians clinics. Thus the cost of maintaining a private family doctor is on 40 % less than the communal family doctor. But 40 % of the city inhabitants weren't covered by PHC services during the year.

The institution of family doctor, especially private, is at the early stage of its development and is not competitive to the monopolists – hospitals and PHC centers, created for providing medical care. It leads to a significant increase in the cost of medical services for the population and expenses on health system, local and central budgets.

KEY WORDS: health care, primary health care, organizational and economic mechanism, a family physician.

УДК 614.4(477.84)

С. С. ДНІСТРЯН, Л. А. БЕЗРУКА, Н. П. МАРКІВ-БУКОВСЬКА (Тернопіль)

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ РЕФОРМУВАННЯ ДЕРЖАВНОЇ САНІТАРНО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ

ДЗ «Тернопільська державна санітарно-епідеміологічна станція»

У зв'язку зі змінами в законодавстві України проводиться реформування структури санітарно-епідеміологічної служби в Тернопільській області. У статті викладено проблеми, труднощі, особливості й перспективи в проведенні реформування і здійснення профілактичних заходів у нових умовах праці.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: санітарно-епідеміологічна служба, Тернопільська область, реформа, проблеми.

Україна сьогодні займає 76 місце з 186 у рейтингу оцінки країн за рівнем розвитку населення. Наша країна знаходиться на останньому місці із тривалості життя, має найвищу смертність у Європі, найбільші темпи росту захворювань на СНІД та туберкульоз, високі показники вживання алкоголю, наркотиків, тютюнокуріння. За даними ООН, Україна перебуває у списку 45 країн, які щороку несуть колосальні демографічні втрати.

Мета роботи – визначити проблемні питання реформування державної санітарно-епідеміологічної служби Тернопільської області.

Матеріали і методи. У дослідженні використано такі методи: бібліографічний та структурно-логічного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення. На сьогодні санітарно-епідеміологічна служба у своїй діяльності керується 38 законами України. Проте у зв'язку зі змінами, які відбулися в сучасному законодавстві, назріла потреба провести реформування як функцій, так і мережі закладів державної санітарно-епідеміологічної служби України. На урочистому засіданні колегії, присвяченій 85-річчю створення Держсанепідслужби, яка відбулась у жовтні 2008 року, було схвалено Концепцію розвитку на 2009–2013 рр. У розвиток цієї Концепції Кабінет Міністрів України видав розпорядження від 25 листопада 2009 року № 1685-р «Деякі питання розвитку та переоснащення установ і закладів державної санітарно-епідеміологічної служби України на 2010–2012 рр.», яким було затверджено план заходів та перелік сучасного лабораторного обладнання, необхідного для проведення бактеріологічних, молекулярно-генетичних, вірусологічних, санітарно-хімічних, радіологічних досліджень з урахуванням міжнародних вимог.

На превеликий жаль, зазначене розпорядження, як й інші положення Концепції, протягом 2010–2011 рр. не були реалізовані у зв'язку з відсутністю фінансування, а також через нестачу професійної зацікавленості в її реалізації з боку тодішнього керівництва санепідслужби України. Указом Президента України від 09.12.2010 року № 1085 «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади» створено Центральний орган виконавчої влади Державну санітарно-епідеміологічну службу України. Основним завданням визначено реалізацію державної політики у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення.

Державна санепідслужба Тернопільської області представлена 20 закладами, в т.ч. 17 СЕС сільських районів, Тернопільська міська і обласна СЕС, міська дезінфекційна станція. Кількість обслуговуючого населення – 1 млн 78,5 тис. чоловік. Кількість підконтрольних об'єктів, включаючи ті, які будують і реконструюють, майже 17 тис.

Рішенням сесії Тернопільської обласної ради № 371 від 25.01.2005 р. всі заклади санепідслужби було передано державній власності. Загальна площа приміщень – 15 982 м², у т.ч. орендованих – 1115,7 м² (7 %) в 5 закладах. Штатна чисельність складає 1389,5 посад, в т.ч. лікарів – 283,5, середніх медичних працівників – 616,5. Атестованих лікарів – 89 %, середніх медичних працівників – 69 %.

У закладах санепідслужби області налічується 94 автомобілі, більше 200 персональних комп'ютерів, сучасне лабораторне обладнання, включаючи лабораторію полімеазно-ланцюгових реакцій (ПЛР). У 2012 році в обласній санепідстанції планується будівництво лабораторії з контролю за збудниками особливо небезпечних інфекцій.

Хоча в 2011 році фінансування служби скла-ло 45,6 млн грн, з яких 95 % коштів складають заробітну плату і сплату податків, і лише 5 % забезпечували оплату комунальних послуг. Тому майже 5 млн грн, отримані як плата за надання послуг, спрямовували на забезпечення сан-епідблагополуччя та утримання матеріально-технічної бази.

Тернопільська область за останні 1,5 десятиріччів є однією з найстабільніших у епідемічному відношенні в Україні. Показники загальної інфекційної і паразитарної захворюваності, порівняно з середньо-державними показниками, щороку нижчі на 60–70 %. В 2011 році на 25 % знижена загальна інфекційна і на 3 % загальна паразитарна захворюваність порівняно з попереднім роком. Щорічно, в середньому санслужба області «гасить» близько 7 тис. вогнищ небезпечних інфекційних захворювань; публікується більше 2,5 тис. матеріалів санітарно-освітньої роботи, до порушників санітарного законодавства застосовують більше 14 тис. різних заходів адміністративного впливу.

План реформування санепідслужби області

У грудні 2010 року Указом Президента України від 09.12.2010 № 1085 «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади» створено центральний орган виконавчої влади – Держсанепідслужбу України, та 6 квітня 2011 року затверджено Положення про неї. Постановою Кабінету Міністрів України від 14.11.2011 № 1184. «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади» граничну чисельність працівників територіальних органів Держсанепідслужби України [1] затверджено на рівні 29 996 осіб, у т.ч. державних службовців – 2500 (з 01.01.2013), що передбачає скорочення працівників санітарно-епідеміологічної служби майже на 50 %. На основі зазначеної постанови МОЗ України розроблено граничну чисельність працівників по кожній області. Зокрема, Держсанепідслужба Тернопільської області становитиме 660 осіб, з них 56 – державних службовців (цифри з розрахунку на кількість населення). Міністерство охорони здоров'я спільно з Державною санітарно-епідеміологічною службою протягом 2012 року повинні забезпечити зазначене скорочення – щоквартально не менше ніж на 6 тис. працівників установ і закладів, які функціонують у системі Міністерства охорони здоров'я.

Постановою Кабінету Міністрів України від 28.12.2011 № 1382 «Про утворення територіальних органів Державної санітарно-епідеміологічної служби» [2] утворено 30 головних управлінь Держсанепідслужби в АР Крим, м. Києві, Севастополь, областях, а також на певних видах транспорту. Таким чином, протягом 2012 року Державна санітарно-епідеміологічна служба

України має здійснити ряд заходів щодо її комплексного реформування, перегляду підходів та методології здійснення своїх функцій.

На виконання Постанови КМУ № 1184 від 14.11.2011р. «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади» в Тернопільській області планується зменшення кількості санепідзакладів з 20 до 9, в т.ч. буде утворено 7 міжрайонних СЕС, Тернопільська міська і обласна СЕС і зменшення працюючих з 1389,5 до 660 штатних одиниць, включаючи 56 державних службовців. Протягом 2012 року в області необхідно буде скоротити 729,5 одиниць, у т.ч.: 111 лікарських посад, 226 одиниць середнього медичного персоналу, 392,5 інших спеціальностей. Проект нової структури санепідслужби погоджено з обласною державною адміністрацією.

Основні вимоги до новостворених міжрайонних СЕС області:

1. Належна матеріально-технічна база і якісний кадровий потенціал.
2. Середня відстань до міжрайонних СЕС з тих районів, які до неї входять, не перевищує 45 км.
3. Кількість населення на території міжрайонної СЕС від 100 до 140 тис. осіб.
4. Міжрайонні СЕС територіально співпадають із госпітальними округами.
5. До складу Тернопільської міської СЕС ввійде новий підрозділ з дезсправи у зв'язку із скорочення міської дезінфекційної станції.
6. Обласне управління санепідслужби у Тернопільській області знаходитиметься на базі обласної СЕС. Оптимальна кількість працюючих – 140 осіб, включаючи 15 державних службовців.

Заходи щодо скорочення штатної структури.

Заклади Держсанепідслужби Тернопільської області здійснюють ряд заходів, спрямованих на виконання Постанов Кабінету Міністрів України № 1184 та № 1382, а саме:

1. У листопаді 2011 р. було попереджено профспілкові органи та центри зайнятості про майбутнє звільнення працівників у 2012 році.
2. Проведені відповідні наради з головними лікарями і з колективами санепідстанцій, профспілковими органами. Доведено до відома програму реорганізації служби, план скорочення чисельності працівників у I кварталі 2012 року, нормативні акти щодо їх прав.
3. У кінці грудня 2011 року наказами по санепідзакладах було створено комісії, які зобов'язані детально проаналізувати та вивчити питання чисельності скорочення штатних одиниць, залишивши структуру, яка за рахунок раціоналізації праці, розширення функцій підрозділів і спеціалістів, зможе в повному об'ємі виконувати завдання і обов'язки, покладені на неї.

4. Згідно з протоколами засідань комісії керівниками санепідзакладів подано кількість штатних одиниць, які можуть бути скорочені в конкретному державному закладі у 2012 році щоквартально із зазначенням переліку посад.

5. До 20 січня 2012 року були видано накази про внесення змін до штатних розписів.

6. На засіданні колегії санепідслужби області 24 січня було конкретно обговорено питання реорганізації, створення нових структур і скорочення кадрів.

7. Розроблено і направлено в райони план заходів щодо проведення роз'яснювальної роботи серед працюючих.

8. З 25 січня цього року попереджено працівників і письмово проінформовано голів профкомітетів, які посади буде скорочено в I кварталі 2012 року.

9. Кожному працівнику індивідуально, за підписом головного лікаря за 2 місяці (з 25 по 29 січня) до скорочення, вручали офіційне попередження.

10. Списки посад, які підлягають скороченню, передано в центри зайнятості.

11. Крім того, підготовлено листи-прохання на ім'я начальників райвідділів охорони здоров'я, головних лікарів ЦРЛ, начальника Головного управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації та інші відомства з проханням працевлаштувати медичних працівників (лікарів і середніх медичних працівників), які звільняються за скороченням штатів у органах санепідслужби області.

При цьому виникає ряд фінансових проблем. Враховуючи скорочення 729,5 штатних одиниць, а також те, що очікується підвищення заробітної плати протягом 2012 року, виділених коштів з державного бюджету на виплату розрахункових і підвищення заробітної плати (по попередніх розрахунках) вистачає. На виплату працівникам, які звільняються внаслідок скорочення штатів, у 2012 році необхідно 9 млн 375,5 тис. грн, у т.ч.: лікарям – 2 млн 449 тис. грн; середнім медпрацівникам – 3 млн 380,9 тис. грн; іншим – 3 млн 545,6 тис. грн. У I кварталі 2012 року підлягає скороченню 176,75 штатних одиниць, в т.ч. за рахунок незайнятих посад – 77, працівників пенсійного віку – 80, та 20 – працездатного віку. В I кварталі 2012 року скорочують 100 фізичних осіб, яким необхідно виплатити 1 млн 740 тис. грн.

У процесі реорганізації санітарно-епідеміологічної служби області виникає ряд питань, які вимагають етичного, юридичного і морального вирішення, а саме:

1. На підставі якого нормативного акту МОЗ України, крім Постанови КМУ, проводиться ско-

рочення штатів? Ряд працівників з таким запитанням подає позови до суду.

2. Яка доля працівників тих СЕС, що не стали базовими, адже там залишається 50 % працюючих? У подальшому при утворенні міжрайонних СЕС, чи зможуть ці люди добиратись на роботу в інший район по 50 км щоденно туди і назад?

3. Яка доля матеріально-технічних баз тих СЕС, що не стали базовими?

4. Які функції будуть надані новоствореним міжрайонним СЕС? Що буде з тими, які залишаться?

5. Як буде вирішено питання власності, функціонування та фінансування двох небазових бактеріологічних лабораторій у Монастириському і Гусятинському районах для забезпечення обслуговування населення.

6. Яка доля 60 працівників гігієни харчування і 5046 харчових об'єктів, що сьогодні контролює санепідслужба?

7. Одночасно виникають проблеми із забезпеченням роботою звільнених працівників, перепідготовкою частини працівників, збереженням всіх соціальних гарантій працівникам Держсанепідслужби під час переведення їх на інші посади.

8. Враховуючи, що основні платні послуги в 2012 році стали адміністративними, то за рахунок яких коштів утримувати матеріально-технічну базу санепідзакладів і тим більше – забезпечувати санепідблагополуччя населення?

Висновки

На нашу думку, до проведення адміністративної реформи місцевого самоврядування, з метою наближення надання послуг населенню, оперативності й забезпечення санепідблагополуччя території:

1. Тимчасово залишити підрозділи і спеціалістів у районах, що не стали базовими міжрайонними СЕС (таких є 10 СЕС).

2. Необхідно чітко визначити функції міжрайонних СЕС і підрозділів-філіалів. У випадку необхідності, проблему перекваліфікації лікарів-гігієністів вирішити шляхом присвоєння спеціальності «Загальна гігієна» із збереженням попередньої кваліфікаційної категорії.

3. У зв'язку з реорганізацією служби та скороченням штатів передати функції щодо отримання, зберігання, видачі й обліку імунобіологічних препаратів лікувально-профілактичної мережі, як це зроблено у всьому світі.

Перспективи подальших досліджень полягають у подальшому вивченні проблем та шляхів їх подолання у системі санітарно-епідеміологічної служби Тернопільської області.

Список літератури

1. *Постанова* КМУ № 1184 від 14.11.2011р. «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади».
2. *Постанова* Кабінету Міністрів України від 28.12.2011 № 1382 «Про утворення територіальних органів Державної санітарно-епідеміологічної служби».
3. *Указ* Президента України від 6 квітня 2011 р. № 400 «Про затвердження Положення про Державну санітарно-епідеміологічну службу України».
4. *Розпорядження* Кабінету Міністрів України від 26 жовтня 2011 р. № 1067-р. «Про затвердження переліку платних адміністративних послуг, які надаються Державною санітарно-епідеміологічною службою та установами і закладами, що належать до сфери її управління».
5. *Розпорядження* Кабінету Міністрів України від 16.11.2011 р. № 1191-р «Деякі питання управління вищими навчальними закладами».
6. *Наказ* МОЗ України від 23.02.2000 № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я».
7. *Виступ* Голови Державної санітарно-епідеміологічної служби України на Колегії Міністерства охорони здоров'я 23 грудня 2011 року.

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ТЕРНОПОЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

С. С. Днистрян, Л. А. Безрука, Н. П. Маркив-Буковская (Тернополь)

В связи с изменениями в законодательстве Украины проводится реформирование структуры санитарно-эпидемиологической службы в Тернопольской области. В статье изложены проблемы, трудности, особенности и перспективы в проведении реформирования и осуществления профилактических мероприятий в новых условиях работы.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: санитарно-эпидемиологическая служба, Тернопольская область, реформа, проблемы.

PROBLEM QUESTIONS OF REFORMATION OF STATE SANITARY-EPIDEMIOLOGY SERVICE IN TERNOPIIL REGION

S. S. Dnistryan, L. A. Bezruka, N. P. Markiv-Bukovska (Ternopil)

In connection with changes in the legislation of Ukraine reformation of structure of sanitary-epidemiology service is conducted in Ternopil region. The article adduces the problems, difficulties, features and prospects in the leadthrough of reformation and realization of prophylactic measures in the new terms of work.

KEY WORDS: sanitary-epidemiology service, Ternopil region, reform, problems.

Рецензент: д. мед. н., проф. В. А. Кондратюк

УДК 614.251.2

В. М. САМОХОДСЬКИЙ (Кіровоград)

ВАРІАНТ ТЕХНОЛОГІЇ ВИЗНАЧЕННЯ ОБ'ЄМУ ТА ІНТЕНСИВНОСТІ ПРАЦІ ЛІКАРІВ ВІДДІЛЕННЯ СТАЦІОНАРУ

Кіровоградська обласна лікарня

У плані підвищення якості та ефективності медичної допомоги пропонується варіант організаційного стандарту технології визначення об'єму та інтенсивності праці лікарів відділення стаціонару ЛПУ.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: організаційний стандарт, об'єм та інтенсивність праці лікарів.

Як відомо, якість і ефективність надання медичної допомоги в ЛПУ значною мірою залежить, зокрема, від конкретного професійного вкладу кожного лікаря у загальний результат діяльності відділення стаціонару. Тому в процесі реалізації проголошеної реформи системи охорони здоров'я України практичний інтерес можуть представити методики визначення об'єму та інтенсивності праці лікарів відділень стаціонарів II та III рівнів госпітальних округів.

Мета дослідження: на основі аналізу діяльності ЛОР-відділення обласної лікарні запропонувати методики, алгоритм реалізації яких дозволить визначити об'єм та інтенсивність праці лікарів а, відповідно, і конкретний внесок кожного з них у кінцевий показник роботи відділення стаціонару.

Матеріали і методи. Об'єктивність оцінки об'єму та інтенсивності праці лікарів відділення підвищиться, якщо аналізувати їх працю за певний термін з урахуванням клініко-статистичних (КСГ), діагностично зв'язаних груп (ДЗГ), ступенів складності захворювань і хірургічних втручань з аналізом та оцінкою кінцевого показника діяльності лікаря, який може бути виражений у балах [7, 8].

На прикладі оториноларингологічних захворювань ми демонструємо методику поділу обстежених на КСГ і ДЗГ, яку в принципі можна використовувати, як «один до одної» за рекомендованою нами схемою в інших профільних стаціонарних відділеннях ЛПЗ.

Результати дослідження та їх обговорення. Система КСГ забезпечує оцінку об'єму роботи стаціонару, диференціацію оплати праці, що створює передумови для колективної зацікавленості в результатах діяльності ЛПЗ [6]. З метою більш оперативної оцінки об'єму, якості й вартості роботи лікарів відділення стаціонару варто доповнити КСГ системою діагностично зв'язаних груп (ДЗГ). Останні являють собою

угруповання захворювань, схожих за локалізацією, ступенем складності, клінічним перебігом, об'ємом діагностичних і лікувальних заходів та їх вартістю. Ця система дає можливість проведення всебічного порівняльного аналізу щодо медичної, управлінської та економічної діяльності на рівні регіонів [1, 2, 5]. Кількість категорій складності, як і кількість КСГ, ДЗГ може довільно варіювати [9].

З позиції клініцистів система ДЗГ враховує суттєві показники щодо лікування окремих захворювань та їх угруповань, які сумарно об'єднуються в поняття «складність захворювання», «складність хірургічних втручань». Ця система може слугувати основою не тільки функціональної, але і вартісної моделі медичних послуг [4, 8].

Необхідність формування КСГ і ДЗГ щодо контингенту хворих відділень ЛПЗ продиктована тим, що в діях лікарів в процесі роботи прослідковується потреба виконання певної технології, специфіка якої зумовлена загальноприйнятим комплексом стандартних маніпуляцій, які часто повторюються при обстеженні та лікуванні хворих тої чи іншої локалізації.

З врахуванням основних локалізацій ЛОР-захворювань ми виділили чотири КСГ: захворювання вуха, носа і біляносових синусів, глотки і гортані. Відповідно до потреб, які пред'явлені щодо функції ДЗГ, у межах кожної із чотирьох КСГ проведено перегруповання захворювань, схожих за клінічними ознаками і ступенем складності, в т.ч. і хірургічних втручань. Це дозволило визначити у кожній КСГ п'ять ДЗГ (табл. 1).

На основі вказаної класифікації є можливість оцінити ступінь зайнятості лікаря відділення стаціонару, чи визначення об'єму та інтенсивності його праці за певний термін (місяць, рік тощо), включаючи і хірургічну роботу.

Вказаному аналізу передують визначення принципів, на основі яких лікування хворих певного ступеня складності захворювань оцінюють

Таблиця 1. Приклад поділу ЛОР-захворювань відповідно до клініко-статистичних (КСГ) і діагностично зв'язаних груп (ДЗГ) і ступенів складності захворювань

КСГ	Перший ступінь складності ДЗГ-1	Другий ступінь складності ДЗГ-2	Третій ступінь складності ДЗГ-3	Четвертий ступінь складності ДЗГ-4	П'ятий ступінь складності ДЗГ-5
КСГ-IV	Гострий ларингіт Хронічний ларингіт Фонастенія та інше	Гострий постгрипозний лариноготрахеїт Парези і паралічі гортані Доброякісні новоутворення гортані Функціональна професійна дистонія та інше	Стеноз гортані I і II ступенів Виразковий ларингіт Хронічний ларингіт, ускладнений пахідермією Злоякісні пухлини гортані (біопсія) та інше	Стеноз гортані III ступеня (хірургічне лікування) Травматичні ушкодження гортані (хірургічне лікування) Флегмонозний ларингіт Рак гортані (часткова резекція гортані) та інше	Стеноз гортані IV ступеня (асфіксія) Злоякісні пухлини гортані (екстирпація гортані) Видалення метастатичних пухлин на шиї Рубцеві стенози гортані (хірургічне лікування) Паралічі гортані (хірургічне лікування) Фаринго-ларинготрахеостоми (пластичні операції) та інше

різною кількістю балів. При цьому беруть до уваги затрату робочого часу, можливість ускладнень у процесі діагностики і лікування, рівень фізичної і психологічної напруженості лікаря [7, 10].

Відповідно до нашої класифікації [8], перший ступінь складності оцінюють в один бал (мінімальна затрата робочого часу, незначна вірогідність ускладнень при загальноузгодженій методиці лікування, мінімальне психологічне напруження лікаря).

Другий ступінь складності – два бали. Та сама характеристика. Трохи більша затрата робочого часу.

Третій ступінь складності – п'ять балів. Значно більша, ніж в перших двох, затрата робочого часу. Можливість таких ускладнень, як кровоте́ча, перфорація перетинки носа, синехії в порожнині носа та інші у випадку порушення технології лікувального процесу.

Четвертий ступінь складності – десять балів. Складність захворювань їх, в тому числі хірургічного лікування, на порядок вища. Вимоги до рівня кваліфікації лікарів – не нижче I категорії. Ці захворювання вимагають значно більшої ніж при третьому ступені затрат робочого часу. Вірогідні більш серйозні ускладнення в процесі лікування (параліч лицьового нерва, лабіринтити, післяопераційні кровоте́чі та інше). Значно вищий ступінь фізичної, розумової і психологічної напруженості в процесі роботи.

П'ятий ступінь складності – двадцять балів. Складність захворювання на порядок вища ніж при IV ступені. Рівень роботи відповідає кваліфікації лікаря вищої категорії. Велика вірогідність

виникнення ускладнень, які загрожують життю хворого. Значна залежність можливості летального наслідку від об'єму і якості обстеження, своєчасного встановлення діагнозу та проведення максимально можливого об'єму комплексного лікування. Витончена техніка виконання хірургічного втручання. Надзвичайно велика фізична втомлюваність і високий ступінь психоемоційної напруженості лікаря.

Аналіз діяльності лікаря відділення стаціонару дозволяє провести оцінку об'єму і ступеня напруженості праці лікарів за певний термін відповідно до кількості й ступеня складності хворих, яких кожен з них лікував. Така методика дає змогу визначити також об'єм і ступінь інтенсивності хірургічної роботи лікарів відділення стаціонару. Для цього ми пропонуємо поділити всі хірургічні втручання, які виконано у відділенні за певний термін, на п'ять ступенів складності.

Як приклад, демонструємо наш варіант поділу виконаних хірургічних операцій на ступені складності у ЛОР-відділенні обласної лікарні.

Перший ступінь складності. Біопсія із ЛОР-органів (крім біопсії із носоглотки і гортані). Первинна хірургічна обробка рани в об'ємі, який можливо виконати в перев'язочній відділення, поліпотомія вуха, парацентез, пункція верхньощелепної порожнини та інші.

Другий ступінь складності. Ультразвукова дезінтеграція носових раковин, біопсія із лімфатичних вузлів шиї, розтин отгематоми, видалення доброякісних новоутворень ЛОР-органів тощо.

Третій ступінь складності. Танзилектомія неускладнена, резекція викривленої хрящової

частини перетинки носа, кріодеструкція піднебінних мигдаликів, конхотомія, поліпоетоміодотомія, неускладнена трахеотомія, аденотомія, біопсія із гортані й носоглотки, ендоларингеальне видалення доброякісних новоутворень та інші.

Четвертий ступінь складності. Радикальна операція на вусі, часткова резекція гортані, фронтотоміодотомія, гайморотомія, підслизова резекція різко викривленої перетинки носа (всіх її частин), одночасне виконання трьох і більше операцій у носовій порожнині й біляносових синусах, ускладнена танзилектомія і трахеотомія, пластична корекція вушних раковин.

П'ятий ступінь складності. Екстирпація гортані та її розширені варіанти, операція Крайля, одноментна хірургічна санація всіх біляносових синусів, розтин парафарингіальних абсцесів зовнішнім доступом, перев'язка магістральних судин шиї, слухополіпшуючі мікрооперації на вусі, тимпаноплас-

тика, розширені варіанти радикальних операцій на вусі при внутрішньочерепних отогенних ускладненнях, пластичні операції при великих фаринго-ларинго-трахеостомах та інші [7, 8].

Що стосується обґрунтування бальної оцінки вищевказаних ступенів складності хірургічних втручань, то вони відповідають принципам бальної оцінки об'єму та інтенсивності праці лікаря відділення стаціонару в процесі лікування захворювань різних ступенів складності.

Враховуючи специфіку роботи хірургічних відділень, де одним з основних критеріїв діяльності лікаря є хірургічна робота, має практичне значення оцінка конкретного вкладу кожного лікаря в остаточний результат діяльності відділення, в т.ч. і показник його хірургічної активності (табл. 2). Особливістю аналізу роботи хірургічного відділення є те, що ні кількість пролікованих хворих, ні рівень хірургічної активності кожного

Таблиця 2. Визначення об'єму і напруженості хірургічної роботи лікарів стаціонару на прикладі ЛОР-відділення обласної лікарні за один рік

Лікарі	Завідувач відділення			Старший ординатор			Ординатор			Ординатор		
	0,5 окладу			1,0 оклад			1,0 оклад			1,5 окладу		
Ступінь складності операцій	Операції	Бальна оцінка 1 операції	Сума балів	Операції	Бальна оцінка 1 операції	Сума балів	Операції	Бальна оцінка 1 операції	Сума балів	Операції	Бальна оцінка 1 операції	Сума балів
I	33	1	33	87	1	87	84	1	84	49	1	49
II	21	2	42	103	2	106	100	2	200	73	2	146
III	16	5	80	43	5	215	42	5	210	29	5	145
IV	40	10	400	44	10	440	25	10	250	18	10	180
V	1	20	20	2	20	40	-		-	-	-	-
Всього	111		575	279		988	251		744	169		520
Питома вага, %	13,7			34,4			31,0			20,9		
Питома вага операцій, IV-V ст.	31,8			35,6			19,4			13,9		

лікаря не дозволяють оцінити ступінь інтенсивності праці лікаря. Об'єктивна оцінка вказаного аспекту роботи лікарів може бути встановлена тільки шляхом ділення кількості зароблених конкретним лікарем балів із суми "захворювання+операція+асистенція" на кількість фактично використаних цим лікарем робочих годин у процесі лікування хворих (табл. 3).

Показники таблиці наглядно вказують на значний ступінь відмінності в об'ємі та інтенсивності хірургічної роботи кожного лікаря відділення.

Необхідно відзначити, що визначення об'єму та інтенсивності праці лікарів практично неможливе без розробки і застосування відповідних комп'ютерних програм у відділеннях стаціонару ЛПЗ.

Висновки

1. Необхідною передумовою якісної оцінки об'єму та інтенсивності праці лікарів відділення стаціонару є диференціація захворювань на клініко-статистичні (КСГ), діагностично зв'язані групи (ДЗГ) та ступені складності захворювань і хірургічних втручань.

2. Принципи реалізації рекомендованої диференціації ЛОР-захворювань на КСГ, ДЗГ, ступені складності та їх бальної оцінки в якості організаційних стандартів методологічно придатні до використання в інших (терапія, хірургія) профільних службах ЛПЗ.

3. Аналіз діяльності лікарів відділення хірургічного профілю з використанням наших методик дозволяє визначити конкретний вклад кожного лікаря в кінцевий результат роботи відділення.

Таблиця 3. Визначення об'єму та інтенсивності роботи лікарів на прикладі ЛОР-відділення Кіровоградської обласної лікарні за 11 місяців

Лікарі відділення	Кількість місяців роботи	Фактично пролікованих хворих	Всього балів за складністю захворювання	Кількість захворювань і балів за ступенем складності					Всього операцій бали за операції	Кількість операцій і балів за ступенем складності					Бали за асистенцію	Всього балів (операція +захворюван-ня+асистенція)	Хірургічна активність, %	Фактична кількість робочих годин за 11 місяців	Показник інтенсивності роботи
				I	II	III	IV	V		I	II	III	IV	V					
				захворювання – у чисельнику бали – у знаменнику						операції – у чисельнику бали – в знаменнику									
Завідувач відділення 0,5 окладу	6 місяців	179	819	$\frac{39}{39}$	$\frac{50}{100}$	$\frac{64}{320}$	$\frac{22}{220}$	$\frac{7}{104}$	$\frac{210}{715}$	$\frac{104}{104}$	$\frac{53}{106}$	$\frac{21}{105}$	$\frac{24}{240}$	$\frac{8}{160}$	-	1534	117,2	480	3,20
Старший ординатор 1 оклад	9 місяців	356	1605	$\frac{73}{73}$	$\frac{76}{152}$	$\frac{132}{660}$	$\frac{60}{600}$	$\frac{6}{120}$	$\frac{418}{1415}$	$\frac{215}{250}$	$\frac{105}{210}$	$\frac{33}{165}$	$\frac{51}{510}$	$\frac{14}{280}$	35	3055	117,4	1440	2,12
Ординатор 1,5 окладу	10 місяців	514	2172	$\frac{144}{144}$	$\frac{159}{318}$	$\frac{170}{850}$	$\frac{56}{560}$	$\frac{15}{300}$	$\frac{533}{1029}$	$\frac{317}{317}$	$\frac{160}{332}$	$\frac{40}{200}$	$\frac{16}{160}$	-	60	3261	95,1	1600	2,03
Ординатор 1,0 оклад	9 місяців	175	607	$\frac{61}{61}$	$\frac{58}{116}$	$\frac{42}{210}$	$\frac{14}{140}$	$\frac{4}{80}$	$\frac{152}{290}$	$\frac{82}{82}$	$\frac{54}{108}$	$\frac{12}{60}$	$\frac{4}{40}$	-	10	907	86,8	900	1,00

4. Об'єктивний рівень об'єму й інтенсивності роботи лікарів відділення стаціонару можливо визначити тільки шляхом ділення кількості зароблених конкретним лікарем балів із суми "захворювання+операція+асистенція" на кількість фактично використаних цим лікарем робочих годин у процесі лікування хворих.

5. Аналіз і розрахунки, необхідні для оцінки об'єму та інтенсивності роботи лікарів відділень,

повинні виконувати оператори з використанням відповідних комп'ютерних програм.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці методик, які б дозволили розширювати функціональні можливості стандартів якості лікування хворих (протоколів) в плані використання їх у якості економічної категорії (калькуляція і вартість лікувального процесу, в т.ч. і працезатрат лікарів відділень стаціонару).

Список літератури

1. Артюхов А. С. Возможности применения диагностически связанных групп для оценки деятельности учреждений здравоохранения в новых условиях хозяйствования / А. С. Артюхов, Л. Ф. Скворцов, Н. Г. Дедова // Социально-гигиенические, медицинские и экономические аспекты управления здравоохранением. – Ижевск, 1989. – С.144–145.
2. Баяджан В. А. Медицинское страхование и использование диагностически связанных групп. / В. А. Баяджан, О. П. Щепин // Советское здравоохранение. – 1991. – № 5. – С. 12–18.
3. Корнийчук О. П. Шляхи ефективного проведення реформування системи охорони здоров'я, в першу чергу у Вінницькій, Донецькій, Дніпропетровській областях і місті Києві / О. П. Корнийчук // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2004. – № 3. – С.78–85.
4. Корчагин В. П. Теоретические основы экономической реформы здравоохранения / В. П. Корчагин // Экономические проблемы реформы здравоохранения – М., 1991. – С. 6–23.
5. Обухов О. А. Определение затрат по отдельным КСГ в условиях стационара / О. А. Обухов, Л. И. Введенская, И. А. Шаповалов // Экономика здравоохранения. – Ижевск, 1990. – С.141-144.
6. Наенко В. Ф., Аронов О. В. Ценообразование на медицинские услуги – наиболее важный рычаг в новых хозяйственных отношениях в здравоохранении / В. Ф. Наенко, О. В. Аронов // Підсумки та проблеми освоєння нового господарського механізму в системі охорони здоров'я України: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції. – Житомир, 1992. – С. 106–108.
7. Самоходський В. М. Наукове обґрунтування медико-економічних механізмів реформування управління отоларингологічної служби на етапі переходу до БСМ : автореф. дисс. на соискание научн. степени докт. мед. наук / В. М. Самоходський. – Київ, 1994. – 32 с.
8. Самоходський В. Н. Больница страховой медицины: натурный эксперимент (организационные, медико-экономические и правовые механизмы). – Кировоград, 2004. – 242 с.
9. Шатило В.І. Економічні важелі в діяльності закладів охорони здоров'я. / В. І. Шатило, В. І. Бистрицька, П. П. Лябих. В кн. Підсумки та проблеми освоєння нового господарського механізму в системі охорони здоров'я України: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції. – Житомир, 1992. – С. 132–133.

**ВАРИАНТ ТЕХНОЛОГИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОБЪЕМА И ИНТЕНСИВНОСТИ ТРУДА ВРАЧЕЙ
ОТДЕЛЕНИЯ СТАЦИОНАРА**

В. Н. Самоходский (Кировоград)

В плане повышения качества и эффективности медицинской помощи предлагается вариант организационного стандарта технологии определения объема и интенсивности труда врачей отделения стационара ЛПУ.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **объем и интенсивность труда врачей.**

**A VARIANT OF THE TECHNOLOGY OF DEFINING THE VOLUME AND INTENSITY OF LABOUR OF
DOCTORS OF IN-PATIENT DEPARTMENT**

V. N. Samohodskyi (Kirovohrad)

In order to enhance the quality and effectiveness of medical aid the author suggests a variant of organizational standard of the technology of defining the volume and intensity of the labour of doctors of in-patient department of a medical institution.

KEY WORDS: **volume and intensity of the labour of doctors.**

Рецензент: д. мед. н., проф. О. М. Голяченко.

УДК 61.002.6 + 094.9 + 615.6

С. І. ШКРОБОТ, В. В. ШКРОБОТ, Г. Ф. КОРНІЄНКО (Тернопіль)

ІНФОРМАТИЗАЦІЯ РУХУ МЕДИЧНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ В АРХІВНОМУ ПІДРОЗДІЛІ ЛІКАРНІ

Тернопільська обласна комунальна клінічна психоневрологічна лікарня

Висвітлено методологічні підходи до участі спеціалістів стаціонарних структурних підрозділів лікарень усіх типів у проведенні диспансеризації населення, що стане важливим компонентом реформування вітчизняної медицини.

Запропоновано впровадження в роботу архівного підрозділу лікарень усіх типів інформатизації при зберіганні медичних карт стаціонарних хворих та наступного, при потребі, обліку їх видачі юридичним та фізичним особам згідно з вимогами директивних документів.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: реформування системи вітчизняної медицини, диспансеризація населення, інформатизація руху медичної документації в архіві.

Світовий досвід, узагальнений ВООЗ, показує, що розвиток первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини є одним з найефективніших механізмів підвищення результативності роботи закладів охорони здоров'я, справедливого розподілу і раціонального використання ними коштів [1].

Реформа системи охорони здоров'я України містить заходи поетапного переходу до організації ПМСД на засадах загальної практики – сімейної медицини.

Однак для успішної практичної реалізації запланованого реформування необхідна чітка організація роботи всіх ланок охорони здоров'я – від медичного пункту чи ФАПу в сільській місцевості до стаціонарних, у т.ч. спеціалізованих, закладів охорони здоров'я. Це передбачено наказом МОЗ України № 728 від 27.08.2010 р. «Про диспансеризацію населення» [2] шляхом задіяння в практичну щоденну роботу інформаційну автоматизовану систему медичних профілактичних оглядів населення.

На сьогодні, за нашими даними, така автоматизована система профоглядів населення централізовано на рівні МОЗ України остаточно ще не розроблена. Придбання таких програм у приватних структурах дороговартісне (1 автоматизоване робоче місце – АРМ «коштує» до 5 тис. грн). Крім того, придбані у різних розробників програми для лікувально-профілактичних закладів області будуть «не сумісні», тому використання їх сумнівно можливе.

Одним із малозатратних, водночас ефективних механізмів одержання максимально повної та достовірної інформації про стан здоров'я населення є забезпечення «доходження» виписок з медичних карт стаціонарного хворого

(ф. № 027/о) до лікаря загальної практики – сімейної медицини (ЛЗП–СМ) як ключової фігури первинної ланки медичної допомоги. На нього покладено комплексно й ефективно вирішувати поставлені перед ним медико-соціальні завдання, проводячи активну профілактичну роботу [3].

Ми вивчили кількість стаціонарно пролікованих пацієнтів у лікувально-профілактичних закладах усіх форм власності Тернопільської області у 2011 році. При цьому встановлено, що високоспеціалізовану медичну допомогу надано 143 505 пацієнтам, кваліфіковану – 117 527 хворим, амбулаторно оглянуто – 10.004.350 відвідувачів. Не важко уявити, що всі вони сумарно отримали лікувально-профілактичну допомогу в межах вказаного наказу МОЗ України про диспансеризацію населення.

Але проблемним залишається питання отримання зі всіх стаціонарних медичних установ області копії виписки з медкарт стаціонарного хворого ф. № 027/о лікаря загальної практики – сімейної медицини, який зобов'язаний узагальнювати результати даних з ф. № 027/о та проводити рекомендовані у них оздоровчі лікувально-профілактичні заходи прикріпленому населенню.

Мета роботи: вивчити можливість напрацювання комп'ютерного обліку потрапляння в інформаційно-аналітичний відділ лікарні (ОМКВ закладу) медкарт, виписаних зі стаціонарних відділень лікарні хворих (ф. № 003/о), з наступною передачею їх у архівний підрозділ закладу. Крім того, розробити та впровадити в роботу комп'ютерну програму персоніфікованого обліку видачі згідно з заявою ф. № 003/о (фізичній чи посадовій особі, в т.ч. працівникам правоохоронних органів, іншим юридичним особам) та фактом повернення в архів вказаної облікової форми.

Матеріали і методи. У роботі використано матеріали власних напрацювань за останніх 5 років щодо оптимізації оперативності пошуку наявної в архіві ф. № 003/о або факту, дати, посадової особи, якій видано вказану облікову форму, як і факт та дата повернення її в архів.

Результати дослідження та їх обговорення. Згідно з відповідним наказом по лікарні, лікуючий лікар під контролем завідувача відділенням зобов'язаний здати в ОМКВ лікарні протягом 5 днів після виписки хворого після завершення лікування його ф. № 003/о разом із копією виписки ф. № 027/о та статистичної карти ф. № 066/о (без наявності у ф. № 003/о вказаних облікових форм вона не буде прийнята за жодних обставин). Статкарту забирають на комп'ютерну статистичну обробку за розробленою нами програмою «Стаціонар», а копію виписки ф. № 027/о зберігають до часу відправки її (в цілому за 2–4 тижні) у відповідну ЦРЛ, звідки її повинні передати лікарю АЗПСМ (дільничному лікарю) [3].

При цьому необхідно зауважити, що з врахуванням наявності «людського фактора» на етапах передачі ф. № 027/о з інформаційно-аналітичного центру (ОМКВ) до лікарів АЗПСМ, дільничних спеціалістів (пошта – представники адміністрації лікарні – приймальня головного лікаря ЦРЛ – головний лікар центру первинної медико-санітарної допомоги – лікарі АЗПСМ) цілком можлива втрата окремих ф. № 027/о. Це вимагатиме повторного друку відповідної ф. № 027/о або виготовлення її ксерокопії. Без систематизації зберігання в архіві ф. № 003/о оперативне виготовлення цих документів просто неможливе.

На початку наступного місяця медкарту ф. № 003/о з ОМКВ (інформаційно-аналітичного центру) передають в архів лікарні (зокрема в ТОККПНЛ, їх кількість щомісяця близько 1200 шт.). Зведені комп'ютерні дані в обсязі ф. № 066/о по загальнолікарняній мережі передають у базу архіву комп'ютера.

Нами напрацьована і успішно функціонує власна комп'ютерна програма обліку виданих медкарт юридичним та фізичним особам згідно з відповідними директивними документами, як і факт, дата її повернення.

Це забезпечує достовірну інформацію про наявність в архіві конкретної медкарти на будь-який момент, що фактично виключає різноманітні питання.

Необхідно відзначити, що медкарти ф. № 003/о як і медкарти амбулаторних хворих психіатричного профілю, повинні зберігатися 50 років [4]. Не важко уявити, яка кількість вказаних облікових форм зберігається в архіві лікарень зі значним ліжковим фондом – у нашій 825 – ліжковій лікарні психоневрологічного профілю уже знаходиться на зберіганні їх понад 800 тис. штук.

З урахуванням збільшення кількості запитів від юридичних та фізичних осіб про факти, триваліст та діагноз пролікованих хворих запропонована нами методологія комп'ютерного обліку роботи архівного підрозділу лікарні просто незамінна і заслуговує на використання іншими лікувальними закладами України.

Висновки

1. Реформування охорони здоров'я відповідно до планів МОЗ України неможлива без застосування сучасних інформаційних технологій.

2. Значним доробком для лікарів АЗЛП/СМ (дільничних терапевтів та педіатрів) буде своєчасність передачі їм копій виписок з медкарт стаціонарно пролікованих хворих ф. № 027/о у будь-якому стаціонарному закладі, а також консультативних висновків лікарів високоспеціалізованих медичних закладів.

3. Без чітко напрацьованої системи комп'ютерного обліку передачі вказаних документів лікарям АЗПСМ (дільничним спеціалістам) пунктуальне виконання вимог, висвітлених у статті, просто нереальне.

4. Охарактеризована методологія інформатизації роботи архівного підрозділу лікарні не менш важливе значення буде мати при впровадженні у недалекому майбутньому страхової медицини.

Перспективи подальших досліджень.

Запропонована нами методологія інформатизації при зберіганні медичних карт стаціонарного хворого в архівному підрозділі лікарні та наступного, при потребі, обліку їх видачі юридичним та фізичним особам згідно з вимогами директивних документів значно скорочує час пошуку наявності в архіві вказаних документів, зводить до мінімуму їх втрати, персоніфікує відповідальних осіб за стан документообігу в установі.

У подальшому буде напрацьовано технологію друку прізвищ посадових осіб, які заборгували повернення в архів одержаних документів, у т.ч. представників правоохоронних, юридичних та інших органів, що сприятиме зведенню до мінімуму можливих непорозумінь та спірних питань.

Список літератури

1. Толстанов О. К. Характеристика діагностичних можливостей лікаря загальної практики – сімейної медицини та перспективи їх покращення / О. К. Толстанов // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2011. – № 4. – С. 98–101.
2. МОЗ України. Про диспансеризацію населення. Наказ №728 від 27.08.2010 р.
3. Репуга В. В. Створення моделі впровадження медичної інформаційної системи в закладах охорони здоров'я на

основі комп'ютерних інформаційних технологій / В. В. Репута // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2009. – № 1. – С. 52–54.

4. Горшков Є. В. Уніфікація медичної документації як перший етап впровадження МЕР / Є. В. Горшков // Медична інформатика та інженерія. – 2010. – № 3 – С. 67–70.
5. Мінцер О. П. До питання кількісного оцінювання наступності медичної допомоги / О. П. Мінцер, Н. В. Харик, І. А. Ярменчук // Медична інформатика та інженерія. – 2011. – № 4. – С. 8–11.

ИНФОРМАТИЗАЦИЯ ДВИЖЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ В АРХИВНОМ ПОДРАЗДЕЛЕНИИ БОЛЬНИЦЫ

С. И. Шкробот, В. В. Шкробот, Г. Ф. Корниенко (Тернополь)

Освещено методологические подходы к участию специалистов стационарных структурных подразделений больниц всех типов в проведении диспансеризации населения, что станет важным компонентом реформирования отечественной медицины.

Предложено внедрение в работу архивного подразделения больниц всех типов информатизации при сохранении медицинских карт стационарных больных и последующего, при необходимости, учета их выдачи юридическим и физическим лицам согласно требований директивных документов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: реформирование системы отечественной медицины, диспансеризация населения, информатизация движения медицинской документации в архиве.

I

INFORMATIZATION OF MEDICAL DOCUMENTATION MOVEMENT AT ARCHIVE DEPARTMENT OF HOSPITAL

S. I. Shkrobot, V. V. Shkrobot, H. F. Korniyenko (Ternopil)

It is described the methodological approach to specialists participation of inpatient structural departments of all types in people dyspanserization conduction, which is going to be a very important component of national medicine reform.

It is suggested the introduction at hospital archive department work of all profiles of informatization in medical carts saving of inpatient patients and the following, if it is necessary, account of it's delivery to law and physical persons according to directive documents.

KEY WORDS: national medicine reform, people dyspanserization, informatization of medical documentation movement at archive.

Рецензент: д. мед. н. А. О. Голяченко.

В. П. МАРЦЕНЮК, П. Р. СЕЛЬСЬКИЙ (Тернопіль)

ОБГРУНТУВАННЯ ОБ'ЄКТИВНОСТІ КОМПЛЕКСНОГО СЕМЕСТРОВОГО ТЕСТОВОГО ІСПИТУ ДЛЯ ОЦІНЮВАННЯ ЗНАНЬ ІЗ СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського»

У статті розкрито досвід впровадження інноваційних методик оцінювання із аналізом тестових завдань на валідність при викладанні соціальної медицини та організації охорони здоров'я у Тернопільському державному медичному університеті імені І. Я. Горбачевського, обґрунтовано об'єктивність комплексного семестрового тестового іспиту за результатами оцінювання предмета.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: інноваційні методики, соціальна медицина, незалежне тестування.

Впровадження адекватного методу оцінювання знань дозволяє виявити переваги та недоліки навчальних методик, ефективність роботи викладачів та об'єктивно оцінити досягнення студента [3]. Тому надзвичайно важливим є впровадження інноваційних методик незалежного оцінювання в медичній освіті. Актуальним питанням залишається і аналіз тестових завдань на валідність, що є одним з головних критеріїв корисності певного методу оцінювання [4].

Важливою складовою нової системи організації навчального процесу в Тернопільському державному медичному університеті імені І. Я. Горбачевського, включно і на кафедрі соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою та історією медицини, є впровадження підсумкового модульного контролю у формі семестрового комплексного тестового іспиту із аналізом тестових завдань на валідність та їх наступною корекцією [1, 2, 5].

Мета роботи – обґрунтувати об'єктивність оцінювання знань із модуля «Статистика здоров'я. Організація основних видів медичного забезпечення населення на сучасних його рівнях» у формі комплексного семестрового тестового іспиту.

Матеріали і методи. Для семестрового тестування використовували запитання з багатьма варіантами відповідей у формі бланкових тестів та наступною автоматизованою обробкою результатів. Після проведення іспиту здійснювали аналіз тестових завдань на валідність із складанням гістограм успішності відповідей на кожне питання. Проводили кореляційний аналіз методом квадратів Пірсона. Відмінності між гру-

пами відносних та середніх величин і їх похибками оцінювали за допомогою критерію Стьюдента. Для обробки використано пакети програм MS Excel (Microsoft Office 2003).

Результати дослідження та їх обговорення. Навчальний процес на кафедрі соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою та історією медицини зорганізовано за методикою «Єдиного дня». Практичне заняття складається із практичної частини, семінарського обговорення та тестового контролю знань. За кожну частину заняття студент одержує оцінку за 12-бальною шкалою та середньоарифметичну оцінку за заняття в цілому. Запроваджена система дистанційного контролю знань «Moodle» дозволяє студенту пройти тестовий контроль напередодні заняття і після семінарської частини працювати за своїм планом. Таким чином, значно більше часу виділяється для самостійної роботи.

З метою незалежного та об'єктивного оцінювання знань студентів із 2006–2007 навчального року в університеті впроваджено модульний контроль знань студентів у вигляді комплексного семестрового тестового іспиту, який дозволяє провести тестування із всіх дисциплін за один-два дні. З 2007–2008 навчального року такий вид контролю здійснюється і з соціальної медицини та організації охорони здоров'я. Тестова база із даної дисципліни складає близько 1,5 тисячі завдань, із яких комп'ютерна програма довільно формує буклети з розрахунку 24 тести на модуль.

Після проведення іспиту здійснюють обов'язковий статистичний аналіз тестових завдань, які використовували для тестування, на валідність. Для цього усіх студентів ранжують відповідно до загального результату іспиту. На основі отрима-

ного ранжування для побудови гістограми усіх студентів поділяють на 5 груп. Гістограму успішності відповідей на запитання будують на основі результатів студентів у даних групах. Для валідних тестових завдань спостерігається монотонне спадання гістограми від групи найуспішніших студентів до найслабших (рис. 1). Для невалідних тестових завдань гістограма коливається біля горизонтальної лінії (рис. 2).

Про об'єктивність оцінювання знань студентів із модуля "Статистика здоров'я. Організація основних видів медичного забезпечення населення на сучасних його рівнях" свідчать результати семестрового тестового іспиту за два роки (рис. 3).

Навесні 2010–2011 н.р. тестування проходили 221 студент 4-го курсу. 24 студенти ((10,86±2,09)%) склали іспит на "незадовільно", 40 ((18,10±2,59)%) – на "задовільно", 82 ((37,10±3,20)%) – на "добре", а 75 ((33,94±3,19)%) – на "відмінно". За результатами тестування у 200 студентів з цього ж модуля (весна, 2011–12 н.р.) виявлено значно більше незадовільних оцінок (49 студентів, (24,50±3,04)%) та менше студентів, що склали іспит на "відмінно" (45 студентів, (22,50±2,95)%) ($p > 0,05$). Частка студентів, що отримали задовільні результати (49 студентів, (24,50±3,04)%) та добрі (57 студентів, (28,50±3,20)%) суттєво не різнилась порівняно з минулим роком ($p > 0,05$).

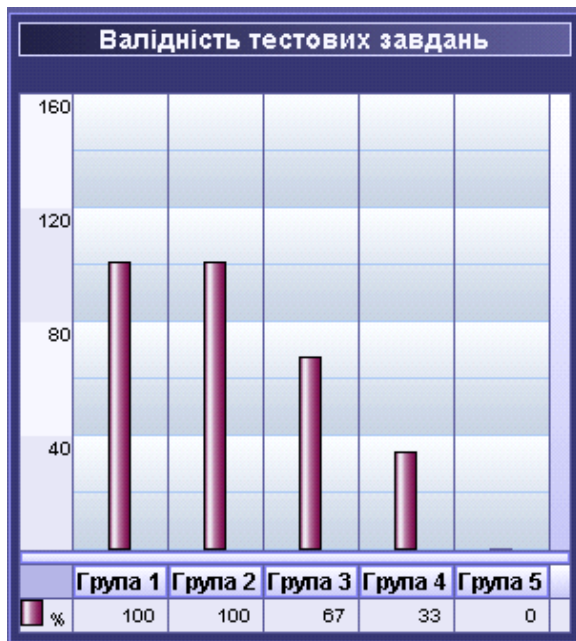


Рис. 1. Гістограма валідності для валідного запитання

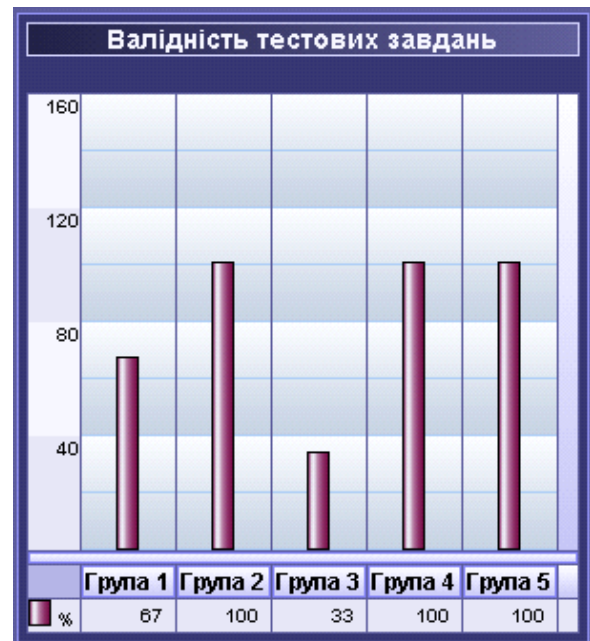


Рис. 2. Гістограма валідності для невалідного запитання

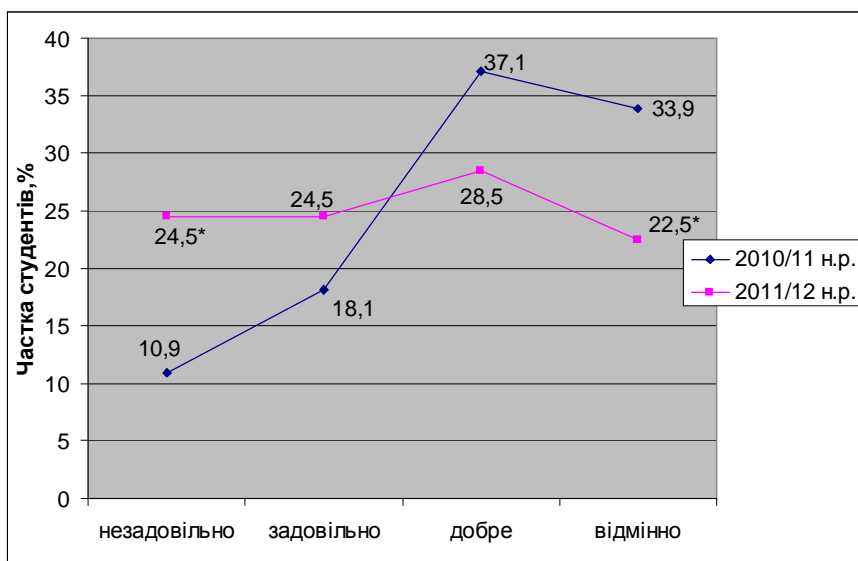


Рис. 3. Порівняльний аналіз успішності з модуля "Статистика здоров'я. Організація основних видів медичного забезпечення населення на сучасних його рівнях" за 2010–2011 та 2011–2012 навчальні роки. * – $p < 0,05$ порівняно з 2010–2011 н.р.

За результатами тестування за 2010–2011 н.р. (табл. 1) спостерігали дещо нижчий показник середнього бала за семестровий тестовий іспит ($(7,30 \pm 0,22)$ бала) порівняно із середнім балом поточної успішності ($(7,81 \pm 0,06)$ бала), проте ця відмінність була несуттєвою ($p > 0,05$). За 2011–2012 н.р. середній бал за іспит ($(5,67 \pm 0,27)$ бала) був значно нижчий порівняно із середнім балом поточної успішності ($(8,25 \pm 0,06)$ балів) та показником за 2010–2011 н.р. ($p < 0,05$). У 2011–2012

н.р. спостерігали покращення поточної успішності порівняно з 2010–2011 н.р. ($p < 0,05$). Кореляційний аналіз виявив слабкий зв'язок між балами поточної успішності та балами за іспит за 2010–2011 н.р. (+ 0,3) та 2011–2012 н.р. (+ 0,2).

Статистичний аналіз тестових завдань, які використовували на тестуванні, показав незначну частку невалідних питань, яка складала у 2010–2011 н.р. – 2,08 %, а у 2011–2012 н.р. – 1,39 %.

Таблиця 1. Порівняльний аналіз середнього бала поточної успішності та семестрового тестового іспиту із модуля “Статистика здоров’я. Організація основних видів медичного забезпечення населення на сучасних його рівнях” за 2010–2011 н.р. та 2011–2012 н.р. ($M \pm m$)

Модуль	Рік тестування	Середній бал		Відсоток невалідних питань, %
		Іспит	Поточна успішність	
Статистика здоров’я. Організація основних видів медичного забезпечення населення на сучасних його рівнях	2010–2011 н.р.	7,30±0,22	7,81±0,06	2,08
	2011–2012 н.р.	5,67±0,27**	8,25±0,06* **	1,39

Примітки:

* – $p < 0,05$ порівняно з середнім балом за іспит;

** – $p < 0,05$ в порівнянні з показником за 2010–2011 н.р.

Висновки

Застосування новітніх технологій навчання значно покращує ефективність проведення практичного заняття та засвоєння знань студентів, про що свідчить тенденція до покращення успішності.

Виявлено відмінність між показниками середнього бала за іспит та поточної успішності в межах одного бала за 5-бальною шкалою, статистично незначущу відмінність між показниками середнього бала за іспит та поточної успішності за 2010–2011 н.р., наявність прямого кореляційного зв'язку між показниками балів за семест-

рове тестування та балів поточної успішності, а також незначну частку невалідних питань за обидва роки вказують на об'єктивність комплексного семестрового тестового іспиту при оцінюванні знань із соціальної медицини та організації охорони здоров'я.

Перспективи подальших досліджень. Подальше удосконалення навчальних методик та семестрового тестування із використанням запитань з багатьма варіантами відповідей при викладанні соціальної медицини та організації охорони здоров'я покращить підготовку висококваліфікованих спеціалістів.

Список літератури

1. *Досвід* Віденського медичного університету в реформуванні системи освіти. Перспективи співпраці / [за ред. Л. Я. Ковальчука]. – Тернопіль : ТДМУ, 2006. – 290 с.
2. *Ковальчук Л. Я.* Впровадження новітніх методик і систем навчального процесу в Тернопільському державному медичному університеті імені І. Я. Горбачевського / Л. Я. Ковальчук // *Медична освіта*. – 2009. – 2. С. 10-14.
3. *Досвід* Віденського медичного університету в реформуванні системи освіти. Перспективи співпраці / [за ред. Л. Я. Ковальчука]. – Тернопіль : ТДМУ, 2006. – 290 с.
4. *Самылкина Н. Н.* Современные средства оценивания результатов обучения / Н. Н. Самылкина. – М. : БИНОМ, 2007. – 172 с. – (Лаборатория знаний).
5. *C. P. Van Der Vleuten.* The assessment of professional competence: developments, research and practical implications / C. P. Van Der Vleuten // *Adv. Health Sci. Educ.* – 1996 – Vol. 1 – P. 41-67.
6. *The quality of in-house examination* / R. F. Jozefowicz, B. M. Koeppen, S. Case[at al] // *Acad. Med.* – 2002. – № 77, P. 156-161.

**ОБОСНОВАНИЕ ОБЪЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО СЕМЕСТРОВОГО ТЕСТОВОГО ЭКЗАМЕНА
ДЛЯ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ ПО СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ И ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

В. П. Марценюк, П. Р. Сельський (Тернополь)

В статье раскрыт опыт внедрения инновационных методик оценки с анализом тестовых заданий на валидность при преподавании социальной медицины и организации здравоохранения в Тернопольском государственном медицинском университете имени И. Я. Горбачевского, обоснованно объективность комплексного семестрового тестового экзамена по результатам оценивания предмета.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: инновационные методики, социальная медицина, независимое тестирование.

**THE SUBSTANTIATION OF COMPLEX SEMESTER TEST EXAM OBJECTIVITY FOR KNOWLEDGE
ASSESSMENT IN THE SOCIAL MEDICINE AND PUBLIC HEALTH ORGANIZATION**

V. P. Martsenyuk, P. R. Selskyi (Ternopil)

The article deals with an experience in innovative assessment methods implementation, as well as making test analysis for validity while teaching the Social Medicine and Public Health Organization in I. Ya. Horbachevsky Ternopil State Medical University.

According to the subject evaluation results, the objectivity of complex semester test exam has been substantiated.

KEY WORDS: innovative methods, the Social Medicine, independent testing.

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

Г. О. СЛАБКИЙ, О. Ю. МАРКОВ, О. В. ГОРБЕНКО (Київ)

ЦІННІСТЬ ТА ВАРТІСТЬ – ДВІ КОМПОНЕНТИ СИСТЕМИ ОЦІНКИ МЕДИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ТА ПРИЙНЯТТЯ РІШЕНЬ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

ДУ «Інститут стратегічних досліджень МОЗ України»
ТОВ «ГлаксоСмітКляйн Фармасьютікалс Україна»

Запропонована двокомпонентна модель системи оцінки медичних технологій, яка може використовуватися при прийнятті рішень щодо доступу медичної технології на медичний ринок держави та можливих обсягів відшкодування її вартості.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: медична технологія, методологічний підхід, система оцінки медичних технологій, двокомпонентна модель, цінність, вартість.

Оцінка медичних технологій (ОМТ) – окремий напрямок соціальної медицини, що набув ключового значення для світових систем охорони здоров'я в останні два десятиліття. Швидкий прогрес у розвитку різноманітних підходів до діагностики, лікування та профілактики поширених захворювань людства характеризується появою нових, удосконалених, медичних технологій, але наразі для їх оцінки вже замало суто медичних показників, таких як ефективність, комплаєнс та безпека для пацієнтів/медичного персоналу. Тих, хто приймає політичні рішення щодо доступу на ринок охорони здоров'я або виділення коштів на закупівлю тієї або іншої медичної технології, завжди цікавили питання вартості або співвідношення ефективності технології та її вартості.

До певного часу такий методологічний підхід, який одержав назву фармакоеконімічного, міг задовольнити системи охорони здоров'я у багатьох країнах світу, і на ньому ґрунтувалась низка політичних рішень. Останній досвід країн світу, який був нами проаналізований [2], свідчить про те, що оцінка медичних технологій (ОМТ) в цих країнах набуває дедалі більш комплексного характеру і бере до уваги не тільки ефективність та вартість у прямому розумінні, але багато інших характеристик, які до цього комплексно не вивчалися. Слід зазначити, що єдиної загальноприйнятої системи оцінки медичних технологій (СОМТ) наразі не існує, і це суттєво ускладнює розуміння методології ОМТ та здійснення останньої на рівні держав.

Метою даної роботи є обґрунтування двокомпонентної моделі СОМТ, яка заснована на співвідношенні характеристик цінності та вартості медичних технологій і могла б бути покладена в основу при прийнятті зважених рішень щодо доступу медичної технології на медичний ринок держави та можливих обсягів відшкодування її вартості.

Матеріали і методи. У роботі був використаний метод концептуального моделювання.

Результати дослідження та їх обговорення. Медичні технології, або технології охорони здоров'я, – поняття комплексне. На нашу думку, вдалим є визначення А.К. Цибіна, В.С. Глушанко, Т.В. Колосової (1997, 2000), згідно з яким під медичною технологією розуміють динамічно взаємопов'язане клінічне, лабораторне, інструментальне, функціонально-діагностичне, медикаментозне, немедикаментозне, реабілітаційне, організаційно-методичне, а також сервісне забезпечення лікувально-діагностичного процесу, яке являє собою певний набір та послідовність закінчених дій (операцій) і процедур (сукупність операцій) [1]. Отже, медичні технології визначають діагностичні, лікувальні, профілактичні, реабілітаційні, інформаційні та організаційно-управлінські операції та процедури у сфері охорони здоров'я, що можуть бути взаємопов'язаними та взаємообумовленими.

Важливим питанням, яке повинне бути вирішене на початку будь-якої ОМТ, є методологічний підхід, що буде використаний для визначення ролі медичної технології в охороні здоров'я. Можна виділити два принципові підходи – нозологічний та технологічний. Нозологічний підхід визначає певну нозологію або проблему в охороні здоров'я і коло медичних технологій, які можуть бути використані для впливу на цю нозологію або проблему. Наприклад, для корекції артеріального тиску у пацієнтів з артеріальною гіпертензією, відповідно до клінічних настанов, можуть бути використані окремо або комплексно безсольова дієта, сечогінні засоби, блокатори β -адренорецепторів, блокатори рецепторів до АПФ та інші медичні технології. Технологічний підхід передбачає визначення певної медичної технології та кола нозологій, синдромів, патологічних станів, по відношенню до яких

вона може бути застосована. В таблиці показані в охороні здоров'я та наведені відповідні підходи до визначення ролі медичної технології класифікації.

Таблиця. **Методологічні підходи для визначення ролі медичних технологій в охороні здоров'я**

	Нозологічний підхід	Технологічний підхід
Принцип	<p>Нозологія (синдром, патологічний стан)</p> <ul style="list-style-type: none"> · Медична технологія 1 · Медична технологія 2 · Медична технологія 3 	<p>Медична технологія</p> <ul style="list-style-type: none"> · Нозологія (синдром, патологічний стан) 1 · Нозологія (синдром, патологічний стан) 2 · Нозологія (синдром, патологічний стан) 3
Приклади	<p>Атопічний дерматит (атопічна екзема)</p> <ul style="list-style-type: none"> · Елімінаційний режим · Елімінаційна дієта/харчовий щоденник · Емолієнти · Топічні глюкокортикостероїди · Топічні інгібітори кальциневрину · Топічні антимікробні засоби · Циклоспорин А 	<p>Місцеве застосування ретиноїдів</p> <ul style="list-style-type: none"> · Фотостаріння шкіри · Акне (вугрова хвороба) · Саркома Капоші · Псоріаз
Документи	<ul style="list-style-type: none"> · Міжнародні та Національні клінічні настанови · Клінічні протоколи надання медичної допомоги (уніфіковані і локальні) · Клінічні стандарти 	<ul style="list-style-type: none"> · Технологічні стандарти (NICE, FDA) · Галузеві стандарти · Стандарти операційні процедури · Алгоритми застосування медичних технологій · Інструкції

Слід зазначити, що всі медичні технології повинні мати власний код, відповідно до якого їх можна ідентифікувати та здійснювати необхідний електронний облік/аудит.

Важко оцінити переваги першого або другого підходу до ОМТ. Передусім це залежить від того, коли саме здійснюється ОМТ (перед або після реєстрації медичної технології та появи її в державі) та які вона має завдання [2].

Цінність медичних технологій – найскладніша компонента СОМТ, що пояснюється її численними складовими та певними методологічними труднощами, які неодмінно виникають при її розрахунку. Складовими цієї компоненти є:

1. Складова ефективності медичної технології.
2. Складова безпеки медичної технології.
3. Складова комплаєнсу та зручності застосування медичної технології.
4. Економічна складова медичної технології.
5. Соціальна складова медичної технології.
6. Етична складова медичної технології.

Складова ефективності медичної технології передбачає оцінку клінічного, профілактичного, діагностичного або інших ефектів від застосування медичної технології. У цьому аспекті важливо дотримуватись термінологічної точності, розмежовуючи поняття «ефект» (англ. – efficacy) і «ефективність», «результат» і «результативність» (англ. – effectiveness). У науковій літературі ці поняття нерідко змішуються або використовуються залежно від контексту. Відповідно до визначень, наведених у другому виданні Британського енциклопедичного довідника з медичної статистики (2011), наявність того або іншого ефекту медичної технології є однією з її характеристик, тобто здатністю викликати ефект, а результативність (ефективність) є ступенем виразності цього ефек-

ту за певних умов, наприклад при окремому захворюванні [3]. Наявність або відсутність ефекту може бути визначена експериментальним або емпіричним шляхом, натомість визначення ефективності (результативності) є предметом клінічних та епідеміологічних досліджень з різним дизайном та метою. Наприклад, експериментальним шляхом було встановлено, що лікарські засоби з групи статинів інгібують ключовий фермент в біосинтезі холестеролу – гамма-метил-глутарил-КоА-редуктазу, в результаті чого знижується рівень холестеролу в складі атерогенних ліпопротеїдних фракцій крові (ефект). В подвійному сліпому рандомізованому плацебо-контрольованому дослідженні було встановлено, що певні лікарські засоби з цієї групи здатні на % зменшити вірогідність епізодів ішемії міокарда, тобто погіршення перебігу ішемічної хвороби серця (ефективність, результативність).

Ефективність багатьох медичних технологій систематизована у відповідних джерелах наукової інформації, тому при оцінці цієї складової можуть бути використані всі наявні джерела з різним рівнем доказовості. Готовий аналіз міститься в медико-технологічних документах, передусім в настановах міжнародного або національного рівня, але в ряді випадків необхідно проводити самостійний пошук публікацій, де були б висвітлені результати досліджень ефективності медичних технологій (мета-аналіз, систематичний огляд, окремі публікації щодо результатів різних типів досліджень, спостереження тощо). У разі відсутності високодоказових джерел до уваги можуть бути взяті думки окремих експертів та їхній досвід стосовно окремих технологій охорони здоров'я.

Складова безпеки медичної технології передбачає оцінку безпеки застосування медичної

технології серед пацієнтів. Ступінь (профіль) безпеки медичної технології характеризується її здатністю викликати чи обумовлювати розвиток побічних ефектів та ускладнень, збільшувати ризики виникнення останніх, а також викликати неочікувану користь, не пов'язану з основним напрямком застосування медичної технології. До уваги беруться всі випадки розвитку побічних ефектів та ускладнень, які причинно або за часом виникнення пов'язані із застосуванням медичної технології, у тому числі серйозні (смерть пацієнта, критичні та невідкладні стани), випадки розвитку вагітності під час застосування медичної технології, відсутності будь-якого ефекту та погіршення перебігу захворювання, а також некоректного/неналежного застосування медичної технології з вини пацієнта, його оточення або спеціалістів охорони здоров'я.

Джерела для оцінки безпеки медичних технологій не завжди загальнодоступні, оскільки, окрім наукових джерел з різними рівнями доказовості, про які вже йшлося, вони представлені документами регуляторних органів та виробників, електронними базами даних, статистичними звітами та поодинокими літературними повідомленнями. Така неоднорідність інформації щодо безпеки медичних технологій створює певні методологічні труднощі, тому потребує уніфікації.

Описаний процес оцінки складових ефективності та безпеки схожий з процесом синтезу і відбору даних в ході розробки (адаптації) медико-технологічних документів і, зокрема, клінічних настанов, тому, на нашу думку, розробка або адаптація медико-технологічних документів в охороні здоров'я повинна розглядатись як окрема складова СОМТ.

Зіставлення ефективності та безпеки конкретної медичної технології – важливе завдання, що кожного разу постає перед лікарем-спеціалістом в ході вирішення питань ведення окремих пацієнтів. Кількісний вираз такого зіставлення вперше запропонував Пауль Ерліх у вигляді терапевтичного індексу, що визначається як співвідношення мінімальної токсичної дози певного лікарського засобу до мінімально ефективної дози. Наразі різні модифікації цього підходу набули поширення, коли до уваги беруться інші кількісні показники ефективності та безпеки. Чим більшим є показник терапевтичного індексу, тим більшою є цінність медичної технології з огляду на складові її ефективності та безпеки.

Складова комплаєнсу та зручності застосування медичної технології визначає, наскільки застосування медичної технології у конкретних пацієнтів може збігатися з класичними рекомендаціями або інструкціями щодо використання цієї технології, іншими словами – ступінь дотримання пацієнтами та спеціалістами охорони

здоров'я рекомендованого режиму застосування окремої медичної технології. Зазначена складова тісно пов'язана зі складовими ефективності та безпеки, але її вивченню приділено менше уваги.

Науковими джерелами для оцінки складової комплаєнсу та зручності застосування медичної технології можуть виступати зазначені вище медико-технологічні документи і первинні публікації результатів досліджень, де оцінюються суб'єктивні (думка пацієнтів) та об'єктивні (думка спеціалістів) дані щодо дотримання регламентованого режиму застосування певних медичних технологій. Високу цінність можуть становити результати соціологічних досліджень серед спеціалістів, які визначають не тільки їхню думку щодо комплаєнсу медичних технологій серед різних категорій пацієнтів, але і їх власну оцінку зручності, простоти, особистої безпеки та інших параметрів застосування медичної технології.

Економічна складова медичної технології передбачає оцінку економічної ефективності від застосування медичної технології, тобто ефективності, вираженої, як правило, у вартісному еквіваленті. Економічна складова оцінюється за допомогою класичних підходів фармакоеконіміки – вартість/ефективність (cost-effectiveness), мінімізація вартості (cost minimization), вартість/користь (cost-utility), вартість/перевага (cost-benefit) і вартість захворювання (cost of illness).

Якщо запровадження медичної технології передбачає збереження на державному рівні певних коштів, пов'язаних як з прямими, так і непрямими витратами суспільства на лікування, профілактику, діагностику, диспансеризацію, організацію та інші напрямки охорони здоров'я, така технологія може бути визнана економічно ефективною. З іншого боку, якщо при зміні медичної технології підвищується її вартість, необхідно оцінити, яким чином приріст одиниці вартості збільшує цінності від впровадження нової технології. Кількісно це виражає інкрементальний коефіцієнт приросту витрат (ІКПВ), що є загальноприйнятним показником при оцінці економічної ефективності медичної технології. Наприклад, запровадження системи скринінгу на рак шийки матки поряд із вакцинацією надає додаткові переваги у порівнянні зі скринінгом без вакцинації, не дивлячись на те, що це потребує додаткових коштів близько 50 млн євро. При цьому збереження 1 року життя в популяції дозволяє зекономити 4433 євро, попередження розвитку 1 випадку раку шийки матки – 37741 євро, попередження 1 випадку смерті від цієї патології – 91397 євро. ІКПВ необхідно перераховувати на збережені роки якісного життя, і у наведеному випадку збереження 1 року якісного життя становить 3566 євро [4].

Як правило, економічна складова виступає окремим інструментом прийняття рішень в охо-

роні здоров'я, що несе в собі певні ризики. По-перше, це ризики, пов'язані з некоректною кількісною характеристикою одержаних цінностей – клінічної, профілактичної, діагностичної, соціально-медичної тощо. По-друге, це ризики некоректного розрахунку вартості та недооцінювання непрямих витрат. По-третє, це ризики поширеного підходу з мінімізації вартості медичних технологій, коли в першу чергу до уваги береться вартість, а ціннісні показники вважаються тотожними, що може не відповідати дійсності.

Джерелами для оцінки економічної складової медичної технології є статистичні дані щодо витрат в системі охорони здоров'я, аналітичні звіти щодо сегментів ринку охорони здоров'я, митні дані щодо ввозу на територію країни певних лікарських засобів, апаратури та продуктів медичного призначення, а також дані їх роздрібно-реалізації. Цінними є публікації щодо результатів обсерваційних та епідеміологічних досліджень, звіти експертів або експертних груп. Окреме місце посідають результати фармако-економічних досліджень, якщо такі проводились по відношенню до визначеної медичної технології.

Соціальна складова медичної технології передбачає соціальну та соціально-медичну оцінку технології, тобто визначення ступеня впливу медичної технології на захворюваність і поширеність певних захворювань в суспільстві, а також згубних звичок та інших факторів негативного впливу на громадське здоров'я. Важливими індикаторами соціальної ефективності медичної технології є відчутний вплив на явища непрацевдатності, інвалідності та смертності, пов'язаних з певним видом патології і об'єднаних загальним поняттям соціального тягаря захворювання.

Особливої ролі набувають медичні технології, які спрямовані на виявлення, лікування та профілактику групи захворювань або негативних явищ з особливим соціальним та епідемічним значенням, а саме ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу, малярії, цукрового діабету, артеріальної гіпертензії, ішемічної хвороби серця, цереброваскулярних захворювань, хронічних обструктивних захворювань легенів, онкопатології, травматизму, тютюнопаління тощо. Масштабні популяційні дослідження демонструють їх істотний вплив на поширеність зазначених вище захворювань і негативних явищ в суспільстві, а також на рівні захворюваності, інвалідності та смертності.

Все більшого соціального значення набувають останнім часом медичні технології, спрямовані на обізнаність/поінформованість суспільства щодо найбільш небезпечних захворювань та негативних явищ та шляхів боротьби з ними. Насамперед це пов'язано з бурхливим розвитком суспільних комунікацій за допомогою сучасних технічних засобів. Поширення інформації медичного характеру серед широких верств

населення наразі має розглядатись як медична технологія, яка може мати як позитивні, так і негативні наслідки. Навчання пацієнтів та членів їх родин, підготовка та поширення спеціальних інформаційних матеріалів у електронному та друкованому вигляді, проведення спеціальних просвітницьких заходів представлені у багатьох сучасних медико-технологічних документах у якості самостійних медичних технологій.

Джерелами для оцінки соціальної складової медичної технології є статистичні дані щодо поширеності захворювань та окремих негативних явищ, захворюваності, інвалідності, непрацевдатності та смертності; результати епідеміологічних досліджень, результати лонгітудинальних та проспективних досліджень. Величезне значення відіграють соціологічні дослідження, які дозволяють оцінити відношення різних категорій населення та спеціалістів до соціально-медичних проблем та технологій, покликаних вирішити ці проблеми. Соціологічні дослідження також дозволяють визначити рівні обізнаності/поінформованості населення та спеціалістів до та після застосування окремих медичних технологій комунікаційного характеру. Окрім зазначених джерел, можуть широко використовуватись експертні оцінки та історичний аналіз.

Етична складова медичної технології передбачає оцінку медичної технології на предмет її морально-етичної прийнятності. Важливими параметрами в цьому відношенні виступають доступність та рівність можливостей для застосування медичної технології, відсутність конфлікту інтересів між всіма залученими сторонами, дотримання правил біоетики в ході обґрунтування ефективності, безпеки та інших характеристик медичної технології, відсутність пропаганди насильства та будь-якої дискримінації (фізичної, расової, соціальної, гендерної тощо).

Джерелами для оцінки етичної складової медичної технології здебільшого виступають висновки окремих експертів та етичних комісій різних рівнів. Соціологічні дослідження в цьому аспекті також можуть відігравати важливу роль.

Таким чином, шість наведених вище складових у своїй сукупності мають визначати компоненту цінності медичної технології, яка може бути виражена в кількісному відношенні у вигляді зведеного індексу цінності медичної технології (ЗІЦМТ). Слід зазначити, що серед параметрів ефективності медичної технології економічна та соціальна ефективність виділені в окремі складові з огляду на специфічність цих параметрів та їх виключну роль в СОМТ.

Як можна бачити, на значення ЗІЦМТ одночасно впливають різні складові, оцінка яких має здійснюватись комплексно за засадах системного підходу. Методика розрахунку ЗІЦМТ є предметом окремої публікації.

На рисунку наведена запропонована нами двокомпонентна модель СОМТ, яка складається з наукового та політичного етапів ОМТ. Науковий етап ОМТ має здійснюватись незалежними експертами, і його вихідним результатом повинен бути ЗІЦМТ. Політичний етап ОМТ передбачає обґрунтування вартісної компоненти медичної технології, після чого проводиться зіставлення ціннісної та вартісної компонент і приймається вмотивоване рішення щодо доцільності придбання медичної технології.

Вартісна компонента СОМТ – ключовий об'єкт політичного етапу, на якому може бути прийняте обґрунтоване рішення щодо середньої вартості медичної технології. Необхідною умовою є узгодження цього рішення між уповноваженими представниками державного, недержавного та приватного секторів.

Тип відношення ціннісної та вартісної компонент виступає необхідною передумовою для прийняття вмотивованого рішення щодо доцільності придбання медичних технологій та обсягів відшкодування їх вартості.

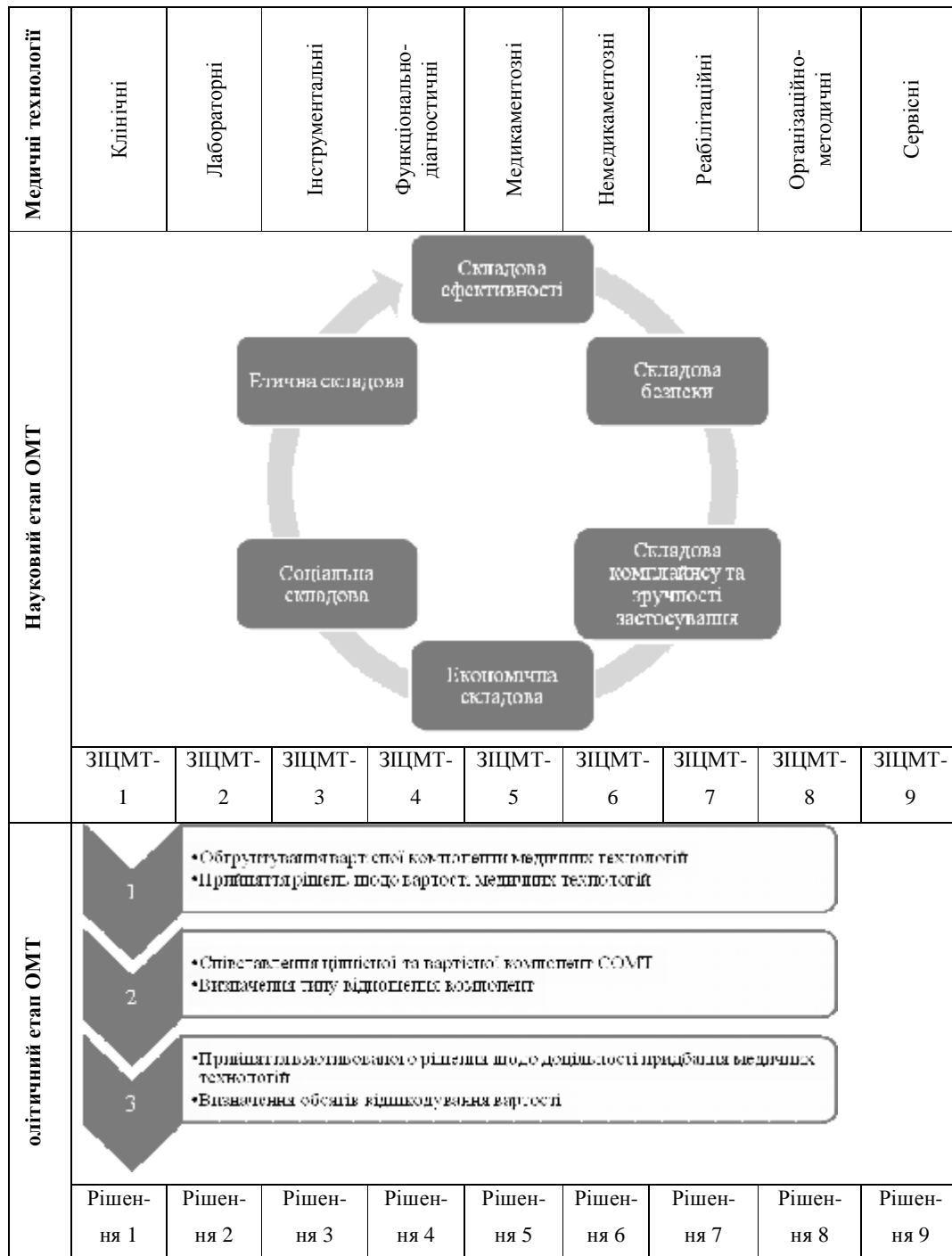


Рис. Двокомпонентна модель системи оцінки медичних технологій (СОМТ).

Висновки

1. Цінність та вартість – дві компоненти СОМТ, що складають єдину двоетапну модель.

2. Визначення цінності медичної технології є комплексним процесом оцінки 6 складових цієї компоненти – ефективності, безпеки, комплаєнсу та зручності застосування, економічної, соціальної та етичної складових. Результатом такої оцінки, що має здійснюватись на засадах системного підходу, має бути кількісний показник – зведений індекс цінності медичної технології (ЗІЦМТ).

3. Складові економічної та соціальної ефективності медичної технології, відповідно до запропонованої моделі СОМТ, мають бути виділені окремо від складової ефективності з огляду на специфічність та виключну роль в ОМТ.

4. Відповідно до двокомпонентної моделі, СОМТ передбачає два послідовні етапи – науковий і політичний. Кінцевим результатом наукового етапу є ЗІЦМТ, а політичного – вмотивоване рішення щодо доцільності придбання медичної технології.

5. Рішення політичного етапу ОМТ повинні бути узгоджені всіма сторонами, а саме уповноваженими представниками державного, недержавного та приватного секторів.

Подальші дослідження стосуватимуться наукового обґрунтування методології для розрахунку ЗІЦМТ і моделей відношення ціннісної та вартісної компонент СОМТ.

Список літератури

1. Мовчан К. А. Методики расчетов эффективности медицинских технологий в здравоохранении : [инструкция по применению] / К. А. Мовчан, В. С. Глушанко, А. В. Плиш; МЗ Республики Беларусь, Витебский ГМУ. – Минск, 2004, – № 159-1203. – 28 с.
2. Слабкий Г. О. Від фармакоекономічних досліджень – до оцінки медичних технологій: досвід країн світу / Г. О. Слабкий, О. Ю. Марков, О. В. Горбенко // Україна. Здоров'я Нації. – 2011. – № 3 (19). – С. 132–142.
3. *Encyclopaedic Compilation to Medical Statistics* / Everitt B. S., Palmer C. R. [et al.] // Wiley. – 2011. – P. 5.
4. *The Health Technology Assessment of bivalent HPV vaccine Cervarix® in Italy* / G. La Torre [et al.] // *Vaccine*. – 2010. – Vol. 28. – P. 3379–3384.

ЦЕННОСТЬ И ЦЕНА – ДВЕ КОМПОНЕНТЫ СИСТЕМЫ ОЦЕНКИ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ И ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Г.А. Слабкий, А.Е. Марков, А.В. Горбенко (Киев)

Предложена двухкомпонентная модель системы оценки медицинских технологий, которая может использоваться при принятии решений относительно доступа медицинской технологии на медицинский рынок страны и возможных объемов возмещения ее стоимости.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: медицинская технология, методологический подход, система оценки медицинских технологий, двухкомпонентная модель, ценность, цена.

VALUE AND PRICE – TWO COMPONENTS OF ASSESSMENT OF MEDICAL TECHNOLOGIES AND DECISION MAKING IN HEALTH CARE

H. O. Slabkyi, O. Yu. Markov, O. V. Horbenko (Kyiv)

The has been proposed the two-component model of medical technologies assessment that can be used in deciding on access to medical technology on state medical market and the possible amounts of reimbursement of its cost.

KEY WORDS: medical technology, methodological approach, system reviews medical technologies, two-component model, value, cost.

Рецензент: д.держ.упр. Н.П. Ярош

Я. В. ГАНІТКЕВИЧ (Львів)

ЯРОСЛАВ ОКУНЕВСЬКИЙ – ВИДАТНИЙ ЛІКАР, ГЕНЕРАЛ МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ АВСТРО-УГОРСЬКОГО ФЛОТУ, УКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНО-ПРОСВІТНИЦЬКИЙ ДІЯЧ

У статті приведено дані про видатного українського лікаря, що дослужився у флоті Австро-Угорщини до звання генерал-майора морської медичної служби. Він автор науково-медичних публікацій, цікавих мемуарів з мандрівок по багатьох країнах світу, публіцистичних статей з національно-визвольного руху.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: Ярослав Окуневський, морський лікар, українські мемуари, публіцистичні статті.

У 2010 році виповнилося 150 років від дня народження Ярослава Окуневського – видатного українського лікаря кінця XIX – початку XX ст. Він належить до тих численних українців, яким в умовах поневолення українських земель сусідніми державами довелося працювати на чужині, здобувати визнання у інших народів, подібно як Івану Горбачевському, Івану Пулюю та багатьом іншим.

Його постать – одного з представників роду українських інтелігентів Окуневських – в добу тоталітаризму була викреслена з історії нашої медицини, культури, літератури. В УРСР його ім'я і діяльність замовчували, публікації, заховані в спецсховищах, не перевидавали. Тільки в українській діаспорі зберігали пам'ять про нього, згадували у своїх виданнях.

Ярослав Окуневський, доктор медицини, генерал медичної служби у військово-морському флоті Австро-Угорщини, контр-адмірал, осягнув високий пост у Австро-Угорщині. Він проявив себе як мандрівник, автор публіцистичних праць, мемуарів та спогадів, меценат, засновник і керівник Української Санітарної Місії у Відні, громадсько-політичний діяч у Західній Україні [1, 3, 4, 17].

Народився Ярослав Окуневський 5 березня 1860 року в сім'ї священика Іполита та Теклі (з родини Кобринських) Окуневських у містечку Радівці біля Сучави на Південній Буковині, тепер Редзуци Сучавського повіту в Румунії; на жаль, в наших і деяких інших виданнях [1, 4, 17] було наведено помилкові дані. У 1869 р. родина переїхала до с. Яворова Косівського повіту. Окуневські стали однією з найяскравіших галицьких родин другої половини XIX – початку XX століття, четверо дітей Іполита залишили вагомий слід в історії української культури і громадського руху. Старший Теофіл (1858–1937) – відомий в Галичині адвокат, громадський діяч, засновник Просвіти, з 1899 – член української Національно-Демократичної Партії, був послом

до австрійського парламенту, до Галицького сейму, в період ЗУНР – комісар Городенківського повіту, член Президії Національної Ради ЗУНР. Ольга Окуневська (1875-1960) була відомою піаністкою, навчалася у Миколи Лисенка, акомпанувала Соломії Крушельницькій. Двоюрідна сестра Ярослава – Софія Окуневська (1865-1926) – перша жінка-лікарка в Галичині, дружина В. Морачевського і близька приятелька Ольги Кобилянської та Василя Стефаника.

Гуцульщина стала рідним краєм для Ярослава. Спочатку Ярослав навчався в Яворові і в Снятині, згодом його віддали до Коломийської гімназії, де він зазнав немало принижень від учнів-поляків. Змалку був короткозорим, постійно носив окуляри, а згодом пенсне. У віці 17 років вступив на медичний факультет Віденського університету. У 1879 р. перейшов на стипендію Військового міністерства Австро-Угорщини.

У Відні він поринув у національно-культурне життя української студентської (академічної) громади. На відзнаку сотої річниці зруйнування Катериною II Запорізької Січі у 1867 році у Відні було засновано українське академічне національно-патріотичне об'єднання «Січ». Головами були Наталь Вахнянин, Іван Горбачевський, Іван Пулюй. Ярослав одним із перших вступив до «Січі», як активного члена його обирають (1879) головою товариства. Він разом з Остапом Терлецьким заснує «Слов'янський альманах», публікує матеріали з історії України. Як голова «Січі» він провів у 1880 р. в покутському місті Коломії перший з'їзд галицької та буковинської молоді.

В університеті Я. Окуневський наполегливо вивчає медицину, чужі мови, підтримує тісні зв'язки з рідним краєм, листується з М. Драгомановим, відвідує підросійську Україну. В поведінці взагалі і з товаришами був ніжний, ніколи не ужив грубого слова, був завсіди чоловіком м'яких, культурних манер.

Ще молодим лікарем звернув на себе увагу надзвичайною енергією і самопосвятою при

поборюванні пошестей. Під час пошести червінки в Далмації д-р Окуневський зголосився добровільно до рятувкової акції, сам власноручно виносив і відвозив хворих, проводив дезінфекцію, навіть власноручно ховав померших. За свою самопосвяту він ледве не заплатив життям, бо пошесть не оминула його, довгі тижні він був між життям і смертю.

У 1884 році він отримав диплом доктора медицини. Щоб відпрацювати стипендію приступив до військової служби. Я. Окуневський (Okuniewski Jaroslav або Okoniewski Jaroslav) став корабельним лікарем військового флоту Австро-Угорщини [12, 18], що базувався у Хорватії в м. Пула (Pola).

У Пулі був головний порт кораблів Імператорського і Королівського військово-морського флоту Австро-Угорщини. Напередодні Першої світової війни цей флот був восьмим у світі за бойовою потужністю і надійно захищав Адріатичне узбережжя імперії Габсбургів. Серед моряків Австро-Угорщини напередодні і в роки Першої світової війни служило близько двох тисяч українців та вихідців з України – представників інших національностей. Колегами і підлеглими Я. Окуневського були морські лікарі-українці: капітан Володимир Вербенець, полковники Орест Зарицький і Маркил Рожанковський та інші.

У Пулі та на морях і океанах світу промайнуло біля 30 років життя лікаря Я. Окуневського. У 1884 р. керівник санітарної служби д-р Роман Бакса призначив його молодшим лікарем на корветі «Радецький». Пізніше йому довелося бути лікарем на 11 кораблях – панцерниках, фрегатах, корветах, корветських човнах, навчальних суднах. Він ходив у далекі походи корабельним лікарем на вітрильних корветах «Радецький», «Мінерва», «Аврора», на крейсері «Кайзер Франц Йосиф I», пройшов на флоті всі ступені офіцерської лікарської кар'єри. Під час своїх службових подорожей він об'їхав не раз всю земну кулю, зазнав мисливства з чужими землями й життям на них.

Як корабельний лікар Я. Окуневський багато років забезпечував морську санітарну (медичну) службу, здійснював вимоги щодо охорони здоров'я моряків. У 1889 р. він отримав призначення старшим лікарем на корабель «Аврора», разом з молодшими колегами перевіряв здоров'я моряків, санітарний стан корвета, забезпечення суднової аптеки необхідними медикаментами. Умови забезпечення гігієни включали щоденне прибирання, дезінфекцію і провітрювання підпалубних приміщень, тричі на день команда приймала душ з морської води. Щоб запобігти захворюванням на цингу купували фрукти, овочі та зелень. Лікарі щодня контролювали

якість їжі і питної води, при потребі лікували рани і переломи, захворювання очей і шкіри, шлункові і простудні захворювання, попереджували і лікували епідемії. Морський офіцерський лікарський корпус налічував тоді 69 осіб, якими командував контрадмірал Август Ілек.

Згодом Я. Окуневський служив у Морському шпиталі в Пулі, два роки був його начальником, багато зусиль доклав до покращення діяльності шпиталю, що набуло особливого значення в роки Першої світової війни. Він приділяв велику увагу покращенню медичного забезпечення моряків, вивчав медичні досягнення в чужих країнах, досліджував медичну практику інших народів, вніс значний вклад у розвиток військово-морської медицини. Він лікував не лише своїх моряків, але також надавав висококваліфіковану медичну допомогу хворим у багатьох країнах і портах.

Працюючи на кораблях, він щокілька років у відпустку приїздив до Відня або Грацу на кілька місяців для підвищення кваліфікації в університетських клініках, бо свій лікарський фах він завжди любив і став першорядним, вишколеним і досвідченим лікарем, людиною світової культури з манерами європейця.

Все набуто під час морських походів Я. Окуневський впровадив у медичні порадики, йому належить розробка у 1900 році першого статуту медичної служби військово-морського флоту, який має назву «Організація санітарної служби на військових кораблях від Цісарсько-Королівського лінкорно-корабельного лікаря д-ра Я. Окуневського». Примірник зберігається в Науковій бібліотеці НАН України імені В. Стефаника у Львові [19]. Гарно оформлений рукопис займає 50 сторінок великого формату, описання різних медичних заходів на кораблях. На початку автор наголошує про модерне суднобудування військового корабля з максимальною боєздатною ефективністю та очевидний броньовий захист його. В розділі «Діяльність медичного персоналу в морській битві та швидка медична допомога на кораблі» він пише: «Важко зробити надійні вказівки, якщо бути без морської тактики. Нас лікарів надихнуло тільки бажання надавати нашу допомогу пораненим і тому маємо сильну віру і надію, що, незважаючи на швидкість колосальних втрат людей і матеріалів, які трапляються в морській битві, ми будемо мати можливість виконати свої обов'язки».

Наведено 14 рисунків обладнання для медичної допомоги хворим чи пораненим (фото), показано способи перенесення з корабля і на корабель. В списку літератури приведено 23 публікації за 1805–1899 роки (найбільше за 1894–1898) німецькою, французькою та італійською мовами. Цитуються найчастіше праці, ви-

дані у Відні і Парижі, приводяться публікації журналів «Архіву морської медицини» (найбільше), італійського журналу «Військова медицина і хірургія» (Рим), праці XI медичного міжнародного конгресу в Римі (1894), де описувалися військова медицина і хірургія. Автори наведених праць – Анфрель, Делісте, Тонторбе, Міранда, Ленох та ін.

Вважають, що ця праця, складена Я. Окуневським, стала одним з перших таких статутів медичної служби у військовому морському флоті світу. Згодом цей статут запозичили флоти багатьох країн, низка держав взяли його за основу. Зарубіжні країни цінували внесок Я. Окуневського у медицину військового флоту, це було його міжнародним визнанням.

Тепер у Відні д-р Е. Бальцар знайшов медичні праці Я. Окуневського, опубліковані німецькою мовою: «Лікарський досвід з російсько-японської війни на Порт-Артурі, санітарні ескізи», «50 років боротьби проти малярії у військовому порті Пула». У Львові в бібліотеці НТШ зберігаються вирізки давніх статей Я. Окуневського, в тому числі на медичні теми: «Проф. Іван Микулич Радецький» (1905), «Санітарна місія до Укр. Галицької армії» (Нове життя, 1923, ч.1). Повних відомостей про медичні праці лікаря Я. Окуневського ще немає.

Лікар-генерал з Гуцульщини став першим українцем – кавалером Рицарського хреста Франца-Йосипа, ордена Рицаря іспанської королеви, китайського імператорського ордена Дракона, найвищого титула Мандарина та ще багатьох високих нагород низки держав.

На початку Першої світової війни Я. Окуневський став одним із двох старших достойників Морського офіцерського медичного корпусу із високим адміральським званням – «морський генеральний штабовий лікар», тобто контр-адмірал чи генерал-майор морської медичної служби (отримав 1 листопада 1914 р.). Під його орудою перебували сотні медиків, а під опікою – десятки тисяч моряків. В побуті та після виходу у відставку оточення його частіше титулувало адміралом, інколи – генералом. В Австрійській імперії це була надзвичайно рідкісна для українця військова службова кар'єра.

Я. Окуневський відрізнявся великими знаннями, високим інтелектом, великою працездатністю, володів російською, німецькою, польською, французькою, англійською, італійською та сербською мовами. Як людина широкої вдачі, любові до краси і природи Я. Окуневський захопився мандрівками у широкий світ. У молодого українського лікаря була дуже розвинена риса, яка потрібна мандрівникові – потяг до пізнання всього нового, небаченого і незнамого. Служба у флоті дала йому можливість по-

дорожувати на кораблях, побувати в країнах басейну Середземного моря, Європи, а також в країнах Африки, Азії, Океанії і Америки. Я. Окуневський як високоерудованого, інтелігентного знавця мов, талановитого оповідача і письменника, завжди елегантного, осанистого включали до складу високих урядових австрійських делегацій. У складі офіційних і неофіційних делегацій він бував на двірських прийомах імператорів, королів і султанів, ханів, баронів і вождів племен, на національних святах і карнавалах. Він на власні очі бачив виверження вулканів, ходив по китайській стіні, джунглями Латинської Америки і горами Тибету, поклонявся єгипетським пірамідам і буддиським божествам, милувався витворами античних греків і римлян.

Якщо дозволяла служба, у вільні хвилини він описував побачене у захоплюючих і колоритних листах-спогадах до родини, багато фотографував і збирав колекцію різноманітних пам'яток про відвідані країни. Як лікар і військовик він професійно описував стан здоров'я населення побачених країн, їх армію, обороноздатність, водночас прагнув зрозуміти народ, його душу.

Разом з тим він, продовжив свою літературну діяльність, почату ще в студентські роки. З 1893 р. у львівській газеті «Діло» почали друкувати окремі його листи і нариси, натхнені любов'ю до батьківщини, гуманністю, любов'ю до людини взагалі, а особливо – до свого нещасного поневоленого народу. В його літературних творах є стільки теплоти й любови, як ні в яких інших творах подібного типу.

Недавно опубліковано листи Я. Окуневського до Дениса Лукіяновича [1]. 14 листів написані в 1886–1902 роках, в них обговорюється написання і видання матеріалів «Листи з чужини». 6 листопада 1896 року Я. Окуневський писав: «Ви мене питаєте, щоб я Вам написав дещо про мої подорожі. Що Вам писати? Посилали мене, ні, не мене, а такий сякий австрійський воєнний корабель та згідно з наказом портового адміралтейства призначили мене на него. От і їхав я та отвирав очі. В Туреччині та Греції був я на кораблі «Радецький», в Індіях в Африці на «Аурора», а в Італії та Іспанії на «Франц Йозеф». От усе, що я Вам сказати можу. Будучи в чужих землях старався я дістати у корабля відпустку на 10–20 днів і їздив собі самопас розглядатись по світі».

18 листопада 1886 він пише: «От і я постав між писателі! Ні сіло не пало – зробилось чудо. Все одно нехай буде і так, що моя базгранина щось варта, коли Ви так кажете...Свої думки і враження з подорожей складав я от так з нудьги на кораблі у свої зошити... Дещо є ще у мене – але не багато в манускриптах. При спосібности

перегляну їх, чи они що варті, бо то так писалося для себе, а те, що було вже напечатано, то замість листів до Батька та різнородних тіток».

У 1898 р. в Чернівцях Денис Лукіянович та В. Будзиновський видали окремою книжкою «Листи з чужини» листи та опубліковані в газетах нариси Я. Окуневського [13]. У передмові написано: «Так ся книжка Окуневського єсть цінним придбанням з уваги на убожество нашої літератури мемуарної і літератури подорожної... Се є найсимпатичніша риса в «Записках», що їх робить нашими – рідними, українськими.. Догадуюся, що (автор) мусів студіювати антропологію, що читає історію і описи країв, що як завітає до яких земель, робить собі прогульку вглуб краю і приглядається до тамошнього життя. В душі його перетоплюються вражіння з перечитаного і з обсервацій а на кораблі в каюті, серед тишини морської, коли зорі шепчуть до кожної поетичної душі і покажеться місяць, що млиновим колом накочується над Україною, приходять репродукції вражінь, писательський талант сипле перлами на папір... А вже не потребує звертати увагу на чистоту мови (хоч автор на чужині не чує руського слова), на гарний стиль, легкість оповідання і підклад глибшої мислі... Відгадую в авторові чоловіка високо образованого, що пробиваєсь з кожного погляду на всесторонні, зачеплені в письмах справи».

Книжка має розділи: Європа (I. Чорногора і Чорногорці; II. Із Сицилії; III. Із Генуї; IV. Із Іспанії; V. Спомини з Греції); Азія (I. Спомини з Туреччини; II. На Червонім морі; III. Аден; IV. Вечір в Індія; V. В Гімалайських горах; VI. В попереk Цейлону; VII. Straits-settlements [оселі в тіснині]; VIII. В Китаю.

По 14 роках перерви (1902) у Львові завдяки К. Студинському видано другий том нарисів «Листи з чужини» [14]. В ньому є розділи «Африка», «Із Могребу», «Із Занзібару», «З Риму», «Письмо з Крети», «Із Цейльона», «Із записок моряка», «Із гір Гімалайських», «На березі Адріатичного моря» та ін. Чисто українським питанням присвячені розділи «З України», «Куди лягли руські кости?», «Свят Вечір», «Михайло Драгоманов», «Пам'яті Остапа Терлецького». «Листи з чужини» демонструють спостережливність автора, його вміння помічати деталі, дотепно, яскраво і з гумором описувати життєві ситуації.

Подорожні нотатки Ярослава Окуневського – це переважно своєрідна яскрава картина Європи, Азії та північно-східної Африки кінця XIX століття. Автор, мандруючи світом, споглядаючи картини життя далеких країн, знайомився з їхньою культурою та світоглядом і водночас – відчував нерозривний зв'язок із батьківщиною, бо через пізнання інших народів доходив до глибшого розуміння менталітету українців. В одній з публікацій він писав: «Я зроду ніколи не був мізант-

ропом. Людське товариство ставив я над усяку велич природи». В нарисі про Аден він яскраво і виразно змалював становище і звички громад усіх національностей, що населяли місто: англійців, арабів, індійців, євреїв, сомалійців.

В своїх мемуарах Я. Окуневський з теплою згадує Гуцульщину і улюблений Яворів: «Що там чувати в нашій Яворові під зеленим Бескидом? Що поробляєте, земляки? А я мандрую уже 13 років; моря і гори, ріки і зорі лишаються позад мене, несуть з собою тугу за ясними зорями, за тихими водами рідної землі, де я зріс, де співають: «Ой зійди, зійди ясен місяцю, як млинове коло...». Злетів-би я до вас земляки, та моря не перелечу, хиба напишу довге, довге письмо до вас: розкажу вам, яка она тая чужинька, який ту світ, люди як живуть, як Бога хвалять – і думкою полину на рідний край».

Лікар Я. Окуневський став першим українським прозаїком-мариністом, його літературні твори, написані під враженням морських походів, за оцінкою Івана Франка, стали «взірцем української мемуарної та туристичної літератури». Деякі його нариси передрукували в підручниках для гімназистів як зразок опису подорожей. Проте творчість його, замовчувана і заборонена в УРСР комуністичним режимом, залишається мало відомою.

Я. Окуневський щедро допомагав матеріально своїм землякам. У 1901 р. він та його брат Теофіл дали по 2 тисячі корон на купівлю Народного дому в Городенці, в якому розмістилися українські товариства та організації. Він підтримував своїми коштами «Рідну школу», сирітські доми, незаможних українських студентів, допомагав товариству «Просвіта», українським виданням у Львові та в Чернівцях, профінансував видання ювілейного альманаху «Січ» (1908 р.). Допоміг братові Теофілу і доктору Іванові Ціпановському (члену Українського лікарського товариства) відкрити першу повітову лікарню в Городенці [14]. Був членом Наукового товариства імені Шевченка, пізніше членом Українського лікарського товариства.

Перша світова війна (1914) застала Я. Окуневського у Адміралтействі на посаді керівника санітарної (медичної) служби Австро-Угорського флоту. Набутий багатий досвід пригодився при організації медичної служби флоту в бойових умовах. За часи війни суспільство зобов'язане генералові Окуневському за те, що він підняв свій голос в обороні жертв Талергофа й поклав кінець Талергофській трагедії.

По розпаді монархії генерал Окуневський, будучи ліквідатором санітарного відділу морського міністерства і заступником Української національної Ради, зголошується до служби Українській державі.

Коли в Західній Україні почали масово створюватися відділи Українських Січових Стрільців (УСС), з яких було створено Легіон УСС, Я. Окуневський вітав їх, став організатором та головою Української Санітарної Місії у Відні, згодом став начальником санітарної управи Української Галицької Армії, вступив у Союз визволення України [2]. Здавалося б, що це була як раз ті сили, що були б покликані врятувати рідну землю від страшної небезпеки повоєнних пошестей. Але, на жаль, сумні внутрішні відносини не дали використати цих сил, українська громада не розуміла розмірів тієї небезпеки, не уявляла, що вона загрожує найсвятішим стремлінням.

Я. Окуневський, який бачив небезпеку епідемії в усій її грозі, звернувся на початку 1919 року в своїм імені, ніким на те не уповноважений, до різних країв із закликами і проханням о порятунку. На його заклики, підтримані Австрійським Червоним Хрестом, відгукнулись 6 держав і 9 різних Червоних Хрестів в тім числі й Женевський міжнародний Червоний Хрест. Ця остання інституція вислала своїх відпоручників до Галичини; її генеральний делегат д-р Фріх об'їхав наші села, заглянув в поразені нещастям селянські хати, поки нарешті й сам не зліг на плямистий тиф. До Відня була скликана міжнародна конференція для поборювання пошестей на Сході Європи, на якій представники шести держав та 9 Червоних Хрестів висловили свою готовність прийняти участь в організації допомогої акції в міжнароднім масштабі. Але така широка допомогова акція була б можлива лише тоді, як би самі українці проявили на тім полі належну енергію, і тим заімпонували чужим землям. Нашу молоду державу мало хто знав і в її життєздатність мало хто гаразд вірив, так що українці мусіли щойно здобувати собі симпатії в чужих землях.

Я. Окуневський надав суттєву допомогу санітарній службі легіону УСС, організував доставку для нього медикаментів, збирав кошти для молоді української держави, жертвував на забезпечення Легіону великі суми. Особливо велику фінансову допомогу надав фармацевт Іван Білинський – уродженець Тернопільщини, який став у Єгипті придворним лікарем одного із знатних кедивів, володів великим багатством. Проте інфляція воєнного часу призвела до знецінення грошей і великих втрат, що пізніше зробило дуже бідним і пригніченим адмірала Я. Окуневського.

Після проголошення у 1918 році Західно-Української Народної Республіки (ЗУНР) генерал Окуневський дістав повноважень заступати ЗУНР в санітарних справах, але за нуждою в Галичині і хаосом на Великій Україні ніяких поважних засобів на дану роботу не мав. Широко розпочата акція звелась до кількох транспортів

санітарного майна та одної більшої експедиції. Бачучи мізерність розмірів нашої роботи супроти розмірів нещастя, західні держави не поспішали з перепустками через блокаду, так що й та експедиція прийшла з великим запізненням. А тим часом небезпека насувалась все чорніше; пошесть обхоплювала все ширші лави борців. Правда, в тій нашій акції на одну набуту нами санітарну одиницю відійшло на Україну дві дарованих від інших земель, але все разом взятє при такім поширенню лиха було не більше як краплею води в морі вогню.

Нарешті всі українські армії, яких не могли знищити армії сусідів, були цілковито знищені епідеміями в трохкутнику смерті, а з ними зійшли в могилу й найліпші наші надії. Дантовим пеклом назвав той трикутник смерті чужинець майор Ледеррей, що провів на Україну споряджену Генералом Окуневським експедицію і подав світові потрясаючі описи того, що він на Україні бачив.

Після катастрофи Генерал Окуневський віддав всі свої сили на працю Червоного Хреста Великої України, щоб рятувати далі принаймні життя поодиноких людей та бодай на будучину створити той орган, який стояв би завжди на сторожі українського народу і рятував би його від подібної небезпеки. В 1920 році ще раз закроювалась широка рятувочна акція для населення України. Завдяки його старанням Україні передано устаткований персоналом і ліками шпиталь Міжнародного Червоного Хреста для боротьби з епідемією тифу, що скосила Українську Галицьку Армію. Коли була найбільша скрута в Галицькій армії, Окуневський роздобув чотири вагони санітарного матеріалу і вислав у заплomboваних вагонах у супроводі аптекаря до Станіслава, та, на жаль, вагони ті розбили мадяри в Будапешті та забрали усі ліки, а вагони прийшли порожні до Станіслава. Наслідком довгих і тяжких зусиль Червоного Хреста було знову лише кілька санітарних транспортів та одна нова рятувочна експедиція. Знову краплі в морі, але ті краплі дали змогу Українському Червоному Хрестові вдержатись в найтяжчу хвилину, коли його існування було найбільш загрожене.

Коли Морське відомство УНР стало формувати полки морської піхоти і виникли проблеми з їхнім медичним забезпеченням, Я. Окуневський завдяки своїм зв'язкам у Відні організував (1919) доставку медикаментів і військово-медичного майна армії УНР, для забезпечення військ генерала М. Омеляновича-Павленка, в тому числі і Дивізії морської піхоти. Він також надав значну допомогу військово-морському аташе УНР у Відні капітану 2-го рангу Дашкевичу-Горбачькому в організації відправки з Адріатичних портів флоту Австро-Угорщини вихідців із Захід-

ної України для комплектування ними морської піхоти УНР, сприяв підготовці в Коломиї 1-го Гуцульського полку морської піхоти. Тоді для організації набору особового складу Морський міністр контр-адмірал Михайло Білинський разом з офіцерами свого відомства капітаном 1-го рангу Миколою Злобіним та капітан-лейтенантом Святославом Шрамченком здійснили подорож зі Станіслава (нинішнього Івано-Франківська),

через Коломию, Заболотів, Косів у Жаб'є (тепер Верховина), під час якої організували поповнення полку людьми, припасами та матеріальними засобами. Полк, після переведення у Броди, отримавши озброєння і технічне оснащення та пройшовши курс навчання і бойової підготовки, готувався для відправки на фронт під Київ, але ускладнення військової ситуації в Західній Україні не дозволило зреалізувати ці плани.



Ярослав Окуневський

Ярослав Окуневський

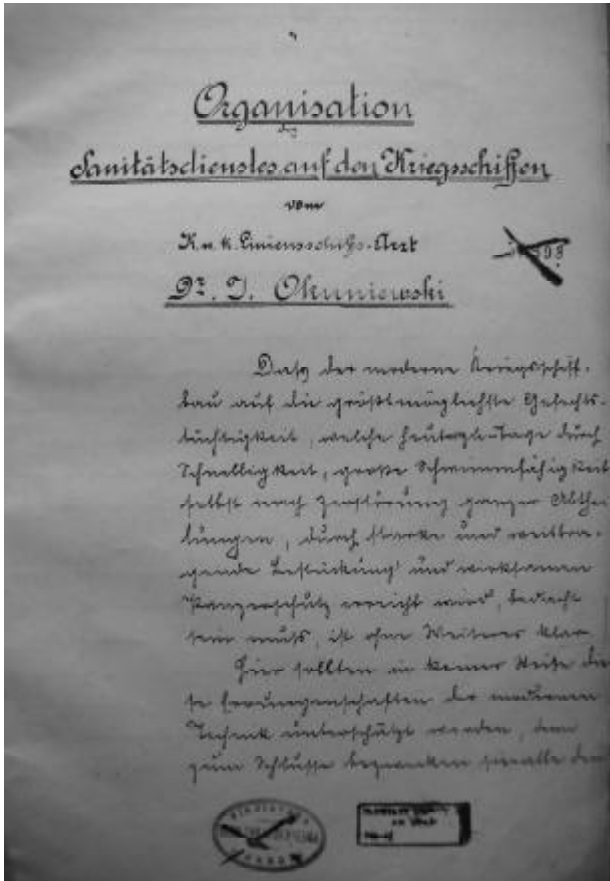
Пізніше Я. Окуневський зголошується в Галичині до служби рідному народу, переїжджає жити до Городенки до брата Теофіла, стає Головнокомандувачем у санітарних справах Державного Секретаріату ЗУНР. В 1922 році та діяльність з політичних причин припинилася. Генерала не заскочив цей момент несподівано: ще рік перед тим він, немов молодий студент, проробив у вільні години цілорічний курс у віденських шпиталях, щоб набратися вправи в нових методах медицини, що повстали в часі, коли він, як морський санітарний шеф старої монархії, був цілковито зайнятий адміністративними справами. І коли ширша організаційна праця стала неможливою, він не схотів спочивати без діла, як пенсіонер, а вернув до Галичини, до Городенки на дальшу службу своєму



Я.Окуневський, дружина Отілія, доньки Теодора (старша) і Ольга

народові, вже не як Генерал, а як рядовий лікар. Переживав драму, бо для цього мусів розлучитись зі своєю дорогою родиною. Вернув з надломаним здоров'ям і розбитим серцем, але з незломаною любов'ю до Рідного Краю і вірою в його будучину.

Беручи активну участь у національно-визвольній боротьбі українського народу, Я. Окуневський постійно цікавився українським національно-культурним життям, передплачував українські видання і дописував до них статті, рецензії, аналітичні матеріали, листувався з авторами. Він підтримував тісні контакти з Іваном Франком, в працях якого зустрічається більше десяти схвальних висловів про публікації Я. Окуневського. В останні роки стали доступними листи Я. Окуневського до Івана Франка [11]. У них



Статут морської медичної служби

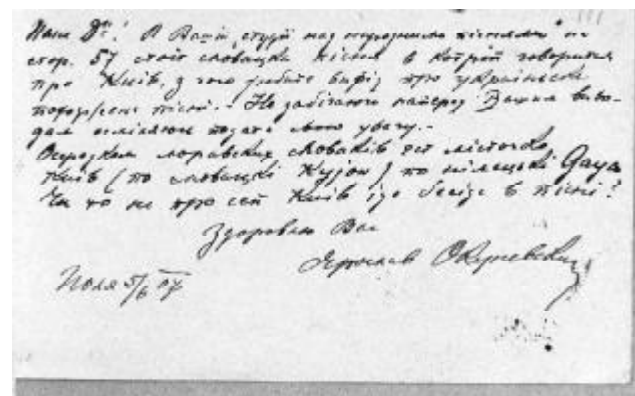
виступають грані його постаті як активного громадського діяча, патріота України. 31 січня 1880 року він писав; «Чесний пане!... Тепер ще маю до Вас, Чесний Добродію, одну просьбу і маємо надію, що Ви сповните її. В кождий відділ подають славяне огляди на свою журналістику; ми би дуже раді о своїй щось сказати, для того то і просимо Вас, щобисьте були ласкаві подати огляд нашої преси, если можна так за послідний десяток літ... Чи дістали німецький перевід Ваших «Каменярів», що був поміщений в «Heimat»? ... Як я читав строфу за строфою з «Каменярів» і разом з «Steinbrecher-ів», то видавалось мені, що они не віддають докладно тих самих думок які представлені у Вас... Тимчасом майтеся гаразд! Поздоровляю Вас сердечно з усіма знайомими Вашими. Ваш Я. Окуневський».

Після видання другої книжки (1902), в період перебування у Полі та Відні, до 1918 року він опублікував низку фельетонів і статей, в яких в період 1904 – 1925 року писав про положення українського народу, проблеми розвитку українців при польському і австрійському пригнобленні. В цих публікаціях лікар показав себе активним українським політиком і патріотом, із глибоким переживанням описував розвиток української нації.

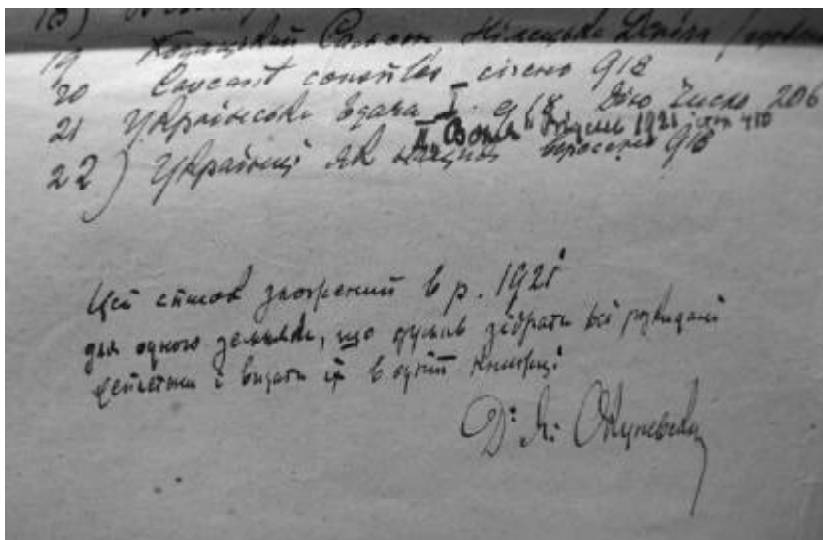
В ранні часи опубліковані статті Я. Окуневського: «Ми народ старокультурний» (1898), «Каліки батьківщини» (по німецьки, 1902), «Корони королівські, князівські, шляхоцкі» (1903), «Образки суспільної совісти» (1904), «З давнини на Гуцульщині» (1907), «До біжучих подій» (за український університет у Львові, 1907), «Де сіялися наші кости і за що» (1909), «З подорожи по Галичині» (1913).

В період Другої світової війни та Української національної революції не раз забирав він голос у пресі, щоб закликати земляків до згоди, до шляхотности, до енергії, щоб поборювати приривчаєну млявість, безпорадність і недбалство того часу. Він опублікував 32 статті і фельетони в українській пресі (львівські газети «Діло», «Нове життя», журнал «Літературно-науковий вістник») та у Відні в українських виданнях («Вістник політики, літератури й життя», «Вістник Союзу визволення України», журнал «Воля»), у німецькій газеті «Die Zeit». Він описував найбільш активні проблеми українців в статтях: «Народи з самовизначенням і без самовизначення» (1917), «Українська нація і українська держава» (1918), «В своїй хаті своя сила і воля і правда» (1918), «Козацький Самсон – німецька Даліла» (про гетьмана Петра Скоропадського, 1918), «Мілітаризм» (1918), «Українська вдача» (1918, 1925) та ін. Ці статті зберігаються в бібліотеці НТШ, в наш час мало відомі!

Ярослав Окуневський писав: «Здається, усі чесні люди стоять за тим, що усі каригідні вчинки повинні бути покарані. В цивілізованих державах є навіть осібний урядник, що має обов'язок з уряду переслідувати усі каригідні вчинки і приводити їх до заслуженої кари. У всякої суспільности єсть однако ще і інші вчинки, що, на жаль, не підпадають під ніякий параграф обов'язуючих законів, от як приміром недодержане слова чести, хрунівство, деякі недостатки суспільної совісти. Пан прокурор тих вчинків, хоть як вони каригідні, не переслідуює ex offo. Тут мусить уже сама суспільність держати суд і розправу. Суспільність, що має горожанську моральність в



Лист до І.Франка



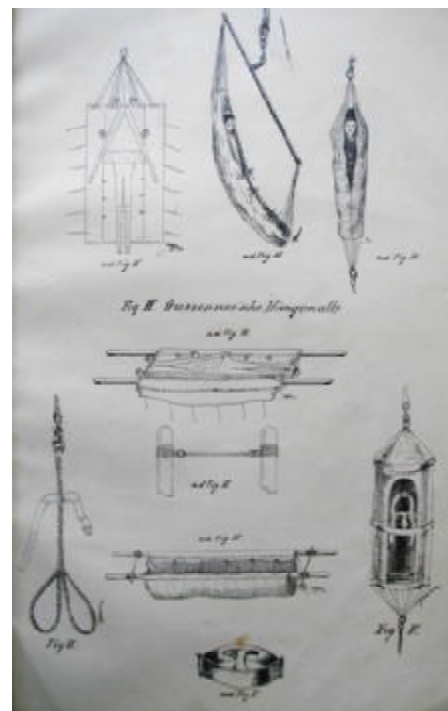
Сторінки із записом Я.Окуневського

серці, карає такі вчинки загальною погордою, піддаючи їх до загальної відомості, під загальний осуд. В тій для суспільної совісти так важній справі помагає суспільності чесна журналістика» (Діло, 1904, № 118).

«Як би не було австрійського штату у нашій галицькій країні; як би та стародавня Жеч Посполіта Польска, що у нас панує, не мала для своєї підмоги усю силу австрійської держави з її манліхерами і жандармами, то пішла би луна по усій країні... Терпцю уже не стало!... Біль затаєний щемить в серці усього українського народу, біль козацький, біль гайдамацький, біль за панщину, за сервітути, за ліси, пасовиська, за той увесь утиск національний, релігійний і економічний, під яким ми стогнемо з діда прадіда.... А що ж сама польська нація, що вона каже?.. (Діло, 1907, № 38).

У 1917 р. в статті «Народи з самоозначенем і без самоозначеня» (Діло, № 226-7) писав: «Фіни проголосили свою автономію і держаться кріпко за свої вольности, хоть козаки їм сойм розігнали. Україна організується і бере самосвідомо управу в свої руки, хоч там їх полк Полуботка і Хмельницького постріляли. Без жертв нема нічого на світі».

В процесі Другої світової війни і боротьби українців за національне визволення Я. Окуневський писав про події на українській землі в статті «Мілітаризм»: «Я вірю, що керманічі української військової сили держаться теорії Кляузевица й приладили уже заздалегідь добре зорганізований відпір на ту самозвану большевицьку харківську хрю з Медведевим і Шахраєм на чолі. А ще більше я вірю і надію ся усім серцем, що в тій военній силі є один дух і те самосвідоме, з душі й серця пливуче підпорядкування свого особистого «я» одній цілі; «Або волю Україні добутти, або вдома не бути». Дальше писав: «А тепер одно слово до моїх галицьких земляків. Що га-



лицько українські полки доказували чуд хоробрости і витривалости, про се знає австрійський і німецький генеральний штаб. Про українців кажеться, що вони не подаються і видержують... що ні про яку націю того сказати не можна. І плакали земляки і нарікали, що в тих галицько-українських полках українців офіцерів нема та що й взагалі між офіцерським корпусом Українців майже не видати... А як я роками перед війною закликав українську суспільність, аби давали хлопців до юнкерських (кадетських) шкіл, виходячи з того, що й в тім все таки в державі впливовім стані нам треба мати своїх людей, деякі газети відмовлялися надрукувати мій заклик, а багато людців визивало мене по галицькому звичаю просто запроданцем або зрадником народньої справи. .. А чи воно шкодило б українській справі, якби командуючим генералом у Львові або Перемишлі був Українець? ... Думки про «поступ і рай» на землі леліяли Овени і Фуріери і Маркси і Енгельси і інші теоретики соціалізму...Одначе прийшла та хвиля, що в них (Леніна і Бронштейна) опинилися власть і сила, щоб завести той рай на землі, і викотили вони гармати проти Таврійської палати, де засіли установчі збори, і розігнали їх багнетами. І виходить, що не може спаватися усякий по своєму, а всі по Ленінсько-Бронштейнівському рецепту і «на сьому бить». На руїні царату заложилася Українська Республіка. Всі суспільні верстви і робітники і солдати і селище там в Центральній Раді і всі народи що заселяють Україну; і Москалі, і Жиди, і Поляки мають своїх заступників і тут і в Генеральнім Секретаріаті. Здавалося б, тут і переведене в життя що називається са-

моозначенням народів, яке голосить большевицька платформа..... Згодом прийшла і наша суспільність до голови по розум і почала на нашій галицькій землі закладати Січи та Соколи з воляцькою дисципліною» (Вістник..., 1918, № 7).

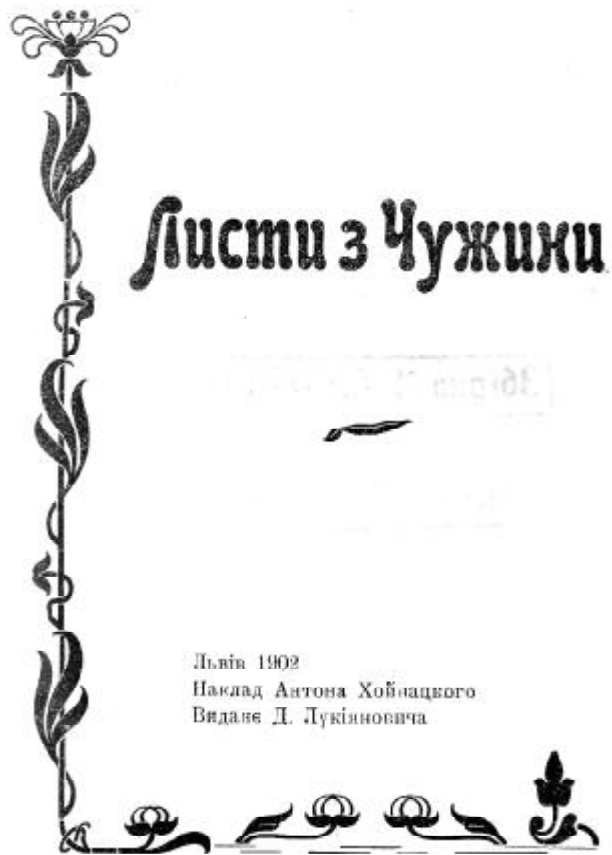
На вирізці статті «Українці як нація і українська держава» (Діло 1918, № 225) біля 1921 року дописує рукою: «Шукав український нарід «Божої правди на світі», шукав за Хмельницького, шукав за Гайдамаччини. Шукає він її тепер знов. Вариться на Україні, кипить. Чи се «руїна», чи се корчі перед народженням нової України без холопа і без пана. Я вірю в се послідне. Я вірю в животворну силу мужицького українського народа, що своїм ралом економізував і степи чорноморські і слободи за Дніпром і за Доном, пішов і на Кавказ, і за Урал і Амурську країни, і за море в Канаду».

У 1921 році Я. Окуневський готував до видання в НТШ у Львові найбільш актуальні 22 статті. В бібліотеці НТШ збереглися його записи і поправки, зроблені на вирізках з преси раніше надрукованих статей (фото 8). Слово «руські», яке писалося в ранніх статтях у XIX ст., виправлено на слово «українські», зроблено низку дописок. До книжки планувалося включити статті: «Ми нація старокультурна» (1897), «Корони королівські, князівські, шляхоцкі» (1903) «Мої австро-руські спомини» (1904), «Дещо про лояльність» (1906), «Де сіялися українські кості і за що» (1909) та ін. Проте видання цих статей Я. Окуневського не відбулося, може через їх різко критичне ставлення до поляків. То чи не буде корисним зробити це тепер?

Поразка українців стала важким моральним ударом для вже літнього генерала, який вклав у боротьбу за українську державність стільки своїх сил, пожертвував для цієї мети та стратив все, що мав для забезпечення власного існування в старості, не міг перенести зради національних ідеалів з боку людей, яким він, не дивлячись на власні матеріальні нестатки, допомагав. Ситуацію погіршувало те, що польська влада відмовила йому у наданні заслуженої пенсії.

В Городенці в будинку брата Теофіла, де він проживав, відкрив лікарську «канцелярію» – приймальню хворих та став працювати скромним лікарем в лікарні, яку допомагав будувати у 1909 році. Лікував травами, його вміння перейняла Стефанія Грабовецька-Мицканюк, яка ще довгий час допомагала хворим лікарськими рослинами. Своім високим професіоналізмом, уважним щирим ставленням до простих людей завоював велику повагу серед місцевого населення. Проте заробляв небагато, незаможних хворих лікував безплатно, а інколи давав їм кошти на покупку необхідних ліків. Почував себе дуже самотнім, крім брата, майже ні з ким

Ярослав Окуневський.



Книжка Я. Окуневського

не спілкувався, нікому не скаржився, хоч страждав від повсякденності і монотонності життя, яке так відрізнялося від попередніх літ! Тут у нього були лише його пацієнти, книги, передплачені газети.

Попри все Я. Окуневський не полишав громадської діяльності, брав участь в обидвох конгресах українських лікарів у Львові, на яких був першим президентом. У 1921 р. був делегатом 2 конгресу Міжнародної допомоги дітям у Женеві.

15 грудня 1924 р. Я. Окуневський вислав до газети «Діло» статтю [15], яку редактор Михайло Рудницький відмовився опублікувати. В ній він писав про актуальні і для сьогоденного дня проблеми: «Задній розум усе ліпший як передній, а в українців найпаче. Критикувати усе легше, як самому робити. Критиканство, то наша українська сила. Петрушевич не Наполеон I, признаю, але-ж ви пане Кирило (К. Трільовський. Прим. Я.Г.) що найбільше тут критикуєте і знаєте, як коли і що треба було робити, чому ж ви не вискочили на верх? Це ж був час революційний і кожний міг мати можливість вискочити на верх і взяти те місце, що має Петрушевич. Це найбільший жаль, що ціла Соборна Україна із соро-

ка мільйонів не видала із свого нутра Наполеона, або хоть Наполеончика....Француз Thiers не тільки історію писав, але і історію Франції робити умів. Грушівський історію України пише, а робити її не потрафив... Наполеон I був малий ростом, а великий розумом. Між членами високої Директорії були люди дуже високого росту ... тай тільки! Петрушевич був би пречудним Президентом у впорядкованій республіці, може не гірший як Масарик... Джентльмен Петрушевич сів до стола в карти грати, а партнери його оказались шулерами. Обіграли його фальшивими картами». Чи не влучні та повчальні до сьогодні зауваження!

За морськими походами і флотською службою Я. Окуневський особливо не дбав про особисте життя. Понад десять років він, подібно іншим захоплювався Соломією Крушельницькою, підтримував з нею дружні стосунки. В 1899 р. одружився з австрійкою Отілією Зайзер (1874-1962). В Пулі народилася їх донька Теодора Окуневська (1900–1949). Як повідомив онук Ярослава Окуневського Егон Бальцар, вона вийшла заміж у Відні за доктора медицини Е. Бальцара, мала двох синів і двох доньок. Син її Егон Бальцар (р.н. 1942), онук Я. Окуневського, одружений з Теоліною Бальцар, мають 4-х синів, один із них лікар. Егон працював дитячим нефрологом при гемодіалізі у педіатричній клініці Віденського університету, 2006 року вийшов на пенсію, цікавиться своїм родоводом. У Брно (Чехія) народилася друга донька Ярослава і Отілії Окуневських – Ольга Окуневська (1902–1985). Вона студіювала мистецтво в Німеччині, закінчила Віденську школу прикладного мистецтва, стала маляркою-емалісткою художницею. Деякий час вона працювала разом з львівською художницею Марією Дольницькою, вийшла заміж за Стефана Вольпе, музиканта і композитора, згодом переїхала до Лондона. 1930 року у них народилася донька Катаріна Вольпе, яка стала піаністкою, проживає в Лондоні.

Майже щотижня він писав дружині і донькам великі (на 2-4 сторінки), сердечні, повні любові листи. 120 таких листів збереглися в родині його онука – Егона Бальцара у Відні, який надав автору приведені нижче відомості. З листів видно, що так же часто писали йому дружина і доньки. На жаль, більшість матеріалів (нагороди, пам'ятки, сувеніри і фотографії з мандрівок, рукописи) пропали під час евакуації родини в період Другої світової війни.

Я. Окуневський писав що спробує побудувати з братом Теофілом в Городенці нове життя, працювати для забезпечення сім'ї, яка знаходилася після війни в матеріальній бідності. Він старався, як міг, забезпечити утримання родини, регулярно посилав дружині грошові пере-

кази, щоб допомогти їм перебути скрутні часи. Він кілька разів відвідував родину у Відні та в містечку Пістінг, мріяв об'єднатися з сім'єю і жити разом.

Проживаючи у Городенці, Я. Окуневський в останні роки часто відвідував Яворів як рідне село, ходив молитися на могили батьків. Він почав жалітися на серце, високий тиск крові, їздив на консультацію до львівських професорів. 20 жовтня 1929 р. Теофіл Окуневський писав до Відня, що брат Ярослав мав флегмону лівого плеча, переніс в лікарні операцію під наркозом. Про це також писала Отілії донька Теофіла, відзначала що стан хворого поправляється, сподіваються, що незабаром він зможе знову приймати пацієнтів.

Трагічний кінець настав 24 жовтня 1929 року. Володимир Дорошенко, бібліограф і історик, колишній директор бібліотеки НТШ у Львові, представляючи українських лікарів-літераторів, писав: «Д-р Ярослав Окуневський був справжнім європейцем, незвичайно культурною і вихованою людиною. Завжди елегантно, із смаком одягнений, він був зразком джентельмена. Втративши з упадком Австрії емеритуру дуже бідував на старості літ і, не маючи сил знести злидні, а не можучи присилувати себе попросити допомоги у громади, наложив на себе руки» [9].

В посмертному слові говорилося: «Нехай же його вірність, його любов до Рідного Краю і його енергія перейдуть в тисячі молодих сердець українських. Нехай гіркий довід його життя послужить наукою для нашого суспільства в будучині. Перед одвертою могилою нехай кожний Українець дасть собі слово наслідувати у своїм житті Генерала Окуневського. Зокрема, нехай кожний український студент медицини держить перед очима образ, як зморений іншою працею сивий Генерал поспішав до шпиталю на вправу, часто не мавши часу на їжу; він, що мав за плечима 50 років лікарської вправи. І лише для того, щоб і найновішими методами медичної науки послужити братам у ріднім Краю. А він нехай спочине в рідній землі під прапором Червоного Хреста, якому життя своє служив так вірно» [8].

Поховано Ярослава Окуневського урочисто на цвинтарі в Городенці у родинному гробівці. За оцінкою Романа Горака: «Нікому з українців Австро-Угорщини не вдалося досягнути такого становища в суспільстві, дослужитися до різних титулів та орденів, як йому, Ярославові Окуневському, не онімечившись і не ополячившись при цьому. Всюди, де виникали питання про його національну приналежність, не приходив, як це часто робили інші, що є українець, і терпеливо роз'яснював, де та Україна, яку навмисно або ж через елементарну необізнаність

у географії плутали то з Польщею, то з Московією... Пояснював це при дворі китайських імператорів, куди його запросили, аби за заслуги перед Китаєм нагородити одним з найвищих і найпочесніших орденів, а також надати титул Мандарина. Мав терпіння оповідати про це і при дворі іспанського короля... Оповідав усюди, де вважав за потрібне. Ще задовго до всіляких дипломатичних місій, Ярослав Окуневський своєю поведінкою, розумом та діяльністю по цілому світу робив для України добру опінію і знаходив для неї прихильників. Не нарікав на гірку долю, не плакався на сусідів, на котрих традиційно звалювалися національні нещастя...» [5] Львівська «Просвіта» писала в некролозі: «...пішов з життя один з найвидатніших наших громадян кінця минулого і початку теперішнього віку...».

Родину брата Ярослава – Теофіла Окуневського, який його пережив, більшовики у 1939 році вивезли з Городенки в Сибір, зять Теофіла Остап Кульчицький загинув у Свердловській тюрмі, онук Остап після довгих поневірянь проживав у Івано-Франківську, мав одну доньку; найстарша онука Теофіла Марія після заслання виїшла заміж за лікаря-рентгенолога В. Паращука, проживала в Косові, зберігала документи і світліни родини Окуневських. Сестра Ярослава Ольга у 1923-1960 роках проживала самотньо в Яворові на присілку Широкий в будинку, збудованому ще батьком. Плебанія, де проживали Окуневські, згоріла за нез'ясованих обставин, за більшовицької влади знищено таблички на могильних хрестах похованих рідних.



Гробівець в м. Городенці на Івано-Франківщині

У процесі національного відродження в нашу історію медицини і культури повертається ім'я Ярослава Окуневського – видатного лікаря морської медицини, великого патріота України, мандрівника, письменника, учасника національ-

Тільки в незалежній Україні з'явилося декілька публікацій про Ярослава Окуневського, в Києві перевидана книга «Листи з чужини» [16]. В Городенці проводилися конференції про Окуневських, впорядкований гробівець Окуневських, поставлені стелли із зображенням братів Ярослава і Теофіла, лікар зображений в адміральській формі. У 2006 році телерадіокомпанія ВМС ЗС України «Бриз» заснувала літературно-мистецьку і медичну премію ВМС України імені адмірала Ярослава Окуневського.

У 2008 році у Пулі відбулося відзначення 90-річчя закінчення Першої світової війни та розформування Австро-Угорського флоту, в якому взяли участь австрійці, чехи, словенці, угорці, а також українець – морський історик Леонід Кирилаш із Запоріжжя, який вивчає історію флотів і морських воєн та діяльність Я. Окуневського [10].

В жовтні 2010 році онук Я. Окуневського д-р Е. Бальцар приїхав вперше з Відня в Україну, виступав на XIII конгресі СФУЛТу, де відзначали 150-річчя Я. Окуневського [6, 7], на зібранні УЛТ з відомостями про нащадків родини, про їх життя і діяльність в Європі і Америці. Він відвідав також місця проживання адмірала, взяв участь у присвяченій ювілею Я. Окуневського святковій академії в Городенці, відвідав нинішній туберкульозний диспансер, де колись у лікарні працював Я. Окуневський, познайомився з гуцульським народним мистецтвом в музеї Косова, був на урочистостях в с. Яворові. Е. Бальцар займається пошуком в архівах і бібліотеках Відня матеріалів про Я. Окуневського.



Відзначення 150-річчя Я. Окуневського на XII конгресі СФУЛТ, виступ Е. Бальцара

но-визвольної боротьби 1918-1921 років. Добре було б його життю і діяльності присвятити окрему книжку, перевидати опубліковані ним медичні та політичні статті.

Список літератури

1. Баб'як Петро. Листи Ярослава Окуневського до Дениса Лук'яновича / П. Баб'як // Записки Львівської наукової бібліотеки ім. В. Стефаника. Вип. II. Львів, 2003. – С. 290-302.
2. Блонський Р. В. Видатний український військовий лікар Ярослав Окуневський / Р. В. Блонський // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2004. – № 3. – С. 60-63.
3. Галяс В. Л. Софія Окуневська та генеалогія її роду / В. Л. Галяс, С. В. Галяс, В. В. Гуменюк та ін. // Науковий вісник ЛНУВМ та БТ імені С. З. Гжицького. – 2007. – Том 9. – № 4 (35). – Частина 1. – С. 207-212.
4. Ганіткевич Ярослав. Ярослав Окуневський – військовий лікар, мандрівник, публіцист, національно-культурний діяч / Ярослав Ганіткевич // Визначні постаті України: Андрій Чайковський та Теофіл Окуневський (до 150-річчя від дня народження). Львів: Афіша, 2010. – С. 134 – 148.
5. Горак Роман Трагедія роду Окуневських / Роман Горак // Край (Городенка). – 1999.
6. Ганіткевич Ярослав // Ярослав Окуневський – доктор медицини, контрадмірал військово-морського флоту австро-угорщини, мандрівник і письменник, український громадський діяч (до 150-річчя від дня народження) / Ярослав Ганіткевич // Матеріали XIII Конгресу СФУЛТ: тези доповідей. – 2010.
7. Ганіткевич Ярослав // Відзначення 150-річчя від дня народження Ярослава Окуневського / Ярослав Ганіткевич // Електронний 1. Енциклопедія українознавства. – Львів: Вид. НТШ. – Т. 5. – 1996. – С. 1838.
8. До гробу Генерала-лікаря, д-ра Ярослава Окуневського // Архів документів церкви Св. Варвари, м. Відень.
9. Дорошенко Володимир // Українські лікарі як автори в українському красному письменстві / Володимир Дорошенко // Лікарський вісник. Чикаго, 1955. – Ч. 1 (3). С. 19-23.
10. Кирилаш Леонід Корабель Окуневського / Леонід Кирилаш // Край (Городенка). – 2009. Електронний ресурс. Режим доступу: <http://ntsh.org/node/141>
11. Листи Я. Окуневського до Ів. Франка / Електронний ресурс. Режим доступу: <http://www.franko.lviv.ua/istoryky/franko-letters/dbr/index.php>
12. Мамчак Мирослав. Траверзом історії. Не для слави, а для людей / Мирослав Мамчак / Електронний ресурс. Режим доступу: http://www.ukrlife.org/main/uacrim/traverzom_nov.htm
13. Окуневський Яр. Листи з чужини. – Чернівці: Наклад Д. Лук'яновича і В. Будзинівського, 1898. – 356 с.
14. Окуневський Ярослав. Листи з чужини. Наклад Антона Хойнацького (Видання Д. Лук'яновича) – Львів, 1902. – 265 с.
15. Окуневський Ярослав // ЦДІА України у Львові. – 155. 1. Ф. 383, оп. 1, спр. 4, арк. 1-5. Оригінал. Машинопис.
16. Окуневський Я. Листи з чужини / Я. Окуневський. – Київ, 2009.
17. Пундій Павло. Українські лікарі. Біобібліографічний довідник. – Кн. 1.- Львів-Чикаго, 1994. – С. 162.
18. Military Ukraine. Воєнно-історичний форум. Український слід у К.у.К. Kriegsmarine / Електронний ресурс. Режим доступу: <http://forum.milua.org/viewtopic.php?t=6399>
19. Organisation des Sanitatzdienst auf den Kriegsschiffen. Von den Dr Jaroslaw Okuniewski K. u.K. Linienarzt (1900) // Відділ рукописів Національної бібліотеки ім. Стефаника. Зн 92.

ЯРОСЛАВ ОКУНЕВСКИЙ – ВЫДАЮЩИЙСЯ ВРАЧ, ГЕНЕРАЛ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ АВСТРО-ВЕНГЕРСКОГО ФЛОТА, УКРАИНСКИЙ НАЦИОНАЛЬНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬСКИЙ ДЕЯТЕЛЬ

Я. В. Ганіткевич (Львов)

В статье приведены данные о выдающемся украинском враче, который дослужился во флоте Австро-Венгрии до звания генерал-майора морской медицинской службы. Он автор научно-медицинских публикаций, интересных мемуаров из путешествий по многим странам мира, публицистических статей о национально-освободительном движении.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **Ярослав Окуневский, морской врач, украинские мемуары, публицистические статьи.**

YAROSLAV OKUNEVSKY – A GREAT DOCTOR, GENERAL MEDICAL SERVICE OF AUSTRO-HUNGARIAN NAVY, UKRAINIAN NATIONAL EDUCATOR OF CLERGY

Ya. V. Hanitkevych (Lviv)

The paper presented data on the outstanding Ukrainian doctor who had served in the Navy of Austria-Hungary to the rank of the General-Major Maritime Medical Service. He is the author of scientific medical publications, interesting memoir of travels through many countries, journalistic articles in the national liberation movement.

KEY WORDS: **Yaroslav Okunevsky, naval doctor, Ukrainian memoirs, journalistic articles.**

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 150 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. Номери таблиць, їх заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, мають точно відповідати наведеним у тексті. Формули надаються зробленими у редакторі формул Microsoft Equation 3.0.
- 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. Аббревіатура розшифровується після першого згадування і залишається незмінною протягом усього тексту.
- У рефератах потрібно вказати назву статті, ініціали та прізвище автора (авторів), місто в дужках, 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 35 грн 90 коп. З приводу придбання звертатися за тел. : (0352) 52-80-09.

Редакційна Рада

Редакція журналу "Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України" інформує, що у зв'язку з прийняттям постанови президії Вищої атестаційної комісії України від 15.01.2003 р. №7-05/1 "Про підвищення вимог до фахових видань, внесених до переліків ВАК України", до розгляду з приводу надрукування в журналі будуть прийматися тільки ті статті, які відповідають вимогам нижченаведеної постанови.

Бюлетень ВАК України, №1, 2003
Атестаційний процес: нормативна база

ПРО ПІДВИЩЕННЯ ВИМОГ ДО ФАХОВИХ ВИДАНЬ,
ВНЕСЕНИХ ДО ПЕРЕЛІКІВ ВАК УКРАЇНИ
ПОСТАНОВА
ПРЕЗИДІЇ ВИЩОЇ АТЕСТАЦІЙНОЇ КОМІСІЇ УКРАЇНИ
від 15.01.2003 №7-05/1

Необхідною передумовою для внесення видань до переліку наукових фахових видань України є їх відповідність вимогам пункту 7 постанови президії ВАК України від 10.02.1999 р. №1-02/3 «Про публікації результатів дисертацій на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук та їх апробацію». Однак окремі установи-засновники таких видань не дотримуються вимог до складу редакційної колегії видань, не організовують належним чином рецензування та відбір статей до друку, не надсилають свої наукові видання до бібліотек, перелік яких затверджено постановою президії ВАК України від 22.05.1997 р. №16/5, тим самим обмежуючи можливість наукової громадськості знайомитися із результатами дисертаційних досліджень. У зв'язку з цим президія Вищої атестаційної комісії України

ПОСТАНОВЛЯЄ:

1. Попередити установи-засновники наукових фахових видань, що у разі відсутності видань у фондах визначених ВАК бібліотек вони будуть вилучені з переліку наукових фахових видань України, в яких дозволяється друкувати результати дисертаційних досліджень.

2. Установам-засновникам фахових видань оновити склади редакційних колегій так, щоб більшість у них становили фахівці, основним місцем роботи яких є установа-засновник фахового видання.

3. Редакційним колегіям організувати належне рецензування та ретельний відбір статей до друку. Зобов'язати їх приймати до друку у виданнях, що виходитимуть у 2003 році та у подальші роки, лише наукові статті, які мають такі необхідні елементи: постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями; аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми і на які спирається автор, виділення невирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується означена стаття; формулювання цілей статті (постановка завдання); виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтування отриманих наукових результатів; висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямку.

4. Спеціалізованим ученим радам при прийомі до захисту дисертаційних робіт зарахувати статті, подані до друку, починаючи з 2003 року, як фахові лише за умови дотримання вимог до них, викладених у п.3 даної постанови.

5. Встановити обов'язковим подання до ВАК України разом із клопотанням про внесення видання до переліку фахових також копії свідоцтва про державну реєстрацію друкованого засобу у Державному комітеті інформаційної політики, телебачення та радіомовлення України.

6. Зобов'язати установи, які є засновниками фахових видань, протягом 2003 року надсилати до ВАК України один контрольний примірник видання із супровідним листом.

7. Експертним радам ВАК України провести до 1 січня 2004 року аналіз наукового рівня публікацій у фахових виданнях і подати президії ВАК України пропозиції щодо внесення відповідних змін до переліку фахових видань.

Голова ВАК України В.В. Скопенко
Вчений секретар ВАК України Л.М. Артюшин

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;
576-41-19

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.

Довідки та замовлення за телефонами: **(044) 576-41-19; 576-41-09.**

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

46001, м. Тернопіль, Майдан волі, 1
Видавництво “Укрмедкнига” Тернопільського державного медичного університету
імені І. Я. Горбачевського
телефон: (0352) 43-49-56; 52-80-09; 52-72-33
Розрахунковий рахунок №31252273210444 в ГУ ДКУ в Тернопільській області
МФО 838012 Код ЄДРПОУ 02010830
Одержувач платежу : ДВНЗ „Тернопільський медичний університет імені І. Я. Горбачевського”
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

Підп. до друку 10.07.2012. Формат 60x84/8. Папір офсет.
Друк офсет. Ум. друк. арк 14,18. Обл.-вид. арк. 13,64. Наклад 600. Зам. № 146