

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

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

1 (59) / 2014

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

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

BULLETIN
OF SOCIAL HYGIENE
AND HEALTH PROTECTION
ORGANIZATION OF UKRAINE

SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

Київ – 2014
Тернопіль – 2014

Свідоцтво про державну реєстрацію серія КВ № 374 від 23.03.99
Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2014 № 1(59)
Науково-практичний журнал

Періодичність виходу – щоквартально
Заснований у січні 1999 р.

Засновники: ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»
і ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

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

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор **С.О. Линник**

Ю.В. Вороненко, О.М. Голяченко (*відповід. редактор*), Л.Я. Ковальчук (*заст. головного редактора*),
Ю.Б. Яценко (*заст. головного редактора*) О.Р. Ситенко (*відповід. редактор*), 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, Н.П. Ярош

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*), А.М. Нагорна (*Київ*),
Н.О. Сайдакова (*Київ*), В.Й. Шатило (*Житомир*), С.А. Куковякін (*Росія*), Івона Бояр (*Польща*)

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 14.04.10 №1-05/3)
Журнал включено до міжнародної наукометричної бази Google Scholar

Рекомендовано до друку Вченою радою
Українського інституту стратегічних досліджень
(протокол №2 від 27.02.2014)

Передплатний індекс – 22867

Адреса редакції

02099, м. Київ, пров. Волго-Донський, 3
E-mail: uisr_moz@ukr.net
Тел./факс: (044)576-41-19; 576-41-09

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ №12202-1086Р від 15.01.2007 р.

Адреса видавництва і друкарні

46001, м. Тернопіль, Майдан волі, 1
Видавництво «Укрмедкнига» ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»
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”
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єктів видавничої справи ДК №2215 від 16.06.2005

Організація медичної допомоги

О.О. Дудіна, А.В. Терещенко Перші результати впровадження заходів Національного проекту «Нове життя» – нова якість охорони материнства та дитинства»

І.Ю. Батманова, Г.О. Слабкий Сучасні підходи до організації медичної допомоги населенню з хворобами крові та кровотворних органів

А.О. Ковальчук Шляхи оптимізації медико-технічної бази для забезпечення хірургічного лікування тяжко обпечених хворих

О.М. Голяченко, Л.М. Романюк, О.В. Левченко Статистичні таємниці

Управління охороною здоров'я

В.Г. Гінзбург Обґрунтування нормативів навантаження лікарів-акушерів-гінекологів акушерських стаціонарів різних рівнів

Боротьба із соціально небезпечними хворобами

І.Т. П'ятночка, С.І. Корнага, В.І. П'ятночка Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги «Туберкульоз» (2012) – високо-ефективний динамічний дороговказ

Здоров'я населення: тенденції та прогнози

Н.О. Рингач, А.О. Керецман Втрачені роки потенційного життя внаслідок передчасної смертності в Україні: обсяг і структура

Економіка охорони здоров'я

М.В. Шевченко Оцінка ефективності бюджетних програм «Первинна медична допомога населенню» у пілотних регіонах

І.Ю. Андрієвський Центильний метод обґрунтування ліжкового фонду при формуванні госпітального округу

Здоров'я і суспільство

І.С. Миронюк, В.Й. Шатило Соціально-демографічний портрет ВІЛ-інфікованого трудового мігранта – жителя Закарпатської області

Ю.В. Думанський, Г.К. Северин Дорічна летальність хворих на злоякісні новоутворення

Медичні норми

В.Є. Бліхар Розвиток і перспективи законодавчого забезпечення раціонального використання лікарських засобів в Україні

Organization of medical care

O.O. Dudina, A.V. Tereshchenko First results of actions the National Project «New life» – new quality of maternity and childhood protection»

I.Yu. Batmanova, G.O. Slabkyi Modern approaches to health care organization to the population with diseases of blood and blood-forming bodies

A.O. Kovalchuk Ways of optimization of medical and technical base for providing surgical treatment of heavy burns patients

O.M. Holyachenko, L.M. Romanyuk, O.V. Levchenko Secrets of statistics

Health care management

V.G. Ginzburg Substantiation of normative workload of doctors obstetrician gynaecologists of obstetric hospitals of various levels

Struggle against social-dangerous diseases

I.T. Pyatnochka, S.I. Kornaha, V.I. Pyatnochka Compatible Clinical Protocol of medicare «Tuberculosis» (2012) – high-efficiency dynamic pointer

Health of the population: tendencies and forecasts

N.O. Rynkach, A.O. Keretsman Potential life lost years due to premature mortality in Ukraine: volume and structure

Health care economy

M.V. Shevchenko Assessment of budgetary programs efficiency «Primary health care for population» in the pilot regions

I.Yu. Andriyevskiy Centile method of substantiation bed fund in hospital districts forming

Health and society

I.S. Myronyuk, V.Y. Shatylo Socio-demographic profile of the HIV-positive migrant worker who is a resident of Transcarpathian region

Yu.V. Dumansky, G.K. Severin Annual mortality of patients with malignant neoplasms

Medical standards

V.Ye. Blihar Development and prospects of legislative ensuring of medical products rational use in Ukraine

5

12

16

22

25

31

36

42

48

54

59

64

Міжнародний досвід

N.T. Kucherenko The comparative analysis of health care system development models in Ukraine and in some countries of the world

Підготовка медичних кадрів

O.M. Doroshenko, T.M. Volosovets, M.V. Doroshenko Стоматологічні аспекти у діяльності сімейних лікарів

Дискусії

O.N. Litvinova, N.Ya. Panchyshyn, V.S. Kolomyichuk Пріоритетні кроки в розвитку охорони здоров'я України на новому етапі становлення системи

The international experience

69 *N.T. Kucherenko* The comparative analysis of health care system development models in Ukraine and in some countries of the world

Medical personnel training

74 *O.M. Doroshenko, T.M. Volosovets, M.V. Doroshenko* Stomatologic aspects in family doctors activity

Discussions

78 *O.N. Litvinova, N.Ya. Panchyshyn, V.S. Kolomyichuk* Priority steps in health care development of Ukraine at new stage of system formation

О.О. ДУДІНА, А.В. ТЕРЕЩЕНКО

ПЕРШІ РЕЗУЛЬТАТИ ВПРОВАДЖЕННЯ ЗАХОДІВ НАЦІОНАЛЬНОГО ПРОЕКТУ «НОВЕ ЖИТТЯ» – НОВА ЯКІСТЬ ОХОРОНИ МАТЕРИНСТВА ТА ДИТИНСТВА»

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ
Міністерство охорони здоров'я України

Мета: аналіз та оцінка перших результатів впровадження Національного проекту «Нове життя» – нова якість охорони материнства та дитинства».

Матеріали і методи. Проаналізовано діяльність перинатальних центрів III рівня за розробленими індикаторами якості.

Результати. У перинатальних центрах було розроджено 75,1% вагітних з вродженим вадами серця, 47,5% з хворобами системи кровообігу, 44,5% з еклампсією важкого ступеня, 31,3% з цукровим діабетом від загальної кількості пацієнтів з даною патологією у регіонах обслуговування; народжено живими з масою тіла при народженні 500,0–999,0 г 69,4% дітей, з масою тіла 1000,0–1499 г – 58,6%. Вживаність новонароджених з масою тіла при народженні 500,0–999,0 г у перинатальних центрах становила 75,1%, а з масою тіла при народженні 1000,0–1499,0 г – 92,2% при відповідно 64,2% та 80,6% у закладах перинатальної допомоги первинного рівня.

Висновки. Отримані дані засвідчують достатню доступність високоспеціалізованої перинатальної допомоги та ефективність діяльності перинатальних центрів.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: регіоналізація, перинатальний центр, новонароджені, вживаність.

Виконання заходів міжнародних програм та стратегій ВООЗ з глобальних пріоритетів репродуктивного здоров'я сприяло зменшенню показників перинатальної патології, материнських і плодово-малюкових втрат у багатьох країнах світу, у тому числі в Україні [1;2;3;7]. Водночас стало зрозуміло, що неможливо кардинально змінити ситуацію лише шляхом впровадження медичних технологій та використання високотехнологічного обладнання, оскільки показники залишалися ще досить високими. Досвід впровадження нових ефективних технологій щодо виходжування новонароджених з малою масою тіла при народженні (500 г), надання допомоги новонародженим у критичних станах та вагітним, роділлям, породіллям з ускладненим перебігом вагітності та пологів дає підстави стверджувати, що необхідно створити певну модель на рівні адміністративно-територіальної одиниці, яка б забезпечувала повний цикл надання медичної допомоги жінкам та дітям, починаючи з первинного рівня і закінчуючи високоспеціалізованою медичною допомогою. Така модель отримала назву «регіоналізація перинатальної допомоги», яка за рахунок запровадження сучасних медичних технологій, концентрації високоспеціалізованих кадрів та високотехнологічного обладнання в одному місці сприяє вчасному скеруванню ва-

гітних (з урахуванням ступеня перинатального ризику) до відповідних центрів, де надається кваліфікована та якісна медична допомога [1;6;7].

В Україні регіоналізація перинатальної допомоги реалізується в рамках Національного проекту «Нове життя» – нова якість охорони материнства та дитинства» (далі – Проект), який має на меті досягнення Цілей Розвитку Тисячоліття, озвучених на Саміті ООН 2010 р.: поліпшення демографічної ситуації в Україні, зниження рівня материнської, малюкової захворюваності, інвалідності та смертності шляхом підвищення рівня якості та доступності високоспеціалізованої медичної допомоги матерям і дітям. Наказом державного агентства з інвестицій та управління національними проектами України від 08.09.2011 р. № 74 «Про затвердження концепції реалізації національного проекту «Нове життя» – нова якість охорони материнства та дитинства» щодо створення мережі регіональних перинатальних центрів визначені шляхи реалізації Проекту на 2011–2013 роки, зокрема створення перинатальних центрів III рівня [4].

Регіоналізація – це система організації етапності надання перинатальної допомоги (жінкам, вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим тощо) за трьома рівнями з урахуванням регіональних особливостей, яка максимально забезпечує своєчасність, доступність, адекватність, ефективність, безпечність перинатальної допо-

моги при раціональних витратах ресурсів системи охорони здоров'я.

Мета роботи – здійснити аналіз та оцінку перших результатів впровадження заходів Національного проекту «Нове життя» – нова якість охорони материнства та дитинства».

Матеріали і методи. Для досягнення мети проаналізовано дані розроблених робочою групою МОЗ України індикаторів якості регіоналізації перинатальної допомоги в 11 регіонах, де за сприяння Проекту організовані і функціонують пренатальні центри III рівня. Враховуючи короткий термін діяльності перинатальних центрів III рівня, аналіз і оцінку результатів впровадження заходів Проекту здійснено в основному за компонентом процесу. Усі отримані кількісні результати опрацьовано загальноприйнятими методами медичної статистики з використанням комп'ютерної програми Microsoft Excel.

Результати дослідження та їх обговорення. Станом на 01.10.2013 р. в Україні організовано і функціонує 11 перинатальних центрів (ПЦ) III-го рівня – у АР Крим, Дніпропетровській, Донецькій, Житомирській, Кіровоградській, Луганській, Полтавській, Рівненській, Харківській, Хмельницькій областях та м. Києві. До основних шляхів реалізації Проекту належать організаційна оптимізація мережі закладів охорони здоров'я у сфері акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги, згідно з вимогами сьогодення, та створення регіональних перинатальних центрів III-го рівня. Світовий досвід та орієнтовні розрахунки показують, що приблизно 17,0% пологів потребують вчасного лікування акушерських і неонатальних проблем у ПЦ III-го рівня надання допомоги. Загалом за 9 місяців 2013 р. у ПЦ III-го рівня прийнято 24 376 пологів, що становить 12,7% від загальної кількості пологів у регіонах, де вони функціонують. За 9 місяців 2013 р. достатні (що відповідають орієнтовним розрачукам) показники питомої ваги пологів у ПЦ III-го рівня зареєстровано у Рівненській (17,8%), Кіровоградській (16,5%), Полтавській (16,0%) областях і АР Крим (15,5%), вище орієнтовних – у Житомирській (24,2%), а низькі, що потребує розширення існуючих або відкриття нових ПЦ, – у Харківській (8,4%), Донецькій (10,8%), Дніпропетровській (10,8%) областях. Вкрай низький показник у Луганській області (1,3%) зумовлений тим, що ПЦ відкрито лише у 2013 р. (табл. 1).

З метою забезпечення доступності висококваліфікованої медичної допомоги матерям та дітям одним із завдань ПЦ III-го рівня визначено методичне регулювання організації перинатальної допомоги у регіоні. Доступність висококваліфікованої перинатальної допомоги оцінено за показниками питомої ваги розроджених у ПЦ III-го рівня вагітних з перинатальним ризиком

відповідно до переліку медичних показань для направлення вагітних до закладу III рівня перинатальної допомоги, народжених живими немовлят з малою і дуже малою масою тіла при народженні, народжених померлими в антенатальному періоді та новонароджених з вродженими вадами розвитку. Загалом у ПЦ III-го рівня було розроджено 75,1% вагітних з вродженими вадами серця і 47,5% з хворобами системи кровообігу при порогових значеннях цих показників не менше 50% і не менше 25–30% відповідно. У цілому можна позитивно оцінити показник розроджених вагітних з вродженими вадами серця у ПЦ III-го рівня більшості регіонів, за винятком ПЦ III-го рівня Донецької і Харківської областей, де цей показник становив 27,02% та 22,2% відповідно. Аналогічна ситуація із забезпечення доступності високоспеціалізованої медичної допомоги і вагітним з хворобами системи кровообігу – при середньому показнику 47,5% лише 10,9% вагітних з цією патологією розроджено у ПЦ III-го рівня Луганської, 14,2% – Донецької областей.

Відповідно до переліку медичних показань, тільки у ПЦ III-го рівня підлягають розродженню вагітні з прееклампсією середнього і важкого ступенів та цукровим діабетом, у т.ч. гестаційним інсулінозалежним. За даними моніторингу, в середньому лише 44,5% вагітних з еклампсією важкого ступеня та 31,3% вагітних з цукровим діабетом було розроджено у ПЦ III-го рівня. Достатньо повно було забезпечено родорозрішення вагітних з цукровим діабетом у ПЦ III-го рівня Кіровоградської і Полтавської (100,0%), Житомирської (92,5%) та Хмельницької (77,8%) областей.

Ключовою проблемою для досягнення поставленої Проектом мети – зменшення перинатальних втрат – є створення можливості виходжування дітей з малою та дуже малою масою тіла при народженні. Наразі доведено, що акушерські стаціонари з кількістю пологів менше 300 на рік є небезпечними для матері та новонародженого, особливо з малою та дуже малою масою тіла при народженні. Такі відділення не гарантують безпеки медичної допомоги та не забезпечують постійну підтримку висококваліфікованого рівня лікарів [3]. За даними проекту MOSAIC (організація акушерської допомоги при вкрай передчасних пологах в Європі), частка новонароджених з малою та дуже малою масою тіла при народженні, що народилися у відділеннях III рівня допомоги, дорівнювала від 63–64% у Данії та Польщі до понад 80% у Бельгії, Німеччині, Італії та Португалії [8].

За даними аналізу за 9 місяців 2013 р., в середньому у ПЦ III-го рівня було народжено живими з масою тіла при народженні 500,0–999,0 г 69,4%, з масою тіла 1000,0–1499 г – 58,6%, а з масою тіла 1500,0–2499 г – 33,3% дітей. Більш повний доступ народжених живими з малою та

Таблиця 1. Моніторингові показники доступності високоспеціалізованої перинатальної допомоги у ПЦ III рівня за 9 місяців 2013 р. (у % від загальної кількості в регіоні обслуговування)

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість пологів	Розроджено вагітних з вродженими вадами серця	Розроджено вагітних з хворобами системи кровообігу	Розроджено вагітних з цукровим діабетом	Розроджено вагітних з важкими формами преєклампсії, еклампсії	Народжено живими з масою тіла при народженні 500–999 г	Народжено живими з масою тіла при народженні 1000–1499 г	Народжено живими з масою тіла при народженні 1500–2499 г	Народжено живими з масою тіла при народженні >2500	Народжено померлих в антенатальному періоді
АР Крим	15,5	71,1	45,5	62,7	57,3	87,1	74	31,5	14,2	61,3
Дніпропетровськ	10,8	*	23,3	4	36	57,8	20	18,5	10,3	24,3
Донецька	10,0	27,02	14,24	19,54	16,7	25,6	32,8	16,09	9,5	46,0
Житомирська	24,2	54,2	51,5	92,3	44,2	75	65,2	47,7	26,3	24,4
Кіровоградська	16,6	82,3	62,5	100	26,7	85	80,4	41,1	15	40,3
Луганська	1,3	13,6	10,9	16,3	21,1	16,1	8,8	3,3	1,2	15,6
Полтавська	16,0	61,3	28,1	100,0	82,6	72,2	68,8	41,9	14,7	35,7
Рівненська	17,8	50	53,1	44	39,3	34,3	54,7	9,7	0,7	21,8
Харківська	8,4	22,2	37,2	40,3	25,3	29,8	29,9	11,4	8,2	16,5
Хмельницька	10,6	59,3	23,7	77,8	47,8	70	81	40,3	9	27,6
м. Київ	15,1	65,1	30,4	2,2	55	74,4	51	33,8	27,5	13,4
Всього	12,7	75,1	47,5	31,3	44,5	69,4	58,6	33,3	18,0	37,7

Примітка: у Дніпропетровській області функціонує ПЦ II-го рівня, який частково виконує функції ПЦ III-го рівня.

дуже малою масою тіла при народженні до високоспеціалізованої перинатальної допомоги забезпечено у ПЦ III-го рівня АР Крим, Житомирської, Кіровоградської, Полтавської і Хмельницької областей, де у 2013 р. народжено живими з масою тіла при народженні 500,0–999,0 г 87,1–70,0%, а з масою тіла 1000,0–1499,0 г – 91,43–65,2% дітей. Дуже низькі показники роботи у ПЦ III-го рівня щодо концентрації цих категорій новонароджених у Луганській області – 16,1% та 8,8% – зумовлені незначною кількістю пологів – лише 204.

До медичних показань для госпіталізації вагітних у ПЦ III-го рівня належать антенатальна загибель плода та вроджені вади розвитку. Загалом у ПЦ III-го рівня було родорозрішено 37,7% вагітних з антенатальною загибеллю плода, що є недостатнім. Більш повно забезпечено доступ до висококваліфікованої перинатальної допомоги лише в АР Крим (61,3%) та Донецькій (46,0) області. У розвинених країнах з метою зниження смертності та інвалідності новонароджених забезпечується своєчасна хірургічна корекція вроджених вад в умовах ПЦ III-го рівня, що можливо лише за умови народження дітей з цією патологією у перинатальних центрах. Наразі в Україні в умовах ПЦ III-го рівня народжується 22,9% дітей з вродженими вадами розвитку при поляризації цього показника від 40,0% у Полтавській, 39,3% у Кіровоградській до 14,0–14,8% у Рівненській та Луганській областях (табл. 1).

Показники процесу діяльності ПЦ III-го рівня, які залежать від методичного регулювання організації перинатальної допомоги у регіоні обслуговування, вивчалися і за даними переведень із закладів перинатальної допомоги I–II рівнів у ПЦ III-го рівня та проведених дистанційних і виїзних консультацій. Визнано, що чим менше здійснюється переведень пацієнтів із стаціонарів I–II рівнів перинатальної допомоги, тим вища ефективність проведення методичного регулювання діяльності закладів перинатальної допомоги регіону ПЦ III-го рівня. Слід зазначити, що за 9 місяців поточного року у ПЦ III-го рівня було переведено лише 34 вагітні (роділлі, породіллі), у тому числі 10 пацієнток у ПЦ III-го рівня Дніпропетровської області, 7 – Житомирської, 5 – Харківської, 4 – Полтавської, по 3 – Хмельницької областей та АР Крим. За цей період у ПЦ III-го рівня було переведено 131 новонародженого, що становить 0,08% від загальної кількості новонароджених у перинатальних закладах I–II рівнів. Більш активно здійснювалися переведення новонароджених у ПЦ III-го рівня Житомирської (0,8%), Рівненської (0,26%), Харківської (1,3%) областей.

Одним із компонентів діяльності ПЦ III-го рівня є проведення для закладів перинатальної допомоги первинного і вторинного рівнів виїзних і дистанційних (телемедичних) консультацій пацієнток і новонароджених. Наразі телемедичні консультації налагоджено лише у ПЦ III-го рівня Дніпропетровської області, де в поточному році

проведено 10 консультацій. Виїзні консультації переважно проводилися ПЦ III-го рівня Харківської області (140 виїздів у 2013 р.). Аналіз здійснення виїзних консультацій в цілому утруднений тим, що у більшості регіонів виїзні консультації здійснюються Центрами екстреної медичної допомоги із залученням спеціалістів ПЦ III-го рівня.

Аналіз якості медичної допомоги ПЦ III-го рівня здійснювався за показниками виживаності новонароджених з малою і дуже малою масою тіла при народженні, частоти кесаревих розтинів, перинатальної, неонатальної і материнської смертності.

Доведено, що виживаність новонароджених залежить як від маси тіла при народженні, так і від рівня кваліфікації і оснащення медичним обладнанням закладів перинатальної допомоги.

Очікувано найнижчий рівень виживаності новонароджених повинен бути у закладах первинного рівня перинатальної допомоги, найвищий – у ПЦ III-го рівня, що підтверджено даними моніторингу.

Як видно на рис. 1, виживаність новонароджених у перші 168 годин життя з масою тіла при народженні 500,0–999,0 г у регіонах, де функціонують ПЦ III-го рівня, коливалася від 64,2% у ЗОЗ I рівня надання перинатальної допомоги до 67,2% у ЗОЗ II рівня, 72,4% у ЗОЗ III рівня та 75,1% у ПЦ III-го рівня; виживаність новонароджених з масою тіла при народженні 1000,0–1499,0 г становила 80,6%, 83,6%, 91,5% та 92,2% відповідно. Значно менша залежність виживаності від рівня надання перинатальної допомоги у новонароджених з масою тіла при народженні більше 1500,0 грамів.

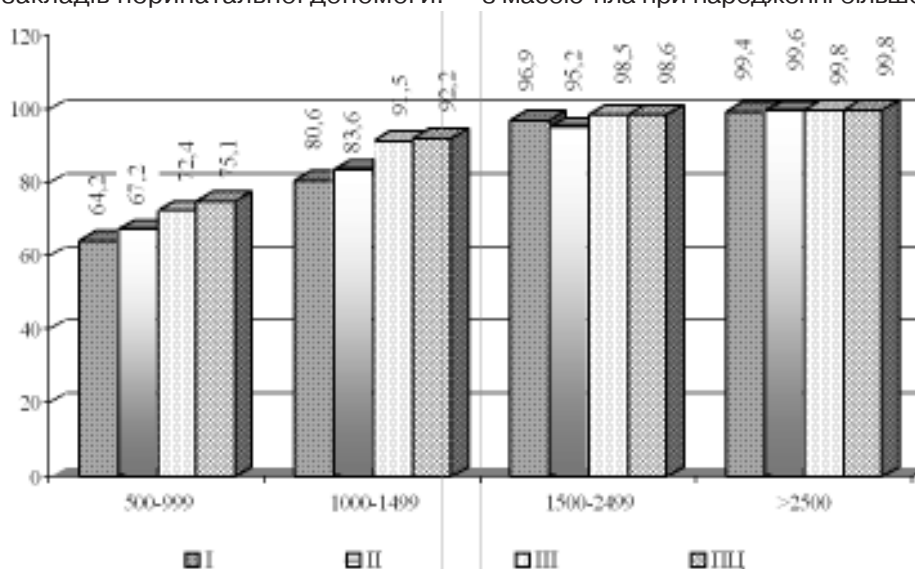


Рис. 1. Залежність виживаності новонароджених у перші 168 годин від маси тіла при народженні та рівнів ЗОЗ, 9 місяців 2013 р. (%)

Аналіз виживаності новонароджених залежно від маси тіла при народженні в розрізі регіонів, де функціонують ПЦ III-го рівня, засвідчив, що виживаність новонароджених у перші 168 годин життя з масою тіла при народженні 500,0–999,0 г коливалася загалом від 55,0–60,0% у АР Крим, Кіровоградській, Луганській, Хмельницькій областях до понад 70,0% у Житомирській, Полтавській, Рівненській, Харківській областях та м. Києві при середньому показнику 70,9%. Середній показник виживаності новонароджених у перші 168 годин життя з масою тіла при народженні 500,0–999,0 г у ПЦ III-го рівня становив 75,1% і коливався від 52,9–69,9% у АР Крим, Донецькій, Кіровоградській, до 75–80% у Луганській, Житомирській, Полтавській, Харківській, Рівненській областях та м. Києві.

Виживаність новонароджених у перші 168 годин життя з масою тіла при народженні 1000,0–1499,0 г в середньому по регіонах становила 88,2% і коливалася від 80,9% до 85,7% у Донецькій, Житомирській, Полтавській, Хмельницькій до більше 90,0% у Дніпропетровській, Харківській,

Луганській та Рівненській областях, а у ПЦ III-го рівня – 83,6% і вище у всіх регіонах (табл. 2).

Слід зазначити, що в економічно розвинених країнах виживаність новонароджених у перші 168 годин життя з масою тіла при народженні 500,0–999,0 г становить 30,0%, а новонароджених з масою тіла при народженні 1000,0–1499,0 г – лише 70%. Тому високі показники виживаності новонароджених з малою і дуже малою масою тіла при народженні потребують вивчення їх коректності шляхом проведення клінічних аудитів.

Виживаність новонароджених з масою тіла при народженні 1500,0–1499,0 г можна оцінити позитивно, і відмінність цих показників у розрізі регіонів і ПЦ III-го рівня несуттєва.

Загальновизнано, що збільшення частоти кесаревого розтину вище 12,0% не впливає на зниження перинатальної патології і смертності, при цьому цей показник безпосередньо залежить від рівня закладу перинатальної допомоги – найнижчий у закладах первинної перинатальної допомоги і найвищий – у закладах третинної перинатальної допомоги. Аналогічна закономірність

виявлена за даними моніторингу: частота кесаревого розтину у закладах первинного рівня перинатальної допомоги становила 11,8%, вторинного – 15,9% і у ПЦ III-го рівня – 23,8%. У ПЦ III-го рівня цей показник коливався від 15,2% у м. Києві, 19,1% у Житомирській, 21,1% у Дніпропетровській до вище 30% у Луганській, Полтавській, Кіровоградській, Донецькій областях.

Перинатальна, неонатальна і материнська смертність – одні з основних критеріїв якості та рівня організації роботи перинатальних закладів, ефективності впровадження наукових досягнень у практику охорони здоров'я. Водночас вони є інтегруючим показником здоров'я жінок репродуктивного віку і відображають популяційний підсумок взаємодій економічних, екологічних, культурних, соціально-гігієнічних та медико-організаційних чинників.

При дотриманні регламентованої нормативними засадами системи госпіталізації пацієнток з ризиком перинатальної патології у ПЦ III-го рівня

показники перинатальної, неонатальної і материнської смертності у регіонах переважно визначають ці заклади. За попередніми оперативними даними в аналізованих регіонах засвідчено 18 материнських втрат, з них лише чотири у ПЦ III-го рівня. Так, у Донецькій області із 9-ти материнських втрат дві настало у ЗОЗ I рівня перинатальної допомоги, чотири – у ЗОЗ II рівня перинатальної допомоги, три – у ЗОЗ III рівня перинатальної допомоги, з них жодного випадку не зареєстровано у ПЦ III-го рівня. Із п'яти випадків материнських втрат у Дніпропетровській області одна настала у ЗОЗ I рівня перинатальної допомоги, одна – у ЗОЗ II рівня перинатальної допомоги, три – у ЗОЗ III рівня перинатальної допомоги, з них один випадок у ПЦ III-го рівня. У Луганській області один випадок материнської смертності настав у ЗОЗ III рівня перинатальної допомоги до початку діяльності ПЦ III-го рівня. Усі випадки материнських втрат (по одному випадку) у м. Києві, Житомирській і Харківській областях настали у ПЦ III-го рівня.

Таблиця 2. Залежність виживаності новонароджених у перші 168 годин від маси тіла при народженні та рівнів ЗОЗ, 9 місяців 2013 р. (%)

Адміністративно-територіальна одиниця	Вживаність новонароджених у перші 168 годин з масою тіла при народженні 500–999 г		Вживаність новонароджених у перші 168 годин з масою тіла при народженні 1000–1499 г		Вживаність новонароджених у перші 168 годин з масою тіла при народженні 1500–1499 г		Вживаність новонароджених у перші 168 годин з масою тіла при народженні >2500 г	
	всього в регіоні	в ПЦ III рівня	всього в регіоні	в ПЦ III рівня	всього в регіоні	в ПЦ III рівня	всього в регіоні	в ПЦ III рівня
АР Крим	56,4	61,8	88,9	87,5	99,4	98,9	99,9	99,9
Дніпропетровська	69,9	72	92,1	93,2	98,9	99,3	99,9	99,9
Донецька	65,1	58,3	80,8	91,35	98,2	98,8	99,6	99,3
Житомирська	75	80	84,8	86,6	99,2	99,1	99,9	99,9
Кіровоградська	55	52,9	86,9	94,6	98,1	98,1	99,8	99,8
Луганська	58,1	75	91,3	83,6	98,5	94,5	99,9	99,6
Полтавська	72,7	79,2	85,7	90,6	99,2	98,6	99,6	99,8
Рівненська	74,3	75	90,6	91,4	95,3	100	99,9	99,8
Харківська	70,2	76,4	94,1	97,1	94	98,8	99,9	99,9
Хмельницька	60	71,4	80,9	88,2	98,5	98,1	99,8	99,7
м. Київ	76,8	75,4	87	96	85	96,7	99,9	99,9
Всього	70,9	75,1	88,2	92,2	98,5	98,6	99,8	99,8

Очікувана частка плодово-малюкових втрат ПЦ III-го рівня від їх загальної кількості в регіоні обслуговування при ефективному методичному регулюванні організації перинатальної допомоги повинна наблизитися до 60–70%. Наразі за показниками перинатальних і неонатальних втрат до цих критеріїв можна віднести лише діяльність ПЦ III-го рівня АР Крим, де за період, що вивчався, доля перинатальних втрат від загальної кількості загиблих у регіоні становила 58,7%, а неонатальних – 70,5% (рис. 2).

Більш позитивно порівняно з іншими регіонами за цими критеріями можна оцінити роботу ПЦ III-го рівня м. Києва, Кіровоградської і Полтавської областей, де частка перинатальних і неонатальних втрат становила 33,6%, і 41,2%; 35,6% і 41,7% та 35,1% і 43,6% відповідно.

Потребує посилення робота ПЦ III-го рівня з методичного регулювання потоків госпіталізації у заклади перинатальної допомоги Рівненської і Дніпропетровської областей, де частка перинатальних і неонатальних втрат становила 24,0%

і 16,7%, 22,5% і 29,0% відповідно. Низькі показники концентрації пацієнток з тяжкими летальними випадками в перинатальному і неонатальному періоді у ПЦ III-го рівня Харківської області

(12,4% і 6,6%) зумовлені наявністю в області ще 2-х закладів III рівня перинатальної допомоги, а у ПЦ III-го рівня Луганської області – коротким терміном функціонування закладу.

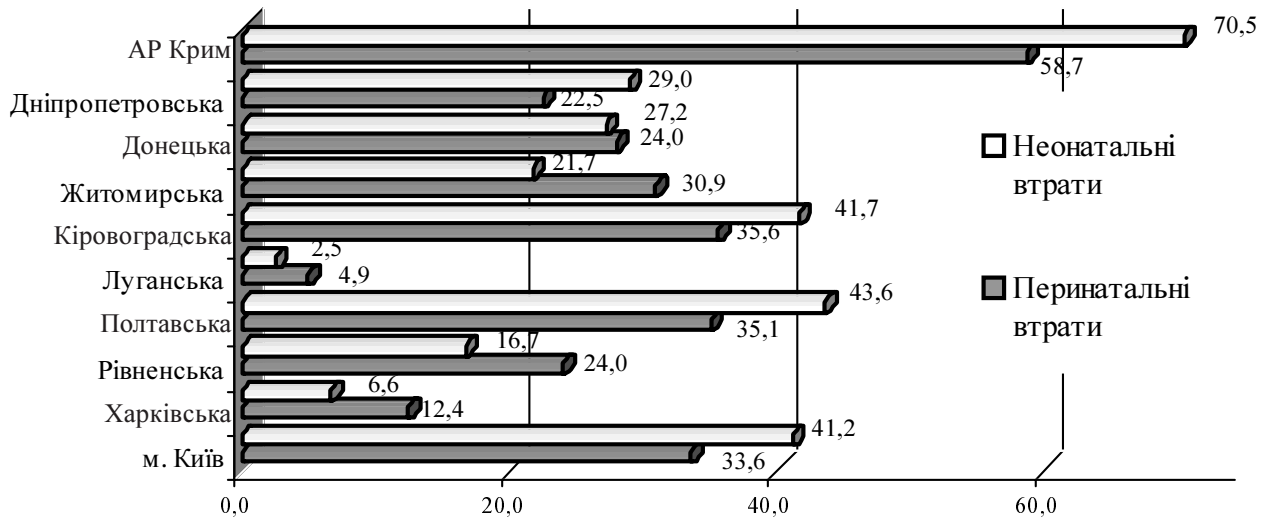


Рис. 2. Порівняльна характеристика частки перинатальних і неонатальних втрат за 9 місяців 2013 р. (% втрат у ПЦ III рівня від загальної кількості втрат у регіоні обслуговування)

Висновки

Результати аналізу засвідчили, що показники питомої ваги пологів у ПЦ III-го рівня у більшості регіонів, де вони функціонують, загалом відповідають орієнтовним розрахункам (17%); нижчі за орієнтовні показники виявлено у Харківській (8,4%), Донецькій (10,8%), Дніпропетровській (10,8%) областях, що потребує вивчення, розширення існуючих або відкриття нових ПЦ III рівня.

Аналіз методичного регулювання організації перинатальної допомоги у регіонах оцінено за показниками індексу концентрації у ПЦ III-го рівня вагітних і новонароджених з високим пренатальним ризиком. Встановлено, що в умовах ПЦ III-го рівня розроджено 75,1% вагітних з вродженими вадами серця і 47,5% з хворобами системи кровообігу при порогових значеннях цих показників не менше 50% і не менше 25–30% відповідно. При цьому в середньому лише 44,5% вагітних з еклампсією важкого ступеня та 31,3% вагітних з цукровим діабетом було розроджено у ПЦ III-го рівня. Незважаючи на короткий термін діяльності Проекту, вже за 9 місяців 2013 р. в умовах ПЦ III-го рівня народилися живими з масою тіла при народженні 500,0–999,0 г 69,4% дітей, з масою тіла 1000,0–1499 г – 58,6%, а з масою тіла 1500,0–2499 г – 33,3%.

Ефективність діяльності Національного проекту підтверджується даними виживаності новонароджених з малою і дуже малою масою тіла при народженні. За даними аналізу, у регіонах, де функціонують ПЦ III-го рівня, виживаність новонароджених з масою тіла при народженні 500,0–999,0 г у перші 168 годин життя коливалася від 64,2% у ЗОЗ I рівня надання перинатальної допомоги до 67,2% у ЗОЗ II рівня надання перинатальної допомоги, 72,4% у ЗОЗ III рівня надання перинатальної допомоги та 75,1% у ПЦ III-го рівня, виживаність новонароджених з масою тіла при народженні 1000,0–1499,0 г становила 80,6%, 83,6%, 91,5% та 92,2% відповідно.

Існує потреба у проведенні ПЦ III-го рівня телемедичних консультацій для закладів перинатальної допомоги первинного і вторинного рівнів, які наразі здійснюються лише у Дніпропетровській області.

Перспективи подальших досліджень. Для проведення аналізу та оцінки регіоналізації перинатальної допомоги, своєчасної корекції виявлених негативних змін доцільне запровадження системи моніторингу та оцінки регіоналізації перинатальної допомоги за скорегованими індикаторами якості та проведення тематичних клінічних аудитів виявлених негативних наслідків.

Список літератури

1. Мурашко М. А. Современные аспекты оказания акушерской помощи в регионе с низкой плотностью населения / М. А. Мурашко. – Сыктывкар, 2005. – 120 с.
2. Національні підходи до впровадження системи регіоналізації перинатальної допомоги в Україні / МОЗ України; за ред. Р.О. Моїсеєнко. – К., 2012. – 135 с.

3. Основная дородовая, перинатальная и постнатальная помощь : мат. учебн. сем. – Женева : ЕРБ ВОЗ, 2002 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://medical-diss.com>. – Название с экрана.
4. Про затвердження Концепції реалізації національного проекту «Нове життя» – нова якість охорони материнства та дитинства» щодо створення мережі регіональних перинатальних центрів» : наказ Державного агентства з інвестицій та Управління національними проектами України № 74 від 08.09.2011 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.arteka.ua/article/115819>. – Назва з екрану.
5. Савельева Г. М. Достижения и перспективы перинатальной медицины / Г. М. Савельева // Акушерство и гинекология. – 2003. – № 2. – С. 3–6.
6. Стратулат П. М. Региональная система оказания перинатальных и неонатальных медицинских услуг в республике Молдова [Электронный ресурс] / П. М. Стратулат, А. М. Куртяну, Т. Н. Карауш. – Режим доступа : <http://sibas.info/index.php>. – Название с экрана.
7. Суханова Л. П. Оптимизация перинатальной помощи как важнейший фактор сохранения здоровья населения России : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Л. П. Суханова. – К., 2010. – 45 с.
8. Organisation of obstetric services for very preterm births in Europe: results from the MOSAIC project / Yvatrice Blondel [et al.] ВJOG116:136401372.

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «НОВАЯ ЖИЗНЬ – НОВОЕ КАЧЕСТВО ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА»

Е.А. Дудина, А.В. Терещенко

ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины», г. Киев
Министерство здравоохранения Украины, Киев

Цель: анализ и оценка первых результатов внедрения Национального проекта «Новая жизнь – новое качество охраны материнства и детства».

Материалы и методы. Проанализирована деятельность перинатальных центров III уровня за разработанными индикаторами качества.

Результаты. В перинатальных центрах было разрожено 75,1% беременных с врожденными пороками сердца, 47,5% с болезнями системы кровообращения, 44,5% с эклампсией тяжелой степени, 31,3% с сахарным диабетом от общего количества пациенток с данной патологией в регионах обслуживания; родились живыми с массой тела при рождении 500,0–999,0 г 69,4% детей, с массой тела 1000,0–1499 г – 58,6%. Выживаемость новорожденных с массой тела при рождении 500,0–999,0 г в перинатальных центрах составила 75,1%, а с массой тела при рождении 1000,0–1499,0 г – 92,2% при соответственно 64,2% и 80,6% в учреждениях перинатальной помощи первичного уровня.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о достаточной доступности высокоспециализированной перинатальной помощи и эффективности деятельности перинатальных центров.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: регионализация, доступность, перинатальный центр, новорожденные, выживаемость.

FIRST RESULTS OF ACTIONS OF THE NATIONAL PROJECT «NEW LIFE» – NEW QUALITY OF MATERNITY AND CHILDHOOD PROTECTION»

О.О. Dudina, A.V. Tereshchenko

SI «Ukrainian Institute of Strategic Researches Ministry of Health of Ukraine», Kyiv
Ministry of Health of Ukraine, Kyiv

Purpose: Analysis and evaluation of the first results of implementation the National project «New life» – new quality of maternity and childhood protection».

Materials and methods. Activity of perinatal centers of III level on developed quality indicators has been analyzed.

Results. In perinatal centers there were bore 75,1% of pregnant women with congenital heart diseases, 47,5% with cardiovascular diseases, 44,5% of the EC-lampsy severe degree, 31,3% with diabetes from total number of patients with this pathology in regions of reception, are born live with birth weight 500,0–999,0 g 69,4%, infants with weight 1000,0–1499 g – 58,6%. The survival rate of infants with birth weight 500,0–999,0 g in perinatal centers was 75,1%, and birth weight 1000,0–1499,0 g – 92,2% respectively 64,2% and 80,6% in perinatal facilities of primary level.

Conclusions. The obtained data confirms availability of adequate tertiary perinatal care and efficiency of perinatal centers activity.

KEY WORDS: regionalization, perinatal center, newborns, survival.

Рукопис надійшов до редакції 10.02.2014

Відомості про авторів:

Дудина Олена Олександрівна – к.мед.н., завідувач відділення охорони здоров'я матері і дитини ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; тел. роб.: (044)576-41-16.

І.Ю. БАТМАНОВА¹, Г.О. СЛАБКИЙ²

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ З ХВОРОБАМИ КРОВІ ТА КРОВОТВОРНИХ ОРГАНІВ

¹Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, Україна

²ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Мета: обґрунтувати та розробити сучасну модель надання медичної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів на регіональному рівні.

Матеріали і методи. У дослідженні використано бібліосемантичний, системного підходу, аналітико-синтетичний методи.

Результати. Розроблена модель ґрунтується на принципово нових функціонально-організаційних підходах: створення структурованої за рівнями медичної допомоги моделі із залученням до надання гематологічної допомоги на первинному рівні лікарів загальної практики – сімейних лікарів; на вторинному рівні в рамках госпітального округу створення діагностично-консультативних кабінетів з денними стаціонарами та на третинному рівні в складі обласної клінічної лікарні – обласного гематологічного центру.

Висновки. Недоліки у наданні гематологічної допомоги пов'язані з організаційно-управлінськими аспектами. Стратегічним напрямком розробленої моделі стало підвищення якості, ефективності та доступності гематологічної допомоги через реалізацію заходів управлінського та організаційного характеру. Структурну основу запропонованої моделі складають наявні ресурси системи охорони здоров'я, однак її впровадження вимагає додаткових фінансових ресурсів на матеріально-технічне забезпечення відповідно до галузевих стандартів.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: хвороби крові та кровотворних органів, організація медичної допомоги, модель.

На фоні зростання захворюваності населення на хвороби крові та кровотворних органів виявлено недоліки у всіх компонентах системи гематологічної медичної допомоги [1-7]. Дослідження дозволило встановити, що більшість виявлених недоліків у системі медичної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів пов'язані з організаційно-управлінськими аспектами – структурною організацією як амбулаторної, так і стаціонарної медичної допомоги на територіальному рівні, відсутністю сучасних організаційних та клінічних технологій, що призводить до високого рівня інвалідизації та смертності населення.

Мета роботи: обґрунтувати та розробити сучасну модель надання медичної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів на регіональному рівні.

Матеріали і методи. У дослідженні використано бібліосемантичний, системного підходу, аналітико-синтетичний методи, результати власних досліджень.

Результати дослідження та їх обговорення. Удосконалення медичної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів можливе у рамках реформування системи медичної допомоги населенню.

Ключовою ідеєю є послідовне вирішення пріоритетної проблеми забезпечення пацієнтів з хво-

роби крові та кровотворних органів якісною та доступною медичною допомогою шляхом оптимізації структури і процесів надання гематологічної медичної допомоги. Розробка практичної моделі проводилася з позиції системного підходу на рівні системи гематологічної допомоги у великій промисловій області в цілому.

Досягнення кінцевої мети підвищення якості та доступності медичної допомоги пацієнтам з хворобами крові та кровотворних органів потребують вирішення конкретних задач: структурної перебудови гематологічної служби з рішенням проблеми ресурсного, у тому числі кадрового, забезпечення; безперервного підвищення якості гематологічної медичної допомоги (ГМД) та управління службою.

Структурна перебудова служби передбачає на рівні первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) залучення до надання медичної допомоги пацієнтам гематологічного профілю лікарів загальної практики-сімейних лікарів (ЛЗП-СЛ) в межах затверджених кваліфікаційних характеристик та їх компетенцій. На вторинному рівні на базі лікарень для інтенсивного лікування пацієнтів створення спеціалізованих діагностико-консультативних спеціалізованих гематологічних кабінетів (діагностична база формується за рахунок лікарні). Спеціалізовані стаціонарні відділення для надання медичної допомоги вказаній категорії пацієнтів формуються з розрахунку одне

відділення на 40 ліжок на 1 млн жителів області. Для надання високоспеціалізованої медичної допомоги пацієнтам з хворобами крові та кровотворних органів формується обласний спеціалізований гематологічний центр з консультативним кабінетом, стаціонарним відділенням. На базі цієї лікарні в складі обласного діагностичного центру формується лабораторія проведення високозатратних та високотехнологічних досліджень для верифікації діагнозу з метою визначення схеми лікування.

Питання ресурсного забезпечення вирішується шляхом укомплектування усіх структур, які задіяні у процесі надання медичної допомоги хворим з хворобами крові та кровотворних органів, відповідно до табелів оснащення та їх фінансуванням з різних джерел, не заборонених законодавством, відповідно до протоколів надання медичної допомоги.

Рішення задачі кадрового забезпечення служби передбачає сучасну підготовку лікарів-гематологів стаціонарних відділень та діагностично-консультативних кабінетів, позаштатних лікарів-гематологів на рівні адміністративних територій (із числа спеціалістів іншого профілю) та лікарів загальної практики/сімейної медицини з медичної допомоги пацієнтам з хворобами крові та кровотворних органів відповідно до нових технологій надання гематологічної медичної допомоги, що ґрунтується на доказах. Для цього пе-

редбачено створення системи безперервної післядипломної професійної підготовки спеціалістів шляхом організації навчально-тренінгового центру на базі спеціалізованого обласного гематологічного центру.

Безперервне підвищення якості гематологічної медичної допомоги забезпечується шляхом розробки локальних клінічних протоколів на рівні госпітального округу з надання гематологічної допомоги, які ґрунтуються на національних протоколах та доказовій базі і відповідають кращим світовим взірцям; запровадження системи контролю якості медичної допомоги відповідно до індикаторів якості ГМД.

Загальне управління гематологічною службою на рівні області забезпечує Департамент охорони здоров'я обласної державної адміністрації, для чого введена посада обласного позаштатного лікаря-гематолога. Для підвищення відповідальності територіальних органів управління охороною здоров'я в обов'язки заступників начальників управлінь вводиться персональна їх відповідальність за організацію гематологічної допомоги населенню. Роботу в цьому напрямку вони організують через відповідних позаштатних спеціалістів та заступників головних лікарів закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) з лікувальної роботи.

Обґрунтована і розроблена функціонально-організаційна модель надання ГМД на рівні області представлена на рисунку.

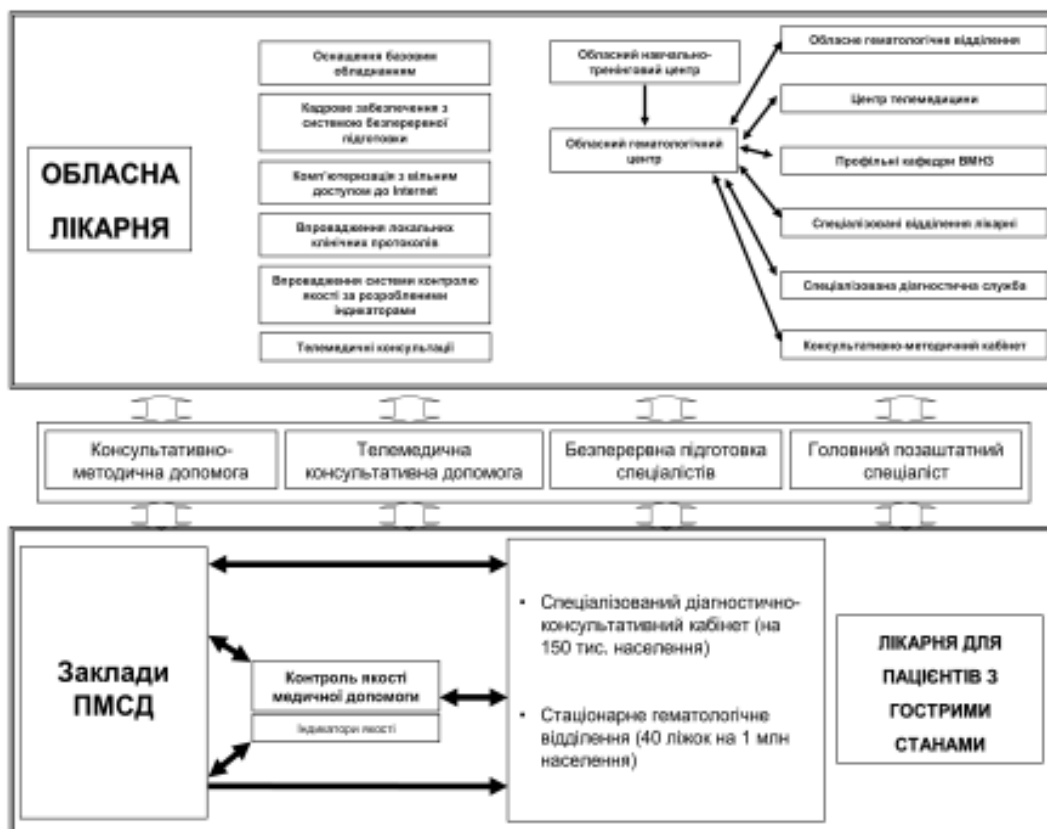


Рис. Функціонально-організаційна модель надання гематологічної медичної допомоги на рівні області

Зв'язок спеціалістів обласної лікарні зі спеціалістами ЗОЗ нижчих рівнів надання медичної допомоги здійснюється шляхом:

- проведення семінарів, тренінгів та практичних занять для лікарів-гематологів, лікарів-спеціалістів іншого профілю, які задіяні у наданні медичної допомоги пацієнтам з хворобами крові та кровотворних органів та ЛЗП-СЛ на базі створеного при обласній лікарні тренінгового центру з метою безперервної їх професійної підготовки;
- організації виїзних планових та ургентних консультацій спеціалістів обласної лікарні в ЗОЗ II рівня надання медичної допомоги;
- організації телемедичних консультацій, що дасть можливість прискорити надання висококваліфікованої гематологічної допомоги в складних випадках.

Стратегічним напрямком обґрунтованої та розробленої моделі стало підвищення якості, ефективності та доступності медичної допомоги пацієнтам при захворюваннях крові та кровотворних органів через реалізацію заходів управлінського та організаційного характеру.

Тактичним напрямком моделі стала структуризація гематологічної медичної допомоги за рівнями її надання: первинним, вторинним та третинним.

Центральним елементом запропонованої функціонально-організаційної моделі надання гематологічної медичної допомоги на рівні області стає обласний гематологічний центр з визначеними функціями у складі обласної клінічної лікарні.

Структурну основу моделі надання медичної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів складають наявні ресурси діючої системи охорони здоров'я.

Її впровадження вимагає додаткових фінансових ресурсів на матеріально-технічне забезпечення відповідно до галузевих стандартів.

Висновки

Інноваційним є обґрунтування принципово нових функціонально-організаційних підходів до надання гематологічної медичної допомоги. Вони полягають у створенні структурованої за рівнями медичної допомоги моделі із залученням до надання гематологічної допомоги на первинному рівні ЛЗП-СЛ відповідно до їх компетенцій; на вторинному рівні створення діагностично-консультативних кабінетів з денними стаціонарами та стаціонарних гематологічних відділень з розрахунку 40 ліжок на 1 млн населення, а на третинному рівні у складі обласної клінічної лікарні – обласного гематологічного центру з визначеними функціями.

Другою інновацією є безперервна післядипломна підготовка спеціалістів: лікарів-гематологів, ЛЗП/СМ, лікарів інших профілів, які причетні до надання медичної допомоги пацієнтам з хворобами крові та кровотворних органів (хірурги, акушери-гінекологи, гастроентерологи, терапевти тощо).

Третьою інновацією є запровадження сучасної системи контролю якості гематологічної медичної допомоги шляхом впровадження індикаторів якості гематологічної медичної допомоги з розробкою локальних клінічних протоколів на рівні госпітального округу.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням доступності та якості медичної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів в умовах реформування галузі.

Список літератури

1. Батманова І. Ю. Об организации медицинской помощи больным с лимфогрануломатозом / И. Ю. Батманова, Г. А. Слабкий // Укр. мед. альм. – 2005. Т. 8, № 4. – С. 23–27.
2. Батманова І. Ю. Динаміка захворюваності дорослого населення Донецької області на хвороби крові та кровотворних органів / І. Ю. Батманова, Г. О. Слабкий // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2006. – № 3. – С. 29–34.
3. Батманова І. Ю. До моделі організації медичної допомоги хворим на лімфогранулематоз на регіональному рівні / І. Ю. Батманова, Г. О. Слабкий // Матеріали X конгр. Світової федерації українських лікарських товариств. Чернівці–Київ–Чикаго, 2004. – С. 628.
4. Батманова І. Ю. Оцінка гематологічними хворими стану стаціонарної спеціалізованої медичної допомоги / І. Ю. Батманова // Вопросы здравоохранения Донбасса: сб. научн. статей. – Донецк, 2005. – С. 37–40.
5. Батманова І. Ю. Питання надання медичної допомоги гематологічним хворим в рамках сімейної медицини / І. Ю. Батманова, Г. О. Слабкий // Міжнар. мед. журн. – Спецвип. : Матеріали II з'їзду лікарів загальної (сімейної) практики України, 25-26 жовт. 2005 р. – С. 81.
6. Батманова І. Ю. Проблеми організації стаціонарної допомоги пацієнтам з хворобами крові та кровотворних органів у Донецькій області / І. Ю. Батманова, Г. О. Слабкий // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2006. – № 2. – С. 59–62.
7. Батманова І. Ю. Щодо оптимізації організації гематологічної допомоги на рівні великого промислового регіону / І. Ю. Батманова // Матеріали XI конгр. світової федерації Українських лікарських товариств. – Полтава–Київ–Чикаго, 2006. – С. 665.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ С БОЛЕЗНЯМИ КРОВИ И КРОВЕТВОРНЫХ ОРГАНОВ*И.Ю. Батманова¹, Г.А. Слабкий²*¹Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Украина²ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины»

Цель: обосновать и разработать современную модель оказания медицинской помощи больным болезнями крови и кроветворных органов на региональном уровне.

Материалы и методы. В исследовании использованы библиосемантический, системного подхода, аналитико-синтетический методы.

Результаты. Разработанная модель основана на принципиально новых функционально-организационных подходах: создание структурированной по уровням медицинской помощи модели с привлечением к оказанию гематологической помощи на первичном уровне врачей общей практики – семейных врачей; на вторичном уровне в рамках госпитального округа создание диагностически-консультативных кабинетов с дневными стационарами и на третичном уровне в составе областной клинической больницы – областного гематологического центра.

Выводы. Недостатки в оказании гематологической помощи связаны с организационно-управленческими аспектами. Стратегическим направлением разработанной модели стало повышение качества, эффективности и доступности гематологической помощи через реализацию мер управленческого и организационного характера. Структурную основу предложенной модели составляют наличные ресурсы системы здравоохранения, однако ее внедрение требует дополнительных финансовых ресурсов и материально-технического обеспечения в соответствии с отраслевыми стандартами.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: болезни крови и кроветворных органов, организация медицинской помощи, модель.

MODERN APPROACHES TO HEALTH CARE ORGANIZATION TO THE POPULATION WITH DISEASES OF BLOOD AND BLOOD-FORMING BODIES*I.Yu. Batmanova¹, G.O. Slabky²*¹Donetsk National Medical University named after M. Gorky, Ukraine²SI «Ukrainian Institute of Strategic Research of MPH of Ukraine»

Purpose: to substantiate and develop modern model of medical care for patients with diseases of blood and blood-forming bodies at the regional level.

Materials and methods. In study biblio semantic, systematic approach, analytical and synthetic methods are used.

Results. The developed model is based on essentially new functional and organizational approaches: creation of structured model on levels of health care with involving the provision of haematology care at the primary level of general practice / family doctors, at the secondary level within the framework of hospital district creating diagnostic advisory offices of the day-care hospitals and at tertiary level in structure of regional clinical hospital – regional haematology centre.

Conclusions. Lacks of haematology care provision related to organizational and managerial aspects. Strategic direction of the developed model became of quality, effectiveness and accessibility improvement of haematology care through realization of management and organizational measures. The structural basis of the proposed model is made with available resources of health care, but its implementation requires additional financial resources for logistical support according to industry standards.

KEY WORDS: diseases of blood and blood-forming bodies, organization of health care, model.

Рукопис надійшов до редакції 05.12.2013 р.

Батманова Ірина Юріївна – заступник генерального директора Донецького обласного клінічного територіального медичного об'єднання.

Слабкий Геннадій Олексійович – д.мед.н., проф., директор ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; тел.: (044) 576-41-19.

А.О. КОВАЛЬЧУК (Тернопіль)

ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ МЕДИКО-ТЕХНІЧНОЇ БАЗИ ДЛЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТЯЖКО ОБПЕЧЕНИХ ХВОРИХ

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

Мета дослідження: вивчити внесок вітчизняних та зарубіжних науковців у розвиток хірургічних технологій відновлення втраченого шкірного покриву в обпечених хворих та виявити основні тенденції розвитку сучасних методів лікування обширних дефектів тканин при опіковій хворобі.

Матеріали і методи: проведено систематичний аналіз наукових джерел інформації щодо участі провідних науковців у розвитку хірургічних технологій відновлення втраченого шкірного покриву в обпечених хворих.

Результати дослідження. У статті наведені дані про основні віхи розвитку відновної хірургії термічних уражень у тяжко обпечених хворих, розглянуто сучасні тенденції у лікуванні вказаної категорії пацієнтів. Відмічені основні проблеми медико-технічного забезпечення у вітчизняній комбустіології та шляхи їх вирішення.

Висновки. Багатолітній досвід лікування тяжко обпечених створив підґрунтя для утворення нових напрямків у відновній хірургії термічної травми. Розроблена в Україні серія високотехнологічних інструментів для отримання донорського шкірного субстрату стала базовим обладнанням для вирішення складних завдань хірургічного лікування обпечених у вітчизняній комбустіології.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: електродерматом, аутодермопластика, опіки.

Своєчасне та ефективне лікування хворих з опіковою патологією на сьогодні залишається одним з найбільш складних завдань сучасної медицини. Незважаючи на значний прогрес у лікуванні хворих з важкою опіковою травмою, летальність серед осіб з даною патологією не знижується.

Тактика хірургічного лікування глибоких опіків у більшості випадків вимагає проведення некректомії уражених тканин та подальшої пластики дефекту. Для радикального лікування глибоких опікових уражень в клінічну практику впроваджена велика кількість різноманітних методик хірургічного відновлення пошкоджених тканин [2;3;6;7;8;12;13;18]. При цьому адекватний підбір медичного обладнання для вирішення вказаних завдань визначає успіх проведення оперативного втручання.

Мета дослідження: вивчити внесок вітчизняних та зарубіжних науковців у розвиток хірургічних технологій відновлення втраченого шкірного покриву в обпечених хворих та виявити основні тенденції розвитку сучасних методів лікування обширних дефектів тканин при опіковій хворобі.

Матеріали і методи. Проведено систематичний аналіз наукових джерел інформації щодо участі провідних науковців у розвитку хірургічних технологій відновлення втраченого шкірного покриву в обпечених хворих.

Для вирішення проблеми ефективного лікування ран у хворих з глибокими опіками великої площі на базі опікового відділення Тернопільської

міської клінічної комунальної лікарні швидкої допомоги (ТМКЛШД) розроблено серію медичних виробів під назвою «Електродерматом ДК-717». Інструменти дозволені до використання в медичній практиці наказом МОЗ України №1050 та внесені до Державного реєстру (свідоцтво про державну реєстрацію №12203/2012) медичної техніки та виробів медичного призначення від 14.12.2012. Розроблена серія високотехнологічного обладнання знайшла широке застосування в опікових відділеннях, хірургічних і травматологічних стаціонарах України.

Результати дослідження та їх обговорення: На сьогоднішній день арсенал відновного лікування опікової травми включає різноманітні напрямки. Однак найбільш поширеним методом відновлення цілісності шкірного покриву залишається вільна пластика шкіри. Пластичному закриттю опікової рани передують її підготовка, що полягає в очищенні рани від некротичних тканин і формуванні ложа, сприятливого для приживлення трансплантатів. Підготовка опікових ран до аутодермопластики може проводитися в різні терміни і різними методами. У всіх випадках за ключним етапом є закриття ранової поверхні шкірним аутодермопластатом.

Революційні зрушення в лікуванні опікової травми відбулись в 1869 році, коли швейцарець J.Reverdin пересадив маленький епідермальний клапоть пацієнта на гранулюючу рану. Згодом С. Шклярівський (1870), А.С. Яценко (1871), СМ. Янович - Чайнський (1871) докладно розробили і вдосконалили пересадку шкіри дрібними

шматочками на гранулюючі поверхні ран. А в 1874 році K.Thiersch запропонував пересаджувати аутологічні шкірні трансплантанти шириною 1 см, товщиною 0,3-0,4 мм [11].

Радикальне покращення можливостей лікування після опікових ран великої площі з'явилося в 1939 році, коли за пропозицією та в співпраці з лікарем E. Padjett інженер G.I. Hood сконструював дерматом – спеціальний інструмент для взяття чітко дозованих по товщині шкірних трансплантатів значної площі [16].

Дерматом як спеціальний медичний інструмент для зняття тонкого шкірного клаптя з донорської ділянки знайшов застосування переважно в комбустіології. Його використовують, як відомо, з метою отримання трансплантата для пластики опікового дефекту після опіків III ступеня [1]. З винаходом дерматома з'явилася можливість з успіхом знімати широкі й тонкі шкірні клапті без їх пошкодження, що сприяло загоєнню донорських ран і забезпечувало значно краще приживлення клаптя в області рани.

Незабаром після появи першого дерматома зусиллями винахідників було створено різні моделі вказаних інструментів з різними механізмами дії, які дозволяли ще більш точно встановлювати товщину і розміри шкірних трансплантатів, забезпечували швидкість і надійність виконуваної операції. У 1946 році перший дисковий дерматом в СРСР сконструював М.В. Колокольцев. Перший зворотно-поступальний дерматом в СРСР був розроблений і випущений на заводі “Червоногвардієць” в Ленінграді.

До сьогодення в Україні користується великою популярністю серія дискових електродерматомів (ДЕД) з електроприводом і дисковими ножами. Це складні високоточні пристрої, призначені для зрізування і перфорації шкірних клаптів при пластичних операціях, а також для видалення некротизованих тканин. Остання модель вказаного типу інструментів була запропонована в 1990 році російськими науковцями (дерматом Мензула-Дроздова) [20].

Таблиця 1. Медико-технічна характеристика дерматомів типу ДЭД

№ п/п	Найменування дерматома	Діаметр ножа, мм	Частота обертання ножа, об./хв
1	ДЭД-25	25	1500
2	ДЭД-35	35	1500
3	ДЭД-45	45	1500
4	ДЭД-55	55	1000
5	ДЭД-65	65	1000
6	ДЭД-75	75	450
7	ДЭД-100	100	450

До покращених технічних можливостей дерматома слід віднести наявність змінних насадок із можливістю отримання зрізів товщиною від 0,1 до 1,0 мм включно, причому товщина зрізу задається з кроком в 0,1 мм і регульовану частоту обертання ножа в межах від 70 до 2200 об./хв включно із плавним регулюванням вказаного параметра. Інші переваги цього дерматома полягають у збереженні цілісності шкірного клаптя при його зрізуванні і перфоруванні; підвищена потужність електропривода дерматома; усунення необхідності в додатковому інструменті при роботі з перфоратором; скорочення тривалості хірургічної операції; спрощення процесу обробки інструмента (стерилізації); мала маса і компактність інструмента [Регистрационное удостоверение Министерства здравоохранения Российской Федерации №29/0111011202\5022-03 от 17 марта 2003 г.].

На сьогоднішній день розроблена велика кількість різноманітного ріжучого інструментарію для трансплантації шкіри з різними механізмами дії [9;14;15;19;21;22], кожен з яких має свої пе-

реваги і недоліки. В опікових центрах країн Європи широко застосовуються зворотно-поступальні дерматоми [23]. Прикладом такого інструмента може бути електродерматом Брауна, конструктивною перевагою якого є можливість взяття тонких ауто трансплантатів шкіри великої площі, товщиною 0,1 мм.

Цілком очевидно, що вибір типу дерматома для вирішення конкретних завдань і цілей оперативного втручання визначається можливістю отримання різних за товщиною клаптів. Загальний досвід дермопластики свідчить про те, що найкраще приживаються тонкі, а гірше – товсті клапті.

Одним із досягнень сучасної дермопластичної хірургії слід вважати застосування сітчастих ауто трансплантатів шкіри. Методика передбачає проведення перфорації попередньо зрізаних ауто трансплантатів шкіри з допомогою спеціальних перфораторів, що дозволяє збільшити площу трансплантату у співвідношеннях 6:1 та 9:1.

Оригінальну технологію збільшення площі аутопластичного закриття ран запропонували американські хірурги Meek et Wall в 1958 році

[35;36]. Методика передбачала фіксацію ауто-трансплантатів на спеціальних пластинах з пробкового дерева та розділення шкірних клаптів на окремі сегменти розміром 3x3 мм. В подальшому ауто-трансплантати переносять на попередньо складені поліетиленові серветки при розгортанні яких мікроауто-трансплантати віддаляються один від одного, це дозволяє збільшити площу донорської шкіри у співвідношенні 1:3, 1:4, 1:6 і 1:9. Запропоновану технологію на сьогоднішній день удосконалили винахідники із західної Європи V. Bursen et T. Klign. Для широкого клінічного впровадження запропонованої технології нідерландська компанія Numesa розробила високо-професійне технічне обладнання [29;41].

Нові підходи у вирішенні проблеми дефіциту донорських ресурсів шкіри пропонують українські науковці. Так, О.Є. Грязін розробив методику закриття ранових поверхонь аутомікродермо-трансплантатами, іммобілізованими в дермі ксенотрансплантатів. Автором доведена висока продуктивність розробленої технології, яка в 20 разів перевищує ефективність традиційної аутодермопластики. Аналогічний за принципом метод збільшення площі пластичного закриття ран пропонує В.І. Нагайчук. В основі методики лежить комбінація мікроаутодермопластики з ксенопластиком ран [4;17;27].

У сучасній літературі при викладенні результатів досліджень, пов'язаних з новими підходами до проблеми регенерації дефектів тканин, останнім часом усе частіше застосовують терміни «регенераційна біологія» або «регенераційна медицина» [37], що засвідчує інтерес дослідників до загальнобіологічних і загальнопатологічних аспектів вивчення опікової травми. При цьому важливий напрямок досліджень зорієнтовано на застосування культивованих *in vitro* кератиноцитів. Так, J. Rheinwald та H. Green продовжують вивчати ефективність методу культивування кератиноцитів та отримання епітеліальних пластів великої площі, які у тисячі разів перевищують первинний розмір аутологічного матеріалу [39;40].

Продовжуються дослідження клінічної ефективності застосування живого еквіваленту шкіри як біологічної конструкції, яка складається з аlogenних, аутологічних фібробластів та кератиноцитів або їх суміші. Живий еквівалент шкіри застосовується при глибоких опіках та при глибоких тримірних дефектах шкірного покриву, а також є перспективною моделлю для вивчення процесів регенерації і морфогенезу *in vitro* [10;24;25;26;38;42;43], особливо реакцій імунної відповіді [5;34]. До перспективних слід віднести досягнення клітинної і тканинної інженерії, які ґрунтуються на використанні культивованих клітин людини. Це дозволяє відновлювати пошкоджені тканини за рахунок імплантації або трансплантації культивованих *in vitro* клітин із здорових тка-

нин і органів, зокрема фібробластів та кератиноцитів [28;30;31;32;33].

Однак реалізація вищеописаних технологій потребує високоякісних реактивів та спеціалізованого лабораторного обладнання для культивування клітин *in vitro* і в практичному аспекті є недоступним методом лікування для переважної більшості опікових відділень нашої держави.

Тому вільна аутодермопластика, завдяки відносній своїй простоті та доступності вважається «золотим стандартом» при наданні хірургічної допомоги хворим не тільки з критичними, а й обмеженими термічними ураженнями. Разом з тим слід зазначити, що в останні роки в дермато-пластичній хірургії істотно зросли вимоги до функціональних та естетичних результатів лікування обпечених. Ця обставина спонукає до перегляду й вдосконалення традиційного підходу при визначенні показань до вільної аутодермопластики глибоких опіків. Не менш важливе прикладне значення має також розробка та впровадження в повсякденну клінічну практику альтернативних, більш ефективних пластичних операцій.

На жаль, сучасні реалії такі, що ті моделі ріжучого інструментарію для трансплантації шкіри, які використовують в опікових центрах України, є морально застарілими та фізично зношеними, оскільки вони виготовлені ще в 70–80-ті роки минулого століття. Навіть при своєчасному технічному обслуговуванні даних інструментів існує постійна проблема адекватного підбору ножів, які при повторному використанні працюють неефективно, це пов'язано з впливом фізичних та хімічних факторів стерилізації. Окрім того застарілі конструкції електродерматомів не відповідають сучасним вимогам хірургічної пластики ран, оскільки ці інструменти не спроможні проводити якісний забір ультратонких трансплантатів шкіри, застосування яких вкрай важливе при лікуванні обпечених хворих з вираженим дефіцитом донорських ресурсів шкіри. Тому проблема сучасного інструментального забезпечення для хірургів, які займаються опіковими травмами, стоїть надто гостро. Новітні ж зразки відомих зарубіжних брендів, які нині активно використовують наші зарубіжні колеги, високоякісні, а відтак практично недоступні для вітчизняної охорони здоров'я.

Для вирішення вищевказаних задач на базі курсу комбустіології ТМКЛШД тривалий час (протягом останніх 7 років) розроблялось спеціалізоване високоточне медичне обладнання.

Серія високотехнологічних інструментів представлена в трьох виконаннях :

а) виконання 00 – електродерматом з ріжучою голівкою одноразового використання. Технологія одноразовості дозволяє підвищити рівень епідеміологічної безпеки під час роботи в хірургічному стаціонарі, знижує до мінімуму ризик внутрішньолікарняного зараження пацієнтів

Таблиця 2. Технічні параметри медичного виробу «Електродерматом ДК-717»

Технічні параметри	Варіанти виконання електродерматом		
	виконання 00	виконання 01	виконання 02
Ширина клаптя шкіри (мм)	70	120	100
Частота обертів шпинделя електроприводу (об/хв)	5000	3000	600
Тривалість циклу роботи (хв)	30	20	20
Габаритні розміри (мм)	295x95x40	245x125x40	300x110x40
Вага (кг)	0,9	1,3	1,3

небезпечними інфекціями, зокрема ВІЛ-інфекцією, вірусами гепатиту (В) і (С), а також значно скорочує час підготовки до операції. Технологічні параметри одноразової ріжучої головки дозволяють проводити забір ультратонких трансплантатів шкіри (товщиною 0,06-0,1 мм), застосування яких дозволяє зберегти донорські ресурси шкіри у хворих з глибокими опіками великої площі, що особливо важливо при лікуванні тяжко-обпечених дітей. Однією з переваг дерматом є можливість повторного використання його в ургентних випадках, що забезпечується швидкою заміною одноразової стерильної ріжучої голівки і використанням спеціального стерильного рукава для захисту системи приводу;

в) виконання 01 – електродерматом з лінійною ріжучою голівкою багаторазового використання. Інструмент дозволяє проводити забір трансплантатів шкіри з рівними краями, шириною 120 мм. Такі трансплантати використовують для пластики дефектів великих розмірів при проведенні пластичних операцій в косметично і функціонально важливих ділянках (пластика дефекту після видалення рубців, пухлин);

с) виконання 02 – дисковий електродерматом з ріжучою голівкою багаторазового використання. Вказана модель електродерматом ефективно застосовується при пошаровому видаленні змертвілих тканин при проведенні некретомії. Також інструмент використовують для отримання трансплантатів шкіри в складно-доступних донорських ділянках.

Ріжуча частина дерматом у 01 та 02 виконаннях підлягає стерилізації шляхом автоклавування. Система локального приводу з блоком

акумуляторних батарей є герметичною і витримує хімічну стерилізацію.

Таким чином вищеописана універсальна серія спеціалізованого медичного обладнання дає можливість вирішити різні задачі хірургічної пластики глибоких дефектів дерми. Інструменти успішно пройшли доклінічні та клінічні випробування і стали доступними для практикуючих хірургів, комбустіологів, дерматологів. Сьогодні, електродерматом українського виробництва знайшов використання в 54 стаціонарах хірургічного профілю та в 22 спеціалізованих обласних опікових відділеннях нашої держави.

Висновки

1. Багатолітній досвід лікування тяжко обпечених створив підґрунтя для утворення нових напрямків у відновній хірургії термічної травми. Разом з цим переважна більшість методів відновлення втраченого шкірного покриву, які впроваджені в клінічну практику є взаємодоповнюючими і тому застосування відомих традиційних технологій в комбінації з новітніми методами формулюють сучасну тактику і стратегію лікування опікових ран.

2. Розроблена в Україні серія високотехнологічних інструментів для отримання донорського шкірного субстрату стала базовим обладнанням для вирішення складних завдань хірургічного лікування обпечених у вітчизняній комбустіології.

Перспективи подальших досліджень полягають у пошуку та поглибленому вивченні новітніх методів напрямленої корекції регенераторного процесу глибоких опікових ран великої площі у тяжко обпечених хворих

Список літератури

1. Арьев Т. Я. Термические поражения / Т. Я. Арьев. – Ленинград, 1966. – 703 с.
2. Герич І.Д. Аналіз якості раннього хірургічного лікування опечених: реконструктивний аспект / І.Д. Герич, В.С. Савин, Р.В. Яремкевич // Шпитальна хірургія. – 2003. – № 3. – С. 88-89.
3. Грязін О.Є. Оптимізація раннього хірургічного лікування опікових ран шляхом подолання дефіциту донорських ресурсів шкірного покриву у важко обпечених : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.03 «Хірургія» / О.Є. Грязін. – Харків, 2006. – 25 с.
4. Грязин А. Е. Профилактика углубления пограничных ожогов и донорских ран как способ сохранения донорских ресурсов кожи у тяжелообожженных в технологии раннего хирургического лечения ожогов / А. Е. Грязин // Харківська хірургічна школа : Медичний науково-практичний журнал. – 2005. – № 2. – С. 41–46.
5. Данилов Р. К. Жизнеспособность и гибель клеток в репаративном гистогенезе / Р. К. Данилов, Г. Я. Графова, Ю. К. Хилова // Физиологические и клинические проблемы апоптоза : труды ВМедА ; под ред. В. С. Новикова, В. Н. Цыгана. – СПб., 1998. – С. 21–24.

6. Довбуш А.В. Засоби та методи закриття опікової рани / А.В. Довбуш., К.С. Волков // Наукові записки Тернопільського державного педагогічного університету. – 2000. – №3(10). – С. 88–91.
7. Ефективність трансплантації м'язових перфорантних клаптів / С.П. Галич, О.Ю. Дабіжа, О.Ю. Фурманов [та ін.] // Клінічна хірургія. – 2007. – № 11/12. – С. 12.
8. Жернов О.А. Шкірно-жирова пластика в реконструктивній і відновній хірургії наслідків опіків верхніх кінцівок / О.А. Жернов // Хірургія України. – Київ, 2004. – № 1. – С. 93–96.
9. Золтан Я. Оперционная техника и условия оптимального заживления ран / Я. Золтан. – Будапешт : Изд-во Академии наук Венгрии, 1977. – 296 с.
10. Использование фибробластов для лечения гранулирующих ран / Хрупкин В.И., Низовой А.В., Леонов С.В. [и др.] // Воен.-мед. журн. – 1998. – № 1. – С. 38-42.
11. История, проблемы и современные методы хирургического лечения ожоженных / В. Д. Фёдоров, А. А. Алексеев, М. Г. Крутиков [та ін.] [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.burn.ru/library/n01/original/hirlech/index.html>. – Название с экрана.
12. Італійський та індійський методи пластики в хірургічному лікуванні м'яких тканин / М.Д. Желіба, В.І. Нагайчук, А.В. Поворозник [та ін.] // Клінічна хірургія. – 2005. – № 11/12. – С. 27.
13. Козинець Г.П. Опікова хвороба / Г.П. Козинець, О.Н. Коваленко, С.В. Слесаренко // Мистецтво лікування. – 2006. – № 12. – С. 9-15.
14. Коптюх В. В. Дерматом валиковий / В. В. Коптюх, М. П. Перепелиця // Шпитальна хірургія. – 2006. – № 2. – С. 87–88.
15. Коптюх В. В. Дерматом з осцилюючим ріжучим елементом / В. В. Коптюх // Шпитальна хірургія. – 2004. – № 3. – С. 102–104.
16. Лавров В. А. Комбустиология: вопросы истории / В. А. Лавров, А. А. Алексеев [Электронный ресурс] – Режим доступа : <http://www.burn.ru/all/number/show/?id=3490>. Название с экрана.
17. Нагайчук В. І. Роль раннього оперативного лікування з використанням біоактивованих ксенодермотрансплантатів в профілактиці рубців у хворих з поверхневими опіками / В. І. Нагайчук // Вісник наукових досліджень. – 2007. – № 2. – С. 69–71.
18. Обґрунтування доцільності проведення, методика виконання та ефективність раннього хірургічного лікування хворих з опіками : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.03 «Хірургія» / В.М. Таран. – Тернопіль, 2001. – 22 с.
19. Пат. UA29331, МПК А61В17/00. Блок електроприводу дерматома / Ковальчук А. О., Пекальчук М. П. (UA). – № 2007.10121 ; заявл. 10.09.07 ; опубл. 10.01.08, Бюл. № 1.
20. Пат. SU 1817692, МПК: А61В 17/322. Дерматом / Дроздов К. А., Мензул В. А. (SU). – №1990 4871538 ; заявл. 08.10.1990 ; опубл. 23.05.1993, Бюл. №17.
21. Пат. UA32875, МПК А61В 17/322. Дерматом / Ковальчук А. О. (UA). – № 2007 12519 ; заявл. 12.11.07 ; опубл. 10.06.08, Бюл. № 11.
22. Пат. UA 35896, МПК: А61В 17/322. Дерматом / Ковальчук А. О., Пекальчук В. М. (UA). – №2008. № 05363 ; заявл. 24.04.08 ; опубл. 10.10.08, Бюл. №19.
23. Рудовский В. Теория и практика лечения ожогов / Рудовский В., Назиловский В., Зиткевич К. – Москва, 1980. – 92 с.
24. Сохранность инъецируемых аутологических человеческих фибробластов / Г. Келлер, Дж. Себастиан, Ю. Лакомбе [и др.] // Бюл. эксп. биол. мед. – 2000. – № 130(8). – С. 203–206.
25. Сравнительная оценка эффективности применения аллогенных эмбриональных фибробластов и мезенхимальных стволовых клеток костного мозга для терапии глубоких ожоговых ран / В. И. Шумаков, М. Ф. Расулов, М. Е. Крашенинников [и др.] // Вестник трансплантологии и искусственных органов. – 2002. – № 4. – С. 7–11.
26. Туманов В. П. Использование культивированных фибробластов при лечении ожоговых ран / В. П. Туманов, Е. В. Глущенко, С. С. Морозов // Бюл. экспер. биол. – 1990. – № 4. – С. 400–402.
27. Формирование дефицита донорских ресурсов кожного покрова при различных методах хирургического лечения у тяжелоожоженных / А. Е. Грязин, Т. Г. Григорьева, Ю. И. Исаев [и др.] // Актуальные вопросы диагностики и лечения ожоговой травмы : материалы науч.-практ. конф. : конф., Одесса. – 2004. – С. 39–43.
28. Compton C. Cultured human sole-derived keratinocyte grafts re-express site-specific differentiation after transplantation / C. Compton, K. Nadire, M. Simon // Differentiation. – 1998. – Vol. 64, № 11. – P. 45–53.
29. Five years experience of the modified MEEK technique in the management of extensive burns / Chun-Sheng Hsieh, Jen-Yu Schuong, W.S. Huang, Ted T. Huang // Burns – 2008. – vol. 34 (3). – P. 350–354.
30. Generation of human induced pluripotent stem cells from dermal fibroblasts / W. E. Lowry, L. Richter, R. Yachechko [at al.] // PNAS. – 2008. – Vol. 105(8). – P. 2883–2888.
31. Hematopoietic origins of fibroblasts, II: in vitro studies of fibroblasts, CFU-F, and fibrocytes / Y. Ebihara, M. Masuya, A. C. Larue [at al.] // Exp Hematol. – 2006. – Vol. 34. – P. 219–229.
32. Involvement of Hyaluronan in Regulation of Fibroblast Phenotype / S. Meran, D. Thomas, P. Stephens [at al.] // Biol. Chem. – 2007. – Vol. 282(35). – P. 25687–25697.
33. Leigh I. Clinical practice and biological effects of keratinocyte grafting / I. Leigh, H. Navsaria, P. Purkis // J. Ann. Acad. Med. Singapore. – 1991. – Vol. 20 (4), № 7. – P. 543–555.
34. Mediation of transforming growth factor-beta(1)stimulated matrix contraction by fibroblasts: a role for connective tissue growth factor in contractile scarring / J. Daniels, G. Schultz, T. Blalock [at al.] // Am. J. Pathol. – 2003. – Vol. 163, № 5. – P. 2043–2052.
35. Meek C.P. Extensive severe burn treated with enzymatic debridement and microdermagrafting / C. P. Meek // Am Surg. – 1963. – vol. 29, №. 1. – P. 61–64.
36. Meek C. P. Successful microdermagrafting using the Meek-Wall microdermatome / C. P. Meek // Am. Surg. – 1958. – vol. 29. – P. 61.

37. Panagiotis A. Tsonis Regenerative biology: the emerging field of tissue repair and restoration / A. Panagiotis // Differentiation. – 2002. – vol. 70. – P. 397–409.
38. Preliminary clinical studies of biological skin equivalent i buered patients / D. Wasserman, M B. Schotterer, A. Toulon [at al.] // Burns. – 1988. – Vol.14, N 4. – P. 326–330.
39. Rheinwald J.G. Epidermal growth factor and the multiplication of cultured human epidermal keratinocytes / J. G. Rheinwald, H. Green // Nature. – 1977. – vol. 265. – P. 421–424.
40. Rheinwald J.G. Serial cultivation of strains of human epidermal keratinocytes: The formation of keratinizing colonies from single cells / J. G. Rheinwald, H. Green // Differentiation. – 1975. – vol. 6. – P. 331–344.
41. The Meek-Wall Micrograft Technique / F. R. H. Tempelman, A. F. Vloemans, E. Middelkoop, R. W. Kreis // In: Surgery in Wounds, Tjot L, Banwell PE, Ziegler UE, eds. Springer-Verlag Berlin Heidelberg. – 2004. – P. 427 –434.
42. Watson D. Autologous Fibroblasts for Treatment of Facial Rhytids and Dermal Depressions / D. Watson, K. S. Keller, V. Lacombe // Arch Facial Plast Surg. – 1999. – Vol. 1. – P. 165–170.
43. Zhang Y. Mixed keratinocyte culture and its composite skin graft / Y. Zhang // Chung Hua Cheng Hsing Shao Shang Wai Ko Tsa Chih. – 1993. – Vol. 9(1). – P. 37–40.

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ МЕДИКО-ТЕХНИЧЕСКОЙ БАЗЫ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛО ОБОЖЖЕННЫХ БОЛЬНЫХ

А.О. Ковальчук

ГВУЗ "Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины"

Цель исследования: изучить вклад отечественных и зарубежных ученых в развитие хирургических технологий восстановления утраченного кожного покрова в обожженных больных и выявить основные тенденции развития современных методов лечения обширных дефектов тканей при ожоговой болезни.

Материалы и методы: проведено систематический анализ научных источников информации об участии ведущих ученых в развитии хирургических технологий восстановления утраченного кожного покрова в обожженных больных.

Результаты исследования. В статье приводятся данные об основных этапах развития восстановительной хирургии термических поражений у тяжело обожженных больных, рассмотрено современные тенденции в лечении указанной категории пациентов. Отмечены основные проблемы медико-технического обеспечения в отечественной комбустологии и пути их решения.

Выводы. Многолетний опыт лечения тяжело обожженных создал основу для образования новых направлений в восстановительной хирургии термической травмы. Разработанная в Украине серия высокотехнологичных инструментов для получения донорского кожного субстрата стала базовым оборудованием для решения сложных задач хирургического лечения обожженных в отечественной комбустологии.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **электродерматом, аутодермпланстика, ожоги.**

WAYS OF OPTIMIZATION OF MEDICAL AND TECHNICAL BASE FOR PROVIDING SURGICAL TREATMENT OF HEAVY BURNS PATIENTS

А.О. Kovalchuk

SHEI «Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»

Purpose of the research: to explore contribution of domestic and foreign scientists in the development of surgical technologies restoration of the skin in burned patients and to identify the main trends in the development of modern methods of treatment of extensive tissue defects in burn disease.

Data and methods: a systematic analysis of scientific sources of information on the participation of leading scientists in the development of surgical technologies restoration of the skin in burned patients is carried out.

Result of the resarch. In the articleles resulted givena about the basic landmarks of developmentof restoration syrgical of thermal defeats in heavily burn, modern tendencies are considered in treatment of the indicated category of patients. Marked basic problems of the medical-technic providing in home combustiology and ways of their decision.

Conclusions: Many years of experience in treating severely burnt created the basis for the formation of new trends in reconstructive surgery of thermal injury. Developed in Ukraine series of high-tech tools to get the skin donor substrate has become the basic equipment to solve complex problems of surgical treatment burned in domestic combustiology.

KEYWORDS: **electrodermatom, autodermoplastic, burns.**

Рукопис надійшов до редакції 04.02.2014 р.

Відомості про автора:

Ковальчук Андрій Олегович – к.мед.н., доцент кафедри загальної хірургії ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»; тел. (0-352)52-66-97.

О.М. ГОЛЯЧЕНКО, Л.М. РОМАНЮК, О.В. ЛЕВЧЕНКО

СТАТИСТИЧНІ ТАЄМНИЦІ

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України”

Мета роботи: дослідити умови виникнення некоректних статистичних результатів.

Матеріали і методи. В статті проведено аналітичне дослідження причин та умов виникнення некоректних статистичних результатів.

Результати дослідження. У статті наводяться статистичні таємниці, з допомогою яких колишня радянська і теперішня українська медична статистика трактувала дані про здоров'я людності та діяльність медичних закладів в межах статистичної доцільності і кон'юнктури.

Висновок. Сподіваємось, що рано чи пізно статистичним таємницям настане край.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: статистика, система охорони здоров'я.

Вивчення статистичних даних в системі охорони здоров'я завжди було і залишається актуальною проблемою. Проте достовірність їх постійно потребує посиленої уваги і контролю з боку управління охороною здоров'я [2;7].

Метою нашої роботи стало дослідження умов виникнення некоректних статистичних результатів.

Матеріали і методи. В статті проведено аналітичне дослідження причин та умов виникнення некоректних статистичних результатів.

Результати дослідження та їх обговорення. У 1973 році один із авторів цієї статті працював над проблемою смертності в сільському районі. Було взято 15 років для дослідження – з 1958 по 1972 рр.

Під час вивчення цієї проблеми було помічено таку статистичну казуїстику: якщо в 1958 році дитяча смертність в районі була на рівні 40 %, то в 1959 році вона різко впала до 20 ‰ (до речі, це був найнижчий на той час показник у світі). Як могло таке статись? Автор пішов до головного лікаря району, і той дав таке пояснення. Всі головні лікарі районів були викликані до завідувача облздороввідділу, і той поставив таке завдання – знизити дитячу смертність вдвічі. Завдання було виконано буквально на другий рік. Завідувач облздороввідділу отримав орден Леніна, головні лікарі районів – різні заохочення. Цим показником зацікавився дитячий комітет ООН. Від комісії ледве відбились. Як нам вбачається, з тих пір ми стали заручниками статистичних таємниць в галузі дитячої смертності. Вище він вже бути не міг, а тому почались різні статистичні таємниці. Якщо з 1958-1959 рр. він впав, орієнтовно, на 20‰, то в подальшому це падіння склало в 1990 році – 12,8 ‰, в 2012 році – 8,4‰. При цьому виникають такі запитання. По-перше, до 2007 року показник дитячої смертності в нас характеризувався такими особливос-

тями. Дитина вважалась мертвою, якщо вона помирала після 28 тижня вагітності матері, мала вагу не менше 1000 грамів, не дихала, не мала серцебиття. Водночас, за даними ВООЗ, дитя вважалось мертвим, якщо воно народилося і померло на 22 тижні вагітності матері, мало вагу не менше 500 грамів і в нього не було серцебиття. Тому порівнювати нашу дитячу смертність зі світовими показниками було не зовсім доречно. З 2007 року ми перейшли на ВООЗівські критерії цього показника, однак це ніяким чином не вплинуло на його динаміку [1;3].

Які статистичні таємниці супроводжували це падіння дитячої смертності? По-перше, вона зазвичай була нижчою на селі порівняно з містом. Хоча інші показники здоров'я місцями були кращі за селян. По-друге, не втримувались довгий час вікові пропорції дитячої смертності, зокрема той, що показував не менше 50 % померлих на першому місяці життя. В 1997 році нами проводилась комплексна перевірка стану охорони здоров'я двох сільських районів Тернопільської області. Лікарі-акушери-гінекологи цього району приносили нам свідчення, написані кульковою ручкою на долонях, про п'ять схованих випадків дитячої смертності. Це в межах одного району, який налічував 80 тис. мешканців. Один випадок ми зафіксували за документами, звертались в прокуратуру, однак наслідків це не мало. До речі, один з очільників західних областей в 1991 році виступав із заявою, що дитяча смертність в нас в 2,5 рази перевищує офіційно зареєстровану. Він готувався писати на цю тему кандидатську дисертацію, однак невдовзі був знятий з посади. От і маємо незрозумілу статистичну таємницю, яка полягає в тому, що ми маємо найвищий в Європі показник загальної смертності ідесь (нижче) по середині показник смертності дитячої.

Тепер візьмемось до загальної смертності. Загалом показник почав підвищуватись із середини 60-х рр. минулого століття і в 1991 році

перетнув показник народжуваності. З тих пір почалась депопуляція української людності. Вже вимерло майже 7 млн мешканців, однак при цьому загальному зростанні ми вбачаємо таку закономірність. З 1990 року поширеність хвороб системи кровообігу збільшилась з 19607,5 до 59932,1, або в 3,1 разу. Смертність від серцево-судинних хвороб зросла за цей же період з 641,5 до 965,0, або на 50,4%. Водночас поширеність новоутворень зросла з 2437 до 4500, або на 84,7%, в той час як смертність залишилась практично на тому ж рівні, в 90 році вона складала 193,0, в 2012 році – 202,0 на 100 тис. людності [4].

В структурі причин смертності хвороби серця і судин займають нині 60,6%, злякисні новоутворення – 13,2 %, що відповідно в 1,4 разу вище високорозвинутих країн і в 1,6 разу нижче, ніж у високорозвинутих країнах [6].

Виникає закономірне запитання, в чому причина таких розбіжностей? Значною мірою в статистичній казуїстиці. Річ у тім, що аналіз смертності людності ведеться різними відомствами. Основний документ про причини смертності людей публікує демографічна статистика, яка не підлягає відомству охорони здоров'я. Вони групують свої звіти на основі «запису актів про смерть». Медичні працівники видають на кожен випадок смертності так зване лікарське свідоцтво про смерть. Між цими двома документами існують суттєві розбіжності. На жаль, при роботі з лікарськими свідоцтвами про смерть не виконується основний пункт, в якому буде зазначена основна причина смерті, безпосередня причина смерті і супутні захворювання, які сприяли основній причині смерті. Зазвичай у лікарських свідоцтвах про смерть вказується у якості основної причини – «серцево-судинна недостатність» або «легенево-серцева недостатність», тобто безпосередня причина смерті.

Ще більші розбіжності існують між лікарським свідоцтвом про смерть і записом актів про смерть. В останніх ми нерідко зустрічали запис типу «помер від «старості».

Що стосується злякисних новоутворень як причини смерті, то тут діагноз має бути підтверджений іншими додатковими матеріалами, до яких просто немає часу і можливостей. Оце, на наш погляд, і є однією з причин, чому захворюваність на злякисні новоутворення не зростає, а на серцево-судинну патологію – навпаки. При цьому ми зустрічали конкретних людей, які померли від злякисних новоутворень, а в лікарському свідоцтві про смерть написано – старість або легенево-серцева чи серцево-судинна недостатність.

Перейдемо до реєстрації діяльності медичних закладів. Як відомо, в радянські часи основним методом роботи медичних закладів був диспансерний метод, який полягав в активному вияв-

ленні хвороб та активному оздоровленні населення. Відповідно існувала статистична карта диспансерного хворого – форма (030у). В перші роки незалежності диспансеризація із розряду обов'язкових стала бажаною, а потім до неї в тій чи іншій мірі повернулись, тому що диспансеризація, як метод діяльності лікувальних закладів, має безсумнівний позитивний сенс. Однак карти диспансерного спостереження велись і ведуться в кабінетах лікарів, які здавали безпосередній звіт, що входив до звіту медичного закладу (форма 12). Звісно, що лікарі не могли підвести самих себе і давали звіт про охоплення диспансерним наглядом, який був не меншим за 99 %. Нерідко траплялись випадки, коли хворий помирав, а диспансерний огляд продовжував проходити.

Нами в одному з районів була запроваджена принципово нова форма обліку диспансеризації, яка полягала в тому, що амбулаторні карти хворих, які щоденно відвідували амбулаторні поліклініки, подавались в статистичний кабінет, який щоденно вів облік. Виявилось, що в кінцевому підсумку охоплення диспансеризацією коливалось від 30% до 60%. Як можна було з такими цифрами їхати в область для звіту, де, окрім всього, існувала так звана статистична доцільність, яка не приймала різних статистичних зрушень? Ось і виходило, що в районі ми користувались одними даними, а в область подавали інші. Це була одна із причин, чому диспансеризація, попри свої безсумнівні позитиви, наслідків, на які сподівалась, не давала [5].

В радянській і теперішній українській медицині існує дивовижне явище. Кадри лікарів, що працюють в амбулаторно-поліклінічних закладах, тісно пов'язані із числом населення, яке вони обслуговують. Водночас лікарі в стаціонарі, які розвивались згідно з наявними приміщеннями, ніяких обмежень не мали. Тому в радянський час забезпеченість ліжками була доведена до 140 на 10 тис. населення, або в абсолютному числі 633 тис. ліжок. Тепер вона знижена майже вдвічі і складає 89 ліжок на 10 тис. людей. Нами була здійснена спроба оцінити роботу лікаря стаціонару шляхом введення спеціального показника (функції лікаря стаціонару). Суть його полягала в тому, що порівнювалась щоденна кількість хворих у лікарні порівняно із нормативною. Скажімо, на посаду лікаря-терапевта в ЦРЛ відводилось 25 ліжок. Шляхом поділу 340 (норматив зайнятості терапевтичного ліжка) на 365 отримувалось середнє число хворих, яке щоденно мав оглядати лікар. В нашому випадку це склало, орієнтовно, 23 хворих. Показник давав змогу оцінити роботу кожного лікаря за будь-який термін часу. Цікава була історія впровадження цього показника в діяльність стаціонарів. Поперше, він показував, що на рівні обласної лікарні він виконувався на 30–50%. Головний лікар

схопився за цей показник, бо він давав йому змогу відмовити завідувачим відділень, які просили на період декретної відпустки, захворювання і таке інше, у прийомі додаткових лікарів. А біда полягала в тому, що начмед лікарні, який на кожній п'ятихвилині «виховував» лікарів, сам виконував цю функцію на 30%. Обрахунок функції лікаря стаціонару на рівні областей показав, що він коливався від 22%, хірургія до 82 % акушерства (1991 рік). Потім він піднявся в міру скорочення ліжок, але загалом не перевищив 75%. Звичайно, тут треба було вводити більш гнучкі числа ліжок на одну посаду лікаря, але, на жаль, це залишилось на рівні побажань.

Підсумовуючи сказане, слід підкреслити таке. У 1964 році один із авторів цієї статті зустрівся з З.Г. Френкелем, одним із фундаторів земської медицини, який завідував Петербурзьким земським санітарним бюро. Він тоді сказав, що земський статистик ладен був віддати праву руку на відріз, аніж поміняти якусь цифру на угоду статистичній доцільності або кон'юнктурщині.

Будемо сподіватись, що цей стан колись настане і в теперішній статистичній звітності.

Перспективи подальших досліджень полягають у подальшому спостереженні та вивченні достовірності статистичних результатів в системі охорони здоров'я.

Список літератури

1. *Голяченко О.М.* Актуальні проблеми здоров'я української людності. Соціально-медичне дослідження. / Голяченко О.М., Голяченко А.О., Шульгай А.Г. – Тернопіль: ЛІЛЕЯ, – 2012. – 116 с.
2. *Голяченко А.О.* Медична статистика / Голяченко А.О., Романюк Л. М., Смірнова В.Л. Тернопіль: ЛІЛЕЯ, – 2014. – 140 с.
3. *Голяченко О.М.* Організація охорони здоров'я. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – 208 с.
4. *Голяченко О.М.* Реформа охорони здоров'я в Україні: як вийти з кризи. – К.: ВСВ «Медицина», 2010. – 80 с. – (Бібліотечка товариства «Знання»; 2010, № 3)
5. *Сміянов В.А.* Оптимізація моделі системи медичної допомоги міському населенню в умовах перебудови галузі: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / В.А. Сміянов – К. : – 2006. – 24 с.
6. *Таралло В.Л.* Наукове обґрунтування інтегральної оцінки здоров'я населення за параметрами дожиття: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / В.Л. Таралло; – Дніпропетровськ, 2007. – 32 с.
7. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію 2007 рік.* – К., 2008. – 282 с.

СТАТИСТИЧЕСКИЕ ТАЙНЫ

А.М. Голяченко, Л.Н. Романюк, А.В. Левченко

ГВУЗ "Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины"

Цель работы: исследовать условия возникновения некорректных статистических результатов.

Материалы и методы. В статье проведено аналитическое исследование причин и условий возникновения некорректных статистических результатов.

Результаты исследования. В статье приводятся статистические тайны, с помощью которых бывшая советская и нынешняя украинская медицинская статистика трактовала данные о здоровье населения и деятельности медицинских учреждений в пределах статистической целесообразности и конъюнктурщины.

Вывод. Надеемся, что рано или поздно статистическим тайнам придет конец.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **статистика, система здравоохранения.**

SECRETS OF STATISTICS

O.M. Holyachenko, L.M. Romanyuk, O.V. Levchenko (Ternopil)

SHEI «Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky MPH of Ukraine»

Objective: to study the conditions of obtaining incorrect statistical results.

Materials and methods. The article conducts analytical study of the causes and conditions of incorrect statistical results.

Research results. The article presents statistical secrets that the former Soviet and the present Ukrainian medical statistics used while interpreting data on population's health and activities of health facilities within the statistical reasonableness and conjuncture.

Conclusion. We hope that sooner or later the statistical secrets will come to an end.

KEY WORDS: **statistics, health care system.**

Рукопис надійшов до редакції 04.02.2014 р.

Відомості про авторів:

Голяченко Олександр Макарович – д.мед.н., професор кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»; тел. (0-352)-52-72-33.

Романюк Любов Миколаївна – к.мед.н., доцент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»; тел. (0-352)-52-72-33.

Левченко Ольга Володимирівна – ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»; тел. (0-352)-52-72-33.

В.Г. ГІНЗБУРГ

ОБҐРУНТУВАННЯ НОРМАТИВІВ НАВАНТАЖЕННЯ ЛІКАРІВ-АКУШЕРІВ-ГІНЕКОЛОГІВ АКУШЕРСЬКИХ СТАЦІОНАРІВ РІЗНИХ РІВНІВ

Департамент охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації, Україна

Мета: обґрунтувати нормативи навантаження на лікарів-акушерів-гінекологів пологових стаціонарів різних рівнів на підставі вивчення витрат робочого часу на різні види робіт і робочі операції з експертною їх корекцією.

Матеріали і методи. Дослідження проводилося фотохронометражним методом протягом 2-х тижнів в цілодобовому режимі. Дослідженням було охоплено 218 робочих змін, 41 лікаря-акушера-гінеколога.

Результати. Дослідженням встановлено, що у великих акушерських стаціонарах, які працюють інтенсивно, нормативне і фактичне навантаження на лікарів, виражене в числі пролікованих пацієнтів, практично не відрізняються, у менш потужних стаціонарах нормативне навантаження порівняно з фактичним зростає, що є підставою для подальшої оптимізації мережі родопомічних відділень.

Висновки. Дані фотохронометражних досліджень, скориговані експертами, дають можливість встановити нормативи числа прийнятих пологів одним лікарем-акушером-гінекологом у стаціонарах різного рівня.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: нормативи навантаження; лікар-акушер-гінеколог; акушерські стаціонари; заклади охорони здоров'я, що надають вторинну і третинну медичну допомогу; фотохронометраж.

Нормування праці – один з ключових елементів управління закладами охорони здоров'я. Норми праці виступають основою для оперативного планування, розрахунку чисельності персоналу, а також визначають виробничу потужність закладу та його структурних підрозділів [1;3].

В Україні до останнього часу використовувалася архаїчна система планування потреб у кадрових ресурсах стаціонарів, у т.ч. і за окремими спеціальностями, заснована на нормативах, жорстко прив'язаних до показників потужності, що орієнтує галузь на екстенсивний розвиток і перешкоджає її реформуванню [2;6]. Законом України від 7 липня 2011 року №3612-VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» (ст. 9) передбачається перехід до формування штатних розписів закладів охорони здоров'я пілотних регіонів залежно від обсягу наданої ними медичної допомоги [9]. Застосування такого підходу вимагає нових методичних підходів до визначення норм навантаження/обслуговування (числа пацієнтів, які лікар повинен обслуговувати) і норм чисельності персоналу (чисельності лікарів, що виконують певний обсяг робіт за встановлений період часу в заданих організаційно-технічних умовах).

Особливе значення має застосування підходів до нормування, заснованих на інтенсивності використання кадрових ресурсів для тих медичних служб, у яких останніми роками відбулися серйозні

технологічні зміни. Зокрема стрімке впровадження в Україні сучасних доведено ефективних акушерських технологій сформувало попит на створення відповідної системи організації перинатальної допомоги, здатної забезпечити її якість і безпеку при раціональних витратах ресурсів системи охорони здоров'я.

Моделлю, що відповідає таким вимогам, стала регіоналізація перинатальної допомоги, заснована на принципах оцінки ступеня перинатального ризику і, відповідно до встановленого ризику, – на маршрутизації пацієнтки до закладу, де надається якісна медична допомога [5;11;12].

Сьогодні в Україні у стадії завершення знаходиться формування трирівневої системи медичної допомоги. Необхідною її складовою є розробка нормативів навантаження на медичних працівників у пологових стаціонарах, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну медичну допомогу, залежно від обсягу наданої допомоги.

Мета роботи: обґрунтувати нормативи навантаження на лікарів-акушерів-гінекологів пологових стаціонарів різних рівнів на підставі вивчення витрат робочого часу на різні види робіт і робочі операції з експертною їх корекцією.

Матеріали і методи. Основним методом, який застосовується при нормуванні праці, є фотохронометраж – комбіноване спостереження, що поєднує фотографування робочого часу і хронометраж [4;12].

Дослідження проводилося фотохронометражним методом з використанням Методичних рекомендацій визначення нормативів навантажен-

ня на медичних працівників (лікарів) у закладах охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, затверджених МОЗ України [8].

В Україні, відповідно до прийнятої Концепції розвитку перинатальної допомоги, акушерська допомога надається: на вторинному рівні у відділеннях/міжрайонних відділеннях центральних районних лікарень з кількістю пологів не менше 400 на рік (за нашою класифікацією – рівень 2А, який відповідає лікарні інтенсивного лікування – ЛІЛ першого рівня) і міських пологових будинках/міжрайонних перинатальних центрах, створених на базі міських пологових будинків або багатопрофільних лікарень з кількістю пологів 1500 і більше на рік (рівень 2Б, який відповідає ЛІЛ другого рівня), на третинному рівні – в обласних перинатальних центрах/акушерських відділеннях обласних лікарень [7].

Як об'єкт дослідження для визначення навантаження на лікарів-акушерів-гінекологів пологових стаціонарів було відібрано чотири пологові стаціонари, що працюють у цілодобовому режимі з найбільшою інтенсивністю та якістю: два вторинного рівня з потужністю 700–800 пологів на рік (пологові відділення Синельниківського і Дніпропетровського районів Дніпропетровської області) – акушерські стаціонари рівня 2А, один вторинного рівня з потужністю 2500–3000 пологів на рік (пологовий будинок №1 м. Дніпропетровська) – акушерський стаціонар рівня 2Б, третинного рівня – обласний перинатальний центр з потужністю 3500–4000 пологів на рік. Дослідження проводилися протягом двох тижнів у цілодобовому режимі з 01.04.2013 р. по 14.04.2013 р. з вихідними днями включно. Спостереження здійснювалися протягом усього часу, який реально витрачав працівник, – з моменту фактичного початку роботи і до її фактичного завершення, без жорсткої прив'язки до офіційно затвердженого графіку роботи.

Фотохронометражні дослідження здійснювали 24 спеціально проінструктовані фахівці (лікарі, середні медичні працівники, економісти, статистики). Загалом дослідженням було охоплено 218 робочих змін – 131 денна і 87 вечірньо-нічних змін, у т.ч. в акушерських стаціонарах рівня 2А – 66 змін, рівня 2Б – 45 змін, третинного рівня – 107 змін. Загальна кількість лікарів, за діяльністю яких велось спостереження, – 41 особа, з них працювали в стаціонарах рівнів 2А і 2Б по 11 осіб, в стаціонарі третинного рівня – 19 осіб.

При проведенні спостережень враховувалися ступінь перинатального ризику породіль (низький, середній, високий і дуже високий) і складність проведених їм операцій та трудомістких процедур (перший, другий та третій ступені складності).

Критерії розподілу породіль за ступенем перинатального ризику визначалися відповідно до рекомендацій МОЗ України, за складністю втручань – провідними фахівцями Департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської облдержадміністрації із залученням науковців Дніпропетровської медичної академії.

Експертна оцінка раціональності витрат робочого часу проводилася двома висококваліфікованими фахівцями, які не працюють у закладах охорони здоров'я, відібраних для дослідження, – заступником начальника і головним обласним спеціалістом з акушерства та гінекології Департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської облдержадміністрації (обидва мають вищі категорії з організації охорони здоров'я та акушерства і гінекології).

Результати дослідження та їх обговорення. За узагальненими даними фотохронометражних досліджень виявлена досить рівномірна завантаженість основною роботою лікарів-акушерів-гінекологів потужних пологових стаціонарів вторинного та третинного рівнів в різні зміни (денні та вечірньо-нічні) при низькій завантаженості цим видом діяльності у вечірньо-нічні зміни в менш потужних стаціонарах рівня 2А, що супроводжувалося значною часткою часу в режимі очікування (рис. 1).

Виходячи із сучасних тенденцій регіоналізації акушерської допомоги, експертами було рекомендовано внести зміни до структури госпіталізованих породіль в акушерських стаціонарах різного рівня: збільшення питомої ваги породіль з низьким і середнім ступенем перинатального ризику у стаціонарах рівнів 2А і 2Б з відповідним зменшенням в цих стаціонарах частки породіль з високим і надвисоким ступенем перинатального ризику; концентрація породіль з високим і надвисоким ступенем перинатального ризику в акушерських стаціонарах третього рівня (рис. 2, А).

На основі поглибленого аналізу діяльності акушерів-гінекологів, зайнятих у пологових стаціонарах різного рівня, експертами було запропоновано також скорочення тривалості перебування в стаціонарах породіль з різними ступенями перинатального ризику, в результаті чого середню тривалість перебування в акушерських стаціонарах рівня 2А рекомендовано зменшити на 0,3 дня, рівня 2Б – на 0,8 дня, третього рівня – збільшити на 0,1 дня (рис. 2, Б). Рекомендації щодо зміни структури госпіталізованих породіль та тривалості їх перебування в стаціонарах були схвалені адміністрацією закладів охорони здоров'я, відібраних в якості об'єкта дослідження. Надалі ці зміни вплинули на розрахункову тривалість робочих операцій основної діяльності лікарів.

Аналіз витрат робочого часу з різних видів діяльності показав, що в акушерських стаціона-

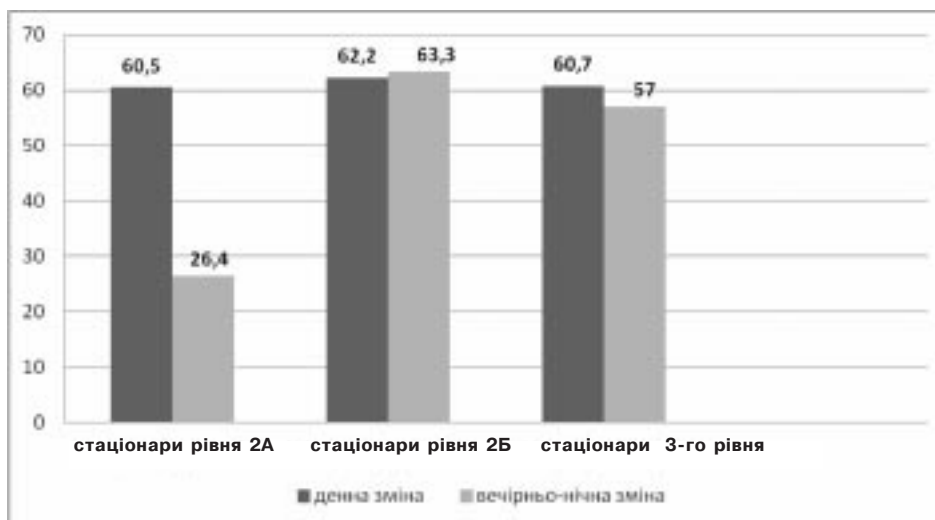


Рис. 1. Питова вага основної діяльності у лікарів-акушерів-гінекологів пологових відділень закладів різного рівня у різні зміни

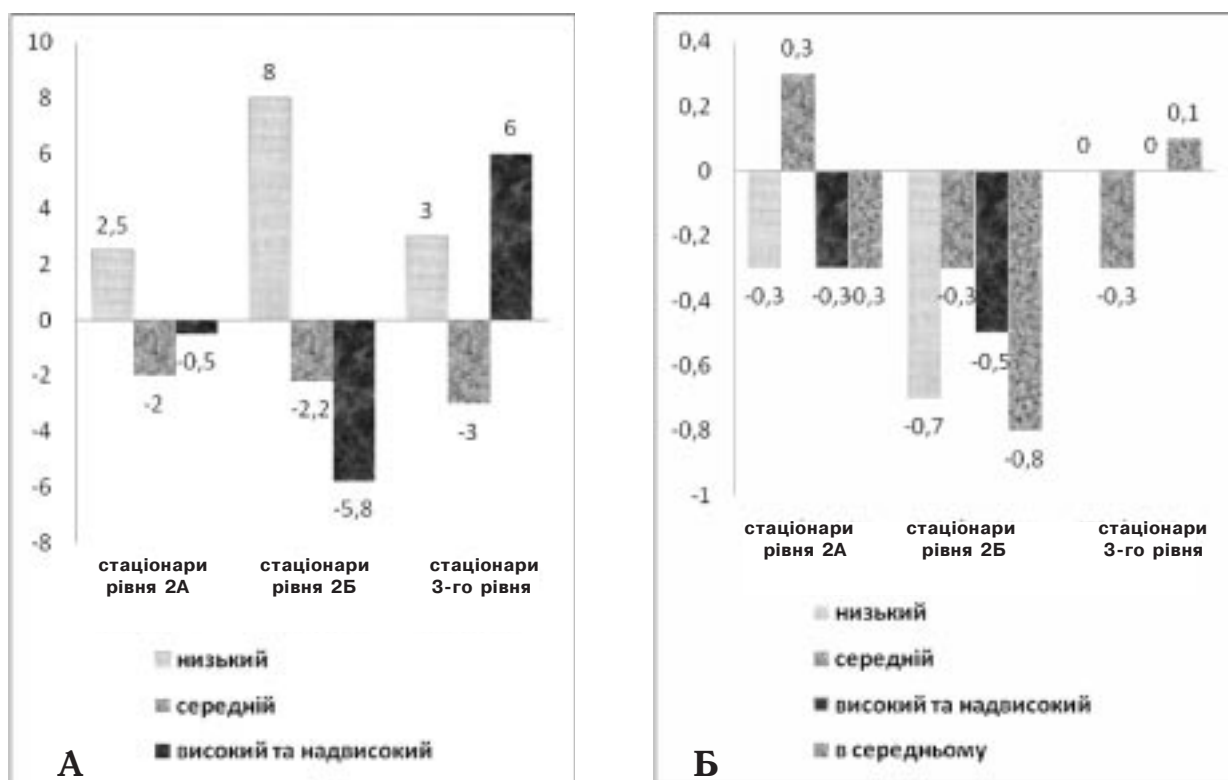


Рис. 2. Рекомендовані експертами: А) зміни структури госпіталізованих породіль залежно від ступеня перинатального ризику і Б) тривалості їх перебування в акушерських стаціонарах різного рівня

рах рівня 2А, вбудованих в структуру центральних районних багатoproфільних лікарень, тривалість і, відповідно, питова вага основної діяльності значно менші порівняно зі стаціонарами інших рівнів (38,9%, в той час як в стаціонарах рівня 2Б – 62,9%, третього рівня – 58,2%). При цьому в пологових відділеннях центральних районних лікарень значно більша питова вага іншої медичної діяльності (відповідно – 18,7%; 4,2%; 6,0%), оскільки при невеликій кількості лікарів-акушерів-гінекологів їх часто залучають до на-

дання неонатологічної, гінекологічної допомоги, різного роду консультацій у інших відділеннях лікарні. Експерти не рекомендували внесення змін до тривалості цих видів діяльності. Разом з тим експертами запропоновано внесення змін до тривалості деяких інших видів діяльності, у т.ч. майже у всіх закладах рекомендується зменшити частку часу, що витрачається на роботу з документацією, з розподілом зекономленого часу між іншими видами діяльності, при виконанні яких спостерігалася висока напруженість роботи (табл. 1).

Таблиця 1. Структура витрат робочого часу за видами діяльності – фактична і скоригована за результатами експертної оцінки у лікарів-акушерів-гінекологів пологових стаціонарів закладів охорони здоров'я різних рівнів у середньому за добу

Вид діяльності	Рівень акушерського стаціонару					
	2А		2Б		Третинний	
	витрати фактичні	витрати скориговані	витрати фактичні	витрати скориговані	витрати фактичні	витрати скориговані
Основна діяльність	38,9	38,9	62,9	62,9	58,2	58,2
Інша медична діяльність	18,7	18,7	4,2	4,2	6,0	6,0
Основна та інша медична діяльність разом	57,6	57,6	67,1	67,1	64,2	64,2
Допоміжна діяльність	9,7	9,6	4,3	4,3	5,7	5,7
Робота з документами	12,7	12,5	13,1	11,1	12,5	12,5
Інша діяльність	3,9	4,2	2,1	4,0	2,8	2,8
Службові розмови	0,9	0,9	1,5	1,5	1,7	1,7
Необхідний особистий час	4,3	4,3	3,1	3,1	4,2	4,2
Незавантажений час	10,9	10,9	8,8	8,8	8,9	8,9
Всього за зміну (хвилин)	1481,1	1481,1	1577,9	1577,9	1450,3	1450,3

Визначення нормативів навантаження на одного лікаря-акушера-гінеколога на рік проводилося поетапно, згідно з методичними рекомендаціями. Спочатку на основі скоригованих даних фотохронометражних досліджень обчислювалися середньозважені з урахуванням ступеня перинатального ризику породіллі і складності втручань витрати робочого часу лікаря-акушера-гінеколога на одну породіллю за весь період перебування в стаціонарі ($t_{\text{пацієнта}}$):

$$t_{\text{пацієнта}} = t_{\text{н}} + t_{\text{л}} \times (m_{\text{скор}} - 2) + t_{\text{в}} + t_{\text{пол}} \times p + t_{\text{оп}} \times q + t_{\text{труд}} \times q \quad (1)$$

Розшифровка умовних позначень, використаних у формулі, та їх числові характеристики наведені у таблиці 2.

Витрати часу на операцію або трудомістку маніпуляцію визначаються з урахуванням частоти таких втручань ($t_{\text{оп/труд}}$):

$$\frac{t_{\text{оп}}}{\text{труд}} = \frac{T_{\text{операцій/труд}}}{N_{\text{операцій/труд}}} \times \frac{N_{\text{породільопре/труд}}}{N_{\text{породіль}}} \quad (2), \text{ де}$$

$t_{\text{операцій/труд}}$ – тривалість виконання операцій (планових та ургентних) або тривалість виконання трудомістких маніпуляцій;

$N_{\text{операцій/труд}}$ – число операцій (планових та ургентних) або число трудомістких маніпуляцій;
– частота виконання оперативних втручань або трудомістких маніпуляцій (див. табл. 1).

За отриманими даними розраховувалася норма навантаження на одного лікаря-акушера-гінеколога пологових відділень закладів різного рівня на рік, виражена в числі породіль/пологів на рік ($N_{\text{пацієнтів/(породіль)/рік}}$):

$$N_{\text{пацієнти(породіль)/рік}} = \frac{\text{НТРВ} \times \% \text{ГОД} \times 0,85}{t_{\text{пацієнта}}} \quad (3),$$

де

– НТРВ – норма тривалості робочого часу – 1656,6 години (лист Міністерства соціальної політики України від 21.08.2012 р. № 9050/0/14-12/13 «Про розрахунок норми тривалості робочого часу на 2013 рік»);

– %ПОД – питома вага тривалості основної діяльності у структурі добового робочого часу;
– 0,85 – коефіцієнт, що враховує сезонні коливання завантаження, відсутність працівника на роботі у зв'язку із захворюванням, плановим навчанням тощо.

Для врахування в нормативах навантаження природних коливань числа пологів у різні роки обчислювався коефіцієнт варіації числа пологів в обраних закладах за період з 2007 (рік запровадження в Україні критеріїв живонародженості, рекомендованих ВООЗ) по 2013 рік (V), який потім застосовувався для визначення рекомендованого нормативного діапазону пролікованих породіль ($D_{\text{норм}}$):

$$V = \frac{M}{\delta} \times 100 \quad (4), \text{ де}$$

V – коефіцієнт варіації;
M – середньорічна кількість пологів, прийнятих в певному акушерському стаціонарі;

$$D_{\text{норм}} = \frac{N_{\text{пацієнтів}}}{\text{рік}} \pm \frac{N_{\text{пацієнтів/рік}} \times V}{100} \quad (5)$$

Порівняльні характеристики фактичного і нормативного навантаження на лікаря-акушера-гінеколога в акушерських стаціонарах різного рівня наведені у таблиці 3.

Таблиця 2. Скориговані середньозважені з урахуванням ступеня перинатального ризику та складності втручань витрати робочого часу на основну діяльність та окремі показники роботи акушерів-гінекологів пологових відділень закладів різного рівня

Показник	Рівень акушерського стаціонару		
	2 А	2 Б	Третинний
Витрати часу лікаря на породіллю в день надходження до пологового стаціонару, хвилин (<i>tn</i>)	31,0	29,9	31,2
Витрати часу лікаря на породіллю в період лікування в стаціонарі на добу, хвилин (<i>tl</i>)	40,7	41,4	100,8
Витрати часу лікаря на породіллю у день виписки зі стаціонару, хвилин (<i>tw</i>)	24,7	26	17
Витрати часу на проведення пологів на породіллю, хвилин (<i>t пол.</i>)	79,7	80,2	92,7
Число акушерів-гінекологів, зайнятих прийняттям пологів	1	1	1
Витрати часу на оперативне втручання на породіллю, хвилин (<i>ton</i>)	13,1	23,5	19,6
Число акушерів-гінекологів, зайнятих на операції (<i>q</i>)	2	2	2
Частота оперативних втручань до числа пологів, %	10,0	19,0	19,0
Витрати часу на трудомістку маніпуляцію на одну породіллю, хвилин (<i>тмрпд</i>)	2,1	4,8	1,44
Число акушерів-гінекологів, зайнятих на трудомісткій маніпуляції (<i>q</i>)	1	1	1
Частота виконання трудомістких маніпуляцій, %	10,6	15	4
Середня тривалість стаціонарного лікування, днів (<i>тскор</i>)	4,5	4,8	4,9

Таблиця 3. Порівняльна характеристика фактичного і нормативного навантаження на лікаря-акушера-гінеколога в акушерських стаціонарах різного рівня

Рівень акушерського стаціонару	Кількість породіль на одного лікаря-акушера-гінеколога на рік		
	Фактична	Нормативна	Нормативний діапазон
Вторинний (2А – ЛІЛ 1-го рівня)	143	171	157:185
Вторинний (2Б – ЛІЛ 2-го рівня)	265	258	240:276
Третинний	181	187	183:201

Висновки

1. Використання підходів до обґрунтування нормативів навантаження на лікарів-акушерів-гінекологів за даними фотохронометражних досліджень з експертною корекцією результатів дозволяє оптимізувати структуру госпіталізованих, тривалість перебування породіль у пологових відділеннях закладів охорони здоров'я вторинного та третинного рівнів і витрати робочого часу на різні види діяльності і робочі операції.

2. У великих акушерських стаціонарах, які працюють інтенсивно, нормативне і фактичне навантаження на лікарів, виражене в числі пролікованих пацієнтів, практично не відрізняються, в менш потужних стаціонарах (рівень 2А) – нормативне навантаження порівняно з фактичним зростає, що є підставою для подальшої оптимізації мережі родопомічних відділень.

Список літератури

1. Иванова М.А. Нормирование труда – один из путей оптимизации качества оказания медицинской помощи больным // Социальные аспекты здоровья населения. – 2007. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://vestnik.mednet.ru/content/view/42/30/lang,ru/> – Назва з екрана.
2. Лехан В. М. Стратегія розвитку охорони здоров'я : український вимір : монографія / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К. : Цифра, 2009. – 50 с.
3. Лучанинов С. Нормирование труда : просто о серьезном / С. Лучанинов // Менеджер по персоналу. – 2011. – № 10. – С. 71–78.
4. Методические рекомендации по организации нормирования труда в здравоохранении / Шипова В. М., Елдашева С. А., Абаев З. М., Логина Н. Ю. : РАМН, ГУЦНИИОЗ. – М., 2004. – 152 с.
5. Національні підходи до впровадження системи регіоналізації перинатальної допомоги в Україні: практичне керівництво / МОЗ України; за ред. Р. О. Моїсеєнко. – К., 2012. – 111 с.
6. Охорона здоров'я в Україні – проблеми та напрямки розвитку / Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. [та ін.] // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2011. – № 4 (20). – С. 5–19.
7. Про затвердження Концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги та плану реалізації заходів Концепції : наказ МОЗ України від 02.02.2011 № 52 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.umj.com.ua/>

article/10094/nakaz-moz-ukraini-vid-02-02-2011-52-pro-zatverdzhennya-konceptii-podalshogo-rozvitku-perinatalnoi-dopomogi-ta-planu-realizacii-zahodiv-konceptii. – Назва з екрану.

8. *Про затвердження* Методичних рекомендацій визначення нормативів навантаження на медичних працівників (лікарів) у закладах охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу : наказ МОЗ України від 28.03.2013 № 249 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20130328_0249.html. – Назва з екрану.
9. *Про порядок* проведення реформування системи охорони здоров'я в Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : Закон України від 7 липня 2011 року № 3612-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/3612-17>. – Назва з екрану.
10. Ряхимов Ю. Нормативная база в здравоохранении: как определить трудоемкость и рассчитать трудозатраты / Ю. Ряхимов // Кадровик. Трудовое право для кадровика. – 2008. – № 7. – С. 7–22.
11. Lex W. Regionalized Perinatal Care Systems and Very Low-Birth-Weight and Very Preterm Infants / W. Lex, M. D. Doyle // JAMA. – 2010. – № 304 (24). – P. 2696–2697.
12. Staebler S. Regionalized systems of perinatal care: health policy considerations / S. Staebler // Adv. Neonatal Care. – 2011. – № 11 (1). – P. 37–42.

ОБОСНОВАНИЕ НОРМАТИВОВ НАГРУЗКИ ВРАЧЕЙ-АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ АКУШЕРСКИХ СТАЦИОНАРОВ РАЗЛИЧНЫХ УРОВНЕЙ

В.Г. Гинзбург

Департамент здравоохранения Днепропетровской областной государственной администрации, Украина

Цель: обосновать нормативы нагрузки на врачей-акушеров-гинекологов родильных стационаров разных уровней на основании изучения затрат рабочего времени на различные виды работ и рабочие операции с экспертной их коррекцией.

Материалы и методы. Исследование проводилось фотохронометражным методом в течение 2-х недель в круглосуточном режиме. Исследованием было охвачено 218 рабочих смен, 41 врача-акушера-гинеколога.

Результаты. Исследованием установлено, что в крупных акушерских стационарах, работающих интенсивно, нормативная и фактическая нагрузки на врачей, выраженная в числе пролеченных пациентов, практически не отличаются, в менее мощных стационарах нормативная нагрузка по сравнению с фактической возрастает, что является основанием для дальнейшей оптимизации сети родовспомогательных отделений.

Выводы. Данные фотохронометражных исследований, скорректированные экспертами, дают возможность установить нормативы числа принятых родов одним врачом-акушером-гинекологом в стационарах различного уровня.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: нормативы нагрузки, врач-акушер-гинеколог, акушерские стационары, учреждения здравоохранения, предоставляющие вторичную и третичную медицинскую помощь, фотохронометраж.

SUBSTANTIATION OF NORMATIVE WORKLOAD OF DOCTORS OBSTETRICIAN GYNAECOLOGISTS OF OBSTETRIC HOSPITALS OF VARIOUS LEVELS

V.G. Ginzburg

Department of health care of Dnipropetrovsk oblast state administration, Ukraine

Objective. To substantiate normative workload for doctors obstetrician-gynecologists of maternity hospitals of various levels based on the time expenditures for different types of works and work operations with expert correction thereof.

Materials and Methods of Study. Study was performed with photochronometric method during 2 weeks in twenty-four-hour regime. The study has covered 218 working shifts, 41 obstetrician-gynecologist.

Results. Study has shown that in big maternity hospitals which work intensively, both normative and actual workload of doctors, expressed in terms of number of cured patients, hardly differ. While in less heavy-duty hospitals, normative workload raises comparing to the normative one, what becomes a basis for further optimization of network of network of obstetrical hospital departments.

Conclusion. Data of photochronometric studies, corrected by experts, allows to define normative number of received deliveries done by one obstetrician-gynecologist in the hospitals of various levels.

KEY WORDS: normative workload; obstetricians-gynecologists; maternity hospital; institutions of health care, providing secondary and tertiary medical care; photochronometry.

Рукопис надійшов у редакцію 06.02.2014 р.

Відомості про автора:

Гинзбург Валентина Григорівна – директор Департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської облдержадміністрації; тел.: +30(067)5661204.

УДК 616.24-002.5-08

І.Т. П'ЯТНОЧКА, С.І. КОРНАГА, В.І. П'ЯТНОЧКА

УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ «ТУБЕРКУЛЬОЗ» (2012) – ВИСОКОЕФЕКТИВНИЙ ДИНАМІЧНИЙ ДОРОГОВКАЗ

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

Мета роботи: показати універсальність та значущість уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Туберкульоз» і можливі його динамічні корективи.

Матеріали і методи. Проаналізовано літературні, офіційні протокольні, аналітично-статистичні дані та власні спостереження щодо боротьби з туберкульозом в сучасних умовах.

Результати. В результаті проведення основного курсу хіміотерапії виліковуються приблизно 60% захворілих (через 24 місяці – до 75%, у т.ч. з урахуванням вилікуваних від мультирезистентного туберкульозу). Приблизно 8% вперше захворілих переривають лікування, 12% помирають. Лікування повинно бути індивідуальним, залежати від характеру туберкульозного процесу та мати на меті повноцінне вилікування. Протокол не повинен бути догмою.

Висновки. Для подолання туберкульозу потрібні спільні зусилля первинної ланки медичної допомоги, фтизіатричної служби та суспільства в цілому. «Передчасна» виписка хворих додому чи в спеціальні відділення на паліативне лікування з метою економії державних коштів не завжди виправдана та може призвести до розповсюдження хіміорезистентного туберкульозу та, відповідно, до значно більших витрат.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: туберкульоз, мультирезистентність, антимікобактеріальна терапія.

Туберкульоз відомий у світі відколи існує людство. Це одна з найдавніших хвороб, яка може уражати усі органи і системи та щороку призводить до значних людських жертв [5]. Періоди епідемії туберкульозу змінювалися періодами стабілізації. Останній спалах туберкульозу розпочався з 90-х років минулого століття, коли захворюваність стала підвищуватися. У 1993 р. ВООЗ оголосила туберкульоз глобальною небезпекою. Відтепер у світі щорічно реєструється до 10 млн людей із бактеріальним туберкульозом і 4–5 млн людей помирають від цієї інфекції [7].

В Україні з 1995 р. проголошена епідемія туберкульозу. Захворюваність стрімко збільшувалася і перевищила епідемічний поріг – 50 випадків на 100 тис. населення. У 2005 р. цей показник був найвищим і становив 84,1 випадку на 100 тис. населення. Однак упродовж 2006–2012 рр. спостерігається незначне поліпшення епідеміологічної ситуації. У 2012 р. захворюваність на туберкульоз, поширеність та смертність від нього становила вже відповідно 68,1; 141,5 та 15,2 випадку на 100 тис. населення [11]. Водночас зростала захворюваність на ко-інфекцію туберкульоз ВІЛ/СНІД – 9,1 на 100 тис. населення. Дуже гострою проблемою є хіміорезистентний туберкульоз. У різних регіонах України первинна резистентність становить від 7% до 20%, вторинна –

60-75%. У 2011 р. приріст хіміорезистентного туберкульозу порівняно з 2010 р. досяг 34% [3]. Цьому сприяють несвоєчасне централізоване забезпечення антимікобактеріальними препаратами, зокрема II ряду, перерви у лікуванні хворих, відсутність, в окремих випадках, контрольованого лікування та хіміопротекції. Потребує значного покращення діагностика туберкульозу на різних ланках медичної допомоги і, передусім, на рівні первинної ланки. Помилки лікарів сільських дільничних лікарень та амбулаторій становлять 80,2–96,4%, центральних районних лікарень – 54,2–72,1%, міських і обласних лікарень загального профілю – 32,2–41,7%, лікарів-фтизіатрів – приблизно 3,2–4,7% [3]. Отже, настала нагальна потреба покращення навчання з фтизіатрії у вищих навчальних закладах, збільшення кількості годин для студентів, лікарів-інтернів і, передусім, сімейних лікарів.

Виявлення хворих з підозрою на туберкульоз проводиться переважно у закладах первинної ланки медичної допомоги. У спеціалізованих протитуберкульозних закладах підтверджується діагноз туберкульозу та проводиться лікування [8]. Основним у боротьбі з туберкульозом є лікування. Завдяки повноцінному вилікуванню хворих ліквідуються джерела інфекції та значно поліпшується епідеміологічна ситуація.

© І.Т. П'ятночка, С.І. Корнага, В.І. П'ятночка, 2014

Мета роботи: показати універсальність, значущу цінність уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Туберкульоз» (2012) і можливі його динамічні корективи.

Матеріали і методи. В основу роботи покладені літературні, офіційні протокольні, аналітично-статистичні дані та власні спостереження щодо боротьби з туберкульозом в сучасних умовах.

Результати дослідження та їх обговорення. Антимікобактеріальна терапія проводиться за стандартними режимами під безпосереднім спостереженням, що рекомендується ВООЗ. В стаціонарних умовах проводять лікування хворим 1, 2 категорій, а пацієнтам 3 категорії – лише при наявності медичних показань (тяжкі супутні захворювання, непереносимість протитуберкульозних препаратів). Лікування хворих 4 (мультирезистентний туберкульоз (МРТБ) категорії здійснюється в умовах спеціалізованих протитуберкульозних відділень. Стаціонарне лікування проводиться до припинення бактеріовиділення, що підтверджується дворазовою, з інтервалом в один місяць, мікроскопією мазка мокротиння [8].

Антимікобактеріальна терапія складається з двох фаз: інтенсивної і фази продовження. Під час проведення інтенсивної фази лікування хворі отримують від чотирьох до шести протитуберкульозних препаратів (залежно від категорії). Під час підтримуючої фази – від двох до чотирьох антимікобактеріальних препаратів (залежно від категорії).

Пацієнтам 1, 2 і 3 категорій під час інтенсивної фази призначають ізоніазид+рифампіцин+піразинамід+етамбутол – 2–3 місяці (60–90 доз), в підтримуючій фазі – ізоніазид+рифампіцин – 4 місяці (не менше 120 доз). Хворі 4 категорії під час інтенсивної фази отримують 5–6 протитуберкульозних препаратів згідно з даними тесту медикаментозної чутливості (ТМЧ) протягом 8 місяців, а під час підтримуючої фази – не менше 4-х препаратів протягом 12 місяців.

ВООЗівські схеми лікування вважаються найоптимальнішими та найефективнішими для різних категорій хворих. Ці схеми хіміотерапії дозволяють не лише суттєво скоротити тривалість лікування, але й ефективно їх використовувати в амбулаторних умовах. Спеціальні дослідження показали, що стаціонарного лікування потребують приблизно 25% хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, і тому лікування в амбулаторних умовах розглядається як пріоритетний метод. Доказами на його користь є запобігання внутрішньолікарняній інфекції, зокрема хіміорезистентними штамми МБТ, і значно менша вартість лікування. Проте вибір організаційної форми лікування повинен бути індивідуальним, залежно від категорії, клінічної форми,

ускладнень, чутливості МБТ до хіміопрепаратів, матеріального достатку, культури хворого та його ставлення до лікування [5]. Можливим, за Протоколом, є лікування деяких хворих з бактеріовиділенням і вдома, але за умови, коли вони мають окрему кімнату, у квартирі немає дітей віком до 18 років і при дотриманні правил інфекційного контролю [8].

Виліковується від туберкульозу в результаті проведення основного курсу хіміотерапії (ОКХТ) до 12 місяців від початку лікування приблизно 60% захворілих, через – 24 місяці – до 75%, у т.ч. з урахуванням вилікованих від мультирезистентного туберкульозу. Приблизно 8% вперше захворілих перериває лікування, 12% – помирає [8].

Отже, значна частина хворих не виліковується, не доживаючи навіть до припинення бактеріовиділення, а тим більше до загоєння порожнини розпаду. Пацієнтів після припинення бактеріовиділення виписують із стаціонару для продовження лікування в домашніх умовах. Амбулаторне лікування значно дешевше для держави, але не рівноцінне за ефективністю стаціонарному.

Все це вимагає диференційованого підходу до лікування, з урахуванням матеріально-побутових умов хворого, його культурного рівня, ставлення до тривалого щоденного прийому антимікобактеріальних препаратів та інших чинників. Припинення бактеріовиділення через два–три місяці за мазком мокротиння і виписки хворого з деструктивними змінами в легенях для подальшого амбулаторного лікування є ризикованим і не завжди виправданим. До того ж нерідко незагоєні каверни розцінюють як «бульозно-деструктивні зміни». Це надзвичайно великий ризик прогресування чи рецидиву і нерідко вже з хіміорезистентними МБТ. Лікування такого хворого набагато дорожче, ніж за умови продовження лікування в стаціонарних умовах з використанням усіх доступних апробованих методів (хірургічних, колапсотерапевтичних тощо).

Зауважимо, що одним із чинників виникнення рецидивів туберкульозу є недостатня тривалість стаціонарного лікування з приводу першого випадку, як і недостатній об'єм хіміотерапії чи інших можливих методів лікування [4]. До того ж рецидиви є основним джерелом формування хронічних деструктивних форм туберкульозу з бактеріовиділенням [9]. За даними ВООЗ, 44% хворих з рецидивами і бактеріовиділенням є мультирезистентними. В Україні протягом 2010–2012 рр. спостерігається зростання частки (26,4%, 26,9% та 30,3%) випадків туберкульозу з повторним лікуванням, у тому числі рецидивами, серед хворих 1–3 категорій [6]. Подібне констатовано і в Тернопільській області, де кожний четвертий хворий поступає на повторне стаціонарне лікування, що,

в певній мірі, зумовлено недостатньою прихильністю хворих до лікування, недбайливим ставленням до свого здоров'я, а також непроведенням, в окремих випадках, протирецидивного лікування. Крім цього, намітилася явна негативна тенденція до погіршення характеру туберкульозного процесу (рецидивів). Так, якщо у 2011 р. серед рецидивів було 46,8% бацилярних і 49,4% хворих з порожнинами розпаду, то у 2012 р. – 63,3% і 59,2% відповідно.

До речі, якщо базовий курс діагностики та лікування одного хворого-бактеріовиділювача з чутливими до антимікобактеріальних препаратів МБТ коштує приблизно 1000 грн, моно- і полірезистентний – 2300 грн, то мультирезистентний – 18000 грн на рік. Середня вартість 20-місячного курсу лікування пацієнта коштує державі 30 тис. грн [2]. Отже, лікування таких хворих довготривале, дороге і недостатньо ефективне (40,1%) [8], а контагіозність – висока і дуже небезпечна. Тому, на нашу думку, хворим на вперше діагностований деструктивний бацилярний туберкульоз легень потрібне більш тривале стаціонарне лікування, не лише до припинення бактеріовиділення, але і до загоєння чи ліквідації порожнин розпаду за допомогою можливих доказових методів лікування, зокрема хірургічних. Це, передусім, стосується хворих на мультирезистентний туберкульоз. Оскільки виписка таких пацієнтів із стаціонару після неефективного основного курсу хіміотерапії на паліативне лікування у спеціалізовані стаціонари, а в більшості випадків додому, створює велику епідеміологічну небезпеку для оточуючих і, як наслідок, розповсюдження хіміорезистентного туберкульозу.

Паліативне лікування у спеціалізованому протитуберкульозному стаціонарі не завжди можливе через відмову хворих у зв'язку з віддаленістю від його місця проживання. До того ж протитуберкульозні стаціонари не є перевантаженими, і завжди існує можливість виділити окремі палати для таких пацієнтів. У стаціонарних умовах більш ефективно можна допомогти хворому і значною мірою обмежити розповсюдження туберкульозу, зокрема мультирезистентного.

Зауважимо, що з віком потреба у паліативній допомозі зростає. Щорічно збільшується кількість хворих у термінальній стадії ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ та туберкульозу з мультирезистентністю чи з розширеною медикаментозною стійкістю [10]. Однак розвиток паліативної допомоги в країні, як і окремих регіонах, суттєво відстає від потреби, як за кількістю, якістю обслуговування, матеріальним забезпеченням, так і територіально.

При неефективних консервативних лікувальних заходах, наявності бактеріовиділення й без-

перспективності хірургічного лікування хворих 4-ї категорії ВООЗ рекомендує позитивне вживання ізоніазиду з надією, що це сприятиме зниженню контагіозності й передачі резистентних штамів МБТ, оскільки ізоніазид у підвищених (0,45–0,9 г) дозах у режимі поліхіміотерапії підвищує ефективність лікування захворювання на мультирезистентний деструктивний туберкульоз із розширеною стійкістю мікобактерій [1]. Це дещо співзвучно з нашими спостереженнями минулих десятиріч. При застосуванні ізоніазиду в добових дозах 0,6–0,9 г у комбінації зі стрептоміцином і ПАСК у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень припинення бактеріовиділення настало у 97% і закриття порожнин розпаду – у 85% випадків.

Підсумовуючи дані літературних джерел, офіційних протоколів, аналітично-статистичних матеріалів і власних спостережень, констатуємо, що потрібно використовувати всі апробовані доступні засоби і методи для запобігання захворюванню на туберкульоз, а за його наявності – добиватися значного підвищення ефективності лікування. Однак для подолання туберкульозу як масового захворювання потрібні спільні наполегливі зусилля первинної ланки медичної допомоги, фтизіатричної служби та суспільства в цілому. До того ж сьогодні надзвичайно актуальною є проблема формування у населення відповідального ставлення до власного здоров'я як найвищої особистої та суспільної цінності, формування навичок здорового способу життя, виховання духовного та фізичного здоров'я особистості.

Висновки

1. На засадах доказової медицини і багаторічного досвіду розроблений і втілений в життя основний документ, яким керуються різні за фахом лікарі. Це Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Туберкульоз» (2012). Однак і цей протокол не повинен бути догмою.

2. Лікування хворого на туберкульоз повинно бути індивідуальним, залежно від характеру туберкульозного процесу, і мати на меті повноцінневилікування, а в окремих випадках хоча б подовження життя та полегшення страждань хворого. Оскільки для лікаря не повинно бути безнадійних хворих, те, що неможливо зробити сьогодні, завтра може стати реальністю завдяки новаціям чи відкриттям.

3. Не завжди доцільно, згідно із сучасними стандартами, виписувати хворих з деструктивним легеневим процесом після припинення бактеріовиділення із стаціонару для хіміотерапії в амбулаторних умовах, не використавши усі мож-

ливі апробовані методи лікування, зокрема хірургічні.

4. Економія державних коштів, що реалізується шляхом суворо регламентованих за протоколом термінів і місця лікування, не завжди виправдана, оскільки «передчасна» виписка хворих додому чи в спеціальні відділення на паліативне ліку-

вання надалі може призвести до значно більших економічних витрат і поширення хіміорезистентного туберкульозу з відповідними катастрофічними наслідками.

Перспективи подальших досліджень полягають в оптимізації профілактики, раннього виявлення та лікування хворих на туберкульоз.

Список літератури

1. Бялик Й. Б. Результаты полихимиотерапии с использованием изониазида в повышенных дозах у больных мультирезистентным деструктивным туберкулёзом с расширенной устойчивостью микобактерий туберкулёза / Й. Б. Бялик // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2013. – № 3. – С. 38–43.
2. Ковальова Г. Г. Актуальні питання та практичні підходи до підвищення ефективності Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз в Україні / Г. Г. Ковальова // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2013. – № 4. – С. 14–23.
3. Мельник Василь Туберкульоз – проблема соціальна й економічна / Василь Мельник // Ваше здоров'я. – 2012. – № 40–41. – С. 8.
4. Основні чинники ризику виникнення рецидивів туберкульозу в Полтавській області / Ярешко А. Г., Бойко М. Г., Куліш М. В. [та ін.] // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2013. – № 4. – С. 55–58.
5. Туберкульоз : підр. / за ред. проф. І.Т. П'ятночки. – Тернопіль : ТДМУ, 2005. – 280 с.
6. Туберкульоз в Україні (аналітично-статистичний довідник за 2001-2012 роки). – К., 2013. – 122 с.
7. Туберкульоз: організація діагностики, профілактики та контроль за смертністю [виробниче видання] /Фещенко Ю. І., Мельник В. М., Турченко Л. В., Лірник С. В. – К. : Здоров'я, 2010. – 448 с.
8. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Туберкульоз. – К., 2012. – 171 с.
9. Урсов И. Г. Эпидемиология туберкулёза и диспансеризация населения / И. Г. Урсов // Новосибирск : ГП «Новосибирский полиграфический комбинат. – 2003. – 182 с.
10. Ухачевський С. Паліативна допомога в Україні – нові грані розвитку / С. Ухачевський // Ваше здоров'я. – 2012. – № 40–41. – С. 22–23.
11. Фещенко Ю. І. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Туберкульоз»: особливості його підготовки та чим відрізняється від попередніх клінічних протоколів / Ю. І. Фещенко, С. О. Черенько, А. І. Барбова // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2013. – № 2. – С. 8–18.

УНИФИЦИРОВАННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ «ТУБЕРКУЛЕЗ» (2012) – ВЫСОКОЭФФЕКТИВНЫЙ ДИНАМИЧЕСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

И.Т. Пятночка, С.И. Корнага, В.И. Пятночка

ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины»

Цель: показать универсальность и значимость унифицированного клинического протокола медицинской помощи «Туберкульоз» и возможные его динамические коррективы.

Материалы и методы. Проанализированы литературные, официальные протокольные, аналитически-статистические данные и собственные наблюдения относительно борьбы с туберкулёзом в современных условиях.

Результаты. В результате проведения основного курса химиотерапии излечиваются приблизительно 60% заболевших (через 24 месяца – до 75%, в т.ч. с учётом вылеченных от мультирезистентного туберкулёза). Приблизительно 8% впервые заболевших прерывает лечение и 12% умирают. Лечение должно быть индивидуальным, зависит от характера туберкулезного процесса с целью полноценного излечения. Протокол не должен быть догмой.

Выводы. Для преодоления туберкулеза нужны совместные усилия первичного звена медицинской помощи, фтизиатрической службы и общества в целом. «Преждевременная» выписка больных домой или в специальные отделения на палиативное лечение с целью экономии государственных средств не всегда оправдана и может привести к распространению химиорезистентного туберкулеза и, соответственно, к значительно большим затратам.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: туберкулез, мультирезистентность, антимикобактериальная терапия.

COMPATIBLE CLINICAL PROTOCOL OF MEDICARE «TUBERCULOSIS» (2012) HIGH-EFFICIENCY DYNAMIC POINTER*I.T. Pyatnochka, S.I. Kornaha, V.I. Pyatnochka*

SHEI «Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky MPH of Ukraine»

Purpose: to show universality, large value of protocol and possibility of his dynamic correction.**Materials and methods.** The literary are fixed in basis of work, official protocol, analytically-statistical data and own supervisions in relation to a fight against tuberculosis in modern terms.**Results.** Recovery from TB as a result of realization of basic course of chemotherapy makes of approximately 60% diseased (in 24 months to 75%). Approximately 8% first the diseased is interrupted by treatment, 12% – dies. Treatment should be individualized, depending on nature of tubercular process and aim to complete treatment. The protocol should not be dogma.**Conclusions.** For overcome tuberculosis joint efforts of primary health care, TB services and society in general are necessary. State cost effectiveness not always is justified, as «premature» extract of patients home or in the special separations on palliative treatment, in future can result inconsiderably anymore economic charges and distribution of chemorezistens TB.KEY WORDS: **tuberculosis, multirezistens, antimykobakterial therapy.**

Рукопис надійшов до редакції 25.12.2013 р.

Відомості про авторів:**П'ятночка Іван Теодорович** – д-р.мед.н., професор кафедри терапії і семейної медицини ННІПО ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"; тел: (0352)52-59-29.**Корнага Світлана Іванівна** – д-р.мед.н., професор кафедри пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"; тел. (0352)52-59-29.**П'ятночка Володимир Іванович** – к.мед.н., доцент кафедри хірургії ННІПО ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"; тел. (0352)26-81-80.

Н.О. РИНГАЧ¹, А.О. КЕРЕЦМАН²

ВТРАЧЕНІ РОКИ ПОТЕНЦІЙНОГО ЖИТТЯ ВНАСЛІДОК ПЕРЕДЧАСНОЇ СМЕРТНОСТІ В УКРАЇНІ: ОБСЯГ І СТРУКТУРА

¹Інститут демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України, м. Київ¹ДНУ “Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини” ДУС, м. Київ, Україна²ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Україна

Мета: оцінити обсяг втрачених років потенційного життя (ВРПЖ) через передчасну смертність та місце основних причин у його формуванні; виявити статеві і міжпоселенські відмінності індексу ВРПЖ; обґрунтувати рекомендації з практичного застосування методики.

Матеріали і методи. Розрахунки проводилися за даними Держстату України. Застосовувався метод потенціальної демографії.

Результати. Розраховано обсяг ВРПЖ через передчасну смертність населення (понад три мільйони людино-років у 2011 р.) та визначено значущість основних класів хвороб. Виявлено істотну статеву диференціацію величини індексу ВРПЖ та менш яскраві міжпоселенські відмінності.

Висновки. Індекс ВРПЖ в Україні становив у 2011 р. 8134,96 на 100 тис. нас., чверть втрат зумовлена зовнішніми причинами. Найважливіша різниця показника за статтю: як за величиною (у чоловіків у 2,6 рази вищий, ніж у жінок), так і за структурою (вдвічі більша частка зовнішніх причин).

КЛЮЧОВІ СЛОВА: передчасна смертність, втрачені роки потенційного життя.

Одним з підходів до вивчення втрат, спричинених передчасною смертністю, є оцінка обсягу (у роках) потенційного життя, недожитого через настання такої смерті. Передчасна смертність, яка значно перевищує аналогічні рівні розвинутих країн світу, є однією з найгостріших сучасних соціальних проблем України. Якщо у XIX – на початку XX сторіччя основні втрати внаслідок передчасної смертності було сконцентровано, передусім, у юному і молодому віці (за рахунок надзвичайно високої дитячої і материнської смертності, смертності від інфекційної патології тощо), то у сучасній Україні – у інтервалі працездатного віку. Соціально-економічне значення окремих причин смерті визначається не лише абсолютною кількістю смертей та їх значущістю у структурі, але й впливом на оцінену у роках потенційного життя величину незворотних втрат внаслідок смертності. З іншого боку, різні причини зумовлюють різну величину внеску у скорочення середньої очікуваної тривалості життя населення. Тому розрахунок обсягу і структури років втраченого потенційного життя (Years of Potential Life Lost (YPLL) or Potential Life Lost Years, або ВРПЖ) дозволяє оцінити міру впливу передчасної смертності в цілому та відносну значущість окремих причин смерті у формуванні втрат через передчасну смерть зокрема. Окрім того, це ілюструє

ймовірну вигоду від втручань, результатом яких буде скорочення рівня передчасної смертності, як взагалі, так і від певних причин.

З другої половини XX – на початку XXI сторіччя у різних країнах поширюється практика оцінювання років втраченого потенційного життя [5;8]. Нещодавно оприлюднено дані Центру профілактики і контролю захворювань Латвії, в яких відзначено успіхи країни у зниженні рівня передчасної смертності. Зокрема за 2000–2013 рр. показник ВРПЖ в країні істотно скоротився: на 43% серед чоловіків та на 21% – серед жінок [7]. Показник ВРПЖ включено у перелік індикаторів здоров'я населення Канади [6]. Також розрахунки ВРПЖ застосовуються при обчисленні рекомендованого до використання експертами ВООЗ показника DALY, що являє собою суму років потенційного життя, втрачених через передчасну смерть, та років, проведених у хворобливому (непрацездатному) стані, або погіршення якості життя людини.

На теренах України також запропоновано використовувати показник ВРПЖ для оцінки ефективності політики у сфері охорони здоров'я і діяльності системи охорони здоров'я [2;4]. Останніми роками з'явилися публікації щодо величини і структури втрат в окремих вікових групах та від окремих причин [1;3].

Мета роботи – оцінити обсяг втрат років потенційного життя через передчасну смертність

населення в Україні та визначити місце основних класів хвороб у його формуванні; виявити статеві і міжпоселенські відмінності величини індексу ВРПЖ; обґрунтувати рекомендації щодо практичного застосування методики.

Матеріали і методи. Інформаційною базою дослідження стали офіційні дані Державної служби статистики України щодо розподілу померлих за статтю, віковими групами та причинами смерті за підсумками 2011 року. Для оцінки демографічних втрат використовувався метод потенційної демографії.

Кількість ВРПЖ обчислюється як сума різниць років між пороговим значенням віку смерті і фактичним віком смерті усіх осіб, померлих протягом року в молодших за пороговий вікових інтервалах [9]. Порогове значення задається залежно від цілей розрахунку (у нашому випадку це 65 років). На сьогодні у розвинутих країнах світу в якості порогового значення у дослідженнях використовують 70 років, іноді – величину середньої очікуваної тривалості життя. Організацією економічного співробітництва і розвитку (ОЕСД), яка застосовує стандартизований показник YPLL для міжнародних порівнянь оцінки прогресу в зниженні передчасної смертності, за пороговий вік обрано 70 років. У дослідженні Global burden of disease-2010 використовували максимально можливу величину тривалості життя для певної

вікової групи (на сьогодні – японських жінок). При розрахунках враховується як загальна смертність, так і смертність від окремих причин смерті.

Показник ВРПЖ на 100 тис. нас. розраховувався як дріб, в чисельнику якого сума добутоків кількості померлих у певному віці та числа років, недожитих ними до 65 років; у знаменнику – кількість населення у віці молодше 65 років, за формулою:

$$\frac{\sum (65 - \text{age of death}) \times \text{number of deaths at each age}}{\text{Number of people ages 65 and younger}} \times 100,000$$

Можливе застосування поділу за однорічними та п'ятирічними віковими інтервалами.

Результати дослідження та їх обговорення. За нашими розрахунками, абсолютна кількість ВРПЖ внаслідок передчасної смертності становила понад три мільйони людино-років (3 133 649). Показник (індекс) ВРПЖ становив у 2011 р. 8134,96 на 100 тис. відповідного населення (табл. 1). При цьому абсолютну більшість втрат (72%) обумовлено чотирма основними класами – зовнішніми причинами, хворобами системи кровообігу, новоутвореннями, інфекційними та паразитарними хворобами (за значущістю).

Таблиця 1. Показник втрачених років потенційного життя у 2011 р. внаслідок передчасної смертності, на 100 тис. осіб у віці 0–64 роки*

Причина смерті	Обидві статі	Чоловіки	Жінки
КЛАС I. Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	818,08	1235,96	424,38
КЛАС II. Новоутворення	1172,48	1321,52	1032,06
КЛАС IX. Хвороби системи кровообігу	1828,59	2776,95	935,13
КЛАС X. Хвороби органів дихання	294,19	460,38	137,61
КЛАС XI. Хвороби органів травлення	703,51	1019,82	405,50
КЛАС XX. Зовнішні причини смертності	2045,22	3465,94	706,72
Всі причини	8134,96	11888,98	4598,19

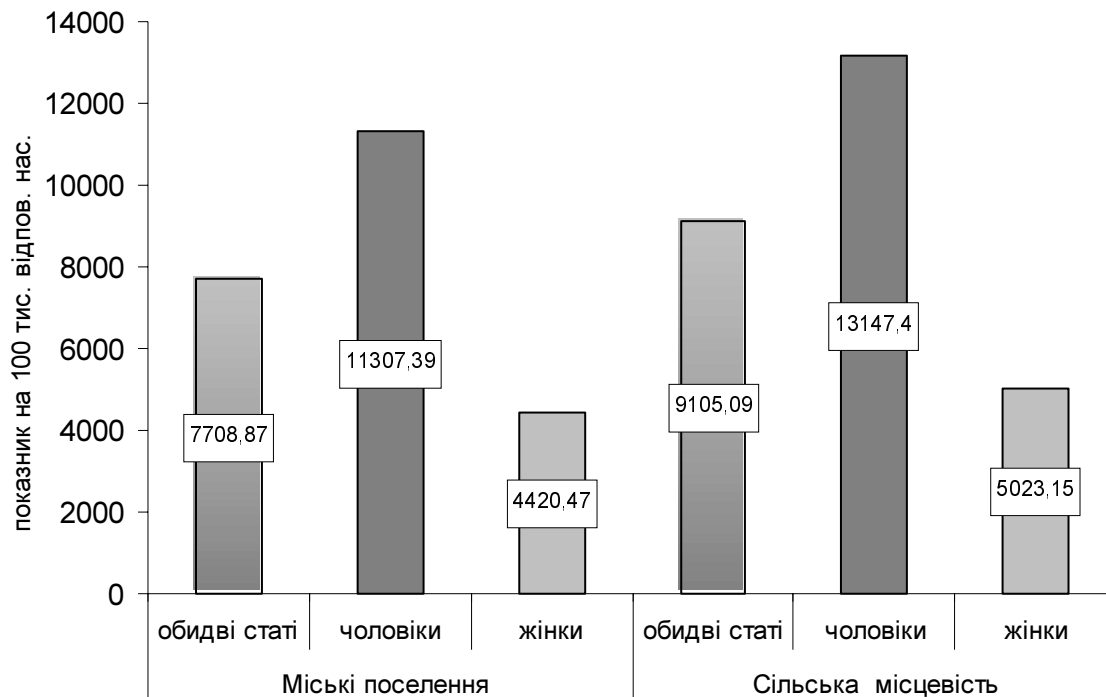
*Примітка: авторські розрахунки за даними Держстату України.

Спостерігалась досить помітна диференціація індексу залежно від місця проживання. Так, найбільшим він виявився для сільських чоловіків (13147,4 на 100 тис. нас., або на 10% вищий, ніж серед міських), що підтверджує більшу гостроту проблеми передчасної смертності у сільській місцевості (рис. 1).

Статеві особливості передчасної смертності в Україні полягають у значному перевищенні її рівнів серед чоловіків, що, відповідно, відображається і в обсягу втрат потенційного життя. Розрахунки показника ВРПЖ за статтю виявили істотну різницю, як за величиною, так і за структурою. Для українських чоловіків він був у понад

двічі вищим, ніж для жінок (11888,98 проти 4598,19 на 100 тис. осіб у віці 0–64 роки), що характеризує частіше раннє настання смерті.

Серед чоловіків частка смертей від зовнішніх причин значно перевищувала таку серед жінок (29,1% та 15,4% відповідно) і визначила перше місце у структурі ВРПЖ; тоді як у жінок максимальна частка належала новоутворенням і хворобам системи кровообігу. Однак слід зазначити, що для жінок частки новоутворень і серцево-судинних хвороб практично не відрізнялись. Натомість у чоловіків градація була значною (23,4% та 11,1%), а новоутворення майже поділяли третє місце з інфекційними і парази-



Джерело: авторські розрахунки за даними Держстату України

Рис. 1. Показник втрачених років потенційного життя внаслідок передчасної смертності, на 100 тис. осіб у віці 0-64 роки, міські поселення та сільська місцевість, 2011 р.

тарними хворобам (рис. 2). Одночасно спостерігались подібні частки ВРПЖ чоловіків і жінок від інфекційних і паразитарних хвороб (близько 10%) та хвороб органів травлення (близько 8%).

Наявна нерівність розміру втрат за статтю через надмірну смертність чоловіків в Україні має

привернути увагу керівників охорони здоров'я та відповідальних за вироблення політики для розробки цілеспрямованих заходів, орієнтованих на попередження передчасної смертності чоловічого населення від визначених причин.

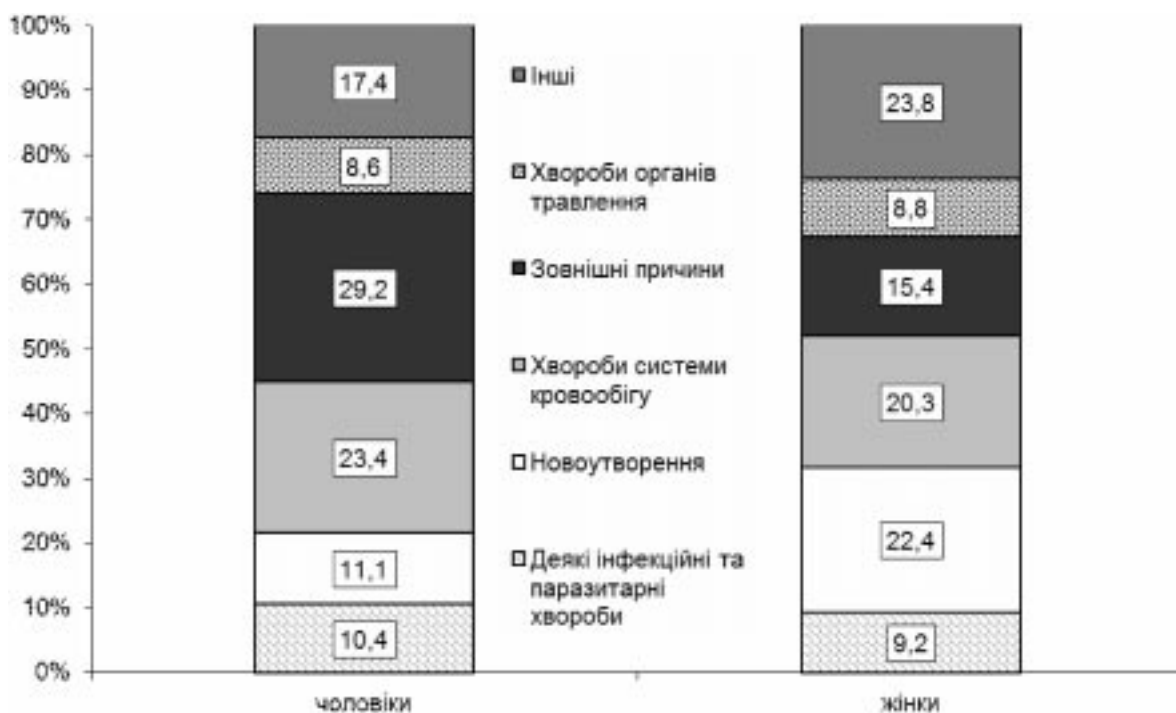


Рис. 2. Структура втрачених років потенційного життя населення в Україні за статтю та причинами смерті, %, 2011 р.

Якщо здійснити порівняння з нашими розрахунками за даними 2006 р., то виявляється, що за п'ятирічний період відбулися як структурні зміни, так і зміни рівня (табл. 2). Так, попри збереження зовнішніми причинами смерті лідерських позицій, розрив між цією причиною і хворобами системи кровообігу у 2011 р. став значно меншим, тоді як частка втрат, зумовлена ново-

утвореннями, дещо зросла. Величина загального показника у 2011 р. стала на 22% меншою (8134,96 проти 10526,3 на 100 тис. нас.), найменшою мірою з чотирьох основних причин зменшився індекс ВРПЖ через новоутворення – лише на 6%, що характеризує зростання значущості онкологічної патології у формуванні потенційних втрат людського життя серед українців.

Таблиця 2. Показники втрачених років потенційного життя внаслідок передчасної смертності на 100 тис. осіб у віці 0-64 роки, все населення, обидві статі, 2006, 2011 р.*

Причина смерті	Показник втрачених років потенційного життя	
	2006 р.	2011 р.
Всі причини	10526,3	8134,96
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	931,6	818,08
Новоутворення	1252,6	1172,48
Хвороби системи кровообігу	2399,3	1828,59
Хвороби органів травлення	924,8	703,5
Зовнішні причини	3110,8	2045,22

*Примітка: авторські розрахунки за даними Держкомстату України.

Порівняльний аналіз структури смертності чоловіків і жінок 0-64 роки та структури втрачених років потенційного життя у цьому ж віці свідчить, що ієрархія причин смерті відрізняється. Так, загальна кількість смертей чоловіків від хвороб системи кровообігу вища, ніж від зовнішніх причин, однак відносно молодший вік смерті, спричиненої останніми, обумовив більшу кількість недожитих до 65 років і, відповідно, втрачених років потенційного життя. Саме зовнішні причини детермінують найбільше число ВРПЖ чоловіків, хоча за рангом у структурі смертності вони посідали друге місце. Таким же чином інфекційні та паразитарні хвороби, які спричинили значно менше абсолютне число смертей чоловіків, знаходилися на вищому ранговому місці, ніж новоутворення, для яких характерний більш пізній вік смерті.

Корисність застосування методики оцінки ВРПЖ беззаперечна. Переваги зазначеного підходу полягають у тому, що індекс ВРПЖ являє собою об'єктивний і чутливий показник вимірювань; ґрунтується на міжнародних і хронологічних порівняннях; надає точні цілі та оцінки для скорочення поширеності певних захворювань (інфекційних, неінфекційних та травм) за допомогою адекватної профілактики і лікування. Кількісна оцінка втрат суспільства, спричинених передчасною смертністю, є інструментом обґрунтування політичних рішень, який допомагає формувати державну політику у сфері громад-

ського здоров'я, спираючись на аргументи визначення пріоритетності тих або інших заходів.

Прикладом сучасного застосування методики розрахунку показника ВРПЖ для потреб управління на пострадянському просторі є міжнародний проект "Здорові люди: управління змінами через моніторинг і дії", який сьогодні реалізується у Російській Федерації (Санкт-Петербург). Проект фінансується Делегацією Європейського Союзу, Грантовою програмою для неурядових організацій і місцевих органів влади регіону Балтійського моря. Завданнями проекту стали визначення показника ВРПЖ у пілотній області та покращення методів управління на місцевому і регіональному рівнях. Очікується, що у подальшому такі заходи сприятимуть розвитку місцевого і регіонального самоврядування, поліпшенню зв'язків між громадою і органами влади, зацікавленими сторонами (включаючи ЗМІ).

Рекомендується практичне застосування розрахунків ВРПЖ для оцінки проблем передчасної смертності та спричинених нею втрат потенційного життя; визначення цілей профілактичних заходів; оцінки ефективності соціальної політики в цілому, програмних заходів, реформ тощо, діяльності системи охорони здоров'я і навіть конкретної технології профілактики і лікування.

Висновки

1. Розраховано показник ВРПЖ внаслідок передчасної смертності, який становив у 2011 р. 8134,96 на 100 тис. відповідного населення, при

цьому абсолютну більшість втрат (72%) було обумовлено чотирма основними класами – зовнішніми причинами, хворобами системи кровообігу, новоутвореннями, інфекційними та паразитарними хворобами. Встановлено, що для українських чоловіків ВРПЖ є у понад двічі вищим, ніж для жінок (11888,98 проти 4598,19 на 100 тис. осіб у віці 0-64 роки).

2. Основні статеві відмінності у формуванні показника ВРПЖ полягали в тому, що у чоловіків частка, обумовлена смертністю від зовнішніх причин, значно перевищувала аналогічний показник у жінок (29,1% та 15,4% відповідно) і посідала перше місце

у структурі ВРПЖ, тоді як у жінок серед основних причин максимальна частка належала новоутворенням і хворобам системи кровообігу.

3. Оцінка ВРПЖ, обумовлених окремими причинами, дає можливість фокусування на найбільш важливих точках і напрямках втручання, розробки конкретних програм, спрямованих на зниження передчасної смертності населення, запобігання втрат людського і трудового потенціалу, а також оцінки ефективності їх реалізації.

Перспективи подальших досліджень. Заплановано здійснити розрахунки втрат для окремих нозологій за класом хвороб органів травлення.

Список літератури

1. Колодяжна О. І. Визначення втрачених років здорового життя від професійних захворювань за методом DALY / О. І. Колодяжна, А. М. Нагорна // Укр. журн. з проблем медицини праці. – 2013. – № 2 (35). – С. 11–15.
2. Рингач Н. О. Громадське здоров'я в Україні як чинник національної безпеки : монографія / Н. О. Рингач. – К. : Вид-во НАДУ, 2009. – 296 с.
3. Рингач Н. А. Оценка потерянных лет потенциальной жизни вследствие младенческой смертности / Н. А. Рингач, Р. А. Моисеенко // Восточноевроп. журн. общественного здоровья. – 2013. – Спецвып. на русском языке. – С. 81–84.
4. Чепелевська Л. А. Розрахунки кількості втрачених людино-років життя населення працездатного віку від хвороб системи кровообігу / Л. А. Чепелевська, Н. О. Рингач, О. О. Чернобривенко // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2000. – № 2. – С. 103–107.
5. Gardner J. W. Years of potential life lost (YPLL) – what does it measure? / J. W. Gardner, J. S. Sanborn // Epidemiology. – 1990. – Vol. 1(4). – P. 322–329.
6. Health Indicators 2012 : annual reports / Canadian Institute for Health Information and Statistics Canada. – 130 p.
7. Latvia Health system review 2012. Health system review: European Observatory on Health Systems and Policies – Vol. 14. – № 8. – 2012. [Electronic resource]. – Access mode : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/186072/e96822.pdf– Title from a screen.
8. Premature mortality in the United States: public health issues in the use of years of potential life lost // MMWR (Morb Mortal Wkly Rep.) – 1986. – Vol. 35. – P. 1–11.
9. Principles of Epidemiology (Second edition) Self-Study Course 3030-G CDC / R. Dicker, N. Gathany, P. Anderson, B. Segal, S. Smith, Ph. Thompson / US Department of Health & Human Services, 12/92 [Electronic resource]. – Access mode : <http://pubhealth.spb.ru/EpidD/> – Title from a screen.

ПОТЕРЯННЫЕ ГОДЫ ПОТЕНЦИАЛЬНОЙ ЖИЗНИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ СМЕРТНОСТИ В УКРАИНЕ: ОБЪЕМ И СТРУКТУРА

Н.А. Рингач¹, А.О. Керецман²

¹Институт демографии и социальных исследований имени М.В. Птухи НАН Украины, г. Киев

¹ГНУ «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» ГУД, г. Киев, Украина

²ГВУЗ «Ужгородский национальный университет», Украина

Цель: оценить объем потерянных лет потенциальной жизни (ПЛПЖ) из-за преждевременной смертности и место основных причин в его формировании; обнаружить отличия по полу и месту жительства индекса ПЛПЖ; обосновать рекомендации по практическому применению методики.

Материалы и методы. Рассчеты проводились по данным Госстата Украины. Применялся метод потенциальной демографии.

Результаты. Рассчитан объем ПЛПЖ из-за преждевременной смертности населения (свыше трех миллионов человеко-лет в 2011 г.) и определена значимость основных классов болезней. Обнаружена существенная половая дифференциация величины индекса ПЛПЖ и менее яркие межпоселенческие отличия.

Выводы. Индекс ПЛПЖ в Украине составил в 2011 г. 8134,96 на 100 тыс. нас., четверть потерь обусловлена внешними причинами. Имеются существенные различия показателя по полу: как по величине (у мужчин в 2,6 раза выше, чем у женщин), так и по структуре (вдвое больше доля внешних причин).

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: преждевременная смертность, потерянные годы потенциальной жизни.

**POTENTIAL LIFE LOST YEARS DUE TO PREMATURE MORTALITY IN UKRAINE:
VOLUME AND STRUCTURE**

N.O. Ryngach¹, A.O. Keretsman²

¹State institution of science «Research and Practical Center of preventive and clinical medicine»

¹State Administrative Department, Kyiv, Ukraine;

²Uzhhorod national university, Uzhhorod, Ukraine

Purpose. Evaluate the number of years of potential life lost (YPLL) due to premature mortality and rank the main causes of its formation, to identify sex differences by sex and place of residence index, to justify recommendations the practical application of methods.

Materials and methods. Calculations were made according to the Ukraine State Statistics Service. For the estimation of losses the method of potential demography is used.

Results. The volume of years of potential life lost is expected through the premature death rate of population (more than three million men-years in 2011), and determined the significance of major classes of disease. Substantial sexual differentiations of value of index of the years of potential life lost and less obvious differences by place of residence are educed.

Conclusions. Index YPLL in Ukraine presented in 2011 was 8134.96 per 100 000. Quarter of all losses is determined by external causes. There are significant differences by sex: both in value (2.6 times higher for men than for women) and the structure (twice greater part of external causes).

KEY WORDS: **premature mortality, years of potential life lost.**

Рукопис надійшов у редакцію 17.02.2014 р.

Відомості про авторів:

Рингач Наталія Олександрівна – доктор наук з державного управління, с.н.с. Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України, ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС (Київ); тел.: 067-379-44-63.

Керецман Анжеліка Олексіївна – ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; тел.: 0506309227.

М.В. ШЕВЧЕНКО

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ БЮДЖЕТНИХ ПРОГРАМ «ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА НАСЕЛЕННЮ» У ПІЛОТНИХ РЕГІОНАХ

Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ

Мета: оцінка ефективності бюджетних програм «Первинна медична допомога», що передбачає заходи з моніторингу та аналізу цільового та ефективного використання бюджетних коштів.

Матеріали і методи. Було проаналізовано звіти про виконання паспортів бюджетних програм «Первинна медична допомога» за 2012 рік у пілотних регіонах – Дніпропетровській, Донецькій, Вінницькій областях. Оцінка ефективності бюджетних програм проведена методом порівняльного аналізу за бальною шкалою.

Результати. Порівняльний аналіз виконання бюджетної програми «Первинна медична допомога населенню» у 2012 році дозволив оцінити її ефективність як «високу» (225 балів) у Донецькій, «середню» – у Вінницькій та Дніпропетровській областях (198,5 та 200 балів відповідно).

Висновки. Детальний аналіз результативних показників ефективності та якості виконання бюджетних програм засвідчив, що вони виконували роль стимуляторів і безпосередньо позитивно вплинули на виконання програми «Первинна медична допомога населенню».

КЛЮЧОВІ СЛОВА: результативні показники, бюджетна програма, якість, ефективність, пілотні регіони.

Реформи медичної сфери та питання охорони здоров'я населення України є пріоритетом державної політики та однією з важливих складових модернізації економіки України. Про це свідчить реалізація запропонованої Президентом України Програма економічних реформ «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [6], Національного плану дій щодо її впровадження [4], нових Соціальних ініціатив Президента України [7].

Сьогодні забезпечення рівного і справедливого доступу усіх громадян до надання медичної допомоги належної якості, забезпечення стійкої та стабільної системи фінансування є важливим напрямом державної політики у сфері охорони здоров'я більшості країн світу. Метою досягнення загального охоплення медичними послугами є гарантія того, що у всіх людей з'являється можливість користуватися медичною допомогою, якої вони потребують, включаючи послуги з профілактики, лікування, реабілітації та надання паліативної допомоги, без ризику розорення або зубожіння сьогодні і в майбутньому [2].

Алматинська декларація залишається популярною «завдяки пропаганді ідеї первинної медико-санітарної допомоги як засобу для пошуку вирішень головних проблем охорони здоров'я на рівні громад через заохочення справедливого доступу до медичних послуг, орієнтованих на зміцнення здоров'я, надання лікувально-профілактичної, паліативної і реабілітаційної допомоги» [8].

У Доповіді про стан охорони здоров'я у світі за 2010 р. щодо фінансування систем охорони здоров'я традиційно підтримано позицію про те, щоб системи фінансування охорони здоров'я, які країни з різними рівнями доходів на душу населення постійно прагнуть відкоригувати і адаптувати, розвивалися для досягнення конкретної мети загального охоплення медичними послугами [9].

Важливим є також той факт, що системи фінансування охорони здоров'я повинні гарантувати ефективне та справедливе використання фінансових ресурсів для покриття витрат в достатньому обсязі та забезпечення населення від фінансових ризиків [2].

Цей напрямок є актуальним і для України. Законом України від 07.07.2011 р. № 3612-VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» визначено, що підвищення ефективності використання бюджетних коштів, передбачених для фінансового забезпечення системи охорони здоров'я, є одним із завдань проведення структурно-організаційної та функціональної перебудови системи медичного обслуговування у пілотних регіонах [5]. Шляхами для досягнення цієї мети є перерозподіл ресурсів між закладами охорони здоров'я пілотних регіонів, що надають первинну, вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану) та екстрену медичну допомогу, та розмежування видатків між місцевими бюджетами на охорону здоров'я за видами медичної допомоги.

Метою даного дослідження стало здійснення оцінки ефективності бюджетних програм «Первинна медична допомога», що передбачає заходи з моніторингу та аналізу цільового та ефективного використання бюджетних коштів.

Матеріали і методи. У ході дослідження було проаналізовано звіти про виконання паспортів бюджетних програм «Первинна медична допомога» за 2012 рік у пілотних регіонах (Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях) та встановлено безпосередній зв'язок між виділенням бюджетних коштів та результатами їх використання шляхом застосування елементів програмно-цільового методу складання та виконання місцевих бюджетів у частині видатків на охорону здоров'я за відповідними видами медичної допомоги згідно з положеннями спільного наказу Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства фінансів України від 21.09.2012 р. №728/1015 «Про затвердження Типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі «Охорона здоров'я» для пілотних проектів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 25.09 2012 р. за №1650/21962 [3]. У м. Києві оцінка виконання бюджетних програм не проводилася, оскільки у пілотному проекті взяли участь тільки два райони – Дніпровський і Дарницький.

Оцінка ефективності бюджетних програм проведена відповідно до методики здійснення порівняльного аналізу ефективності бюджетних програм, які здійснюються розпорядниками коштів місцевих бюджетів, розробленої Міністерством фінансів України спільно з Інститутом бюджету та соціально-економічних досліджень (лист Міністерства фінансів України від 13.02.2013 №31-05010-14-8/4651) шляхом порівняльного аналізу виконання відповідних програм [1].

Порівняльний аналіз проводився шляхом порівняння фактичних показників ефективності та

якості виконання програми із запланованими за звітний бюджетний період (2012 р.).

Розрахунок середнього індексу виконання показників ефективності бюджетної програми проведено за формулою 4.1 (п. 2.1 "а" Методики):

$$I_{(ef)} = \sum \frac{\Pi_{(ef)}i_{факт}}{\Pi_{(ef)}i_{план}} \div z_{(ef)} \times 100 \quad (1),$$

де $\sum \frac{\Pi_{(ef)}i_{факт}}{\Pi_{(ef)}i_{план}}$ – сума співвідношень фактичних та планових значень усіх показників ефективності, що входять до бюджетної програми;

$z_{(ef)}$ – кількість показників ефективності бюджетної програми.

Розрахунок середнього індексу виконання показників якості бюджетної програми проведено за формулою 4.2 (п. 2.1 "б" Методики):

$$I_{(ef)} = \sum \frac{\Pi_{(як)}i_{факт}}{\Pi_{(як)}i_{план}} \div z_{(як)} \times 100 \quad (2),$$

де $\sum \frac{\Pi_{(як)}i_{факт}}{\Pi_{(як)}i_{план}}$ – сума співвідношень фактичних та планових значень усіх показників якості, що входять до бюджетної програми;

$z_{(як)}$ – кількість показників якості бюджетної програми.

При проведенні розрахунків середній індекс виконання показників ефективності бюджетної програми (\bar{z}_1) не розраховувався, оскільки перехід на фінансування за цією бюджетною програмою здійснювався з 2012 р., тому відсутня можливість її порівняння із показниками попередніх періодів.

Ефективність бюджетної програми оцінювалася за сумою набраних балів (табл. 1).

Таблиця 1. Оцінка ефективності бюджетної програми «Первинна медична допомога населенню»

Ефективність бюджетної програми	Кількість балів (пропонована шкала)
Висока ефективність програми	215 і більше балів
Середня ефективність програми	190–215 балів
Низька ефективність програми	менше 190 балів

Результати дослідження та їх обговорення. При проведенні оцінки ефективності бюджетної програми «Первинна медична допомога населенню» (КПКВК МБ 1412310) у Вінницькій області встановлено, що головними розпорядниками коштів програми були районні державні адміні-

страції, міськвиконкоми Вінницької області, відповідальні виконавці – Центри первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД). Програмою передбачено виконання наступних завдань:

- забезпечення надання населенню первинної медичної допомоги за місцем проживання;

- забезпечення збереження енергоресурсів;
- придбання обладнання та предметів довгострокового користування;
- проведення капітального ремонту приміщень.

Фактичні і заплановані показники ефективності та якості виконання бюджетної програми «Первинна медична допомога населенню» у Вінницькій області наведено у табл. 2.

Таблиця 2. Фактичні і заплановані показники ефективності та якості виконання бюджетної програми «Первинна медична допомога населенню» у Вінницькій області

Показник ефективності	Плановий, $\Pi_{(ef)}^{i_{план}}$	Фактичний, $\Pi_{(ef)}^{i_{факт}}$
Завдання 1. Забезпечення надання населенню первинної медичної допомоги за місцем проживання		
Кількість прикріпленого населення на 1 лікаря	906	973
Середня кількість відвідувань на 1 лікаря	3831	3981
Завдання 2. Забезпечення збереження енергоресурсів		
Середнє споживання комунальних послуг та енергоносіїв, у тому числі:		
Теплопостачання, Гкал/1 м ² опалювальної площі	5,95	5,75
Водопостачання, куб. м на 1 відвідування	0,3	0,29
Електроенергії, кВт/год. на 1 м ² загальної площі	13,89	13,52
Природного газу, куб. м на 1 м ² загальної площі	5,4	5,23
Завдання 3. Придбання обладнання та предметів довгострокового користування		
Середні витрати на придбання одиниці обладнання та предметів довгострокового користування, тис. грн.	29	25
Завдання 4. Проведення капітального ремонту приміщень		
Середні витрати на проведення капітального ремонту, тис грн. (дестимулятор)	131,5	133,5

Розрахунок середнього індексу виконання показників ефективності бюджетної програми проводився за формулою 1:

$$I_{(ef)} = \sum \frac{\Pi_{(ef)}^{i_{факт}}}{\Pi_{(ef)}^{i_{план}}} \div z_{(ef)} \times 100 = \sum \frac{973}{906} + \frac{3981}{3831} + \frac{5,75}{5,95} + \frac{0,29}{0,3} + \frac{13,52}{13,89} + \frac{5,23}{5,4} + \frac{25}{29} + \frac{131,5}{133,5} \div 8 \times 100 =$$

$$(1,07395 + 1,03915 + 0,96639 + 0,96667 + 0,97336 + 0,96852 + 0,86207 + 0,98502) \div 8 \times 100 = 7,84 \div 8 \times 100 =$$

$$= 0,97939 \times 100 = 97,94$$

Сума співвідношень фактичних та планових значень усіх показників ефективності, що входять до бюджетної програми, становила 7,84, середній індекс виконання показників – 97,94%.

Розрахунок середнього індексу виконання показників якості бюджетної програми проводився за формулою 2:

$$I_{(ef)} = \sum \frac{\Pi_{(як)}^{i_{факт}}}{\Pi_{(як)}^{i_{план}}} \div z_{(як)} \times 100 = \sum \frac{67,25}{100} + \frac{3,4}{3,4} + \frac{2}{2} + \frac{2,7}{2,7} + \frac{3}{3} + \frac{493,7}{493,7} + \frac{100}{100} + \frac{173}{173} + \frac{206,8}{150} + \frac{39,3}{39} \div 10 \times 100 =$$

$$(0,6725 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1,37867 + 1,00769) \div 10 \times 100 = 10,0589 \div 10 \times 100 =$$

$$= 1,00589 \times 100 = 100,59$$

Сума співвідношень фактичних та планових значень усіх показників якості, що входять до бюджетної програми, становила 10,06, середній індекс виконання показників – 100,6%.

Загальна ефективність бюджетної програми «Первинна медична допомога населенню» оцінювалася за формулою:

$$E = \bar{I}_{(ef)} + \bar{I}_{(як)} + \bar{I} = 97,94 + 100,59 + 0 = 198,53 \quad (3)$$

За результатами дослідження, загальна ефективність бюджетної програми «Первинна медична допомога населенню» за 2012 р. у Вінницькій області оцінюється як середня, оскільки її показник знаходиться в діапазоні 190–215 балів.

У Дніпропетровській області головними розпорядниками виконання цієї програми були районні державні адміністрації, міськвиконкоми Дніпропетровської області, відповідальні виконавці – ЦПМСД.

Програмою передбачено забезпечення діагностування і виявлення захворювання на ранніх стадіях та надання первинної медичної допомоги за індикаторами, наведеними у табл. 3.

Таблиця 3. Фактичні і заплановані показники ефективності та якості виконання бюджетної програми «Первинна медична допомога населенню» у Дніпропетровській області

Показник ефективності	Плановий, $\Pi_{(ef)}i_{план}$	Фактичний, $\Pi_{(ef)}i_{факт}$
Завдання 1. Забезпечення діагностування і виявлення захворювання на ранніх стадіях та надання первинної медичної допомоги.		
Кількість прикріпленого населення на 1 лікаря	2058,65	2058,65
Частота викликів ШМД на 100 осіб прикріпленого населення	26,6	26,5
Охоплення прикріпленого населення скринінговими обстеженнями для виявлення туберкульозу	2000455	2000455
Охоплення прикріпленого населення скринінговими обстеженнями для виявлення раку шийки матки	961712	961712

Розрахунок середнього індексу виконання показників ефективності бюджетної програми проводився за формулою 1:

$$I_{(ef)} = \sum \frac{\Pi_{(ef)}i_{факт}}{\Pi_{(ef)}i_{план}} \div z_{(ef)} \times 100 = \sum \frac{2058,65}{2058,65} + \frac{26,6}{26,5} + \frac{2000455}{2000455} + \frac{961712}{961712} \div 4 \times 100 = (1+1+1+1) \div 4 \times 100 = 100$$

Розрахунково встановлено, що сума співвідношень фактичних та планових значень усіх показників ефективності, що входять до бюджетної програми, становила 4, середній індекс виконання показників – 100%.

Розрахунок середнього індексу виконання показників якості бюджетної програми проводився за формулою 2:

$$I_{(ef)} = \sum \frac{\Pi_{(як)}i_{факт}}{\Pi_{(як)}i_{план}} \div z_{(як)} \times 100 = \sum \frac{-3,6}{-3,6} + \frac{-1,9}{-1,9} + \frac{7,6}{7,6} + \frac{-1,3}{-1,3} + \frac{4,2}{4,2} \div 5 \times 100 = (1+1+1+1+1) \div 5 \times 100 = 100$$

Встановлено, що сума співвідношень фактичних та планових значень усіх показників якості, що входять до бюджетної програми, дорівнювала 5, а середній індекс виконання показників відповідно – 100%.

У Донецькій області головними розпорядниками бюджетної програми «Первинна медична допомога населенню» були районні державні адміністрації, міськвиконкоми Донецької області, відповідальні виконавці – ЦПМСД. Програмою передбачено забезпечення діагностування і виявлення захворювання на ранніх стадіях та надання первинної медичної допомоги (табл. 4).

Загальна ефективність бюджетної програми «Первинна медична допомога населенню», розрахована за формулою 4, у Дніпропетровській області оцінюється як середня, оскільки її показник знаходиться в діапазоні 190–215 балів:

$$E = I_{(ef)} + I_{(як)} + I = 100 + 100 = 200 (4)$$

Таблиця 4. Фактичні і заплановані показники ефективності та якості виконання бюджетної програми «Первинна медична допомога населенню» у Донецькій області

Показник ефективності	Плановий, $\Pi_{(ef)}i_{план}$	Фактичний, $\Pi_{(ef)}i_{факт}$
Завдання 1. Забезпечення діагностування і виявлення захворювання на ранніх стадіях та надання первинної медичної допомоги		
Кількість відвідувань на 1 штатну посаду лікаря	5131	4634
Середня вартість одного відвідування	19,5	15,5

Розрахунок середнього індексу виконання показників ефективності бюджетної програми проводився за формулою 1:

$$I_{(еф)} = \sum \frac{P_{(еф)}^{i_{факт}}}{P_{(еф)}^{i_{план}}} \div z_{(еф)} \times 100 = \sum \frac{4634}{5131} + \frac{15,5}{19,5} \div 2 \times 100 = (0,9 + 0,8) \div 2 \times 100 = 85$$

Сума співвідношень фактичних та планових значень усіх показників ефективності, що входять до бюджетної програми, становила 2, середній індекс виконання показників – 85%.

Розрахунок середнього індексу виконання показників якості бюджетної програми проводився за формулою 2:

$$I_{(еф)} = \sum \frac{P_{(як)}^{i_{факт}}}{P_{(як)}^{i_{план}}} \div z_{(як)} \times 100 = \sum \frac{0,7}{0,5} \div 1 \times 100 = 1,4 \div 1 \times 100 = 140$$

Встановлено, що сума співвідношень фактичних та планових значень усіх показників якості, що входять до бюджетної програми, дорівнює 1, а середній індекс виконання показників – 140%.

Загальну ефективність бюджетної програми «Первинна медична допомога населенню» у Донецькій області можна оцінити як високу, оскільки її показник знаходиться в діапазоні 215 і більше балів:

$$E = \bar{I}_{(еф)} + \bar{I}_{(як)} + \bar{I} = 85 + 140 = 225 \quad (5)$$

Таким чином, аналіз виконання бюджетної програми «Первинна медична допомога населенню» у 2012 році дозволив порівняти ефективність їх виконання у Дніпропетровській, Донецькій, Вінницькій областях та оцінити за бальною шкалою як «високу» (225 балів) у Донецькій, «середню» – у Вінницькій та Дніпропетровській областях (відповідно 198,5 та 200 балів).

Висновки

1. Детальний аналіз результативних показників ефективності та якості виконання бюджетних програм засвідчив, що вони виконували роль стимуляторів і безпосередньо позитивно вплинули на виконання програми.

2. У Дніпропетровській області досягнуто 100-відсоткове виконання результативних показників ефективності та якості бюджетної програми, зокрема в рамках виконання програми охоплено 961,7 тис. прикріпленого населення скринінговими обстеженнями для виявлення раку шийки матки, 2000,5 тис. осіб охоплено скринінговими обстеженнями для виявлення туберкульозу. На 15% зменшено питому вагу виявлених візуальних форм онкозахворювань у занедбаних стадіях, на 7,6% – питому вагу виявлених випадків туберкульозу у занедбаних стадіях.

3. У Донецькій області відмічається позитивна динаміка рівня виявлення онкозахворювань на ранніх стадіях.

4. У Вінницькій області зафіксовано, що позитивний вплив на результати програми мала економія витрат на придбання обладнання та предметів довгострокового користування, забезпечення збереження енергоресурсів. Однак зафіксовано недостатній рівень забезпечення повноти охоплення профілактичними щепленнями (в середньому на рівні 67,25% при плановому показнику 100%).

5. Аналіз паспортів бюджетної програми «Первинна медична допомога населенню» та звітів про їх виконання показав відмінності у кількості завдань та результативних показників. Зокрема паспорти бюджетної програми у Дніпропетровській та Донецькій областях містили тільки одне завдання. У Вінницькій області при плануванні та здійсненні відповідних видатків за даною бюджетною програмою до неї було включено чотири завдання, у тому числі із здійснення заходів/реалізації проектів з енергозбереження; придбання обладнання і предметів довгострокового користування; проведення капітального ремонту, що регламентовано спільним наказом Міністерства фінансів України та Міністерства охорони здоров'я України від 21.09.2012 р. № 728/1015 «Про затвердження Типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі «Охорона здоров'я» для пілотних проектів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві».

Перспективи подальших досліджень пов'язані з проведенням постійного моніторингу та оцінкою результативних показників виконання бюджетних програм не лише на рівні пілотних регіонів, але й на території всієї країни, оскільки це пов'язано із подальшим розвитком первинної медичної допомоги, створенням мережі ЦПМСД і, відповідно, їх фінансуванням за програмно-цільовим методом.

Список літератури

1. Лист Міністерства фінансів України від 13.02.2013 №31-05010-14-8/4651 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.loga.gov.ua/netcat_files/5006/4228/h_8666402efa955d8bd94baa4bd856fa4f – Назва з екрану.
2. Научные исследования в целях достижения всеобщего охвата населения медицинскими услугами. – ВОЗ, 2013. – С. 5–7.

3. Про затвердження Типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі «Охорона здоров'я» для пілотних проектів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві : спільний наказ Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства фінансів України від 21.09.2012 р. №728/1015, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 25.09.2012 р. за №1650/21962 // Офіц. вісн. України. – 2012. – № 75. – С. 74.
4. Про Національний план дій на 2013 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» : Указ Президента України від 12.03.2013 р. № 128/2013 // Офіційний вісник Президента України. – 2013. – № 7 : Спец. вип. – С. 3.
5. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : Закон України від 07.07.2011 № 3612-VI // ВВР. – 2012. – № 12 (№ 12-13). – С. 552.
6. Програма економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://municipal.gov.ua/articles/show/article/54>. – Назва з екрану.
7. Соціальні ініціативи Президента України – курс на якісне життя [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.pfu.ks.ua/index.php?option=com_content&view=category&id=72&Itemid=103. – Назва з екрану.
8. The world health report 2008 «primary health care, now more than ever». – Geneva : WHO, 2008. – 125 с.
9. The world health report: health systems financing: the path to universal coverage. – Geneva : WHO, 2008. – 106 с.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ БЮДЖЕТНЫХ ПРОГРАММ «ПЕРВИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ» В ПИЛОТНЫХ РЕГИОНАХ

М.В. Шевченко

Государственное учреждение «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины», г. Киев

Цель: оценка эффективности бюджетных программ «Первичная медицинская помощь населению», что предусматривает мероприятия по мониторингу и анализу целевого и эффективного использования бюджетных средств.

Материалы и методы. Проанализированы отчеты о выполнении паспортов бюджетных программ «Первичная медицинская помощь населению» за 2012 год в пилотных регионах – Днепропетровской, Донецкой и Винницкой областях. Оценка эффективности бюджетных программ проведена методом сравнительного анализа по балльной шкале.

Результаты. Сравнительный анализ выполнения бюджетной программы «Первичная медицинская помощь населению» в 2012 году позволил оценить ее эффективность как «высокую» (225 баллов) в Донецкой, «среднюю» – в Винницкой и Днепропетровской областях (198,5 и 200 баллов соответственно).

Выводы. Детальный анализ результативных показателей эффективности и качества выполнения бюджетных программ показал, что они выполняли роль стимуляторов и положительно повлияли на выполнение программы «Первичная медицинская помощь населению».

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: результативные показатели, бюджетная программа, качество, эффективность, пилотные регионы.

ASSESSMENT OF BUDGETARY PROGRAMS EFFICIENCY «PRIMARY HEALTH CARE FOR POPULATION» IN THE PILOT REGIONS

M.V. Shevchenko

SI «Ukrainian Institute of Strategic Researches MoH of Ukraine, Kiev

Purpose. Evaluation of budgetary programs effectiveness «Primary health care», which provides monitoring and analysis of the target and effective use of budgetary funds.

Materials and methods. Reports on performance of passports of budgetary programs «Primary health care» for 2012 in pilot regions - Dnipropetrovsk, Donetsk, Vinnitsa regions have been analyzed. Estimation of efficiency of budgetary programs is carried out in accordance with the methodology of the comparative analysis on mark scale.

Results. The comparative analysis of performance of the budgetary program «Primary health care to the population» in 2012 has allowed to estimate its efficiency as «high» (225 points) in Donetsk, «average» – in Vinnitsa and Dnipropetrovsk regions (respectively 198,5 and 200 points).

Conclusions. The detailed analysis of productive indicators of efficiency and quality of budgetary programs performance has shown that they carried out a role of stimulators and have directly positively affected the performance of the program «Primary health care».

KEY WORDS: productive indicators, budgetary program, quality, efficiency, pilot regions.

Рукопис надійшов у редакцію 11.02.2014 р.

Відомості про автора:

Шевченко Марина Вікторівна – к.мед.н., с.н.с., завідувач відділу економічних досліджень охорони здоров'я та медичного страхування ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України».

І.Ю. АНДРІЄВСЬКИЙ

ЦЕНТИЛЬНИЙ МЕТОД ОБҐРУНТУВАННЯ ЛІЖКОВОГО ФОНДУ ПРИ ФОРМУВАННІ ГОСПІТАЛЬНОГО ОКРУГУ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Україна

Мета: розрахунок ліжкового фонду лікарень госпітального округу з використанням центильного методу.

Матеріали і методи. В основу роботи покладено досвід створення чотирьох госпітальних округів у Вінницькій області як пілотній. Методологічний підхід ґрунтується на центилях розподілу ліжко-днів.

Результати. На основі проведених розрахунків запропоновано методику визначення кількості ліжкового фонду для лікарень планового та інтенсивного лікування госпітальних округів Вінницької області.

Висновки. Внаслідок централізації ліжкового фонду варіації зведених ліжко-днів зменшуються, що є підставою для перерахунку ліжко-днів за допомогою центильного методу з урахуванням зведених-ліжко днів протягом перших років функціонування госпітального округу. Ще доцільніше враховувати помісячну варіацію ліжко-днів для більш надійного значення 80% центилі.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: центильний метод, ліжковий фонд, госпітальний округ.

Перехід до госпітального округу є логічним продовженням реформування ПМСД. При розширеному обсязі надання медичної допомоги сімейним лікарем відповідно скорочується потреба у спеціалізованій допомозі. Натомість головною ідеєю розвитку вторинного рівня є інтенсифікація лікувально-діагностичного та реабілітаційного процесу, уникнення дублювання послуг і ресурсів з первинним, що призводить до певної концентрації високовартісних ресурсів спеціалізованої допомоги. Як результат – зменшення коефіцієнта витрати-ефективність, збільшення алокативної ефективності та покращення клінічних наслідків. Ці принципи відомі в світі, проте їх реалізація у великій мірі залежить від соціуму, розселення, розвитку територій та традицій [2;3].

Мета роботи – розрахунок ліжкового фонду лікарень госпітального округу з використанням центильного методу.

Матеріали і методи. В основу роботи покладено досвід створення чотирьох госпітальних округів у Вінницькій області як пілотній. Методологічний підхід ґрунтується на центилях розподілу ліжко-днів. На наш погляд, саме ліжко-дні найкраще описують попит на стаціонарну допомогу за відсутності ринку медичних послуг.

Центиль показує відсоток одиниць певної сукупності із значенням ознаки, меншої за заданою центилем. Наприклад, якщо значення 75% центиля річної кількості ліжко-днів становить 2000, це означає, що в наступному році вірогідність річної кількості ліжко-днів 2000 і менше становить 75%.

Запропонований метод має переваги робастності до даних малих вибірок, оскільки не вимагає

конкретизації виду розподілу ліжко-днів, як, наприклад, споріднений сигмальний метод, зокрема аналіз 6 сигм [1;5]. Метод простий у застосуванні, не вимагає знань статистичного аналізу, легко екстраполюється на інші області та популяції, тому що уже включає специфічні для них характеристики, які впливають на попит (демографічні, соціально-економічні, медико-організаційні) через центилі.

Виникає питання, яким центилем користуватись для визначення ліжкового фонду. З одного боку, чим вищий використаний центиль, тим менші ризики незадоволеного попиту. Проте високі центилі пов'язані з втратою ресурсів у разі коливань попиту. Для висвітлення цього питання експериментальним шляхом нами встановлена крива залежності частки втрат від використаних центилів планування ліжкового фонду. Слід сказати, що крива побудована для спостережених коливань ліжко-днів, які виявились меншими за 1,5 сигми при методі 6 сигм (рис.).

Ми рекомендуємо використовувати 80 центиль як арбітражний для зваженого балансу ризик-витрати. Саме на основі цього центилію ми планували реструктуризацію стаціонарної допомоги (див. приклад). Для відповідного значення центилію розраховуємо кількість ліжок за формулою

$$\text{кількість ліжок} = \frac{80 \% \text{ центиль ліжко-днів}}{\text{середньорічна зайнятість ліжок}}$$

Результати дослідження та їх обговорення. Насамперед слід зазначити, що реформування вторинної ланки є послідовним продовженням реформи ПМСД, а отже, конкретика реалізації розробленої моделі варіює комплексно до особливостей організації ПМСД.

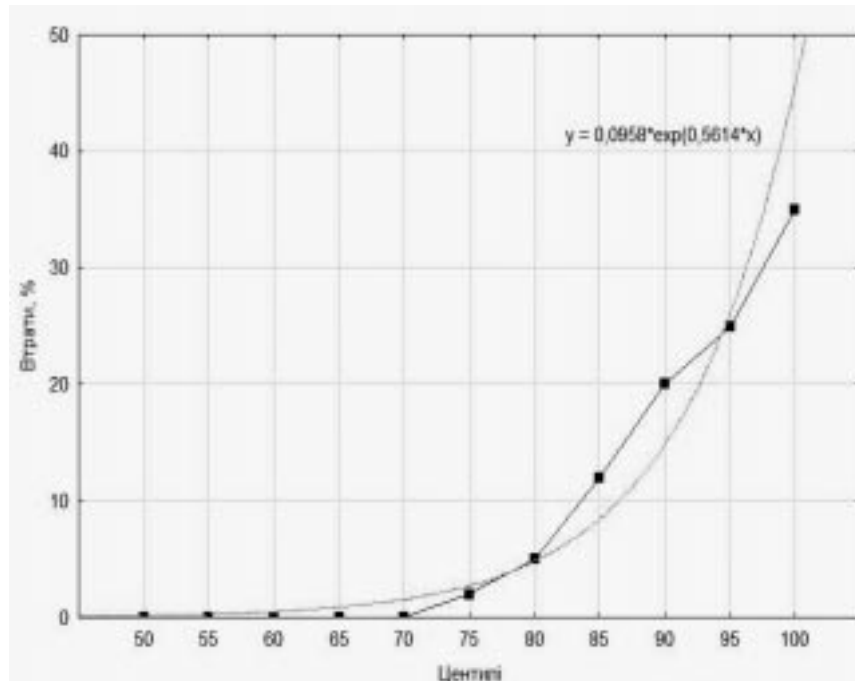


Рис. 1. Частка витрат залежно від центилів забезпечених ліжко-днів

По-друге, ми маємо невелику кількість даних, тому це лише відправна модель, яку по мірі збільшення досвіду слід поглибити й адаптувати, використовуючи більш складні методологічні підходи [4;6].

По-третє, запропонована методика радше евристична, ніж аналітична, тому має обмежену верифікацію і валідність. Ми були обмежені рамками досить жорсткої концепції госпітального округу, відсутністю гнучких механізмів фінансування та організації медичної допомоги. Фактично модель розбудови округу залишається в рамках нормативного підходу до планування і розміщення закладів охорони здоров'я. Відсутність ефективної третьої сторони (платника) між пацієнтом і медичним персоналом теж у великій мірі звужує можливості більш ефективної розбудови.

Тому методичний підхід слід розглядати лише як тимчасовий, як доречний на початковому етапі реструктуризації вторинної допомоги за моделлю госпітального округу.

Ми вважаємо, що нам вдалося розробити робастний методологічний підхід до реструктуризації стаціонарної допомоги як ключового елементу реформи вторинного рівня в умовах мінімуму інформації, який простий для розуміння і легко реалізується на широкому спектрі ситуацій у регіонах України.

Реструктуризація стаціонарної допомоги, на наш погляд, полягає у двох ключових моментах:

- реструктуризації центральної районної лікарні (ЦРЛ) у багатопрофільну лікарню інтенсивного лікування;

- реструктуризації ЦРЛ у лікарню планового лікування.

Проблемою таких реструктуризацій є відсутність обґрунтованого підходу до визначення профілів та кількості ліжок. Переважає нормативний підхід, головною проблемою якого є неврахування місцевих особливостей попиту на стаціонарну допомогу.

Як приклад продемонструємо реорганізацію ліжкового фонду Бершадського госпітального округу з населенням 11,5 тис. чол. та найбільшим радіусом обслуговування 48 км, де стаціонарна допомога надається:

- Бершадською багатопрофільною лікарнею інтенсивного лікування із зоною обслуговування 62,9 тис. населення;

- Теплицькою лікарнею планового лікування із зоною обслуговування 31,1 тис. населення;

- Чечельницькою лікарнею планового лікування із зоною обслуговування 27,0 тис. населення.

Реструктуризація ЦРЛ у лікарню планового лікування

При реструктуризації ЦРЛ у лікарню планового лікування зберігаються наступні стаціонарні відділення: терапевтичне, дитяче, гінекологічне, інфекційне, неврологічне, невідкладних станів, відновного лікування.

Кількість ліжко-днів у Теплицькій і Чечельницькій ЦРЛ за 10 років до реструктуризації показано у табл. 1, 2.

Остання колонка таблиці містить 80% центилі ліжко-днів.

При реорганізації у лікарні планового лікування розраховані кількості ліжок на основі 80% центилі ліжко-днів складають (табл. 3).

Таблиця 1. Ліжко-дні Теплицької ЦРЛ за 10 років до реструктуризації

Відділення	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	80% центиль
Терапевтичне	19348	20481	20733	21791	20875	21648	22073	21649	22101	18408	21791
Інфекційне	2028	2199	2094	2100	2011	2595	3463	2795	2574	2181	2595
Хірургічне	7712	7080	6458	7032	6135	5112	5275	5190	4733	4091	7032
Травматологічне	4595	4171	4129	3925	3591	2810	3408	3499	2992	2816	4129
Пологове	1420	1367	1347	1281	1099	1303	1043	755	821	413	1347
Патології вагітних	2333	2641	2834	2413	2351	1975	2215	2452	1793	1363	2452
Гінекологічне	4158	3939	3855	3708	3807	3190	3441	3399	3075	2507	3855
Абортне	89	113	73	71	89	68	118	111	140	200	118
Неврологічне	7760	6845	7054	7094	7189	6398	6797	6758	6113	5847	7094
Очне	1908	1782	1824	1728	1783	1753	1748	1730	1639	1631	1783
ЛОР	2419	2441	2535	2491	2619	2408	2408	2408	2066	1720	2491
Дитяче	7689	7825	7908	7805	7250	7599	7861	6316	5586	5176	7825
Дитяче інфекційне	3046	3098	2705	3064	3051	3241	2883	3350	2982	2391	3098
Реанімаційне	183	178	224	235	285	296	316	286	402	471	316

Таблиця 2. Ліжко-дні Чечельницької ЦРЛ за 10 років до реструктуризації

Відділення	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	80% центиль
Терапевтичне	19443	19833	20801	19987	19338	20086	18854	19998	19938	19404	19998
Інфекційне	2923	2336	2523	2391	2483	2261	2091	2173	2275	2878	2523
Хірургічне	5193	5358	5226	5490	5414	5523	5367	5691	5391	5145	5490
Травматологічне	2713	3063	3408	3513	3407	3410	3483	3461	3443	4420	3483
Урологічне	1841	1815	1711	1739	1914	1771	1749	1732	1722	1825	1825
Пологове	1656	1566	1572	1375	1872	1655	1868	1382	575	1900	1868
Патології вагітних	2579	2422	2453	1970	1438	1439	1755	1803	2764	2377	2453
Гінекологічне	6082	5929	5538	5452	5466	5249	5489	5050	4302	5239	5538
Абортне	134	166	148	115	76	69	71	63	54	31	134
Неврологічне	1881	1784	1733	1751	1769	1806	1736	2025	1789	1883	1881
ЛОР	2126	1851	1876	1747	1878	1826	1729	1735	1863	1710	1876
Дитяче	6928	7156	7036	7386	7082	7022	6924	6866	6918	7356	7156

Таблиця 3. Кількість ліжок у Теплицькій та Чечельницькій лікарнях планового лікування (на основі 80% центилію ліжко-днів)

Відділення	Теплицька		Чечельницька	
	80% центиль	ліжок	80% центиль	ліжок
Терапевтичне	21791	62	19998	57
Інфекційне	2595	7	2523	7
Гінекологічне	3855	11	5538	16
Неврологічне	7094	20	1881	5
Дитяче	7825	22	7156	20
Всього		123		106

Розрахований у такий спосіб ліжковий фонд може розширюватись і включати ліжка для невідкладних станів (наприклад інфекційне боксо-

ване, пологове, хірургічне, соматичне), відновного лікування та інші з огляду на ситуацію.

Реструктуризація ЦРЛ у багатoproфільну лікарню інтенсивного лікування

У багатoproфільній лікарні інтенсивного лікування організують наступні основні стаціонарні відділення: терапевтичне, інфекційне, хірургічне, травматологічне, урологічне, пологове, патології вагітних, гінекологічне, абортне, неврологічне, очне, ЛОР, дитяче, дитяче інфекційне, психіатричне, реанімаційне.

У таблиці 4 наведені дані про ліжковий фонд Бершадської ЦРЛ за 10 років до реструктуризації.

За рахунок відділень, що скорочуються у Теплицькій та Чечельницькій ЦРЛ у зв'язку з реструктуризацією їх в лікарні планового лікування, загальна кількість ліжко-днів відповідних відділень додається до існуючих в лікарні інтенсивного лікування (табл. 5).

Таблиця 4. Ліжко-дні Бершадської ЦРЛ за 10 років до реструктуризації

Відділення	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	80% центиль
Терапевтичне	25463	25107	23729	23951	23643	23830	22809	23369	21958	21441	23951
Інфекційне	3567	2819	3528	2855	2231	1443	2430	2329	2303	2376	2855
Хірургічне	8573	8516	8978	8674	8514	8177	8522	8825	8681	8802	8802
Травматологічне	6352	5686	6096	6615	5842	5295	5413	5667	6125	6120	6125
Урологічне	2813	3081	3443	3251	3274	2312	2147	1928	1929	1894	3251
Пологове	3277	3478	3348	2892	2295	2457	2277	2028	2010	2049	3277
Патології вагітних	10274	9699	9346	7494	4975	3516	2805	3605	4337	3334	9346
Гінекологічне	4968	4843	5197	4061	2789	2037	1942	1770	2328	2141	4843
Абортне	402	419	365	214	100	77	85	54	74	100	365
Неврологічне	6632	6778	7173	7473	7533	7065	7596	7943	8374	7195	7596
Очне	3661	3627	3543	3636	3687	3330	3472	3742	3633	3487	3661
ЛОР	4091	4116	4027	4107	3764	2629	2474	3043	3268	3264	4091
Дитяче	9148	8733	8332	7410	7707	5511	6201	7422	5867	4674	8332
Дитяче інфекційне	3794	3395	4916	3033	3793	3330	4608	5737	4492	4558	4608
Реанімаційне	412	1372	1403	1608	1664	1695	1704	1969	1893	1838	1838

Таблиця 5. Варіації сумарних зведених ліжко-днів, які забезпечуються Бершадською багатoproфільною лікарнею інтенсивного лікування, за 10 років

Відділення	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	80% центиль
Терапевтичне	25463	25107	23729	23951	23643	23830	22809	23369	21958	21441	23951
Інфекційне	8518	7354	8145	7346	6725	6299	7984	7297	7152	7435	7984
Хірургічне	21478	20954	20662	21196	20063	18812	19164	19706	18805	18038	20954
Травматологічне	13660	12920	13633	14053	12840	11515	12304	12627	12560	13356	13633
Урологічне	4654	4896	5154	4990	5188	4083	3896	3660	3651	3719	4990
Пологове	6353	6411	6267	5548	5266	5415	5188	4165	3406	4362	6267
Патології вагітних	15186	14762	14633	11877	8764	6930	6775	7860	8894	7074	14633
Гінекологічне	4968	4843	5197	4061	2789	2037	1942	1770	2328	2141	4843
Абортне	625	698	586	400	265	214	274	228	268	331	586
Неврологічне	6632	6778	7173	7473	7533	7065	7596	7943	8374	7195	7596
Очне	5569	5409	5367	5364	5470	5083	5220	5472	5272	5118	5470
ЛОР	8636	8408	8438	8344,5	8261	6863	6611	7186	7197	6694	8408
Дитяче	9148	8733	8332	7410	7707	5511	6201	7422	5867	4674	8332
Дитяче інфекційне	9763	8829	10144	8488	9327	8832	9582	11260	9749	9827	9827
Реанімаційне	595	1550	1627	1843	1949	1991	2020	2255	2295	2309	2255

Таким чином, при реорганізації Бершадської ЦРЛ у багатопрофільну лікарню інтенсивного лікування розраховані кількості ліжок на основі 80% центилію зведених ліжко-днів складають (табл. 6):

Таблиця 6. Кількість ліжок у Бершадській багатопрофільній лікарні інтенсивного лікування (на основі 80% центилію ліжко-днів)

Відділення	80% центиль	Ліжка
Терапевтичне	23951	68
Інфекційне	7984	23
Хірургічне	20954	60
Травматологічне	13633	39
Урологічне	4990	14
Пологове	6267	18
Патології вагітних	14633	42
Гінекологічне	4843	14
Абортне	586	2
Неврологічне	7596	22
Очне	5470	16
ЛОП	8408	24
Дитяче	8332	24
Дитяче інфекційне	9827	28
Реанімаційне	2255	6
Всього		398

Висновки

1. Внаслідок централізації ліжкового фонду варіації зведених ліжко-днів зменшуються (і, відповідно, меншою стає розрахункова кількість ліжок за рахунок зменшення ризиків), що є підставою для перерахунку ліжко-днів за даною методологією з урахуванням зведених ліжко-днів протягом перших років функціонування госпітального округу. Ще доцільніше враховувати помісячну варіацію ліжко-днів для більш надійного значення 80% центилію.

2. Скорочення ліжкового фонду передбачається саме за рахунок скорочення середньої тривалості лікування внаслідок інтенсифікації про-

цесу лікування у багатопрофільній лікарні інтенсивного лікування. У такому разі кількість ліжко-днів (а отже і значення центилів) адекватно будуть відображати необхідну кількість ліжок для забезпечення попиту за (цільового) допустимого ризику.

При переході до страхової медицини і встановленні ринку медичних послуг окрім центильного методу можна застосовувати і більш традиційні методології – кривих попиту і пропозиції, метод 6 сигм при великих масивах накопичених даних щодо ліжко-днів, що становитиме **перспективи подальших досліджень**.

Список літератури

1. Зюков О. Л. Використання авангардного методу «6 сигм» в системі управління якістю медичної допомоги / О.Л. Зюков // Матеріали V з'їзду спеціалістів з соціальної медицини України (11-12 жовт. 2012, Житомир). – К., 2012. – С. 41–42.
2. Клименюк В. П. Вивчення своєчасності та якості задоволення звернень сільських мешканців за медичною допомогою / В. П. Клименюк, О. М. Очередыко // Укр. мед. альм. – 2008. – Т. 11, № 1. – С. 198–201.
3. Очередыко О. М. Резерви удосконалення первинної медико-санітарної допомоги сільським мешканцям у контексті соціального розвитку сіл України / О. М. Очередыко, В. П. Клименюк. – Житомир : Полісся, 2008. – 224 с.
4. Feldman R. Health economics: a report on the field / R. Feldman M. Morrisey // Journal of Health Politics, Policy and Law. – 1990. – Vol. 15, № 3. – P. 627–646.
5. Fuchs V. R. Economics and health care reform / V. R. Fuchs // The American Economic Review. – 1996. – Vol. 86, № 1 – P. 1–24.
6. Picone G. Analysis of hospital length of stay and discharge destination using hazard functions with unmeasured heterogeneity / G. Picone, R. M. Wilson, S.-Y. Chou // Health Economics. – 2003. – Vol. 12. – P. 1021–1034.

ЦЕНТИЛЬНИЙ МЕТОД ОБОСНОВАНИЯ КОЕЧНОГО ФОНДА ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ГОСПИТАЛЬНЫХ ОКРУГОВ*И.Ю. Андриевский*

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Украина

Цель работы – расчет коечного фонда больниц госпитального округа с использованием центильного метода.

Материалы и методы. В основу работы положен опыт создания четырех госпитальных округов в Винницкой области как пилотной. Методологический подход основан на центилях распределения койко-дней.

Результаты исследований. На основе проведенных расчетов была предложена методика определения количества коечного фонда для больниц планового и интенсивного лечения госпитальных округов Винницкой области.

Выводы. Вследствие централизации коечного фонда вариации сводных койко-дней уменьшаются, что является основанием для пересчета койко-дней с помощью центильного метода с учетом сводных койко-дней в течение первых лет функционирования госпитального округа. Еще более уместно учитывать помесечную вариацию койко-дней для более надежного значения 80 % центилей.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **центильный метод, коечный фонд, госпитальный округ.**

CENTILE METHOD OF SUBSTANTIATION BED FUND IN HOSPITAL DISTRICTS FORMING*I.Yu. Andriyevskiy*

Vinnitsa National Medical University by M.I. Pirogov, Ukraine

Objective – calculation of hospital bed fund in hospital districts using centile method.

Materials and methods. The work was based on

Results. On the basis of the carried out calculations was presents the methods of determining the number of beds for hospitals of planned and intensive care for hospital districts in Vinnitsa region.

Conclusions. Due to the centralization of bed fund variation of consolidated bed-days reduced, which is the basis to recalculate bed days using centile method considering the consolidated bed days during the first years of the hospital district function. Even more appropriate to consider the monthly variation of bed-days for a more reliable value of 80% centiles.

KEY WORDS: **centile method, bed fund, hospital district.**

Рукопис надійшов до редакції 16.01.2014 р.

Відомості про автора:

Андрієвський Іван Юрійович – к.мед.н., доцент кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, директор Вінницького медичного коледжу ім. акад. Д.К. Заболотного; тел.: (0432)53-31-45.

СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИЙ ПОРТРЕТ ВІЛ-ІНФІКОВАНОГО ТРУДОВОГО МІГРАНТА – ЖИТЕЛЯ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ

¹ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ

¹Закарпатський центр профілактики та боротьби із СНІДом, м. Ужгород, Україна

²Житомирський інститут медсестринства, Україна

Мета: визначення соціально-демографічного портрету ВІЛ-інфікованого трудового мігранта – жителя Закарпатської області з метою розробки ефективних програм протидії епідемії ВІЛ-інфекції в регіоні.

Матеріали і методи. Ознаки соціально-демографічного портрету ВІЛ-інфікованого трудового мігранта формувалися на основі аналізу результатів спеціального епідеміологічно-поведінкового дослідження з проведенням цільового анкетування 322 дорослих ВІЛ-позитивних осіб, виявлених і поставлених на диспансерний облік в області протягом 2007–2013 років.

Результати. За результатами аналізу анкет 123 ВІЛ-інфікованих трудових мігрантів сформовано наступний соціально-демографічний портрет ВІЛ-інфікованого трудового мігранта – жителя Закарпаття: чоловік віком 20–39 років, житель сільської місцевості, одружений, має повну або неповну середню освіту і виїздить на заробітки у Російську Федерацію.

Висновки. В умовах обмежених ресурсів необхідно концентрувати зусилля на розробці та впровадженні ефективних заходів профілактики ВІЛ-інфекції для представників саме даної категорії регіональної групи підвищеного ризику інфікування ВІЛ.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: соціально-демографічний портрет, трудова міграція, ВІЛ/СНІД, Закарпаття.

В Україні сьогодні констатується концентрована стадія епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу [13]. За рекомендаціями ВООЗ, в країнах, для яких характерна концентрована стадія епідемії, програми протидії раціонально фокусувати на групах підвищеного ризику інфікування ВІЛ, які є основним джерелом поширення інфекції серед населення [18]. З метою отримання максимального ефекту при розробці цільових програм та втручань на рівні окремих спільнот доцільним є застосування окремих маркетингових технологій, зокрема визначення соціально-демографічного портрету існуючого або потенційного споживача даних послуг [2]. Формування соціально-демографічного портрету споживача товарів та послуг широко застосовується у різних галузях підприємництва як інструмент розробки та впровадження ефективних рекламних кампаній [3;12]. Даний метод визначення соціально-демографічних характеристик осіб цільової групи пацієнтів застосовується і в охороні здоров'я. Так, наприклад, в донорстві є практики визначення соціально-демографічного портрету донора з метою забезпечення ефективної організації залучення донорських кадрів [16]. Для визначення ефективних стратегій первинної профілактики зараження інфекціями, що передаються переважно статевим шляхом (ІПСШ), визначають соціальний портрет груп осіб, уразливих щодо інфікування ІПСШ [1]. Соціально-демографічний портрет людини,

що живе з ВІЛ (ЛЖВ), широко застосовується для формування стратегій розширення охоплення послугами догляду та підтримки ЛЖВ [4]. З метою розробки профілактичних програм є досвід визначення соціально-демографічних портретів окремих груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні: споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) [17], жінок секс-бізнесу (ЖСБ) [5] та чоловіків, що практикують секс з чоловіками (ЧСЧ) [11]. Соціально-демографічний портрет представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ можна застосовувати і для визначення оціночної чисельності представників даної групи населення на окремих територіях. Нами, зокрема, було застосовано таку методичку для визначення оціночної чисельності ЖСБ у Закарпатській області [15]. Водночас питання визначення соціально-демографічних портретів представників інших груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ практично не досліджувалося. Зокрема це стосується трудових мігрантів, які є регіональною групою підвищеного ризику інфікування ВІЛ у Закарпатській області [9]. Є низка досліджень, де визначався соціально-демографічний портрет українських трудових мігрантів (як зовнішніх, так і внутрішніх) [6;14]. Але в цих роботах основна увага сфокусована на вивченні мети, причин та соціально-економічних наслідків виїзду українців на заробітки і не розглядаються соціально-демографічні характеристики трудових мігрантів, як осіб, що практикують небезпечну щодо інфікування ВІЛ поведінку [8]. У наших попередніх дослідженнях

було сформовано соціально-демографічний портрет українського ВІЛ-інфікованого трудового мігранта, але вибірка жителів саме Закарпаття у досліджуваній групі складала лише 3 (3,5%) особи з 86 опитаних респондентів [10]. Тому є актуальним визначення соціально-демографічного портрету ВІЛ-позитивного трудового мігранта – жителя Закарпаття для розробки ефективних цільових програм протидії епідемії ВІЛ саме в цій цільовій групі населення.

Мета роботи – визначити соціально-демографічний портрет ВІЛ-інфікованого трудового мігранта – жителя Закарпатської області з метою розробки ефективних програм профілактики ВІЛ-інфекції в даній регіональній групі підвищеного ризику інфікування ВІЛ.

Матеріали і методи. З метою визначення основних характеристик, які формують соціально-демографічний портрет ВІЛ-інфікованого трудового мігранта – жителя Закарпатської області, нами було проведено спеціальне поведінково-епідеміологічне дослідження серед дорослих ВІЛ-позитивних осіб (старше 18 років), взятих на диспансерний облік протягом 2007–2013 рр. в області. Дослідження проводилось методом анкетування 322 дорослих ВІЛ-позитивних осіб диспансерної групи. Критеріями відбору до цільової групи дослідження були: наявність епізодів виїзду на заробітки за межі області на період не менше одного місяця протягом останніх трьох років до моменту встановлення ВІЛ-позитивного статусу. В основу формування соціально-демографічного портрету нами було взято основні загальноприйняті характеристики особи, що відображають її демографічні та соціальні ознаки: стать,

вік, місцевість постійного проживання (сільська, міська), сімейний стан, освіта та, важлива ознака саме для цільової групи дослідження, регіон тимчасового працевлаштування в періоди трудової міграції (регіон України для внутрішніх трудових мігрантів або країна для зовнішніх трудових мігрантів). Визначення даних характеристик було включено до питань анкети, яка заповнювалися самостійно респондентами у присутності медичного працівника.

Результати дослідження та їх обговорення. За результатами анкетування дорослих ВІЛ-позитивних осіб, що були виявлені та поставлені на диспансерний облік у Закарпатській області протягом 2007–2012 рр., відповідали критеріям відбору і були визначені як власне трудові мігранти 123 особи, що склало 37,0% від усіх дорослих ВІЛ-позитивних осіб, взятих на диспансерний облік за вказаний період (332 особи). У групі ВІЛ-позитивних осіб – трудових мігрантів було 96 (78,0±3,7%) чоловіків та 27 (22,0±3,7%) жінок. Оскільки частка чоловіків у групі ВІЛ-позитивних трудових мігрантів достовірно перевищує частку жінок ($t=10,7$; $p<0,01$), наступне визначення основних характеристик соціально-демографічного портрету ВІЛ-інфікованого трудового мігранта проводилося в групі ВІЛ-позитивних чоловіків – трудових мігрантів.

Важливою соціально-демографічною характеристикою осіб, які інфікувалися ВІЛ, є вік, адже епідеміологія ВІЛ-інфекції/СНІДу передбачає, що основною вразливою групою населення є молоді особи сексуально активного та репродуктивного віку. Так, у групі респондентів чоловічої статі переважали особи вікової категорії 20–39 років (табл. 1).

Таблиця 1. Розподіл ВІЛ-позитивних чоловіків – трудових мігрантів, поставлених на облік протягом 2007–2013 рр., за віковими категоріями

Вікова категорія (років)	ВІЛ-позитивні чоловіки – трудові мігранти (n=96)	
	абс. (осіб)	P±m (%)
18-20	2	2,1±1,5
20-29	31	32,3±4,8
30-39	44	45,8±5,1
40-49	14	14,6±3,6
50 і старше	5	5,2±2,3

Як видно з табл. 1, більшість ВІЛ-позитивних чоловіків – трудових мігрантів на момент встановлення їм ВІЛ-позитивного статусу перебували у віковій категорії 30–39 років – 44 особи (45,8±5,1% опитаних). На другому місці респонденти вікової категорії 20–29 років, частка яких у загальній вибірці також значна – 31 (32,3±4,8%) особа. Зважаючи на те, що, хоча і спостерігається достовірне переважання осіб вікової групи 30–39 років над групою респондентів 20–29 років ($t=2,1$; $p<0,05$), ми вважаємо за доцільне як вікову

характеристику соціально-демографічного портрету визначити вік ВІЛ-позитивного чоловіка – трудового мігранта в межах від 20 до 39 років. Ця позиція пояснюється тим, що у дослідженні оцінювався вік респондента на момент встановлення ВІЛ-позитивного статусу, а не момент власне інфікування, яке могло відбутися і на кілька років раніше.

Іншою важливою соціально-демографічною характеристикою у формуванні портрету ВІЛ-інфікованої особи є місцевість постійного прожи-

вання (місто або село). Це особливо актуально саме у Закарпатській області, адже відомо, що, з одного боку, інфікуються ВІЛ в концентрованій стадії епідемії переважно міські жителі, з іншого – у Закарпатській області переважає сільське населення (63,2% жителів області є жителями села).

Як видно з табл. 2, у досліджуваній групі ВІЛ-інфікованих осіб жителі сільської місцевості – 61 (63,5±4,9%) респондент – суттєво переважають над мешканцями міст – 35 (36,5±4,9%) опитаних ($t=3,9$; $p<0,01$). І хоча така ситуація може бути відображенням структури населення Закарпаття за ознакою місцевості постійного проживання взагалі, для мети нашого дослідження це значення не має.

Сімейний стан та рівень освіти особи є суттєвими характеристиками у формуванні соціально-демографічного портрету ВІЛ-позитивних осіб,

адже самі ці соціальні ознаки можуть відігравати ключову роль у питаннях практики форм небезпечної щодо інфікування ВІЛ поведінки, зокрема сексуальної. Так, вважається, що чим вищий освітній рівень особи, тим менша імовірність виникнення усвідомлених поведінкових ризиків інфікування ВІЛ. Отримані нами результати загалом відповідають даному твердженню (табл. 3). Так, переважну більшість серед ВІЛ-інфікованих трудових мігрантів – жителів Закарпаття складають особи з неповною середньою та загальною (середньою) освітою: 31 особа (32,3±4,8% опитаних) та 41 особа (42,7±5,0%) відповідно. Осіб із середньою спеціальною освітою в даній групі респондентів дещо менше – 20 (20,8±4,1%) осіб. Кількість респондентів з неповною вищою та вищою освітою незначна – 1 та 3 особи відповідно.

Таблиця 2. Розподіл ВІЛ-позитивних чоловіків – трудових мігрантів, поставлених на облік протягом 2007-2013 рр., за місцем постійного проживання

Місце постійного проживання	ВІЛ-позитивні чоловіки – трудові мігранти (n=96)	
	абс. (осіб)	P±m (%)
місто	35	36,5±4,9
село	61	63,5±4,9

Таблиця 3. Розподіл ВІЛ-позитивних чоловіків – трудових мігрантів, поставлених на облік протягом 2007-2013 рр., за рівнем освіти

Освіта	ВІЛ-позитивні чоловіки – трудові мігранти (n=96)	
	абс. (осіб)	P±m (%)
Неповна середня	31	32,3±4,8
Загальна (середня)	41	42,7±5,0
Середня спеціальна	20	20,8±4,1
Неповна вища	1	1,0±1,0
Вища	3	3,1±1,8

Аналіз анкет, наданих ВІЛ-позитивними чоловіками, за такою характеристикою, як сімейний стан, показав, що дві третини респондентів перебувають у шлюбі (офіційному або цивільному) – 64 (66,7±4,8%) особи. Це дуже насторожує, адже таке явище може мати вплив на поширення ВІЛ-інфекції у близькому оточенні трудових мігрантів – їхніх постійних статевих партнерів. Результати розподілу ВІЛ-позитивних чоловіків – трудових мігрантів за сімейним станом наведено у таблиці 4.

Наші попередні дослідження показали, що частота практик ризикованої щодо зараження ВІЛ поведінки у ВІЛ-інфікованих трудових мігрантів залежить від регіону міграції з метою тимчасового працевлаштування [7]. Так, імовірність інфікування ВІЛ серед трудових мігрантів, які виїждять на заробітки в Росію або інші області України, вища, ніж у заробітчаних, які працевлаштовуються у країнах Західної та Центральної Євро-

пи. Отримані нами результати розподілу ВІЛ-позитивних чоловіків – трудових мігрантів за регіоном трудової міграції підтверджують отримані раніше дані. Як видно з табл. 5, більше половини – 55 (57,3±5,0%) опитаних – виїздили на заробітки у Російську Федерацію. Частка осіб, які працевлаштовувалися в інших регіонах України, є також значною – 34 (35,4±4,9%) особи, але суттєво нижча, ніж зовнішніх трудових мігрантів у Росію ($t=3,1$; $p<0,01$). Частка зовнішніх трудових мігрантів у країні Центральної та Західної Європи серед ВІЛ-позитивних чоловіків – трудових мігрантів незначна – 7 (7,3±2,7%) респондентів.

За результатами проведеного дослідження нами було сформовано соціально-демографічний портрет ВІЛ-інфікованого трудового мігранта – жителя Закарпатської області, який має наступні характеристики: чоловік віком 20–39 років, житель сільської місцевості, одружений, має по-

Таблиця 5. Розподіл ВІЛ-позитивних чоловіків-трудомих мігрантів, поставлених на облік протягом 2007-2013 років за регіоном трудової міграції

Регіон трудової міграції	ВІЛ-позитивні чоловіки – трудові мігранти (n=96)	
	абс. (осіб)	P±m (%)
Росія (зовнішні трудові мігранти)	55	57,3±5,0
Інші області України (внутрішні трудові мігранти)	34	35,4±4,9
Західна та Центральна Європа (зовнішні трудові мігранти)	7	7,3±2,7

вну або неповну середню освіту і виїздить на заробітки у Російську Федерацію.

Висновки

В умовах обмежених фінансових ресурсів на протидію епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Закарпатській області існує необхідність концентрації зусиль на заходах профілактики, раннього виявлення ВІЛ-інфекції та вчасного початку лікування найбільш уразливих груп населення. Так, в середовищі трудових мігрантів Закарпаття передусім потрібно посилити роботу у всіх напрямках протидії епідемії ВІЛ серед молодих чоловіків, що проживають у сільській місцевості і виїжджають на заробітки у Російську Федерацію. З цією метою є нагальна необхідність широкого залучення до надання послуг інформаційно-освітньої роботи, консультування та тестування на ВІЛ медичних працівників первинної ланки медико-санітарної допомоги, які працюють у сільській місцевості. Необхідно звернути увагу на напрямки роботи в середовищі жінок – постійних статевих партнерів трудових мігрантів, які можуть мати підвищений ризик інфікування ВІЛ статевим шляхом від свого статевого партнера – тру-

дового мігранта в періоди повернення їх на місця постійного проживання. Розробка таких цільових програм та заходів дасть можливість концентрації зусиль в найбільш прогностично ефективному напрямку, що зумовить високий ефект впливу програми на розвиток епідемії при найменших затратах людських та фінансових ресурсів.

Перспективи подальших досліджень. Отримані результати дослідження плануються використати для формування програм протидії епідемії ВІЛ серед найбільш уразливих представників регіональної групи підвищеного ризику інфікування ВІЛ у Закарпатській області – трудових мігрантів. Зокрема формування каналів комунікації з даною групою населення, формування точок виходу на представників цільової групи та визначення основних провайдерів медичних і соціальних послуг для даної групи населення. Отримані напрацювання плануються покласти в основу розробки моделі протидії епідемії ВІЛ серед трудових мігрантів Закарпаття через медичних працівників первинної ланки надання медико-санітарної допомоги населенню, зокрема у сільській місцевості.

Список літератури

1. *Анфілова М. Р.* Соціальний портрет сучасного підлітка із захворюваннями, що передаються переважно статевим шляхом / М. Р. Анфілова // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. – 2012. – № 3 (46). – С. 144–147.
2. *Беляев В. И.* Маркетинг: основы теории и практики : учебн. / В. И. Беляев. – М. : Кнорус, 2005. – 672 с.
3. *Блекуелл Р.* Поведение потребителей : пер. с англ. / Р. Блекуелл, П. Миниард, Дж. Енджел. – 10-е изд. – СПб. : Питер, 2007. – 944 с.
4. *Виявлення потреб ЛЖВ, котрі не користуються послугами проектів з догляду та підтримки.* Аналітичний звіт за результатами операційного дослідження. – К. : ВБО "Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ", 2010. – 45 с.
5. *Грушецький А.* Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ серед осіб, які надають сексуальні послуги за плату, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління: аналітичний звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року / А. Грушецький. – К. : МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2012. – 120 с.
6. *Малиновська О. А.* Україна, Європа, міграція: міграції населення України в умовах розширення ЄС / О. А. Малиновська. – К. : Бланк-Прес, 2004. – 171 с.
7. *Миронюк І. С.* Особливості ризикованої поведінки ВІЛ-інфікованих трудових мігрантів Закарпатської області залежно від регіону міграції / І. С. Миронюк // Наук. вісн. Ужгород. ун-ту. – 2012. – Вип. 1 (43). – С. 146–151. – (Серія "Медицина").
8. *Миронюк І. С.* Поведінкові ризики інфікування ВІЛ осіб, пов'язаних з трудовою міграцією / І. С. Миронюк // Профілактична медицина. – 2012. – № 2 (18). – С. 7–10.
9. *Миронюк І. С.* Регіональна група високого ризику інфікування ВІЛ в Закарпатті – заробітчани / І. С. Миронюк, Г. О. Слабкий // Україна. Здоров'я нації – 2012. – № 3 (23). – С. 201–205.
10. *Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ серед українських трудових мігрантів як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління: аналітичний звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року / Л. М. Абжадін, О. А. Малиновська, І. С. Миронюк [та ін.].* – К. : МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2012. – 112 с.
11. *Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління: аналітичний звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року / Є. С. Большов, М. Г. Касянчук [та ін.].* – К. : МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2012. – 104 с.
12. *Овсянников А. А.* Дифференціація потребительського поведіння / А. А. Овсянников // Соц. исследования. – 1982. – № 3. – С. 102–106.

13. *Определение стадии эпидемии ВИЧ-инфекции в Украине* / Ю. В. Круглов, В. А. Марциновская, И. В. Нгуен [и др.] // Профілактична медицина (епідеміологія, мікробіологія, вірусологія, паразитологія, інфекційні хвороби). – 2010. – № 3 (11). – С. 14–18.
14. *Пирожков С. Зовнішня міграція в Україні: причини, наслідки, стратегії* / С. Пирожков. – К.: Академпрес, 1997. – 128 с.
15. *Результати визначення оціночної чисельності представників уразливої щодо інфікування ВІЛ групи населення (жінки секс-бізнесу) в Закарпатській області* / І. С. Миронюк, В. Й. Шатило, І. Я. Гуцул, В. В. Брич // Україна. Здоров'я нації. – 2011. – № 2 (18). – С. 133–137.
16. *Социальный портрет донора* / А. А. Бабарыкина, Т. И. Поспелова [и др.] // Проблемы гематол. – 2003. – № 1. – С. 38–41.
17. *Яковлева О. С. Соціально-демографічний портрет споживача, хворого на наркозалежність* / О. С. Яковлева // Запороз. мед. журн. – 2011. – Т. 3, № 3. – С. 66–68.
18. *Priority interventions: HIV/AIDS prevention, treatment and care in the health sector. Version 1.2 – April 2009* / World Health Organization HIV/AIDS Department, 2009. – 126 p.

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО ТРУДОВОГО МИГРАНТА-ЖИТЕЛЯ ЗАКАРПАТСКОЙ ОБЛАСТИ

И.С. Миронюк¹, В.Й. Шатило²

¹ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины», г. Киев

¹Закарпатский центр профилактики и борьбы со СПИДом, г. Ужгород, Украина

²Житомирский институт медсестринства, Украина

Цель: определение социально-демографического портрета ВИЧ-инфицированного трудового мигранта – жителя Закарпатской области с целью разработки эффективных программ противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции в регионе.

Материалы и методы. Признаки социально-демографического портрета ВИЧ-инфицированного трудового мигранта формировались на основании анализа результатов специального эпидемиологически-поведенческого исследования с проведением целевого анкетирования 322 взрослых ВИЧ-инфицированных лиц, выявленных и поставленных на диспансерный учет в области в течение 2007–2013 годов.

Результаты. По результатам анализа анкет 123 ВИЧ-инфицированных трудовых мигрантов сформирован следующий социально-демографический портрет ВИЧ-инфицированного трудового мигранта – жителя Закарпатья: мужчина в возрасте 20–39 лет, житель сельской местности, женат, имеет полное или неполное среднее образование и выезжает на заработки в Российскую Федерацию.

Выводы. В условиях ограниченных ресурсов необходимо концентрировать усилия на разработке и внедрении эффективных мер профилактики ВИЧ-инфекции для представителей именно этой категории региональной группы повышенного риска инфицирования ВИЧ.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: социально-демографический портрет, трудовая миграция, ВИЧ/СПИД, Закарпатье.

SOCIO-DEMOGRAPHIC PROFILE OF THE HIV-POSITIVE MIGRANT WORKER WHO IS A RESIDENT OF TRANS-CARPATHIAN REGION

I.S. Myronyuk¹, V.Y. Shatylo²

¹SI "Ukrainian Institute of Strategic Researches Ministry of Health of Ukraine", Kyiv

¹Transcarpathian center of AIDS prevention and fighting, Uzhhorod

²Zhytomyr Institute of Nursing, Ukraine

Purpose: To determine the socio-demographic profile of HIV-positive migrant worker who is a resident of Transcarpathian region in order to develop effective programs for fighting the HIV-epidemics in the region.

Materials and methods. Signs of socio-demographic profile of HIV-positive migrant worker were formed on the basis of results analysis of special epidemiologically-behavioral research with conduction of the target survey of 322 HIV-infected adult individuals identified and assigned to the dispensary registration in the region during 2007-2013.

Results. The following socio-demographic profile of HIV-positive migrant worker and a resident of Transcarpathia was formed based on the analysis of questioning of 123 HIV-positive migrant workers: male, aged 20-39 years, resident of the countryside, is married and has a complete or incomplete secondary education and leaves on works in Russian Federation.

Conclusions. In condition of having limited resources there is a need to focus efforts on developing and implementing effective HIV-prevention program for representatives of this category as for the regional groups of increased risk of HIV infection.

KEY WORDS: social-demographic profile, labor migration, HIV/AIDS, Transcarpathia.

Рукопис надійшов до редакції 16.02.2014 р.

Відомості про авторів:

Миронюк Іван Святославович – к.мед.н., головний лікар Закарпатського Центру з профілактики та боротьби зі СНІДом; тел.: (0312) 61-21-78.

Шатило Віктор Йосипович – д.мед.н., ректор Житомирського інституту медсестринства; тел.: (0412) 37-30-15.

Ю.В. ДУМАНСЬКИЙ, Г.К. СЕВЕРИН

ДОРІЧНА ЛЕТАЛЬНІСТЬ ХВОРИХ НА ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, Україна

Мета: проаналізувати дорічну летальність хворих на злоякісні новоутворення, вперше зареєстровані у попередньому році, за період 2005–2011 рр. у Донецькій області.

Матеріали і методи. Вивчалися дані галузевої статистичної звітності в області за період 2005–2011 рр. У ході дослідження використано статистичний та бібліосемантичний методи. Дослідження відбувалося у кілька етапів: на першому вивчалися дані дорічної летальності у показниках загалом по області та серед міського і сільського населення; на другому – показник дорічної летальності у розрізі адміністративних територій; окремо вивчався показник дорічної летальності хворих на злоякісні новоутворення шлунка.

Результати. Аналіз показників дорічної летальності хворих на злоякісні новоутворення, зареєстровані вперше, виявив тенденцію до зниження показника за досліджуваний період, як загалом по області, так і серед сільського населення та жителів міст, у тому числі і злоякісних новоутворень шлунка.

Висновки. Достовірні відмінності у рівнях дорічної летальності при злоякісних новоутвореннях у розрізі адміністративних територій вказують на різний рівень доступності, якості та ефективності спеціалізованої протиракрової медичної допомоги населенню.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: злоякісні новоутворення, дорічна летальність.

Останніми роками спостерігається невпинна тенденція до зростання рівня захворюваності населення на злоякісні новоутворення (ЗН). Рівень захворюваності щорічно збільшується на 3% із значними коливаннями у розрізі адміністративних територій [3;4].

Рівень дорічної летальності населення, яке хворіє на ЗН, є показником ефективності протиракрової роботи системи охорони здоров'я в цілому та якості надання спеціалізованої медичної допомоги вказаній категорії пацієнтів [1]. В Україні він є нижчим, ніж у провідних країнах світу [2], що і визначило актуальність даного дослідження.

Мета роботи: вивчити та проаналізувати дорічну летальність хворих на злоякісні новоутворення, вперше зареєстрованих у попередньому році, за період 2005–2011 рр. у Донецькій області.

Матеріали і методи. Матеріалами дослідження виступили дані галузевої статистичної звітності щодо дорічної летальності хворих на ЗН у Донецькій області за період 2005–2011 рр. У ході дослідження використано статистичний та бібліосемантичний методи. Отримані дані оброблялися за допомогою пакету статистичного аналізу Microsoft Excel та програми Statistika 6.0.

Результати дослідження та їх обговорення. На початку дослідження було вивчено та проаналізовано дані дорічної летальності хворих на ЗН у Донецькій області за період 2005–2011 рр. у показниках загалом по області та серед міського і сільського населення.

Як видно з рисунку, в області загальний показник дорічної летальності хворих на ЗН скоро-

тився в 1,06 разу – з 36,6% до 34,5% з найвищим рівнем показника в 2006 р. – 38,8%. У міських жителів показник теж мав тенденцію до скорочення: від 35,8% у 2005 р до 34,1% у 2011 р. (темп скорочення – 4,75%) з найвищим рівнем у 2006 р. – 38,0%. У сільських жителів виявлено таку саму тенденцію, але з більш виразним темпом скорочення (12,68%): від 42,6% у 2006 р. до 37,2% в 2011 р. При цьому порівняння показника дорічної летальності хворих на ЗН серед міського та сільського населення показує, що серед сільського населення він вищий у 1,09 разу.

Далі вивчався показник дорічної летальності хворих на ЗН у розрізі адміністративних територій області. З таблиці 1 видно, що у 21 (87,5%) місті зареєстровано за період дослідження зниження показника даного виду летальності, а у 3 (12,5%) – його збільшення. У сільській місцевості зареєстровано зниження показника в 14 (93,3%) адміністративних районах, у 1 (6,7%) – його зростання. Зростання показника зареєстровано у Слов'янському районі і воно склало 1,39 разу: від 37,1% у 2005 р. до 51,8% у 2011 р.

Зареєстровано різницю у показниках в розрізі адміністративних територій області. Так, різниця показника серед населення, яке проживає у містах, становить 1,77 разу: від 25,9% у м. Новогородка до 45,9% у м. Констянтинівка. У розрізі сільських адміністративних територій вказаний показник відрізняється у 2,01 разу: від 25,8% у Тельманівському до 51,8% у Слов'янському районах.

Наступним кроком дослідження було вивчення рівня дорічної летальності хворих на ЗН шлунка як однієї з найбільш поширених локалізацій злоякісної пухлини (табл. 2).

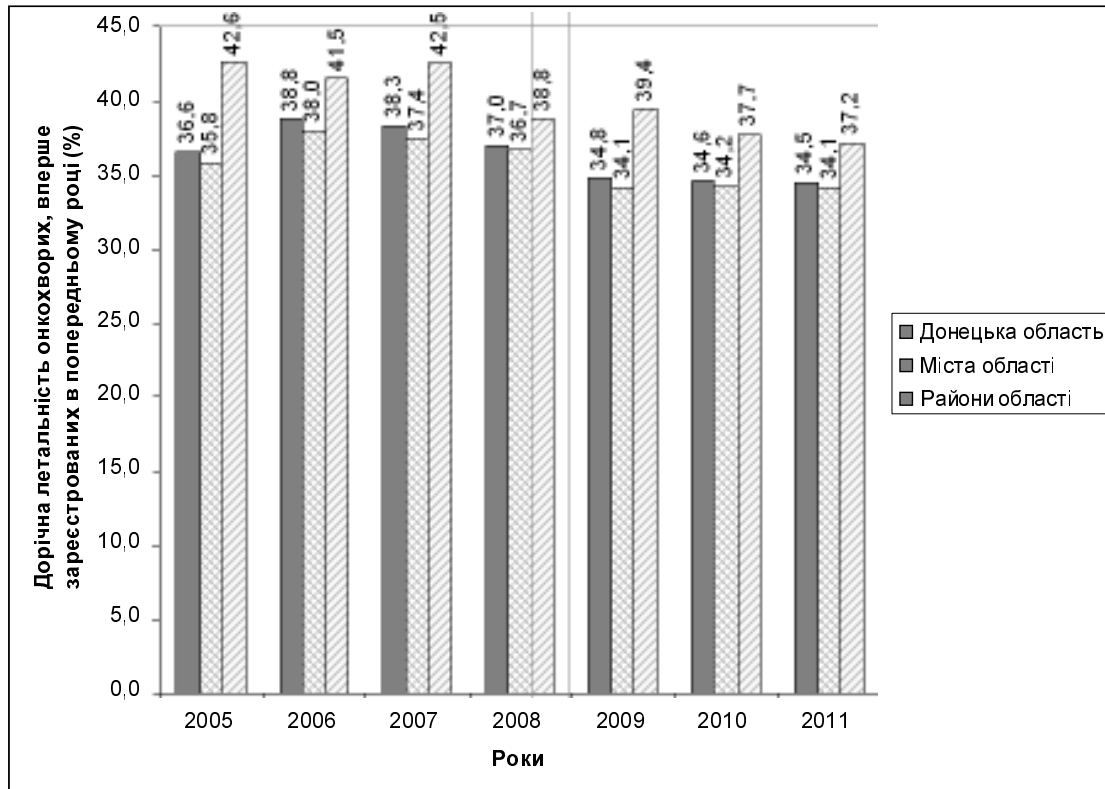


Рис. Дорічна летальність хворих на злоякісні новоутворення у Донецькій області, 2005–2011 рр. (%)

Таблиця 1. Показники дорічної летальності хворих на злоякісні новоутворення у розрізі адміністративних територій Донецької області у 2005–2011 рр. (%)

Адміністративна територія	Рік						
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1	2	3	4	5	6	7	8
МІСТА ОБЛАСТІ	35,8	38,0	37,4	36,7	34,1	34,2	34,1
Донецьк	37,5	37,6	36,5	34,1	30,7	29,4	32,4
Авдіївка	39,6	37,1	37,6	33,0	37,0	34,8	37,7
Артемівськ	35,6	39,3	39,2	38,4	33,3	23,3	32,1
Вугледар	45,5	25,0	37,1	27,3	36,1	32,4	33,3
Горлівка	36,7	34,1	33,8	32,1	33,1	32,7	30,0
Дебальцеве	46,0	50,6	32,2	33,7	34,9	44,3	37,4
Дзержинськ	36,5	41,3	39,5	45,7	39,5	43,3	40,3
Димитров	46,0	36,3	41,6	35,9	28,3	40,4	31,3
Докучаєвськ	41,9	31,1	22,2	28,4	22,5	40,3	26,5
Дружківка	38,0	43,5	39,8	39,0	39,1	35,3	28,3
Єнакієве	42,2	46,1	43,9	41,5	36,9	39,3	42,1
Жданівка	41,7	38,2	43,3	87,5	36,4	48,5	27,8
Кіровське	41,6	50,0	48,1	44,9	51,4	53,1	39,7
Костянтинівка	49,1	47,9	47,4	47,6	46,1	46,9	45,9
Краматорськ	37,9	39,5	39,3	37,4	35,5	38,2	35,0
Макіївка	39,4	36,5	35,8	36,7	32,7	30,2	31,9
Маріуполь	34,8	33,7	34,3	34,5	30,1	33,4	30,3
Новгородівка	31,3	43,6	44,7	28,6	38,3	44,7	25,9
Селидове	41,8	31,8	44,1	37,2	47,2	40,8	31,4
Слов'янськ	53,4	44,0	46,0	45,1	39,5	41,9	45,4
Сніжне	40,0	46,4	39,4	48,0	38,6	39,5	45,4
Торез	35,1	32,1	30,6	26,7	30,3	29,4	36,1
Харцизьк	46,1	47,3	39,6	34,2	45,6	38,6	40,6
Шахтарськ	41,9	33,2	34,8	44,4	38,2	46,4	35,1

Продовження табл. 1

1	2	3	4	5	6	7	8
РАЙОНИ ОБЛАСТІ	42,6	41,5	42,5	38,8	39,4	37,7	37,2
Амвросіївський	62,5	48,6	50,8	49,6	48,4	36,8	41,1
В-Новоселківський	47,6	41,1	44,2	42,2	45,9	39,8	32,8
Волноваський	46,9	39,3	32,5	36,4	30,0	37,8	31,5
Володарський	45,9	46,7	37,8	35,1	42,3	46,9	36,6
Добропільський	52,8	45,7	46,2	17,5	46,0	31,7	36,6
Красноармійський	41,0	34,6	35,2	8,3	35,7	41,2	31,1
Мар'їнський	42,9	47,8	44,2	38,2	44,7	42,4	42,5
Новоазовський	37,7	44,2	47,8	37,8	43,8	46,2	36,4
Олександрівський	55,6	47,3	49,0	46,9	42,9	25,6	46,3
Першотравневий	45,3	41,3	39,2	31,5	29,8	29,2	39,6
Слов'янський	37,1	43,6	32,7	46,2	46,6	37,5	51,8
Старобешевський	42,7	29,1	46,3	39,0	37,8	29,3	35,5
Тельманівський	45,5	22,9	42,6	32,0	31,6	36,7	25,8
Шахтарський	43,1	31,0	37,2	52,3	48,5	43,5	40,3
Ясинуватський	48,2	49,3	52,7	51,9	45,8	47,9	47,9

Таблиця 2. Показники дорічної летальності хворих на злоякісні новоутворення шлунка в розрізі адміністративних територій Донецької області у 2005–2011 рр. (%)

Адміністративна територія	Рік						
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1	2	3	4	5	6	7	8
ОБЛАСТЬ	66,4	62,7	67,0	61,2	62,2	59,3	62,5
МІСТА ОБЛАСТІ	66,1	62,7	67,3	61,9	62,2	59,4	63,0
Донецьк	59,6	54,8	64,6	50,6	58,2	52,1	59,6
Авдіївка	66,7	75,0	40,0	57,1	66,7	100,0	60,0
Артемівськ	57,6	58,1	78,7	61,8	46,2	37,0	56,0
Вугледар	50,0	33,3	100,0	0,0	100,0	40,0	0,0
Горлівка	76,2	61,4	72,7	56,9	55,8	62,3	65,5
Дебальцеве	60,0	100,0	66,7	100,0	50,0	75,0	0,0
Дзержинськ	33,3	63,3	61,5	66,7	44,4	80,0	59,1
Димитров	76,5	43,8	81,0	62,5	66,7	80,0	50,0
Докучаєвськ	85,7	100,0	50,0	50,0	33,3	66,7	75,0
Дружківка	69,0	56,3	75,0	55,6	59,4	47,8	45,0
Єнакієве	69,6	83,3	75,7	58,7	72,5	59,0	69,2
Жданівка	50,0	50,0	100,0	100,0	100,0	50,0	100,0
Кіровське	66,7	61,5	50,0	58,3	85,7	66,7	66,7
Костянтинівка	78,0	92,1	54,8	74,3	62,5	59,3	74,2
Краматорськ	70,7	65,2	77,3	69,6	70,9	77,1	69,8
Макіївка	69,5	64,0	67,3	64,4	58,9	52,7	64,1
Маріуполь	62,4	62,7	65,8	62,9	60,2	61,6	58,5
Новоградівка	0,0	100,0	60,0	100,0	77,8	100,0	100,0
Селидове	62,5	80,0	77,8	59,1	70,6	86,7	36,4
Слов'янськ	84,0	60,6	65,2	92,0	58,6	69,6	70,6
Сніжне	57,9	88,9	66,7	100,0	41,7	71,4	84,2
Торез	68,8	72,7	42,9	62,1	48,0	45,0	50,0
Харцизьк	87,0	72,2	68,2	72,7	75,0	66,7	70,6
Шахтарськ	57,7	35,0	50,0	58,1	56,3	37,5	66,7

Продовження табл. 2

1	2	3	4	5	6	7	8
РАЙОНИ ОБЛАСТІ	68,0	61,4	68,0	56,3	66,4	60,3	58,7
Амвросіївський	94,4	70,0	100,0	60,0	83,3	50,0	85,7
В-Новоселківський	40,0	75,0	83,3	57,1	63,6	83,3	20,0
Волноваський	60,0	50,0	62,5	90,9	80,0	60,0	66,7
Володарський	66,7	75,0	75,0	50,0	100,0	75,0	25,0
Добропільський	73,3	50,0	80,6	0,0	50,0	60,0	50,0
Красноармійський	61,1	62,5	52,4	0,0	100,0	50,0	100,0
Мар'їнський	63,6	66,7	77,3	46,7	63,2	61,9	73,3
Новоазовський	60,0	100,0	71,4	57,1	83,3	100,0	38,5
Олександрівський	100,0	45,5	50,0	50,0	66,7	66,7	66,7
Першотравневий	50,0	33,3	60,0	40,0	20,0	0,0	75,0
Слов'янський	66,7	57,9	41,7	40,0	66,7	80,0	66,7
Старобешевський	62,5	66,7	81,8	78,6	60,0	57,1	70,0
Тельманівський	100,0	40,0	62,5	66,7	83,3	25,0	33,3
Шахтарський	50,0	75,0	41,7	71,4	50,0	80,0	40,0
Ясинуватський	70,6	71,4	60,0	66,7	66,7	100,0	80,0

Аналіз даних таблиці 2 вказує на те, що як в цілому по області, так і на території міських та сільських територіальних одиниць, відмічається тенденція до зниження показника дорічної летальності хворих на ЗН шлунка. Так, загалом в області вказаний показник за роки дослідження скоротився у 1,06 разу і в 2011 р. склав 62,5% з найвищим рівнем в 2007 р. – 67,0% та найнижчим – 59,3% – у 2010 р.

У розрізі міст області показник дорічної летальності хворих на ЗН шлунка скоротився в 1,05 разу і склав 63,0% з найвищим рівнем у 2007 р. – 67,3% та найнижчим рівнем у 2010 р. – 59,4%. У містах Вугледар та Дебальцеве не зареєстровано випадків дорічної летальності, а в містах Жданівка та Новогродівка зареєстровано 100% дорічну летальність хворих на ЗН шлунка.

У розрізі сільських адміністративних територій області показник дорічної летальності хворих на ЗН шлунка скоротився в 1,16 разу і склав 58,7% з найнижчим рівнем в 2008 р. – 56,3%. Найнижчий рівень показника дорічної летальності хворих на ЗН шлунка зареєстровано у Волноваському (25,0%), а найвищий – у Красноармійському (100%) районах. При цьому рівень дорічної летальності хворих на ЗН шлунка, які проживають у сільській місцевості, у 1,07 разу нижчий за рівень дорічної летальності хворих, які проживають в містах: 58,7% проти 63,0% відповідно.

Висновки

Результати вивчення та аналізу дорічної летальності хворих на ЗН, вперше зареєстровані у попередньому році, за період 2005–2011 рр. у Донецькій області показали тенденцію до зниження вказаного показника, як загалом по області, так і серед сільського населення та жителів міст. При цьому встановлено, що рівень дорічної летальності при ЗН у розрізі адміністративних територій області має достовірні відмінності, що вказує на різний рівень доступності, якості та ефективності спеціалізованої протиракової медичної допомоги населенню.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням якості та ефективності лікування хворих на злоякісні новоутворення.

Список літератури

1. Медведовська Н. В. Регіональні особливості захворюваності на онкологічну патологію та її профілактика в сучасних умовах / Н. В. Медведовська // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 4. – С. 9–14.
2. Пушкарь Л. О. Злоякісні новоутворення у дітей: динаміка захворюваності та особливості статистичного обліку в Україні / Л. О. Пушкарь // Україна. Здоров'я нації. – 2007. – № 1. – С. 50–59.
3. Рак в Україні, 2010–2011. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / гол. ред. І. Б. Щепотін. – К., 2012. – 124 с.
4. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2011 рік: [монографія] / за ред. Р. В. Богатирьової. – К., 2012. – 544 с.

ДОГОВОДА ЛЕТАЛЬНОСТІ БОЛЬНИХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННИМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ*Ю.В. Думанский, Г.К. Северин*

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Украина

Цель: проанализировать годовую летальность больных злокачественными образованиями, впервые зарегистрированными в предыдущем году, за период 2005–2011 гг. в Донецкой области.

Материалы и методы. Изучались данные отраслевой статистической отчетности в области за период 2005–2011 гг. В ходе исследования использованы статистический и библиосемантический методы. Исследование проходило в несколько этапов: на первом изучались данные годовой летальности в показателях в целом по области и среди городского и сельского населения; на втором – показатель годовой летальности в разрезе административных территорий; отдельно изучался показатель годовой летальности больных злокачественными образованиями желудка.

Результаты. Анализ показателей годовой летальности больных злокачественными образованиями, зарегистрированными впервые, обнаружил тенденцию к снижению показателя за исследуемый период, как в целом по области, так и среди сельского населения и городских жителей, в том числе и злокачественных образований желудка.

Выводы. Достоверные отличия в уровнях годовой летальности при злокачественных образованиях в разрезе административных территорий указывают на разный уровень доступности, качества и эффективности специализированной противораковой медицинской помощи населению.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **злокачественные образования, годовая летальность.**

ANNUAL MORTALITY OF PATIENTS WITH MALIGNANT NEOPLASMS*Yu.V. Dumansky, G.K. Severin*

Donetsk National Medical University named after M. Gorky, Ukraine

Purpose. To analyze annual mortality of patients with malignant neoplasms, first registered in the previous year, for the period 2005-2011 in Donetsk region.

Materials and methods. The data of the branch statistical reporting in region for the period 2005-2011 years were studied. During study used statistical and biblio semantic methods. The study took place in several stages: at the first stage data of annual mortality in general terms on region and among urban and rural population were studied, at the second one - rate of annual mortality in terms of administrative territories were studied; rate of patients' mortality with malignant neoplasms of the stomach was separately studied.

Conclusions. Significant differences in the levels of annual mortality at malignant neoplasms in the context of administrative territories indicate different level of accessibility, quality and effectiveness of specialized anticarcinogenic medical care.

KEY WORDS: **malignant neoplasms, annual mortality.**

Рукопис надійшов до редакції 05.12.2013 р.

Думанський Юрій Васильович – д.мед.н., проф., чл.-кор. НАМН України, завідувач кафедри онкології та радіології ННІПО, ректор Донецького національного медичного університету ім. М. Горького; тел.: (062) 344-40-01.

Северин Григорій Костянтинович – к.мед.н., доц., доцент кафедри соціальної медицини, організації охорони здоров'я та історії медицини Донецького національного медичного університету; тел.: (062) 344-29-78.

РОЗВИТОК І ПЕРСПЕКТИВИ ЗАКОНОДАВЧОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РАЦІОНАЛЬНОГО ВИКОРИСТАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України”

Мета: вивчити особливості становлення і розвитку національної законодавчої бази з питань раціонального використання лікарських засобів в Україні та запропонувати перспективи її розвитку на основі історичного досвіду.

Матеріали і методи. Матеріалами дослідження слугували нормативно-правові документи державного і галузевого рівнів за темою дослідження. Використані методи системного та історичного аналізу.

Результати. Основна діяльність з раціонального використання лікарських засобів для забезпечення якості лікування хворих під час безпосереднього надання їм медичної допомоги покладалась на систему фармаконагляду. Простежений історичний шлях розвитку законодавчого забезпечення раціонального використання лікарських засобів не можна вважати завершеним; досвід і здобутки національної системи раціонального використання лікарських засобів потребують подальшого вдосконалення і оновлення нормативно-правової бази з метою поліпшення використання лікарських засобів в Україні.

Висновки. Подальший розвиток раціональної фармакотерапії полягатиме у законодавчому регулюванні взаємозв'язку формулярної системи з іншими цільовими структурами з метою забезпечення комплексного підходу до раціонального використання лікарських засобів в Україні.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: лікарські засоби, раціональне використання, формулярна система.

За даними ВООЗ, на основі висновків Конференції з раціонального використання лікарських засобів в Найробі (1985 р.), раціональне використання лікарських препаратів слід вважати ключовим елементом національної фармакотерапевтичної політики. Раціональне використання лікарських препаратів означає, що пацієнти отримують ліки відповідно до своїх клінічних потреб в дозах, які відповідають їх індивідуальним вимогам (правильна доза, правильні інтервали і правильна тривалість). Лікарські засоби повинні бути належної якості, а також наявні та економічно доступні для пацієнтів і суспільства [1]. Ці висновки не втратили актуальності, а для багатьох країн світу – це є метою на найближчі роки.

Світові підходи до раціонального використання лікарських засобів набули розвитку у ряді наступних документів ВООЗ [2;4;5], заснованих на результатах відповідного моніторингу у різних країнах світу. Згідно з наявними даними, більше половини усіх лікарських засобів в країнах, що розвиваються, і в країнах з перехідною економікою та значна частка лікарських засобів, особливо антибіотиків, у розвинених країнах використовуються неналежним чином, що має несприятливі клінічні наслідки для пацієнтів та завдає економічних збитків їм та суспільству загалом. Так, резистентність до протимікробних препаратів, як результат невинного зловживання антибіотиками, є причиною захворюваності та смертності пацієнтів і щорічно обходиться

в 4000–5000 млн дол. США в Сполучених Штатах Америки та в 9000 млн євро у Європі. На усунення наслідків побічних реакцій на ліки і помилок при медикаментозному лікуванні у Сполученому Королівстві Великої Британії та у Північній Ірландії щорічно витрачається 380 млн фунтів стерлінгів, а в Сполучених Штатах Америки – не менше, ніж 5,6 млн дол. США на лікарню в рік.

За висновками міжнародних експертів, шкоду можна мінімізувати лише шляхом зосередження уваги на системах охорони здоров'я і політиці в галузі охорони здоров'я, які мають приймати адекватні заходи проти нераціонального використання лікарських засобів, що задекларовано у Резолюції EB120.R12 Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я 29 січня 2007 року.

В Україні, відповідно до міжнародних підходів, сформована та активно розвивається державна політика з питань раціонального використання лікарських засобів, визначена у чинних нормативно-правових документах. Однак проблема раціонального використання лікарських засобів у вітчизняній галузі охорони здоров'я не втратила актуальності [3;6].

Мета дослідження: вивчити особливості становлення і розвитку національної законодавчої бази з питань раціонального використання лікарських засобів в Україні та запропонувати перспективи її розвитку на основі історичного досвіду.

Матеріали і методи. Матеріалами дослідження слугували нормативно-правові докумен-

ти державного і галузевого рівнів за темою дослідження. Використано методи системного та історичного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення. Системний аналіз обраних відповідно до мети дослідження чинних нормативно-правових документів засвідчив, що правовідносини, пов'язані зі створенням, реєстрацією, виробництвом, контролем якості та реалізацією лікарських засобів, визначенням прав та обов'язків підприємств, установ, організацій і громадян, а також повноваженнями у цій сфері органів державної виконавчої влади і посадових осіб, регулюються, насамперед, Законом України від 04.04.1996 р. № 123/96-ВР «Про лікарські засоби». Законом визначена державна політика, зокрема у сфері реалізації лікарських засобів, шляхом забезпечення потреб населення ліками належної якості та в необхідному асортименті, для чого створюється і затверджується на національному рівні Державний реєстр лікарських засобів України. Держава, як передбачено Законом, забезпечує доступність найнеобхідніших лікарських засобів громадянам та їх захист у разі заподіяння шкоди здоров'ю внаслідок застосування лікарських засобів за медичним призначенням. Закон забороняє реалізацію (відпуск) громадянам неякісних лікарських засобів або таких, термін придатності яких минув або на які відсутній сертифікат якості, що видається виробником.

Постановою КМУ від 25 липня 2003 р. №1162 «Про затвердження Державної програми забезпечення населення лікарськими засобами на 2004–2010 рр.» зазначено, що для раціонального використання лікарських засобів в Україні необхідно:

- впровадити у лікувально-профілактичних закладах формуляри, розроблені на основі стандартів лікування, затверджених МОЗ України;
- досліджувати та аналізувати щороку використання лікарських засобів;
- розробити навчальні плани і програми з питань раціонального використання лікарських засобів, адаптованих до рекомендацій ВООЗ та ЄС і вимог охорони здоров'я;
- надавати медичним, фармацевтичним працівникам і населенню об'єктивну інформацію про лікарські засоби.

Відомості про лікарські засоби, дозволені для виробництва і застосування в Україні, містяться у Державному реєстрі лікарських засобів, затвердженому постановою Кабінету Міністрів України від 31 березня 2004 р. № 411 «Про затвердження Положення про Державний реєстр лікарських засобів». До Реєстру вносяться такі відомості про лікарський засіб: назва лікарського засобу (торговельна назва, міжнародна непатентована назва); найменування виробника, його

місцезнаходження та місцезнаходження його виробничих потужностей; синоніми, хімічна назва, повний склад лікарського засобу; фармакологічна дія, фармакотерапевтична група лікарського засобу; показання, протипоказання, запобіжні заходи, взаємодія з іншими лікарськими засобами; способи застосування, доза діючої речовини в кожній одиниці та кількість одиниць в упаковці; побічна дія, форма випуску, умови зберігання, строк придатності, умови відпуску та належність лікарського засобу до лікарських засобів, рекламуння яких заборонено; інструкція для медичного застосування лікарського засобу; фармакопейна стаття або методи контролю якості лікарського засобу. Такий повний обсяг інформації про лікарський засіб дозволяє обирати найбільш раціональний шлях при призначенні лікарського препарату лікарем та при його застосуванні пацієнтом, що забезпечує усіх учасників лікувального процесу від несприятливих наслідків лікування та певною мірою сприяє клінічній і соціальній ефективності лікування.

Подальшого розвитку і реалізації законодавчі вимоги в частині забезпечення якості лікарських препаратів та їх раціонального використання у закладах охорони здоров'я набули у підзаконних галузевих нормативно-правових актах, зокрема наказах МОЗ України:

- від 27.12.2006 р. № 898 «Про затвердження Порядку здійснення фармаконагляду за побічними реакціями лікарських засобів, дозволених для медичного застосування» (з подальшими змінами);
- від 24.07.2009 р. № 531 «Про затвердження Порядку здійснення моніторингу безпеки і ефективності лікарських засобів в стаціонарах закладів охорони здоров'я»;
- від 01.09.2009 р. №654 «Про затвердження Плану заходів покращання здійснення післяреєстраційного нагляду за безпекою і ефективністю лікарських засобів і моніторингу безпеки і ефективності лікарських засобів у стаціонарах закладів охорони здоров'я».

Змістовний аналіз зазначених документів дозволив дійти висновків, що основна діяльність з раціонального використання лікарських засобів для забезпечення якості лікування хворих під час безпосереднього надання їм медичної допомоги покладалась на систему фармаконагляду, призначення якої полягає у збиранні, визначенні, оцінці, вивченні та запобіганні виникненню побічних реакцій чи проблем, пов'язаних із застосуванням лікарських засобів.

Система фармаконагляду в Україні була створена у 1996 р. відповідно до світової практики і норм Європейського Союзу, розроблених у зв'язку з актуалізацією проблеми лікарських помилок при призначенні фармакологічних препаратів та побічними діями ліків, від яких постраж-

дали 105 осіб, з них 34 дитини та 71 дорослий – від вживання недостатньо досліджених лікарських засобів (розчину сульфаніламідів, що містив діетиленгліколь), а також інших випадків трагічних для здоров'я наслідків (від талідоміду та диетилстильбестролу). Дані випадки призвели до масової загибелі та несприятливих наслідків для здоров'я людей, привернули увагу світової наукової спільноти, політиків і громадян до небезпек, які криються у споживанні ліків.

Саме тому впровадження системи фармаконагляду слід розглядати як актуальний і необхідний засіб профілактики хибного призначення ліків та їх несприятливих наслідків для пацієнтів.

Виконання завдань, поставлених перед системою фармаконагляду, здійснюється шляхом функціонування її організаційної структури: Департаменту післяреєстраційного нагляду лікарських засобів Державного експертного центру МОЗ України, Регіональних відділень Департаменту та закладів охорони здоров'я усіх форм власності, керівники яких є відповідальними за подання інформації про побічні реакції чи випадки відсутності ефективності лікарських засобів, дозволених до медичного застосування, а також лікарі закладів охорони здоров'я, які зобов'язуються подавати відповідну інформацію за встановленою наказом формою.

Наказами МОЗ України від 24.07.2009 р. № 531 «Про затвердження Порядку проведення моніторингу безпеки та ефективності лікарських засобів у стаціонарах закладів охорони здоров'я» та від 01.09.2009 р. № 654 «Про затвердження Плану заходів щодо покращання здійснення післяреєстраційного нагляду за безпекою та ефективністю лікарських засобів та моніторингу безпеки та ефективності лікарських засобів у стаціонарах закладів охорони здоров'я» введено посаду спеціаліста – клінічного провізора у кількості, що відповідає штатним нормативам закладів охорони здоров'я, до штатного розпису медичної установи, де здійснюється стаціонарне лікування, та визначено його функції і порядок дій; посилено відповідальність керівників за діяльність підпорядкованого закладу в частині збирання та аналізу відповідної інформації, отриманої з первинної медичної документації, та своєчасності її представлення на вищий рівень управління.

Функціонуючу систему фармаконагляду можна вважати необхідною, але недостатньою, складовою раціонального використання лікарських засобів, яка створила передумови становлення та розвитку формулярної системи – комплексу управлінських методик в охороні здоров'я, що забезпечує застосування раціональних, організаційно та економічно ефективних методів постачання і використання лікарських засобів з метою забезпечення в конкретних умовах висо-

кої якості медичної допомоги і оптимального використання наявних ресурсів.

Основний принцип формулярної системи – використання ліків з доведеною ефективністю їх дії при певному патологічному процесі шляхом використання обмежувальних переліків – формулярів лікарських засобів – задекларований Законом України від 07.07.2011 р. № 3611-VI «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги», Концепцією розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України на 2011–2020 рр. та наказом МОЗ України від 22.07.2009 р. № 529 «Про створення формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров'я». Суттєвим моментом функціонування формулярної системи слід визначити її профілактичну спрямованість на попередження нераціонального застосування лікарських засобів, оскільки формуляри лікарських засобів містять ліки з доведеною ефективністю, допустимою безпекою та економічно вигідним використанням. Необхідною умовою ефективності дієвості формулярної системи є гармонізація формулярів лікарських засобів – державного, регіонального, Локального – з уніфікованими / локальними клінічними протоколами медичної допомоги.

Важливим кроком у поліпшенні раціонального використання лікарських засобів слід вважати наказ МОЗ України від 28.10.2010 р. № 918 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо моніторингу та оцінки дієвості формулярної системи на етапі її впровадження», що дозволило забезпечити «зворотний зв'язок» у формулярній системі і приймати рішення за його результатами з поліпшення якості фармакотерапії.

Простежений історичний шлях розвитку законодавчого забезпечення раціонального використання лікарських засобів не можна вважати завершеним; досвід і здобутки національної системи раціонального використання лікарських засобів потребують подальшого вдосконалення і оновлення нормативно-правової бази з метою поліпшення використання лікарських засобів в Україні, зокрема:

- прийняття нової редакції Закону України від 04.04.1996 р. № 123/96-ВР «Про лікарські засоби»;
- нормативне регулювання діяльності формулярної системи в Україні відповідно до розробки і оновлення бази стандартів медичної допомоги на основі положень доказової медицини;
- удосконалення нормативної бази з питань взаємодії між МОЗ України щодо здійснення фармаконагляду і функціонування формулярної системи та Державною інспекцією з контролю якості лікарських засобів МОЗ України стосовно безпеки та ефективності використання ліків.

Рух вітчизняної моделі охорони здоров'я в напрямку страхової медицини потребує відповідної підготовки нормативно-правових документів з регулювання формулярної системи в умовах обов'язкового медичного страхування.

Висновки

Проведений аналіз становлення і розвитку законодавчого регулювання раціонального використання лікарських засобів в Україні дозволив зробити наступні висновки:

1. В Україні створена і періодично доповнюється нормативно-правова база з питань раціонального використання лікарських засобів, спрямована на забезпечення якісної фармакоterapiї відповідно до міжнародних підходів.

2. Регулювання функціонування формулярної системи лікарських засобів потребує постійного оновлення відповідно до формування вітчизняної бази стандартів / медико-технологічних

документів медичної допомоги на основі принципів і положень доказової медицини.

3. Використовуючи системний підхід, як один з основних методів у соціальній медицині, слід визнати необхідним законодавче регулювання взаємозв'язку системи фармаконагляду, формулярної системи, Державної інспекції з контролю якості лікарських засобів та інших цільових функціонально-організаційних структур з метою забезпечення комплексного підходу до організації забезпечення раціонального використання лікарських засобів в Україні.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні результатів застосування оновленої нормативно-правової бази з питань раціонального використання лікарських засобів, нормативно-правових документів з регулювання формулярної системи в умовах обов'язкового медичного страхування.

Список літератури

1. *Всемирная* организация здравоохранения. Конференция экспертов ВОЗ по рациональному использованию лекарственных средств, Найроби, 25-29 нояб. 1985 г. – ВОЗ, 1985. – 187 с. – (Серия технических докладов ВОЗ; № 722).
2. *Всемирная* организация здравоохранения. Содействие рациональному использованию лекарственных средств: ключевые моменты. Перспективы политики ВОЗ в области лекарственных препаратов. – Женева, 2002. – 6 с.
3. *Ена Л. М.* Побочное действие лекарственных средств в гериатрической клинике / Л. М. Ена, Е. В. Купраш // Рац. фармакотерапія. – 2009. – № 4. – [Електронна версія]. – Режим доступу: <http://rph.com.ua/article/1275.html>. – Назва з екрану.
4. *Прогресс* в рациональном использовании лекарственных средств. Резолюция А60/24 Всемирной Ассамблеи здравоохранения 22 марта 2007 г. – Женева, 2007. – 6 с.
5. *Рациональное* использование лекарственных средств: ход осуществления стратегии ВОЗ в области лекарственных средств. Резолюция EB118/6 118 сессии Исполнительного комитета ВОЗ 11 мая 2006 г. – Женева, 2006. – 6 с.
6. *Ривак Т. Б.* Недоцільні призначення лікарських засобів у типовій клінічній практиці як причина нераціональної фармакотерапії / Т. Б. Ривак // Клін. фармація, фармакотерапія та мед. стандартизація. – 2010. – № 3–4. – С. 153–159.

РАЗВИТИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ РАЦИОНАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В УКРАИНЕ

В.Е. Блихар

ГВУЗ "Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины"

Цель: изучить особенности становления и развития национальной законодательной базы по вопросам рационального использования лекарственных средств в Украине и предложить перспективы ее развития на основе исторического опыта.

Материалы и методы. Материалами исследования послужили нормативно-правовые документы государственного и отраслевого уровней по теме исследования. Использованы методы системного и исторического анализа.

Результаты. Основная деятельность по рациональному использованию лекарственных средств для обеспечения качества лечения больных во время непосредственного оказания им медицинской помощи возлагалась на систему фармаконадзора. Прослеженный исторический путь развития законодательного обеспечения рационального использования лекарственных средств нельзя считать завершенным; опыт и достижения национальной системы рационального использования лекарственных средств потребуют дальнейшего совершенствования и обновления нормативно-правовой базы с целью улучшения использования лекарственных средств в Украине.

Выводы. Дальнейшее развитие рациональной фармакоterapiи состоит в законодательном урегулировании взаимосвязи формулярной системы с другими целевыми структурами с целью обеспечения комплексного подхода к рациональному использованию лекарственных средств в Украине.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: лекарственные средства, рациональное использование, формулярная система.

DEVELOPMENT AND PROSPECTS OF LEGISLATIVE ENSURING OF MEDICAL PRODUCTS RATIONAL USE IN UKRAINE*V. Ye. Blihar*

SHEI "Ternopil State Medical University named after I. Ya. Horbachevsky Ministry of Health of Ukraine"

Purpose: to study features of becoming and development of national legislative base for rational use of medical products in Ukraine and offer prospects of its development based on historical experience.

Methods and materials. As materials of research have served legal documents of the state and branch levels. Methods of the system and historical analysis have been used.

Results. Main activity on rational use of medical products for ensure of quality treatment of patients while providing them with immediate medical care was assigned on system of pharmacovigilance. The historical way of legal rational use development of medical products should not be considered complete; experience and achievements of national system of medical products rational use demand further improvement and updating legal base with the purpose of improvement the use of medical products in Ukraine.

Conclusions. Further development of rational pharmacotherapy to consist in legislative regulation of interrelation of official system with other target structures with the purpose of ensure an integrated approach to rational use of medical products in Ukraine.

KEY WORDS: **medical products, rational use, official system.**

Рукопис надійшов до редакції 04.02.2014 р.

Відомості про автора:

Бліхар Василь Євгенович – к.мед.н., доцент, головний лікар Тернопільської університетської лікарні;
тел. (0-352)-23-58-86

УДК 614.2:001.8.001.57(477)(1-4)

N.T. KUCHERENKO

THE COMPARATIVE ANALYSIS OF HEALTH CARE SYSTEM DEVELOPMENT MODELS IN UKRAINE AND IN SOME COUNTRIES OF THE WORLD

SI "Ukrainian Institute of strategic researches Ministry of Health of Ukraine", Kyiv

Purpose. Comparative analysis of the principles of health care systems formation in Ukraine and the developed countries of the world with the purpose of use its individual tools in the development of management by national health care system.

Materials and methods. In the course of the study has been analyzed the status of HCS in Ukraine and in some countries of the world using the bibliographic, statistical and comparative analysis.

Results. The model of health care system is determined by the objectives, principles and parity of system elements, social, political, economic status, traditions, culture.

Conclusions. Basis for improving the efficiency of HCS is perfection of its organizational and economic mechanism – sets of forms, methods and mechanisms by which the organization of social production in healthcare is carried out.

KEY WORDS: **models of health care system, principles, mechanism, quality, efficiency, socially-oriented economy.**

Introduction. Health care is an integral part not only of public life, but also of the state policy. After all nation's health is the most important wealth of the state, factor of its national safety. In modern conditions public health takes unprecedented importance for sustainable development of society, ensure its political stability, progress in social, economic, scientific, intellectual and cultural spheres, there is an obligatory condition of the vital program implementation of each person, an increase of well-being and life quality for all citizens. One key area that provides the nation's health is sphere of health care. Although the experts of the World Health Organization (WHO) mark that activity of the health care branch only on 10-15% impacts on the nation's state of health, in our opinion, adjusted health care system has considerably more powerful influence. Ensuring the appropriate level of public health is a priority problem of any country, its health care system (HCS), as marked in strategic documents of international, European and national levels.

The purpose of this study, which results are reflected in the article, was comparative analysis of the principles of health care systems formation in Ukraine and the developed countries of the world with the purpose of use its individual tools in the development of management by national health care system.

Materials and methods. When writing the article has been used the following methods: bibliographic, statistical and comparative analysis.

Results of research and their discussion. The health care system (WHO, 2005) is a collection of all organizations, institutions and resources, which primary purpose is strengthening, support or recovery of health. The main objectives of the health care system is improvement the health of the whole population, conformity to demands and needs of people, ensure justice in distribution of financial resources, availability of all to available resources. Condition for the successful operation of HCS are legal and regulatory base that includes a set of resources such as financial, human, material and technical, management and leadership, technologies, and core values ??are justice, solidarity, population participation, ethical approach to systems development. Progress in achievement of main objectives directly depends on the effective implementation of key functions: management, formation resources, services, financing.

The model of health care system is determined by the objectives, principles and parity of system elements and also of social order, political and socio-economic status, traditions, culture and more.

In most countries the foundation of national policy in health care is an appropriate legal base developed on international standards set out in legal acts of the United Nations Organization (UN), the Council of Europe (CE), World Health Organization (WHO), the International Labour Organisation (ILO).

By working out of strategy for financing and organization of health care, most countries adheres to three basic principles [7]:

- ensuring of equal access to health care for all citizens, based on solidarity participation for poor and rich, sick and healthy, young and elderly, irrespective of place of residence;

- high quality of medical care at optimal expenses;

- macroeconomic efficiency: maximum allowable share of national resources that should be focused on the needs of the healthcare industry.

Despite the variety of specific forms of health care, the specific economic relations in this field, we can distinguish several parameters that reflect its main economic characteristics:

- the ratio of property;

- ways of financing (obtaining resources);

- mechanisms of stimulation of health professionals (producers of medical services).

In each country is formed and develops a way of economic resources attraction for medical care, preservation and strengthening of population's health. The quantity and quality of community resources, efficiency of their use in the field of health care is determined by a complex system of economic, political, ethical and other relations, which have developed in separately taken country. Presence in this or that country of relevant health care system is determined by many circumstances, however at all distinctions in systems of public health services of the different countries economic models are formed by definition of role and state function in these processes.

In world practice financial resources of health care are derived from four sources: taxation, state system of social health insurance, voluntary health insurance and direct payments of the population.

Based on the international experience of the WHO [8], the nature of the funding, there are three main models of health care systems:

1. State (budgetary, models of Beveridge and Semashko): in public health services financing means state and local budgets (50-90 %) have priority value. It's a common system of taxation; territorial health departments are buyers of medical services, quality state standards, wages of health workers per capita basis, patients partially pay the medical services, which are not entering in guarantees of the state. In this model the state is in the status of the supplier and purchaser of health services. Market carries out a supporting role and is under strict control of state. Health facilities are owned or controlled by the state.

To positive attributes of this model is centralized financing, which provides about 90% of all health expenditure and inhibits the growth of the cost of treatment.

The disadvantages are inevitable decline in the quality of health care and lack of control over the activities of health care establishments from

consumers. Such countries, as Great Britain, Denmark, Portugal, Italy, Greece, Spain and others use this model [1].

2. Insurance (social insurance, model of Bismarck). These are non-governmental insurance funds and companies with legally defined status; insurance companies are purchasers of health care services; obligatory payments of workers and employers or special taxes are provided; payment of medical workers for services is caused ?? by the estimate of the insurance company; patients partially paid medical services, which have been not captured by insurance policies. In this model the state carries out a role of the guarantor in satisfaction of socially necessary requirements for medical aid of all citizens irrespective of incomes level. The role of the medical services market - satisfaction of consumers requirements more guaranteed level. So, the multichannel system of financing (from profits of insurance companies, deductions from wages, State budget) creates necessary flexibility and stability of financial base of social and health insurance. Financing from off-budget funds of medical insurance prevails in Germany, France, Switzerland, Japan and other countries. Financing from off-budget funds of medical insurance prevails in Germany, France, Switzerland, Japan and other countries.

3. Private (private-insurance, market, paid, American model): in based on the financing of health services at the expense of means of citizens and businesses directly or through system of private insurance funds. At introduction of such model of health care the medical aid volume is formed by the market, which regulated independently. Lower-income strata have the limited access to health care. The state role is limited:

- legislative acts regulating relations of business market of medical services;

- individual programs, which are financed from the state budget.

As a rule, countries alongside the market model using the others. Or at introducing of market model of health care apply combined private and public funding.

Typical example of market model is the market of medical services of the USA. The public health services in this country are presented mainly by system of private medical institutions and commercial medical insurance by which manufacture doctors are sellers of medical services, and patients – their buyers. This market is most approached to the free market and has both all its advantages and lacks.

The advantages of market model of health care:

- stimulate the development of new medical technologies;

- providing intensive activities of health workers;

- permanently improve quality of medical services, which stimulated by intense competition;

- rigid selection of economically inefficient technologies and strategies;
- resources mobility.

The disadvantages of market model of health care include:

- ◆ unequal access to health care of various levels of population;
- ◆ high expenses and accordingly to them the high prices of health services;
- ◆ high public expenses on health services;
- ◆ inability of state control over the definition of priority directions of health care;
- ◆ the possibility of unfair competition between health care providers;

- ◆ strengthening of advertising influence;
- ◆ absence of dynamism at national level.

The way of health care financing system predetermines also system of the organisation of health care. However, in each country the model of financing of health care developed throughout many years and depended on many factors. First of all it is experience of development of health care systems and historical features of country development. For this reason practically in each country the system of branch financing does not exist in "a pure" form, is mobile, that is develops and changes (table) [3].

Table. Models of health care systems on character of financing

Model type	State (budgetary)	Socially-insurance		The market	The HCS post-Soviet territory countries
Country	Great Britain, Ireland, Denmark, Portugal, Italy, Greece	France, Japan, Belgium, Switzerland	Germany, Netherlands, Austria	The USA, South Korea	Ukraine
Expenses on HCS, % from GNP	9,8	6,6–8,5	11	15	2,8–3,5
Financing, (%)	State budget	Obligatory medical insurance 50 Voluntary medical insurance 20 State budget 10 Personal means 20	Obligatory medical insurance 60 Voluntary medical insurance 10 State budget 15 Personal means 15	Private insurance 40, personal means 20, programs for aged and needy 40	The state budgets by a residual principle and local
Control by efficiency of expenses	The state through Ministry of Health	Private insurance companies and state organisation of social insurance	Private and state insurance firms	Insurance firms	The state through Ministry of Health, law enforcement bodies, public organisations
Availability of health services	General availability	80% population is captured by programs of obligatory medical insurance	90% population – obligatory medical insurance, 10% voluntary medical insurance, 3% from them has obligatory medical insurance and voluntary medical insurance	It is limited by solvency of patients, programs for aged and needy extend not on all interested persons	Limited to solvency of patients (after all really the patient pays also taxes and separately pays for inspection, buys medicines)
Price control to medical services	Financial assets pay off on the basis of the specifications considering sex and age structure of the population	The prices are regulated by the government, reconsidered twice a year (and as a rule grow)	The prices are expressed in "points", reconsidered at change of an economic situation	Regulation practically is absent. The price is established as a result of the agreement between the patient, the insurer and MPI	Regulation practically is absent. In private clinics the patient pays officially, and in state - informally

Thus, the scope of health care in all countries financed from the following major sources:

- taxation;
- contributions to social insurance system;
- contributions to voluntary health insurance;
- direct payments of the population.

Health care system of Ukraine is funded by the state and local budgets. According to the Budgetary Code of Ukraine, means among levels of budgetary system are distributed with the principle of subsidiarity, that is services are as close as possible to the consumer [2].

Distribution of responsibilities between the budgets in Ukraine causes local budgets priorities in health care financing: about 80 % of state funding of health care in Ukraine are means of local budgets. Thus, according to the functional classification, most of the budgetary funds in Ukraine sent on financing of hospital and resort facilities (70%), as well as polyclinics, outpatient clinics, first-aid stations (13,5%). Less than 1% of means is allocated for financing of scientific researches in sphere of health care [6].

In Ukraine HCS continues to be funded by the residual principle, and function - as costly. According to the WHO, while spending on health care is less than 5% from GNP, it is unable to perform its functions [4].

In recent studies by WHO [6] it is marked that, despite of revealing of the certain laws at a global level, connection between GNP and health indicators of the population, between GNP and total expenditure on health, as well as between the level of total spending on health and health indicators are not of precisely determined or linear character, as some countries have higher results compared to the others, due to the large number of other factors, including the performance efficiency of health care systems functioning.

Insufficiency of the means allocated by the state on branch results in reduction of volume of free-of-charge health services, to inhibition overhaul of medical institutions and updating of the equipment, and results in a relatively low salaries of medical personnel. It should be noted that, in addition to the amount of financial support, quality of health services is influenced considerably with its rational use.

Conclusions. Thus, the basis for improving the efficiency of HCS is perfection of its organizational

and economic mechanism – set of forms, methods and mechanisms by which the organization of social production in health care system and will be coordinated its activities as uniform system is economically expedient. The structure of the organizational and economic mechanism to a functional attribute should include three main subsystems: state regulation at different levels (national-wide, regional, local), self-regulation and self-development at a micro level, public regulation on the part of the population. Thus, the mechanism reflects the typical form combining elements of market self-regulation of the elements with democratic state regulation inherent in today's socially-oriented economy.

It aims to ensure, firstly, the availability of scientifically proved set of medical services to all citizens due to introduction and observance of specifications of financing and it is material and technical supply of HCS, adoption of standards of medical care and second, the effectiveness of health care, namely: conformity of public charges and the results achieved with their help to the state purposes and guarantees in HCS; economic efficiency both in terms of feasibility, costs and ensure a positive effect from rationalizing the allocation of resources between different health services, the optimization of the stationary and ambulatory outpatient services, improving the health of the territorial structure, institutional effectiveness (including orientation to innovation) due to creation of new system of governance through combination of centralized and decentralized its models, adjustment of vertical and horizontal administrative connections.

Selecting the most optimal model for conditions of Ukraine has paramount importance by elaboration of the main directions of HCS reforming.

Prospects for further development in the given direction. Analyzing the above-stated models, it can be concluded that none of them in pure form is not acceptable for Ukraine. The state policy should be aimed at creating transformational model most corresponds to socio-economic realities of Ukraine. Thus the main task is creation of mechanisms of population influence on quality of public health services and, thus, the orientation of brunch to satisfaction of individual interests of citizens at preservation of solidarity mechanisms participations in payment of health care.

References

1. Авраменко Н. В. Державне управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні: сучасний стан, шляхи вдосконалення : монографія / Н. В. Авраменко. – Запоріжжя : КПУ, 2010. – 196 с.
2. Вишньовська К. Проблеми реформування системи охорони здоров'я в Україні / К. Вишньовська // Світ фінансів. – 2008. – № 3 (16). – С. 78–85.
3. Михайлович Ю. Й. Європейська перспектива оцінки витрат та рентабельності лікування раку в Україні / Ю.Й. Михайлович, А.В. Гайсенко // Клин. онкол. – 2011. – № 2 (2).
4. Офіційний сайт МОЗ України <http://www.moz.gov.ua>

5. *Политика* финансирования здравоохранения : рук-во для лиц, принимающих решения, 2008. – 27 [5] с. [Электронный ресурс] / ЕРБ ВОЗ. – Режим доступа : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/78873/E91422R.pdf.
6. *Финансирование* здравоохранения в Европейском союзе. Проблемы и стратегические решения : науч. изд. / S. Thomson, T. Foubister, E. Mossialos ; Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. – Копенгаген : ВОЗ, 2010. – 241 с. – (Серия исследований Обсерватории; Вып. 17).
7. *Финансирование* здравоохранения: альтернативы для Европы / Ред. Моссиалос Э., Диксон А., Фигерас Ж., Кутцин Д. / Пер. с англ. – М: Издательство. «Весь мир», 2002. – 352 с.
8. *Decentralization in Health Care: Strategies and Outcomes* – Европейское региональное бюро ВОЗ / Европейская обсерватория по системам здравоохранения. 2007. <http://www.observatory.dk>

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ МОДЕЛЕЙ РОЗВИТКУ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ ТА ДЕЯКИХ КРАЇНАХ СВІТУ

Н.Т. Кучеренко

ДУ “Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України”, м. Київ

Мета: проведення порівняльного аналізу принципів формування систем охорони здоров'я в Україні та розвинених країнах світу з метою використання його окремих інструментів при розробці управління вітчизняною системою охорони здоров'я.

Матеріали і методи. У процесі проведення дослідження був проаналізований стан системи охорони здоров'я України і деяких країн світу з використанням бібліографічного, статистичного методів і методу порівняльного аналізу.

Результати. Модель системи охорони здоров'я визначається цілями, принципами та співвідношенням елементів системи, а також суспільним устроєм, політичним і соціально-економічним становищем, традиціями, культурою.

Висновки. Основою підвищення ефективності системи охорони здоров'я є вдосконалення її організаційно-економічного механізму – сукупності форм, методів і механізмів, за допомогою яких здійснюється організація суспільного виробництва у сфері охорони здоров'я.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: моделі системи охорони здоров'я, принципи, механізм, якість, ефективність, соціально-орієнтована економіка.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МОДЕЛЕЙ РАЗВИТИЯ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УКРАИНЕ И НЕКОТОРЫХ СТРАНАХ МИРА

Н.Т. Кучеренко

ГУ “Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины”, г. Киев

Цель: проведение сравнительного анализа принципов формирования систем здравоохранения в Украине и развитых странах мира с целью использования его отдельных инструментов при разработке управления отечественной системой здравоохранения.

Материалы и методы. В процессе проведения исследования было проанализировано состояние системы здравоохранения Украины и некоторых стран мира с использованием библиографического, статистического методов и метода сравнительного анализа.

Результаты. Модель системы здравоохранения определяется целями, принципами и соотношением элементов системы, а также общественным строем, политическим и социально-экономическим положением, традициями, культурой.

Выводы. Основой повышения эффективности системы здравоохранения является совершенствование ее организационно-экономического механизма – совокупности форм, методов и механизмов, с помощью которых осуществляется организация общественного производства в сфере здравоохранения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: модели системы здравоохранения, принципы, механизм, качество, эффективность, социально-ориентированная экономика.

Рукопис надійшов у редакцію 13.02.2014 р.

Відомості про автора:

Кучеренко Наталія Тимофіївна – к.е.н., завідувача відділення зв'язків з міжнародними та національними організаціями в охороні здоров'я ДУ “Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України”; тел.: (044) 576-41-19;

О.М. ДОРОШЕНКО, Т.М. ВОЛОСОВЕЦЬ, М.В. ДОРОШЕНКО

СТОМАТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ У ДІЯЛЬНОСТІ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ

Інститут стоматології Національної медичної академії післядипломної освіти
імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Мета: підготовка сімейного лікаря для надання профілактичної та лікувальної допомоги пацієнтам зі стоматологічною патологією.

Матеріали і методи. Розглянуто рівень компетенції сімейних лікарів з так званих “вузьких” спеціальностей, у тому числі зі стоматології.

Результати дослідження. Сімейний лікар, що має достатній обсяг знань та навичок, може проводити профілактичні заходи із попередження розвитку стоматологічних захворювань, роз’яснювати хворим важливість своєчасного лікування зубощелепної патології та надавати психологічну допомогу у підготовці хворого до стоматологічного втручання.

Висновки. Реформа охорони здоров’я в Україні передбачає підготовку лікаря якісно нової формації, який орієнтований на лікування пацієнта і сім’ї в цілому. Сімейний лікар може попередити виникнення та розвиток стоматологічної патології, що забезпечить профілактику захворювань та сприятиме формуванню здорового способу життя сім’ї.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: сімейний лікар, стоматологія, профілактична та лікувальна допомога.

Реформа охорони здоров’я в нашій країні передбачає підготовку лікаря якісно нової формації, який, на відміну від вузького спеціаліста, орієнтований на лікування і хворого, і сім’ю в цілому. Таким спеціалістом має бути сімейний лікар.

Сімейний лікар – це універсально підготовлений спеціаліст, який має забезпечити безперервну комплексну охорону здоров’я окремих хворих, сім’ї та всього контингенту прикріплених до нього осіб, незалежно від віку, статі, виду трудової діяльності [4]. Основним завданням його роботи є проведення профілактичних заходів та надання первинної медико-соціальної допомоги всій сім’ї.

Лікарі поліклінік не вбачають діагностичний та лікувальний процеси у взаємодії із профілактичними заходами, часто не усвідомлюють, що і хвороба, і здоров’я передусім залежать від соціальних умов життя та ставлення самої людини до власного здоров’я та здоров’я оточуючих її людей.

Мета дослідження: підготовка сімейного лікаря, який має необхідний обсяг знань та навичок для надання профілактичної та лікувальної допомоги пацієнтам із стоматологічною патологією.

Результати дослідження та їх обговорення. Сімейний лікар повинен оцінити, як пацієнт сприймає проблеми, що виникли у зв’язку із захворюванням, чи бачить він загрозу своєму благополуччю, розуміє необхідність змін деяких своїх звичок чи сфери діяльності у зв’язку з тим,

що вони могли стати причиною розвитку патології. Сімейний лікар має оцінити ставлення до цих проблем членів сім’ї, не виключаючи можливість безпосереднього впливу обставин життя сім’ї в лікуванні та проведення комплексу заходів первинної чи вторинної профілактики стоматологічних захворювань [6].

Дуже важливим моментом у підготовці сімейного лікаря є рівень його компетенції з так званих “вузьких” спеціальностей.

Можливо виділити три рівні підготовки сімейних лікарів з вирішення проблем поведінки, знань та умінь з кожного розділу медицини [5].

На першому рівні підготовки сімейний лікар повинен самостійно вирішувати питання діагностики та лікування певних захворювань, враховуючи вплив різних факторів на стан здоров’я та їх перебіг, а також поєднуючи їх з правильними формами поведінки. Для вирішення цих проблем, поряд із знанням захворювань лікар має уміти грамотно зібрати анамнез, провести ретельне інструментальне та лабораторне обстеження хворого, дати вірну оцінку отриманих результатів, визначити доцільність того чи іншого методу лікування та самостійно його провести. Метою лікаря в даному випадку є постановка раннього діагнозу та проведення лікування. При такому плані лікування сімейний лікар повністю відповідає за свої дії.

На другому рівні підготовки сімейний лікар потребує допомоги конкретного спеціаліста в певній галузі медицини: консультації, спеціального обстеження, інструментального лікування. У даному випадку його роль зводиться до спостереження за хворим, контролю за проведенням лікування, призначенням загальнозміцнюючих та профілактичних засобів. У такому випадку відповідальність за ефективність лікування хворого беруть на себе обидва спеціалісти.

При третьому рівні підготовки сімейний лікар взагалі не може проводити обстеження та лікування певних хвороб у зв'язку із застосуванням складних технологій, що проводить тільки лікар-спеціаліст, присутність якого необхідна постійно на період лікування хворого. У такому випадку сімейний лікар може надати психологічну допомогу хворому та членам сім'ї, роз'яснити необхідність спеціального лікування та проводити профілактичні заходи щодо ускладнень та попередження розвитку патології.

Активно проводячи корекцію окремих сторін життя сім'ї, сімейний лікар може попередити виникнення та розвиток патології, у тому числі стоматологічної. Це дозволяє забезпечити індивідуальну первинну профілактику захворювань, сприяти на практиці формуванню здорового способу життя в сім'ї [3;4].

В наш час високого розповсюдження і збільшення інтенсивності стоматологічних захворювань, особливо зубощелепних деформацій, втрати зубів внаслідок ураження їх карієсом та його ускладненнями, аномалій розвитку зубів, необхідно особливо виділити роль сімейного лікаря у профілактиці цих захворювань.

Під профілактикою стоматологічних захворювань розуміють систему заходів з попередження виникнення та розвитку стоматологічних захворювань з метою збереження здоров'я людини.

Сьогодні є дійові засоби, які знижують рівень відхилення розвитку зубощелепної системи, попереджують втрату зубів внаслідок карієсу, його ускладнень, генералізованого пародонтиту.

Основна причина, яка є перепорою для масового використання профілактичної роботи, – це недооцінка необхідності створення єдиної системи такої допомоги, що буде надаватися людині ще до її народження і в наступні періоди її життя. На наш погляд, таку профілактичну роботу може успішно проводити сімейний лікар, який спостерігає за здоров'ям усіх членів сім'ї протягом багатьох років. У даному випадку йдеться про первинну профілактику – систему заходів, спрямованих на попередження стоматологічних захворювань шляхом ліквідації причин та умов їх виникнення, а також підвищення резистентності

організму до дії несприятливих факторів оточуючої природної, виробничої та побутової сфери.

Для успішного виконання роботи з первинної профілактики стоматологічних захворювань сімейний лікар повинен мати певні теоретичні знання з даної проблеми. Тому основною метою педагогічної діяльності Інституту стоматології є підготовка лікаря, який має необхідний обсяг знань та навичок для надання профілактичної та лікувальної допомоги хворим із стоматологічною патологією.

На сьогодні, при можливості адаптації учбової програми до підготовки спеціалістів з орієнтацією на модель сімейного лікаря, необхідно визначити об'єм знань та навичок із стоматології, якими має оволодіти сімейний лікар.

Учбовий план та програма із стоматології мають передбачати такий рівень знань, що допоможуть майбутньому сімейному лікарю у вирішенні найпростіших діагностичних, тактичних та лікувальних завдань при патології щелепно-лицьової ділянки та проведенні заходів щодо профілактики цих захворювань.

Стоматологія в сучасному баченні – це розділ клінічної медицини, який вивчає етіологію і патогенез захворювань, аномалій, деформацій та ушкоджень зубів, щелеп та інших органів ротової порожнини та щелепно-лицьової ділянки, а також займається розробкою методів їх діагностики, лікування та профілактики [2]. Отже, виходячи з визначення цього розділу медицини, перед Інститутом стоматології постають конкретні завдання стосовно підготовки сімейного лікаря.

Перш за все сімейний лікар має чітко усвідомити, що патологія зубів та щелепно-лицьової ділянки тісно пов'язана із загальними патологічними змінами в організмі і, навпаки, стоматологічні захворювання можуть викликати патологічні зміни в інших органах і системах.

Виходячи з цього положення, сімейний лікар буде проводити профілактичні та лікувальні дії з метою збереження здоров'я пацієнта. Для виконання поставлених цілей він повинен мати певний запас знань:

1. Вивчити клінічну та функціональну анатомію та фізіологію жувального апарату:

- терміни прорізування молочних та постійних зубів;
- мати поняття про прикус та види фізіологічних та патологічних прикусів;
- знати механізм жування та ковтання їжі та їх роль у виникненні аномалій зубощелепної системи;
- мати уявлення про роль зубів і язика у процесі чіткого вимовлення слів.

2. Знати етіологію, патогенез та клініку основних стоматологічних захворювань, які можуть

призвести до втрати зубів, а також знати взаємозв'язок цих захворювань із загальною патологією організму хворого.

3. Вивчити етіологію, патогенез та клініку зубощелепних деформацій.

4. Ознайомитись з принципами обстеження хворого із стоматологічною патологією в амбулаторних умовах, уміти провести огляд хворого в домашніх умовах із використанням найбільш простого і необхідного інструментарію.

5. Вивчити основи гігієнічного стоматологічного виховання населення (принципи проведення, засоби та предмети догляду за ротовою порожниною).

6. Знати основні лікувально-профілактичні заходи з попередження та розвитку стоматологічних захворювань:

- антенатальна профілактика вад розвитку щелепно-лицьової ділянки (диспансерний нагляд, гігієнічне навчання та виховання вагітних жінок);
- раціональне та збалансоване харчування, його роль у підтримці здоров'я зубощелепної ділянки;
- боротьба зі шкідливими звичками у вагітних жінок і дітей;

• боротьба із функціями порушення жування у дітей;

• навчання правильного ковтання їжі дітьми.

Сімейний лікар має проводити психологічну підготовку хворого до проведення стоматологічного втручання. Вона має велике значення для кінцевого успіху ортопедичного лікування. Основна мета лікаря – заспокоїти хворого, запобігти емоційно-стресовим реакціям, що можуть розвинути ще до початку ортопедичного втручання.

Висновки

Таким чином, сімейний лікар, маючи певний запас знань із стоматології, може проводити профілактичні заходи з метою попередження розвитку стоматологічних захворювань, роз'яснювати хворим важливість своєчасного спеціального лікування зубощелепної патології та надавати психологічну допомогу у підготовці хворого до ортопедичного втручання.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні результатів надання профілактичної та лікувальної допомоги пацієнтам із стоматологічною патологією сімейними лікарями.

Список літератури

1. *Волосовець О. П.* Нові державні стандарти вищої стоматологічної освіти та їх адаптація до європейських вимог / О. П. Волосовець, О. В. Павленко // *Дентальные технологии*. – 2005. – № 5-6 (24–25). – С. 5–7.
2. *Онищенко В. С.* Основне аспекты в проведении семинарских занятий с врачами-интернами и курсантами по ортопедической стоматологии / В. С. Онищенко, П. А. Гурин, Е. Н. Дорошенко // *Совр. стоматол.* – 2007. – № 4 (40). – С. 156–158.
3. *Опыт семейной практики в ряде зарубежных стран.* – М.: Пульс, 1992. – С. 1–12.
4. *Орлова Г. Г.* К вопросу о подготовке семейных врачей / Г. Г. Орлова // *Терапевт. арх.* – 1992. – № 1, 2. – С. 114.
5. *Шляхи удосконалення практичної підготовки лікарів у системі післядипломної освіти* / О. В. Павленко, Т. М. Волосовець, О. М. Дорошенко, М. В. Дорошенко // *Матеріали II (IX) з'їзду Асоціації стоматологів України* (1–3 груд. 2004р.). – С. 79–80
6. *Эльштейн Н. В.* Семейный врач: проблемы и реальность / Н. В. Эльштейн // *Клинич. медицина*. – 1990. – № 7. – С. 115–117.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ

Е.Н. Дорошенко, Т.Н. Волосовец, М.В. Дорошенко

Институт стоматологии НМАПО имени П. Л. Шупика, г. Киев, Украина

Цель: подготовка семейного врача для оказания профилактической и лечебной помощи пациентам со стоматологической патологией.

Материалы и методы. Рассмотрен уровень компетенции семейных врачей по так называемым “узким” специальностям, в том числе по стоматологии.

Результаты. Семейный врач, имеющий достаточный объем знаний и навыков, может проводить профилактические мероприятия по предупреждению развития стоматологических заболеваний, разъяснять больным важность своевременного лечения зубочелюстной патологии и оказывать психологическую помощь в подготовке больного к стоматологическому вмешательству.

Выводы. Реформа здравоохранения в Украине предусматривает подготовку врача качественно новой формации, ориентированного на лечение пациента и семьи в целом. Семейный врач может предупредить возникновение и развитие стоматологической патологии, что обеспечит профилактику заболеваний и будет способствовать формированию здорового образа жизни семьи.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: семейный врач, стоматология, профилактическая и лечебная помощь.

STOMATOLOGIC ASPECTS IN FAMILY DOCTORS ACTIVITY*O.M. Doroshenko, T.M. Volosovets, M.V. Doroshenko*

Institute of Dentistry National Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupik, Kyiv, Ukraine

Purpose: preparation of family doctor for rendering of preventive and medical care to patients with stomatologic pathology.

Materials and methods. Level of family doctors competence so-called them "narrow" specialities, including in stomatology have been considered.

Results. Family doctor having sufficient volume of knowledge and skills can carry out preventive actions for the prevention of stomatologic diseases explain to patients importance of timely treatment of dental disease and provide psychological assistance in preparing the patient for dental surgery.

Conclusions. Health care reform in Ukraine provides preparation of qualitatively new formation doctor who is focused on treatment of the patient and a family as a whole. Family doctor can prevent occurrence and development of stomatologic pathology that will provide diseases preventive and promote formation of family healthy life style.

KEY WORDS: **family doctor, stomatology, preventive and medical care**

Рукопис надійшов до редакції 04.02.2014

Відомості про авторів:

Дорошенко Олена Миколаївна – д.мед.н., доцент кафедри ортопедичної стоматології Інституту стоматології НМАПО імені П.Л. Шупика; тел. (044)-484-01-63

Волосовець Тетяна Миколаївна – к.мед.н., доцент кафедри стоматології, заступник директора з питань інформаційно-аналітичної роботи та міжнародних зв'язків Інституту стоматології НМАПО імені П.Л. Шупика; тел. (044)-246-88-52

Дорошенко Максим Віталійович – к.мед.н., асистент кафедри стоматології Інституту стоматології НМАПО імені П.Л. Шупика; тел. (044)-246-88-52

О.Н. ЛИТВИНОВА, Н.Я. ПАНЧИШИН, В.С. КОЛОМИЙЧУК

ПРІОРИТЕТНІ КРОКИ В РОЗВИТКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ НА НОВОМУ ЕТАПІ СТАНОВЛЕННЯ СИСТЕМИ

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

Мета: визначити пріоритетні кроки у розвитку охорони здоров'я України на новому етапі становлення системи.

Матеріали і методи. Предметом дослідження була система охорони здоров'я України. У ході дослідження застосовано методи системного підходу та системного аналізу, ретроградного та методу прогнозних моделей.

Результати. На основі ретроградного аналізу розвитку системи охорони здоров'я України наведено шляхи її оновлення та визначено пріоритетні кроки щодо змін елементів системи. Для врегулювання фінансування галузі передусім слід визначити гарантований державою рівень медичної допомоги, що задекларовано в «Основах законодавства України про охорону здоров'я».

Висновки. Вітчизняна система охорони здоров'я потребує негайного оновлення, заснованого на визначенні гарантованого державою рівня медичної допомоги та розширенні можливостей місцевого самоврядування.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: система охорони здоров'я, медична допомога, гарантований рівень медичної допомоги, фінансування охорони здоров'я, місцеве самоврядування.

Система охорони здоров'я, побудована на основі державного фінансування за принципом централізованого планування, яка працювала на теренах республік Радянського Союзу, називалась системою Семашка і досягла свого стратегічного завершення. Зміна соціально-політичних устоїв неминуче потребує зміни галузевої інфраструктури.

Система Семашка характеризувалась мережевою розгалуженістю з прицілом на тотальну забезпеченість доступом до медичної допомоги за територіальним розрахунком [2]. У післявоєнний період, коли основним завданням було недопущення епідемій та існувала гостра потреба масового запровадження елементарних санітарно-гігієнічних заходів, а можливості мобільності населення були досить обмежені, це було абсолютно виправдано. Доступ до медичної допомоги забезпечувався не можливістю приходу пацієнта до лікаря, а навпаки – лікар був максимально наближений до пацієнта. Цей підхід був оптимальний для даного часу і умов. Водночас мережева структура завжди характеризується громіздкістю, постійним прагненням до розширення, а відповідно, і зростанням затратності.

Отримавши таку структуру у спадок, ми певний час намагались утримувати її, вишукуючи для цього кошти. Фармація – одна з найперших галузей, яка перейшла на ринкові відносини. На початку дев'яностих років ХХ століття рентабельність фармвиробництва сягала сотні відсотків. Всілякі спроби з боку держави обме-

жити цей процес призводили до винайдення все складніших економічних механізмів обходу цих обмежень з боку фармації, придумувались все віртуозніші обладнання, як уникнути обмеження утримування цін на медикаменти. Зайшовши у безвихідь у вирішенні можливостей забезпечення населення ліками, держава просто самоусунулась від вирішення даного питання, перекинувши цей тягар на плечі самих пацієнтів.

Щодо іншого сектору складової надання медичної допомоги – обладнання ситуація виглядала ще проблематичніше. Складність полягала у тому, що почалась епоха техногенного насичення системи. На медичний ринок виходить високотехнічне обладнання, і вартість його стала незрівнянно вищою за вартість попередніх приладів та апаратів [4]. Через необхідність великих разових інвестицій (вартість сучасного обладнання сягає від сотень до десятків сотень тисяч доларів) перекинути їх на пацієнтів неможливо. Альтернатива розподілу коштів у системі схилилась від лікаря до апаратури. Це швидко призвело до того, що лікар в Україні став отримувати заробітну плату, яка в соціальній шкалі розмістилась передостанньою. Зрозуміло, що невичерпний попит на медичну допомогу спричинив запуск процесу тіншових платежів. Як наслідок, ми отримали гігантське падіння моралі у найгуманнішій сфері діяльності людини. Також дана ситуація призвела до масових відмов пацієнтів від медичної допомоги через недостатню платоспроможність.

Поява реформи охорони здоров'я у 2011 році була вимушеним і вчасним заходом. Стало очевидним, що бюджет держави не в змозі утримати таку гігантську мережу закладів і таку чисельну армію медичних працівників навіть на мінімальному рівні. Система віджила своє і помирала від фізіологічної старості, реанімувати її не було жодних шансів. На жаль, запропоновані методи її лікування призвели до ще більшого погіршення стану. Акцентуємо увагу не на тому, щоб зберегти стару існуючу систему, а на адекватному її «лікуванні». Ліквідація одних елементів системи і впровадження в її структуру нових, функціонально не пов'язаних з нею, елементів спричиняє їх, якщо не відторгнення, то параліч функцій. Реформа запропонувала «латати старі міхи новими латками».

Мета роботи: показати пріоритетні кроки в розвитку охорони здоров'я України на новому етапі становлення системи.

Матеріали і методи. Предметом даного дослідження була система охорони здоров'я України. В основу дослідження покладено методи системного підходу та системного аналізу, ретроградного та методу прогнозних моделей.

Результати дослідження та їх обговорення. У суспільстві неможливо використати метод повної заміни несправного елемента. Ми не можемо водночас викинути існуючу систему охорони здоров'я і з N числа N-го місяця N-го року замінити її абсолютно новою – страховою чи європейською чи канадською чи якою іншою. Слід виходити з того, що ми маємо поступово перероджувати стару систему у нову, яка органічно увіллється у наше існуюче суспільство з його реально існуючою законодавчою та фінансовою базою.

Починати оновлення системи слід із багатовекторного підходу. Неможливо внести зміни у систему охорони здоров'я виключно силами однієї системи охорони здоров'я, тобто силами Міністерства охорони здоров'я. Слід виходити, передусім, з того, що наша т.з. система охорони здоров'я складається із окремих підсистем: перша – це система медичної допомоги, друга – це безпосередньо система охорони здоров'я, яку теж слід поділити на систему охорони здоров'я окремого індивіда і систему охорони здоров'я соціуму [2]. Остання поділяється на систему охорони довкілля, систему охорони умов праці і систему здорового способу життя. Як бачимо, від Міністерства охорони здоров'я до певної міри може залежати лише система надання медичної допомоги і частково реабілітації.

Переходячи до аналізу фінансування охорони здоров'я, зразу застерігаємо від стереотипного поняття хронічного браку коштів. Механізм фінансового комфорту полягає не у тому, щоб було багато коштів, а у тому, щоб їх вистачало.

Така позиція досягається трьома шляхами: 1) знайти кошти, які потрібні для досягнення мети; 2) відкоректувати мету відповідно до наявних коштів; 3) раціоналізувати кошти і мету до рівня досягнення рівноваги. Перший шлях у системі охорони здоров'я вже давно вичерпався. Другий шлях (був покладений в основу недавньої реформи) призведе до масової недоступності для населення медичної допомоги. Залишається третій шлях – це шлях раціоналізації. Цей шлях також пролягатиме у кількох напрямках: раціоналізація матеріально-технічної бази, раціоналізація кадрових ресурсів і раціоналізація фінансування.

Перше, з чого слід почати, так це з розуміння, що не можна досягнути неосяжне. Сьогодні світова медицина має необмежені можливості надання медичної допомоги, починаючи від неймовірних трансплантацій і закінчуючи генною інженерією та нанотехнологіями. Чи можемо ми сьогодні вводити народ України в оману, обіцяючи надання йому допомоги на рівні світових стандартів, – питання риторичне. Таким чином, перше, з чим слід визначитися об'єктивно і остаточно, – це з гарантованим рівнем надання медичної допомоги населенню. Слід визначити той гарантований державою обсяг медичної допомоги, який беззастережно і обов'язково буде наданий, в разі потреби, будь-якому громадянину України на безоплатній для нього основі [4]. У даному питанні слід залишити можливість органам місцевого самоврядування самостійно розширювати даний гарантований рівень до меж можливого фінансового забезпечення. Ті види медичної допомоги, які залишаться поза межами гарантованого державою рівня, можна пропонувати на базі добровільного медичного страхування, приватного сектора тощо. Такий підхід деякою мірою вирішить проблеми соціальної справедливості у суспільстві, вирішить проблеми фінансових можливостей, стане стимулом для збереження свого здоров'я, а також зніме напругу у суспільстві через прозорість і об'єктивізацію системи [5].

Другий напрямок оновлення полягає в тому, щоб надати якнайширші можливості територіальним громадам самостійно вирішувати шляхи медичного забезпечення своїх громадян. Питання, чи на території даного населеного пункту має бути лише ФАП, чи лікарська амбулаторія, чи багатопрофільна лікарня, як і питання кадрового складу медичного персоналу – кількість лікарів (в т.ч. вузьких фахівців), медсестер, бригад швидкої допомоги тощо понад гарантований державою рівень, територіальні громади мають мати можливість вирішувати самостійно в межах своїх фінансових можливостей.

Щодо раціонального використання ресурсів, то тут існує широке коло проблем. Старі норми

використання ресурсів часто суперечать галузевим інтересам. Факти простою дороговартісного обладнання через обмежений графік роботи фахівців – сьогодні масове явище. Багатотисячні комп'ютерні томографи працюють по 4 години, апарати УЗД – по 6 годин, лабораторії приймають аналізи кілька годин і лише зранку і т.д. і т.п. У раціональному режимі використання ресурсів обладнання має працювати на повну потужність – тоді якість перейде в кількість. При такому підході вигідніше буде закупити одне дороговартісне з широкими можливостями обладнання і оплатити працю п'яти лікарів, які забезпечать його майже цілодобове функціонування, аніж утримувати у 10 лікарнях 10 таких апаратів, які працюватимуть по чотири години, бо за нормами на ньому може працювати лише один лікар. Організація доступу пацієнтів до такого обладнання – це питання маркетингу, яке вирішується елементарно. Враховуючи, що переважаюча питома частка обладнання – це діагностичне обладнання, доцільно його концентрувати у діагностичних центрах, як і лабораторну базу з максимальним часом функціонування. Такий підхід дозволить виключити дубляж обстежень хворих на рівні поліклініка – стаціонар, а відповідно, і зекономить кошти.

Щодо раціоналізації діяльності стаціонарів, то провідною метою має бути максимальне лікування хворого, який перебуває у стаціонарі. Сьогоднішня ситуація показує, що пересічний хворий, знаходячись на стаціонарному лікуванні, фактичним, реальним лікуванням (медичними процедурами тощо) зайнятий 2–3 години, а решта часу він просто перебуває в лікарні – назвати це раціональним використанням коштів вкрай важко. У перспективі стаціонари повинні наблизитись до операційних блоків та палат інтенсивної терапії. Решту заходів – діагностика, спостереження, лікування та реабілітація – сьогодні цілком можливо проводити на рівні амбулаторної допомоги.

Багато нарікань сьогодні на практику сімейної медицини. Причому в однаковій мірі і від лікарів, і від пацієнтів. Організатори охорони здоров'я вживають усіх можливих заходів, щоб хворий проходив виключно через первинну ланку – сімейного лікаря. Пацієнт, в свою чергу, додає усіх зусиль для того, щоб його оминати і потрапити на прийом до «вузького» фахівця. Лікарі докладають усіх зусиль, щоб уникнути розподілу на роботу сімейним лікарем і якомога швидше стати цим самим «вузьким» фахівцем. В економіці відомий закон попиту і пропозиції, який діє незалежно від форми влади, оскільки не приймається і не припиняється ніяким урядом і ніяким президентом. Так і в медицині. Якщо є виражений попит з боку пацієнтів на вузьких фахівців (а це зумовлено рядом причин, про які

скажемо нижче), то ніякі силові рішення цей попит не зупинять. Якщо такого попиту на сімейного лікаря немає, то ніякі силові рішення цей попит не забезпечать.

Ми живемо у суспільно-економічній формації, яка називається інформаційне суспільство [1]. Робити акцент на тому, що хворий з приводу будь-якого дискомфорту сьогодні зразу побіжить до лікаря, м'яко кажучи, наївно. Інтернет сьогодні поширений на всій території України. Думка, що сільські жителі – бідні, нещасні, відсталі і напівграмотні, є не що інше, як стереотип. Насправді не слід закривати очі на те, що значна частка нашого населення, а це переважно жителі саме сільських територій, сьогодні працюють за кордоном – у Росії, Об'єднаних Еміратах, Турції, Греції, Польщі, Іспанії, Португалії, Італії, Великобританії, а отже спілкування по Скайпу стало нормою. У соціальних мережах цілоденно просиджують бабусі, які знайшли для себе комфортне соціальне середовище. Не слід скидати з рахунків медичну рекламу, як в засобах масової інформації так і в Інтернет-просторі, де можна отримати безоплатну консультацію з приводу будь-якої хвороби. Причому ця реклама доволі агресивна і нав'язлива. Тому основна маса сьогоднішніх пацієнтів звертається до лікаря уже інформаційно підготовленою, тому й попит на вузького фахівця, а не на сімейного лікаря.

Перегляд функцій лікаря загальної практики – це один із напрямків оновлення системи. Інформаційний контакт з хворими повинен бути пріоритетним питанням, електронна база карти здоров'я вже давно мала б бути вирішеним питанням. Телемедицина, міжнародні інформаційні асоціації, Інтернет-громада лікарів України тощо – це ті питання, які відстають в системі охорони здоров'я дуже відчутно. А те, що «святе місце пустим не буває», призвело до того, що інформаційний простір здоров'я зайнятий рекламою медичних препаратів та сумнівних методів лікування усіх хвороб.

Щодо вирішення кадрових питань слід визначитися із питаннями чисельного складу, якісного складу і заробітної плати. Чисельний склад буде обумовлений, передусім, визначеним гарантованим рівнем медичної допомоги. Для забезпечення цього ешелону кадрів доцільно відібрати найбільш кваліфікованих і успішно практикуючих фахівців [6]. Решта повинна мати змогу безперешкодно і просто відкрити приватну підприємницьку діяльність. Питання оцінки кваліфікації лікарів повинні вирішуватися виключно профільними асоціаціями за розробленими ними ж критеріями. Не може кваліфікацію педіатра визначати, наприклад, лікар-невропатолог, бо він очолює атестаційну комісію. У функції асоціації фахівців також входить питання виборів голови

асоціації, атестаційної комісії, питання протоколів лікування, розробка нормативної бази даної галузі тощо. Положення про Асоціації повинні вибудовуватись на антимонопольній основі, щоб запобігти ситуації, коли голова асоціації є позитивним вибором, бо він головний спеціаліст управлінської структури чи інше. Критерії атестації повинні вибудовуватись на пріоритетах фахових досягнень, а не стажу чи кількості друкваних статей або міфічно проведених лекцій.

Питання заробітної плати лікарів також можна вирішувати багатовекторним шляхом. Мінімальна зарплата лікаря повинна визначатись можливостями держави, бажано за методикою собівартості. Інша частина заробітної плати може бути визначена самими хворими у вигляді вдячних внесків. Але не слід потурати методам тінювих подачок лікарю, які принижують лікаря, ставлять в незручне становище пацієнта та їх обох – поза законом. Якщо легалізувати питання подяки лікарю, і ці кошти пацієнт матиме можливість офіційно адресувати конкретному лікарю через касу закладу після закінчення лікування, то багато етичних питань знімається, об'єктивізується рівень лікаря, появляється вагома мотивація останнього до покращення результатів своєї діяльності. Пацієнт має право вибору: віддячувати чи ні, він має право вибору суми (за можливостями і бажаннями), він не боїться, не ховається, не принижується і не знаходиться у двозначній ситуації: давати чи не давати, як давати, скільки давати, кому давати тощо. Заклад має можливість бачити реальний рейтинг якості роботи того чи іншого лікаря. Постає питання

лише легалізації зібраних коштів. Якщо ці кошти оподатковуватимуться за чинним законодавством, тоді ця система не буде працювати, тому що пацієнти багато дадуть, а лікар мало отримає, і тому обидві сторони залишаться при своїх інтересах, і нічого не зміниться.

Раціоналізація питання медикаментозного забезпечення вирішується двома шляхами – штучне обмеження використання – реалізація всіх медикаментозних засобів виключно через рецепти лікаря, а другий шлях – це контроль доцільності цін. Оптимальною моделлю було б запровадити систему собівартісного відпуску ліків, принаймні вітчизняного виробництва. Сьогоднішня вакханалія з цінами на медикаменти не має ніяких виправдань, окрім отримання надприбутків. Якби йшлося про якісь прикраси чи сумочки – немає мови, але медикаменти призначаються хворим людям, і робити на цьому бізнес – це просто злочинно. Фармбізнес – це найприбутковіший бізнес, тому реформи в ньому є надзвичайно складними, а часом і небезпечними, але вирішити питання життєво необхідних засобів у межах однієї країни цілком реально, і свідченням цього є ряд країн.

Висновки

Сьогодні система охорони здоров'я потребує негайного оновлення, вибудованого на терміновому визначенні гарантованого державою рівня медичної допомоги та розширенні можливостей місцевого самоврядування.

Перспективи подальших досліджень передбачають покрокову розробку оновлення системи охорони здоров'я.

Список літератури

1. Лавлок Кристофер Маркетинг услуг: персонал, технология, стратегия : пер. с англ. / Кристофер Лавлок. – 4-е изд. – М. : ИД «Вильямс», 2005. – 1008 с.
2. Леоненко П. М. Історія економічних учень : підр. / П. М. Леоненко, П. І. Юхименко. – 2-ге вид., перероб. і доп. – К. : Знання, 2008. – 639 с.
3. Литвинова О. Н. Основи економічної теорії : підр. вищої школи / О. Н. Литвинова, В. С. Коломийчук. – Л. : Тріада плюс, 2004. – 340 с.
4. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII // ВВР. – 1993. – № 4. – С. 19.
5. Основи соціального менеджменту / Теоретичні положення та прикладні механізми /. – Тернопіль : ТзОВ «Тернограф», 2007. – 1024 с.
6. Панчишин С. М. Макроекономіка : навч. посібн. / С. М. Панчишин. – 3-тє вид., стереотипне. – К. : Либідь, 2005. – 616 с.

ПРИОРИТЕТНЫЕ ШАГИ В РАЗВИТИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ НА НОВОМ ЭТАПЕ СТАНОВЛЕНИЯ СИСТЕМЫ

О.Н. Литвинова, Н.Я. Панчишин, В.С. Коломийчук

ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины»

Цель: определить приоритетные шаги в развитии здравоохранения Украины на новом этапе становления системы.

Материалы и методы. Предметом исследования была система здравоохранения Украины. В ходе исследования применялись методы системного подхода и системного анализа, ретроградного и метода прогнозных моделей.

Результаты. На основе ретроградного анализа развития системы здравоохранения Украины приведены пути ее обновления и определены приоритетные шаги по изменению элементов системы. Для урегулирования финансирования отрасли в первую очередь следует определить гарантированный государством уровень медицинской помощи, что задекларировано в «Основах законодательства Украины о здравоохранении».

Выводы. Отечественная система здравоохранения требует немедленного обновления, основанного на определении гарантированного государством уровня медицинской помощи и расширении возможностей местного самоуправления.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: система здравоохранения, медицинская помощь, гарантированный уровень медицинской помощи, финансирование здравоохранения, местное самоуправление.

PRIORITY STEPS IN HEALTH CARE DEVELOPMENT OF UKRAINE AT NEW STAGE OF SYSTEM FORMATION

O.N. Lytvynova, N.Ya. Panchyshyn, V.S. Kolomyichuk

SHEI "Ternopil State Medical University named after I.Ya. Horbachevsky Ministry of Health of Ukraine"

Purpose: to define priority steps in development of health care of Ukraine at new stage of system formation.

Materials and methods. Health care system of Ukraine was an object of research. During research, methods of system approach and system analysis, retrograde and method of predictive models are applied.

Results. Based on retrograde analysis of Ukraine's health care system, development ways of its updating are resulted and priority steps on changes of system elements are defined. For regulate of branch financing first of all it is necessary to define the state-guaranteed level of health care, which declared in "Basic Law of health care of Ukraine".

Conclusions. National health care system needs immediate updating based on definition of state-guaranteed level of health care and expansion of local government possibilities.

KEY WORDS: health care system, medical aid, guaranteed level of medical aid, health care financing, local government.

Рукопис надійшов до редакції 27.01.2014 р.

Відомості про авторів:

Литвинова Ольга Несторівна – к.мед.н., доцент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»; тел. (0352)52-72-33.

Панчишин Наталія Ярославівна – к.мед.н., доцент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»; тел. (0352)52-72-33.

Коломийчук Василь Степанович – д.екон.н., професор кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»; тел. (0352)52-72-33.

Журнал належить до Переліку наукових видань, в яких можуть публікуватися основні результати дисертаційних робіт (розділ "Медичні науки") ДАК 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.

Правила подання матеріалу для опублікування:

Матеріал має супроводжуватись **офіційним направленням від установи**, в якій він був виконаний, з візою керівництва (наукового керівника), завіреною круглою печаткою установи, **експертним висновком** (внутрішньою рецензією установи) та **гарантійним листом про оплату із розрахунку 140 у.о. за один авторський аркуш (40 000 знаків)**, оплата за публікацію 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)**, посада, науковий ступінь, поштова та електронна адреси, номери телефонів (службовий, мобільний).

Авторський текстовий оригінал має складатися з трьох примірників **українською мовою** та одного **англійською 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**. Текст реферату **усіма мовами** повинен обов'язково містити назву статті, авторів, установу, мету, матеріали і методи, результати, висновки, ключові слова; обсяг реферату становить **не більше 175 слів** (включно з прізвищем автора та назвою статті і установи, у якій працює автор).

Статті набираються на комп'ютері, зберігаються у форматі rtf і подаються у роздрукованому вигляді та на електронному носії/електронною поштою (**s.nauka@ukr.net**).

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. Автори згадуються за абеткою – спочатку праці вітчизняних авторів, а також іноземних, опубліковані російською чи українською мовою, далі іноземних авторів, а також вітчизняних, опубліковані іноземною мовою. Всі джерела повинні бути пронумеровані та мати не більше ніж 5-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 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”.

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) мають бути в чорно-білій гаммі, будуються в тих самих програмах, що і текстовий файл, та подаються разом із текстовим файлом. 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 усіх 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 створюються 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 Х перегляду, лікарські засоби – за Державною Фармакопеею (Х, ХІ). Назви фірм і апаратів слід наводити в оригінальній транскрипції. Скорочення у тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Аббревіатура розшифровується після першого згадування і далі по тексту залишається незмінною.

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 матеріалів може бути без пояснення причини і не вважатиметься негативним висновком стосовно наукової та практичної значущості роботи.

Придбати журнал Ви зможете за передплатою та вроздріб. Вартість передплати за один номер для юридичних та фізичних осіб становить 77,80 грн. 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
Вчений секретар ВАК України

*В.В. Скопенко
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 к.держ.упр.

С.О. Линник

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.**

Директор Українського
інституту стратегічних досліджень МОЗ України, к. держ. упр.

С.О. Линник

Редактор: О. В. Шумило
Художнє оформлення: І. В. Бутенко
Технічний редактор: С. Т. Демчишин
Комп'ютерна верстка: О. І. Пухальська
Перекладач: Н. Т. Кучеренко

Підп. до друку 28.02.2014. Формат 60x84/8. Папір офсет.
Друк офсет. Ум. друк. арк 10,23. Обл.-вид. арк. 9,47. Наклад 600. Зам. № 111