

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

4 (58) / 2013

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 – 2013
Тернопіль – 2013

Свідоцтво про державну реєстрацію серія KB № 374 від 23.03.99
Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2013 № 4(58)
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)

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 №14 від 13.12.2013)

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 KB №12202-1086P 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

Голяченко О.М., Шульгай А.Г., Панчишин Н.Я., Романюк Л.М., Смірнова В.Л., Теренда Н.О., Федчишин Н.Є., Петрашик Ю.М., Литвинова О.Н. Нормативи потреби населення в ліжках 5

Качур О.Ю. Основні показники діяльності рентгенологічної служби системи охорони здоров'я України 9

Шатило В.Й. Менеджмент організації управління сестринськими службами первинної медико-санітарної допомоги та на вторинному рівні медичної допомоги 13

Слабкий Г.О., Збітнєва С.В. Рівень задоволеності потреби населення України у трансплантації рогової оболонки 21

Чепурнова Н.В. Міжсекторальні підходи до реалізації репродуктивного права дискордантних пар в Україні 24

Управління охороною здоров'я

Цвень П.В. Досвід інтегрованого управління якістю в санаторії «Авангард» 28

Здоров'я населення: тенденції та прогнози

Горачук В.В. Очікувані потреби дитячого населення у медичній допомозі у 2013-2015 роках (на прикладі Чернігівської області) 31

Бойко В.Я. Аналіз звернень населення Рівненської області за амбулаторно-поліклінічною медичною допомогою 36

Мостовий Р.Я., Бліхар В.Є., Дзюбановський І.Я. Сучасний епідеміологічний стан проблеми хронічних дифузних захворювань печінки у Тернопільській області 44

Федчишин Н.Є. Аналіз лікарняної летальності від гострого інфаркту міокарда (за даними Тернопільської університетської лікарні) 48

Яворський М.І. Аналіз захворюваності на ГРВІ та грип населення Івано-Франківської області за 2008–2012 роки 52

Економіка охорони здоров'я

Андрієвський І.Ю. Що таке індукований лікарем попит і його вплив на ринок медичних послуг 57

Литвинова О.Н., Панчишин Н.Я., Коломийчук В.С. Товарна організація виробництва в ракурсі сучасної системи охорони здоров'я 64

Organization of medical care

Golyachenko O.M., Shulgay A.H., Panchyshyn N.Y., Romaniuk L.M., Smirnova V.L., Terenda N.O., Fedchyshyn N.Y. Norms of the population's hospital bed requirement

Kachur O.Yu. Principal indices of roentgenologic service activity in health care system of Ukraine

Shatilo V.J. Management of organization of nurse services on primary health care and nurse medicare at second level

Slabkyi G.O., Zbitnyeva S.V. Demand And Provision Of Adult Population In Ukraine With Cornea Transplantation

Chepurnova N.V. Intersectoral approaches to realization of the discordant couples reproductive right in Ukraine

Health care management

Cven' P.V. The experience of the integrated quality management in sanatorium "Avangard"

Health of the population: tendencies and forecasts

Horachuk V.V. Expected requirements of child's population in health care in 2013-2015 (on the example Chernihiv region)

Boyko V.Ya. Analysis of references of the Rivne region population for outpatient medical care

Mostovy R.Ya., Blichar V.Ye., Dzyubanovsky I.Ya. Modern epidemiological conditions of problem chronic diffuse liver diseases in Ternopil region

Fedchyshyn N.Ye. Analysis of hospital lethality from acute myocardial infarction (according to the data of the Ternopil University Hospital)

Jaworskiy M.I. Analysis of the incidence of acute respiratory viral infections (ARVI) and influenza of population in Ivano-Frankivsk region in 2008-2012 years

Health care economy

Andriyevskiy I.Yu. What is a demand induced by doctor and its impact on the market of medical services

Lytynova O.N., Panchyshyn N.Ya., Kolomijchuk V.S. Commodity production organization from the perspective modern health care system

Здоров'я і суспільство

Папінко І.Я. Метеопатологія як медико-соціальна проблема

Інформатизація охорони здоров'я

Кривенко Є.М. Інформатизація охорони здоров'я як складова управління галуззю

Наука – практиці охорони здоров'я

Клименюк В.П. Геоestatистичний аналіз впливу медико-соціального середовища на географічний розподіл ризиків інвалідизації внаслідок серцево-судинних захворювань на території Житомирської області

Медичні норми

Шишацька Н.Ф. Права пацієнтів у документах міжнародних організацій

Андрейко М.Ф. Межі застосування принципу конфіденційності при наданні психіатричної допомоги

Підготовка медичних кадрів

Гуцол Л.П., Гойда Н.Г. Викладання гомеопатії: точка зору студентів медичних університетів

Рецензії

Ганіткевич Я.В. Рецензія на книгу «Медицина в Україні. Біобібліографічний словник. Вип.2. Друга половина XIX – початок XX століття. Літери Л-С»

Конференції

Науково-практична конференція «Медико-соціальні питання у реформуванні сфери охорони здоров'я» присвячена пам'яті професора В.М. Пономаренка

Health and society

66 *Papinko I.Ja.* Meteopathology as medical and social problem

Informatics health care

71 *Kryvenko Ye.N.* Informatization of health care as part of the sector management

The science for health care practice

77 *Klymenyuk V.P.* geostatistical analysis of influence of medical and social environment on geographical distribution of disability risks from cardiovascular diseases on the territory of Zhytomyr region

Medical standards

84 *Shishatska N.F.* Patients' rights in the documents of international organizations

87 *Andreiko M.F.* Application limits of confidentiality principle at providing of psychiatric care

Medical personnel training

90 *Hutsol L.P., Goyda N.G.* Teaching homoeopathy: the medical universities students' point of view

Review

95 *Hanitkevych Ya.V.* Book review of "Medicine in Ukraine. Biobibliographic Dictionary. Issue 2. The second half of XIX – early XX century. Letters L-S"

Conferences

98 "Scientific-practical conference "Medical and social problems in health care reforming" devoted to memory of Professor V.M. Ponomarenko"

*O.M. GOLYACHENKO, A.H. SHULGAY, N.Y. PANCHYSHYN, L.M. ROMANIUK ,
V.L. SMIRNOVA, N.O. TERENDA, N.Y. FEDCHYSHYN, Y.M. PETRASHYK,
O.N. LYTVYNOVA (Ternopil)*

NORMS OF THE POPULATION'S HOSPITAL BED REQUIREMENT

I.Y. Horbachevsky Ternopil State Medical University of the Ministry of Public Health of Ukraine

Regular norms of provide hospital beds in Ukraine in 1.5-2 times exceed the foreign. Authors propose essentially new approach to reorganisation of hospital care by principle of treatment intensity. This will inevitably lead to qualitatively new changes on demand for beds and staff.

KEY WORDS: norm, hospital bed, treatment intensity.

According to the Decree No 640 of the Cabinet of Ministers of Ukraine "On setting the norms for in-patient care requirements per 10,000 people" of 28.06.1997, the norm was set to 80 hospital beds with regional differentiation [2]. The employees of the Ukrainian Institute of Public Health conducted a further large-scale research, setting the population's bed fund requirement to 83,8 beds per 10,000 people. This norm is differentiated for children and adults within specific categories and diseases. Norms of the population's out-patient care requirement in Ukraine have not yet been developed.

The problems of setting the norms for medical care have now been extended to the scale of its standardization. A norm is a legislation that is developed based on the majority of the concerned parties' consent and absence of objections regarding its principle issues, enacted or ratified by the authorized body of power.

The Ministry of Public Health of Ukraine issued 2 orders – No 172 of 24.06.1990 and No 33 of 23.02.2000 "On staff requirement and typical staff of the health care institutions" (with amendments) [3]. Both Orders are little different from the soviet ones [1].

Purpose of the research: developing modern norms of the population's hospital bed requirement.

Data and methods:

Since 1983, the Department of Social Medicine and Organization of Health Care of the State Institution of Higher Education I. Y. Horbachevsky Ternopil State Medical University of the Ministry of Public Health of Ukraine has been conducting dynamic observation of the state of health of the inhabitants of the region totaling 9,872 people. Data shows that between 1981–1983 and 2003–2005, the population's general morbidity increased by 72,7%, or by approximately 2–3% per year. In the year 2012, general morbidity, or prevalence of diseases, made 1820,9 per 1,000 people.

This increase in morbidity will cause expansion of the out-patient and in-patient medical care requirements. The increased volume and modernization of medical services has the same effect. Yet opposite effect can be achieved by the development of medical science due to the increased treatment intensity.

Every case of hospitalization was taken for expert estimation to establish its necessity and time of treatment.

The expert estimation is carried out by heads of departments, doctors of the first and highest categories.

We used the classic formula to calculate the hospital beds requirement:

$$B=M \cdot H \cdot D / O$$

where B is hospital beds requirement;

M is morbidity of the population;

H is percentage of people selected for hospitalization;

D is average duration of treatment;

O is number of days of bed occupancy per year (340 days, maternity – 300 days, infectious – 280 days).

Introduction of family medicine and the improvement of in-patient bed use opened new possibilities for optimization of the system of health care. The essence of this improvement consists in organizing the most complex and money-consuming link of medical care – in-patient care – based on the principle of treatment intensity rather than the professional principle. In the conditions of reduction of bed fund, the professional principle is a substantial obstacle on the way to optimization of in-patient care. For instance, according to the staff list, the smallest department must have 20 beds, proper staff and funding, whereas it's needs are 13 or 8, etc.

Organization of in-patient care based on the principle of treatment intensity is a new and difficult

goal that requires a comprehensive scientific substantiation, foresees fundamental reformation of the whole in-patient process and requires unconventional decisions and strong administrative will of the organizers of health care.

Results of the research and discussion of results: as shown in Table 1, patients presently hospitalized in the secondary-level health care institutions can be classified into three groups based on the acuteness of pathological process: the first and biggest group will include patients with acute course of disease (52,1%), the second – chronic patients in the acute phase of disease (39,0%), and the third – chronic patients (8,9%).

This division has specific features for separate diseases. Acute forms of, say, infectious diseases make 82,7%, diseases of respiratory organs – 83,5%, and diseases of the system of blood circulation – only 16,2%.

The acute phase prevailed in patients hospitalized with diseases of the nervous system (84,8%), digestion organs (60%), musculoskeletal system (77,4%), etc.

As for the structure of different forms of diseases, the majority of acute forms were diseases of respiratory organs (53,8%), infectious diseases (11,7%) and traumas (10,7%); chronic diseases in their acute phase – diseases of the blood circulation system (25,1%), digestion (15,3%) and respiratory organs (12,4%); chronic diseases – diseases of the skin and adipose tissue (28,6%), system of blood circulation (22,2%) and digestion organs (15,9%).

If all the hospitalized at the secondary level are distributed based on type or intensity of treatment,

5,9% of them need intensive care, 5,6% must be transferred to Recovery Departments; 57,5% (majority) can be treated in Departments of Planned Care and Acute Condition not Requiring Intensive Care; one fifth of the hospitalized (22,3%) need social and medical rehabilitation, and almost every tenth patient (8,7%) can be treated in Out-Patient Care Facilities and at home (Table 2).

Types of medical care in departments with different treatment intensity are shown in Table 3. In the Intensive Care Departments, mainly specialists in resuscitation, cardiology, traumatology and surgery (their share in the total volume of care is 75,9%) are needed. In the Departments of Planned Care the spectrum of care is considerably wider, but the majority of specialists are those in pulmonology, neuropathology, surgery, cardiology and traumatology (51,5% in total). The Departments of Social and Medical Rehabilitation need specialists mainly in traumatology (orthopedics), neuropathology, dermatology, cardiology and pulmonology (74,6% in total).

Restructuring of in-patient care based on the principle of treatment intensity brings about radical changes in bed and staff requirements. The requirements decrease, and the organization efficiency increases substantially.

Thus, the number of beds at the secondary level organized on the intensity principle makes 27,35 per 10,000 people. In this respect, the problem of organization of in-patient care arises. The reform taking place in health care requires concentration of different types of departments in hospitals. We are offering a fundamentally different approach

Table 1. Distribution of the Hospitalized by Acuteness of Disease Course

Diseases	Acute		Chronic Acute		Chronic	
	per 1,000 people	%	per 1,000 people	%	per 1,000 people	%
Infectious and parasitogenic	4,3	11,7	0,2	0,7		
Neoplasms	–		0,3	1,1	0,2	3,2
Endocrine system	0,4	1,1	0,6	2,2	0,4	6,3
Nervous system	0,3	0,9	2,8	10,3	0,2	3,2
Organs of vision	0,2	0,6	0,2	0,7	–	–
Ear and mastoid process	0,3	0,9	0,4	1,5	–	–
Systems of blood circulation	1,6	4,4	6,9	25,1	1,4	22,2
Breathing organs	19,7	53,8	3,4	12,4	0,5	7,9
Digestion organs	1,8	4,9	4,2	15,3	1	15,9
Urinary organs	1,4	3,8	2	7,3	0,2	3,2
Female sex organs	0,6	1,6	1	3,6	0,3	4,8
Skin and adipose tissue	1,6	4,4	2,6	9,5	1,8	28,6
Musculoskeletal system	0,5	1,4	2,4	8,8	0,2	3,2
Traumas	3,9	10,7	–	–	–	–
Other	–	–	0,4	1,5	0,1	1,5
Total	36,6	100,2	27,4	100	6,3	100

Table 2. Distribution of the Hospitalized by Departments Based on Treatment Type

Index	Intensive Care Department	Transfer from Intensive Care Department to Recovery Department	Department of Planned Care and Acute Condition Not Requiring Intensive Care	Department of Social and Medical Rehabilitation	Out-Patient Care Facilities and Home Care
Distribution of Patients, %	5,9	5,6	57,5	22,3	8,7
Average number of health care professionals per patient	2,9	2,2	1,4	1,2	1,1
Acceptable term of treatment, days	2,8	13	12,3	20,9	7,8
Average number of beds per 1 position of doctor	1,1	5	19	38	20
Necessary number of beds for the care of 10,000 patients	0,34	1,51	14,5	9,6	1,4

Table 3. Types of Medical Care in Departments with Different Treatment Intensity, %

Specialization	Intensive Care Department	Department for Post-Intensive Care Recovery	Department of Planned Care and Acute Condition Not Requiring Intensive Care	Department of Social and Medical Rehabilitation
Cardiology	19	23,8	8,4	8,8
Gastroenterology	—	—	4,3	2,9
Pulmonology	1,7	2,3	13,5	8,4
Endocrinology	1,8	2,4	2,6	4,8
Haematology	—	—	1,7	—
Psychotherapy	—	4,8	4,6	4,4
Infectious Diseases	—	—	6,9	—
Surgery	13,8	19	10,1	5,9
Traumatology	15,5	19	8,1	25
Neurosurgery	3,4	2,3	0,3	1,5
Urology	—	—	4,3	—
Obstetrics and Gynaecology	5,2	2,4	5,5	2,9
Neuropathology	6,9	9,5	11,5	22,1
Otolaryngology	1,9	4,8	6,3	1,6
Ophthalmology	3,2	4,7	5,5	1,4
Dermatology	—	—	6,1	10,3
Resuscitation	27,6	5	0,3	—
Total	100	100	100	100

which consists in treatment intensity. But this causes a new problem – special training of doctors capable of providing care in the Departments of Intensive Care, Planned Care, Social and Medical Rehabilitation, etc. That is, doctors working in these departments must also have extensive training within the specialization of their departments. This, however, needs radical changes of the whole training process, that is why the question remains open.

And the second problem is complete reformation of the staff of doctors who would provide care to patients in different departments. The existing staffing norms are not suited for this purpose.

Research prospects: consist in practical implementation of these ideas and their influence on the final norms of in-patient care.

Список літератури

1. *Голяченко О.М.* Реформа охорони здоров'я в Україні: як вийти з кризи / О.М. Голяченко. – К., ВСВ «Медицина», 2010. – 80 с.
2. *Постанова* Кабінету міністрів України «Про затвердження нормативів потреб у стаціонарній медичній допомозі в розрахунку на 10 тис. населення» від 28.06.1997 р. № 640; [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/KP970640.html
3. *Наказ* МОЗ України - № 172 від 24.06.1990 року і № 33 від 23.02.2000 року «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я» (зі змінами) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20000223_33n.html

References

1. *Golyachenko O.M.* Health Reform in Ukraine: how to get out of the crisis / O. Golyachenko. – K. VSV "Medicine", 2010. – 80 p.
2. *Order No 640* of the Cabinet of Ministers of Ukraine "On approval of requirements for inpatient medical care per 10,000 people" as of 28.06.1997, [electronic resource]. – Access: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/KP970640.html
3. *Order No 172* of the Ministry of Public Health of Ukraine as of 24.06.1990, and No 33 as of 23.02.2000 "On staffing ratios and typical staffing of health facilities" (amended) [electronic resource]. – Access: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20000223_33n.html

НОРМАТИВИ ПОТРЕБИ НАСЕЛЕННЯ В ЛІЖКАХ

О.М. Голяченко, А.Г. Шульгай, Н.Я. Панчишин, Л.М. Романюк, В.Л. Смірнова, Н.О. Теренда, Н.Є. Федчишин, Ю.М. Петрашик, О.Н. Литвинова (Тернопіль)

З 1997 року в Україні діє Постанова Кабінету міністрів України «Про затвердження нормативів потреб у стаціонарній медичній допомозі в розрахунку на 10 тис. населення» від 28.06.1997 р. № 640 та Наказ МОЗ України – № 172 від 24.06.1990 року і № 33 від 23.02.2000 року «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я» (зі змінами). Згідно цих нормативних документів, які мало чим відрізняються від радянських, зараз діють штатні нормативи забезпечення в ліжках, які в 1,5 – 2 рази перевищують зарубіжні. На шляху оптимізації організації стаціонарної допомоги, слід впровадити ряд новаций і перша з них – це організація стаціонарів не за принципом спеціалізації, а згідно з інтенсивністю лікування хворих. Це в свою чергу вимагає двох принципових нововведень – кардинальної зміни в підготовці лікарів та їхнього числа, яке припадає на число ліжок в різних відділеннях.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: норматив, ліжко, інтенсивне лікування.

НОРМАТИВЫ ПОТРЕБНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В КОЙКАХ

А.М. Голяченко, А.Г. Шульгай, Н.Я. Панчишин, Л.Н. Романюк, В.Л. Смирнова, Н.А. Теренда, Н.Е. Федчишин, Ю.Н. Петрашик, О.Н. Литвинова (Тернополь)

С 1997 года в Украине действует Постановление Кабинета министров Украины «Об утверждении нормативов потребностей в стационарной медицинской помощи в расчете на 10 тыс. населения» от 28.06.1997 г. № 640 и Приказ МЗ Украины - № 172 от 24.06.1990 года и № 33 от 23.02.2000 года «О штатных нормативах и типовых штатах учреждений здравоохранения» (с изменениями). Согласно этим нормативным документам, которые мало чем отличаются от советских, сейчас действуют штатные нормативы обеспечения в койках, которые в 1,5 – 2 раза превышают зарубежные. На пути оптимизации организации стационарной помощи, необходимо ввести ряд новаций и первая из них - это организация стационаров не по принципу специализации, а согласно интенсивности лечения больных. Это в свою очередь требует двух принципиальных нововведений - кардинального изменения в подготовке врачей и их количества, которое приходится на число коек в разных отделениях.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: норматив, койки, интенсивное лечение.

Рукопис надійшов до редакції 24.10.2013 р.
Рецензент: д.мед.н., проф. С.Н. Вадзюк

О.Ю. КАЧУР (Київ)

ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ ДІЯЛЬНОСТІ РЕНТГЕНОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Міністерство охорони здоров'я України

Наведено основні показники діяльності рентгенологічної служби системи охорони здоров'я України у розрізі регіонів. Показано невідповідність індикаторів оцінки діяльності рентгенологічної служби сучасним підходам до оцінки якості діагностики (на 100 відвідувань у поліклініці і на одного стаціонарного хворого), що вимагає зміни індикаторів на такі, які відбивають рівень відповідності рентгенологічного обстеження при різних нозологічних формах клінічним протоколам, розробленим на доказових даних та затвердженим Міністерством охорони здоров'я України.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: рентгенологічна служба, дослідження, регіон, індикатори оцінки.

Якість та ефективність медичної допомоги залежать, у тому числі, і від своєчасної діагностики захворювання [5]. Одним з важливих методів діагностики є рентгенологічний метод дослідження [1]. Рентгенологія на сучасному етапі активно розвивається [3], розробляються нові методи та технології променевої діагностики [2], впровадження яких, особливо в умовах реформування системи охорони здоров'я [4], потребує детального аналізу діяльності рентгенологічної служби в країні.

Мета роботи: вивчити та проаналізувати основні показники діяльності рентгенологічної служби системи охорони здоров'я України у розрізі регіонів.

Матеріали і методи. У дослідженні використано статистичний метод – проаналізовано дані галузевої статистичної звітності про основні показники діяльності рентгенологічної служби системи охорони здоров'я України за 2011–2012 рр.

Результати дослідження та їх обговорення. На першому етапі дослідження було вивчено та згруповано дані щодо загальної кількості рентгенологічних досліджень у розрізі регіонів, а також кількості проведених рентгенологічних досліджень з розрахунку на один діючий апарат та на одну зайняту посаду лікаря-рентгенолога. Із даних табл. 1 видно, що у період 2011–2012 рр. загальна кількість рентгенологічних досліджень у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) системи МОЗ України скоротилася в 1,02 разу і склала 41992678 досліджень. При цьому кількість досліджень скоротилася в 22 (81,48%) і збільшилася у 5 (18,52%) регіонах.

Кількість рентгенологічних досліджень у перерахунку на один діючий апарат скоротилася в 1,02 разу і в 2012 р. склала 4795 на один діючий рентгенологічний апарат. Кількість досліджень,

які в середньому проведені на одному апараті, скоротилася у 18 (66,67%) регіонах, а в 9 (33,33%) регіонах – збільшилася. При цьому встановлена різниця у 1,61 разу кількості проведених на одному діючому апараті досліджень: від 3851 у Чернігівській області до 6202 у м. Києві.

Кількість рентгенологічних досліджень в перерахунку на одну зайняту посаду лікаря-рентгенолога скоротилася в 1,02 разу і склала 9624 дослідження. Кількість досліджень, які в середньому проведені в перерахунку на одну зайняту посаду лікаря-рентгенолога, скоротилася в 17 (62,97%) регіонах, а в 10 (37,03%) регіонах – збільшилася. При цьому встановлена різниця в 0,19 разу кількості досліджень, проведених в перерахунку на одну зайняту посаду лікаря-рентгенолога: від 7503 у Запорізькій до 14274 у Миколаївській областях.

Далі вивчалася питання кількості проведених рентгенологічних досліджень в перерахунку на 100 відвідувань у поліклініці та на одного стаціонарного хворого. З даних табл. 2 видно, що загалом за роки дослідження вказані показники в ЗОЗ України залишалися на одному рівні.

Показник кількості проведених рентгенологічних досліджень в перерахунку на 100 відвідувань у поліклініці в розрізі регіонів у 4 (14,81%) із них залишився на одному рівні, у 11 (40,74%) регіонах зменшився, а в 12 (44,45%) регіонах – збільшився. При цьому встановлена різниця в 1,68 разу кількості досліджень, проведених в перерахунку на 100 відвідувань у поліклініці: від 2,9 у Миколаївській до 4,9 у Кіровоградській областях.

Показник кількості проведених рентгенологічних досліджень в перерахунку на одного стаціонарного хворого у розрізі регіонів в 15 (55,56%) з них залишився на одному рівні, у 5 (18,52%) регіонах зменшився, а в 7 (25,92%) регіонах – збільшився. При цьому встановлена різниця в 3,0 рази кількості проведених в перерахунку на одного

Таблиця 1. Показники діяльності рентгенологічної служби в Україні у 2011–2012 рр. (кількість досліджень)

Адміністративна територія	2011 р.			2012 р.		
	усього досліджень (абс.)	кількість рентгенологічних досліджень на один діючий апарат	на одну зайняту посаду лікаря-рентгенолога	усього досліджень (абс.)	кількість рентгенологічних досліджень на один діючий апарат	на одну зайняту посаду лікаря-рентгенолога
Україна	42 858 696	4 871	9 827	41 992 678	4 795	9 624
АР Крим	1 903 960	4 667	9 904	1 839 624	4 791	9 532
Вінницька	1 559 872	3 959	11 004	1 483 926	3 915	10 618
Волинська	800 053	4 572	11 470	825 161	4 636	12 090
Дніпропетровська	3 676 359	5 463	11 208	3 502 794	5 456	10 242
Донецька	4 026 384	4 922	8 849	3 941 307	4 890	8 319
Житомирська	1 143 544	4 725	13 258	1 129 046	4 445	13 361
Закарпатська	1 195 755	6 164	9 965	1 232 438	6 101	10 670
Запорізька	1 644 204	4 420	7 839	1 511 916	4 235	7 503
Івано-Франківська	1 171 982	4 863	9 626	1 162 251	4 763	9 152
Київська	1 460 915	5 144	9 888	1 430 934	4 917	9 989
Кіровоградська	939 580	4 350	9 078	970 739	4 221	10 382
Луганська	2 527 290	4 926	9 940	2 511 791	4 858	9 755
Львівська	2 012 519	4 462	8 403	2 005 131	4 426	8 209
Миколаївська	1 245 562	5 848	13 917	1 241 876	5 942	14 274
Одеська	2 058 723	4 475	9 347	2 029 189	4 470	9 287
Полтавська	1 343 552	3 952	9 897	1 341 448	4 090	10 399
Рівненська	881 355	4 429	10 073	873 970	4 284	10 222
Сумська	1 049 835	4 729	11 109	1 069 822	4 755	11 756
Тернопільська	924 238	4 789	10 970	868 600	4 387	10 560
Харківська	2 598 200	5 260	8 875	2 546 313	4 935	8 788
Херсонська	1 060 020	5 121	12 695	1 026 410	4 959	11 866
Хмельницька	1 248 403	4 134	11 946	1 250 047	4 181	12 285
Черкаська	1 203 451	4 814	11 380	1 173 761	4 733	11 073
Чернівецька	879 637	5 144	10 695	877 464	5 286	10 263
Чернігівська	949 141	3 955	10 575	920 272	3 851	10 428
м. Київ	2 978 605	6 532	8 100	2 871 496	6 202	7 688
м. Севастополь	375 557	5 290	6 955	354 952	5 546	6 454

Таблиця 2. Показники рентгенологічного обстеження амбулаторних та стаціонарних пацієнтів, 2011-2012 рр.

Адміністративна територія	2011 р.				2012 р.			
	амбулаторні		стаціонарні		амбулаторні		стаціонарні	
	абсолютні дані	на 100 відвідувань у поліклініці	абсолютні дані	на одного стаціонарного хворого	абсолютні дані	на 100 відвідувань у поліклініці	абсолютні дані	на одного стаціонарного хворого
Україна	15 083 106	4,0	7 210 702	0,7	14 808 217	4,0	7 191 084	0,7
АР Крим	665 891	4,6	400 466	1,0	663 903	4,6	369 643	0,9
Вінницька	564 342	4,3	293 157	0,8	541 524	4,5	286 673	0,8
Волинська	314 791	3,9	121 119	0,5	327 836	4,1	141 273	0,6
Дніпропетровська	1 251 674	4,4	561 227	0,7	1 201 843	4,7	584 347	0,8
Донецька	1 690 217	4,0	582 898	0,6	1 616 583	4,1	566 711	0,6
Житомирська	379 971	3,2	168 772	0,6	380 115	3,2	168 641	0,6
Закарпатська	280 179	3,1	287 455	1,2	289 414	3,3	312 463	1,2
Запорізька	499 754	3,5	333 630	0,9	481 425	3,4	306 191	0,8
Івано-Франківська	419 388	4,0	184 654	0,6	420 791	3,9	185 158	0,6
Київська	568 604	4,4	288 333	0,7	555 662	4,3	296 101	0,8
Кіровоградська	334 431	4,8	126 704	0,5	339 965	4,9	138 943	0,5
Луганська	865 359	4,6	326 575	0,6	846 730	4,4	350 139	0,6
Львівська	696 663	3,4	388 310	0,7	680 033	3,4	380 962	0,6
Миколаївська	369 871	3,2	181 313	0,7	326 247	2,9	212 025	0,8
Одеська	749 141	4,3	386 795	0,8	731 189	4,1	409 685	0,9
Полтавська	486 272	4,0	200 309	0,6	490 332	4,2	187 481	0,6
Рівненська	400 657	4,1	115 689	0,4	383 765	3,9	113 747	0,4
Сумська	345 880	4,5	136 726	0,5	359 656	4,7	134 627	0,5
Тернопільська	231 565	2,3	204 428	0,8	235 434	2,4	203 752	0,8
Харківська	913 583	3,7	492 463	0,8	945 386	3,9	433 782	0,7
Херсонська	349 428	4,1	160 343	0,7	336 929	3,7	149 005	0,6
Хмельницька	365 061	3,5	202 308	0,6	372 537	3,6	193 896	0,6
Черкаська	372 829	3,9	221 819	0,7	368 689	3,9	203 654	0,7
Чернівецька	345 484	4,6	141 593	0,6	322 409	4,3	132 962	0,6
Черніпівська	351 807	4,2	120 192	0,4	367 754	4,5	120 214	0,4
м. Київ	1 161 388	4,4	481 374	0,8	1 123 630	4,3	505 434	0,9
м. Севастополь	108 876	3,4	102 050	1,2	98 436	3,2	103 575	1,3

стаціонарного хворого досліджень: від 0,4 у Миколаївській до 1,2 у Кіровоградській областях.

Висновки

Результати дослідження вказують на нерівномірність використання ресурсів рентгенологічної служби (кадрових та обладнання) в розрізі регіонів країни.

При оцінці діяльності рентгенологічної служби використовуються застарілі індикатори (на 100 відвідувань у поліклініці та на одного стаціонарного хворого), які не відображають якість діагнос-

тичного обстеження пацієнтів. Це вимагає зміни індикаторів на такі, що відбивають рівень відповідності рентгенологічного обстеження при різних нозологічних формах клінічним протоколам, розробленим на доказових даних та затвердженим Міністерством охорони здоров'я України.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням ресурсного забезпечення рентгенологічної служби системи охорони здоров'я України в розрізі регіонів.

Список літератури

1. Гаврилов А. В. Опыт разработки и внедрения автоматизированной радиологической информационной системы (АРИС MultiVox) / А. В. Гаврилов, И. В. Архипов, И. В. Куликов // Тезисы докладов IV Междунар. форума MedSoft-2008 «Медицинские информационные технологии». – М., 2008. – С. 53–55.
2. Ефективність агіографічних методів візуалізації в діагностиці патології внутрішньої сонної артерії / Є. В. Вакарюк, О. П. Робак, К. О. Робак [та ін.] // Матеріали XIII Конгресу Світової федерації Українських лікарських товариств (30.09–03.10 2010 р., м. Львів). – Л., 2010. – С. 678–679.
3. Здоров'я населення та діяльність системи охорони здоров'я України: реалії, проблеми та шляхи вирішення : [аналіт. матеріали] / В. В. Лазоришинець, В. Г. Бідний, М. В. Банчук; за ред. З. М. Митника. – К. : МОЗ, УІСД, 2010. – 107 с.
4. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – 50 с.
5. Медико-демографічна ситуація та організація медичної допомоги населенню у 2010 році: підсумки діяльності системи охорони здоров'я та реалізація Програми економічних реформ на 2010-2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентноспроможна економіка, ефективна держава» / за ред. Першого заступника Міністра охорони здоров'я О. В. Аніщенко. – К. : МОЗ України, 2011. – 104 с.

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ

А.Ю. Качур (Киев)

Приведены основные показатели деятельности рентгенологической службы системы здравоохранения Украины в разрезе регионов. Показано несоответствие индикаторов оценки деятельности рентгенологической службы современным подходам к оценке качества диагностики (на 100 посещений в поликлинике и на одного стационарного пациента), что требует изменения индикаторов на те, которые отражают уровень соответствия рентгенологического обследования при разных нозологических формах клиническим протоколам, разработанным на доказательных данных и утвержденным Министерством здравоохранения Украины.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: рентгенологическая служба, исследования, регионы, показатели, индикаторы оценки.

PRINCIPAL INDICES OF ROENTGENOLOGIC SERVICE ACTIVITY IN HEALTH CARE SYSTEM OF UKRAINE

О.Ю. Качур (Kyiv)

Principal indices of roentgenologic service activity of health care system in the regions of Ukraine have been shown. Evaluation indices of roentgenologic service activity do not correspond to modern approaches to the evaluation of diagnostics quality (to 100 visits per clinic and per one inpatient). That requires introduction of changes for evaluation indices according to clinical records developed on evidence-based data approved by Ministry of Health of Ukraine.

KEY WORDS: roentgenologic service, researches, region, evaluation indicators.

Рукопис надійшов у редакцію 21.11.2013

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

УДК 614.253.5(075.3):377.5(477.41)

В.Й. ШАТИЛО (Житомир)

МЕНЕДЖМЕНТ ОРГАНІЗАЦІЇ УПРАВЛІННЯ СЕСТРИНСЬКИМИ СЛУЖБАМИ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ ТА НА ВТОРИННОМУ РІВНІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Житомирський інститут медсестринства
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

У статті проаналізовано стан менеджменту у медсестринстві. Встановлено, що більшість керівників медсестринських служб не мають належного рівня знань з основ менеджменту, що потребує наукового обґрунтування перспективних підходів до удосконалення їхньої підготовки.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: медсестринство, менеджмент.

На сьогодні все більшої актуальності набувають питання підготовки управлінських кадрів для різних галузей народного господарства, у тому числі охорони здоров'я. Необхідність створення ефективно функціонуючої системи управління окремим закладом, цілою галуззю – основна вимога сьогодення, реалізація якої неможлива без людей, що мають професійну підготовку в даній галузі [1;5].

У професійному портреті сучасного менеджера в галузі медицини важливе місце займають володіння сучасними технологіями управління, вміння оцінити управлінську ситуацію, що складається, прийняти відповідне управлінське рішення та реалізувати його на практиці [4;7;8;9].

Сфера професійної діяльності майбутніх керівників сестринської справи поступово розширюється. Паралельно відбувається інтенсифікація навчання, що дозволяє підвищити компетентність випускників, успішніше реалізовувати набуті управлінські навички та вміння безпосередньо на робочому місці [2;3].

Основною ціллю підготовки медичних сестер з вищою освітою є забезпечення галузі спеціалістами, спроможними реформувати сестринську справу на основі впровадження сучасних сестринських технологій, забезпечення підготовки, навчання сестринського персоналу та управління ним.

Управлінська праця менеджерів сестринського персоналу – головних і старших медичних сестер та заступників головного лікаря з медсестринства – специфічний вид діяльності. Трансформація медичного догляду в наукову дисципліну, впровадження в клінічну практику нових організаційних форм сестринської діяльності, наявність цілого ряду медико-соціальних проблем висунули необхідність підготовки спеціаліста у сфері управління сестринською справою –

менеджера, який, з одного боку, добре розуміється на питаннях сестринського процесу, а з іншого – вміє управляти сестринським персоналом як автономною частиною всього персоналу, що виконує лікувально-діагностичний процес, в який входить догляд за хворими, вирішення їхніх проблем, пов'язаних із хворобою та перебуванням у закладі охорони здоров'я [7;8;9;10]. На разі проблема менеджменту у медсестринстві ще далека від остаточного вирішення, потребує поглибленого вивчення та наукового обґрунтування.

Мета роботи: дослідити процес управління та ефективність рішень у медсестринстві.

Матеріали і методи. Усі дослідження виконані з дотриманням основних положень ГСР (1996 р.), Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (від 4 квітня 1997 р.), Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи проведення наукових медичних досліджень за участю людини (1964-2000 рр.), наказу МОЗ України № 281 від 01.11.2000 р.

У роботі використано медико-соціологічний метод дослідження. Для проведення дослідження було складено запитальник, що містив 80 питань, які були згруповані у чотири блоки. Опитування проводилось серед керівників сестринських служб первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) та закладів охорони здоров'я вторинного рівня міст Житомира та Вінниці. Загальна кількість респондентів становила 140 осіб.

Результати дослідження та їх обговорення. Питання першого блоку передбачали з'ясування вікової та гендерної структури опитуваних, рівня їхньої освіти і кваліфікації, характеристики посад, які вони займають. До цього ж блоку увійшли питання щодо стажу роботи респондентів за фахом до призначення на посаду керівника, а також тривалість роботи на керівній посаді.

За віком респонденти розподілились наступним чином: 44,0% опитаних були у віці 36–45

років, що є типовим для керівників сестринських служб; 24,0% опитаних займають керівні посади у віці 25–35 років; 18,0% становлять керівники передпенсійного віку (46–55 років) і решта 14,0% – пенсійного віку (56 років і більше).

Переважає більшість опитаних працюють старшими медичними сестрами (93,0%), 4,0% – заступниками головного лікаря з медсестринства, решта 3,0% – головним медичними сестрами. Такий розподіл є типовим для галузі охорони здоров'я, де більшість керівних посад, які можуть обіймати медичні сестри, представлені посадами менеджерів нижчої ланки. Таким чином, серед опитаних переважна більшість (93,0%) склали менеджери нижчої ланки, 7,0% – середньої ланки і не було жодного менеджера вищої ланки.

Зважаючи на реформування системи медсестринської освіти та системи охорони здоров'я, нас цікавив рівень освіти керівників сестринських служб. Переважає більшість (75,0%) опитаних мають неповну вищу медичну освіту (молодший спеціаліст), що свідчить про недостатній освітній рівень керівників сестринським персоналом, тому що при їх підготовці на додипломному етапі не вивчалась така дисципліна, як «Менеджмент в медсестринстві». Водночас у посадових інструкціях старших і головних медичних сестер закладів охорони здоров'я фігурують знання та вміння, що стосуються менеджменту та управління. Ще 20,0% опитаних мають базову вищу медичну освіту (освітній рівень бакалавра), що вказує на їх здатність до ефективного управління сестринським персоналом, тому що вони на бакалавраті вивчали основи менеджменту в медсестринстві. І лише 3,0% опитаних отримали завершену вищу медсестринську освіту – магістра за спеціальністю «Сестринська справа». Ще 2,0% респондентів вказали, що мають вищу немедичну освіту.

Таким чином, невідповідний освітній рівень є істотним недоліком і головним резервом підготовки менеджерів у медсестринстві.

Водночас серед опитаних 97,0% мають вищу кваліфікаційну категорію, а решта (3,0%) мають I-у кваліфікаційну категорію. При цьому жодна медична сестра з освітнім рівнем магістра медсестринства не мала вищої кваліфікаційної категорії. Тобто при атестації медсестринських кадрів освітньому рівню не надається пріоритетного значення.

До того, як зайняти посаду старшої медичної сестри, 89,0% опитаних працювали не менше 10 років за фахом. Ще 7,0% опитаних працювали від 7-и до 10-и років, 3,0% опитаних – 5–7 років і лише 1,0% медсестер було призначено на посаду старшої медсестри до трьох років виробничого стажу. Така ситуація створює низьку мо-

тивацію серед молодих фахівців, що негативно відображається на престижності професії медичної сестри.

Теперішню посаду займають і мають стаж роботи до 5 років 33,0% опитаних, 25,0% працюють 11–20 років, 17,0% опитаних вказали, що працюють на теперішній посаді від 6-и до 10-и років. Порівну розподілились респонденти, що працюють від 21 до 30 років та 31 і більше років, що становить по 13,0% відповідно.

Питання блоку 2 безпосередньо стосувались менеджменту у медсестринстві. Зокрема, нас цікавило, де респонденти отримали знання з основ менеджменту та управлінської діяльності. Більшість опитаних (61,0%) вивчали менеджмент в медсестринстві на курсах підвищення кваліфікації. Крім того, 18,0% опитаних вказали, що вивчили дану дисципліну на бакалавраті, ще 16,0% освоїли її самостійно, 3,0% опитаних не вивчали таку дисципліну зовсім, 2,0% респондентів вивчали менеджмент в медсестринстві під час навчання у магістратурі.

Власний рівень знань з питань менеджменту як достатній оцінили 62,0% опитаних, решта респондентів оцінили свої знання на рівні середнього та початкового – по 19,0% відповідно. Отримані дані свідчать про недостатній рівень підготовки керівників сестринських служб до управлінської діяльності. І більшість менеджерів медсестринства це визнають, оскільки 97,0% з них вважають за необхідне покращити власні знання з питань менеджменту в медсестринстві. І лише 3,0% опитаних вказали, що не мають потреби покращувати власні знання менеджменту в медсестринстві.

На рисунку 1 представлено структуру проблемних питань, тобто питань, які на думку респондентів потребують першочергового вивчення.

Керівники сестринських служб найбільшу потребу мають у підвищенні власних знань з наступних питань: 46,0% – методи та техніка управління; 42,0% – службові документи та їх підготовка; 39,0% – методи управління конфліктною ситуацією; 36,0% – основні облікові документи у лікувально-профілактичному закладі; 32,0% – підбір кадрів.

Вивчення питання щодо інструктажу при прийнятті на роботу та інструктажу на робочому місці показало, що обов'язок його проведення належить у 50,0% випадків інженеру з охорони праці, у 32,0% випадків – старшій медичній сестрі та у 18,0% випадків – головній медичній сестрі. Зазначене свідчить про нечіткий розподіл обов'язків щодо ознайомлення персоналу з функціональними обов'язками та вимогами щодо охорони праці.

На питання стосовно системи добору кадрів 43,0% опитаних вказали, що вона має бути у формі співбесіди, 31,0% опитаних пропонують

Питання, що потребують підвищення рівня знань з менеджменту

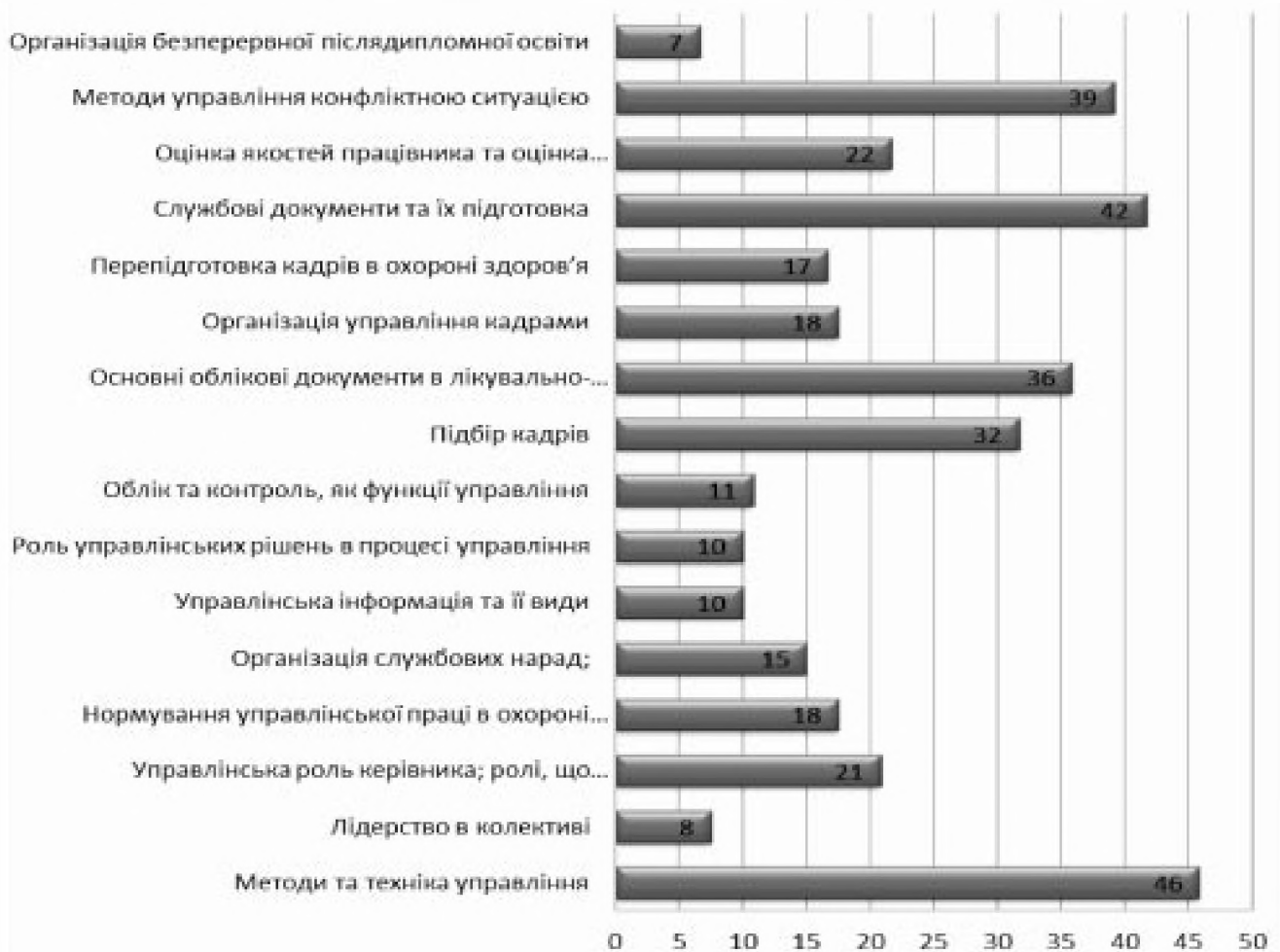


Рис. 1. Питання менеджменту, що потребують поглиблення знань опитуваних (%)

проводити колегіальну оцінку рівня теоретичної та практичної підготовки претендентів під час місячного випробувального терміну. Ще 14,0% опитаних вказали на необхідність іспиту (вимір здатності виконання задач, оцінка психологічних характеристик) як на оптимальну систему добору кадрів.

Як бачимо, отримані результати дуже розбіжні та не дають однозначної відповіді, яким же чином проводити кадрову політику у медсестринстві, що свідчить про неготовність керівників сестринських служб правильно підбирати кадри. Враховуючи досвід зарубіжних країн, в яких функція добору кадрів належить незалежній організації – Асоціації медичних сестер, ми вважаємо, що саме регіональна професійна асоціація медсестер найкраще впоралася б із завданням визначення професійної компетентності, майстерності та придатності молодих спеціалістів для того, щоб працювати у практичній охороні здоров'я. При цьому прийом на роботу у заклади охорони

здоров'я бажано проводити на конкурсній основі за результатами тестових іспитів. Існуючі біржі праці однозначно непридатні для виконання таких функцій, бо виявили свою повну неспроможність з цього питання і виродились у заклад, який опікується не стільки роботою, скільки соціальною підтримкою і захисту безробітних, які не бажують працювати.

Той факт, що 69,0% опитаних недостатньо інформовані про стан розвитку медсестринства в Європі та інших розвинених країнах світу, дає підстави рекомендувати підвищувати інформованість керівників сестринських служб з даних питань шляхом сприяння міжнародному співробітництву для обміну досвідом, проведення наукових конференцій, створення регіональних координаційних рад, поширення наукової медичної літератури через регіональні професійні асоціації та їх районні осередки.

Крім цього, нас цікавило питання доцільності введення у Міністерство охорони здоров'я, де-

партаментах та управліннях охорони здоров'я регіонального рівня посади головного спеціаліста з питань медсестринства. На підтримку цієї позиції вказали 94,0% опитаних.

Наступний блок питань стосувався самоменеджменту. На рисунку 2 можна побачити неоднозначність відповідей респондентів щодо основної функції самоменеджменту.

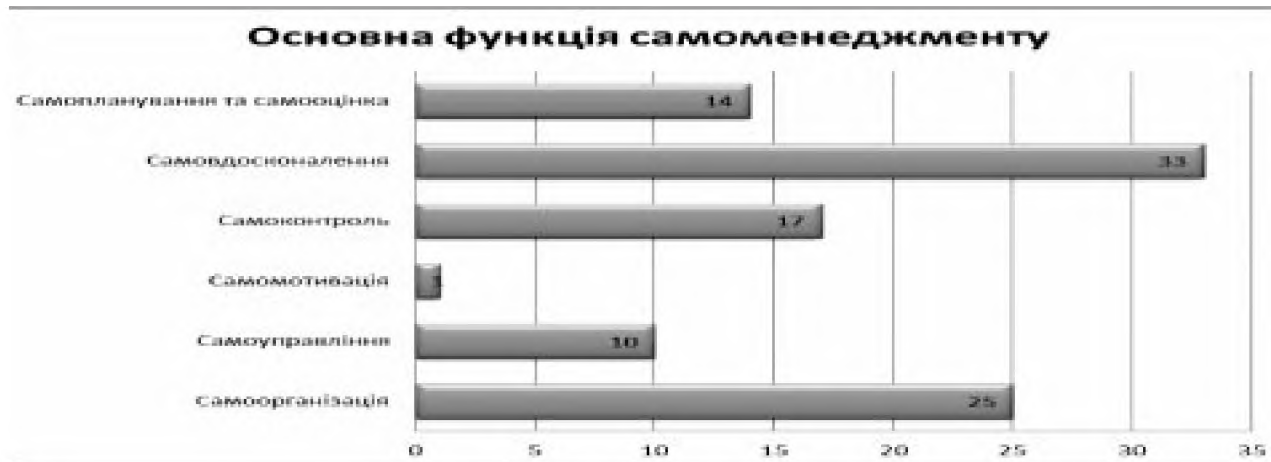


Рис. 2. Основні функції самоменеджменту (%)

Щодо визначення, то 64,0% опитаних вважають, що самоменеджмент – це навичка, яка розвивається у процесі практичної діяльності, 27,0% опитаних вказали, що це якість особистості, сформована у процесі навчання, а 9,0% вважають це талантом, притаманним обдарованим особистостям.

На думку 33,0% опитаних, основною функцією самоменеджменту є самовдосконалення, 25,0% опитаних вважають, що це – самоорганізація, 17,0% опитаних – самоконтроль, 14,0% опитаних виділили як головне самопланування та самооцінку, ще 10,0% опитаних – самоуправління та 1,0% опитаних вказали на самомотивацію.

Насправді, самоменеджмент медичній сестрі-організатору необхідний, перш за все, для правильної організації робочого процесу, на що вказали лише 21,0% респондентів. Рейтинг інших відповідей, для чого медичній сестрі-керівнику необхідні ґрунтовні знання із самоменеджменту, мав наступний вигляд: для підвищення ефективності та якості праці (19,0%), ефективного управління персоналом (14,0%), оптимізації власної роботи (12,0%), самовдосконалення (11,0%), виконання посадових обов'язків (11,0%). Ще на думку 7,0% респондентів самоменеджмент необхідний для досягнення поставлених цілей, 5,0% опитаних – для ефективного використання робочого часу.

Важливе місце у самоменеджменті посідає організація робочого місця. Для правильної організації робочого місця 31,0% опитаних вважають за необхідне мати сучасне оснащення та оргтехніку; впевненість у безпечних умовах праці на робочих місцях вибрали 30,0% опитаних. Для 14,0% медсестер-керівників бажано мати зручний окремий кабінет; 13,0% опитаних хотіли б

мати умови для чіткого розподілу по папках і спеціальних шафах та сейфах численної медичної документації; 10,0% опитаних хотіли б мати робоче місце, що відповідає елементарним гігієнічним вимогам до умов праці (освітлення, опалення, вентиляція та шум).

Без сумніву, для підвищення ефективності та продуктивності роботи менеджера необхідно мати сучасну оргтехніку, обладнання та канцтовари на робочому місці. Тому ми намагалися з'ясувати у керівників сестринських служб, якою оргтехнікою, обладнанням та канцтоварами вони на сьогодні забезпечені на робочому місці. Ноутбуками та персональними комп'ютерами забезпечені лише 35,0% медсестер-керівників. Із них 30,0% користуються принтером, 23,0% опитаних користуються копіювальними апаратами, 20,0% – сканером, 16,0% – електронною поштою, 12,0% – скайпом. Ще 18,0% респондентів вказали, що мають сучасні електронні носії інформації (флешки). Картотеками забезпечені 16,0% опитаних. Факс мають тільки 5,0% опитаних. Демонстраційні інтерактивні дошки використовують у своїй роботі 4,0% опитаних.

Отже, найбільш бажаною оргтехнікою виявився персональний комп'ютер (ноутбук) – на це вказали 44,0% опитаних, ще 22,0% опитаних хотіли б мати принтер та сканер. Потребують факс на робочому столі тільки 7,0% опитаних. Службовим телефоном до цього часу не забезпечені 2,0% опитаних, відповідно 88,0% мають службовий телефон у своєму розпорядженні. Решта 10,0% користуються мобільним телефонним зв'язком, і їх це цілком влаштовує.

Нас цікавило питання, чи мають керівники сестринських служб доступ до мережі Інтернету на робочому місці. Виявилось, що 84,0% опита-

них не мають такої можливості. Це значно обмежує інформаційну забезпеченість, що, в свою чергу, призводить до більших витрат робочого часу на пошуки необхідної інформації.

Як відомо, на продуктивність праці керівників негативно впливають відволікаючі фактори на робочому місці. Виходячи із даних опитування, найбільш відволікаючими факторами на робочому місці є незаплановані візити, про що вказали 60,0% опитаних. На них необхідно звернути особливу увагу при плануванні робочого дня, виділивши на незаплановані візити певну частку робочого часу. Це допоможе зменшити витрати робочого часу на незаплановані справи та збільшити кількість робочого часу на виконання важливих справ. Інших 23,0% опитаних відволікають телефонні розмови. Ще 10,0% респондентів сильно відволікають розмови пацієнтів із персоналом, а 7,0% опитаних найбільше відволікають доручення керівництва, безпосередньо не пов'язані з виробничим процесом.

Таким чином, знаючи найбільш відволікаючі фактори на робочому місці, менеджер може скорегувати свій робочий час так, щоб ці фактори займали другорядне місце, а на перший план винести дійсно важливі справи.

Дане опитування показало, що кімнатою відпочинку забезпечені тільки 63,0% респондентів, решта 37,0% вказали, що не мають у своєму підрозділі кімнати відпочинку для персоналу. Звернемо особливу увагу саме на цих 37,0% опитаних. На перший погляд, такі цифри не заслуговують особливої уваги. Але нагадаємо, що отримані результати відображають думку лише керівників сестринських служб. Візьмемо до уваги той факт, що один керівник сестринських служб керує, як правило, мінімум десятьма підлеглими. Це означає, що 37,0% становлять 44 керівники сестринських служб та, мінімум, 440 підлеглих. На основі отриманих даних робимо висновок, що керівники сестринських служб і рядовий медичний персонал не забезпечені умовами для достатнього відпочинку та відновлення власних сил. Це призводить до того, що персонал змушений постійно перебувати у стані стресу, що згодом може призвести до синдрому емоційного вигорання і зниження ефективності, продуктивності та якості праці.

За даними анкетування, 82,0% опитаних не витрачають часу на пошуки потрібного документу серед паперів на робочому столі. Це вказує на правильну організацію робочого місця та наявність знань та навиків з діловодства. Водночас 18,0% респондентів вказали, що їм буває важко знайти необхідний документ серед паперів на робочому столі. Це є результатом неправильного групування документів. За даними опитування, 52,0% менеджерів надають перевагу роз-

поділу документів по папках за змістом, 25,0% опитаних розподіляють документи за частотою використання. Деякі керівники сестринських служб поділяють свої справи на важливі та неважливі, тому розподіляють документи на робочому столі відповідно до ступеня їх важливості. На це вказали 13,0% опитаних. Іншим чином класифікують документи на своєму робочому столі ще 5,0% опитаних. Мають змогу користуватися автоматизованою системою обліку документів всього 4,0% опитаних. За категоріями розподіляють документи лише 1,0% опитаних.

Як відомо, діловодство – це один із головних навиків менеджменту керівника будь-якої сфери управління. Менеджери знають, що для отримання високих показників ефективності праці необхідно постійно вдосконалювати власні навички із діловодства. Тому, шляхом опитування, ми дізналися у керівників сестринських служб, які навички з діловодства потребують додаткового опанування.

Серед опитаних 44,0% вказали, що хотіли б навчитися автоматизованому обліку документів. Це дуже хороший показник, зважаючи на те, що автоматизованою системою обліку документів на даний час користуються тільки 4,0% опитаних. Це свідчить про вміння бачити перспективні напрямки розвитку медичної галузі та робити висновки щодо вдосконалення власних навичок у діловодстві, щоб бути конкурентоспроможним та «йти в ногу з часом».

Навчитися веденню ділових переговорів мають бажання 22,0% опитаних. Це б дозволило керівникам сестринських служб ефективніше вести ділові переговори та використовувати робочий час, продуктивніше працювати та підвищувати якість своєї праці.

Навчитися правильно організовувати робоче місце мають бажання 19,0% респондентів. Решта 15,0% опитаних вважають за необхідне опанувати навички ведення ділових паперів.

Цікавим є той факт, що ніхто з опитаних не виявив бажання опанувати навичку з ведення телефонних переговорів. Хоча, як свідчить зарубіжний досвід, вміння вести телефонні розмови стоїть на одному рівні з веденням ділових переговорів.

В міру оновлення документів 59,0% опитаних мають необхідність складати систематизований перелік документів, решта 41,0% опитаних такої необхідності не мають.

Опитування показало, що 43,0% респондентів записують всі заплановані на день справи у щоденник. Це досить зручно, як і для тих 40% опитаних, які записують всі заплановані справи у записну книгу, блокнот чи планувальник задач на телефоні. Використовують у своїй роботі графік-таблицю розпорядку дня 9,0% опитаних.

Це ефективніше та сприяє економії робочого часу. Зовсім нічого не записують 8,0% опитаних.

Можливо, саме через таку різницю у способах фіксації всіх запланованих на день справ 56,0% керівників сестринських служб вказали, що їм не завжди вистачає часу на планування роботи. Таку нестачу часу вони пояснюють постійним потоком незапланованої роботи. Незважаючи на це, 44,0% опитаних завжди знаходять час на планування своєї роботи. Це вказує на вміння керівників сестринських служб правильно планувати свій робочий день та використовувати робочий час.

Через появу незапланованих задач, проблему відкладання та виконання важливих задач керівники сестринських справ вирішують по-різному. Не відкладають важливі задачі та виконують всі задачі в чітко визначені строки тільки 38,0% опитаних, 55,0% опитаних відкладають важливі задачі, але виконують всі задачі у визначені строки. Тільки 7,0% опитаних зізналися, що змушені відкладати важливі справи за браком часу та не виконують всі завдання у намічені строки.

Однією з найскладніших проблем менеджменту є питання пріоритетів в умовах дефіциту часу. Більшість опитаних (60,0%) у цій ситуації намагаються робити декілька справ водночас, мотивуючи це тим, що відкладати нічого не можна, щоб не допустити нагромадження справ. Решта 40,0% опитаних вважають, що в роботі важлива послідовність, і тому не намагаються робити декілька справ одночасно. Це свідчить про те, що вмінням правильно розставляти пріоритети та раціонально використовувати робочий час володіють не всі менеджери медсестринства.

У цьому аспекті цікавим є питання, скільки часу керівнику необхідно для проведення щоденної оперативної наради. За 10 хвилин проводять оперативну нараду 6,0% керівників, 23,0% опитаних вкладаються в 15 хвилин. Більшість опитаних (41,0%) проводять оперативну нараду за 20 хвилин, 18,0% – за 30 хвилин, 6,0% – за 35 хвилин, 4,0% – за 40 хвилин, а 2,0% за 60 хвилин. Серед строкатості термінів і відсотків чітко прослідковується домінуюча тенденція – більшість керівників здатні поставити поточні завдання підлеглим впродовж 20–30 хвилин.

Незважаючи на те, що лише половина (53,0%) медсестер-менеджерів відчувають нестачу робочого часу, 71,0% опитаних вказали, що інколи затримуються на роботі, а 18% респондентів змушені щоденно продовжувати працювати після закінчення робочого дня. Тільки 11,0% опитаних вказали, що закінчують свій робочий день вчасно.

Отже, 89,0% опитаних, так чи інакше, затримуються на роботі після закінчення робочого дня, що свідчить про високий ризик появи і розвитку у керівників медсестринських служб таких нега-

тивних наслідків, як виснаження нервової системи, появи симптомів хронічної втоми та синдрому професійного емоційного вигорання. Це дає підстави рекомендувати звернути особливу увагу на питання тайм-менеджменту та самоменеджменту під час підготовки керівників сестринських служб на додипломному та післядипломному рівнях.

В умовах постійного дефіциту часу актуальним (а інколи єдиним прийнятним) виходом з критичної ситуації є делегування повноважень. Нами встановлено, що 61,0% опитаних делегують співробітникам деякі свої обов'язки, у тому числі і важливі, мотивуючи це тим, що вважають своїх колег достатньо компетентними. Це свідчить про високий відсоток професіоналізму, довіри та створює основу для підвищення показників ефективності та якості праці, як самого керівника сестринських служб, так і його підлеглих. Решта 39,0% опитаних покладаються лише на себе та не делегують підлеглим своїх повноважень.

Дані фотохронометражу робочого часу керівників сестринських служб наведено у таблиці. Найбільше часу (78,0%) займає контроль за роботою підлеглих та робота з документами (18,0%).

Загальна тривалість робочого дня керівників сестринських служб, згідно з проведенням фотохронометражем, склала 10 годин 06 хвилин (126,0%), замість нормативних 8 годин (100,0%), що вимагає ґрунтовного вдосконалення планування робочого часу.

Таким чином, внаслідок неналежної підготовки з питань менеджменту, керівники сестринських служб працюють на збиток якості виконання своїх обов'язків та власного здоров'я.

Висновки

1. Невідповідний освітній рівень є істотним недоліком і головним резервом підготовки менеджерів з медсестринства в Україні. Лише 20,0% керівників медсестринських служб мають вищу базову освіту – освітній рівень бакалавра, де вивчаються основи менеджменту.

2. Вищу кваліфікаційну категорію мали 97,0% опитаних менеджерів медсестринства, а решта (3,0%) – першу. При цьому жоден з керівників з освітнім рівнем магістра медсестринства не мав вищої кваліфікаційної категорії. Тобто при атестації медсестринських кадрів освітньому рівню не надається пріоритетного значення.

3. До того, як зайняти посаду старшої медичної сестри, переважна більшість (89,0%) респондентів працювали не менше 10 років за фахом, тобто рядовими медсестрами. Така ситуація створює низьку мотивацію серед молодих фахівців, що негативно відображається на престижності професії медичної сестри.

Таблиця. Результати фотохронометражу робочого часу керівників сестринських служб

№ з/п	Вид роботи	Щоденна кількість затраченого часу на виконання роботи		
		годин	хвилин	питома вага у відсотках
Продуктивний час				
1	Контроль за роботою середнього медичного персоналу	6	13	78
2	Адміністративна робота	0	59	12
3	Робота з документами	1	25	18
4	Освітньо-виховна діяльність	0	40	8
5	Господарська діяльність	0	29	6
Непродуктивний час				
6	Особистий час та час для незапланованих обставин	0	20	4
Всього		10	06	126

4. Більшість опитаних (61,0%) вивчали менеджмент на курсах підвищення кваліфікації. З них 62,0% суб'єктивно оцінили власний рівень знань з питань менеджменту як достатній, у той час як за результатами об'єктивного визначення їхніх знань за допомогою уточнюючих питань стосовно самоменеджменту, тайм-менеджменту, діловодства тощо реальний рівень знань опитаних виявився значно нижчим.

5. Керівники сестринських служб не мають можливості для самоосвіти, оскільки доступ до мережі Інтернету на робочому місці наявний

лише у 16,0% опитаних. Це також значно обмежує інформаційну забезпеченість і призводить до більших витрат робочого часу на пошуки необхідної інформації, що підтверджується результатами хронометражу, за якими більшість керівників медсестринських служб змушені систематично затримуватись на роботі.

Перспективи подальших досліджень у цьому напрямку полягають у науковому обґрунтуванні системи удосконалення підготовки менеджерів медсестринства на додипломному та післядипломному етапах.

Список літератури

1. Акуленко О. В. Професійна підготовка керівників у сфері охорони здоров'я: досвід США для України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.nbuv.gov.ua/portal/soc_gum/Dums/2012_1/12aovdsu.pdf1.
2. Бражников А. Ю. К вопросу о подготовке в России специалистов с высшим сестринским образованием / А. Ю. Бражников, Н. Н. Камынина // Мед. сестра. – 2010. – № 3. – С. 12–16.
3. Васюк Н. О. Мировой опыт подготовки современных менеджеров системы здравоохранения (обзор литературных источников) / Н. О. Васюк // Держ. управління. – 2012. – № 1. – С. 21–26.
4. Гордійчук С. В. Європейський та український досвід підготовки кадрів для медсестринства / С. В. Гордійчук, Н. П. Леонченко // Наук. записки Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка ; гол. ред. Г. Терещук. – № 4. – Тернопіль, 2011. – С. 195–200. – (Серія «Педагогіка»).
5. Коваленко О. Н. Эффективное использование рабочего времени медицинской сестрой – руководителем / О. Н. Коваленко, Т. М. Кузнецова // Головна мед. сестра. – 2006. – № 5. – С. 46–52.
6. Муратбекова С. К. Теоретическое обоснование и организационно-методические основы развития сестринского образования в Республике Казахстан : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.33. / С. К. Муратбекова. – Астана, 2008. – 41 с.
7. Перфильева Г. М. Сестринское дело в России (социально-гигиенический анализ и прогноз) : дис. д-ра мед. наук / Г. М. Перфильева. – М., 1995. – 257 с.
8. Haddock C. Careers in healthcare management: how to find your path and follow it / C. Haddock / Cynthia Carter Haddock, Robert A. McLean, Robert C. Chapman // Fundation of the American College of Healthcare Executives. – 2002. – 190 p.
9. Mark B. A. The sneering rock of the nurse manager. Implications for educational preparation / B. A. Mark // Journal Nursing Adm. – 1994 – Vol. 24, № 1. – P. 48–55.
10. Rosner D. Doing Well or Doing Good: The Ambivalent Focus of Hospital Administration / D. Rosner. – N.Y. : Ithaca, 1989. – P. 157–169.

МЕНЕДЖМЕНТ ОРГАНІЗАЦІЇ УПРАВЛЕННЯ СЕСТРИНСКИМИ СЛУЖБАМИ ПЕРВИЧНОЇ МЕДИКО-САНИТАРНОЇ ПОМОЦІ І НА ВТОРИЧНОМУ УРОВНІ МЕДИЦИНСЬКОЇ ПОМОЦІ*В.Й. Шатило (Житомир)*

В статье проанализировано состояние менеджмента в медсестринстве. Установлено, что большинство руководителей медсестринских служб не имеют надлежащего уровня знаний по основам менеджмента, что требует научного обоснования перспективных подходов к усовершенствованию их подготовки.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **медсестринство, менеджмент.**

MANAGEMENT OF ORGANIZATION OF NURSE SERVICES ON PRIMARY HEALTH CARE AND NURSE MEDICARE AT SECOND LEVEL*V.J. Shatilo (Zhytomyr)*

The management consisting of nursing has been analysed in the article. It is set that most leaders of medical sister's services do not have the proper level of knowledge of management principles, that requires the scientific grounding of the perspective approaches to improve their preparation.

KEY WORDS: **nursing, management.**

Рукопис надійшов до редакції 15.11.2013

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

Г.О. СЛАБКІЙ, С.В. ЗБІТНЄВА (Донецьк, Київ)

РІВЕНЬ ЗАДОВОЛЕНOSTІ ПОТРЕБИ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ У ТРАНСПЛАНТАЦІЇ РОГОВОЇ ОБОЛОНКИ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького
Київська міська клінічна офтальмологічна лікарня «Центр мікрохірургії ока»

У статті наведено результати дослідження щодо потреби дорослого населення у трансплантації рогової оболонки та рівня забезпеченості даним видом медичної допомоги у розрізі регіонів України.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: рогова оболонка, трансплантація, потреба, рівень задоволеності.

Захворюваність населення на хвороби органа зору має важливе соціальне та економічне значення [12]. Рівень захворюваності населення на хвороби органа зору та поширеності вказаних хвороб постійно зростає [2;4;11]. Особливе місце серед хвороб органа зору посідають захворювання, які призводять до втрати зору та інвалідності, що значно знижує якість життя хворих [3]. При цьому рівень інвалідності населення можна знизити шляхом широкого впровадження у клінічну практику трансплантації рогової оболонки.

Мета роботи: вивчити рівень потреби дорослого населення у трансплантації рогової оболонки та забезпеченість цим видом медичної допомоги.

Матеріали і методи. У ході виконання роботи використано статистичний метод – вивчалися дані галузевої статистичної звітності за період 2008–2012 рр. щодо потреби дорослого населення України в пересадці рогової оболонки та кількості проведених операцій.

Результати дослідження та їх обговорення. Трансплантація рогової оболонки в Україні законодавчо визначена законами України [9;10], урядовими актами [8] та наказами Міністерства охорони здоров'я [5-8].

Базовими закладами охорони здоров'я для здійснення трансплантації рогової оболонки затверджені Київська міська клінічна офтальмологічна лікарня «Центр мікрохірургії ока» та Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України.

Для проведення оперативних втручань з трансплантації рогової оболонки підготовлена наступна кількість спеціалістів: 18 трансплантологів-офтальмологів у Київській міській клінічній офтальмологічній лікарні «Центр мікрохірургії ока» та 24 трансплантологи-офтальмологи

в Інституті очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України.

Показаннями для трансплантації рогової оболонки визначені: вроджені та набуті внаслідок перенесених захворювань, травматичних пошкоджень, дегенеративних процесів значні ко-реальні вади, що призвели до розвитку білм, грубих рубців, виразок, перфорацій рогівки, бульозної кератопатії і кератоконусу.

Вивчена потреба у трансплантації рогової оболонки у розрізі регіонів України за п'ятирічний період – 2008–2012 роки.

З табл.1 видно, що за п'ятирічний період дослідження потреба у трансплантації рогової оболонки в цілому в Україні виросла в 1,35 разу і в 2012 р. склала 3169 пересадок. При цьому в розрізі регіонів України найбільше дорослого населення потребує пересадки рогової оболонки у Донецькій (302), Дніпропетровській (228), Харківській (194) областях та м. Києві (214), а найменше – у Чернівецькій (63), Кіровоградській (66) та Волинській (69) областях. Це пов'язано як з кількістю населення, що проживає в названих регіонах, так і з рівнем розвитку промисловості, що є причиною високого рівня травматизму органа зору.

Далі вивчалася питань кількості проведених пересадок рогової оболонки в динаміці за 2008–2012 рр. Наведені у табл. 2 дані вказують на те, що найбільша кількість операцій з приводу пересадок рогової оболонки була проведена у 2009 р. (559) з наступним скороченням кількості до 56 в 2011 р. У 2012 р. вказані операції в Україні не проводилися.

Далі вивчався рівень задоволеності потреби дорослого населення України у трансплантації рогової оболонки. Отримані дані вказують на вкрай низький рівень задоволеності цієї потреби в країні, що становить від 24,1% у 2008 р. до повної незадоволеності потреби у 2012 р.

Таблиця 1. Потреба у трансплантації рогової оболонки населення України у 2008–2012 рр. (абс. кількість)

Адміністративно-територіальна одиниця	2008 р.	2009 р.	2010 р.	2011 р.	2012 р.
АР Крим	102	106	114	122	136
<i>Область</i>					
Вінницька	84	88	94	101	113
Волинська	52	54	58	62	69
Дніпропетровська	170	178	191	204	228
Донецька	226	235	253	271	302
Житомирська	65	68	73	78	87
Закарпатська	58	75	67	82	91
Запорізька	93	97	104	112	124
Івано-Франківська	72	81	76	87	98
Київська	88	92	103	109	117
Кіровоградська	49	56	61	58	66
Луганська	116	122	130	141	154
Львівська	129	136	144	158	173
Миколаївська	60	67	72	76	81
Одеська	124	129	137	148	167
Полтавська	75	78	84	90	101
Рівненська	59	62	66	71	83
Сумська	54	57	74	69	78
Тернопільська	51	63	68	73	76
Харківська	146	154	163	175	194
Херсонська	56	59	62	67	72
Хмельницька	64	71	76	80	89
Черкаська	69	73	79	84	87
Чернівецька	46	49	52	56	63
Чернігівська	57	61	65	68	77
<i>Місто</i>					
Київ	163	169	180	193	214
Севастополь	18	21	24	26	29
Всього	2346	2501	2670	2860	3169

Таблиця 2. Кількість проведених пересадок рогової оболонки, 2008–2012 рр. (абс. кількість)

Назва закладу охорони здоров'я	2008 р.	2009 р.	2010 р.	2011 р.	2012 р.
КМКОЛ «ЦМХО»	277	277	278	32	-
Інститут ОХ і ТТ ім.В.П.Філатова НАМН України	289	282	273	24	-
Всього	566	559	551	56	-

Висновки

Результати проведеного дослідження вказують на щорічне зростання потреби у трансплантації рогової оболонки для дорослого населення України. Потреба у трансплантації рогової оболонки дорослому населенню у 2012 р. склала 3169 пересадок. У ході дослідження встановлено, що рівень задоволеності потреби дорослого

населення України у трансплантації рогової оболонки є вкрай низьким, що зумовлено недосконалою законодавчою базою та неготовністю до даного виду діяльності, як населення, так і системи охорони здоров'я.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні ефективності трансплантації рогової оболонки.

Список літератури

1. Деякі питання реалізації Закону України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині»: Постанова Кабінету Міністрів України від 24.04. 2000 р. №695: Із змінами, внесеними згідно з Постановами КМ № 164 від 18.02.2006, № 498 від 28.05.2008, № 15 від 06.01.2010, № 402 від 05.06.2013 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.kmu.gov.ua>. – Назва з екрану.
2. Збітнева С. В. Захворюваність населення України на хвороби ока та його придаткового апарату / С. В. Збітнева // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2010. – № 3. – С. 14–17.
3. Лимбан Е. С. Слепота и инвалидность вследствие патологии органа зрения в России / Е. С. Лимбан, Е. В. Шахова // Весн. офтальмол. – 2006. – № 1. – С. 35–37.
4. Нагорна А. М. Стан офтальмологічної захворюваності населення України / А. М. Нагорна, С. О. Риков, Д. В. Варивончик // Офтальмол. журн. – 2010. – № 3. – С. 28–33.
5. Про внесення змін до Переліку тканин і клітин людини, з якими дозволено діяльність банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини : наказ МОЗ України від 20.11.2012 р. № 927 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
6. Про затвердження змін до деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України з питань трансплантації : наказ МОЗ України від 20.11.2012 р. № 926 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
7. Про затвердження нормативно-правових документів з питань трансплантації : наказ МОЗ України від 25.09. 2000 р. № 226 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
8. Про перелік заходів щодо попередження передачі інфекційних захворювань при трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів людині : наказ МОЗ України від 10.06.2004 р. № 294 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
9. Про поховання та похоронну справу : Закон України від 10.07.2003 № 1102-IV: Із змінами, внесеними згідно із Законами № 2246-IV від 16.12.2004, ВВР, 2005, № 4, ст. 105 № 3410-IV від 08.02.2006, ВВР, 2006, № 22, ст. 197 № 880-VI від 15.01.2009, ВВР, 2009, № 25, ст. 309 № 1166-VI від 19.03.2009, ВВР, 2009, № 31, ст. 459 № 1254-VI від 14.04.2009, ВВР, 2009, № 36-37, ст. 511 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
10. Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини : Закон України від 16.07.1999 № 1007-XIV: Із змінами, внесеними згідно із Законами № 997-V від 27.04.2007, ВВР, 2007, № 33, ст. 440 № 2608-VI від 19.10.2010 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
11. Риков С. О. Захворюваність на хвороби ока та його придаткового апарату, їх поширеність серед населення України / С. О. Риков, В. А. Васюта // Україна. Здоров'я нації. – 2011. – № 4 (20). – С. 7–14.
12. Сайфиулина Ф. Р. Особенности глазной патологии у населения промышленного города : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.08 / Ф. Р. Сайфиулина. – М., 2008. – 32 с.

УРОВЕНЬ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПОТРЕБНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ В ТРАНСПЛАНТАЦИИ РОГОВОЙ ОБОЛОЧКИ

Г.А. Слабкий, С.В. Збитнева (Донецк, Киев)

В статье приведены результаты исследования потребности взрослого населения в трансплантации роговой оболочки и уровня обеспеченности данным видом медицинской помощи в разрезе регионов Украины.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **роговая оболочка, трансплантация, потребность, уровень удовлетворенности.**

DEMAND AND PROVISION OF ADULT POPULATION IN UKRAINE WITH CORNEA TRANSPLANTATION

G.O. Slabkyi, S.V. Zbitnyeva (Donetsk, Kyiv)

This article shows the results of research for demand of adult population for cornea transplantation and the level of provision with this method of medical aid in the regions of Ukraine.

KEY WORDS: **cornea, transplantation, demand, level of satisfaction.**

Рукопис надійшов до редакції 21.11.2013
Рецензент: д.мед.н., проф. В.І. Агарков

УДК 314.33.000.34(477)

Н.В. ЧЕПУРНОВА (Ужгород)

МІЖСЕКТОРАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО РЕАЛІЗАЦІЇ РЕПРОДУКТИВНОГО ПРАВА ДИСКОРДАНТНИХ ПАР В УКРАЇНІ

Закарпатський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом

Представлений аналіз міжсекторальних підходів до реалізації репродуктивного права дискордантних пар в Україні.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: ВІЛ-інфекція, репродуктивне право, дискордантні пари, вертикальна трансмісія ВІЛ.

В умовах демографічної кризи та епідемії ВІЛ-інфекції в Україні, народження дітей у дискордантної подружньої пари, у якій один із партнерів є ВІЛ-позитивним, інший – ВІЛ-негативним, є окремою проблемою системи охорони здоров'я.

Мета роботи: визначення міжсекторальних підходів до реалізації репродуктивного права дискордантних пар в Україні.

Матеріали та методи, що використані в ході виконання дослідження: метод описового моделювання з метою обґрунтування та розробки організаційної моделі реалізації репродуктивного права дискордантними парами та метод організаційного експерименту для його апробації.

Результати дослідження та їх обговорення. За результатами дослідження щодо наявної проблеми з реалізацією репродуктивного права дискордантними парами в Україні, складовими якої є відсутність унормованого показання до застосування допоміжних репродуктивних технологій у ВІЛ-інфікованих пацієнтів; відсутність державної підтримки у забезпеченні дискордантних пар медичною допомогою для народження дитини без ризику поширення ВІЛ-інфекції горизонтальним та вертикальним шляхом; відсутність кадрового, матеріального та організаційно-методичного ресурсу для застосування інноваційних репродуктивних технологій з доведеною ефективністю, нами пропонується організаційно-функціональна модель реалізації репродуктивного права дискордантними парами, яка заснована на міжсекторальному підході (рис.).

Міжсекторальність у вирішенні проблеми реалізації репродуктивного права дискордантними парами передбачає внесення змін до вітчизняного законодавства та галузевих нормативних документів щодо інформування населення щодо можливості в Україні у дискордантній подружній парі народити дитину без ризику ВІЛ-інфекції для ВІЛ-негативного партнера та новонародженої дитини, можливості застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) ВІЛ-інфікова-

ним пацієнтам, статистичного обліку дискордантних пар, профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ від матері до дитини та реорганізації Державної установи "Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України" (УЦКС) і міжрегіональних центрів профілактики та боротьби зі СНІДом, внесення змін до навчальних програм післядипломної освіти для підготовки спеціалістів з питань застосування методу внутрішньоматкової інсеминації (ВМІ) у дискордантної пари.

Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ), Національна академія медичних наук (НАМН) та Міністерство молоді та спорту України (Мінмолодьспорт) у співпраці мають забезпечити у нашій моделі розроблення та затвердження нормативно-правових актів щодо порядку забезпечення репродуктивного права дискордантних пар, а також через підпорядковані структури (Комітет протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам, управління охорони материнства, дитинства та санаторного забезпечення Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги та управління сім'ї, молоді та спорту) забезпечують організаційно-методичне керівництво впровадження методики ВМІ для дискордантних пар.

Одним із першочергових завдань щодо можливості реалізації репродуктивного права дискордантних пар в Україні є його нормативно-правове забезпечення. Для цього необхідно внести зміни до Законів України «Про внесення змін до Закону України "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» та «Про затвердження загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки» щодо можливості та матеріального забезпечення надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим особам із застосуванням інноваційних технологій ВМІ шляхом профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ (від матері

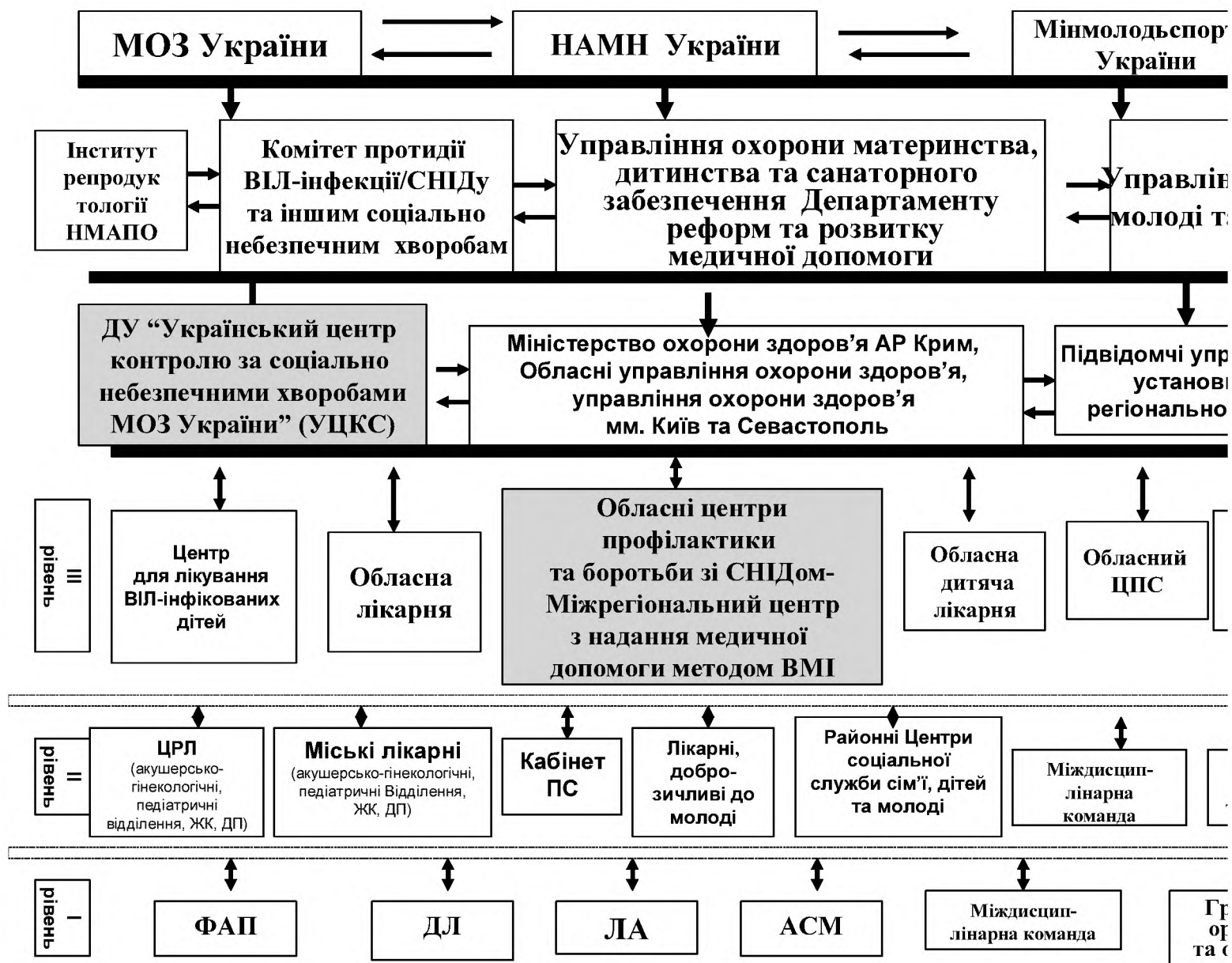


Рис. Організаційно-функціональна модель реалізації репродуктивного права дискордантними парами в Україні

до дитини) та горизонтального шляху передачі ВІЛ (від ВІЛ-інфікованого партнера дискордантної пари ВІЛ-негативному), оскільки нашим дослідженням доведено, що переважна частина досліджуваних ($91,0 \pm 1,4\%$) мали заробітну платню вище прожиткового мінімуму для України (прожитковий мінімум згідно із Законом України «Про державний бюджет України на 2011 рік» станом на 01.01.2011 р. становив 894 грн), а $45,5 \pm 2,5\%$ партнерів пацієнток мали зарплатню вище 2500 грн, але це недостатньо для покриття затрат на ВМІ, розміри якої становили в рамках пілотного проекту 1783 грн [2;3;5].

Необхідно також внести зміни до наказів МОЗ України від 09.09.2013 №787 «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні», зареєстрованого в Міністерстві юстиції від 02.10.2013 за № 1697/24229 щодо включення ВІЛ-інфекції до переліку показань, за якими застосовуються методики ДРТ, зокрема ВМІ, та від 29.11.2004 №579 «Про затвердження Порядку направлення жінок для проведення першого курсу лікування безплідності методами допоміжних репродуктивних технологій за абсолютними показаннями за бюджетні кошти», зареєстрованому в Міністерстві юстиції 15.02.2005 за №224/10504, у якому необхідно виключити ВІЛ-інфекцію з переліку протипоказань щодо застосування ДРТ [5;6].

Наступним важливим компонентом нашої моделі є забезпечення інформацією населення щодо можливості реалізації репродуктивного права дискордантними парами в Україні. Підготовкою інформаційних матеріалів та їх поширенням займаються заклади соціальної служби, підвідомчі Мінмолодьспорту, та заклади охорони здоров'я (ЗОЗ) усіх трьох рівнів організації медичної допомоги населенню спільно з Міждисциплінарними командами, унормованими наказом Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Державного департаменту України з питань виконання покарань та Міністерств праці та соціальної політики України від 23.11.2007 № 740/1030/4154/321/614а «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей», та громадськими організаціями і об'єднаннями [8].

Медична допомога дискордантним парам щодо реалізації репродуктивного права забезпечується лікувальними закладами відповідно до 3-рівневої системи медичної допомоги в Україні за визначеними нами додатковими функціями.

Важливим етапом реалізації Моделі є реєстрація, відбір пацієнтів з дискордантних пар та їх підготовка до процедури ВМІ. Ці завдання вико-

нують лікувальні заклади у співпраці з соціальними службами, міждисциплінарними командами та громадськими об'єднаннями I рівня (ФАП, ДЛ, ЛА, АСМ) та II рівня (ЦРЛ, МЛ, ЖК, ДП, кабінети ПС, лікарні, доброзичливі до молоді, районні центри соціальної служби сім'ї, дітей та молоді) з особливостями, визначеними нами у методичних рекомендаціях «Підготовка до вагітності дискордантних пар» та «Ведення вагітності після застосування внутрішньоматкової інсемінації у дискордантних пар» [1;7].

Процедура ВМІ дискордантній парі надається в УЦКС та міжрегіональних центрах з надання медичної допомоги методом ВМІ для дискордантних пар, створених на базі потужних обласних центрів профілактики та боротьби зі СНІДом, які є ЗОЗ III рівня надання медичної допомоги. Створення міжрегіональних центрів наблизить доступність послуги ВМІ до ВІЛ-інфікованих пацієнтів, а також за рахунок міжрегіонального підходу здешевить впровадження цього інноваційного методу за рахунок реорганізації через набуття додаткової функції щодо організації медичної допомоги дискордантним парам методами ДРТ. Для здійснення ВМІ у дискордантних пар необхідне обладнання для очищення сперми ВІЛ-інфікованого партнера дискордантної пари та лабораторне діагностичне обладнання, вартість якого у середньому для одного міжрайонного центру становить 115 тис. грн (вартість CO_2 інкубатора становить 100 тис. грн, центрифуги – 15 тис. грн), передбачивши кошти для придбання реактивів у розрахунку на одного пацієнта біля 800 гривень.

Акушерська медична допомога надається у ЗОЗ акушерсько-гінекологічного профілю на усіх рівнях медичної допомоги за організаційними та клінічними стандартами, визначеними наказами МОЗ України від 15.07.2011 № 417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні», від 09.09.2013 № 787 «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні» та галузевими клінічними протоколами [4].

Для підготовки кадрів щодо застосування ВМІ із очищенням сперми від ВІЛ є необхідним внесення змін до навчальних програм Українського державного інституту репродуктології (УДІР) Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика та організації тренінгового центру у Закарпатському обласному центрі профілактики та боротьби зі СНІДом, який має на сьогодні ресурсне забезпечення після реалізації пілотного проекту ВБО «Всеукраїнська Мережа людей, що живуть з ВІЛ» «Забезпечення доступу дискордантних щодо ВІЛ-інфекції пар до послуг із реалізації репродуктивних прав ВІЛ-інфікованих в Україні у 2010–2011 роках», який фінансувався Глобальним фондом.

Висновки

За означеним міжсекторальним підходом до реалізації репродуктивного права дискордантних пар в Україні є можливість впровадження інноваційних технологій у сфері репродуктивного здо-

ров'я, що позитивно позначиться на вирішенні демографічної проблеми.

Перспективи подальших досліджень полягають у подальшому спостереженні та вивченні проблеми реалізації репродуктивного права дискордантних пар в Україні.

Список літератури

1. *Ведення вагітності після застосування внутрішньоматкової інсемінації у дискордантних пар* : метод. реком. / Ю.П. Вдовиченко, Н.Г. Гойда, О.В. Грищенко [та ін.]. – К., 2012. – 25 с.
2. *Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки* : Закон України [Електронний документ]. – Шлях доступу: <http://www.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
3. *Про внесення змін до Закону України "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення* : Закон України: 2010 [Електронний документ]. – Шлях доступу: <http://www.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
4. *Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні* від 15.07.2011 : наказ МОЗ України № 417 [Електронний документ]. – Шлях доступу: <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
5. *Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні та галузевими клінічними протоколами* від 09.09.2013 : наказ МОЗ України № 787 [Електронний документ]. – Шлях доступу: <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
6. *Про затвердження Порядку направлення жінок для проведення першого курсу лікування безплідності методами допоміжних репродуктивних технологій за абсолютними показаннями за бюджетні кошти* від 29.11.2004. : наказ МОЗ України № 579 [Електронний документ]. – Шлях доступу: <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
7. *Підготовка до вагітності дискордантних пар* : метод. реком. / Ю.П. Вдовиченко, Н.Г. Гойда, О.В. Грищенко [та ін.]. – К., 2012. – 36 с.
8. *Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей* № 740/1030/4154/321/614а : наказ МОЗ України, МОН України, Мінсім'ї, молоді та спорту, Держ. деп. України з питань виконання покарань та Мінпраці та соціальної політики України від 23.11.2007 р. [Електронний документ]. – Шлях доступу: <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.

МЕЖСЕКТОРАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К РЕАЛИЗАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПРАВА ДИСКОРДАНТНЫХ ПАР В УКРАИНЕ

Н.В.Чепурнова (Ужгород)

Представлен анализ межсекторальных подходов к реализации репродуктивного права дискордантных пар в Украине.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ВИЧ-инфекция, репродуктивное право, дискордантные пары, вертикальная трансмиссия ВИЧ.

INTERSECTORAL APPROACHES TO THE REALIZATION OF THE DISCORDANT COUPLES REPRODUCTIVE RIGHTS IN UKRAINE

N.V.Chepurnova (Uzhorod)

The analysis intersectoral approaches to the implementation of reproductive rights discordant couples in Ukraine

KEY WORDS: HIV, reproductive law, discordant couples, vertical transmission of HIV.

Рукопис надійшов до редакції 09.12.2013 р.
Рецензент: д. мед. н., проф. О.М. Голяченко

ДОСВІД ІНТЕГРОВАНОГО УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ В САНАТОРІЇ «АВАНГАРД»

ДП «Клінічний санаторій «Авангард» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»

Проаналізовано та узагальнено результати впровадження інтегрованого управління якістю в умовах санаторію.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: інтегроване управління якістю, санаторій.

В умовах прагнення України до інтеграції в Європейське співтовариство з метою виконання Місії та задоволеності усіх зацікавлених сторін в санаторії реалізовано функції управління, які ґрунтуються на вимогах міжнародних стандартів ISO серії 9000. У них зазначені наступні обов'язкові документовані процедури: управління документацією та інформацією, управління невідповідностями, корегуючі дії, запобіжні дії, внутрішній аудит, управління реєстрацією даних про якість. Суттєвою відмінністю згаданих стандартів від їх попередників є вимога безперервного поліпшення якості та підхід до опису санаторію на основі бізнес-процесів. В управлінні якістю нами застосовано більше двох стандартів, тому дана система називається інтегрованою. Відповідність стандарту ISO 9000 означає, що досягнутий в санаторії рівень менеджменту відповідає мінімальному набору стандартизованих вимог, які відображають міжнародно визнані способи ведення бізнесу, що гарантує надання послуг передбачуваної якості.

Стандарт ISO 9000 визначає менеджмент як скоординовану діяльність, яка полягає у спрямуванні і контролюванні санаторію щодо якості. Таким чином, менеджмент якості невіддільний від загальної функції управління. Створюючи власну інтегровану систему управління якістю, ми брали за основу вісім основоположних принципів менеджменту якості: орієнтація на замовника, лідерство, залучення працівників, процесний підхід, системний підхід до управління, постійне поліпшення, прийняття рішень на підставі фактів, взаємовигідні стосунки з поставальниками.

Мета дослідження: проаналізувати досвід розробки та експлуатації інтегрованої системи менеджменту якості в умовах санаторію та вивчити її ефективність.

Матеріали і методи. Вивчено та запроваджено в умовах санаторію світовий досвід розвитку менеджменту якості.

Результати дослідження та їх обговорення. Розробка інтегрованої системи менеджменту якості (СМЯ) в умовах санаторію «Авангард» була гармонізована з вимогами загального управління якістю (TQM). З метою оптимізації витрат та професійного підходу до впровадження та експлуатації інтегрованої системи менеджменту якості керівництво санаторію запросило фахівця – консультанта з якості. Були визначені місія, бачення, мета, ціннісні орієнтири, стратегія розвитку санаторію і методи їх реалізації, визначені конкурентні переваги при наданні послуг і своя частка на ринку.

Лідер та його команда розробили політику у сфері якості, екологічну політику, політику якості при закупівлі і політику якості управління персоналом, які відображені у Настанові з якості.

Впровадження інтегрованої СМЯ забезпечило використання процесних підходів, зниження витрат і скорочення терміну освоєння інтегрованої СМЯ, виконання вимог замовників, відповідальність за якість кожного, попередження невідповідностей на усіх напрямках функціонування інтегрованої СМЯ із застосуванням статистичних методів управління якістю.

Робота розпочиналась з навчання фахівців санаторію, ознайомлення робочої групи з документацією та прийняття рішення щодо подальшої розробки інформаційних, організаційних та нормативних документів. Був виданий наказ про розробку та експлуатацію інтегрованої СМЯ, створення Координаційної ради з якості і робочої групи, призначено представника вищого керівництва з якості і менеджера з якості – керівника проекту розробки інтегрованої СМЯ.

На принципах TQM розроблена схема «Основних напрямків загального управління якістю», яка визначає шість основних напрямків: управління маркетинговою діяльністю, управління фінансово-економічною діяльністю, управління ресурсами, процесами, персоналом, якістю. Кожен із напрямків відображений у нормативній документації при розробці інтегрованої СМЯ.

Розроблені: організаційно-функціональна схема процесу управління санаторієм, карта процесів, в якій визначається алгоритм дій, починаючи від замовлення послуги. При цьому враховувались ідеї та пропозиції споживачів, їх обробка та аналіз сприяли подальшому покращенню якості надання послуг.

Важливим документом у процесному підході є розробка Переліку процесів з метою виконання вимог ISO 9001:2008, ISO 14000, ISO 22000:2005 та TQM.

Основні задачі, функції та відповідальність за впровадження екологічного менеджменту визначені у методологічній інструкції «Екологічний менеджмент».

Успіх і економічні показники санаторію залежать від професіоналізму персоналу, тому в санаторії розроблені Програми навчання з питань управління якістю, статистичних методів, управління екологічним менеджментом, загального управління якістю (TQM), програми ХАССП тощо.

Персонал санаторію ознайомився з інформаційними матеріалами, а в процесі розробки вивчив вимоги нормативних документів.

В період апробації інтегрованої СМЯ керівники підрозділів особливо наполегливо працюва-

ли з підлеглими для повного розуміння ними вимог відповідних стандартів, а в подальшому забезпечували її постійне вдосконалення. Внутрішній аудит інтегрованої СМЯ проводився відповідно до затвердженого плану. Отримання сертифікату на інтегровану СМЯ зобов'язує усіх членів колективу забезпечити безперечне виконання вимог, зазначених у нормативних документах інтегрованої СМЯ.

Санаторій було введено до складу організаційного комітету щодо забезпечення проведення Першої Всеукраїнської науково-практичної конференції «Якість в курортології», яка відбулась 23–26 травня 2007 р. в м.Євпаторія. Ряд наших робіт з даної тематики було опубліковано в тезах доповідей конференції.

Завдяки проведенню ефективної маркетингово-рекламної політики та заходів з підвищення конкурентоздатності оздоровниці, щороку зростала кількість путівок, які реалізуються за готівку через касу санаторію, що дозволяє поступово долати залежність заповнюваності оздоровниці від державних закупівель. Як видно з табл. 1, відбувається стійке зростання кількості реалізованих за готівку путівок та їхньої питомої ваги у загальній кількості реалізованих санаторієм путівок.

Таблиця 1. Кількість путівок, реалізованих за готівку, за період 2010–2012 рр.

Показник	2010 р.	2011 р.	2012 р.
Кількість путівок, реалізованих за готівку (шт.)	1074	1508	1663
Питома вага у загальній кількості реалізованих путівок (%)	16,5	22,9	26,8

Крім реалізації путівок, санаторій отримує доходи від діяльності відділення платних послуг, що не входять до вартості путівки. Фахівці відділення надають до 50 видів платних медичних послуг. Як видно з табл. 2, дохід від наданих платних послуг за останні три роки зріс на 128,8 тис. грн.

Для забезпечення якісного лікування та харчування хворих щороку зростали витрати на про-

дукти харчування та медикаменти у розрахунок на 1 ліжко-день (табл. 3).

У 2010–2012 рр. проводились усі передбачені законодавчими та нормативними документами підвищення заробітної плати штатним працівникам санаторію (табл. 4). При стабільній чисельності працюючих середня заробітна плата співробітників зростала і загалом за вказаний період збільшилася на 235 грн.

Таблиця 2. Дохід від платних послуг за період 2010–2012 р.

Показник	2010 р.	2011 р.	2012 р.
Дохід від платних послуг (тис. грн.)	716,9	799,6	845,7

Таблиця 3. Динаміка витрат в розрахунок на 1 ліжко-день за період 2010–2012 рр.

Витрати на 1 ліжко-день	2010 р.	2011 р.	2012 р.
На продукти харчування (грн.)	36,09	38,91	44,15
На медикаменти та процедури (грн.)	2,94	4,29	5,26

Таблиця 4. Динаміка чисельності працівників та рівня середньої заробітної плати за період 2010–2012 рр.

Показник	2010 р.	2011 р.	2012 р.
Середньооблікова чисельність працівників (чол.)	228	228	231
Середня заробітна плата на 1 штатного працівника (грн)	1652	1666	1887

Висновки

1. Колектив санаторію «Авангард» доклав багато зусиль для того, щоб впровадити систему якості у повсякденне життя і першим серед санаторіїв України отримати сертифікат на СМЯ та міжнародну нагороду «Європейська якість».

2. Впровадження СМЯ в умовах санаторію дало можливість гармонізувати та задовольнити інтереси пацієнтів, співробітників, постачальників та суспільства в цілому.

3. Найвищою оцінкою нашої діяльності як лікувально-оздоровчого закладу була оцінка споживача, яка прямо залежала від вміння персоналу вчасно і повно визначити його сподівання та забезпечити якість результатів лікування.

Перспективи подальших досліджень полягають у подальшому вивченні результатів впровадження СМЯ у роботу санаторно-курортних закладів.

Список літератури

1. Бичківський Р. Управління якістю : навч. посібн. / Р. Бичківський. – Л. : ДУ «Львівська політехніка», 2000. – 329 с.
2. ДСТУ ISO 9000, 9001, 9004. – К. : Держстандарт України, 2001.
3. Исикава К. Японский метод по управлению качеством / К. Исикава. – М. : Экономика, 1988. – 215 с.
4. Сміянов В. А. Визначення якості медичної допомоги та концепції розвитку / В. А. Сміянов // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2011. – № 1. – С. 86–95.
5. Тихоненко В. В. Создание эффективной системы управления качеством ISO 9001:2000. Методические рекомендации / В. В. Тихоненко. – К. : «УФПК», 2003. – 34 с.

ОПЫТ ИНТЕГРИРОВАННОГО УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ В САНАТОРИИ «АВАНГАРД»

П.В. Цвень (Немиров)

Проанализированы и обобщены результаты внедрения интегрированного управления качеством в условиях санатория.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: интегрированное управление качеством, санаторий.

THE EXPERIENCE OF THE INTEGRATED QUALITY MANAGEMENT IN SANATORIUM “AVANGARD”

P.V.Cven' (Nemyriv)

The results of the implementation of integrated quality management in sanatorium “Avangard” have been studied and summarized.

KEY WORDS: integrated quality management, sanatorium.

Рукопис надійшов до редакції 02.10.2013
Рецензент: д.мед.н., проф. О.М. Голяченко

УДК 616-082-053.001.73(477.51)

В.В. ГОРАЧУК (Київ)

ОЧІКУВАНІ ПОТРЕБИ ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ У МЕДИЧНІЙ ДОПОМОЗІ У 2013-2015 РОКАХ (НА ПРИКЛАДІ ЧЕРНІГІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ)

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Метою дослідження було визначити потреби дитячого населення у амбулаторній та стаціонарній медичній допомозі у 2013-2015 рр. (на прикладі Чернігівської області). Встановлено, що впродовж 2003–2012 рр. дитяча популяція області зменшилась на 2,6%, утримувався високий рівень хронічної (2274,11 на 1000 дітей) та зростає рівень гострої (на 6,3%) патології, збільшились рівні загальної (на 49,7%) та первинної (більш ніж удвічі) інвалідності, зросла потреба у відвідуваннях лікарів амбулаторної ланки на 151,7% та у госпіталізації до цілодобового (з 16,7% до 28,1%) і денного (з 3,2% до 5,7%) стаціонару.

У 2015 р. очікується подальше зниження чисельності дітей з 170 090 до 130 000 осіб при одночасному зростанні захворюваності та інвалідності і зростанні потреб у амбулаторній допомозі (з 2223025 до 2750000 відвідувань) та з 28,1% до 29,0% за рівнями госпіталізації – у стаціонарному лікуванні.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: дитяче населення, прогностичні показники, медична допомога.

Програмою економічних реформ в Україні на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» у розділі «Реформа медичного обслуговування» проголошено цілеспрямований національний курс на покращення показників здоров'я населення, зокрема шляхом підвищення якості медичної допомоги [5]. Забезпечення якості тісно пов'язано з визначенням очікуваних потреб населення у лікувально-діагностичних і профілактичних технологіях [2], що, в свою чергу, обумовлюється медико-демографічною ситуацією, рівнем і структурою захворюваності та поширеності захворювань, потужностями закладів охорони здоров'я [4]. Розрахунок потреб на найближчу і віддалену перспективу здійснюється з використанням методів статистичного аналізу, зокрема шляхом визначення основних тенденцій змін потреб у медичній допомозі у часі і просторі [3]. В сучасних умовах розвиток інформаційних технологій дозволяє спростити і прискорити необхідні розрахунки [1].

Мета дослідження – визначити потреби дитячого населення регіону у амбулаторній та стаціонарній медичній допомозі у 2013–2015 рр. (на прикладі Чернігівської області).

Матеріали і методи. Проведено аналіз динаміки демографічної ситуації, захворюваності дитячого населення, інвалідності дітей, навантаження закладів охорони здоров'я амбулаторного і стаціонарного типу за 2003–2012 рр.

з використанням відповідної кількості форм державної статистичної звітності: №12 «Звіт про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають у районі обслуговування лікувального закладу», №19 «Звіт про дітей-інвалідів віком до 18 років, які проживають у районі обслуговування лікувально-профілактичного закладу, будинку дитини або інтернатному закладі» та №20 «Звіт лікувально-профілактичного закладу». При здійсненні розрахунків прогностичних показників використовували метод статистичного аналізу динамічних рядів у МХ Excel.

Результати дослідження та їх обговорення. Системний аналіз використаних матеріалів засвідчив, що за період дослідження у Чернігівській області спостерігалось зменшення загальної чисельності наявного населення – з 1 206 817 осіб у 2003 р. до 1 077 800 осіб у 2012 р., що пов'язано з низьким рівнем народжуваності та його повільною позитивною динамікою (7,2 у 2003 р., 9,5 – у 2012 р. на 1000 осіб наявного населення) порівняно із стабільно високим рівнем смертності (відповідно 20,4 та 18,7) [6]. Неприятливі демографічні зміни торкнулись усіх вікових груп населення, у тому числі дитячого: кількість населення, яке перебувало під наглядом педіатричної мережі, скоротилась за період спостереження з 174 677 до 170 090 осіб (на 2,6%), незважаючи на приєднання у 2006 р. контингенту дітей підліткового віку. Як видно з рис. 1, чисельність дитячого населення буде скорочуватись і надалі та у найближчі роки становитиме не більше 130 000 осіб.

© В.В. Горачук, 2013

Повільне зростання числа дітей віком до 1 року – з 8 568 (4,9% від загальної кількості дитячого населення) до 10 068 (5,9% від загального числа дітей) немовлят – супроводжувалось активним скороченням чисельності груп населення віком 0–14 років – з 174 677 до 137 938 осіб (на 21,0%), а віком 15–17 років – з 47 029 у 2006 р. до 32 152 осіб у 2012 р. (на 31,6%).

Рівень втрат дитячого населення за досліджуваній період загалом зменшився: смертність дітей віком 0–17 років у різні роки коливалась

від 1,06 до 0,76, у 2012 р., показник дорівнював 0,96 на 1000 населення відповідного віку. Найбільшу питому вагу від усіх випадків смерті дітей віком 0–17 років становили випадки смерті дітей першого року життя: 56,6% у 2003 р., 83,0% – у 2012 р., що є природнім. Загалом показник малюкової смертності, хоча і нерівномірно, зменшувався – з 10,3 у 2003 р. до 9,1 – у 2012 р., з підйомами до 11,2 у 2004 р. і до 11,7 у 2005 р. на 1000 дітей, народжених живими.

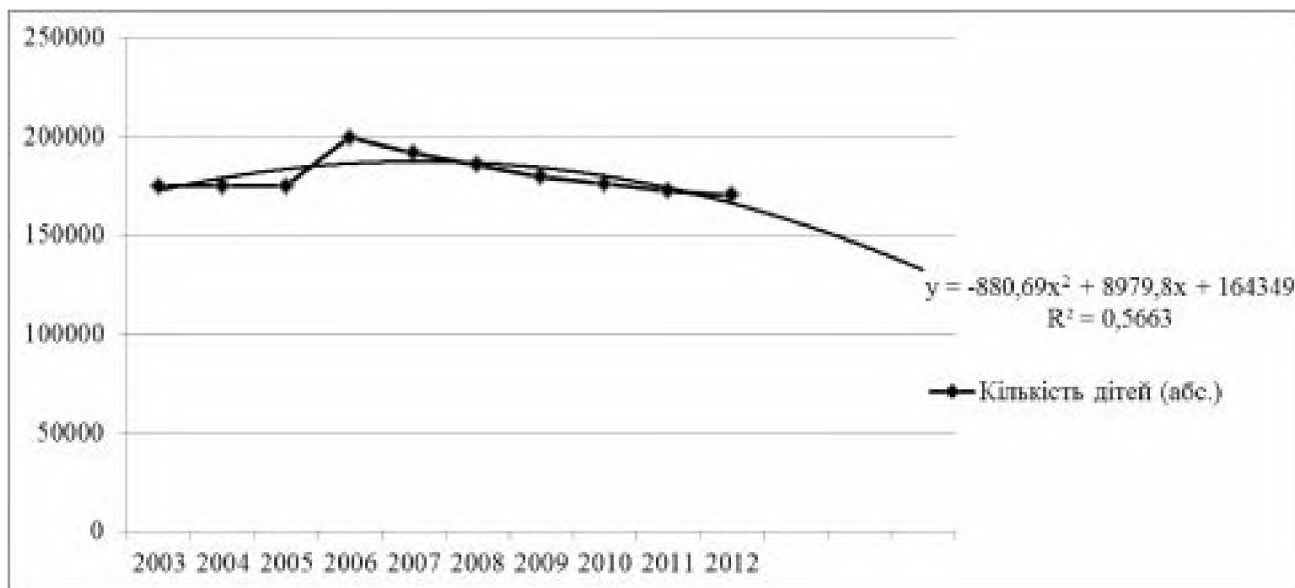


Рис. 1. Динаміка чисельності дитячого населення Чернігівської області у 2003–2012 рр. з прогнозними оцінками на 2013–2015 рр.

Аналіз динаміки поширеності дитячих хвороб в області за період 2003–2012 р. засвідчив її незначне зниження з 2327,65 до 2274,11 на 1000 дитячого населення, або на 2,4%. Первинна захворюваність зросла відповідно з 1396,16 до 1483,91, або на 6,3%. Слід очікувати зростання рівня захворюваності дітей у 2013–2015 рр.: поширеності хвороб – до 2450,0, а захворюваності – до 1750,0 на 1000 дітей (рис. 2).

Результати аналізу структури поширеності за класами хвороб засвідчили, що у 2003 р. переважали хвороби органів дихання (975,77), ендокринної системи (252,5), органів травлення (220,74), шкіри і підшкірної клітковини (90,21), нервової системи (85,83). Найвищі рівні захворюваності спостерігались на хвороби органів дихання (898,53), шкіри і підшкірної клітковини (78,61), травми та отруєння (55,54), хвороби органів травлення (50,25) та вуха і соскоподібного відростка (34,01).

У 2012 р. при сталій першій позиції рівня поширеності хвороб органів дихання (1174,97) друге місце займали хвороби органів травлення (191,72), третє – ендокринної системи (120,12),

четверте – хвороби ока і придаткового апарату (94,09), а п'яте – шкіри і підшкірної клітковини (83,3). Первинна захворюваність формувалась хворобами органів дихання (1096,62), хворобами шкіри і підшкірної клітковини (68,52), травмами та отруєннями (49,42), хворобами органів травлення (40,4), ока і його придаткового апарату (34,06).

Аналіз закономірностей динаміки дитячої інвалідності засвідчив, що її рівень зріс з 153,2 на 10 тис. населення у 2003 р. до 229,4 у 2012 р. (на 49,7%) і зростатиме у найближчі роки з досягненням рівня 252,0 на 10 тис. дитячого населення. Рівень первинної інвалідності зріс у понад двічі – з 14,2 у 2003 р. до 29,0 у 2012 р. і у 2013–2015 рр. залишатиметься на рівні 2012 р.

Провідні місця у структурі інвалідності, як загальної, так і первинної, впродовж періоду спостереження стабільно займали вроджені аномалії, хвороби нервової системи, розлади психіки та поведінки.

Встановлено, що за період 2003–2012 рр. потреба дитячого населення у амбулаторно-поліклінічній допомозі зросла і буде зростати у

найближчі роки (рис. 3): у 2003 р. до лікарів в амбулаторно-поліклінічні заклади здійснено всього 883162 відвідування (профілактичних і з приводу захворювань), а у 2012 р. – 2 223 025 відвідувань (збільшення на 151,7%), перспектива подальшо-

го зростання становить до 2 750 000 відвідувань у 2015 р. Число відвідувань лікарями удома за відповідний період часу незначно зменшилось (з 208 370 до 198 968, або на 4,6%), і залишатиметься в наступні три роки на рівні 2012 р.

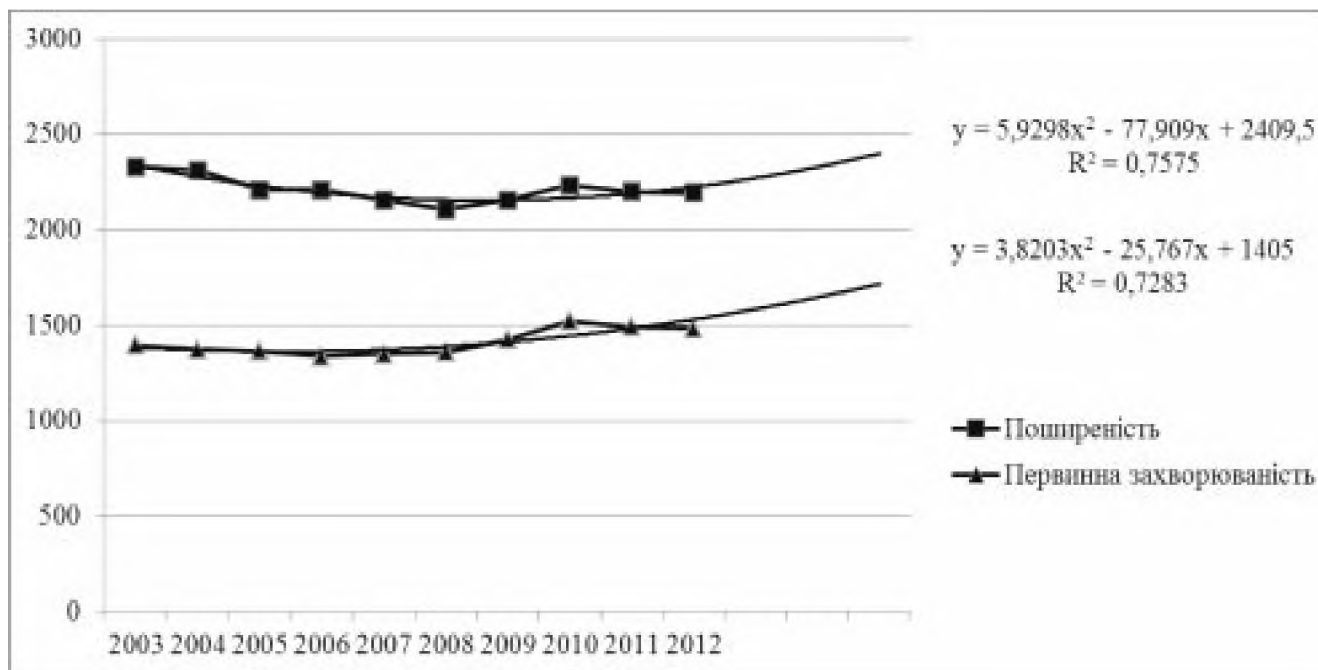


Рис. 2. Динаміка поширеності і первинної захворюваності дитячого населення Чернігівської області у 2003-2012 рр. з прогнозними оцінками на 2013-2015 рр. (на 1000 нас. віком 0-17 років)

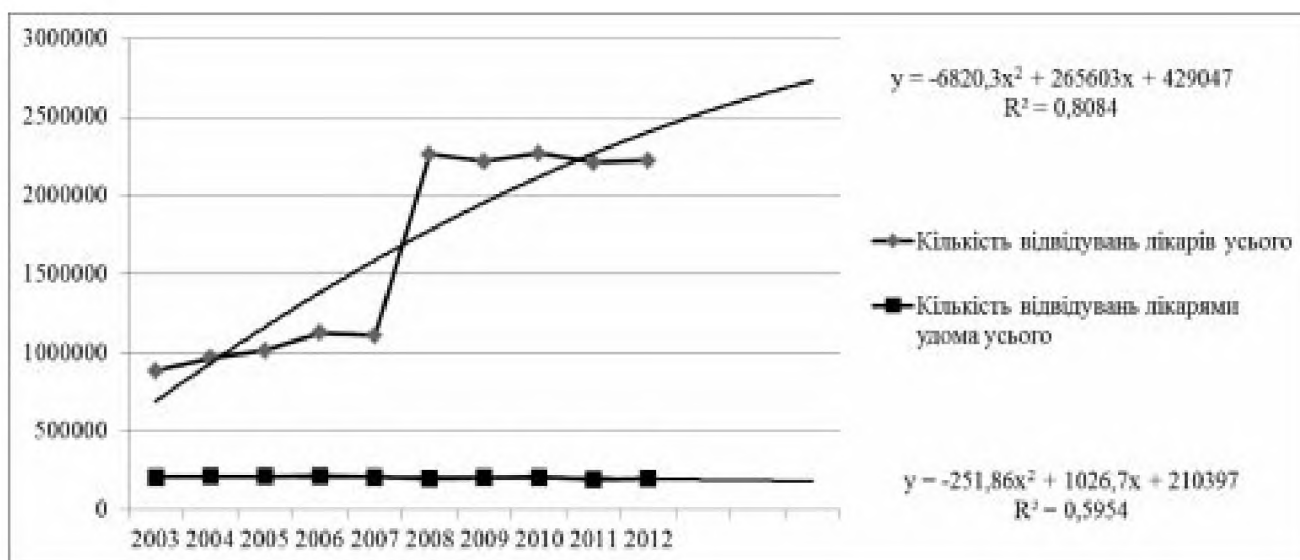


Рис. 3. Динаміка потреб дитячого населення Чернігівської області у амбулаторно-поліклінічній допомозі у 2003-2012 рр. (абс. кількість відвідувань) з прогнозними оцінками на 2013-2015 рр.

Аналіз рівня госпіталізації дітей дозволив визначити їх фактичні потреби у стаціонарній допомозі, які зросли на цілодобових ліжках з 16,7% до 28,1% з наступним помірним зростанням у найближчій перспективі до 29,0% (рис. 4). По-

треби дітей у лікуванні на ліжках денних стаціонарів зросли відповідно з 3,2% до 5,7%; найближчими роками слід очікувати рівні госпіталізації в межах 5,2%.

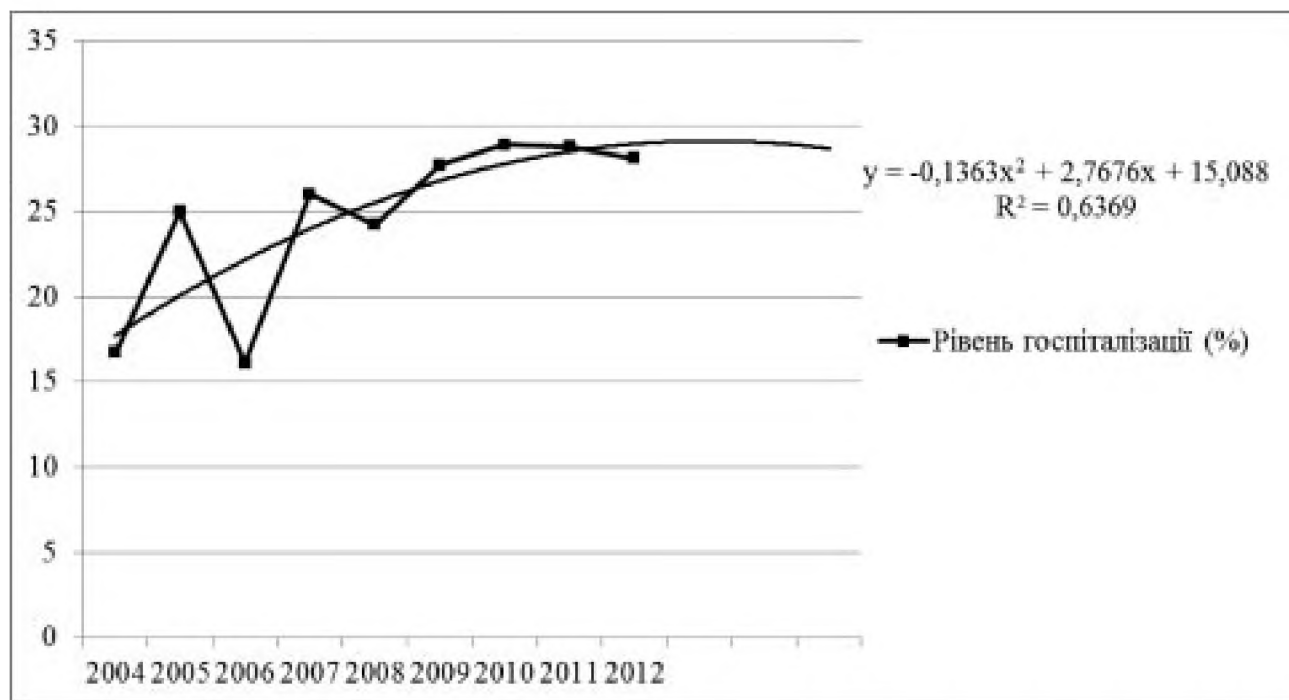


Рис. 4. Рівень госпіталізації дітей Чернігівської області на цілодобові ліжка (2003-2012 рр.) з прогнозними оцінками на 2013-2015 рр.

Висновки

1. Встановлено, що впродовж 2003–2012 рр., паралельно зі зменшенням дитячої популяції області (на 2,6%), відбувалось погіршення стану її здоров'я за рахунок утримання високого рівня хронічної (2274,11 на 1000 дітей) та зростання рівня гострої (на 6,3%) патології, збільшення загальної (на 49,7%) та первинної (у понад двічі) інвалідності.

2. Виявлено, що перші рангові місця у структурі поширеності незмінно займали хвороби органів дихання, ендокринної системи та органів травлення, а первинної захворюваності – хвороби органів дихання, шкіри і підшкірної клітковини, травми та отруєння.

3. За період дослідження зросла потреба дітей у відвідуваннях лікаря амбулаторної ланки на 151,7% та у госпіталізації до цілодобового – з 16,7 до 28,1% і денного – з 3,2 до 5,7% стаціонару.

4. Прогнозні оцінки засвідчили подальше зниження чисельності дитячого населення області з 170 090 до 130 000 осіб при одночасному зростанні поширеності, первинної захворюваності та інвалідності дітей, що відповідним чином формуватиме зростання потреб в амбулаторно-поліклінічній допомозі – з 2 223 025 до 2 750 000 відвідувань лікарів та помірне збільшення потреб у стаціонарному лікуванні – з 28,1% до 29,0%.

5. Отримані дані допоможуть керівникам педіатричної служби області оперативно планувати відповідне ресурсне забезпечення.

Перспективи подальших досліджень у даному напрямку полягають у визначенні прогнозних оцінок потреби дитячого населення у медичній допомозі за класами хвороб з урахуванням рівнів медичної допомоги.

Список літератури

1. Зайцев В. М. Прикладная медицинская статистика: учебн. пособ. / В.М. Зайцев, В.Г. Лифляндский, В.И. Маринкин. – СПб : ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2006. – С. 350–371.
2. Зюков О. Л. Сучасні підходи до визначення змісту поняття «Якість медичної допомоги» / О. Л. Зюков // Охорона здоров'я України. – 2007. – №3–4. – С. 54–59.
3. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения : учебн. пособ. для практических занятий / под ред. В. З. Кучеренко. – 4-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 256 с.
4. Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі : наказ МОЗ України від 15.07.2011 № 420 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110715_420.html – Назва з екрану.
5. Програма економічних реформ в Україні на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава». – К., 2010. – 87 с.
6. <http://www.ukrstat.gov.ua> (Офіційний сайт Державного комітету статистики України).

ОЖИДАЕМЫЕ ПОТРЕБНОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В 2013-2015 ГГ. (НА ПРИМЕРЕ ЧЕРНИГОВСКОЙ ОБЛАСТИ)*В.В. Горачук (Киев)*

Целью исследования было определить потребности детского населения в амбулаторной и стационарной медицинской помощи в 2013–2015 гг. (на примере Черниговской области). Установлено, что в течение 2003–2012 гг. детская популяция области уменьшилась на 2,6%, оставался высоким уровень хронической (2274,11 на 1000 детей) и увеличивался уровень острой (на 6,3%) патологии, увеличились уровни общей (на 49,7%) и первичной (более чем вдвое) инвалидности, возросла потребность в посещении врачей амбулаторного звена на 151,7% и в госпитализации в круглосуточный (с 16,7% до 28,1%) и дневной (с 3,2% до 5,7%) стационары.

В 2015 г. ожидается снижение численности детей с 170090 до 130000 человек при одновременном росте заболеваемости и инвалидности и увеличении потребности в амбулаторной помощи (с 2223025 до 2750000 посещений) и с 28,1% до 29,0% по уровням госпитализации – в стационарном лечении.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: *детское население, прогнозные показатели, медицинская помощь.*

EXPECTED REQUIREMENTS OF CHILD'S POPULATION IN HEALTH CARE IN 2013-2015 (ON THE EXAMPLE CHERNIHIV REGION)*V.V. Horachuk (Kyiv)*

The aim of the study was to identify the needs of the child's population in outpatient and inpatient medical care in 2013-2015 years (on the example Chernihiv region). During the 2003-2012 years children's area population decreased by 2.6% and remained high chronic level (2274.11 per 1000 children) and increased rates of acute (6.3%) pathology, increased levels of total (49.7%) and primary (more than twice) disability, increased the demand for physician visits for outpatient 151.7% and hospitalization in non-stop - from 16.7 to 28.1% - and the day - 3.2% to 5.7% - hospitals have been founded.

In 2015 is expected to decrease the number of children with 170,090 to 130,000 persons, while the growth of disease and disability, as well as increasing demand for outpatient - with 2,223,025 to 2,750,000 visits to physicians - care and from 28.1% to 29.0% in the level of hospitalization - in-patient treatment.

KEY WORDS: *child's population, forecast indicators, medical care.*

Рукопис надійшов до редакції 12.12.2013

Рецензент: д.мед.н., проф. Н.Г. Гойда

УДК 616-082:001.8(477.81)

В.Я. БОЙКО (Рівне)

АНАЛІЗ ЗВЕРНЕНЬ НАСЕЛЕННЯ РІВНЕНСЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНОЮ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ

Департамент охорони здоров'я Рівненської обласної державної адміністрації

У статті представлено аналіз звернень населення Рівненської області за амбулаторно-поліклінічною медичною допомогою у 2006–2011 рр. за типом поселення та віко-статевими групами.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: амбулаторно-поліклінічна медична допомога, населення, звернення, рівні, причини.

В Україні проводиться комплексне реформування системи охорони здоров'я [6;7]. Реформа передбачає оптимізацію усіх рівнів та етапів надання медичної допомоги населенню [3;5]. Важливе місце у системі надання медичної допомоги займає амбулаторно-поліклінічна допомога [4]. Для прогнозування потреби населення у різних видах медичної допомоги необхідно проводити поглиблений аналіз стану здоров'я населення регіону та діяльності існуючої системи медичної допомоги [1;2]. Вказане і визначило актуальність даного дослідження.

Мета роботи: вивчити та проаналізувати рівень звернень населення Рівненської області за амбулаторно-поліклінічною медичною допомогою.

Матеріали і методи. У ході виконання роботи використано статистичний метод – вивчалися дані статистичної звітності обласного інформаційного центру Департаменту охорони здоров'я Рівненської обласної державної адміністрації за період 2006–2011 років.

Результати дослідження та їх обговорення. Упродовж 2006–2011 рр. спостерігалася чітка тенденція до підвищення загального рівня зверненості населення Рівненської області за амбулаторно-поліклінічною допомогою: 2006 р. – 5214,3, 2008 р. – 5306,3, 2011 р. – 5434,1 на 1000 населення. Зростання рівнів звернень населення за амбулаторно-поліклінічною допомогою відмічалася як в містах, так і в селах: 2006 р. – 5337,2; 2011 р. – 5516,1; 2006 р. – 5110,1; 2011 р. – 5360,6 відповідно (рис. 1).



Рис. 1. Рівні звернень населення за амбулаторно-поліклінічною допомогою (на 1000 населення) у 2006 р. та 2011 р.

Проте підвищення рівнів звернення відмічається тільки у вікових групах 10–29 та 40–44 років. У вікових групах 50–69 років – навпаки відмічається їх зменшення порівняно з 2006 р.

У 2011 р. найвищий рівень звернень за амбулаторно-поліклінічною допомогою спостерігався

серед чоловіків вікової групи старше 60 років, які проживали у містах (7686 на 1000 відповідного населення), найнижчий – серед жінок цієї ж вікової групи, які проживали у селах (3270 на 1000 відповідного населення). Чоловіки міських поселень з віком частіше звертаються по амбулаторно-поліклінічну допомогу, а жінки – менше (рис. 2).

© В.Я. Бойко, 2013

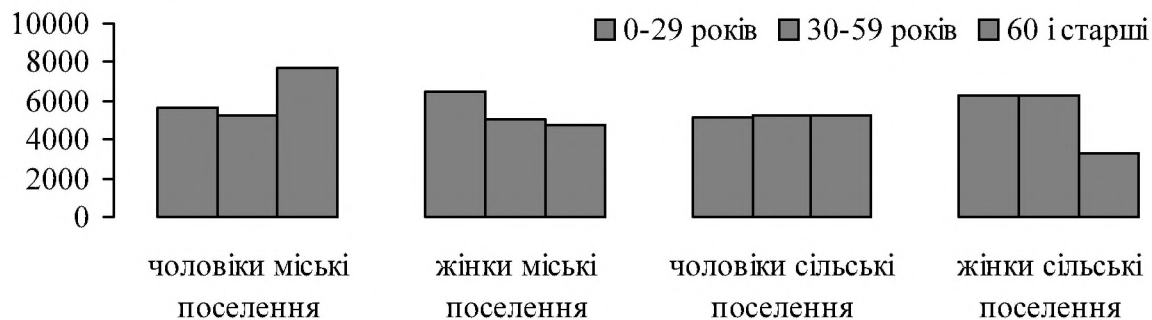


Рис. 2. Рівні звернень за амбулаторно-поліклінічною допомогою населення різних віко-статевих груп та типу поселення (2011 р., на 1000 відповідного населення)

У структурі звернень перше рангове місце посідали хвороби системи кровообігу (1370,4 на 1000 населення), друге – хвороби органів дихання (1117,6 на 1000 населення), третє – хвороби органів травлення (536,4 на 1000 населення),

четверте – ендокринні хвороби (380,1 на 1000 населення), п'яте – хвороби ока (322,5 на 1000 населення) та кістково-м'язової системи (309 на 1000 населення) (рис. 3).

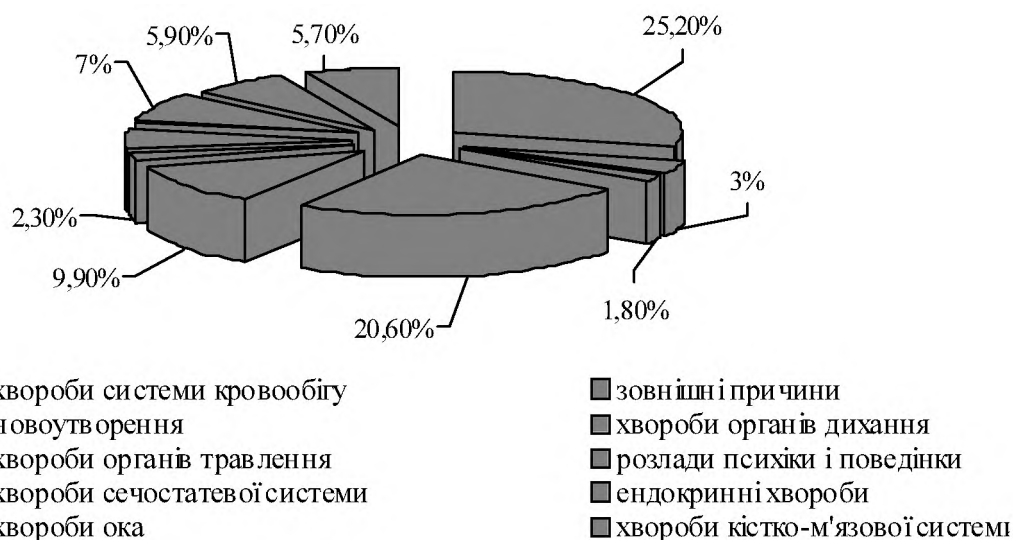


Рис. 3. Структура звернень за амбулаторно-поліклінічною допомогою за класами хвороб (міські та сільські поселення, обидві статі), 2011 р.

Рівень звернень населення за амбулаторно-поліклінічною допомогою з приводу хвороб системи кровообігу у 2011 р. порівняно з 2006 р. збільшився на 8,7% – з 1260,7 до 1370,4 на 1000 населення. Аналізуючи динаміку змін звернень, слід зазначити, що у 2008 р. порівняно з 2006 р. спостерігалось значне підвищення (удвічі) рівнів звернень населення вікової групи старше 65 років до амбулаторно-поліклінічних закладів – з 1988,5 до 3993,4 на 1000 відповідного населення. Проте у 2011 р. ці показники суттєво зменшилися, залишившись високими у віковій групі 60–69 років. Перевищення порівняно з 2006 р. становить 1,6 разу: 2006 р. – 3432,9 на 1000 відповідного населення, 2011 р. – 5379,1.

У віковій групі 45–54 років, навпаки, відмічалося зниження показника звернень населення за амбулаторно-поліклінічною допомогою (у 1,4 разу) – з 2439,8 на 1000 відповідного населення у 2006 р. до 1750,96 у 2011 р. (рис. 4).

Найбільша питома вага у структурі звернень належить ішемічній хворобі серця – 33% (2006 р. – 423,1; 2011 р. – 459,8 на 1000 населення), на другому місці гіпертонічна хвороба – 23% (2006 р. – 329,4; 2011 р. – 313,5 на 1000 населення), на третьому – стенокардія – 8% (2006 р. – 107,6; 2011 р. – 196,5 на 1000 населення).

З приводу ішемічної хвороби серця найбільша кількість звернень за амбулаторно-поліклінічною допомогою у 2006 р. спостерігалася у віковій групі 60–74 роки. Слід зазначити, що порівняно з 2006 р. у 2011 р. на тлі незначного збільшення рівня звернень з приводу ішемічної хвороби серця до амбулаторно-поліклінічних закладів відмічалось суттєве помолодшання контингенту хворих. Так, у віковій групі 35–54 роки збільшення рівнів звернень за амбулаторно-поліклінічною допомогою, як у містах, так і у сільських поселеннях, становило 6–9 разів (табл. 1).

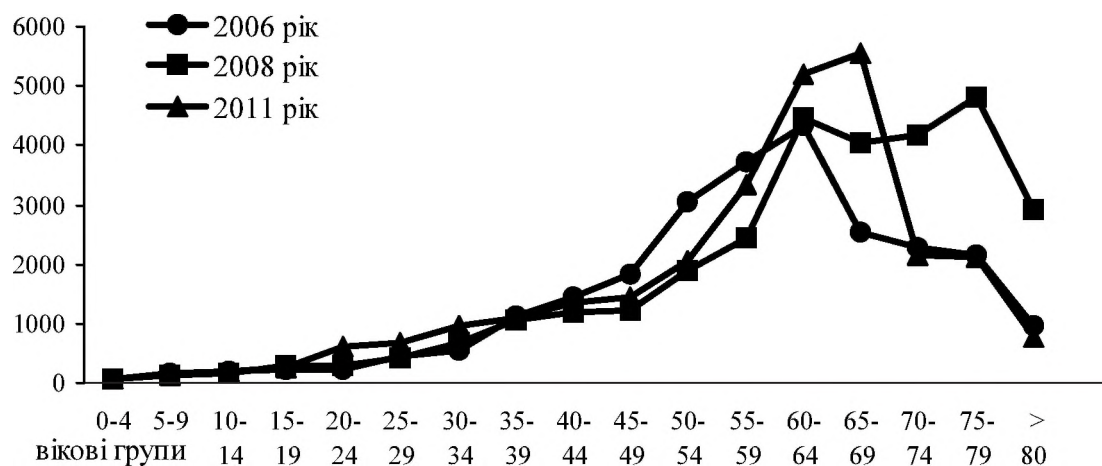


Рис. 4. Рівні звернень населення різних вікових груп за амбулаторно-поліклінічною допомогою (на 1000 населення) у 2006 р., 2008 р., 2011 р.

Таблиця 1. Рівні звернень за амбулаторно-поліклінічною допомогою з приводу ішемічної хвороби серця населення різних віко-статевих груп та типу поселення у 2006 р. та 2011 р.

Вікова група, роки	Міські поселення					
	чоловіки			жінки		
	2011	2006	коефіцієнт збільшення	2011	2006	коефіцієнт збільшення
25-29	0,12	0,19	0,6	0,11	0,22	0,5
30-34	10,93	4,65	2,4	11,67	5,03	2,3
35-39	163,00	19,29	8,4	171,56	18,97	9,0
40-44	319,44	34,15	9,4	304,16	32,67	9,3
45-49	500,68	54,29	9,2	464,12	51,39	9,0
50-54	1081,02	167,31	6,5	971,87	151,12	6,4
55-59	1595,48	896,65	1,8	1348,08	792,13	1,7
60-64	2481,13	2734,21	0,9	2013,68	2212,51	0,9
65-69	3025,17	4844,47	0,6	2200,95	3585,41	0,6
70-74	1807,12	6834,24	0,3	1122,62	4404,14	0,3
75-79	1177,23	684,30	1,7	638,27	357,88	1,8
80 і старші	106,13	470,83	0,2	39,95	172,64	0,2
Всього	474,38	439,46	1,1	460,18	427,60	1,1
Вікова група, роки	Сільська місцевість					
	чоловіки			жінки		
	2011	2006	коефіцієнт збільшення	2011	2006	коефіцієнт збільшення
25-29	0,14	0,18	0,8	0,15	0,24	0,6
30-34	10,88	4,30	2,5	13,34	5,40	2,5
35-39	147,97	16,76	8,8	184,91	22,57	8,2
40-44	280,29	34,88	8,0	365,73	44,46	8,2
45-49	522,12	58,57	8,9	631,88	70,60	9,0
50-54	1148,39	186,27	6,2	1310,70	212,91	6,2
55-59	1785,48	970,01	1,8	1853,22	942,79	2,0
60-64	2700,36	2313,33	1,2	2312,41	1830,50	1,3
65-69	2458,19	3472,66	0,7	1649,48	2327,45	0,7
70-74	1220,99	3378,60	0,4	691,86	2026,23	0,3
75-79	579,95	338,63	1,7	291,19	177,45	1,6
80 і старші	58,54	266,81	0,2	21,78	91,27	0,2
Всього	441,09	405,04	1,1	465,29	423,58	1,1

З приводу гіпертонічної хвороби також відмічалося зменшення рівня звернень до амбулаторно-поліклінічних закладів: 2006 р. – 329,4 на 1000 населення; 2011 р. – 313,5. Характерним є помолодшання контингенту хворих, що зверталися до поліклінічних закладів з приводу гіпертонічної хвороби, а також зменшення відвідувань поліклінік населенням вікової групи 70–79 років з приводу цієї хвороби. Так, порівняно з 2006 р. у віковій групі 15–19 років рівень звернень збільшився у 1,5 разу – з 2,7 до 4,1 на 1000 відповідного населення; поступово збільшувався

рівень звернень у віковій групі 10–14 років (2008 р. – 0,8; 2011 р. – 1,3 на 1000 відповідного населення). У віковій групі 70–79 років рівень звернень пацієнтів за амбулаторно-поліклінічною допомогою з приводу гіпертонічної хвороби порівняно з 2006 р. зменшився на 37% – з 74,1 до 46,7 на 1000 відповідного населення.

Суттєвих якісних змін упродовж 2006–2011 рр. зазнала звертальність за амбулаторно-поліклінічною допомогою пацієнтів, що хворіють на стенокардію (табл. 2).

Таблиця 2. Рівні звернень за амбулаторно-поліклінічною допомогою з приводу стенокардії населення різних віко-статевих груп та типу поселення у 2006 р. та 2011 р.

Вікова група, роки	Міські поселення					
	чоловіки			жінки		
	2011	2006	коефіцієнт збільшення	2011	2006	коефіцієнт збільшення
0-29	-	-	-	-	-	-
30-34	6,53	0,31	21,1	6,83	0,39	17,5
35-39	116,47	12,58	9,3	122,56	12,40	9,9
40-44	156,68	45,50	3,4	149,21	43,55	3,4
45-49	141,92	123,09	1,2	131,65	116,52	1,1
50-54	153,04	413,33	0,4	137,63	373,24	0,4
55-59	303,42	461,22	0,7	256,41	407,42	0,6
60-64	356,99	687,31	0,5	289,64	556,02	0,5
65-69	474,52	498,03	1,0	345,30	368,65	0,9
70-74	580,84	448,98	1,3	360,90	289,30	1,2
75-79	698,83	66,42	10,5	379,02	34,81	10,9
80 і старші	354,63	71,56	5,0	134,02	26,38	5,1
Всього	109,82	111,74	1,0	106,54	108,73	1,0
Вікова група, роки	Сільська місцевість					
	чоловіки			жінки		
	2011	2006	коефіцієнт збільшення	2011	2006	коефіцієнт збільшення
0-29	-	-	-	-	-	-
30-34	6,41	0,35	18,3	0,15	0,39	0,4
35-39	105,72	10,94	9,7	132,12	14,75	9,0
40-44	137,49	46,52	3,0	179,37	59,23	3,0
45-49	148,08	132,76	1,1	179,14	160,00	1,1
50-54	162,60	460,10	0,4	185,56	525,92	0,4
55-59	339,64	498,92	0,7	352,47	484,96	0,7
60-64	388,43	581,35	0,7	332,66	460,08	0,7
65-69	385,60	357,04	1,1	258,76	239,28	1,1
70-74	392,54	221,89	1,8	222,39	133,12	1,7
75-79	344,33	32,84	10,5	172,86	17,21	10,0
80 і старші	196,03	40,77	4,8	72,75	13,89	5,2
Всього	102,12	102,99	1,0	107,71	107,70	1,0

Незважаючи на те, що загальні рівні звертальності чоловіків і жінок, як у міських поселеннях так і у сільській місцевості, у 2011 р. порівняно з 2006 р. не змінилися, у вікових групах 30–44 роки

зафіксовано підвищення їх рівня в 4,4 разу, а у віковій групі 75–79 років – у 10 разів. У віковій групі 50–64 роки, навпаки, відмічалося зменшення у приблизно два рази.

Пацієнти з хворобами органів дихання посідають друге місце у структурі звернень за амбулаторно-поліклінічною допомогою. Порівняно з 2006 р. рівень звернень у 2011 р. збільшився на 12,7% – з 991,7 до 1117,6 на 1000 населення, за

рахунок підвищення відвідувань з приводу пневмонії (збільшення на 32,9% – з 16,7 до 22,2 на 1000 населення). Рівень звернень з приводу хронічного бронхіту, навпаки, зменшився на 11,1% – з 61 до 54,2 на 1000 населення (рис. 5).

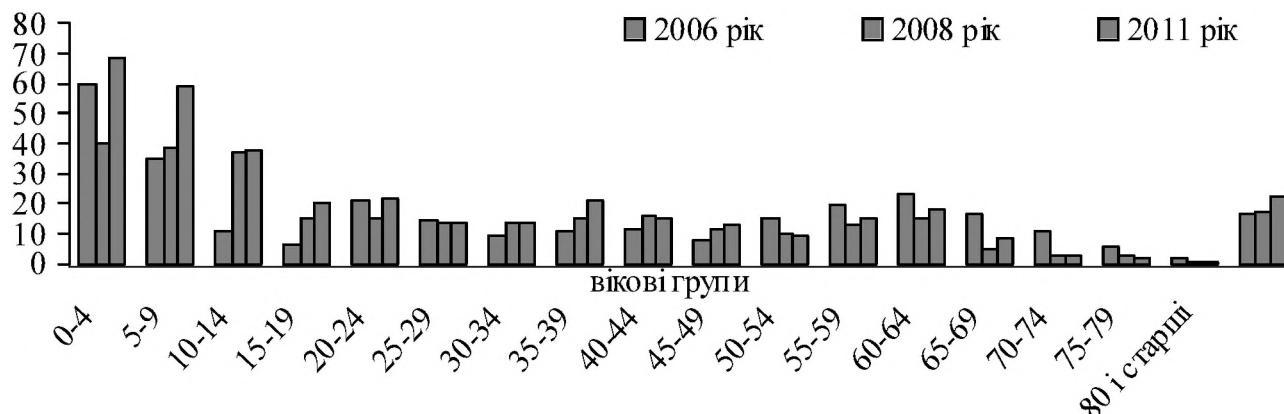


Рис. 5. Рівні звернень населення різних вікових груп за амбулаторно-поліклінічною допомогою з приводу пневмонії (на 1000 населення), 2006 р., 2008 р., 2011 р.

Найвищий рівень звернень з приводу пневмонії спостерігається серед дитячого населення. У 2011 р. порівняно з 2006 р. даний показник у віковій групі 0–4 роки збільшився на 14% – з 60,2 до 68,7 на 1000 відповідного населення, а порівняно з 2008 р., коли відмічався спад звернень з приводу пневмонії, у цій віковій групі збільшення становило 71,8% – з 40 до 68,7 на 1000 відповід-

ного населення. Динаміка змін залежно від типу поселення майже однакова.

У віковій групі 5–14 років збільшення рівня звернень становило 2,1 разу. На відміну від вікової групи 0–4 роки, збільшення загального рівня звернень з приводу пневмонії у цій віковій групі відбулося більше за рахунок сільського населення та чоловічої статі міської місцевості (табл. 3).

Таблиця 3. Рівні звернень за амбулаторно-поліклінічною допомогою з приводу пневмонії населення різного типу поселення вікової групи 5–14 років (на 1000 населення)

Стать	Рік	Вікові групи, динаміка змін			
		5–9 років	динаміка змін 2011/2006	10–14 років	динаміка змін 2011/2006
Міські поселення					
чоловіки	2006	39,70	1,6	11,61	3,7
чоловіки	2011	63,75		42,94	
жінки	2006	46,72	1,6	42,94	1,2
жінки	2011	75,92		50,53	
Сільські поселення					
чоловіки	2006	27,04	1,8	8,82	3,4
чоловіки	2011	47,92		29,65	
жінки	2006	31,86	1,8	10,29	3,4
жінки	2011	57,49		34,83	

У вікових групах 20–29 років рівень звернень з приводу пневмонії у 2011 р. порівняно з 2006 р. залишався майже без змін. Підвищення рівнів звернень з приводу пневмонії відмічалось у віковій групі 30–49 років у 1,6 разу, а у віковій групі старше 50 років – зменшення у 1,7 разу.

Третє місце у структурі звернень за амбулаторно-поліклінічною допомогою посідають пацієн-

ти із хворобами органів травлення. Порівняно з 2006 р. рівень звернень у 2011 р. збільшився на 9,1% – з 491,7 до 536,4 на 1000 населення. Збільшення рівнів звернень спостерігалось за рахунок усіх основних нозологічних форм (виразкова хвороба – на 6,2%, гепатити – на 18%, хвороби підшлункової залози – на 29%, холецистити – на 8,9%), за винятком жовчнокам'яної хвороби,

з приводу якої даний показник зменшився у три рази – з 49,4 до 16,4 на 1000 населення.

З приводу хвороб підшлункової залози у 2011 р. порівняно з 2006 р. відмічалось найвище

збільшення рівнів звернень населення за амбулаторно-поліклінічною допомогою за класом хвороб органів травлення – з 33,6 до 43,5 на 1000 населення (табл. 4).

Таблиця 4. Рівні звернень за амбулаторно-поліклінічною допомогою з приводу хвороб підшлункової залози населення різних статевих-вікових груп та типу поселення у 2006 р. та 2011 р.

Вікова група, роки	Міські поселення					
	чоловіки			жінки		
	2011	2006	коефіцієнт збільшення	2011	2006	коефіцієнт збільшення
0-14	11,4	9,9	1,2	13,5	11,6	1,2
15-29	21,3	10,1	2,1	22,9	10,8	2,1
30-49	54,4	49,6	1,2	54,2	45,1	1,2
50-54	60,61	70,03	0,9	54,54	63,22	0,9
55-59	80,70	70,41	1,1	68,14	62,26	1,1
60-64	89,22	99,35	0,9	72,41	80,33	0,9
65 і старші	117,70	66,9	1,8	68,3	39,8	1,7
Всього	44,84	34,85	1,3	43,50	33,90	1,3
Вікова група, роки	Сільська місцевість					
	чоловіки			жінки		
	2011	2006	коефіцієнт збільшення	2011	2006	коефіцієнт збільшення
0-14	8,4	7,3	1,2	10,0	8,6	1,2
15-29	23,9	11,6	2,1	29,5	14,4	2,0
30-49	51,9	44,3	1,2	64,7	56,2	1,2
50-54	64,42	77,96	0,8	73,51	89,09	0,8
55-64	93,3	79,4	1,2	88,6	70,6	1,3
65 і старші	76,5	38,7	2,0	40,2	21,3	1,9
Всього	41,69	32,10	1,3	43,98	33,59	1,3

Найбільше підвищення рівнів звернень спостерігалось у віковій групі 15–29 років та старше 65 років, як серед міського, так і сільського населення. Поряд з цим відмічалось зменшення звернень до амбулаторно-поліклінічних закладів з приводу хвороб підшлункової залози населення вікової групи 50–54 роки, а у містах, крім того, населення вікової групи 60–64 роки.

Суттєве підвищення звернень населення за амбулаторно-поліклінічною допомогою з приводу гепатитів (з 19,3 на 1000 населення у 2006 р. до 22,8 у 2011 р.) відбулося за рахунок збільшення звернень населення вікових груп 15–19 років (з 0,69 до 1,1 на 1000 відповідного населення) та старше 45 років (табл. 5).

Одночасно відмічалось суттєве зменшення звернень з приводу гепатитів серед дитячого населення, молоді та вікової групи 35–39 років – з 47,5 відповідного населення до 21,3 на 1000.

Висновки

1. Зміни рівня звернень населення області за амбулаторно-поліклінічною допомогою характеризувалися підвищенням у вікових групах 10–29

років (понад 50%) та 40–44 роки (на 26,1%). У вікових групах 50–69 років, навпаки, відмічалось зменшення (понад 30%). У структурі звернень перше рангове місце посіли хвороби системи кровообігу (1370,4 на 1000 населення), друге – хвороби органів дихання (1117,6 на 1000 населення), третє – хвороби органів травлення (536,4 на 1000 населення), четверте – ендокринні хвороби (380,1 на 1000 населення), п'яте – хвороби ока (322,5 на 1000 населення) та кістково-м'язової системи (309 на 1000 населення).

2. Порівняно з 2006 р. відмічалось суттєве помолодшання контингенту хворих, що зверталися за амбулаторно-поліклінічною допомогою з приводу ішемічної хвороби серця, гіпертонічної хвороби та стенокардії. Зокрема у віковій групі 35–54 роки збільшення рівнів звернень за амбулаторно-поліклінічною допомогою з приводу ішемічної хвороби серця становило 6–9 разів. Підвищення рівнів звернень з приводу гіпертонічної хвороби у віковій групі 15–19 років становило 1,5 разу. Поступово збільшувався рівень звернень за цим видом медичної допомоги з приводу гіпер-

Таблиця 5. Рівні звернень за амбулаторно-поліклінічною допомогою з приводу гепатитів населення вікової групи старше 45 років у 2006 р. та 2011 р.

Вікова група, роки	Міські поселення					
	чоловіки			жінки		
	2011	2006	коефіцієнт збільшення	2011	2006	коефіцієнт збільшення
45-49	48,54	19,84	2,4	44,97	18,83	2,4
50-54	47,11	21,48	2,2	42,40	19,41	2,2
55-59	52,07	23,20	2,2	43,97	20,44	2,2
60-64	55,91	33,34	1,7	45,38	26,94	1,7
65-69	65,82	17,76	3,7	47,82	13,13	3,6
70-74	55,42	6,46	8,6	34,57	4,17	8,3
75-79	71,27	6,61	10,8	38,51	3,33	11,6
80 і старші	66,52	5,01	13,3	25,05	1,78	14,1
Вікова група, роки	Сільські поселення					
	чоловіки			жінки		
	2011	2006	коефіцієнт збільшення	2011	2006	коефіцієнт збільшення
45-49	50,58	21,45	2,4	61,24	25,82	2,4
50-54	50,09	23,90	2,1	57,14	27,30	2,1
55-59	58,27	25,02	2,3	60,46	24,38	2,5
60-64	60,89	28,16	2,2	52,13	22,28	2,3
65-69	53,48	12,71	4,2	35,87	8,49	4,2
70-74	37,54	3,23	11,6	21,22	1,92	11,1
75-79	34,99	3,15	11,1	17,56	1,65	10,6
80 і старші	36,61	2,86	12,8	13,62	0,94	14,5

тонічної хвороби у віковій групі 10–14 років. У вікових групах 30–44 роки підвищення рівня звернень з приводу стенокардії становило 4,4 разу.

3. Рівень звернень за амбулаторно-поліклінічною допомогою з приводу хвороб органів дихання збільшився на 12,7% за рахунок збільшення числа звернень дитячого населення з приводу пневмоній.

4. Серед нозологічних форм класу «Хвороби органів травлення», з якими населення зверталося за амбулаторно-поліклінічною допомогою, найбільшої уваги заслуговують хвороби підшлункової залози та гепатити, за якими рівні звернень збільшилися на 29% та 18% відповідно.

Список літератури

1. Комплексное планирование и финансовое нормирование в системе оказания медицинской помощи населению субъекта Российской Федерации в рамках Территориальной программы / под ред. А. М. Таранова, Н. А. Кравченко. – М. : Бимпа, 2000. – 344 с.
2. Кравченко Н. А. Проблемы методологии прогнозирования потребности в ресурсах здравоохранения в условиях перехода экономики к рынку [Текст] // Экономика здравоохр. – 1996. – № 3. – С. 12–18.
3. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – 50 с.
4. Медико-демографічна ситуація та організація медичної допомоги населенню у 2010 році: підсумки діяльності системи охорони здоров'я та реалізація Програми економічних реформ на 2010–2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» / за ред. першого заступника Міністра охорони здоров'я О. В. Аніщенко. – К. : МОЗ України, 2011. – 104 с.
5. Охорона здоров'я України: проблеми та напрямки розвитку / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко [та ін.] // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2011. – № 4.
6. Позитивний досвід реформування галузі охорони здоров'я регіонів / О. В. Аніщенко, Р. О. Моїсеєнко, О. К. Толстанов [та ін.]. – К., 2011. – 149 с.
7. Програма економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» / Комітет з економічних реформ при Президенті України. – К., 2010. – 87 с. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.president.gov.ua/content/ker-program.html>. – Назва з екрану.

АНАЛИЗ ОБРАЩЕНИЙ НАСЕЛЕНИЯ РОВЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

В.Я. Бойко (Ровно)

В статье представлен анализ обращений населения Ровенской области за амбулаторно-поликлинической медицинской помощью в 2006–2011 гг. за типом поселения и возрастно-половыми группами.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь, население, обращение, уровни, причины.

ANALYSIS OF REFERENCES OF THE RIVNE REGION POPULATION FOR OUTPATIENT MEDICAL CARE

V.Ya. Boyko (Rivne)

In article the analysis of references of the Rivne region population for outpatient medical care in 2006-2011 years by settlement type, age and sex groups has been presented.

KEY WORDS: outpatient medical care, population, references, levels, reasons.

Рукопис надійшов до редакції 21.11.2013
Рецензент: к.мед.н. М.В. Шевченко

Р.Я. МОСТОВИЙ, В.Є. БЛІХАР, І.Я. ДЗЮБАНОВСЬКИЙ (Тернопіль)

СУЧАСНИЙ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ ХРОНІЧНИХ ДИФУЗНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПЕЧІНКИ У ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ

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

Вивчалася статистична інформація щодо епідеміологічного стану проблеми хронічних дифузних захворювань печінки у Тернопільській області. Проаналізовано ефективність лікування хронічних дифузних захворювань печінки, зокрема показник летальності у закладах охорони здоров'я.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: хронічні дифузні захворювання печінки, стан проблеми в Тернопільській області, ефективність лікування.

У світі нараховується два мільярди людей – носіїв вірусного гепатиту В та близько 500–700 тис. – вірусного гепатиту С, що в 40–60% випадків трансформується у цироз печінки (ЦП) [4]. Цироз печінки – це заключна стадія розвитку хронічного гепатиту, який у 4–11% випадків трансформується в рак [10]. Внаслідок переважання безсимптомних форм і високої частки хронізації (до 80%) вірусний гепатит С сьогодні вважається основною причиною зростання числа хворих на цироз печінки [9].

Захворюваність на цироз печінки у світі постійно зростає і становить в середньому 1,128 на 100 тис. населення [11]. За даними ВООЗ, кількість хворих коливається від 1% до 11%, складаючи в середньому 2–3% [2], причому 79,6% хворих у віці 30–50 років, тобто у найбільш активному, працездатному віці, що підкреслює актуальність проблеми [3].

Останніми десятиліттями спостерігається тенденція до зростання захворюваності на ЦП [5]. Більше того, прогнозується подальше збільшення числа хворих на ЦП на понад 60% у наступні 10–20 років [1].

Цироз печінки входить в групу захворювань, які найчастіше мають летальний наслідок [5]. Середня тривалість життя таких хворих багато в чому визначається етіологічним фактором, стадією захворювання, розвитком ускладнень, адекватністю лікування і знаходиться в межах від 5 місяців до 8 років. На сьогодні летальність від ЦП займає 4–6 місце і становить у різних країнах 14–30 випадків на 100 тис. населення [6;8].

У загальній структурі смертності пацієнтів із синдромом портальної гіпертензії на ґрунті ЦП кровотеча з варикозних вен стравоходу та шлунка становить 48–53%, енцефалопатія і печінкова недостатність – 17–24%, а поєднання перерахованих ускладнень – 14–37% [7].

Складна епідеміологічна картина хронічних дифузних захворювань печінки доводить високу соціальну значущість проблеми, що обумовлює необхідність їх інтенсивного вивчення.

Мета роботи: з'ясувати епідеміологічну ситуацію проблеми хронічних дифузних захворювань печінки із синдромом внутрішньопечінкової портальної гіпертензії.

Матеріали і методи. Ретроспективно проаналізовано медичну документацію хворих з хронічними дифузними захворюваннями печінки, ускладненими синдромом внутрішньопечінкової портальної гіпертензії, пролікованих у Тернопільській області, в розрізі загальноукраїнських показників за 2010–2012 рр.

Результати дослідження та їх обговорення.

За даними, отриманими з довідників показників здоров'я громадян України, первинної медичної документації, звітів обласного інформаційно-аналітичного відділу у Тернопільській області, поширеність ЦП в Україні зростає (табл. 1).

У Тернопільській області поширеність захворювання дещо менша – на 11,48% у 2010 р., на 15,24% у 2011 р., на 12,38% у 2012 р. Однак існує тенденція до зростання частки осіб пенсійного віку у загальній захворюваності ЦП за 2010–2012 рр. на 1,79% (за 2010–2011 рр.) і на 0,89% (за 2011–2012 рр.) в Україні.

На тлі загального зниження показника вперше виявленого ЦП в Україні останніми роками (на 3,79%) у Тернопільській області цей показник зріс на 13,82%, рівномірно за рахунок обласного центру та районів області.

Про ефективність лікування свідчить показник перебування під диспансерним наглядом на кінець року. Цей показник в Україні мав тенденцію до зростання на 1,63% за 2010–2011 рр. та зниження на 0,38% за 2011–2012 рр.; у Тернопільській області відбулося зростання на 0,33%

Таблиця 1. Показники захворюваності на цироз печінки (K70.3, K71.7, K74.3-6) в Україні та Тернопільській області у 2010–2012 рр.

Розріз	Зареєстровано захворювань, всього		У т.ч. з вперше встановленим діагнозом		Перебуває під диспанс. нагляд. на кінець року		Летальність у стаціонарі, %
	абс.	на 100 тис. насел.	абс.	на 100 тис. насел.	абс.	на 100 тис. насел.	
Зареєстровано серед дорослого населення (18 років і старше), 2010 р.							
Україна	54 199,0	143,8	10 964,0	29,1	39 235,0	104,1	13,85
Тернопіл. обл.	1 108,0	127,3	189,0	21,7	790,0	90,8	9,97
Райони	897,0	128,9	171,0	24,6	666,0	95,7	*
м. Тернопіль	211,0	120,8	18,0	10,3	124,0	71,0	
Зареєстровано серед дорослого населення (жінок – 55 р. і старше, чоловіків – 60 р. і старше), 2010 р.							
Україна	22 523,0	201,1	3 860,0	34,5	16 090,0	143,7	*
Тернопіл. обл.	377,0	146,4	52,0	20,2	269,0	104,5	
Зареєстровано серед дорослого населення (18 років і старше), 2011 р.							
Україна	53 803,0	143,1	10 292,0	27,4	39 779,0	105,8	15,07
Тернопіл. обл.	1 055,0	121,3	185,0	21,3	792,0	91,1	12,10
Райони	863,0	124,2	168,0	24,2	672,0	96,7	*
м. Тернопіль	192,0	109,8	17,0	9,7	120,0	68,6	
Зареєстровано серед дорослого населення (жінок – 55 р. і старше, чоловіків – 60 р. і старше), 2011 р.							
Україна	22 590,0	200,7	3 517,0	31,3	16 662,0	148,1	*
Тернопіл. обл.	353,0	137,3	45,0	17,5	264,0	102,7	
Зареєстровано серед дорослого населення (18 років і старше), 2012 р.							
Україна	54 224,0	144,7	10 486,0	28,0	39 521,0	105,4	17,06
Тернопіл. обл.	1 102,0	126,8	215,0	24,7	803,0	92,4	13,18
Райони	909,0	131,0	194,0	28,0	680,0	98,0	*
м. Тернопіль	193,0	110,4	21,0	12,0	123,0	70,4	
Зареєстровано серед дорослого населення (жінок – 55 р. і старше, чоловіків – 60 років і старше), 2012 р.							
Україна	23 243,0	204,7	3 736,0	32,9	16 817,0	148,1	*
Тернопіл. обл.	381,0	147,7	63,0	24,4	278,0	107,8	

Примітка: * – показник не визначався.

за 2010–2011 рр. та на 1,42% за 2011–2012 рр. Однак слід зазначити низький обсяг диспансеризації хворих усіх вікових категорій з ЦП у Тернопільській області по відношенню до загальнодержавних показників: на 12,88% у 2010 р., на 13,9% у 2011 р., на 12,34% у 2012 р. Ще більш негативною виглядає ситуація з ЦП осіб пенсійного віку: зниження рівня охоплення диспансеризацією на 27,28% (2010 р.), на 30,66% (2011 р.), на 27,22% (2012 р.).

Велике статистичне значення має різниця між показниками зареєстрованих випадків ЦП і показником перебування під диспансерним наглядом. Це інтегральне значення характеризує загальну летальність внаслідок захворювання,

оскільки хворі на ЦП, як правило, перебувають на диспансеризації до смерті. Так, в Україні від ЦП за досліджуваний період померли 14964 (2010 р.), 14024 (2011 р.), 14703 (2012 р.) хворих. А в Тернопільській області – 318 (2010 р.), 263 (2011 р.), 299 (2012 р.) хворих. З них в районах області: 231 (2010 р.), 191 (2011 р.), 229 (2012 р.) хворих. Про низьку ефективність і незадовільні результати лікування свідчить і висока лікарняна летальність хворих на ЦП (табл. 1).

Додатково проаналізовані показники захворюваності на хронічний гепатит як попередню обов'язкову морфологічну форму ЦП. Саме захворюваність на хронічний гепатит визначає тенденції статистичного руху захворюваності на ЦП.

Так, встановлено, що захворюваність на хронічні гепатити у Тернопільській області значно перевищує загальноукраїнські показники і продовжує зростати: 31,57% (2010 р.), 25,36% (2011 р.), 28,56% (2012 р.). Отримані дані свідчать про тенденції наростання захворюваності на ЦП у Тернопільській області.

Важливим є визначення ефективності лікування ЦП і хронічного гепатиту у спеціалізованих відділеннях закладів охорони здоров'я Тернопільської області, зокрема в КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня» (КЗ ТОР „ТУЛ”) (табл. 2). За 2010 р. тут проліковано 159 хворих з хронічними дифузними захворюваннями печінки. З них 3 у ВАІТ (госпіталізація планова, всі померли), 150 у гастроентерологічному відділенні та 6 у хірургічному відділенні (з них 4 госпіталізовані ургентно).

За 2011 р. у КЗ ТОР „ТУЛ” проліковано вже 189 таких хворих: 181 у гастроентерологічному відділенні (п'ять госпіталізовано ургентно і один помер), у ВАІТ – 6 хворих (троє госпіталізовані

ургентно, усі померли). Лікувались також двоє пацієнтів з цирозами у кардіологічному відділенні.

За 2012 р. у КЗ ТОР „ТУЛ” лікувались 192 хворих з хронічними дифузними захворюваннями печінки. Тобто госпіталізація прогресивно зростає. Госпіталізовано: у ВАІТ п'ятеро хворих (троє ургентно, усі померли), в гастроентерологічне відділення – 185 хворих (шестеро ургентно) і двоє в хірургічне відділення (один госпіталізований ургентно).

Проаналізовані дані планового диспансерного спостереження пацієнтів з ЦП у КЗ ТОР „ТУЛ” в ендоскопічному відділенні. Так, за 2010 р. виявлено 55 хворих з варикозно розширеними венами стравоходу та/або кардії, за 2011 р. – 59 хворих, 2 з них ускладнені гострою кровотечею, за 2012 р. – 74 хворих, 1 з них з гастроезофагальною кровотечею. А за 9 місяців 2013 р. виявлено 65 хворих з варикозно розширеними венами стравоходу та/або кардії при ЦП, 2 з них ускладненні кровотечею з варикозних вен.

Таблиця 2. Захворюваність на хронічні хвороби печінки в КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня» за 2010-2012 рр.

Відді- лення	Найменування хвороб	Вибуло хворих	Прове- дено ліжко- днів	Середній ліжко- день	Госпіталізація		Леталь- ність, абс.	Покра- щення, абс.
					плано- ва, абс.	ургент- на, абс.		
2010								
ВАІТ та ПІТ	Інший та неуточнений цироз печінки	3	25	17,00	3	0	3	0
Гастро- ентеро- логія	Фіброз печінки	1	12	12,00	1	0	0	1
	Інший та неуточнений цироз печінки	142	1582	11,14	138	4	0	138
	Портальна гіпертензія	7	69	9,86	7	0	0	6
Хірургія	Інший та неуточнений цироз печінки	4	37	9,25	1	3	0	3
	Портальна гіпертензія	2	4	2,00	1	1	0	2
2011								
ВАІТ	Інший та неуточнений цироз печінки	6	50	8,33	3	3	6	0
Гастро- ентеро- логія	Інший та неуточнений цироз печінки	174	1926	11,07	169	5	1	168
	Портальна гіпертензія	5	55	11,00	5	0	0	4
	Гепаторенальний синдром	2	25	12,50	1	1	0	2
Кардіо- логія	Інший та неуточнений цироз печінки	1	16	16,00	0	1	0	1
	Біліарний цироз, неуточнений	1	15	15,00	0	1	0	0
2012								
ВАІТ	Інший та неуточнений цироз печінки	5	52	10,40	3	2	5	0
Гастро- ентеро- логія	K74.60 / Інший та неуточнений цироз печінки	178	1991	11,19	172	6	0	171
	K76.10 / Хронічна пасивна повнокровність печінки	2	20	10,00	2	0	0	2
	K76.60 / Портальна гіпертензія	5	51	10,20	5	0	0	5
Хірургія	K74.30 / Первинний біліарний цироз	1	10	10,00	1	0	0	0
	K74.60 / Інший та неуточнений цироз печінки	1	10	10,00	0	1	0	1

За даними центру екстреної допомоги, у Тернопільській області зареєстровано виклики лікарів-ендоскопістів в райони області з приводу гастроєзофагальної кровотечі з варикозно розширених вен: у 2010 р. і 2011 р. по сім, у 2012 р. лише три і за третій квартал 2013 р. – чотири.

Висновки

У Тернопільській області залишається високою захворюваність на цироз печінки і хронічний гепатит. Тенденція до зростання даної патології зберігатиметься у найближчому майбутньому. Дослідженням показано низьку ефективність

лікування хворих з хронічними дифузними захворюваннями печінки на всіх рівнях курації захворювання у Тернопільській області. Залишається високим рівень летальності, зокрема від хірургічних ускладнень, таких як кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу та/або шлунка.

Перспективи подальших досліджень полягають у необхідності розробки більш ефективних заходів профілактики гастроєзофагальних кровотеч портального генезу. Доцільним є також напрацювання більш ефективного алгоритму діагностики та лікування пацієнтів з хронічними дифузними захворюваннями печінки.

Список літератури

1. Абдурахманов Б. А. Результаты применения усовершенствованной методики декомпресии портального русла при моделировании цирроза печени в эксперименте / Б. А. Абдурахманов, Ш. Х. Ганцев, О. К. Кулакеев // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2011. – № 5. – С. 39–42.
2. Бюрроуз Э. Портальная гипертензия / Э. Бюрроуз // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопрокт. – 2001. – Т. XI, № 4. – С. 74–75.
3. Диагностика и лечение осложненной портальной гипертензии / Андреев Г. Н., Апсатаров Э. А., Ибадильдин А. С. [и др.]. – Алматы, 1994. – 320 с.
4. Румянцев К. Є. Профілактика та лікування кровотеч із варикозно розширених вен стравоходу і шлунка при цирозі печінки : автор. дис. ... д-ра мед. наук, спец. : 14.00.27 / К. Є. Румянцев. – Л., 2013. – С. 36.
5. Шерлок Ш. Заболевания печени и желчных путей / Ш. Шерлок, Дж. Дули. – М. : ГЭОТАР Медицина, 1999. – С. 860.
6. Bostan N. An overview about hepatitis C: a devastating virus / N. Bostan, T. Mahmood // Crit. Rev. Microbiol. – 2010. – Vol. 36, № 2. – P. 91–133.
7. Choi J. W. Usefulness and safety of extracorporeal liver support therapy using MARS for patients with liver failure: a preliminary report / J. W. Choi, K. T. Yoon, J. Y. Park // Korean J. Gastroenterol. 2009. – Vol. 54, № 1. – P. 28–35.
8. Doerig C. Management of chronic hepatitis B / C. Doerig, A. Antonino, I. Pache, D. Moradpour // Rev. Med. Suisse. 2010. – Vol. 6, № 233. – P. 168–173.
9. Dove L. M. A general approach to the management of chronic hepatitis C // Gastroenterol. Clin. North. Am. – 2004. – Vol. 33, № 3. – P. 463–477.
10. Know your enemy: translating insights about the molecular biology of hepatitis C virus into novel therapeutic approaches / T. Hahn, E. Steinmann, S. Ciesek, T. Pietschmann // Expert. Rev. Gastroenterol. Hepatol. – 2010. – Vol. 4, № 1. – P. 63–79.
11. Willson P. D. Emergent oesophageal transection for uncontrolled variceal haemorrhage / P. D. Willson, R. Kunkler, S. D. Blair // Br. J. Surg. – 1994. – Vol. 81. – P. 992–995.

СОВРЕМЕННОЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ХРОНИЧЕСКИХ ДИФфуЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ В ТЕРНОПОЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Р.Я. Мостовой, В.Е. Бличар, И.Я. Дзюбановский (Тернополь)

Изучалась статистическая информация относительно эпидемиологического состояния проблемы хронических диффузных заболеваний печени в Тернопольской области. Проанализирована эффективность лечения хронических диффузных заболеваний печени, в частности показатель летальности в учреждениях здравоохранения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: хронические диффузные заболевания печени, состояние проблемы в Тернопольской области, эффективность лечения.

MODERN EPIDEMIOLOGICAL CONDITIONS OF PROBLEM CHRONIC DIFFUSE LIVER DISEASES IN TERNOPIL REGION

R.Ya. Mostovy, V.Ye. Blichar, I.Ya. Dzyubanovsky (Ternopil)

The paper collected and analyzed epidemiological statistics of the problem of chronic diffuse liver diseases in Ternopil region. The effectiveness of treatment chronic diffuse liver diseases, in particular mortality rates in health care establishments has been analysed.

KEY WORDS: chronic diffuse liver diseases, conditions of problem in Ternopil region, the effectiveness of treatment.

Рукопис надійшов у редакцію 19.11.2013
Рецензент: д.мед.н., проф. А.Г. Шульгай

АНАЛІЗ ЛІКАРНЯНОЇ ЛЕТАЛЬНОСТІ ВІД ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА (за даними Тернопільської університетської лікарні)

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

Наведено динамічний аналіз лікарняної летальності від гострого інфаркту міокарда мешканців Тернопільської області за 10-річний період (2003-2012 рр.) Встановлено характерні тенденції та закономірності основних показників.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: гострий інфаркт міокарда, лікарняна летальність, хвороби системи кровообігу, тенденції основних показників.

Гострий інфаркт міокарда вирізняється серед серцево-судинних хвороб особливою вагомістю, що пов'язано із значним його поширенням серед людей працездатного віку та високим рівнем летальності.

Щорічно в Україні реєструється близько 50 тисяч випадків інфаркту міокарда. При цьому статистика смертності від цієї хвороби залишається стабільно високою – від гострого інфаркту міокарда вмирають 30% пацієнтів, у той час як у країнах Заходу – 5% [2;5;7].

Останнім часом особливої актуальності набуває проблема удосконалення надання екстреної медичної допомоги пацієнтам із гострим інфарктом міокарда. Сучасні світові тенденції в цьому напрямку схилиються до більш широкого застосування тромболітичної терапії, інтервенційних та кардіохірургічних втручань. Ці питання потребують наукового обґрунтування та детального аналізу основних тенденцій смертності та летальності від цієї небезпечної недуги [2;6;7]. Для вирішення проблеми на державному рівні необхідно, щоб була сформована оптимальна позиція щодо вдосконалення організації надання медичної допомоги хворим із гострим інфарктом міокарда шляхом суттєвого зниження смертності та летальності від цієї небезпечної хвороби [1;6;7;8].

Проведений аналіз наукових джерел засвідчив цілий ряд проблем та невирішених питань в організації надання медичної допомоги хворим з гострим інфарктом міокарда.

Основна мета функціонування кардіологічної служби — зниження захворюваності та смертності від серцево-судинних захворювань шляхом повного і своєчасного забезпечення населення спеціалізованою кардіологічною та кардіохірургічною допомогою. Зараз в Україні існує 24 центри серцево-судинної хірургії, ще у 15 закладах імплантують кардіостимулятори. Потреба в аорто-

коронарному шунтуванні при ішемічній хворобі серця в Україні становить 25 тис. втручань на рік, але проводиться, на жаль, лише 2,5 тисячі. Складна ситуація відзначається і з іншими кардіохірургічними втручаннями: потреба в імплантації штучних клапанів — 7,8 тис. на рік, а проводиться трохи більше 2 тисяч. При необхідності проводити більше 200 тис. коронарографій та стентувань щороку у минулому році виконано, на жаль, лише 1/10 частину. Зроблено лише біля 4 тис. імплантацій кардіостимуляторів за потреби 18 тисяч [5;7].

Польща, впровадивши програму з інтервенційної кардіології, досягли істотного зниження рівня смертності від інфаркту міокарда – з 35% до 4%. Там проводиться у рік більше 60 тисяч стентувань. В Україні за весь минулий рік виконано лише 1148 таких процедур [6].

Багато хворих на гострий інфаркт міокарда в Україні помирають на догоспітальному етапі, так і не звернувшись за медичною допомогою. Це свідчить про вкрай низький рівень довіри пацієнтів до системи медичного обслуговування, а також про те, що ця проблема носить більше соціальний, ніж медичний характер [6;7].

В зв'язку з цим, на сучасному етапі розвитку та реформування системи охорони здоров'я необхідна розробка чітких державних програм соціально-медичних, епідеміологічних та лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на зниження летальності від гострого інфаркту міокарда.

Мета дослідження: провести порівняльний аналіз летальності від гострого інфаркту міокарда мешканців Тернопільської області за 10-річний період (2003-2012 рр.) за даними Тернопільської університетської лікарні. Виявити характерні тенденції та закономірності основних показників.

Матеріали і методи. В роботі використані офіційні статистичні дані стосовно захворюваності та смертності мешканців України та Терно-

пільської області, взяті із щорічних статистичних довідників центру медичної статистики МОЗ України. Проаналізовані "Статистичні карти вибухливих із стаціонару" (ф.066/о) всіх хворих, що лікувалися з приводу гострого інфаркту міокарда в Тернопільській університетській лікарні протягом 2003-2012 років. В дослідженні застосовані статистичні методи, зокрема динамічний аналіз, кореляційний аналіз, комп'ютерні технології.

Результати дослідження та їх обговорення. Щорічно в Тернопільській області діагностується понад 1000 випадків гострого інфаркту міокарда (2008 р. – 1021 випадок; 2009 р. – 1119; 2010 р. – 1152; 2011 р. – 1023; 2012 р. – 1018). Обласний показник захворюваності гострим інфарктом міокарда дорослого населення, як і в інших областях Західного регіону, був і залишається дещо нижчим від загальнодержавного (117,2 проти 134,9 на 100 тис. дорослих у 2012 році).

В основному гострий інфаркт міокарда діагностується лікарськими бригадами швидкої ме-

дичної допомоги та в стаціонарних відділеннях лікувально-профілактичних закладів.

Так, із 1018 випадків гострого інфаркту міокарда, зареєстрованих у 2012 році, діагноз був встановлений:

- в амбулаторних умовах – 182 випадки (17,9%);
- бригадою "швидкої допомоги" – 393 випадки (38,6%);
- в стаціонарі 361 випадок (35,5%);
- поза межами ЛПЗ – 68 випадків (6,6%);
- іншими закладами – 14 випадків (1,4%).

Динамічний аналіз лікарняної летальності від гострого інфаркту міокарда мешканців Тернопільської області за даними Тернопільської університетської лікарні за 10-літній період показав наступне (табл.1). Лікарняна летальність від гострого інфаркту міокарда за даними нашого дослідження є стабільно високою та характеризується незначними коливаннями від 13,6% у 2003 р. і 14,7% у 2007 р., коли вона була найвищою, до незначного зниження до 12,2% у 2012 р.

Таблиця 1. Лікарняна летальність від гострого інфаркту міокарда за 2003-2012 роки (за даними Тернопільської університетської лікарні)

Рік	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Вибуло хворих із гострим інфарктом міокарда	251	243	265	229	272	224	242	250	250	247
Лікарняна летальність від гострого інфаркту міокарда, %	13,6	12,0	11,2	13,7	14,7	13,3	11,8	13,8	11,2	12,2

За допомогою кореляційного аналізу вивчали взаємозв'язок між електрокардіографічною фор-

мою інфаркту міокарда та лікарняною летальністю серед міських та сільських хворих. (табл. 2.)

Таблиця 2. Взаємозв'язок ЕКГ-форми гострого інфаркту міокарда та лікарняної летальності

ЕКГ-варіант інфаркту міокарда	Лікарняна летальність					
	село			місто		
	%	r	μ	%	r	μ
Q-ГІМ	98,72	+0,99	0,12	91,16	+0,95	0,18
non Q-ГІМ	1,28	-0,98	0,13	8,84	-0,93	0,20

Дані таблиці 2 свідчать про наявність прямого сильного кореляційного зв'язку між Q-формою ЕКГ при ГІМ та лікарняною летальністю як у сільських хворих (коефіцієнт кореляції Пірсона дорівнював + 0,99), так і у міських ($r = + 0,95$).

Серед померлих від гострого інфаркту міокарда у 98,72 % випадків діагностовано Q-ІМ на селі та у 91,16 % випадків у місті, і лише 1,28 та 8,84 % випадків відповідно припадало на електрокардіографічні форми ІМ без патологічного зубця Q.

За даними поглибленого аналізу "Статистичних карт вибухливих із стаціонару" (ф.066/о) всіх хворих, що лікувалися з приводу гострого інфаркту міокарда в Тернопільській університетській лікарні протягом 2003-2012 років, проведено ви-

вчення впливу такого важливого чинника, як термін госпіталізації, на лікарняну летальність від гострого інфаркту міокарда.

Дані таблиці 3 свідчать про те, що лєвова частка хворих з гострим інфарктом міокарда, госпіталізована в стаціонар після 6 годин від початку серцевого нападу (87,5%). Цей фактор значною мірою впливає на високі показники лікарняної летальності.

Отже, можливість використання тромболітичної терапії в умовах кардіологічного центру Тернопільської університетської лікарні з урахуванням часу доставки в стаціонар є невисокою.

З урахуванням поганого стану доріг, заторів на дорогах, несвоечасного звернення за медичною допомогою, відсутності можливості викорис-

Таблиця 3. Терміни госпіталізації пацієнтів з гострим інфарктом міокарда від початку серцевого нападу в кардіологічний центр Тернопільської університетської лікарні

Час госпіталізації	Абсолютне число	Питома вага, %
До 6 годин	33	12,5
7 – 24 години	144	54,8
Більше 24 годин	72	27,4
Планово	14	5,3

тання інтервенційних методів лікування гострого інфаркту міокарда для мешканців сільських районів потребує вирішення питання впровадження тромболітичної терапії на догоспітальному етапі (лікарськими бригадами швидкої допомоги).

За даними наукових джерел та практичного досвіду розвинутих європейських країн, сьогодні найбільш ефективним методом зниження летальності пацієнтів з гострим інфарктом міокарда є невідкладне виконання коронарного стентування, тому нагальним є забезпечення його проведення в умовах кардіологічного центру університетської лікарні.

Враховуючи вищенаведене, керівникам лікувально-профілактичних закладів області та кардіологічної служби зокрема, з метою зниження летальності пацієнтів з гострим інфарктом міокарда, запропоновано провести наступні заходи:

- забезпечити постійне інформування населення щодо своєчасності звернення за медичною допомогою при серцевих нападах через засоби масової інформації;

- вивчити причини госпіталізації хворих з гострим коронарним синдромом понад 6 годин після розвитку хвороби;

- забезпечити проведення коронарного стентування в умовах кардіологічного центру університетської лікарні;

- повністю укомплектувати бригади швидкої медичної допомоги переносними електрокардіографами;

- впровадити догоспітальне використання тромболітичної терапії;

- провести детальний аналіз медичної документації осіб, які померли від гострого інфаркту міокарда поза лікарняними закладами, з участю професійних експертів.

Висновки

1. Лікарняна летальність від гострого інфаркту міокарда за даними нашого дослідження є стабільно високою та характеризується незначними коливаннями від 13,6% у 2003 р. і 14,7% у 2007 р. до 12,2% у 2012 р.

2. Сьогодні найбільш ефективним методом зниження летальності пацієнтів з гострим інфарктом міокарда є невідкладне виконання коронарного стентування, тому нагальним є забезпечення його проведення в умовах кардіологічного центру університетської лікарні.

3. Для досягнення такої важливої мети, як зниження смертності від гострого інфаркту міокарда, необхідна тісна конструктивна співпраця служб екстреної медичної допомоги, кардіологічної допомоги та інтервенційної кардіології.

4. Результати наукових досліджень стосовно аналізу лікарняної летальності від гострого інфаркту міокарда повинні стати основою наукового обґрунтування та розробки державних та регіональних програм з метою її суттєвого зниження.

Перспективи подальших досліджень полягають, передусім, у поглибленому вивченні соціально-медичних аспектів захворюваності та смертності від гострого інфаркту міокарда.

Список літератури

1. Голяченко О.М. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я / О.М. Голяченко, А.М. Сердюк, О.О. Приходський – Тернопіль, Джура: 1997. - 328с.
2. Медико-соціальні аспекти хвороб системи кровообігу: аналіт.-статист. посіб. / за ред. В. М. Коваленка, В.М. Корнацького. – К. : Медінформ, 2009. – 146 с.
3. Основные документы Всемирной Организации Здравоохранения. – Женева, 2009. – 261 с.
4. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні [дов.] / МОЗ України, Центр медичної статистики. – К., 2002–2012 роки.
5. Сокол К.М. Гіпертонічна хвороба, інфаркт міокарда. Соціально-медичне дослідження / К.М. Сокол, А.Г. Шульгай. – Тернопіль: Лілея, 2011. – 160 с.
6. Устінюв О.В. Проблеми надання медичної допомоги хворим на гострий інфаркт міокарда в Україні / О.В. Устінюв // Укр. мед. часоп. – 2013 – 2(94) III/IV.
7. Хвороби системи кровообігу: динаміка та аналіз. Аналітично-статистичний посібник / за ред. В.М. Коваленка. – К.: ЛІНО, 2008. – 111с
8. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2011 рік. / за ред. Р. В. Богатирьової. – К., 2012. – 570 с.

АНАЛИЗ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ОТ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА (по данным Тернопольской университетской больницы)*Н.Е. Федчишин (Тернополь)*

Проведен сравнительный анализ динамики госпитальной летальности от острого инфаркта миокарда среди жителей Тернопольской области за 10-летний период (2003-2012гг.). Установлены характерные тенденции и закономерности основных показателей.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: острый инфаркт миокарда, госпитальная летальность, болезни системы кровообращения, тенденции основных показателей.

ANALYSIS OF HOSPITAL LETHALITY FROM ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION (according to the date of the Ternopil University Hospital)*N.Ye. Fedchyshyn (Ternopil)*

In the article the comparative analysis of hospital lethality dynamics from cardiovascular system diseases of the population of Ternopil region during 10-years period were determined. The characteristic tendencies of main indicators were determined.

KEY WORDS: acute hearth attack, hospital lethality, cardiovascular diseases, tendencies of main indices.

Рукопис надійшов до редакції 12.12.2013
Рецензент: д.мед.н., проф. О.М. Голяченко

УДК 616.9+616.921.5+616-084

М.І. ЯВОРСЬКИЙ (Івано-Франківськ)

АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ГРВІ ТА ГРИП НАСЕЛЕННЯ ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА 2008-2012 РОКИ

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України
Головне управління Держсанепідслужби в Івано-Франківській області

Проведений епідеміологічний аналіз захворюваності на грип та респіраторні вірусні захворювання в період 2008-2012 рр. в Івано-Франківській області за даними інформаційно-статистичних матеріалів (фф. 2 і 71) Івано-Франківської обласної санітарно-епідеміологічної станції.

Встановлено, що епідеміологічна ситуація з ГРВІ та грипу в Івано-Франківській області після пандемії 2009 року за останні три роки стабілізувалась. Проте велике число хворих (20-30 тисяч хворих за сезон, з них 50-60% дітей) свідчить про значні соціально-економічні збитки для держави.

Для запобігання поширенню епідемій та моніторингу ситуації необхідно розробити державну цільову програму боротьби, складовими якої повинні стати повноцінне фінансування, зокрема з метою забезпечення потреб вірусологічного нагляду, охоплення груп ризику щепленнями від грипу, інших протиепідемічних заходів.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: ГРВІ, грип, епідеміологія, профілактика, моніторинг.

Актуальною проблемою охорони здоров'я, як у світі, так і в Україні, є контроль та прогнозування захворювань на гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) та грип.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) ГРВІ та грип становлять 60–70% від загальної захворюваності населення із тенденцією до розвитку ускладнень та хронізації процесу, завдаючи тим самим значних економічних збитків [10]. В Україні на ГРВІ та грип щорічно хворіють близько 10–14 мільйонів людей, що становить 25-30% загальної захворюваності, або 90% зареєстрованих випадків інфекційних хвороб. При цьому економічні збитки складають 86% від затрат на інфекційні хвороби [1;7].

Вірусна інфекція, більш відома як ГРЗ (гостре респіраторне захворювання), що викликається вірусами типів А, В і С, перебігає з розвитком інтоксикації та ураженням епітелію слизової оболонки верхніх дихальних шляхів, частіше трахеї, схильна до швидкого і глобального розповсюдження [2].

Провідну роль у формуванні ГРВІ належить великому числу збудників, серед яких не менше 5 різних груп і понад 300 підтипів вірусів (віруси парагрипу, грипу, аденовіруси, коронавіруси, риновіруси тощо), які мають епідеміологічні особливості, пов'язані з формуванням нових антигенних варіантів вірусу [4].

Грип справедливо називають "королем інфекцій", беручи до уваги його повсюдне поширення, високу захворюваність населення, як у країнах, що розвиваються, так і у високорозви-

нених країнах світу, щорічні спалахи, епідемії, негативні соціально-економічні наслідки, несприятливий вплив на конкретну людину і суспільство в цілому [7;9].

На сучасному етапі в медицині з метою профілактики сезонних ГРВІ та грипу використовуються три основні підходи: по-перше, це вакцинація, по-друге – використання імуномодуляторів та індукторів інтерферонів, по-третє – застосування препаратів інтерферону [5;6].

Вже кілька десятиліть грип належить до інфекцій, керованих засобами імунопрофілактики. Ефективність застосування вакцин у перед-епідемічний період є досить високою і, за даними літературних джерел, становить близько 90%, що визначило включення сезонної вакцинації з нового штаму проти грипу до численних національних медичних програм [11]. Зазвичай імунітет від перенесеного грипу зберігається протягом п'яти років. Однак перехресного імунітету при грипі не існує, тому при появі нового штаму можливе підвищення кількості хворих, а ступінь зміни вірусу визначає інтенсивність епідемічного процесу [8].

У зв'язку із надзвичайною мінливістю збудника грип й досі залишається інфекцією, що обумовлює необхідність подальшого дослідження для вирішення проблем у глобальному масштабі, визначення тенденцій розвитку епідемічного процесу грипу, прогнозування його перебігу та наслідків, проведення активного епідеміологічного нагляду.

Мета дослідження: вивчення в динаміці поширеності грипу та гострих респіраторних вірусних захворювань в Івано-Франківській області на

підставі епідеміологічного аналізу захворюваності за 5 років як підґрунтя для розробки системних заходів протидії виникненню та розповсюдженню захворювання.

Матеріали і методи. Вирішення поставлених завдань здійснювалось шляхом вивчення інформаційно-статистичних матеріалів Державної санітарно-епідеміологічної служби в Івано-Франківській області (звітні форми про річну захворюваність – ф. 2, про профілактичні щеплення – ф.71/о) стосовно захворюваності на грип та ГРВЗ населення Івано-Франківської області в динаміці за 2008-2012 роки. Статистична обробка даних здійснювалася з використанням прикладних стандартних програм для Microsoft Excel.

Результати дослідження та їх обговорення. За останні 5 років спостереження кількість тих, хто захворів на ГРВІ та грип, в Івано-Франківській області, як в Україні загалом [7], під час епідемії зменшилась (рис. 1).

Особливий інтерес до проблеми ГРВІ/грипу викликала відома пандемія 2009 року, що, як в Україні, так і в Івано-Франківській області розгорнулася на тлі відносного епідеміологічного

благополуччя попередніх років і мала свої особливості. До 2009 року підйом захворюваності на грип та ГРВІ спостерігався, в основному, наприкінці січня – початку лютого, тобто з 5–6 тижня року і тривав в середньому 2–3 тижні. Починаючи з 2009 року, епідсезони мали відмінні характеристики порівняно із попередніми сезонами. Епідсезон 2009/2010 року розпочався у жовтні, його пік припав на 48–51 тиждень. Така ситуація могла бути спричинена несприятливими погодними умовами в Західному регіоні, коли спостерігались різкі коливання температури повітря протягом однієї доби, що супроводжувались високою вологістю та частими опадами у вигляді дощів зі снігом [7], а також особливою вірулентністю вірусу H1N1 [3]. За весь період спалаху було зареєстровано 292322 випадків ГРВІ та 6729 грипу, з них у осіб віком до 18 років – 149379 та 2597 відповідно. Відповідно й інтенсивність епідемічного процесу була найвищою у цьому епідсезоні за досліджуваний період часу (інтенсивний показник склав на 100 тисяч населення – 21298,51 випадків ГРВІ та 986,18 випадків грипу).

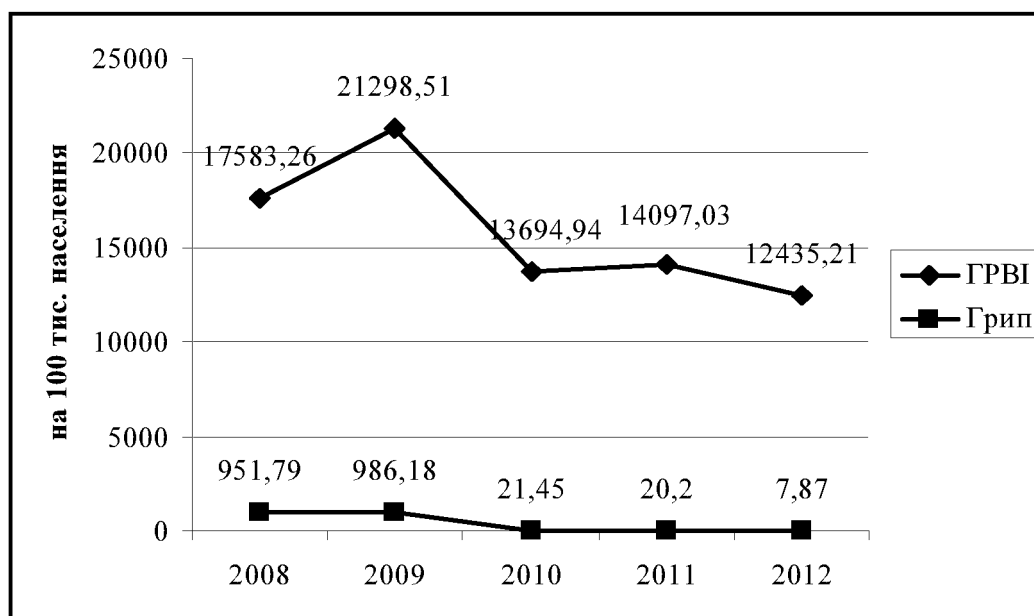


Рис. 1. Динаміка захворюваності населення Івано-Франківської області на грип та гострі респіраторні інфекції за 2008-2012 роки

Як видно на рис. 1, протягом останніх трьох років, після пандемії, епідемічна ситуація в області стабілізувалась, інтенсивність процесу грипу та ГРВІ не перевищували 15 тис. випадків на 100 тис. населення.

Порівняно з 2009 роком у 2010 році захворюваність на ГРВІ знизилась на 35,9%, грип – 95,6%. Епідемічними тижнями в 2010 році також були 48–51 тиждень. В області реєструвалось 9–11,0 тисяч звернень в медичні заклади за тиждень з ознаками ГРВІ. Перевищення епідемічних

порогів реєструвалось в усіх адмінтериторіях області в межах від 25% до 85%. Зареєстровано за епідсезон 13694,94 випадку ГРВІ та 21,45 грипу на 100 тис. населення.

У 2011 році відповідні показники були дещо вищими від попереднього року і склали 14097,03 та 20,20 випадку на 100 тисяч населення. Протягом 7-9 тижнів спостерігався незначний сезонний підвищений рівень захворюваності на всіх територіях області від 20% до 65%. Щотижнево реєструвалось від 7,7–9,5 тис. звернень з озна-

ками ГРВІ. За весь сезон захворіло 194036 осіб на ГРВІ та 278 на грип, з них дітей 0–18 років – 120232 та 75 відповідно, госпіталізовано 8354 осіб, з них дітей у віці 0–18 років – 5833.

У 2012 році епідемічна ситуація щодо захворюваності на ГРВІ та грип в області відповідала середньорічному рівню захворюваності, епідпроцес характеризувався помірною інтенсивністю, мав хвилювий характер із максимальним підйомом на 5–8 тижнях і становив 12435,21 та 7,87 випадку на 100 тис. населення. В цілому захворіло 170582 осіб на ГРВІ та 108 осіб на грип, з них у дитячому віці до 18 років – 101418 та 38 осіб, відповідно госпіталізовано 7022 особи, дітей до 18 років – 5415.

Як видно на рис. 2, частка дітей серед тих, хто захворіли на ГРВІ, перевищує половину випадків: від 51,1% у 2009 році до 60–62% за 2010–

2012 рр. Зовсім інша картина стосовно грипу. Якщо у 2008 році цей діагноз виставлявся майже порівну і дорослим, і дітям (51,3%), то під час епідемії, так званого свинячого грипу, у 2009 році, який, як відомо, відрізнявся тим, що переважно уражав осіб працездатного віку, частка дітей знизилась до 38,6%. Після цієї ж епідемії зросли вимоги до постановки діагнозу грипу, зокрема лабораторної верифікації. Це, очевидно, відбилось на тому, що частки дітей з цим діагнозом суттєво знизились: тільки 14,2% у 2010 році та 27,0% у 2011р. і вже 35,2% у 2012р. Все це на фоні вже показаного зростання частки дітей з ГРВІ за ці ж роки вказує на недоліки діагностики, зокрема лабораторної, при вірусних захворюваннях, зокрема недостатньої координації дій між закладами охорони здоров'я та органами Держсанепіднагляду.

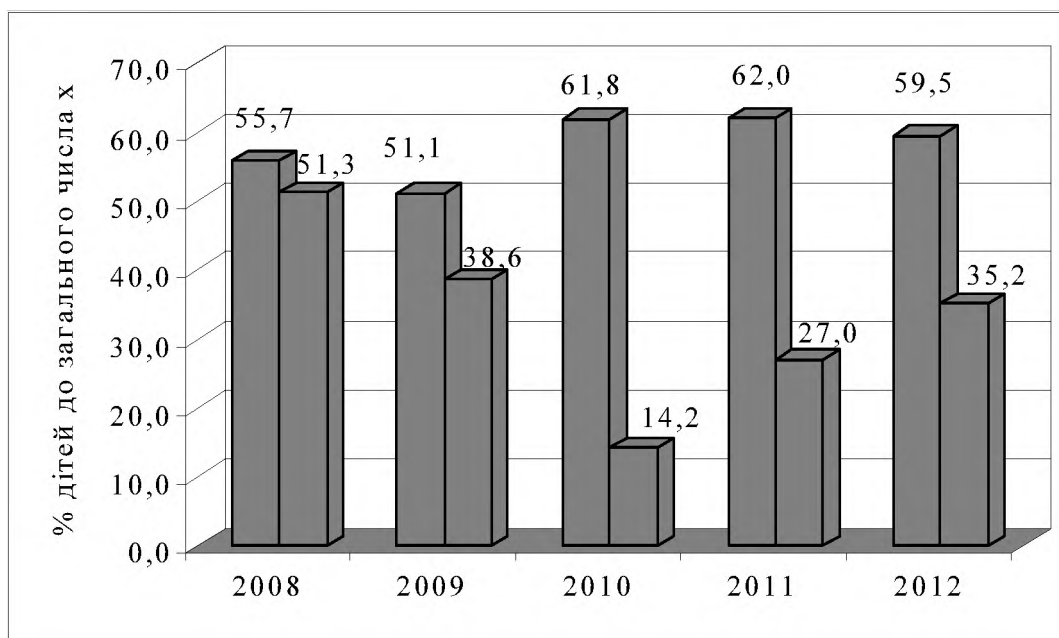


Рис. 2. Питома вага дітей серед тих, хто захворіли на ГРВІ та грип у 2008–2012 рр.

Слід зазначити, що вірусологічний нагляд в області здійснюється експрес-методом ІФ (носоглотковий змиви), серологічним (РЗК та РГГА) та вірусологічним.

Однак порівняно із числом тих, хто захворів, охоплення вірусологічними дослідженнями ще недостатнє – 55,4%. Так, за останні три роки вірусологічною лабораторією проведено 30,6 тис. вірусологічних та серологічних досліджень, в 3,8% були позитивні вірусологічні дослідження, в 5,9% серологічні. У тому числі проведено 6075 досліджень (методом люмінесцентної мікроскопії), з них у 254 хворих виявлені антигени вірусів: грипу А – 75 (29,5%), грипу В – 43 (16,9%), парагрипу – 75 (29,5%), аденовірусу – 60 (23,7%), РС-вірусу – 1 (0,4%). Досліджено пар сироваток – 6142, з них з 4-разовим наростанням титрів антитіл до грипу

А (H1N1) – 5,1%, грипу А/H5N1 – 6,5%, грипу А(H3N2) – 1,4%, грипу В – 4,8%.

На культури клітин досліджено 1576 носоглоткових змивів, виділено 28 штамів аденовірусів.

Для вивчення стану імунітету до вірусу грипу А і В досліджено 1629 сироваток крові здорових осіб. Захисні титри антитіл виявлені до вірусу грипу типу: А (H1N1) – 30,0%, А (H3N2) – 27,7%, грипу В – 24,1%.

Методом полімеразної ланцюгової реакції досліджено 1044 зразки матеріалу від хворих на грип та ГРВІ, з них позитивних 155, у тому числі на грип типу В – 33(8,3%), грип типу А – 122(А (H3) – 8(2,0%), А/H5N1 – 114(45,1%).

За вірусологічними даними встановлено, що в епідемії 2010–2011, 2011–2012 та епідемії 2012–2013 років в області циркулювали віруси грипу А, грипу В та аденовіруси.

Крім цього, з метою контролю за станом епідемічної ситуації щодо захворюваності на грип та ГРВІ в області проводиться щотижневий, а при ускладненні епідситуації – щоденний моніторинг звернень населення за медичною допомогою в розрізі адміністративних територій. Однак слід акцентувати, що частина хворих займається самолікуванням і не звертається у заклади охорони здоров'я, особливо якщо не потрібно листка непрацездатності чи довідки. Це ускладнює повноцінний моніторинг ситуації.

Щорічно спільними наказами Департаменту охорони здоров'я та Держсанепідслужби області затверджується Оперативний план заходів на випадок виникнення епідемічних ускладнень з грипу і ГРВІ.

Напередодні прогнозованого росту захворюваності на ГРВІ та грип в медичних установах області щорічно впроваджуються запобіжні заходи: обмежене відвідування пацієнтів, вводиться

посилений протиепідемічний (дезінфекційний та масковий) режим у всіх стаціонарних та поліклінічних відділеннях, забезпечується роздільний прийом осіб, що захворіли та одужують, активізується інформаційно-роз'яснювальна робота щодо необхідності звернення за медичною допомогою при виникненні симптомів респіраторних інфекцій тощо.

Також вводяться обмежувальні заходи в загальноосвітніх школах та дитячих дошкільних закладах.

Проте, щодо профілактики грипу, як відомо, найбільш ефективним і науково обґрунтованим методом є вакцинація. Разом з тим, як видно на рис. 3, охоплення населення, у тому числі дітей, щепленням від грипу залишається вкрай низьким. Очевидно, на це впливає ряд об'єктивних причин: необов'язковість такої вакцинації, висока вартість і не завжди доступність вакцин, низька довіра населення на фоні непродуманої антипропаганди у засобах масової інформації тощо.

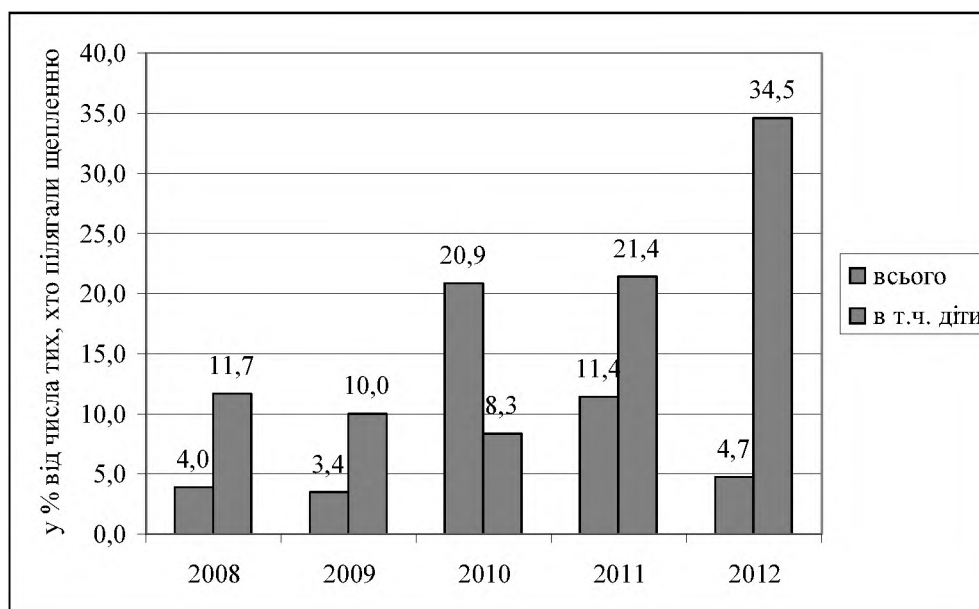


Рис. 3. Повнота охоплення щепленням від грипу (у % від числа тих, хто підлягав щепленню) у 2008–2012 рр.

Хоча, слід відзначити, що велика амплітуда щорічної кількості тих, хто обов'язково повинен бути охопленим щепленням від грипу (від 6070 осіб у 2008 році до 39371 особи у 2010 р., тобто у декілька разів більше), свідчить про невідпрацьованість обліку, різночитання нормативних документів і таке інше.

Всього в області проти сезонного грипу за останніх п'ять епідсезонів щеплено 11714 осіб, в т.ч. дітей до 18 років – 2433. Переважно використовувались вакцини «Ваксигрип», «Інфлувак» та «Флюарікс».

Висновки

Епідеміологічна ситуація з ГРВІ та грипу в Івано-Франківській області після пандемії 2009 року за останні три роки стабілізувалась. Проте значне число (20-30 тисяч хворих за сезон, з них

50-60% дітей) хворих свідчить про великі соціально-економічні збитки для держави.

Для запобігання поширенню епідемій та моніторингу ситуації необхідно розробити державну цільову програму боротьби, складовими якої повинні стати повноцінне фінансування, зокрема з метою забезпечення потреб вірусологічного нагляду, охоплення груп ризику щепленнями від грипу, інших протиепідемічних заходів.

Перспективи подальших досліджень. Встановлені епідеміологічні особливості виникнення та розповсюдження грипу та респіраторних вірусних захворювань в період сезонного підйому 2008-2012 роки слугуватимуть науковим підґрунтям для здійснення соціально-гігієнічного моніторингу та розробки програм профілактики захворювання на регіональному рівні.

Список літератури

1. Абатуров О. Є. Імунопрофілактика гострих респіраторних вірусних інфекцій на сучасному етапі / О. Є. Абатуров, І. Л. Височина // *Новости медицины и фармации в Украине*. – 2009. – № 17. – С. 3-4.
2. Богомолов Б. П. Инфекционные болезни: неотложная диагностика, лечение, профилактика: учебн. пособ. / Б. П. Богомолов. – М.: Ньюдиамед, 2007. – 653с.
3. Голохвастова Н. О. Особенности современного течения гриппа А (H1N1 swl) / Н. О. Голохвастова // *Клиническая медицина*. – 2012. – Т. 90, № 6. – С. 18-25.
4. Дзюблик І. В. Віруси грипу людини та грип: сучасний погляд на етіопатогенез / І. В. Дзюблик, В. П. Ширококов, С. І. Климнюк // *Інфекційні хвороби*. – 2009. – № 4. – С. 82-95.
5. Ерофеева М. К. Применение новых препаратов для профилактики гриппа и других ОРВИ [Электронный ресурс] / Ерофеева М. К., Позднякова М. Г., Максакова В. Л. // *Русский медицинский журнал*. – 2011. – № 8. – Режим доступа: http://www.rmj.ru/articles_7630.htm - назва з екрану.
6. Кареткина Г. Н. Применение индукторов интерферонов для лечения и профилактики гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций / Г. Н. Кареткина // *Лечащий Врач*. – 2009. – № 10. – С. 36-40.
7. Маркович І. Г. Аналіз захворюваності на грип населення України за 2009 – 2013 роки / І. Г. Маркович, О. Й. Гриневич // *Україна. Здоров'я нації*. – 2013. – № 2(26). – С. 118-123.
8. Організація епідеміологічного нагляду за грипом та гострими вірусними респіраторними інфекціями в м. Києві / А. М. Пономаренко, Л. А. Колос, А. В. Кракович, О. М. Рубан // *Сучасні інфекції*. – 2010. – № 1. – С. 12-17.
9. Палій І. Г. Грип та інші гострі респіраторно-вірусні інфекції: сучасний погляд на діагностику, лікування та профілактику [Електронний ресурс] / І. Г. Палій // *Новости медицины и фармации*. – 2009. – № 15(289). Режим доступа: <http://www.mif-ua.com/archive/article/10797> – назва з екрана.
10. Природные и социальные факторы риска заболеваемости острыми респираторными инфекциями / Л. В. Рубис, В. С. Масюк, О. Г. Хурцилава, А. П. Щербо // *Эпидемиология и инфекционные болезни*. – 2008. – № 5. – С. 34-37.
11. Цуркан В. Противогриппозные вакцины: особенности применения / В. Цуркан // *Профілактична медицина*. – 2010. – № 6. – С. 22-23.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОРВИ И ГРИППОМ НАСЕЛЕНИЯ ИВАНО-ФРАНКОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2008-2012 ГОДЫ

М.И. Яворский (Ивано-Франковск)

Проведен эпидемиологический анализ заболеваемости гриппом и респираторными вирусными заболеваниями в период 2008-2012 годы в Ивано-Франковской области по данным информационно-статистических материалов (фф. 2 и 71) Ивано-Франковской областной санитарно-эпидемиологической станции. Установлено, что эпидемиологическая ситуация по ОРВИ и гриппу в Ивано-Франковской области после пандемии 2009 года по последние три года стабилизировалась. Однако большое количество больных (20-30 тысяч больных за сезон, из них 50-60 % детей) свидетельствуют о значительном социально-экономическом ущербе для государства.

Для предотвращения распространения эпидемий и мониторинга ситуации необходимо разработать государственную целевую программу борьбы, составляющими которой должны стать полноценное финансирование, в частности с целью обеспечения потребности вирусологического надзора, охват групп риска прививками от гриппа, других противоэпидемических мероприятий.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ОРВИ, грипп, эпидемиология, профилактика, мониторинг.

ANALYSIS OF THE INCIDENCE OF ACUTE RESPIRATORY VIRAL INFECTIONS (ARVI) AND INFLUENZA OF POPULATION IN IVANO-FRANKIVSK REGION IN 2008-2012 YEARS

M.I. Jaworskiy (Ivano-Frankivsk)

It was conducted epidemiological analysis of influenza and respiratory viral diseases during the years 2008-2012 in Ivano-Frankivsk region according to the information and statistical data (ff. 2 and 71) of Ivano-Frankivsk regional sanitary-epidemiological station.

It was established that the epidemiological situation of ARVI and influenza in Ivano-Frankivsk region after pandemic in 2009 has stabilized over the past three years. However, a significant number (20-30 thousands of patients per season, 50-60% of them are children) indicates the significant socio-economic losses for the state.

To prevent the spreading of epidemic and monitoring of the situation it is necessary to develop a national target program, the part of which should be the appropriate funding, in particular to ensure needs of virological surveillance, providing of risk groups with vaccinations against influenza, other preventive measures

KEY WORDS: acute respiratory viral infections (ARVI), influenza, epidemiology, prevention, monitoring.

Рукопис надійшов до редакції 18.11.2013
Рецензент: д.мед.н., проф. А.Г. Шульгай

ЩО ТАКЕ ІНДУКОВАНИЙ ЛІКАРЕМ ПОПИТ І ЙОГО ВПЛИВ НА РИНОК МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

У статті наведено теоретичне підґрунтя основи розвитку теорії індукованого лікарем попиту, яка залежить від асиметричності інформації між медичним персоналом і пацієнтом та спроможності вибору програми дій. Описано вплив попиту на ринок медичних послуг на основі моделі, прийнятої Організацією економічної співпраці і розвитку. Показано взаємозв'язок між індукованим лікарем попитом та національними системами охорони здоров'я в окремих країнах (Австралія, США, Великобританія).

КЛЮЧОВІ СЛОВА: індукований лікарем попит, ринок медичних послуг, система охорони здоров'я.

Незважаючи на досягнення в організації надання медичної допомоги населенню України, впровадження стандартів медичних технологій, клінічних протоколів, реформування первинної та вторинної медичної допомоги, залишається низькою якість медичних послуг [1;2]. З огляду на це виникає питання про попит населення на медичні послуги. Як і багато інших теорій природничих наук, теорія індукованого лікарем попиту (ІЛП) з'явилася для пояснення реалій, які не вміщались у рамки класичних теорій ринкової поведінки.

Мета роботи: розглянути теоретичні основи розвитку теорії ІЛП та її вплив на сучасний стан медичної допомоги населенню.

Матеріали і методи. На основі системного аналізу літературних джерел проведено вивчення проблеми індукованого лікарем попиту.

Результати дослідження та їх обговорення. Створення теорії ІЛП пов'язують з Робертом Евансом [5], який виявив, що у Британській Колумбії спостерігалась мала варіація в прибутках лікарів, незважаючи на суттєві варіації забезпеченості ними різних місцевостей. Оскільки лікарі не могли встановлювати ціни на послуги, висновок очевидний – обсяг послуг на пацієнта був пропорційний рівню забезпеченості лікарями. Цей факт можна було пояснити і класичними теоріями ринку: чи пропозиція медичних послуг адаптувалась до нового попиту (зокрема зменшенням цін), чи попит закономірно зріс внаслідок покращання доступності і якості послуг. Саме у поясненні цього феномену, який підтвердився і наступними незалежними спостереженнями, виросли відмінності його інтерпретації. Опоненти теорії ІЛП доводили, що феномен пояснюється у рамках класичних теорій, і ІЛП недоказова. Проте прибічники ІЛП наполягали, що варіація

у 200–400 відсотків не «вміщується» у ці рамки і виходить далеко поза межі впливу віку, статі, прибутку, важкості стану.

Більш ґрунтовний статистичний аналіз феномену опублікований у 1972 р. американськими економістами Фачсом і Крамером [8]. У цій і наступних публікаціях інших спеціалістів забезпеченість лікарями характеризувалась ендегенністю і залежала від привабливості місця роботи. Як незалежна змінна рівняння попиту, ендегенна забезпеченість лікарями мала суттєвий детерміністичний вплив, що доводило існування ІЛП-ефекту [10;11].

Цей підхід пізніше підлягав методологічній критиці, і для підтримки теорії ІЛП були використані інші методологічні підходи. Наприклад, у багатьох дослідженнях виявлено вражаючий ріст обсягів медичних послуг внаслідок «замороження» прямої оплати пацієнтами, який не підлягав жодним поясненням, за винятком ІЛП. Напевно, найбільш гідне уваги рандомізоване контрольоване дослідження – відомий і поки що єдиний у світі експеримент Rand Health Insurance Experiment [19]. Рандомізовано лікарі університетської клініки були розміщені в дві групи. Лікарі однієї групи отримували зарплату, іншої – винагороди від пацієнтів (fee-for-service). Пацієнти рандомізовано розподілялись між лікарями обох груп. У ході експерименту з'ясувалось, що лікарі, що отримували винагороди за послуги, призначали майже на 30% більше повторних візитів, більшість з яких, як показала наступна експертна оцінка, не були необхідними. Результати дослідження були настільки переконливими, що найбільш переконаний опонент теорії ІЛП Чарльз Фелпс став палким її прибічником [17].

Майже усі економісти, аналізуючи сектор охорони здоров'я, погоджуються з тим, що ринок медичних послуг має унікальні особливості. Як

мінімум, зрозуміло, що при соціальному захисті пацієнтів від оплати медичних послуг очікується збільшений попит – так званий «моральний ризик», а також певно те, що усунення стримуючих механізмів щодо споживання медичних послуг призводить до зміщення ринкового еквілібриуму. Актуальність цих зрозумілих постулатів не залежить від факту важливості медичної опіки і медичного страхування як інструменту соціальної справедливості. Одним з наслідків нерегульованого ринку медичних послуг є розвиток індивідуального страхування, за якого вищевказані ефекти іще виразніші. Проте і за індивідуального, і за громадського страхування простежується зв'язок зменшення ризику зі збільшенням попиту і, отже, витрат, тому більшість економістів підтримують контроль за виробником медичних послуг як ґрунтовний щодо стримування попиту [7].

Інші проблемні специфічності сектору охорони здоров'я є дискусійними (екстерналії, адверсивна селекція, скімінг тощо), проте опитування американських економістів охорони здоров'я [6]

показало, що багато дивних для класичної економіки тверджень дістали підтримку більшості респондентів (табл. 1). Ці дані з неоднозначним трактуванням підтримані наступним [9] опитуванням 46 провідних американських економістів охорони здоров'я і 44 провідних спеціалістів економічної теорії. Уже більшість (80% проти 46%) економістів охорони здоров'я переконані, що саме технологічні інновації є основною причиною зростання частки сектору охорони здоров'я у ВВП. Обидві групи респондентів (84% і 93%) зійшлися на тому, що моральний ризик має суттєвий і несприятливий ефект на додаткові втрати суспільства, і що лікарі впливають на зміщення кривої попиту з досягненням нового еквілібриуму (68% і 77%). Ці два моменти свідчать про так званий ефект (і, відповідно, теорію) індукованого медичним персоналом (виробником) попиту (ІЛП). Теоретичним підґрунтям теорії ІЛП є незаперечний факт асиметричності інформації між медичним персоналом і пацієнтом, а також асиметрія в спроможності вибору програми дій [19].

Таблиця 1. Розподіл думок провідних американських економістів щодо певних тверджень, %

Твердження	R. Feldman and M. Morrissey		V.R. Fuchs	
	беззаперечно так	беззаперечно ні	економісти ОЗ	економісти
Лікарі генерують попит	81	17	68	77
Модель конкуренції не діє	46	16		
Госпіталі маніпулюють вартістю послуг	63	25		
Страхування збільшує втрати суспільства	63	32	84	93
Технології є основною причиною зростання витрат	46	50	80	37
	277		46	44

Теорія індукованого медичним персоналом (виробником) попиту привертає пильну увагу науковців, громадськості, політиків, економістів, клініцистів, страховиків тощо з досить неоднозначними висновками. Зрозуміло, однак, що ІЛП є наріжним каменем зв'язків між учасниками організації медичної допомоги та ефективності стратегій щодо витрат та клінічних наслідків [21;24].

За теорією канадського економіста Роберта Еванса [4], асиметрія є одним з двох елементів ринку медичних послуг, що домінують моделює ринкову поведінку учасників і часом призводить до атипових поведінкових моделей. Другим елементом є структура відносин між учасниками, яка частково еволюціонує на основі асиметрії інформації між учасниками і частково внаслідок історичних місцевих обставин. Оскільки останні прив'язані до країни, їх ефект значною мірою специфікує особливості національних систем охорони здоров'я. Ця сучасна, побудована на асиметрії стосунків учасників, модель прийнята

Організацією економічної співпраці і розвитку [22] і є найбільш радикальною альтернативою класичній теорії ринку. Модель передбачає, принаймні, чотири учасники (замість класичних двох). Крім пацієнта і лікаря, розглядаються третя сторона – платник і четверта – регулятор. Зв'язок між основними учасниками визначається асиметрією інформації, їх ринковою і політичною потужністю, специфічними інституційними факторами, які склалися історично. Ключовою гіпотезою моделі є те, що внаслідок вказаних асиметрій є можливість перетягування функцій інших учасників на себе більш потужними щодо вказаних вимірів. При цьому порушується вертикальна інтеграція, що призводить до специфічних компенсаторних поведінок учасників [3].

Так, зв'язок пацієнтів з лікарями характеризується виразною інформаційною асиметрією. Держава регулює медичний персонал і медичні заклади, як мінімум, через регуляцію їх чисельності. Різноманітні дії з боку держави відбиваються на розміщенні і поведінку лікарів. Як

екстремальний варіант, лікарі можуть найматися державою (Україна, комунальні лікарні Великобританії, Австралії). Проте й лікарі мають важелі перебирання контролю. Лікарі, як правило, домінують в наглядових, регуляторних радах, і є безліч прикладів ініційованих ними «регуляторних пут», зокрема спрямованих на обмеження конкуренції у наданні медичних послуг.

Існує два можливі варіанти зв'язку між лікарями і лікарнями. Лікарі можуть працювати у лікарнях за трудовим договором, контрактом (Україна, Канада, Великобританія). Проте навіть у цьому разі лікарі мають атипові джерела контролю діяльності лікарні, керуючись переважно не інтересами закладу, а швидше окремих конкуруючих центрів влади в лікарні. Другий варіант найповніше реалізується у приватних клініках (США, Австралія), економічне виживання яких залежить від обсягу пацієнтів, які «постачаються» приватними лікарями. Клієнтами таких клінік, від яких залежить прибуток, є лікарі, а не пацієнти. Саме тому такі лікарні влучно називають майстернями лікарів – «doctors work shops».

Аналогічні варіанти зв'язку існують між лікарями і фармацевтичними компаніями. У принципі, лікарі виступають з позицій інтересів пацієнта і призначають медикаменти на основі їх ефективності та до-

ступності для хворого. Проте знання лікарів про нові препарати та їх ефективність в основному поповнюються дистриб'юторами фармацевтичних компаній, мішенями активності яких є саме лікарі.

У фокусі зростаючої уваги останніми роками знаходяться багатогранні види зв'язків між третьою стороною – платником (страховиками/зakupівельниками/агентами організації споживачів) і виробниками медичних послуг. По-перше, третя сторона може наймати лікарів (Україна, система НМО у США). По-друге, третя сторона може обмежити свою роль лише страхуванням (приватні страхові компанії України, донедавна досвід Австралії). По-третє, лікарі можуть переймати функцію контролю і нагляду за медичними і госпітальними страховими компаніями (Австралія, варіант фактичного уособлення страховика і виробника у США). Останній варіант забезпечує домінують інтересів виробника медичних послуг. Зрештою страховик може виступати в інтересах пацієнта і використовувати свою моносонічну потужність для контролю цін та ефективності медичних послуг, ефект протилежний до попередньої моделі (система managedcare у США, медичні страхові фонди ряду країн Європи) [13].

Різні комбінації асиметрій вказаних зв'язків визначають різні моделі охорони здоров'я (табл. 2).

Таблиця 2. Класифікація моделей охорони здоров'я за впливом ціни і асиметрій зв'язків на екілібріум попиту і пропозиції

Модель	Ринкова		Професійна		Національна		МС	
Зв'язок (асиметрія)	ціна ⁽¹⁾	інші ⁽²⁾	ціна ⁽¹⁾	інші ⁽²⁾	ціна ⁽¹⁾	інші ⁽²⁾	ціна ⁽¹⁾	інші ⁽²⁾
Лікар>Пацієнт	+	–		+	?	+	+	–
Лікар<Пацієнт		–						
Лікар>ПСС		–		+		?		
Лікар<ПСС(МС)								+
Лікар>Держава		–		+				
Лікар<Держава		–*				+		?
Лікар<ФармКомпанія		–		?		–		–
Лікар>Лікарня		–		+				
Лікар<Лікарня	?					+		+
Пацієнт – Медикаменти	+		+		?		+	–
Пацієнт – Лікарня	+							–

Примітки: ? – несуттєво; *лише шляхом регуляцій > напрямком домінування (асиметрії).

1. Ціна допомагає встановленню екілібріуму попиту і пропозиції.

2. Інші фактори впливають на екілібріум

Якщо асиметрії зв'язків відсутні, виникає суто ринкова модель охорони здоров'я. Те, що така модель практично не зустрічається, є підтвердженням переконань економістів щодо важливості домінувань, які переслідують власні цілі учасників. У ситуації, коли ні приватний страховий сектор (ПСС), ні держава не використовують

свою моносонічну потужність, ми маємо «професійну» модель. Саме лікарі визначають політику в галузі охорони здоров'я і за можливості контролюють приватні страхові фонди у своїх інтересах. Пацієнти залишені без незалежної експертизи (й інформації) щодо ефективності дій медичного персоналу, а також можливих аль-

тернатив лікування. Діяльність лікарні підпорядкована інтересам медичного персоналу, ситуація «doctorsworkshops». За третьої, «національної», моделі держава перебирає на себе функції інших учасників, виступає працедавцем і фінансовим джерелом усіх учасників сектору охорони здоров'я. Саме ця модель домінує в країнах пострадянського простору, Великобританії, Скандинавських країнах. Популярною є модель «універсального медичного страхування», за якої держава забезпечує більшість страхових фондів і активно регулює поведінку інших учасників. За цієї моделі, проте, лікарі є самостійними агентами, які фінансуються як через громадські страхові фонди (Канада), так і частково через приватні (Австралія). Фактично присутні два центри потужності: держава і лікарі; поведінка учасників в основному визначається змаганням за фонди і професійну автономію. Насамкінець, існує модель керованої конкуренції Managed Competition і керованої допомоги Managed Care. Приватний і (менш поширено) громадський страховий сектор є активними агентами щодо визначення договірних цін і переліку послуг програм страхування. Модель керованої допомоги, поширена в США, відрізняється меншим регулюванням вказаних агентів з боку держави, з домінуванням ПСС в інтеграції третьої сторони і виробника медичних послуг з екстремальним варіантом повністю інтегрованих НМО (Health Maintenance Organisations), які замикають допомогу в чітко окресленій мережі виробників медичних послуг і наймають лікарів, домінуючи над ними [15;16].

Ринкова поведінка учасників залежить від моделі, яка найбільш притаманна країні. Звичайно, різні частини системи охорони здоров'я можуть описуватись різними моделями. В Україні модель стаціонарної допомоги є національною, подібною до такої у Великобританії, проте проект реорганізації ПМСД відкритий до моделі «універсального медичного страхування», яка популярна в ряді країн Східної Європи. Є й інші аспекти генералізації моделей. Наприклад, держава є домінуючою в національних системах охорони здоров'я і моделях з громадським страхуванням. Проте цей факт не окреслює межі використання потужності. Австралія завдяки використанню державою монополістичної потужності знизила вартість ліків до, можливо, найменших світових значень. Аналогічні можливості, проте, не використані Канадою чи Великобританією. Є значний резерв і в Україні. У цілому ідентифікація моделі ще не означає реалізації потенційних можливостей моделі. Ще більше ускладнює ситуацію факт, що поведінка учасників у різних підсекторах охорони здоров'я може суттєво різнитись. Специфічно, межі ІЛП можуть значно варіювати залежно від складності медичної проблеми, виду послуг,

інформаційної асиметрії. ІЛП, таким чином, менш притаманний ПМСД порівняно з послугами вузьких спеціалістів [18;19].

З вищенаведеного випливає два висновки. По-перше, не має універсальної моделі, яка змогла б описати існуючі системи охорони здоров'я. Інституційні та історичні фактори є основними детермінантами мотивації і поведінки учасників. По-друге, ефективність системи охорони здоров'я по досягненню соціальних завдань залежить від поведінки учасників, тобто меж домінування у їх зв'язках.

Критичним також є висновок, який випливає з даних таблиць 1, 2. Це ключовий характер зв'язку медичного персоналу і пацієнтів, з яким пов'язаний ефект ІЛП. Без ІЛП пацієнти обирали б обсяг і місце надання послуг відповідно до своїх потреб і уподобань з адекватною інформацією і потужністю для забезпечення максимальних потреб. Лікарі в умовах конкуренції за такої ситуації зацікавлені забезпечити такі зв'язки з іншими учасниками, які забезпечуватимуть максимальну реалізацію потреб пацієнтів. Це не «імунізує» повністю систему охорони здоров'я від вад, притаманних ринку медичних послуг, проте збільшує впевненість, що учасники сектору охорони здоров'я не стоять на заваді досягненню пацієнтами своїх цілей. Це одна із основних причин, яка обумовлює велику увагу до ІЛП-ефекту організаторів та економістів охорони здоров'я, громадськості та політиків.

Теорія ІЛП має дати відповіді на два запитання: 1) чому пацієнти дозволяють маніпулювати своїми інтересами; 2) чому лікарі вдаються до ІЛП. Більшість економістів вважають, що відсторонення пацієнта від рішення щодо вибору медичних послуг можна пояснити асиметрією інформації, яка має виключно професійну складову. Проте є й інші не менш важливі причини, наявність яких показано на рисунку [19].

«Бокс-плот» зображує співвідношення спостережених локальних в округах шт. Вікторія і очікуваних дворічних частот втручань стандартизованих до середніх для Австралії рівнів (прийнятими за 100). Локальні співвідношення, які лежать за межами 25 і 75 центилів, зображені точками. Дані свідчать про надмірну варіацію, яка часом сягає 1000% понад варіацію, пов'язану з ціною, прибутком та медичними потребами. Певною мірою надлишок варіації можна пояснити випадковою помилкою. Для більшої певності провели розрахунок очікуваної варіації на припущенні, що індивідуальний ризик медичних станів, які вимагають вказаних втручань, має розподіл Пуассона із середніми ризиками, властивими відповідним нозологічним когортам Австралії. Друга колонка рис. саме показує співвідношення спостережених варіацій

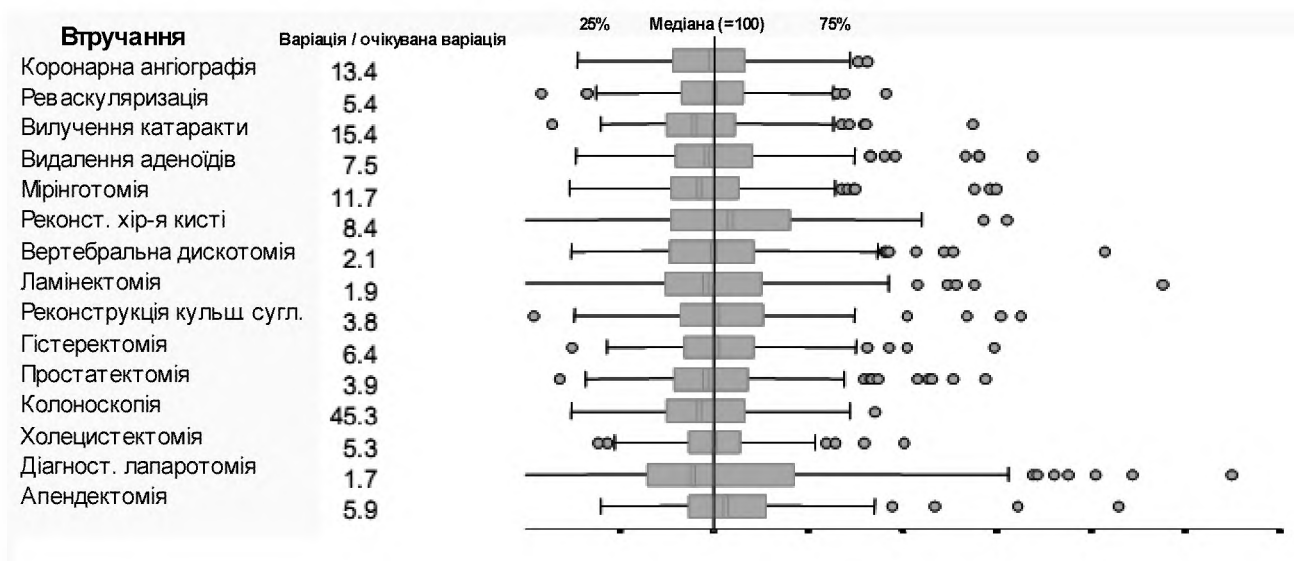


Рис. Розподіл стандартизованих співвідношень частот втручань по шт. Вікторія, Австралія

до модельних (очікуваних). Видно, що навіть за відсутності випадкової помилки співвідношення варіюють від 70% (діагностична лапаротомія) до вражаючих 30% (колоноскопія). Аналогічні варіації простежуються практично у всіх дослідженнях варіацій між місцевостями в межах країн, так і між країнами. До певної міри варіації можна пояснити ІЛП, проте навіть це не пояснює всю ситуацію. Більшість схиляється до того, що варіації є наслідком професійної непевності щодо найкращих опцій лікування і надзвичайно широкого спектру можливих «легітимних» варіантів. Свідчення досліджень місцевих варіацій вказують на неспроможність експертів досягти консенсусу щодо найкращої практики, що впевнено відхиляє гіпотезу раціонального агента і пов'язаних припущень про ринок медичних послуг. Саме професійна непевність, як основа неспроможності консенсусу щодо найкращої клінічної практики, завойовує позиції домінуючої реальності [23]. Це твердження підтримують оцінки OECD&US офісу оцінки технологій, згідно з якими лише 29-25% медичних процедур оцінено задовільно (звичайно, ще менше підлягали економічній оцінці). За такої професійної невизначеності пацієнту просто неможливо оцінити дії лікаря, і відсторонення суверенітету пацієнта є раціональною відповіддю. Як свідчення професійної непевності, дані рис. показують, що асиметрія інформації менш важлива, ніж асиметрія у здатності винести медичне рішення на основі недосконалих знань і унікальності пацієнта.

Ще більш контраверсійне питання мотивації лікарів до ІЛП. Концепція «неетичної поведінки» погоджується з конвенційними економічними теоріями, проте визнана неадекватною [19], оскільки виявилась неспроможною пояснити ряд тенденцій ринку медичних послуг, зокрема дра-

матичні зміни в їх споживанні. Більш прийнятною, проте, є вищеназвана теорія професійної непевності, яка домінує у клінічній практиці і передбачає, що потреби лікаря складаються з прибутку та професійного звершення. Лікарі переконані, що інтенсивніше лікування пов'язане з його якістю. Збільшення кількості лікарів зменшує їх кількість на пацієнта і вивільняє лікаря для більш ретельного і якісного обслуговування. Тобто «перенасичення» лікарями призводить до зміни ставлення до пацієнта і стилю обслуговування, гарантує більше часу і уваги до хворого і професійно більше задовольняє лікаря. Така інтерпретація ІЛП пов'язана із кращим обслуговуванням професійно мотивованими та етичними лікарями [12;14].

Проте чому лікарі свідомо не максимізують ІЛП з тим, щоб потім контролювати штучно завищений попит підняттям цін на додаткові послуги, підвищуючи прибуток? Показано [19], що цього не виникає, якщо лікар не володіє необхідною інформацією про ринок, зокрема щодо еластичності попиту на відповідні медичні послуги за ціною, або ж не є інноватором. За таких умов, що відповідають практиці, можливий цілий спектр поведінки лікаря. Невиправдане підняття цін на послуги окремим лікарем або навіть групою лікарів без ринкової потужності веде до такого падіння попиту, за якого подальші експерименти унеможливлюються. Навпаки, коли кількість пацієнтів зменшується у зв'язку із збільшенням конкуренції, ІЛП поведінка може повернути втрачений обсяг послуг.

Висновки

1. Теоретичним підґрунтям теорії ІЛП є незаперечний факт асиметричності інформації між медичним персоналом і пацієнтом, а також асиметрія у спроможності вибору програми дій.

2. ІЛП є наріжним каменем зв'язків між учасниками організації медичної допомоги та ефективності стратегій щодо витрат та клінічних наслідків.

3. Ефективність системи охорони здоров'я по досягненню соціальних завдань залежить від

поведінки учасників, тобто меж домінування у їхніх зв'язках.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні ІЛП на території України в умовах запровадження загальнообов'язкового медичного страхування.

Список літератури

1. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2009 рік / за ред. З. М. Митника. – К., 2010. – 602 с.
2. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2009 рік / за ред. З. М. Митника. – К., 2010. – 447 с.
3. Auster Richard D. Identification of supplier induced demand in the health care sector / Richard D. Auster, L. Oaxaca Ronald // J. of human resources. – 1981. – Vol. 16. – P. 327–342.
4. Evans R. Incomplete vertical integration in the health care industry: Pseudos markets and pseudos policies / R. Evans // Annals, AAPSS. – 1983. – Vol. 468. – P. 60–87.
5. Evans R. Supplier induced demand: Some empirical evidence and implications, in Pearlman M. (ed) / R. Evans // The Economics of Health and Medical Care. – McMillan, London, 1974. – P. 162–173.
6. Feldman R. Health economics: a report on the field / R. Feldman, M. Morrissey // J. Health Politics, Policy and Law. – 1990. – Vol. 15, № 3. – P. 627–646.
7. Follan Sh. The economic of Health and health care". – 4th ed. / Sh. Follan, C. Allen, M. Stano // Pearson Prentice Hall. – 2004. – 569 p.
8. Fuchs V. R. Determinants of expenditures for physician services in the United States, 1948-1968 / V. R. Fuchs, M. Kramer // National Bureau of Economic Research, National Center for Health Services Research and Development, DHEW Publication (HSM). – 1972. – 13 December. – P. 17–30.
9. Fuchs V. R. Economics and health care reform / V. R. Fuchs // The American Economic Review. – 1996. – Vol. 86, № 1. – P. 1–24.
10. Fuchs V. R. Physician-induced demand: a parable / V. R. Fuchs // J. of health economics. – 1986. – Vol. 5. – P. 367–382.
11. Fuchs V. R. The supply of surgeons and the demand for operations / V. R. Fuchs // J. of Human Resources – 1978. – Vol. 13. – P. 35–56.
12. Green J. R. Physician induced demand for medical care / J. R. Green // J. of Human Resources. – 1978. – Vol. 13. – P. 21–34.
13. Grytten Jostein Type of contract and supplier-induced demand for primary physicians in Norway / Jostein Grytten, Sorensen Rune // J. of health economics. – 2001. – Vol. 20. – P. 379–393.
14. Guire Mc. Physician Agency / Mc Guire, G. Thomas // Handbook of Health Economics / ed. by Anthony J. Culyer, Joseph P. Newhouse. – Elsevier Science B.V. – 2000. – Vol. 1A.
15. Johnston Jack. Econometric methods. – 4th ed. / Jack Johnston, John DiNardo McGraw-Hill, 2003. – 520 p.
16. Lohr K. Use of medical care in the Rand health insurance experiment: diagnosis and services specific analysis in a random control trial / K. Lohr // Medical Care. – 1986. – Suppl. 1-87. – P. 24.
17. Phelps C. Health Economics, Second Edition / C. Phelps // Addison-Wesley. – 1997.
18. Rabe-Hesketh S. Generalized Multilevel Structural Equation Modeling, / S. Rabe-Hesketh, A. Skrondal, Pickles // Psychometrika. – 2004. – Vol. 69, № 2. – P. 167–190.
19. Richardson J. Supplier induced demand reconsidered in Economics and Health: 1998 / J. Richardson // Proceedings of the Twentieth Australian Conference of Health Economists / (ed) J. Baldry; School of Health Services Management, University of New South Wales. – Sydney, 1999.
20. Richardson J. The health care financing debate in Economics and Australian Health Policy / J. Richardson // G. Mooney, R. B. Scotton. – Sydney : Allen&Unwin, 1998.
21. Sarma Sisira. A microeconomic analysis of Canadian health care utilization. / Sisira Sarma, Wayne Simpson // Health economics. – 2006. – Vol. 15. – P. 219–239.
22. The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of 7 OECD Countries. // Health Policy Studies. – 1992. – № 2. – OECD, Paris.
23. Wennberg J. SID/Medical evidence / J. Wennberg // Health Affairs – 1988. – P. 99–107.
24. Wooldridge Jeffrey M. Econometric analysis of cross section and panel data / Jeffrey M. Wooldridge. – MIT Press, Cambridge, Massachusetts, London, 2001. – 719 p.

ЧТО ТАКОЕ ИНДУЦИРОВАННЫЙ ВРАЧОМ СПРОС И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА РЫНОК МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

И.Ю. Андриевский (Винница)

В статье приведены теоретические основы теории индуцированного врачом спроса, которая зависит от асимметричности информации между медицинским персоналом и пациентом и способности выбора

программы действий. Описаны его влияние на рынок медицинских услуг на основе модели, принятой Организацией экономического сотрудничества и развития. Показана взаимосвязь между индуцированным врачом спросом и национальными системами здравоохранения в отдельных странах (Австралия, США, Великобритания).

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: индуцированный врачом спрос, рынок медицинских услуг, система здравоохранения.

WHAT IS A DEMAND INDUCED BY DOCTOR AND ITS IMPACT ON THE MARKET OF MEDICAL SERVICES

I. Yu. Andriyevskyi (Vinnytsia)

The theoretical background of the basis of the theory of demand induced by doctor, which depends from the asymmetry of information between medical staff and patients and abilities of choosing program of actions have been presented. The impact on market demand for medical services based on the model adopted by the Organization for Economic Cooperation and Development has been described. The interrelation between demand induced by doctor and national health systems in some countries (Australia, USA and Great Britain) has been presented.

KEY WORDS: demand induced by doctor, health services market, health care system.

Рукопис надійшов до редакції 05.11.2013

Рецензент: к.мед.н., доц. Н.О. Теренда

О.Н. ЛИТВИНОВА, Н.Я. ПАНЧИШИН, В.С. КОЛОМИЙЧУК (Тернопіль)

ТОВАРНА ОРГАНІЗАЦІЯ ВИРОБНИЦТВА В РАКУРСІ СУЧАСНОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

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

У статті проаналізовано товарно-грошові відносини у системі охорони здоров'я населення, показано основні тенденції їх розвитку.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: товарне виробництво, прибуток, медична послуга, охорона здоров'я.

Товарне виробництво – це такий тип господарювання, за якого продукти праці (у системі охорони здоров'я це послуга) приймають товарну форму і спосіб їхнього руху ускладнюється. Відбувається він за такою схемою: виробництво–розподіл–обмін–споживання. Тобто прямі замкнені економічні зв'язки у межах окремої господарської одиниці перетворюються в опосередковані обміном відносини. Товарна форма є відкритою системою. Вона постійно розвивається, набуваючи на кожному з етапів свого розвитку певних ознак [2;5;6].

Виробництво носить виразний суспільний характер і цікавить лікарів як з позицій споживачів, так і з позицій виробників, позаяк у всій виробничій сфері, де задіяна праця людини, є питання охорони здоров'я цієї людини і надання їй, за потреби, медичної допомоги. Через цю позицію система охорони здоров'я, попри всі форми суспільного виробництва, не є відособленою галуззю, а є галуззю, проникною через всю структуру суспільного виробництва, у чому і полягає основна її специфічність і пріоритетність [1;3;4].

Мета дослідження: показати особливості товарної організації виробництва через призму сучасної системи охорони здоров'я.

Матеріали і методи. З використанням методів економічного аналізу, синтезу та дедукції показано місце медичної послуги у товарно-грошових відносинах.

Результати дослідження та їх обговорення. Основними рисами сучасного розвиненого товарного виробництва є поглиблення існуючих форм суспільного поділу праці, переважання суспільного виробництва, встановлення економічних зв'язків між товаровиробниками не лише через ринок, але й через контрактну систему, планомірний характер розвитку товарного виробництва у національних та міжнародних масштабах, державне регулювання виробництва, перетворення держави на великого товаровиробника

(підприємця, фінансиста, кредитора, організатора), послаблення соціально-економічної відокремленості між товаровиробниками.

Слід зазначити, що сьогодні, в умовах виключно товарно-грошових відносин на фоні великих міграційних можливостей, пріоритет якості поступається маркетинговим технологіям зі збуту товару. «Прибуток будь-якою ціною» – сьогодні це лозунг більшості виробників.

Найнебезпечніша ситуація такого стану справ розгортається у системі охорони здоров'я. Коли метою виробника (а в охороні здоров'я це лікар) є прибуток, а метою споживача (в охороні здоров'я – це пацієнт) є якість, то в умовах ринку виграє той, хто володіє інформацією. А в даному тандемі інформацією володіє лікар. Саме він (виробник) виступає у ролі агента споживача, тобто пацієнта, і це є тією парадоксальною ситуацією, яка притаманна виключно системі охорони здоров'я. Тому в умовах товарного виробництва система охорони здоров'я та медичної допомоги, як не парадоксально, не буде працювати на користь пацієнта, що ми і спостерігаємо, на жаль, сьогодні у всіх країнах світу.

Характерною рисою товару, на відміну від продукту, є те, що він не виробляється для власного споживання, а призначений для споживання іншими, обов'язково перебуватиме у процесі купівлі-продажу.

Продуктом у системі охорони здоров'я буде результат праці медичних працівників – медична допомога. Товаром (а у випадку системи охорони здоров'я – послугою) цей продукт стане тоді, коли буде призначений для обміну. В умовах товарно-грошових відносин ми можемо говорити виключно про медичні послуги, як про товар. Тому вживаний стереотипний вислів про безоплатні медичні послуги є неправомірним.

Тут виникає цілий ряд застережень, які необхідні у системі охорони здоров'я, щоб не перетворити медичну послугу хворій людині у предмет наживи з усіма наслідками, які витікають із цього. Потрібний дуже виважений механізм оп-

лати наданої послуги, який гарантував би доступне отримання її пацієнтами і не залишав злидненими лікарів та інший медичний персонал. На жаль, сьогодні в Україні ми не можемо виробити такого механізму, а зрештою, як показує практика, у світі теж такого досконалого механізму немає.

В ідеалі, в інтересах людини – не мати справ з медициною і не мати потреби звертатися до лікаря. В інтересах хворого якнайшвидше повернути собі втрачене здоров'я при мінімальних втручаннях лікаря. Щоб забезпечити баланс інтересів, лікар також мав би бути зацікавленим у мінімумі втручань або ж взагалі їх відсутності та якомога меншій кількості хворих. А в ракурсі товарно-грошових відносин все навпаки – споживач зацікавлений у максимальному споживанні, а виробник зацікавлений у максимальному збуті і безконечних споживачах. Але, якщо розглядати не ідеалістичну, а реальну картину, то через специфіку галузі охорони здоров'я маємо парадоксальну ситуацію, коли споживач (пацієнт) не зацікавлений у споживанні, а виробник (лікар)

зацікавлений у максимальній кількості споживачів. Іншими словами, лікар в умовах товарно-грошових відносин матеріально зацікавлений у тому, щоб люди хворіли багато і часто. Щоб нормалізувати ситуацію в інтересах пацієнтів, необхідно розробити модель матеріальної зацікавленості лікаря у здорових пацієнтах.

Висновки

1. Товар у системі охорони здоров'я – це послуга (продукт праці), що здатна задовольняти певні потреби людини і призначена для обміну.

2. В умовах товарно-грошових відносин у системі охорони здоров'я виробник (лікар), зацікавлений у максимальній кількості споживачів, а пацієнт, навпаки, не зацікавлений у споживанні.

3. Враховуючи специфічність поводження медичної послуги на ринку, слід будувати систему охорони здоров'я, виходячи із протилежного до рентабельності принципу: «чим менше, тим краще», а не навпаки, як у всіх інших галузях.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці нових моделей реальної зацікавленості лікарів у наявності здорових пацієнтів.

Список літератури

1. Державний комітет статистики України [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua>.
2. Економіка охорони здоров'я : підр. / В. Ф. Москаленко, О. П. Гульчій, В. В. Рудень [та ін.]. — Вінниця : Нова Книга, 2010. — 288 с.
3. Камінська Т. М. Економічні інтереси суб'єктів охорони здоров'я / Т. М. Камінська // Вісн. Національної юридичної академії України імені Ярослава Мудрого. — 2010. — № 3. — С. 54–63.
4. Куценко В. І. Сфера охорони здоров'я: соціально-економічні та регіональні аспекти. / В. І. Куценко, Г. І. Трілленберг. — К. : РВПС України НАН України, 2005. — 366 с.
5. Стрішенець О. М. Основні тенденції розвитку товарного виробництва в Україні / О. М. Стрішенець // Наук. вісн. Волинського національного університету імені Лесі Українки. — 2011. — № 12. — С. 16–19.
6. Устінов О. В. Актуальні проблеми здоров'я та охорони здоров'я у III тисячолітті / О. В. Устінов // Укр. мед. часоп. — 2013. — № 3 (95). — С. 9–16.

ТОВАРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОИЗВОДСТВА В РАКУРСЕ СОВРЕМЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

О.Н. Литвинова, Н.Я. Панчишин, В.С. Коломийчук (Тернополь)

В статье проанализированы товарно-денежные отношения в системе здравоохранения населения, показаны основные тенденции их развития.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: товарное производство, прибыль, медицинская услуга, здравоохранение.

COMMODITY PRODUCTION ORGANIZATION FROM THE PERSPECTIVE MODERN HEALTH CARE SYSTEM

O.N. Lytvynova, N.Ya. Panchyshyn, V.S. Kolomijchuk (Ternopil)

The commodity-money relations in the health care system have been analyzed in the article and show the main trends of its development.

KEY WORDS: commodity production, income, health service, health care system.

Рукопис надійшов до редакції 18.10.2013 р.
Рецензент: д.мед.н., проф. С.Н. Вадзюк

МЕТЕОПАТОЛОГІЯ ЯК МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА

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

Проведено аналіз впливу погоди на функціонування органів і систем. Встановлено, що у найбільшій мірі на організм здорової та хворої людини впливає весь комплекс чинників, які входять у поняття «тип погоди», а не дія окремих метеоелементів. Погода зумовлює виникнення ускладнень і, зокрема, впливає на подорожчання лікування хворих з патологією серцево-судинної системи.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: метеопатологія, тип погоди, серцево-судинна система.

Наразі відомо про значний вплив погодних умов на самопочуття людини. Проблема метеопатології на сьогодні дуже актуальна і має велике медико-соціальне значення. У даний час активно розробляються такі напрямки досліджень, як метеотропізм хворої і здорової людини, метеопатологія у дітей і літніх людей, геліометеопатологія, проблеми метеопрофілактики тощо. Інтерес до метеопатології за останні десятиліття помітно посилюється [13; 17; 28]. Відбулося становлення такої науки, як медична керосологія (від грецького *Keros* – погода) [14]. На сучасному етапі особливу увагу заслуговує медико-погодне прогнозування, яке ґрунтується на тому, що в природних умовах на організм людини впливають не тільки окремі метеорологічні фактори, хоча їх роль не виключається, скільки одночасний вплив всього клімато-погодного комплексу, який формує таке поняття, як тип погоди [7; 9; 18].

Мета роботи: провести аналіз впливу погоди різного типу на організм здорової і хворої людини.

Матеріали і методи. Проаналізовано існуючі наукові публікації, в яких зроблено оцінку функціонування організму людини при дії погодних факторів.

Результати дослідження та їх обговорення. У процесі еволюції організм людини виробив здатність пристосовуватися до умов навколишнього середовища, які постійно змінюються, і, таким чином, нейтралізовувати їх несприятливий вплив. Серед численних чинників оточуючого середовища, таких як соціально-економічні, еколого-гігієнічні, важливе значення має вплив на організм людини геліо-гео-метеорологічних факторів. Ще в працях А.Л. Чижевського [35], Д. Ассмана [2] були описані негативні реакції, спричинені зміною сонячної активності і стану атмосфери, які призводять до погіршення стану людини.

На даний час більшість дослідників вважають, що на людський організм переважно впливає весь атмосферно-фізичний комплекс, який складає погоду в цілому [15; 27]. В.Г. Бокша у своєму визначенні вказує, що під погодою слід розуміти фізичний стан атмосфери, який виникає внаслідок впливу сонячної радіації і циркуляційних процесів в атмосфері, а також властивостей поверхні Землі [5].

На сьогодні розроблено цілий ряд класифікацій погоди з поділом її на певні типи, де враховується як стан атмосфери, виразність кожного з елементів, які складають погоду, так і зміни в організмі людини, які наступають внаслідок дії погодних факторів. Широке застосування набули класифікації погоди І.І. Нікберга [27], В.Ф. Овчарової [29]. Останнім часом для дослідження впливу погоди на організм людини найчастіше використовується класифікація, запропонована І.І. Григор'євим [31]. Вона передбачає поділ погоди на чотири типи: до I типу належить погода, яка характеризується малоградієнтним баричним полем і відсутністю фронтальних зон; II тип погоди характеризується малим баричним градієнтом біля поверхні землі і на висотах тропосфери, проходженням фронтальних розділів; до III типу належить погода з високою циклонічною діяльністю з великими перепадами метеоелементів при виразному градієнті баричного поля; IV тип погоди характеризується показниками ходу метеоелементів, які перевищують такі при III типі, і супроводжується розвитком значних природних катаклізмів, таких як урагани, смерчі. Також характерні значні коливання магнітного та електричного полів Землі.

Реакції, які розвиваються в організмі людини при дії метеофакторів, на сьогодні прийнято називати «метеотропними» [28]. І.І. Григор'єв [14] запропонував термін «керосотропні реакції», вважаючи, що під назвою «метеотропні реакції» слід розуміти зміни, зумовлені впливом тільки окре-

мих метеофакторів, а “керосотропні” відображають зміни в людському організмі, які відбулися внаслідок дії того чи іншого типу погоди. Ознаками метеопатичних реакцій є одночасність і масовість розвитку, короткочасність та стереотипність проявів.

Несприятлива погода викликає комплекс специфічних і неспецифічних змін в організмі здорових людей. У цьому випадку погодні фактори є основною причиною погіршення самопочуття. Таких людей прийнято називати «метеочутливими», або «метеолабільними». Кількість метеолабільних серед дорослого населення становить від 35% до 60% [4;15]. Другий шлях розвитку метеопатій полягає в тому, що внаслідок впливу несприятливої погоди посилюються або проявляються симптоми захворювань, які вже існують у хворих людей. Метеолабільність у цієї категорії населення сягає до 75% [15], а в людей із захворюваннями серцево-судинної системи – до 95% [3;25].

В.Ф. Овчарова [29] виділяє чотири клінічні синдроми метеопатій:

а) гіпотензивний, який характеризується зниженням артеріального тиску (АТ) у людей з гіпертензією, покращеним самопочуттям, а в людей із зниженим АТ спостерігається загальна слабкість, підвищена втомлюваність, задишка, тахікардія на фоні зниження АТ;

б) гіпоксичний – в основному зумовлений зменшенням парціального тиску кисню в атмосферному повітрі і викликає в людей з підвищеним АТ тахікардію, спастичні болі різної локалізації, набряк тканин, зниження насиченості артеріальної крові киснем, підвищення АТ;

в) спастичний – супроводжується звуженням судин, підвищенням загального периферичного опору і зростанням АТ, а також спастичними болями у внутрішніх органах, тахікардією, підвищеною подразливістю, погіршенням сну;

г) тонізуючий, при якому можлива поява суб'єктивного відчуття підвищеної працездатності у людей зі зниженим АТ. У хворих на гіпертонічну хворобу можлива поява головного болю, підвищення АТ, тахікардії і кардіалгії.

Виділяють три фази розвитку метеотропних реакцій [16]:

I – фаза клініко-фізіологічної адаптації до впливу атмосферно-фізичних коливань;

II – фаза підвищеної чутливості до різких змін погоди, що проявляється зміною рівня нервово-психічної та імунно-алергічної реактивності;

III – фаза дезадаптації до погоди, яка у здорових, але метеочутливих, людей характеризується певним погодно-соматичним синдромом, а у хворих – проявом субклінічно і клінічно виражених реакцій і загостренням захворювання.

На думку І.І. Григор'єва і співавт. [15], порушення адаптації і стан підвищеної керосотропності

переважно характеризуються однаковими клініко-фізіологічними і психоемоційними проявами з єдиним патогенетичним механізмом розвитку. Але для адаптаційного синдрому характерним є втягування в процес структурних складових центральної нервової системи, а для керосотропного – більш характерна участь автономної нервової системи. На основі цього автори пропонують виділяти термін “адаптаційно-керосотропний синдром”.

Вважається [20;24], що в основі метеотропних реакцій у людей із захворюваннями серцево-судинної системи лежать вазомоторні рефлексії (спазм судин, тахікардія, гіпертензія та ін.) і зміни в системі крові (пригнічення фібринолізу, посилення зсідання крові і тромбоутворення). Ю.Г. Мізун і В.І. Хаснулін [26] пов'язують підвищення агрегації формених елементів і гіперкоагуляцію з впливом на клітини крові магнітного поля Землі. Також автори вважають, що коливання магнітного поля Землі в основному зумовлено “сонячним вітром”, потоком заряджених частинок, який виникає при термоядерних реакціях на Сонці і спрямованому на Землю. При цьому провідною ланкою є пошкодження клітинних мембран, зміна їх заряду і полярності, що приводить до їх підвищеної проникності з виходом факторів зсідання крові. Зменшення заряду клітинних мембран призводить також до підвищення в'язкості крові і, відповідно, до зростання периферичного опору судин, що у свою чергу зумовлює збільшення навантаження на міокард лівого шлуночка і порушення гемодинаміки [22]. Ці дані підтверджуються дослідженнями [6], в яких встановлено погіршення мікроциркуляції в дні проходження магнітних бур і при цьому основною причиною було погіршення реологічних властивостей крові.

Встановлено, що в умовах високої активності геліогеофізичних факторів, частота звернень за медичною допомогою збільшується у середньому на 20%, гіпертонічні кризи спостерігаються у 1,8 [25], а інфаркти та інсульти – у 1,9 рази частіше порівняно з періодами низької активності Сонця [37;38]. При цьому смертність від гострих серцево-судинних катастроф у такі дні зростає на 10–20% [39].

Також доведено, що під час геомагнітних збурень відбувається збільшення середньодобової кількості випадків раптової смерті у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) порівняно з періодами спокійного стану магнітного поля Землі [11]. У осіб, які померли від ІХС в періоди збурень земного магнетизму, значно частіше виявляється ураження правої коронарної артерії, а зміни структурних властивостей крові були аналогічними змінам, які отримані при експериментальній гіперліпідемії [32]. Також у таких хворих встановлено підвищення рівня гемоглобіну, вмісту лейко-

цитів і моноцитів, концентрації ліпопротеїнів, холестерину і фібриногену [21].

Встановлено, що пацієнти з нормальним і помірно підвищеним АТ однаковою мірою схильні до впливу метеофакторів; при високій артеріальній гіпертензії, а поєднанні артеріальної гіпертензії з ІХС, число взаємозв'язків між показниками артеріального тиску і факторами погоди збільшується у понад тричі [19].

Також зростає частота розвитку пароксизмальної та миготливої аритмії у дні з несприятливою погодою [10].

Однак при обстеженні здорових людей [34] не встановлено змін заряду мембран формених елементів крові, а їх здатність до агрегації підвищується незначно, і це підтверджує думку про те, що здоровий і хворий організм реагує на зміну геомагнітного поля по-різному. У здорових людей достатньо адаптаційних резервів, при мобілізації яких організм в основному справляється з негативними ефектами впливу несприятливої погоди [1]. Проте вплив метеофакторів, особливо при різкій зміні ходу метеоелементів, створює несприятливу ситуацію, на фоні якої дія таких чинників, як психоемоційне навантаження, забруднення повітря, шум, вібрація, стає більш уразливою для організму [36].

Встановлено зміни поведінки і темпераменту у людей під час геомагнітних збурень. Геліометеолабільними виявилися особи високотривожні, з підвищеною схильністю до емоційних переживань, руховою та соціальною пасивністю. У більшості обстежуваних показники самопочуття, тривожності і агресивності або синхронно реагували на зміни параметрів як космічної, так і земної погоди, або запізнювалися на 1–2 дні. Реакція “на випередження” у більшості випадків була виражена з боку показника настрою [8;9,33].

Також у публікаціях наводяться дані експериментальних досліджень впливу різних типів погоди на поведінку тварин. Встановлено стан підвищеної емоційності щурів в умовах ІІІ типу погоди [30]. Також спостерігалось підвищення чутливості адренорецепторів у тварин при несприятливій погоді [18]. При несприятливій погоді збільшувалась кількість депресивних тварин порівняно з сприятливою, в умовах якої тварини були емоційно активними. Скорочувалась також тривалість сну у тварин та підвищення тривожності щурів при несприятливій погоді, яке виражалось збільшенням кількості реакцій ґрумінга і болюсів і встановлено значне підвищення активності симпатичної нервової системи за несприятливої погоди [30].

Таким чином, у більшості робіт, у яких порушувалися питання метеочутливості і метеопатології, встановлено, що на перебіг захворювань серцево-судинної системи в основному впливає

комплекс факторів, які входять у поняття “тип погоди”, а не ті чи інші чинники, які формують певні кліматичні умови окремого регіону. Процес акліматизації більш розтягнутий у часі, що дозволяє організму людини вчасно і планомірно перебудувати пристосувальні механізми з виходом на новий рівень функціонування із забезпеченням відновлення резервів, при збереженні достатнього рівня працездатності [5]. Зміна погодних факторів відбувається за дуже короткі проміжки часу, що зумовлює мобілізацію додаткових механізмів, які компенсують недостатність базових процесів, що діють в адекватних умовах навколишнього середовища. Вмикання цих “авральних” механізмів супроводжується переходом на малоекономічний та інертний режим функціонування органів і систем, що призводить до значних витрат функціональних резервів. Це пояснює збільшення числа ускладнень у хворих на серцево-судинну патологію, у яких запас функціональних резервів є меншим. У такому випадку певні кліматичні умови проживання можуть створювати фон, на якому вплив певної погоди буде відчутнішим.

Очевидно, що загальне число факторів, які в тій чи іншій мірі впливають на здоров'я людини, настільки велике, що вирішення завдання об'єктивної комплексної оцінки впливу погоди на організм людини має велике науково-практичне значення. Для вирішення цієї проблеми необхідна координація діяльності закладів охорони здоров'я, метеорологів, науковців та організаторів охорони здоров'я. Своєчасний прогноз змін погоди дає шанс попередити негативні наслідки метеотропних реакцій у метеочутливих людей [23]. Крім того, раціональне застосування оздоровчих прийомів дозволяє знизити негативну роль таких реакцій і навіть повністю їх виключити [12]. При цьому медикаментозну терапію метеопатичних реакцій необхідно проводити за тими ж схемами, як при загостренні основного захворювання, починаючи за 1–2 дні до зміни погоди, з урахуванням кількісно-якісних характеристик погоди і хворого. Цим визначається народногосподарська, соціальна та економічна значущість проведення такої роботи. Зміцнення здоров'я людей, підвищення їх працездатності і функціональних можливостей, зниження загальних витрат на лікування, обов'язково позначається на зростанні економічних показників країни.

Висновки

1. Встановлено, що у найбільшій мірі на організм здорової та хворої людини впливає весь комплекс чинників, які входять у поняття “тип погоди”, а не дія окремих метеоелементів.

2. Погода зумовлює виникнення ускладнень і, відповідно, впливає на подорожчання лікування хворих з патологією серцево-судинної системи.

Перспективи подальших досліджень полягають у впровадженні у вітчизняну медичну, насамперед санаторно-курортну, а також стаціонарну та амбулаторну практику оздоровчо-профілактичної

системи на базі медичних прогнозів погоди, яка передбачає організацію максимально комфортних умов лікувального процесу для хворих з різними захворюваннями.

Список літератури

1. Андропова Т. И. Гелиометеотропные реакции здорового и больного человека / Т. И. Андропова, Н. Р. Деряпа, А. П. Саламатин. – Л. : Медицина, 1982. – 247 с.
2. Ассман Д. Чувствительность человека к погоде / Д. Ассман. – Л. : Гидрометеиздат, 1966. – 247 с.
3. Ахмерова Р. И. Метеотропные реакции у больных ишемической болезнью сердца и их профилактика / Р. И. Ахмерова, М. Н. Гаянова // Вопр. курортол., физиотерапии и лечебной физкультуры. – 1995. – № 2. – С. 38.
4. Бокша В. Г. Климат лечит : справ. – 3-е изд. / В. Г. Бокша, Я. М. Вершицкий – Симферополь : Таврия, 1990. – 56 с.
5. Бокша В. Г. Справочник по климатотерапии / В. Г. Бокша. – К. : Здоров'я, 1989. – 208 с.
6. Бреус Т. К. Влияние солнечной активности на биологические объекты: автореф. дис. ... д-ра физ.-мат. наук : 01.03.03 и 03.00.02 / Т. К. Бреус. – М., 2003. – 42 с.
7. Вадзюк С. Н. Центральна гемодинаміка при різних типах погоди за умов орто-кліностатичного навантаження / С. Н. Вадзюк, І. Я. Папінко // Фізіологічний журн. – 2000. – Т. 46, № 5. – С. 52–55.
8. Верко Н. П. Гелиометеолабильность в зависимости от свойств темперамента и невротического состояния человека / Н. П. Верко, П. Е. Григорьев // Крымский журн. эксперимент. и клин. медицины. – 2011. – Т. 1, № 3-4. – С. 14–16.
9. Волкова Н. М. Поширеність алекситимії серед метеочутливих осіб у віковому аспекті / Н. М. Волкова // Укр. мед. альм. – 2008. – Т. 11, № 5. – С. 39–41.
10. Вплив метеорологічних факторів на виникнення пароксизмів порушень ритму серця / В. К. Ташук, Е. Ц. Ясинська, О. І. Гелей. [та ін.] // Буковинський мед. вісн. – 2002. – Т. 6, № 3. – С. 108–110.
11. Геомагнитные пульсации и инфаркты миокарда / С. И. Рапопорт, Т. К. Бреус, Н. Г. Клейменов [и др.] // Терапевт. арх. – 2006. – № 4. – С. 56–60.
12. Григорьев И. И. Медико-погодное прогнозирование – важнейшая научная отрасль современной метеопатологии / И. И. Григорьев, К. И. Григорьев // Вопр. курортол., физиотерапии и лечебной физкультуры. – 1993. – № 6. – С. 42–45.
13. Григорьев И. И. Медико-экономическое значение профилактики неблагоприятных погодных реакций / И. И. Григорьев // Вопр. курортол., физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2002. – № 5. – С. 50–53.
14. Григорьев И. И. Медицинская керосология: новое в метеопатологии / И. И. Григорьев, А. И. Григорьев, К. И. Григорьев // Вопр. курортол., физиотерапии и лечебной физкультуры. – 1995. – № 2. – С. 20–23.
15. Григорьев И. И. Погода и организм человека / И. И. Григорьев, А. И. Григорьев, К. И. Григорьев // Вопр. курортол., физиотерапии и лечебной физкультуры. – 1998. – № 5. – С. 53–56.
16. Григорьев К. И. Метеопрофилактика в педиатрии / К. И. Григорьев. – М. : Рус. врач. – 2010. – 115 с.
17. Денефіль О. В. Автономна регуляція серця за різних типів погоди / О. В. Денефіль // Фізіологічний журн. – 2006. – Т. 52, № 2. – С. 90.
18. Денефіль О. В. Вплив сезонних факторів та погоди на резистентність тварин до гіпоксії, поведінкові реакції та стан адренорецепторів / О. В. Денефіль // Фізіологічний журн. – 1998. – Т. 44, № 3. – С. 290.
19. Заславская Р. М. Влияние адаптогенов на гемодинамику метеочувствительных больных с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца / Р. М. Заславская, Э. А. Щербань, С. И. Логвиненко // Вестн. РУДН. – 2010. – № 4. – С. 210–212. – (Серия «Медицина»).
20. Зозуля И. С. Метеопатические реакции и их профилактика / И. С. Зозуля // Therapia. – 2006. – № 1. – С. 39–40.
21. Корнилова Л. С. Особенности возникновения и течения инфаркта миокарда в различные периоды солнечной активности / Л. С. Корнилова, Г. А. Никитин // Клинич. медицина. – 2008. – Т. 86, № 8. – С. 39–44.
22. Кушнир М. И. Изменение показателей периферической крови под влиянием неблагоприятных метеофакторов в условиях юго-восточного берега Крыма / М. И. Кушнир, С. А. Котилевский // Вестн. физиотерапии и курортол. – 2008. – Т. 14, № 1. – С. 38–39.
23. Любчик В. Н. Роль медицинской типизации погоды для профилактики и прогнозирования метеореакций у детей / В. Н. Любчик // Вестн. физиотерапии и курортол. – 1995. – № 4. – С. 21–23.
24. Марченко Т. К. Влияние гелиогеофизических и метеорологических факторов на организм человека / Т. К. Марченко // Физиология человека. – 1998. – Т. 24, № 2. – С. 122–127.
25. Метеопатические реакции у больных с болезнями системы кровообращения: распространенность, особенности проявления, коррекция / И. Н. Хомазюк, Э. А. Колесник, Е. М. Настина [и др.] // Лікарська справа. – 2000. – № 5. – С. 26–30.
26. Мизун Ю. Г. Наше здоровье и магнитные бури / Ю. Г. Мизун, В. И. Хаснулин. – М. : Знание, 1991. – 192 с.
27. Нигберг И. И. Комплексная схема медицинской оценки погоды / И. И. Нигберг // Тезисы докладов Всесоюзного совещания по биоклиматологии человека, Ленинград, 25–28 апреля 1989 г. – Л., 1989. – С. 63.
28. Нигберг И. И. Гелиометеотропные реакции человека / И. И. Нигберг, Е. Л. Ревуцкий, Л. Сакали. – К. : Здоров'я, 1986. – 144 с.
29. Овчарова В. Ф. Влияние смены погодно-метеорологических условий на функциональное состояние организма / В. Ф. Овчарова // Теория и практика физической культуры. – 1991. – № 5. – С. 26–29.

30. Особливості поведінки тварин залежно від віку, статі, пори року і типу погоди / С. Н. Вадзюк, О. В. Денефіль, М. Р. Хара [та ін.] // Вісн. наук. досліджень. – 2000. – № 4. – С. 92–93.
31. Руководство по составлению медицинских прогнозов погоды к комплексной профилактике метеотропных реакций / под ред. И. И. Григорьева. – М. : Рос. гос. мед. ун-т, 1993. – 19 с.
32. Самсонов С. Н. Гелиогеофизическая возмущенность и обострения сердечно-сосудистых заболеваний / С. Н. Самсонов // Журнал неврол. и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2005. – № 14. – С. 18–22.
33. Солимене У. Метеопатия. Влияние атмосферных условий на здоровье и настроение. / У. Солимене, А. Бруньоли. – М. : Арнебия, 2003. – 176 с.
34. Хаснулин В. И. Космические тайны вашего самочувствия / В. И. Хаснулин. – Новосибирск : Наука, 1992. – 176 с.
35. Чижевский А. Л. Космический пульс жизни: Земля в объятиях Солнца. Гемотараксия / А. Л. Чижевский. – М. : Мысль, 1995. – 268 с.
36. Эмоциональный стресс, метеорологические факторы и сосудистые реакции мозга / В. Г. Самохвалов // Нейрофизиологические и эндокринно-вегетативные корреляты экспериментального эмоционального стресса. – Х. : ХМИ, 1988. – С. 12–15.
37. Heat related mortality in warm and cold regions of Europe: observational study. / Keating W. R., Donaldson G. C., Cordoli E. [et al.] // BMJ. – Vol. 321(7262). – P. 670–673.
38. Kario K. Caution for winter morning surge in blood pressure: a possible link with cardiovascular risk in the elderly / K. Kario // Hypertension, – 2006. – Vol. 47 (2). – P. 139–140.
39. Townsend J. N. The way to dusty death? / J. N. Townsend // Thorax. – 2005. – Vol. 60. – P. 441–442.

МЕТЕОПАТОЛОГИЯ, КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

И.Я. Папинко (Тернополь)

Проведен анализ влияния погоды на функционирование органов и систем. Установлено, что в наибольшей степени на организм человека влияет весь комплекс факторов, которые входят в понятие «тип погоды», а не действие отдельных метеозадающих факторов. Погода обуславливает развитие осложнений и, в том числе, влияет на удорожание лечения больных с патологией сердечно-сосудистой системы.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: метеопатология, тип погоды, сердечно-сосудистая система.

METEOPATHOLOGY AS MEDICAL AND SOCIAL PROBLEM

I. Ja. Papinko (Ternopil)

The analysis of weather influence on functioning of organs and systems has been carried out. It is established that full range of factors, which enter into concept "type of weather" have the greatest effect on the human body rather than separate action of meteoelements. Weather causes occurrence of complications and, in particular, affects on growing of the cost of patients treatment with disorders of cardiovascular system.

KEY WORDS: meteopathology, type of weather, cardiovascular system.

Рукопис надійшов до редакції 18.10.2013
Рецензент: д.мед.н., проф. С.Н. Вадзюк

ІНФОРМАТИЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК СКЛАДОВА УПРАВЛІННЯ ГАЛУЗЗЮ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Інформатизація охорони здоров'я у системі управління галуззю є складним багатограним процесом, який охоплює усі сторони її діяльності і забезпечує роботу як з плановою, так і з оперативною інформацією. Метою роботи було розробити концептуальні підходи до інформатизації системи охорони здоров'я з позиції управління процесами її функціонування та підвищення якості медичної допомоги. Наведено концептуальну модель інформатизації охорони здоров'я як складової управління галуззю.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: інформатизація охорони здоров'я, управління галуззю, концептуальна модель.

Реформа системи охорони здоров'я, яка про- водитиметься в Україні, використання дорогих ре- сурсів, проблеми якості та стандартизації медич- них послуг вимагають використання ефективних управлінських прийомів, які неможливо реалізувати без інформаційних технологій та сучасного кому- нікаційного забезпечення [3;6;7]. Традиційна адміністративна система управління вичерпала свої можливості [4]. Система охорони здоров'я країни працює з великою напругою, але з дуже низьким коефіцієнтом корисної дії. Для подальшо- го вдосконалення діяльності охорони здоров'я потрібні типові рішення і висока дисципліна ви- конання [5]. Сьогодні якісну охорону здоров'я важко уявити без відповідності світовим стандар- там. Охорона здоров'я має користуватися перевіре- ними моделями, а пацієнти мають право вимагати надійні технології надання медичної допомоги [1]. І це неможливо запровадити без належного управління галуззю, що у свою чергу неможливе без цілісної системи її інформатизації [2].

Мета роботи: розробити концептуальні підходи до інформатизації системи охорони здо- ров'я з позиції управління процесами її функціо- вання та підвищення якості медичної допомоги.

Матеріали і методи. При виконанні роботи використані наступні методи: бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу, системного підходу та аналізу.

Результати дослідження та їх обговорен- ня. Загальними вимогами до єдиної інформацій- ної системи охорони здоров'я (ЄІСОЗ) є те, що вона повинна надавати можливість збереження та обробки інформації з усіх питань управління організації галуззю в єдиному інформаційному просторі на усіх рівнях управління.

Для цього ЄІСОЗ повинна забезпечувати:

- єдину систему прав доступу до електронних медичних записів (ЕМЗ), звітів і функцій системи;

- одноразове введення даних;
- можливість передачі масивів даних між сис- темами, що підвищує ступінь захищеності сис- теми;
- можливість побудови моделей на стику функ- ціональних компонент: медична інформаційна система, управління кадрами, паспортизація, управління фінансами, управління якістю медич- них послуг тощо;
- єдиний набір функціональності для всіх рівнів реалізації системи, що спрощує процеси супро- воду та доопрацювання;
- наявність розвинених технологічних засобів інтеграції з іншими прикладними системами та базами даних.

Крім того, система повинна допускати вико- ристання досить широкого спектра обладнання, як в серверній її частині, так і в клієнтській, а звідси витікає вимога її багатоплатформності. Система повинна функціонувати в різних мережових сере- довищах (Internet/Intranet) і при цьому забезпе- чувати високий ступінь захисту своїх даних від несанкціонованого доступу та руйнування.

Територіальна розподіленість інформаційної системи і неможливість, у деяких випадках, за- безпечення постійного зв'язку з центром, є ха- рактерною особливістю для системи охорони здоров'я. Це вимагає побудови автономних (пе- риферійних) інформаційних вузлів з власними базами даних. Автономності системі надає на- явність власної клієнт-серверної архітектури в кожному віддаленому підрозділі. Прикладами можуть бути територіальні управління, обласні, районні лікарні, поліклініки. До розряду автоном- них може бути віднесено також підрозділ закладу охорони здоров'я (ЗОЗ), що має таку виділену лінію зв'язку з центром, яка не забезпечує необ- хідної пропускну здатності для он-лайнної роботи або не відповідає вимогам надійності:

- зберігання демографічних даних на централь- ному вузлі;

- передачу даних (ЕМЗ, звітів, класифікаторів та кодифікаторов) між вузлами системи в режимі он-лайн;

- зберігання мультимедіа-даних (DICOM) на рівні діагностичних центрів;

- реєстрацію отриманих документів на вузлі-одержувачі.

При цьому галузева інформаційна система повинна ефективно функціонувати, як в рамках однієї організації, так і в рамках всієї системи охорони здоров'я.

Для централізації управління на технічному рівні необхідна надійна синхронізація інформації, наявної в центрі, з інформацією автономних підрозділів, побудована за принципом копіювання транзакцій. На відміну від копіювання таблиць

або окремих записів, передача транзакцій дозволяє забезпечити цілісність інформації у одержувача і копіювання тільки змінених даних.

Сучасні умови висувають високі вимоги до якості галузевої інформаційної системи. Безумовно, система повинна будуватися з урахуванням міжнародних стандартів у галузі управління якістю ISO 9000. Подібні вимоги повинні бути пред'явлені як до фірми-постачальника програмного забезпечення системи, так і до моделей управління галуззю в цілому і окремих закладів охорони здоров'я, які будуть на її основі реалізовані в організаціях галузі.

Функціональність ЄІСОЗ повинна забезпечити виконання поставлених перед нею мети і завдань. Концептуальна модель представлена на рисунку.

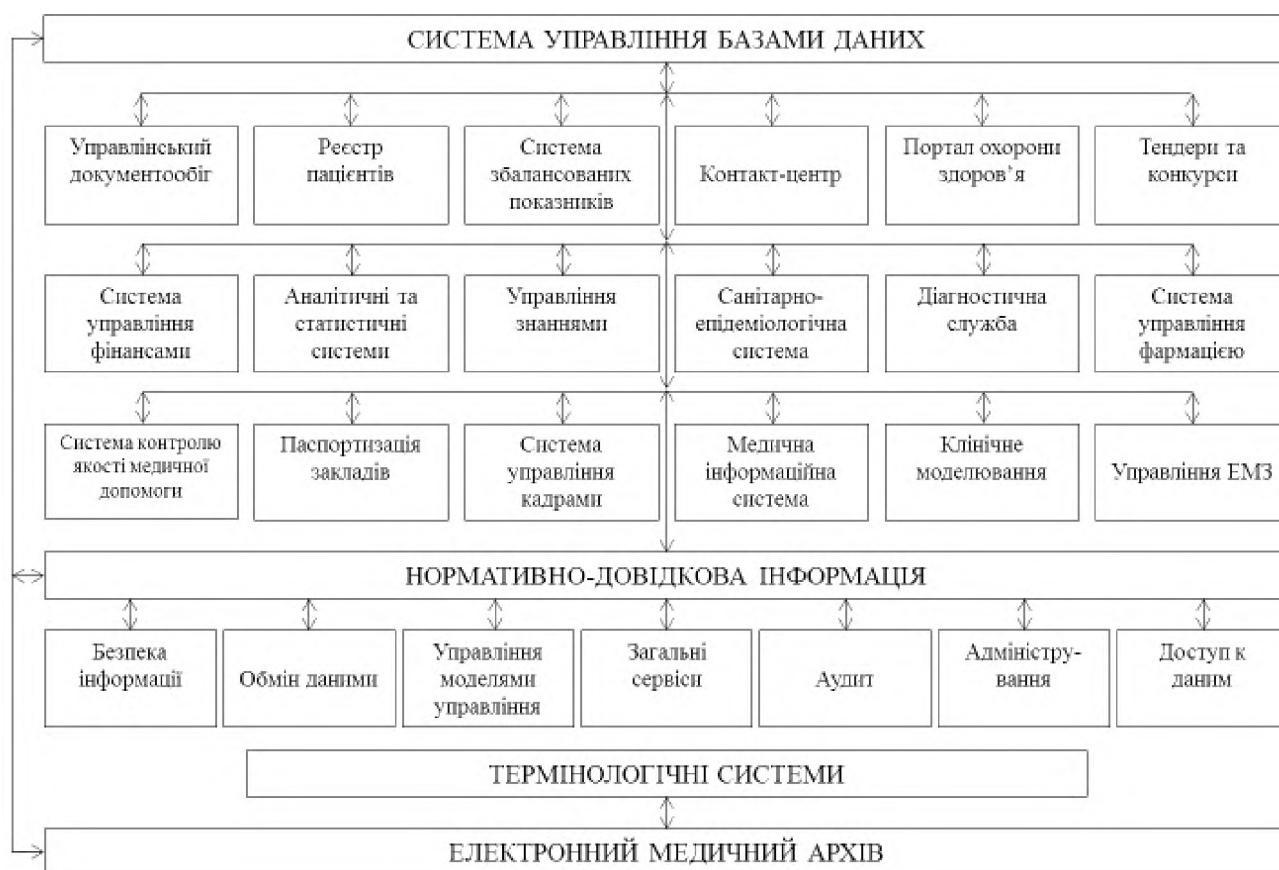


Рис. Концептуальна модель складових єдиної інформаційної системи охорони здоров'я

Нами визначено основні компоненти ЄІСОЗ, наведені нижче.

Аналітична та статистична система. Статистичні дані необхідні для формування щоквартальної та щорічної звітності, та, крім того, забезпечують можливості аналізу діяльності ЗОЗ або системи в цілому залежно від рівня управління. Система дозволяє формувати усі види статистичної звітності відповідно до затверджених форм

статистичної звітності. Крім статистичної інформації, система повинна забезпечити отримання оперативних даних, наприклад: вартість окремих медичних послуг; діяльність структурних підрозділів, служб, відділів; показники обсягу роботи підрозділу; облік витрат; використання методів розподілу витрат тощо.

Система комунікацій. Використання інформаційної системи забезпечить внутрішні і зовнішні

комунікації в охороні здоров'я, обсяги та зміст яких будуть залежати від рівня управління. Ще одним важливим аспектом ЄІСОЗ є орієнтованість на пацієнта. Пацієнт повинен отримати можливість брати участь у прийнятті рішень у процесі надання медичних послуг. Тут важливу роль відіграє не тільки можливість подати запит на обслуговування або інформацію, але й отримати пов'язану із запитом відповідну реакцію системи. Наприклад: дізнатися стан свого запиту; отримати відповідь від фахівця чи організації; повідомити про те чи інше своє рішення (за необхідності).

Система управління фінансами на центральному рівні. Вона повинна виконувати наступні функції:

- планування бюджету за стратегічними напрямками, цілями і завданнями на державному рівні, орієнтація на досягнення цільових індикаторів, зв'язок бюджету з національними рахунками охорони здоров'я;
- розподіл бюджету, виділеного на стратегічні напрямки, цілі та завдання;
- формування плану доходів/витрат держустанов, підприємств;
- виконання бюджету держустанов, підприємств і бюджетних програм;
- формування тарифів на медичні послуги;
- аналіз і моніторинг цільових індикаторів і фінансових показників на державному рівні;
- інформаційна підтримка введення НСЗ на державному рівні;
- формування звітності.

Система збалансованих показників. Система збалансованих показників дозволяє попередити виникнення критичних ситуацій, полегшує взаємодію на всіх організаційних рівнях та дає розуміння всіма учасниками стратегії і стратегічних цілей, забезпечує стратегічний зворотний зв'язок і навчання, допомагає перетворити величезний обсяг даних, одержуваних з безлічі інформаційних систем, в інформацію, доступну для розуміння.

Медична інформаційна система (МІС). Основною метою створення МІС є забезпечення якості медичної допомоги та наступності лікувально-діагностичного процесу в ЗОЗ різного рівня шляхом реалізації чіткої вертикалі роботи з пацієнтом і супроводу необхідної медичної інформації про нього на всіх етапах обстеження та лікування, що можливо тільки в рамках єдиного інформаційного простору ЗОЗ.

Проектування та створення підсистеми МІС має сприяти досягненню наступних цілей:

- підтримка різнопрофільних ЗОЗ. МІС повинна передбачати можливість її застосування в різних медичних організаціях, які обслуговують пацієнтів: від здоров'я до потужних ЗОЗ;

- інтеграція інформаційних потоків, що забезпечує актуальність, цілісність і несуперечливість інформації, що зберігається. Основною ідеєю МІС має бути забезпечення оперативного доступу персоналу до актуальної інформації з будь-якого робочого місця. Це означає, що будь-яка інформація, що проходить через ЗОЗ, вводиться в інформаційну систему і відразу ж після актуалізації стає доступною в будь-який момент часу кожному спеціалісту даної установи з урахуванням прав доступу;

- охоплення в системі усіх сторін життєдіяльності установи. Підсистема МІС повинна бути розрахована на надзвичайно багатопланову діяльність медичного закладу, діяльність, пов'язану із забезпеченням лікувально-діагностичного процесу, внутрішній документообіг, фінансово-економічну діяльність тощо;

- концентрація інформації навколо пацієнта, або «єдина медична карта». Вся ідеологія повинна вибудовуватися навколо понять «пацієнт» або «єдина медична карта». При цьому є можливість побачити і проаналізувати інформацію про пацієнта в різних уявленнях – згруповану в історії хвороби, за тематичними добірками, наявності або відсутності будь-якого фактора, зміни будь-яких показників тощо, що може забезпечити реєстр пацієнтів;

- автоматизація оформлення документації із застосуванням множинного використання інформації без дублювання, різних видів автозаповнення, використання заготовок і шаблонів документів, введення інформації в спеціалізованих формах, планування технологічного ланцюжка лікувально-діагностичної діяльності;

- подання медичної інформації в динаміці. Однією з важливих функцій МІС має бути забезпечення моніторингу лікувально-діагностичного процесу. Це може бути реалізовано наданням можливості ведення клінічних записів про пацієнта, а також їх перегляду, обробки та аналізу;

- зміна технології роботи установи. МІС повинна бути націлена на реалізацію нових медичних технологій. Інформаційна система повинна забезпечувати включення усіх служб ЗОЗ в єдиний комплекс на основі використання сучасних інформаційних технологій і, завдяки цьому, підвищити ефективність та якість лікувально-діагностичного процесу, збільшити пропускну здатність діагностичних служб та лікувальних відділень. Сам технологічний процес в установі при цьому змінюється, оскільки комп'ютерне введення, зберігання і обробка інформації надають нові можливості;

- регламент доступу до медичної інформації. У МІС повинен бути гарантований відповідний рівень безпеки зберігання та доступу до інформації. Найважливішими аспектами є історичність

і авторизація. Доступ до тих чи інших даних повинен забезпечуватися відповідно до повноважень користувача, з урахуванням концепції доступу до повної медичної інформації про пацієнта;

- підтримка стандартів. Для вирішення завдань взаємодії зі своїми підрозділами та з іншими медичними організаціями, а також зв'язку з медичним обладнанням МІС повинна підтримувати стандарти на передачу медичної інформації;

- система управління візуальною інформацією дозволяє кінцевому користувачеві отримувати доступ до медичних зображень для діагностичних і звітних цілей, включаючи віддалений доступ до архівів і сховищ зображень.

Створення підсистеми МІС повинно забезпечувати виконання таких завдань:

- забезпечити інформаційний супровід медичного обслуговування пацієнта, можливості реєстрації та подання медичної та іншої, що супроводжує процеси, інформації;

- забезпечити можливості:

- планування:

- медичної діяльності організацій в цілому і персоналу зокрема;

- моніторингу стану здоров'я, профілактики, діагностики, лікування, реабілітації пацієнтів;

- реєстрації даних з подальшим наданням інформації про:

- стан і зміни стану здоров'я пацієнта;

- діяльності організацій і персоналу;

- руху пацієнтів і участі різних медичних організацій в обслуговуванні пацієнта;

- формування:

- медичних документів, що надаються пацієнту або організації, яка його скерувала;

- статистичних звітів про діяльність ЗОЗ або системи в цілому;

- інформації про обслуговування пацієнта;

- інформації про стан і динаміку здоров'я пацієнта;

- інтеграції в систему і надання персоналу під час роботи різних нормативів, стандартів, директив, алгоритмів і сценаріїв надання медичної допомоги.

Система контролю якості медичної допомоги. Основною метою системи охорони здоров'я є підвищення якості медичних послуг. На рівні системи охорони здоров'я, як постачальника послуг, зручним способом визначення та вимірювання якості медичної допомоги є наступні критерії:

- ефективність;

- правильне використання;

- безпека медичного обслуговування.

На рівні пацієнта як отримувача медичних послуг основоположними для оцінки якості медичної допомоги є наступні критерії:

- задоволеність наданою медичною допомогою і способом організації охорони здоров'я, включаючи вибір ЗОЗ і послуг;

- фінансові механізми та їх вартість.

На рівні ЗОЗ, як суб'єктів надання медичної допомоги, для оцінки конкурентоспроможності ЗОЗ і якості наданої допомоги використовуються такі критерії:

- об'єктом оцінки є діяльність ЗОЗ, лікарської практики тощо, що надає медичну допомогу;

- оцінка послуг, пов'язана з оцінкою якості процесу і технології обслуговування;

- оцінка діяльності медичних працівників безпосередньо пацієнтами;

- оцінка часових характеристик надання медичної допомоги;

- оцінка наданої медичної допомоги з відповідністю якості обслуговування клінічним протоколам;

- оцінка та інтегрування суб'єктивних думок пацієнтів, які отримали разову медичну допомогу.

Ця функція надає можливість автоматичного аналізу зафіксованих відхилень, а також розрахунку загального показника відхилення від клінічних протоколів за кожним випадком діагностики та лікування певного захворювання; формування масиву випадків діагностики та лікування захворювань, що мають відхилення від стандартів діагностики та лікування більше, ніж встановлені допустимі норми. Керівник ЗОЗ повинен проаналізувати інформацію (перегляд, редагування) і здійснити фіксацію заходів, які необхідно прийняти в результаті виявлених порушень. Дану функціональність повинен використовувати керівник ЗОЗ або інша відповідальна особа. Тобто контроль якості надаваної медичної допомоги спускається на нижчий рівень, що забезпечує безпосереднє і своєчасне реагування на виявлені порушення.

Система управління забезпечення ліками.

Завданнями, поставленими перед цією системою управління, є:

- створення єдиного інформаційного середовища між усіма рівнями органів, уповноважених в області фармацевтичного контролю;

- автоматизація рутинних операцій у сфері фармацевтичного контролю з метою скорочення часу на їх виконання співробітниками уповноважених органів;

- зменшення термінів проведення ліцензування та контролю правильного зберігання лікарських засобів суб'єктами фармацевтичної діяльності шляхом організації електронного обміну даними з підконтрольними суб'єктами, учасниками системи охорони здоров'я та іншими міністерствами і відомствами;

- створення та підтримка в актуальному стані єдиного електронного реєстру лікарських за-

собів, виробів медичного призначення і медичної техніки, а також переліку організацій, ліцензованих на здійснення фармацевтичної діяльності;

- організація та підтримка персоніфікованого обліку відпуску лікарських засобів за програмами безоплатного та пільгового лікарського забезпечення;

- надання актуальної інформації всім зацікавленим особам про виявлені побічні дії лікарських засобів, а також результати їх аналізу та перевірки;

- автоматизація процесу видачі листів-погоджень на ввезення, вивезення лікарських засобів і відстеження їх імпорту, експорту.

Діагностична інформаційна система. Метою створення діагностичної інформаційної системи є підвищення керованості та ефективності діяльності діагностичної служби за рахунок поліпшення якості, у тому числі автоматизації їх функцій.

Система обліку та управління кадрами. Забезпечує збір і аналіз інформації про стан кадрового потенціалу галузі з метою відстеження укомплектованості кадрами (лікарями та середнім медичним персоналом), рівня підготовки та кваліфікаційних характеристик медичного персоналу, моніторингу своєчасного навчання та професійного розвитку медичних фахівців і керівників у галузі охорони здоров'я, для підняття якості надання медичних послуг населенню.

Система управління ресурсами. Створення єдиної бази паспортів мережі організацій та ЗОЗ з метою збору та аналізу інформації про поточний стан галузі за оснащеністю медичним та іншим обладнанням, технічним станом.

Система санітарно-епідеміологічної служби. Система санітарно-епідеміологічної служби призначена для автоматизації процесів проведення санітарно-епідеміологічної експертизи, моніторингу захворюваності та здійснення профілактичних заходів з метою попередження виникнення та поширення інфекційних, паразитарних захворювань та отруєнь; розробка та розвиток системи передбачає автоматизацію контрольної-облікових та інформаційно-пошукових видів діяльності та забезпечення функцій обліку інформації в організаціях санітарно-епідеміологічної служби.

Завданнями системи санітарно-епідеміологічної служби є:

- створення єдиного інформаційного середовища між усіма рівнями органів, уповноважених здійснювати санітарно-епідеміологічний нагляд;

- автоматизація рутинних операцій у сфері санітарно-епідеміологічного нагляду з метою скорочення часу на їх виконання співробітниками уповноважених органів;

- створення та підтримка в актуальному стані єдиного електронного реєстру суб'єктів санітарно-епідеміологічного контролю;

- зменшення термінів проведення перевірок і експертиз шляхом організації електронного обміну даними з підконтрольними суб'єктами, учасниками системи охорони здоров'я та іншими міністерствами, відомствами;

- створення єдиної бази даних у сфері планування та забезпечення населення вакцинами та щепленнями;

- накопичення та надання актуальної інформації всім зацікавленим особам.

Система проведення тендерів. Система проведення тендерів призначена для інформаційної підтримки проведення конкурентних закупівель товарів, робіт, послуг. Повне протоколювання усіх дій учасників конкурентних закупівель забезпечує накопичення інформації по замовникам і постачальникам. Формалізована частина цих даних дозволяє отримати характеристики партнерів, організовувати їх повідомлення про результати проведення торгів і нових торгах.

Завданнями системи проведення закупівель є:

- створення прозорого конкурентного середовища;

- здійснення контролю за зареєстрованими документами, що забезпечує відсутність «забутих», «загублених» або завізованих примірників;

- скорочення часу обробки заявок;

- мінімізація трудомісткості процесу проведення тендеру, конкурсу;

- зниження ймовірності об'єктивних і суб'єктивних помилок шляхом оптимізації дій персоналу.

Термінологічні системи. Можливість підключення до термінологічного сервісу різних медичних словників, як міжнародних, так і національних.

Електронний медичний архів. Під електронним медичним архівом (ЕМА) розуміється певним чином організоване електронне сховище даних, що містить електронні персональні медичні записи (ЕПМЗ) та інші набори даних і програм (класифікатори та довідники, списки пацієнтів і співробітників, засоби навігації, пошуку, візуалізації, роздруковані ЕПМЗ).

Електронний медичний архів є єдиним інформаційним об'єктом, що дозволяє виконати всі необхідні процедури щодо зберігання ЕПМЗ.

Кожен електронний медичний архів має бути зареєстрований відповідній організації і мати ідентифікатор. Ідентифікатор електронного медичного архіву повинен входити в роздруковану паперову копію ЕПМЗ і включатися у повідомлення при передачі ЕПМЗ електронними каналами зв'язку.

Ідентифікатор ЕМА разом з ідентифікатором ЕПМЗ забезпечує пошук і однозначну ідентифікацію ЕПМЗ для її контролю.

Висновки

Інформатизація охорони здоров'я у системі управління галуззю є складним багатогранним

процесом, який охоплює усі сторони її діяльності і забезпечує роботу, як з плановою, так і з оперативною інформацією.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням ефективності використання інформаційних систем в охороні здоров'я.

Список літератури

1. Веселков А. В. Опыт эксплуатации информационной системы «Регистр СД» / А. В. Веселков, А. А. Коробко, А. В. Серебренников // Информационно-аналитические системы и технологии в здравоохранении и ОМС : тр. Всерос. конф. – Красноярск : КМИАЦ, 2002. – С. 295–300.
2. Інформатизація охорони здоров'я України та розвиток телемедичних технологій / О. С. Коваленко, Є. М. Кривенко, В. Г. Осташко [та ін.] ; за ред. З. М. Митника. – К., 2010. – 228 с.
3. Кобринский Б. А. Интеграция медицинских информационных систем (на пути к электронному здравоохранению) / Б. А. Кобринский // Врач и информ. технологии. – 2005. – № 2. – С. 16–22.
4. Кобринский Б. А. Информационные медицинские системы: конвергенция и интеграция на основе персонализированной парадигмы / Б. А. Кобринский // Материалы Международного форума [«Информационные технологии и общество 2006»], (г. Каорли (Венеция), Италия, 18–25 сент. 2006). – М. : ООО «Форсикон», 2006. – С. 68–74.
5. Ковшов Е. Е. Повышение уровня информативности диалога в прикладных медицинских информационных системах / Е. Е. Ковшов // IV Международный форум MedSoft–2008 «Медицинские информационные технологии» : тез. докл. – 2008. – С. 61–62.
6. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я : український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – 50 с.
7. Тахчиди Х. П. Система организации и управления качеством медицинской помощи в ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Федорова Росмедтехнологии» / Х. П. Тахчиди, Т. В. Беликова // Менеджмент качества в сфере здравоохран. и соц. развития. – 2009. – № 6. – С. 41–44.

ІНФОРМАТИЗАЦІЯ ЗДРАВООХРАНЕННЯ ЯК СОСТАВЛЯЮЩАЯ УПРАВЛЕНИЯ ОТРАСЛЮ

Е.Н. Кривенко (Киев)

Информатизация здравоохранения в системе управления отраслью является сложным многогранным процессом, который охватывает все стороны ее деятельности и обеспечивает работу как с плановой, так и с оперативной информацией. Целью работы было разработать концептуальные подходы к информатизации системы здравоохранения с позиции управления процессами ее функционирования и повышения качества медицинской помощи. Приведена концептуальная модель информатизации здравоохранения как составляющая управления отраслью.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: информатизация здравоохранения, управления отраслью, концептуальная модель.

INFORMATIZATION OF HEALTH CARE AS PART OF THE SECTOR MANAGEMENT

Ye.N. Kryvenko (Kyiv)

Health care information in management system of branch is difficult multifaceted process, which covers all sides of its operations and provides both planned and operative information. The aim of the study was to develop conceptual approaches to information of health care system from management position during its operation and improve of health care quality. Conceptual model of health care information as part of industry management has been resulted.

KEY WORDS: HEALTH care informatization, industry management, conceptual model.

Рукопис надійшов у редакцію 25.11.2013
Рецензент: д.мед.н., проф. М.В. Голубчиков

ГЕОСТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ ВПЛИВУ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОГО СЕРЕДОВИЩА НА ГЕОГРАФІЧНИЙ РОЗПОДІЛ РИЗИКІВ ІНВАЛІДИЗАЦІЇ ВНАСЛІДОК СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА ТЕРИТОРІЇ ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Вивчено процеси інвалідизації населення Житомирської області внаслідок патології серцево-судинної системи суцільним методом протягом 1999–2008 рр. на основі стріп-спліт-плот-дизайну. Аналіз даних проведений на основі ієрархічної нелінійної мікст-моделі з просторовою матрицею коваріацій. Доведено, що впливові фактори медико-соціального середовища внаслідок нерівномірності географічного розподілу посилювали територіальні варіації ризиків інвалідизації внаслідок серцево-судинних захворювань.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: геостатистичний аналіз, інвалідизація, серцево-судинні захворювання, медико-соціальне середовище.

Останніми десятиліттями проводяться масштабні дослідження щодо вивчення регіональних моделей і детермінант соціальних процесів, почасти завдяки інтенсивному розвитку аналітичних прикладних технологій і обчислювальних потужностей. Геостатистичне моделювання процесів здоров'я набуває все більшого поширення внаслідок можливості пояснення регіональних нерівномірностей. Часто для медичних подій використовується безперервний просторовий фрейм, який черпає потужність з ближчих у просторі даних через просторову матрицю коваріацій [14]. Найбільш потужний і гнучкий вважається підхід Байєса, реалізований через алгоритми Монте Карло+ланцюги Маркова (МСМС), які використовують також попередні структуровані розподіли геостатистичних параметрів [2]. Рівні серцево-судинних захворювань (ССЗ) та пов'язаних наслідків мають чіткі розподіли як щодо груп населення, так і територій [7]. Незважаючи на те, що ССЗ є сумнозвісним лідером інвалідизації, геостатистичне моделювання ССЗ подій уникало уваги фахівців. Поодинокі роботи стосуються МСМС просторового моделювання смертності внаслідок інсультів та ішемічної хвороби серця (ІХС) у США [5;6], геостатистичного аналізу смертності від ССЗ [9], регіональних трендів систолічного тиску [11], просторових закономірностей смертності від ССЗ і ступеня розвитку місцевостей [8;9;12], якості житлових районів і кардіоваскулярного ризику [13], глобальної епідеміології мутацій гемоглобіну S у немовлят [4]. На жаль, ми не знайшли аналогічного геостатистичного вивчення ризиків інвалідизації населення внаслідок ССЗ ні в Україні, ні за її межами. Ми провели таке вивчення на базі території Житомирської області. Демографічні дані отримані з головного управління статистики у Житомирській області. Дані щодо первинних випадків виходу на інвалідність за 1999–2008 рр. отримані з регіональних МСЕК. Це перше у Європі і країнах СНД популяційне аналітичне дослідження ризиків інвалідизації, проведене за просторовою організацією даних на основі стріп-спліт-плот-дизайну для стандартизації APC-факторів (вік, період, когорта) [3].

Матеріали і методи. У дослідження включена вся популяція Житомирської області, розглянуті усі випадки інвалідизації внаслідок ССЗ у даній популяції протягом 1999–2008 рр.

Результати дослідження та їх обговорення. Основу дизайну складає APC-конструкція, яка відтворює рух когорт за роками і віком [1]. Опорною одиницею дослідження є когорта за народженням. Дослідження охопило 11 когорт за часом народження: від першої когорти, яка охоплювала осіб, які дожили до 1940 р., і послідовно за п'ятирічними періодами народження («1941-45», «1946-50», ...) до наймолодшої когорти, представники якої народилися після 1985 р., всього 13 443 498 людино-років ризику (табл. 1).

Ми використали класичну послідовну схему геостатистичного моделювання. Оцінивши параметри просторової коваріаційної матриці, ми використали процес кригінгу для отримання згладжених просторових ризиків інвалідизації. Згладжування особливо корисне для малих поселень з огляду на спорадичні флуктуації ризиків. Далі ми використали згладжені просторові ризики інвалідизації для оцінки впливу медико-соці-

Таблиця 1. Розподіл розміру когорт народження в розрізі років дослідження

Когорта	Рік										Всього
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
-1940	400000	384000	317000	317000	.	.	.	.	.	.	1418000
1941	71422	78418	61580	60356	373000	304000	294000	308000	280000	.	1830776
1946	91464	92175	82294	84398	85637	66114	72768	75512	123420	152580	926362
1951	98822	99236	91768	92091	94274	85651	86041	86019	77085	78791	889778
1956	98951	95759	99698	99974	98434	92967	95177	94988	85909	87844	949701
1961	90980	92262	94107	91655	88479	95571	92043	89876	95002	93628	923603
1966	101000	100000	91425	91131	90661	87250	87572	87191	87351	84896	908477
1971	99644	99350	95693	94689	91842	91007	90765	90621	87615	87556	928782
1976	379000	372000	92123	92555	91432	90477	89089	87698	89346	88296	1472016
1981	.	.	352000	346000	329000	414000	95771	99338	87952	89942	1814003
1986+	.	.	.	.	.	.	310000	294000	394000	384000	1382000
Всього	1431283	1413200	1377688	1369849	1342759	1327037	1313226	1313243	1407680	1147533	13443498

ального середовища на просторову гетерогенність розподілу ризиків. Параметри емпіричної семіваріограми розраховані на основі класичного оцінника за залишками (r) за формулою:

$$\gamma(h) = \frac{1}{2m} \sum (r_i - r_j)^2,$$

де m – кількість пар обстежень на відстані h ; $g(h)$ оцінена для всіх відстаней і для всіх пар.

Оцінки отримані на основі процедури VARIOGRAM (SAS), залишки g отримані на основі

біноміальної моделі з логіт-лінк-функцією на основі процедури GLIMMIX.

Розподіл попарних відстаней (рис. 1) дає змогу оцінити основу лагів (LAGD) і максимальну кількість лагових класів (MAXLAG). Середня довжина лагу близько 10, ми прийняли LAGD=10 заокруглено (рис. 1). Достатня кількість пар простежується до відстані 140. За LAGD=10, MAXLAG визначено як $140/10=14$. Побудована за цими параметрами семіваріограма (рис. 2) адекватно відтворює просторову кореляцію.

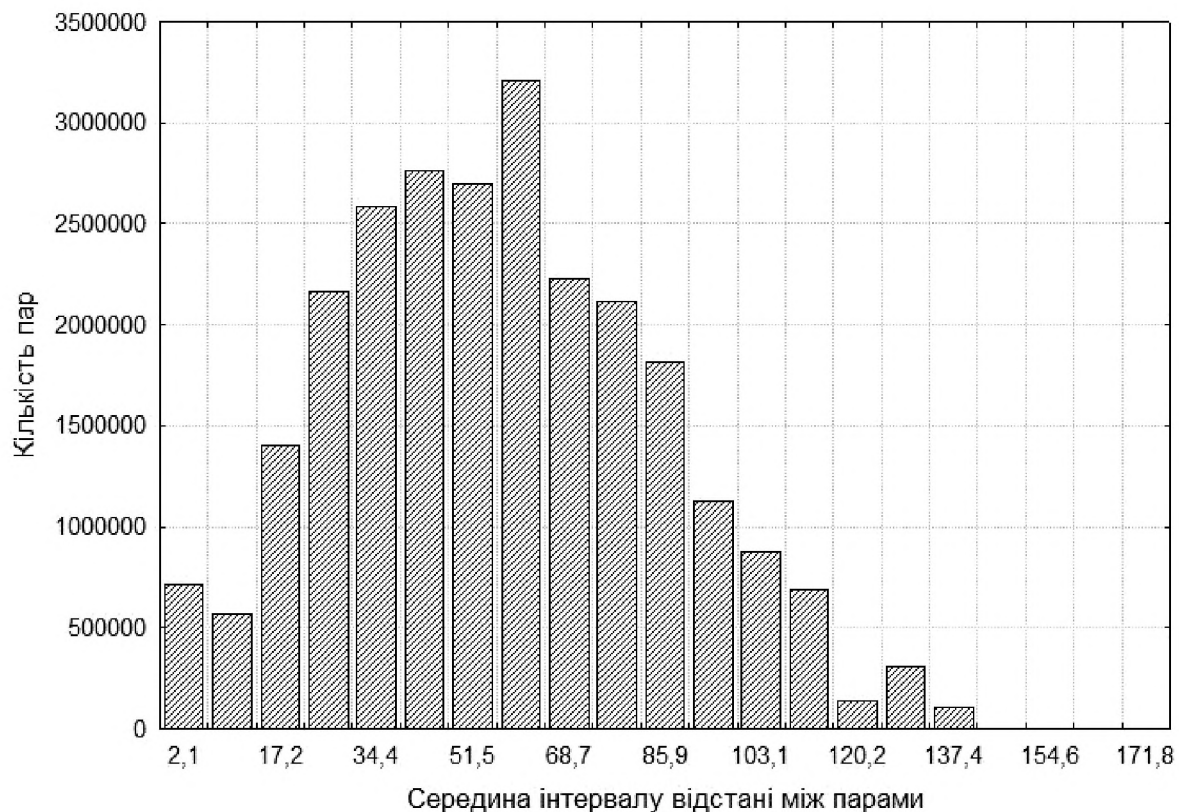


Рис. 1. Розподіл пар обстежень за відстанню

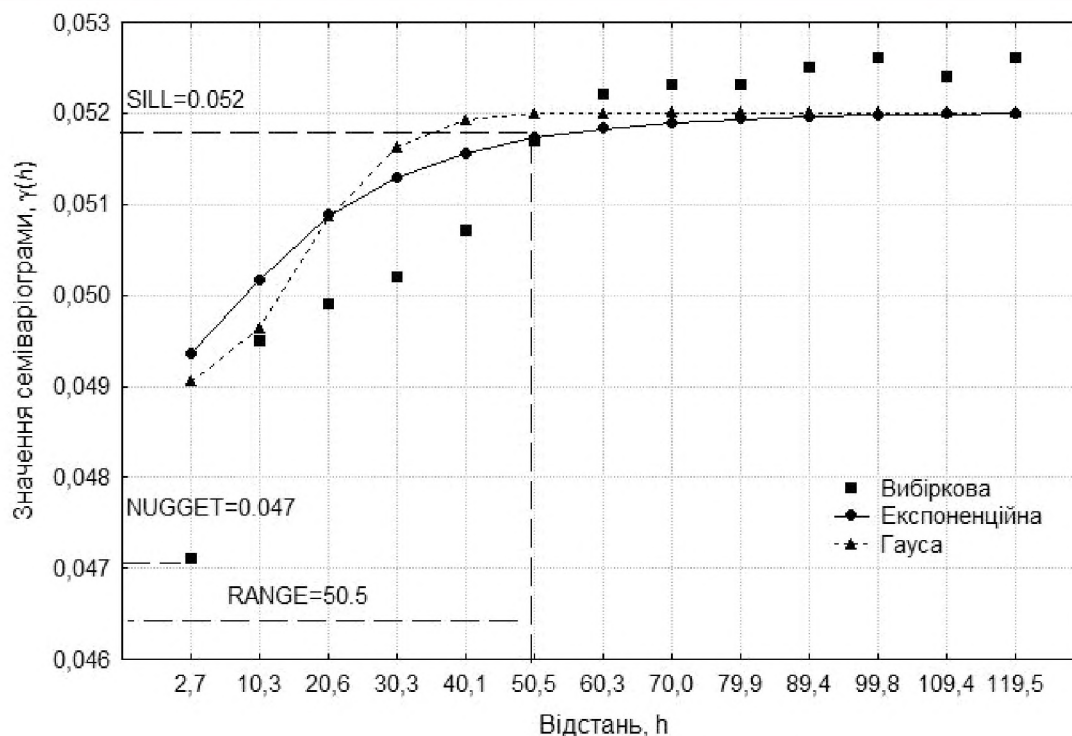


Рис 2. Теоретична і вибірка семіваріограми просторових ризиків інвалідації

Дві функції просторових кореляцій (експоненційна і Гауса) регресовані на значення вибіркової семіваріограми з параметрами периметру ($R=21$), нагету ($NUGGET=0.047$), силу ($SILL=0.05$) були підігнані процедурою NLIN:

```
proc nlin data=variogramdata;
  parms R=50,5 NUGGET=0,047 SILL=0,052;
  model variog = NUGGET*(distance=0) + SILL*(1-
  exp(-distance/(r)))*(distance<r) + SILL*(distance>=r);
run;
```

```
proc nlin data= variogramdata;
  parms R=21 NUGGET=0.047 SILL=0.05;
  model variog = NUGGET*(distance=0) +
  SILL*(1-exp(-distance*distance/
  (R*R)))*(distance>=R)+ SILL*(distance>=R); run;
```

Ми використали функцію Гауса з параметрами NUGGET, SCALE=SILL, RANGE визначеними за варіограмою в процедурі KRIGE2D для отримання контурної поверхні рівнів інвалідації ($R \sim 2 \cdot \text{периметр} = 100r = 1^{\circ}40'$ для коваріаційної просторової структури):

```
proc krige2d data= variogramdata outest=est;
  pred var= r_ ilink k r=100;
  model NUGGET=0.047 SCALE=0.052
  RANGE=50.5 form=gauss;
  coord xc= latitude yc= longitude;
  grid x=2960 to 3100 by 5 y=1640 to 1800 by 5;
run;
```

Картографічні ординати враховані у межах від $49^{\circ}20'$ до $51^{\circ}40'$ широти (подані в хвилинах) і від $27^{\circ}20'$ до $30^{\circ}00'$ довготи. Точні оцінки рандомізованих ефектів просторової коваріаційної матриці NUGGET, SILL, RANGE здобуті за процедурою MIXED. Ми рекомендуємо використовувати її з множиною послідовних початкових значень

навколо оцінок на основі варіограми за допомогою опції PARMS. В іншому разі процедура може досягти конвергенції на локальному максимумі і дати дуже скошені оцінки.

```
proc mixed data= variogramdata;
  class county;
  model r_ ilink =;
  repeated/ subject = county
  type = SP(GAU)(latitude longitude)
  local;
  parms (0 to 0.5 by 0.02)
  (0 to 100 by 5)
  (0.045 to 0.049);
```

run;

Оцінки параметрів як рандомізованих ефектів наступні: $SILL=0,050$, $RANGE=20,7$ $NUGGET=0,047$. Саме ці значення використані для опису просторової коваріаційної матриці.

Модифікація просторового розподілу рівнів інвалідації факторами медико-соціального середовища статистично оцінена шляхом співставлення значень подвоєних логарифмів функцій правдоподібності гніздових моделей. Моделі відрізнялись лише лінійним предиктором (LP): наступна модель порівняно з попередньою мала додатковий фактор(и) медико-соціального середовища. Порівнювані моделі мали одну і ту саму матрицю просторових коваріацій форми Гауса. Біноміальні моделі з канонічною логіт лінк функцією оцінювались процедурою GLIMMIX:

```
proc glimmix data=spacedata;
  class county cohort year Gender Residence;
  model Disabilitynum/population=LP;
  random _residual_ / subject = intercept
  type = SP(GAU)(latitude longitude);
```

parms (0.050 20.7 0.047) run;

Просторовий розподіл ризиків інвалідизації внаслідок ССЗ у Житомирській області, навіть після виключення важливих факторів АРС (вік, рік, когорта) та нерівномірності розселення, далекий від рівномірного (рис. 3). Простежуються три

підвищення ризиків (за висотою піків): на півночі області (починаючи з широти 51° і більше в межах довготи 27°20' – 29°), на півдні (до широти 50°40' в межах довготи 27°40' – 29°40'), і на сході (в межах широти 50°20' – 51°00' і довготи від 29°30' і більше).

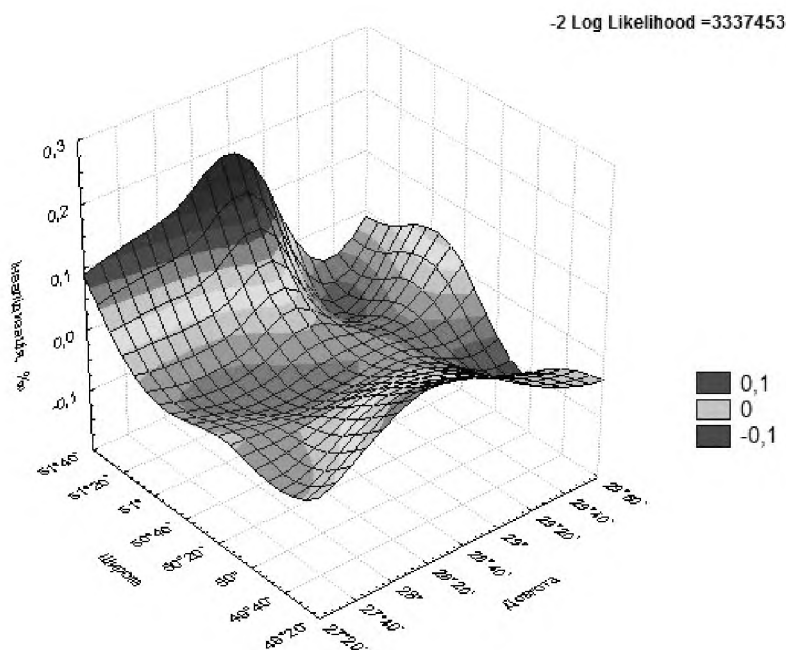


Рис 3. Територіальні закономірності інвалідизації ССЗ після виключення ефектів АРС і кількості населення (Житомирська обл.)

Північний пік охоплює райони: Лугинський (широта 51°5', довгота 28°2'), Народицький (широта 51°1', довгота 29°6'), Овруцький (широта 51°2', довгота 28°5'), Олевський (широта 51°13', довгота 27°4'). Південний пік охоплює райони: Новоград-Волинський (широта 50°3', довгота 27°4'), Ружинський (широта 49°4', довгота 29°1'), Попільнянський (широта 49°5', довгота 29°3'), Любарський (широта 49°5', довгота 27°5'), Бердичівський (широта 49°5', довгота 28°3'). Східний пік охоплює райони: Брусилівський (широта 50°2', довгота 29°3'), Малинський (широта 50°5', довгота 29°3').

Інтерпретація просторових даних здійснюється через поступове зняття з оригінального географічного розподілу рівнів процесу трендових ефектів, які видозмінюють ризики інвалідизації. При цьому аналізують достовірність зміни просторового розподілу ризиків. Якщо зміна достовірна, приходять до висновку про суттєвий вплив ефекту (множини ефектів) на просторовий розподіл. На наступному кроці видаляється інший тренд (обумовлений іншими факторами, що складають дослідницьку гіпотезу) із залишкового розподілу ризиків інвалідизації. Після чого знову аналізують достовірність зміни просторового розподілу інвалідизації і т.д. до досягнення рівно-

мірного розподілу. Кожний листок/шар являє собою ефект певного фактору (групи факторів).

Цілком вірогідно, що наведені остаточні нерівномірності географічного розподілу ризиків інвалідизації обумовлені нерівномірним розвитком територій. Хоч розселення є важливою інтегральною характеристикою розвитку населених пунктів, медико-демографічні фактори можуть відігравати і самостійну роль у географічному формуванні популяційних явищ. Це особливо очевидно при самостійному від розселення територіальному розподілі медико-демографічних факторів. Для тестування гіпотези щодо впливу медико-соціальних факторів на географічний розподіл ризиків інвалідизації внаслідок ССЗ ми відокремили їх сукупний ефект від залишкового географічного розподілу ризиків інвалідизації після виключення АРС-факторів і характеру розселення.

Із результатів аналізу випливає, що від'ємний подвоєний логарифм функції правдоподібності (-2 Log Likelihood) дорівнює 3250946 (рис. 4). Кількість додаткових параметрів моделі порівняно з попередньою моделлю становить 6 (6 коваріат), як видно з колонки df1 таблиці 2. За однаковості коваріаційної структури моделей різниця подвоєних логарифмів функцій правдоподібності

двох моделей має апроксимаційний розподіл хі-квадрат з кількістю ступенів свободи, що дорівнює кількості додаткових параметрів моделі порівняно з APC+Населення моделлю, а саме 6. Знаходимо різницю $\Delta(2 \text{ Log Likelihood}) = (2 \text{ Log Likelihood}_{\text{APC+HAC}} - 2 \text{ Log Likelihood}_{\text{APC+HAC+MC}} = 3337453 - 3250946 = 86507)$. З таблиць розподі-

лу хі-квадрат отримуємо, що $\chi^2(6)$ на центилі 99,9% дорівнює 22,46. Отримане значення $\Delta(2 \text{ Log Likelihood})$ явно перевищує це критичне значення. Тобто вплив комплексу медико-соціальних факторів на географічний розподіл ризиків інвалідизації внаслідок ССЗ є високо достовірним з $p < 0,0001$.

Таблиця 2. Достовірність окремих компонент медико-соціального середовища на просторовий розподіл ризиків інвалідизації (тип I розкладу дисперсій)

Ефект	df1	Df2	F	Pr > F
Рівень безробіття	1	7110	16887	<.0001
Бідність ¹	1	7110	33437	<.0001
Забезпеченість лікарями ²	1	7110	1409	<.0001
Забезпеченість МСП ²	1	7110	274	<.0001
Рівень екстреної госпіталізації	1	7110	41783	<.0001
Спеціальності (0) ³	1	7110	595	<.0001

Примітки:

¹ – % сільських сімей із середньодушовим місячним доходом до 300 грн;

² – забезпеченість лікарями, середнім медперсоналом (МСП) першого етапу на 10 000 с.м.;

³ – кількість спеціальностей без жодного спеціаліста (0)

У таблиці 2 наведені оцінки достовірності окремих компонентів ефекту медико-соціального середовища на просторовий розподіл ризиків інвалідизації. Як видно з даних таблиці, кожна з окремих компонент ефекту медико-соціальних факторів на просторовий розподіл ризиків інвалідизації справляє високо достовірний модифікуючий вплив. Так, **рівень безробіття** суттєво модифікує просторовий розподіл ризиків інвалідизації, відповідний $F(1; 7110)=16887$ з $p < 0,0001$. Ефект **бідності** теж високо достовірний, відповідний $F(1; 7110)=33437$ з $p < 0,0001$. Дещо меншу, проте високу достовірність, мають ефекти **забезпеченості лікарями, середнім медперсоналом** (МСП) першого етапу (на 10 000 с.м.) – $F(1; 7110)=1409$ та $F(1; 7110)=274$ з $p < 0,0001$. **Рівень екстреної госпіталізації** чинить найбільш потужний модифікуючий вплив на просторовий розподіл ризиків інвалідизації – $F(1; 7110)=41783$ з $p < 0,0001$. **Кількість спеціальностей без жодного спеціаліста** також здійснює суттєвий про-

сторовий ефект – $F(1; 7110)=595$ з $p < 0,0001$. Слід зазначити, що ми проаналізували й інші фактори медико-соціального середовища, проте вони не мали таких виразних ефектів на географічний розподіл ризиків інвалідизації.

Отримані регресорні оцінки впливу обраних медико-соціальних коваріат свідчать (табл. 3), що кожна з коваріат проявляла достовірний (усі $p < 0,0001$) специфічний вплив (df тесту=7110). Вищі рівні безробіття, бідності, забезпеченості медичним персоналом модулюють менші рівні інвалідизації. Водночас вищі рівні екстреної госпіталізації та кількості спеціальностей, не забезпечених жодним спеціалістом, модулюють вищі рівні інвалідизації. Те, що загальний вплив комплексу медико-соціальних факторів на географічний розподіл ризиків інвалідизації внаслідок ССЗ є високо достовірним з $p < 0,0001$, поряд з даними таблиці 3 вказує на нерівномірність розподілу обраних медико-соціальних коваріат на території Житомирської області.

Таблиця 3. Регресорні оцінки впливу обраних медико-соціальних коваріат на просторовий розподіл ризиків інвалідизації

Ефект	Ефект	Похибка	t	Pr > t
Рівень безробіття	-0.1386	0.0008	173	<.0001
Бідність	-0.2417	0.0012	197	<.0001
Забезпеченість лікарями	-0.0247	0.0005	45	<.0001
Забезпеченість МСП	-0.0013	0.0001	10	<.0001
Рівень екстреної госпіталізації	0.1320	0.0006	205	<.0001
Спеціальності (0)	0.0142	0.0006	24	<.0001

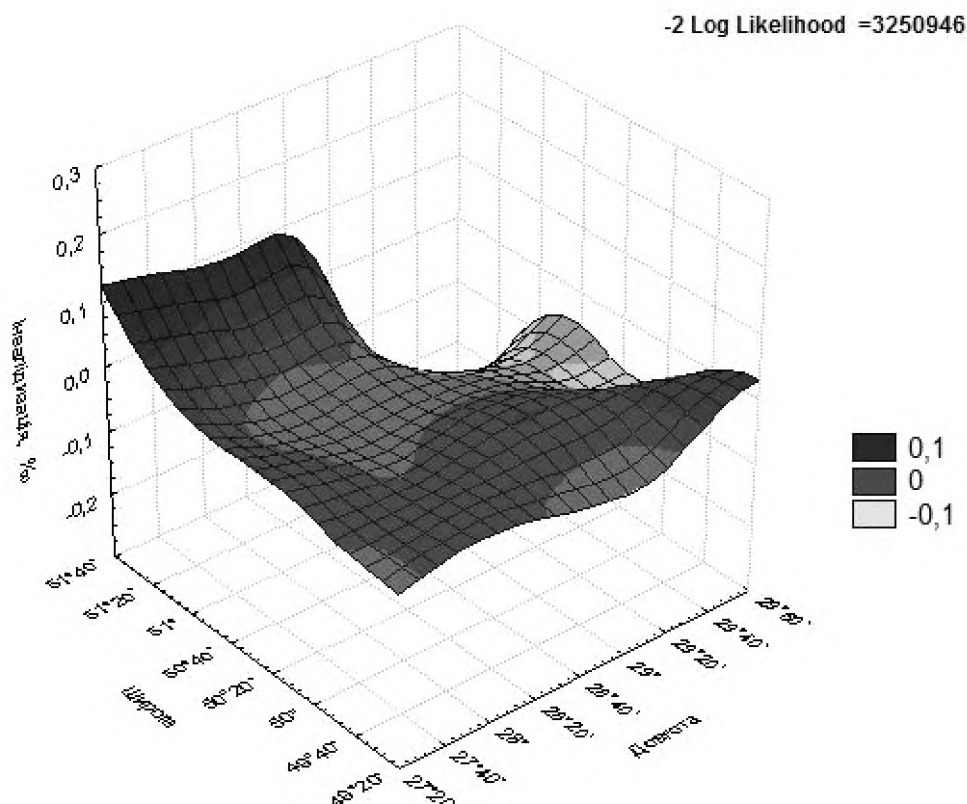


Рис 4. Територіальні закономірності інвалідизації ССЗ після виключення ефектів медико-соціального середовища

Після демаскування ефекту медико-соціального середовища територіальний розподіл ризиків інвалідизації знову суттєво змінився (рис. 4). Поверхня стала рівнішою за рахунок зменшення усіх піків, з практичною ліквідацією східного і південного піків. Із діапазону ризиків інвалідизації видно, що вони демонструють більш гомогенний територіальний розподіл, що й слід було очікувати. Підтверджується гіпотеза, що географічна нерівномірність медико-соціального середовища на території Житомирщини модулює географічні розбіжності ризиків інвалідизації внаслідок ССЗ. Про це ж говорить і менше від APC+Населення моделі значення від'ємного подвоєного логарифму функції правдоподібності (-2 Log Likelihood =3250946).

Висновки

1. Вплив комплексу медико-соціального факторів середовища на географічний розподіл ризиків інвалідизації внаслідок ССЗ є високо достовірним ($p < 0,0001$).

2. Після демаскування ефектів медико-соціального факторів середовища територіальний розподіл ризиків інвалідизації суттєво змінився. Високое впливові фактори медико-соціального середовища внаслідок нерівномірності розподілу по населених пунктах Житомирщини підсилювали територіальні розбіжності ризиків інвалідизації внаслідок ССЗ.

3. Кожний розглянутий фактор справляє високодостовірний модифікуючий вплив на просторовий розподіл ризиків інвалідизації. Серед найбільш впливових соціальних факторів – рівень безробіття та бідність ($p < 0,0001$).

4. Дещо меншу, проте високу, достовірність мають фактори медичного середовища, а саме ефекти забезпеченості лікарями, середнім медперсоналом першого етапу – $F(1; 7110)=1409$ та $F(1; 7110)=274$; $p < 0,0001$. Рівень екстреної госпіталізації чинить найбільш потужний модифікуючий вплив на просторовий розподіл ризиків інвалідизації – $F(1; 7110)=41783$; $p < 0,0001$. Кількість спеціальностей без жодного спеціаліста також має суттєвий просторовий ефект – $F(1; 7110)=595$; $p < 0,0001$.

5. Спостерігаються два основні пікові регіони інвалідизації – північний і східний. Піки утворені районами, які мали максимальний парціальний ефект на підвищення ризиків: Малинський, Народицький, і Овруцький. Водночас Коростенський, Володар-Волинський і Черняхівський райони вирізнялись мінімальним парціальним ефектом на ризики інвалідизації.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні впливу комплексу медико-соціальних факторів середовища на географічний розподіл ризиків інвалідизації щодо окремих нозологій серцево-судинної патології.

Список літератури

1. Аналіз інвалідизації внаслідок серцево-судинних хвороб за APC конструкцією на основі стріп-спліт-плот дизайну / В. П. Клименюк, О. О. Галаченко, О. М. Очерedyкo, І. Ю. Андрієвський // Східноєвроп. журн. громадського здоров'я. – 2012. – № 2–3 (18–19). – С. 155–163.
2. Congdon P. D. Applied Bayesian Hierarchical Methods. Chapman and Hall/CRC / P. D. Congdon. – 2010. – 604 p.
3. Fu W. J. Ridge Estimator in Singular Design with Application to Age-Period-Cohort Analysis of Disease Rates / W. J. Fu // Communications in Statistics – Theory and Method. – 2000. – Vol. 29. – P. 263–278.
4. Global epidemiology of sickle haemoglobin in neonates: a contemporary geostatistical model-based map and population estimates / F. B. Piel, A. P. Patil, R. E. Howes [et al.] // Lancet. – 2013. – Vol. 381. – P. 142–151.
5. Hu Z. Linking stroke mortality with air pollution, income, and greenness in northwest Florida: an ecological geographical study / Z. Hu, J. Liebens, K. R. Rao // International Journal of Health Geographics. – 2008. – P. 7–20.
6. Hu Z. Particulate air pollution and chronic ischemic heart disease in the eastern United States: a county level ecological study using satellite aerosol data / Z. Hu, K. R. Rao. // Environmental Health. – 2009. – Vol. 8. – P. 26.
7. Individual social class, area based deprivation, cardiovascular disease risk factors, and mortality: the Renfrew and Paisley Study / G. D. Smith, C. Hart, G. Watt [et al.] // J. Epidemiol Community Health. – 1998. – Vol. 52. – P. 399–405.
8. Kogard S. M. Socioeconomic context in area of living and risk of myocardial infarction: results from Stockholm heart epidemiology program (SHEEP) / S. M. Kogard, F. Diderichsen, C. Reuterwall // J. Epidemiol Community Health. – 2002. – Vol. 56. – P. 29–35.
9. Linde A. Spatial-Temporal Analysis of Mortality Using Splines / A. Linde, K.-H. Witzko, K.-H. Jockel // Biometrics. – 1995. – Vol. 51, № 4 (Dec.). – P. 1352–1360.
10. Murray M. Finkelstein Environmental inequality and circulatory disease mortality gradients / M. Finkelstein Murray, Jerrett Michael, R. Sears Malcolm // J. Epidemiol Community Health. – 2005. – Vol. 59. – P. 481–487.
11. National, regional, and global trends in systolic blood pressure since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 786 country-years and 54 million participants / G. Danaei, M. M. Finucane, J. K. Lin [et al.] // Lancet. – 2011. – Vol. 6736. – P. 62033–62036.
12. Neighborhood socioeconomic environment and incidence of coronary heart disease: a follow-up study of 25,319 women and men in Sweden. / K. Sundquist, M. Winkleby, H. Ahlen [et al.] // Am. J. Epidemiol. – 2004. – Vol. 159. – P. 655–662.
13. Roux Diez A. V. Residential environments and cardiovascular risk / Diez A. V. Roux // J. Urban Health. – 2003. – Vol. 80. – P. 569–89.
14. SAS for Mixed Models, Second Edition. / Russel C. Littell, C. Ramon, George A. Milliken [et al.] // Cary, NC: SAS Institute Inc. – 2006.

ГЕОСТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ СРЕДЫ НА ГЕОГРАФИЧЕСКОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ РИСКОВ ИНВАЛИДИЗАЦИИ В РЕЗУЛЬТАТЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ТЕРРИТОРИИ ЖИТОМИРСКОЙ ОБЛАСТИ

В.П. Клименюк (Винница)

Изучены процессы инвалидизации вследствие патологии сердечно-сосудистой системы населения Житомирской области сплошным методом на протяжении 1999–2008 гг. на основе стрип-сплит-плот-дизайна. Анализ данных произведен на основе иерархической нелинейной микст-модели с пространственной матрицей ковариаций. Доказано, что влиятельные факторы медико-социальной среды вследствие неравномерности географического распределения усиливали территориальные вариации рисков инвалидизации вследствие сердечно-сосудистых заболеваний.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: геостатистический анализ, инвалидизация, сердечно-сосудистые заболевания, медико-социальная среда.

GEOSTATISTICAL ANALYSIS OF INFLUENCE OF MEDICAL AND SOCIAL ENVIRONMENT ON GEOGRAPHICAL DISTRIBUTION OF DISABILITY RISKS FROM CARDIOVASCULAR DISEASES ON THE TERRITORY OF ZHYTOMYR REGION

V.P. Klymenyuk (Vinnytsia)

The local regularities of disability incidence due to cardiovascular diseases in Zhitomirsk oblast over 1999–2008 by strip-split-plot design have been investigated. By geostatistical mixed model we revealed the irregularities in disability distributions by determinants of social and medical environment. Data analysis exploited hierarchical nonlinear mixed model. Results bear witness to enhanced local heterogeneity in disability rates due to irregularity in distribution of social and economic determinants. Unemployment rate and poverty level appeared to be the most powerful drivers rendering significant modification to geographical distribution of CD-related disability rates.

KEY WORDS: geostatistical analysis, disability, cardiovascular diseases, medico-social environment.

Рукопис надійшов у редакцію 05.11.2013
Рецензент: к.мед.н., доц. Н.О. Теренда

*Н.Ф. ШИШАЦЬКА (Донецьк)***ПРАВА ПАЦІЄНТІВ У МІЖНАРОДНИХ ДОКУМЕНТАХ**

Донецьке обласне клінічне територіальне медичне об'єднання

Проведено аналіз міжнародних документів, у яких визначені права пацієнтів. Відмічено їх значення у розвитку законодавства України з питань забезпечення прав пацієнтів.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: права пацієнтів, міжнародні документи, визначення.

За останнє п'ятидесятиріччя, особливо в останні 30 років, з'явилася велика кількість документів з питань прав пацієнтів, у тому числі резолюцій та рекомендацій професійних, міжурядових, наукових міжнародних організацій [1-4; 10-12]. Питання забезпечення прав пацієнтів турбують такі авторитетні міжнародні організації, як Організація Об'єднаних Націй, Рада Європи, Всесвітня Медична Асоціація, Всесвітня Психіатрична Асоціація тощо [8].

Країни Європи за останні кілька десятиліть здійснили ряд важливих заходів, спрямованих на розвиток прав пацієнтів, та розробили стандарти, що стали орієнтиром для реформи їхніх систем охорони здоров'я [6; 7; 9; 14].

Прийняття відповідних документів потребує багатограничних змін у медичній практиці, психології медичних працівників, для чого необхідні зміни у до- та післядипломному їх навчанні, психології пацієнтів та у суспільстві загалом.

Мета роботи: провести аналіз міжнародного законодавства із забезпечення прав пацієнтів.

Матеріали і методи. Під час виконання роботи використані міжнародні акти з питань забезпечення прав пацієнтів, які вивчалися та аналізувалися із застосуванням контент-аналізу, бібліосемантичного методу та структурно-логічного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення. Розробка та прийняття міжнародних та, передусім, європейських документів сприяли визначенню конкретних прав, які набули чітких і об'єктивних форм [13].

Найбільш важливим кроком було прийняття двох документів – Декларації про розвиток прав пацієнтів в Європі [15], яка прийнята на нараді ВООЗ в Амстердамі у 1994 р., і Європейської Хартії пацієнтів [5], яка прийнята на нараді великих організацій громадянського суспільства країн ЄС у Римі в листопаді 2002 р.

Декларація про розвиток прав пацієнтів в Європі здійснила оформлення концепції прав пацієнтів і внесла ясність у більшість юридичних визначень з прав пацієнтів, які надалі були імplementовані до законодавства європейських країн. Крім того, Амстердамська Декларація визначила стратегію просування прав пацієнтів у Європі і включила кілька практичних рекомендацій.

У Декларації вперше були сформовані принципи з прав пацієнтів, в основі яких лежить повага до прав людини і людських цінностей в охороні здоров'я. До їх числа увійшли: повага до людської гідності; самовизначення; фізична та психічна недоторканість і захист; повага до приватності (особистої недоторканості, конфіденційності); повага до моральних, культурних і релігійних цінностей; можливість захисту власного здоров'я у тій мірі, у якій це дозволяють існуючі заходи профілактики і лікування хвороб і можливість досягнення найвищого для себе рівня здоров'я.

Основними правами пацієнта Амстердамською Декларацією було визначено наступні: право на інформацію про медичну допомогу і про те, як нею краще користуватися; право висловлювати згоду в процесі отримання медичної допомоги; право на конфіденційність і приватність (недоторканість особистого життя); право на можливість отримання медичної допомоги відповідно до стану здоров'я пацієнта, включаючи профілактичну і лікувальну допомогу.

Крім того, у Декларації було дано визначення основним поняттям, які пов'язані з правами пацієнтів, насамперед ключового поняття «пацієнт». З цього часу вказане визначення стало офіційним визначенням ВООЗ.

Надалі склалася ситуація, пов'язана з невиконанням країнами ЄС низки своїх зобов'язань, що призвело до погіршення реалізації прав пацієнтів. Переважно це стосувалося невиконання зобов'язань щодо забезпечення рівного доступу до медичної допомоги для всіх громадян. При цьому Рада Європи рекомендувала розши-

рення участі організацій громадського суспільства у прийнятті рішень в охороні здоров'я у мовах підвищення в Європейському регіоні активності споживачів медичних послуг та організацій пацієнтів.

Враховуючи вищезазначене, представниками найбільших організацій громадського суспільства Італії, Німеччини, Бельгії, Португалії, Іспанії, Греції, Ірландії, Данії, Нідерландів, Австрії, Великобританії було розроблено документ з прав пацієнтів, який було прийнято в Римі у 2002 р. під назвою «Європейська Хартія пацієнтів».

Європейська Хартія пацієнтів по праву стоїть в одному ряду з Декларацією про розвиток прав пацієнтів в Європі за розміром і цінністю її внеску у розвиток концепції прав пацієнтів на міжнародному рівні.

Європейська Хартія пацієнтів проголосила 14 конкретних прав пацієнтів:

- право на профілактичні заходи;
- право доступу;
- право на інформацію;
- право на згоду;
- право вільного вибору;
- право на недоторканість приватного життя (приватність) і конфіденційність інформації;
- право на повагу часу пацієнта;
- право на дотримання стандартів якості;
- право на безпеку;
- право на доступ до сучасних досягнень;
- право на уникнення невинуватених страждань і болю;
- право на індивідуальне лікування;
- право подавати скаргу;
- право на компенсацію.

Порівнюючи зміст Декларації про розвиток прав пацієнтів у Європі і Європейської Хартії пацієнтів, можна констатувати появу в останній нових прав пацієнтів, які значно уточнюють і доповнюють увесь спектр існуючих прав людини. У сучасній охороні здоров'я до таких прав можна віднести наступні:

Право на повагу часу пацієнта – право отримувати необхідне лікування якомога швидше і в межах заздалегідь встановленого часу на будь-якому етапі лікування.

Право на дотримання стандартів якості – право доступу до високоякісних медичних послуг та дотримання існуючих стандартів якості.

Право на безпеку при отриманні медичної допомоги – право бути убезпеченим від заподіяння

шкоди, яка обумовлена непрофесійною роботою медичного персоналу або медичної установи.

Право на доступ до сучасних досягнень – право доступу до найсучасніших медичних процедур, незалежно від економічних та фінансових можливостей.

Право на уникнення невинуватених страждань і болю – право на усунення, наскільки це можливо, страждань і болю на будь-якій стадії хвороби.

Право на індивідуальне лікування – право на застосування діагностичних та лікувальних програм, які максимально відповідають стану здоров'я пацієнта.

Право на компенсацію за заподіяну фізичну або моральну шкоду у результаті проведеного медичного втручання.

Право на активну громадську позицію, включаючи можливість здійснювати діяльність, спрямовану на захист прав населення в галузі медичної допомоги та право на участь у формуванні політики у сфері охорони здоров'я. Це право є важливою особливістю Європейської Хартії пацієнтів, у якій зроблено значний акцент на підвищення ролі громадян-пацієнтів діяльності системи охорони здоров'я.

Таким чином, Європейська Хартія пацієнтів визначила нові орієнтири для систем охорони здоров'я країн ЄС і ввела нові стандарти з прав пацієнтів, на основі яких країни ЄС розробили нові індикатори для оцінки роботи систем охорони здоров'я.

Впровадження в країнах Європи стандартів прав пацієнтів має важливе значення для України на етапі реформування системи охорони здоров'я. Імплементация положень Декларації про розвиток прав пацієнтів у Європі та Європейської Хартії пацієнтів в законодавство України дозволить значно підняти довіру населення до медичних працівників та загалом підвищити ефективність діяльності системи охорони здоров'я.

Висновки

Проведений аналіз міжнародного законодавства показав високий рівень правового забезпечення прав пацієнтів у європейських країнах, що визначено стандартами та індикаторами оцінки роботи систем охорони здоров'я з їх забезпечення.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням рівня імплементации положень Декларації про розвиток прав пацієнтів у Європі та Європейської Хартії пацієнтів у законодавство України.

Список літератури

1. Гавайская Декларация II. Одобрена Генеральной ассамблеей ВПА (Вена Австрия, 10 июля 1983 г.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.zakon.rada.gov.ua>. – Название с экрана.
2. Глуховский В. В. Развитие международной концепции и нормативного регулирования прав пациентов. Опыт для Украины / В. В. Глуховский, Н. Г. Гойда // Охрана здоровья Украины. – 2004. – № 4 (15). – С. 36–48.

3. Глуховский В. В. Стандарты и механизмы обеспечения прав пациентов в системах здравоохранения / В. В. Глуховский. – М. : ТОВ «Дизайн і поліграфія», 2008. – 136 с.
4. Глуховський В. В. Роль громадськості в реалізації прав громадян і пацієнтів у системі охорони здоров'я: міжнародний досвід створення системи громадської охорони здоров'я для України / В. В. Глуховський, Н. Г. Гойда / Охорона здоров'я України. – 2003. – № 4 (11). – С. 25–30.
5. Декларация о политике в области обеспечения прав пациентов в Европе. Европейское совещание ВОЗ по правам пациента (Амстердам, Нидерланды, март 1994 г.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.nbuv.gov.ua>. – Название с экрана.
6. Защита лиц с психическими заболеваниями и улучшение психиатрической помощи. Резолюция 46/119 принята Генеральной Ассамблеей ООН 18 февраля 1992 года по докладу Третьего комитета (А/46/721) [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.zakon.rada.gov.ua>. – Название с экрана.
7. Положение о защите прав и конфиденциальности пациента. Принято 45-й Всемирной медицинской ассамблеей (Будапешт, Венгрия, октябрь 1993 г.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.zakon.rada.gov.ua>. – Название с экрана.
8. Права человека и профессиональная ответственность врача в документах международных организаций. – К. : Сфера, 1998. – 121 с.
9. Пятый периодический доклад Украины (для ООН) об исполнении Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах.Е/С.12/UKR/5, 14 августа 2006 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.medlib.org.ua>. – Название с экрана.
10. Резолюция о приверженности принципам этических стандартов Всемирной медицинской ассоциации. Принята Генеральной ассамблеей ВМА, Генеральной ассамблеей ВМА (Стокгольм, Швеция, сентябрь 1994 г.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.zakon.rada.ua>. – Название с экрана.
11. Резолюция по правам человека. Принята 42-й Всемирной медицинской ассамблеей (Ранчо Мираж, Калифорния, США, октябрь 1990 г.); с поправками 45-й Всемирной медицинской ассамблеи (Будапешт. Венгрия. октябрь 1993 г.), 46-й Генеральной ассамблеи ВМА (Стокгольм, Швеция, сентябрь 1994 г.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.un.org>. – Название с экрана.
12. Резолюция Совета Всемирной медицинской ассоциации. Принята 132-й сессией Совета (Сантьяго, Чили, май 1992 г.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.jurtconsult.net.ua>. – Название с экрана.
13. Україна кризь призму Європейської хартії прав пацієнтів: результати виконання в Україні другого етапу європейських досліджень на відповідність стандартам ЄС з прав пацієнтів. – К. : ТОВ «Дизайн і поліграфія», 2012. – 158 с.
14. Участие общественности в принятии решений, влияющих на работу системы здравоохранения: состояние, позиции, идеи / под ред. В. В. Глуховского. – К. : Дизайн и Полиграфия, 2007. – 100 с.
15. Active Citizenship network (CAN) – European Charter of Patients Rights. – Rome, 2002.

ПРАВА ПАЦИЕНТОВ В МЕЖДУНАРОДНЫХ ДОКУМЕНТАХ

Н.Ф. Шишацкая (Донецк)

Проведен анализ международных документов, в которых определены права пациентов. Отмечено их значение в развитии законодательства Украины по вопросам обеспечения прав пациентов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: права пациентов, международные документы, определения.

PATIENTS' RIGHTS IN THE INTERNATIONAL DOCUMENTS

N.F. Shishatska (Donetsk)

The analysis of international documents in which rights of patients are defined has been carried out. The importance of these documents for the development of legislation on the problems of defining the patients' rights in Ukraine is pointed out.

KEY WORDS: patients' rights, international documents, definitions.

Рукопис надійшов до редакції 24.11.2013
Рецензент: д.мед.н., проф. Г.О. Слабкий

М.Ф. АНДРЕЙКО (Дніпропетровськ)

МЕЖІ ЗАСТОСУВАННЯ ПРИНЦИПУ КОНФІДЕНЦІЙНОСТІ ПРИ НАДАННІ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Дніпропетровська клінічна психіатрична лікарня

Проведений аналіз законодавчих актів, які регулюють порядок отримання конфіденційних даних про психічний стан особи при наданні психіатричної допомоги. При всій важливості положення конфіденційності у наданні психіатричної допомоги, у широкій психіатричній практиці зустрічаються ситуації, коли через «некомпетентність психічно хворого» соціальна допомога запізнюється або зовсім не надається, що погіршує якість життя хворого. Це викликає необхідність зміни законодавчих актів в інтересах хворих.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: психіатрична допомога, законодавчий акт, принцип конфіденційності, соціальна допомога, якість життя.

Конфіденційність (з лат. *confidentia* – довіра) – збереження в таємниці будь-чого, що не підлягає розголосу. Відома достатня кількість визначень поняття «конфіденційність». З одного боку, це – довірче повідомлення інформації іншій особі (у нашому випадку – лікарю) з очікуванням, що він зберігатиме її в таємниці. З іншого – це зобов'язання нерозголошення інформації, отриманої від іншої особи (хворого) або обмеження її поширення колом осіб, щодо якого він був заздалегідь обізнаний [1].

Дотримання принципу конфіденційності є важливим компонентом діяльності медичного працівника. Конфіденційність є складовою кодексу професійної етики психіатра, мета якої – захист прав і свобод хворого, захист персональних даних відповідно до норм права, моралі та лікарської етики, тобто забезпечується не тільки етичними характеристиками лікаря, але і юридично [4]. Закон починає діяти, коли порушена конфіденційність.

Дотриманню принципу конфіденційності при наданні психіатричної допомоги завжди надається велике значення у зв'язку з тим, що в процесі діагностики, спостереження і лікування лікар отримує великий обсяг інформації, що стосується не тільки суто медичних фактів, але і різних сфер життя хворого. Розголошення цих відомостей може серйозно негативним чином вплинути на престиж, репутацію і благополуччя пацієнта. Такий вплив може поширюватися на інтереси інших осіб, які мають відношення до хворого, насамперед родичів.

Інформація, яка стосується особистого життя хворого, відомості медичного характеру, отримані лікарем в ході збирання анамнезу (у тому числі даних, отриманих від інших осіб) і катамнезу, психіатричного обстеження, результати

поточного спостереження частково вносяться до медичної документації, частково ж залишаються прийнятими в усній формі, але і на останні поширюється принцип конфіденційності.

Мета дослідження: провести аналіз ефективності захисту інтересів хворих з психічними розладами через чинні правові норми.

Матеріали і методи. Вивчалися законодавчі акти, які регулюють конфіденційність відомостей про особу при наданні їй психіатричної допомоги у співвідношенні з якістю життя.

Результати дослідження та їх обговорення. Дотримання принципу конфіденційності регламентується Законом України «Про захист персональних даних», який має широке поле застосування, а в при наданні психіатричної допомоги – ст. 6 Закону України «Про психіатричну допомогу», прийнятого в 2000 році [5].

Відповідно до чинного законодавства, медичні працівники, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, не можуть розголошувати відомості про факти звертання за психіатричною допомогою та лікування у психіатричному закладі, а також інші відомості про стан здоров'я особи, крім випадків, передбачених частинами третьою, четвертою і п'ятою цієї статті.

Право на отримання та використання конфіденційних даних щодо стану здоров'я особи та надання їй психіатричної допомоги має сама особа або її законний представник. За усвідомленою згодою особи дані про стан психічного здоров'я цієї особи та надання їй психіатричної допомоги можуть передаватися іншим особам лише в інтересах особи, в якій наявний психічний розлад, для проведення обстеження і лікування або захисту її прав та законних інтересів.

Передача даних про стан психічного здоров'я особи та надання їй психіатричної допомоги без згоди особи або без згоди її законного представника припустима лише для:

- організації надання особі, яка має психічний розлад, психіатричної допомоги;
- проведення дізнання, попереднього слідства або судового провадження за письмовим запитом особи, яка проводить дізнання, слідчого, прокурору і суду.

Цей правовий акт вперше законодавчо захищає права та інтереси психічно хворого.

Однак у клінічній практиці принцип конфіденційності може бути реалізований тільки у випадках конструктивної поведінки хворого. Неконструктивна поведінка хворого, яка обумовлена психічним розладом, може призводити до значного соціального збитку для хворого або його сім'ї.

У широкий клінічній практиці неухильне застосування принципу конфіденційності стикається з численними практичними труднощами через те, що в межах психічних розладів розвиваються патологічні ідеї, вередливість, негативізм, амбівалентність, неадекватність. У свою чергу вони обумовлюють сімейну відгородженість, втрату інтересів, маревне сприйняття та соціально небезпечну поведінку [6].

Істотний внесок у перспективи проживання (перебування) хворих у сім'ях або, принаймні, поза стаціонарами вносить анозогнозія – відсутність критичної оцінки (повна або часткова) усвідомлення хвороби.

Анозогнозія вимагає від близького оточення хворого контролю за підтримуючим лікуванням, зусиль щодо формування у хворого навиків співіснування з хворобою. У самотніх хворих така мікросоціальна підтримка відсутня.

Впритул до конфіденційності (як основного принципу взаємодії медичних працівників і пацієнтів) примикає нагальна необхідність соціальної допомоги хворим. Початковим принципом такої підтримки є пріоритет самостійного вирішення різних питань життєдіяльності, якщо хворий зберігає дієздатність.

Реально до кола таких питань входять самостійне раціональне користування своїм житлом, включно з його продажем, здаванням в оренду тощо, оплата комунальних послуг, одержання кредиту, піклування про членів сім'ї та своє здоров'я [6-8].

Не вважаючи себе психічно хворими, пацієнти нерідко відмовляються від належних їм пенсій, доплат, боргових зобов'язань, пільг та іншої допомоги з боку держави, що погіршує якість життя їх самих і членів їхньої родини.

Як приклад актуальної соціальної проблеми можна навести ситуацію з реструктуризацією боргу за комунальні послуги або кредит та спла-

ти за них у період тривалого примусового в судовому порядку лікування психічно хворого (дієздатного) в стаціонарі. В останньому випадку відповідними органами вимагається довідка, яка дає підтвердження факту перебування у стаціонарі. Відповідно до Закону України «Про психіатричну допомогу», такі довідки повинні надаватися особисто дієздатним пацієнтам, але, вважаючи себе здоровими, вони не запитують відомостей про лікування в стаціонарі, чим погіршують бюджет сім'ї. Якщо ж такий пацієнт самотній, він може втратити можливість користуватися комунальними послугами і взагалі житлом. У такій ситуації постає питання щодо істинного захисту Законом інтересів хворого.

Витоками таких колізій, мабуть, можна вважати, по-перше, надмірно жорстке обґрунтування недобровільної психіатричної (у всьому її обсязі, включно з соціальним компонентом) допомоги, коли стан хворого має дозволяти кваліфікувати як важкий психічний розлад. По-друге, можна погодитися з тим, що стан справ ускладнює відсутність у законодавчих документах поняття «некомпетентності психічно хворого», особливо у випадках необхідної соціальної допомоги психічно хворим. Введення такого принципу потребує ретельного опрацювання механізмів його застосування.

Поки ж близькі родичі та інші особи не можуть допомагати у вирішенні таких питань, як отримання довідок, укладання договорів, виконання договірних зобов'язань по сплаті за комунальні послуги тощо, де потрібна особиста участь самого хворого або його письмовий дозвіл (довіреність). У такій ситуації якість життя хворого значно погіршується.

Висновки

Законодавчі акти стосовно хворих з психічними розладами мають бути доповнені або змінені таким чином, щоб представницькі інтереси пацієнтів вирішувалися через соціальних працівників. Посадова особа, яка приймає рішення за фактом, могла б виходити з доцільності тих чи інших дій в ситуації, яка виникла, в інтересах хворого.

Органом, наділеним відповідними правами, може стати виконавчий комітет місцевих рад, опікунська рада, комісія лікарів, рада родичів психічно хворих або їх об'єднання.

Контроль за дотриманням норм і законних інтересів психічно хворих осіб при вирішенні дрібних питань комунального характеру може здійснюватися громадськими організаціями.

Список літератури

1. Жмуров В. А. Большая энциклопедия по психиатрии [Электронный ресурс] / В. А. Жмуров. – 2-е изд. – 2012. – Режим доступа: <http://www.vocabulary.ru/dictionary/978>. – Название с экрана.

2. Закон України «Про захист персональних даних» від 01.06.2010 р. № 2297-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.rada.ua>. – Назва з екрану.
3. Закон України «Про психіатричну допомогу» від 22.02.2000 р. № 1489-III [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.rada.ua>. – Назва з екрану.
4. Конституція України. – К., 1996.
5. Полубинская С. В. Психические расстройства и права человека: новые подходы и направления совершенствования российского законодательства / С. В. Полубинская // Материалы Общероссийской конференции [«Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах»], (Москва, 27-30 окт. 2009 г.). – М., 2009. – С.171-172.
6. Хобзей М. К. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми та рішення / М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. Марута // Укр. вісн. психоневрол. – 2010. – Т. 18, Вип. 3 (64).
7. Fisher M. A. Protecting Confidentiality Rights: The Need for an Ethical Practice Model / M. A. Fisher // American Psychologist. – 2008. – Vol. 63, № 1. – P. 1–13.
8. Ouzounakis P. Dilemmas on confidentiality of people with mental health problems / P. Ouzounakis, P. Dalagozi, K. Frantzana // Prog Health Sci. – 2011. – Vol. 1, № 2. – P. 121–125.

ГРАНИЦЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИНЦИПА КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ПРИ ОКАЗАНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

М.Ф. Андрейко (Днепропетровск)

Проведен анализ законодательных актов, регулирующих порядок получения конфиденциальных данных о психическом состоянии лица при оказании психиатрической помощи. При всей важности положения конфиденциальности в оказании психиатрической помощи, в широкой психиатрической практике встречаются ситуации, когда из-за «некомпетентности психически больного» социальная помощь запаздывает или вовсе не оказывается, что ухудшает качество жизни больного. Это вызывает необходимость изменения законодательных актов в интересах больных.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: психиатрическая помощь, законодательный акт, принцип конфиденциальности, социальная помощь, качество жизни.

APPLICATION LIMITS OF CONFIDENTIALITY PRINCIPLE AT PROVIDING OF PSYCHIATRIC CARE

M.F. Andreiko (Dnipropetrovsk)

The analysis of legislative acts, regulative the order of receipt of confidential data about the mental condition of person at providing of psychiatric care has been conducted. At all importance of confidentiality position in providing of psychiatric care there are situations in wide psychiatric practice when from «incompetence mentally sick» social help is late or quite not appears that worsens of patient life quality. This raises the necessity of change of legislative acts in interests of patients.

KEY WORDS: psychiatric care, legislative act, confidentiality principle, social help, life quality.

Рукопис надійшов до редакції 19.11.2013
Рецензент: к.мед.н. О.М. Ціборовський

Л.П. ГУЦОЛ¹, Н.Г. ГОЙДА² (Вінниця, Київ)

ВИКЛАДАННЯ ГОМЕОПАТІЇ: ТОЧКА ЗОРУ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ УНІВЕРСИТЕТІВ

¹Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова²Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

За результатами соціологічного дослідження, проведеного у різних регіонах України, вивчено ставлення студентів-медиків до викладання методу гомеопатії у медичних університетах. Проаналізовано думку респондентів щодо необхідності викладання гомеопатії на етапі післядипломної освіти лікарів і введення спеціальності «лікар-гомеопат» до переліку лікарських спеціальностей Міністерства охорони здоров'я України.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: соціологічне дослідження, гомеопатія, гомеопатичні лікарські засоби, лікар-гомеопат.

Збереження здоров'я населення і покращення ефективності медичної допомоги залишаються надзвичайно актуальними задачами системи охорони здоров'я в Україні і світі [6]. Охорона здоров'я, як система соціально-економічної діяльності суспільства, час від часу потребує реформування з метою удосконалення. І як така, що несе відповідальність за найвищу цінність суспільства – здоров'я людини, ця система потребує першочергового удосконалення [6-8].

З цієї позиції одна із ключових задач реформи системи охорони здоров'я в Україні полягає у вирішенні проблеми підвищення ефективності роботи лікаря загальної практики-сімейної медицини [8]. Водночас усе зростають об'єктивні та суб'єктивні вимоги до освіти: ця система повинна готувати таких фахівців, які вміють застосовувати свої знання в умовах, що стрімко змінюються [1;2;4;11;15]. Сама система вищої медичної освіти також повинна бути орієнтована на постійне удосконалення, тобто на створення такої моделі підготовки фахівців охорони здоров'я, яка б забезпечувала належний рівень якості медичної допомоги населенню: студенти медичних університетів повинні отримувати необхідний обсяг теоретичних знань і практичних навичок з різних сучасних медичних технологій. Важливим моментом є також формування у майбутніх лікарів мотивації до самоосвіти і неперервного професійного удосконалення протягом життя [1;2;11].

У зв'язку з тим, що алопатичні (традиційні) лікарські засоби нерідко призводять до розвитку досить серйозних побічних ефектів (алергічних, токсичних), набувають актуальності такі методи лікування, які дозволяють уникнути розвитку цих негативних явищ під час процесу лікування. Одним з таких методів є гомеопатія. Метод го-

меопатії заснований на застосуванні лікарських засобів, які містять вкрай низькі дози природних речовин мінерального, рослинного і тваринного походження [3;5;10]. Як безпечний і досить ефективний метод лікування і профілактики захворювань, гомеопатія з кожним роком привертає увагу все більшої кількості пацієнтів і лікарів [5;10;11]. Така особливість методу, як оригінальний цілісний підхід до організму людини, забезпечує гомеопатії перспективне, на наш погляд, місце у сучасній системі охорони здоров'я, зокрема у роботі лікаря загальної практики – сімейної медицини, специфіка роботи якого вимагає цілісного бачення проблем організму свого пацієнта. Саме тому нова концепція ВОЗ щодо якості системи охорони здоров'я має на меті перехід від орієнтованої на хворобу моделі до «холістичного» (цілісного) підходу [6]. Ця модель передбачає заходи, спрямовані на модернізацію організації обслуговування, фінансування, технічних характеристик, клінічного навчання, безпеки пацієнтів, показників у системі якості.

Виходячи з цього, на наш погляд, сьогодні актуальним є, зокрема, пошук шляхів удосконалення форм і методів викладання гомеопатії як напрямку холістичної медицини студентам вищих медичних навчальних закладів [3;11;13-15]. Адже однією з передумов ефективного реформування системи охорони здоров'я є проведення адекватних змін у структурі, обсягах та змісті базової та післядипломної підготовки медичних кадрів [1].

Однією з програм, за якою викладається метод гомеопатії у медичних університетах України, є програма навчальної дисципліни «Основи гомеопатії» (курс за вибором) для студентів вищих медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації, спеціальностей 7.110101 «Лікуваль-

на справа», 7.110104 «Педіатрія», 7.110105 «Медико-профілактична справа». Ця програма затверджена Міністерством охорони здоров'я України у 2008 р. [10].

Мета дослідження: аналіз ставлення студентів вищих медичних навчальних закладів до викладання гомеопатії як методу профілактики і лікування. Актуальність дослідження полягає, по-перше, у тому, що соціально-медичні дослідження грають велику роль у розв'язанні проблем системи охорони здоров'я – соціальна медицина не тільки завжди оперативно відгукується на потреби медичної практики, але й постійно намагається вести її вперед [12]; по-друге, у доступній літературі ми не знайшли даних щодо думки майбутніх лікарів відносно необхідності викладання гомеопатії на базовому та післядипломному етапах навчання лікарів. Водночас, на наш погляд, такі дані є важливими для подальшого удосконалення процесу освіти, зокрема сімейних лікарів, у галузі гомеопатії.

Матеріали і методи. Для проведення даного соціологічного дослідження була розроблена програма, яка включала етапи визначення об'єкта і предмета дослідження, визначення генеральної

сукупності і формування репрезентативної вибірки, розробку інструменту дослідження (анкети) [9], його апробацію і корекцію, збір, обробку та аналіз даних, оцінку результатів дослідження.

Дизайн дослідження характеризувався такими параметрами:

- об'єктом дослідження була думка респондентів (студентів 4, 5, 6 курсів медичних університетів) щодо гомеопатії як методу профілактики і лікування;
- місце збору даних – Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця (Київ), Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Одеський національний медичний університет, Кримський державний медичний університет імені С.І. Георгієвського, Донецький національний медичний університет імені М. Горького (табл. 1);
- інструмент збору даних – анкета;
- термін проведення анкетування – грудень 2011 р. – листопад 2012 р.;
- метод збору даних – безповоротне вибіркове анонімне письмове опитування (кожен респондент заповнював анкету лише один раз).

Таблиця 1. Розподіл респондентів за місцем навчання

Навчальний заклад	Кількість респондентів
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова	440
Донецький національний медичний університет імені М. Горького	165
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця (Київ)	253
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького	211
Одеський національний медичний університет	287
Кримський державний медичний університет імені С.І. Георгієвського (Сімферополь)	341
Разом	1697

Отримано 1754 анкети, з яких відібрано і опрацьовано 1697 якісно заповнених анкет. Слід зазначити, що на деякі питання анкети респонденти мали можливість давати одразу декілька відповідей, тому сума відсотків не завжди дорівнювала 100.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз анкет, які було отримано під час проведення даного дослідження, показав, що 560 (33,0%±1,1%) респондентів навчалися на 4 курсі зазначених медичних університетів, 565 (33,3%±1,1%) респондентів – на 5 курсі, 572 (33,7%±1,1%) респонденти – на 6 курсі. Достовірних відмінностей щодо кількості опитаних респондентів у розрізі курсів навчання не виявлено.

Найбільша кількість респондентів була у віці 21–22 роки – 50,1%±1,2%; 21,9%±1,0% опитаних були у віці 23–24 роки, 16,9%±0,9% – у віці 19–20 років і 6,9%±0,6% – у віці 25 років і старше.

Аналіз відповідей показав, що достовірно більша кількість респондентів (61,1%±1,2%) вважає корисним для своєї майбутньої лікувально-профілактичної роботи отримати знання з гомеопатії (рис. 1). І лише 38,8%±1,2% студентів не вбачають користі у цій дисципліні ($p < 0,001$).

Найбільш частою причиною (50,2±1,6% випадків) необхідності оволодіння знаннями з гомеопатії респонденти називали побічні ефекти традиційних лікарських засобів. У 36,9±1,5% випадків такою причиною була недостатня ефективність традиційної фармакотерапії, у 28,9±1,4% випадків – розвиток алергічних реакцій, а в 26,4±1,4% випадків – розвиток токсичних ефектів при застосуванні традиційних лікарських засобів. На інші причини корисності знань з гомеопатії вказали 17,9±1,2% респондентів.

Розгляд цього аспекту у розрізі приналежності респондентів до того чи іншого курсу навчання

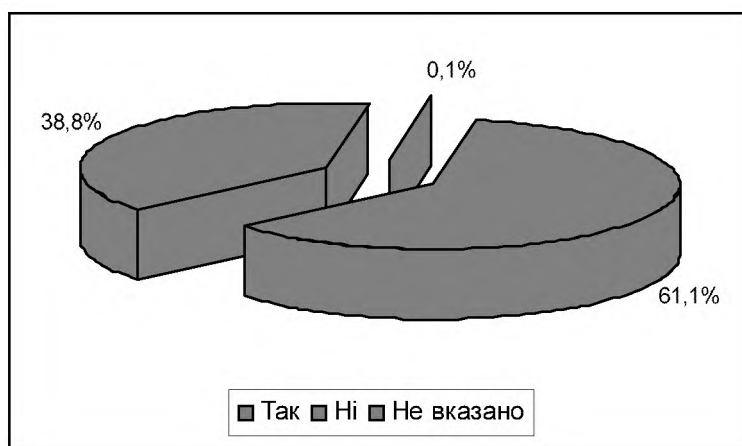


Рис. 1. Аналіз думки студентів щодо корисності знань з гомеопатії для їх майбутньої лікувально-профілактичної роботи

виявив, що $65,2 \pm 2,0\%$ студентів четвертого курсу і $62,8 \pm 2,0\%$ студентів п'ятого курсу вважають знання з гомеопатії корисними для своєї майбутньої лікувально-профілактичної роботи. Однак студенти шостого курсу достовірно рідше ($p < 0,05$) давали ствердну відповідь на це питання ($55,4 \pm 2,1\%$).

Респонденти усіх курсів мотивували свою позитивну точку зору щодо корисності вивчення гомеопатії в університеті переважно тим, що традиційні фармакологічні лікарські засоби мають побічну дію ($49,6 \pm 2,6\%$, $52,4 \pm 2,7\%$, $48,6 \pm 2,8\%$ респондентів 4, 5, 6 курсів відповідно), а також тим, що традиційна фармакотерапія недостатньо ефективна ($37,3 \pm 2,5\%$, $33,5 \pm 2,5\%$, $40,4 \pm 2,8\%$ відповідно). Вважають корисним отримання знань з гомеопатії для своєї майбутньої лікувально-профілактичної роботи у зв'язку з виникненням

алергічних реакцій при застосуванні традиційних фармакологічних препаратів $26,8 \pm 2,3\%$, $29,9 \pm 2,4\%$, $30,3 \pm 2,6\%$ респондентів 4, 5, 6 курсів відповідно, а також у зв'язку з розвитком токсичних ефектів під час лікування традиційними лікарськими засобами $24,7 \pm 2,3\%$, $26,5 \pm 2,3\%$, $28,4 \pm 2,5\%$ респондентів 4, 5, 6 курсів відповідно.

На питання, чи потрібно викладати гомеопатію в університеті, переважна більшість студентів відповіли ствердно – $59,7 \pm 1,2\%$ ($p < 0,001$). Однак $22,7 \pm 1,0\%$ студентів важко було відповісти на це питання, а $17,6 \pm 0,9\%$ взагалі заперечували необхідність викладання гомеопатії у медичному університеті (рис. 2). Таку думку респонденти пояснювали, насамперед, відсутністю особистого досвіду лікування методом гомеопатії ($3,2 \pm 0,4\%$), а також тим, що лікувалися методом гомеопатії без ефекту ($2,9 \pm 0,4\%$).

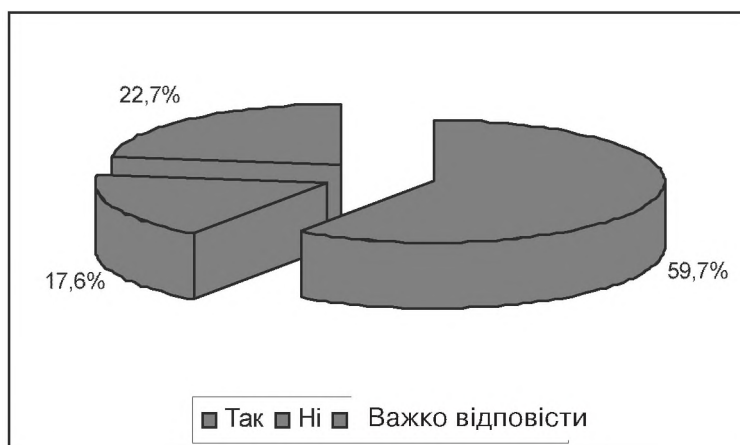


Рис. 2. Аналіз думки респондентів щодо необхідності викладання гомеопатії студентам медичних університетів

У ряді випадків причиною негативної відповіді на це питання стали такі чинники, як відсутність гомеопатичних лікарських засобів в аптеках ($0,4 \pm 0,1\%$), недоступність гомеопатичних лікарських засобів за ціною ($0,5 \pm 0,2\%$), недоступність за ціною прийому фахівця у галузі гомеопатії

($0,5 \pm 0,2\%$). Однакова кількість респондентів ($0,9 \pm 0,2\%$) пояснювала свою негативну відповідь розвитком побічних ефектів під час прийому гомеопатичних лікарських засобів, а також тим, що не знають, що таке гомеопатія. Інші причини свого негативного ставлення до викладання гомеопатії

у медичному університеті зазначили $9,6 \pm 0,7\%$ респондентів.

Були впевнені у необхідності викладання гомеопатії в університеті $59,3 \pm 2,1\%$, $59,1 \pm 2,1\%$ і $60,7 \pm 2,0\%$ студентів 4, 5 і 6 курсів відповідно, без достовірних відмінностей за цим показником.

Основними причинами впевненості у непотрібності викладання гомеопатії у медичному університеті студенти усіх курсів називали свій досвід лікування методом гомеопатії без ефекту ($2,3 \pm 0,6\%$, $4,1 \pm 0,8\%$ і $2,4 \pm 0,6\%$ (4, 5 і 6 відповідно, без достовірних відмінностей) і відсутність особистого досвіду лікування методом гомеопатії ($3,0 \pm 0,7\%$, $3,7 \pm 0,8\%$ і $2,8 \pm 0,7\%$ відповідно, без достовірних відмінностей).

У дослідженні було встановлено, що взагалі студенти вважають, що викладання гомеопатії має здійснюватися на 1 курсі – $1,9 \pm 0,4\%$ відповідно, на 2 курсі – $2,8 \pm 0,5\%$, на 3 курсі – $12,2 \pm 1,0\%$, на 4 курсі – $43,2 \pm 1,6\%$, на 5 курсі – $33,8 \pm 1,5\%$, на 6 курсі – $22,9 \pm 1,3\%$, в інтернатурі – $7,2 \pm 0,8\%$. Це вказує на достовірно більшу ($p < 0,001$) перевагу викладання гомеопатії на старших курсах університету, на думку самих студентів.

Розгляд даного питання у розрізі приналежності анкетованих студентів до того чи іншого курсу навчання показав, що студенти 4 курсу достовірно частіше порівняно зі студентами 6 курсу вважали, що викладання гомеопатії має відбуватися на 4 курсі ($46,4 \pm 2,7\%$ проти $37,5 \pm 2,6\%$, $p < 0,05$). Водночас студенти 6 курсу достовірно частіше порівняно зі студентами 4 курсу висловлювались за необхідність викладання гомеопатії на 5 і 6 курсах, а також в інтернатурі: відповідно $36,6 \pm 2,6\%$ проти $28,9 \pm 2,5\%$, $p < 0,05$; $32,3 \pm 2,5\%$ проти $13,6 \pm 1,9\%$, $p < 0,001$; $9,2 \pm 1,6\%$ проти $3,9 \pm 1,1\%$, $p < 0,05$).

Також студенти 6 курсу достовірно частіше порівняно зі студентами 5 курсу висловлювались за викладання гомеопатії на 6 курсі ($32,3 \pm 2,5\%$ проти $22,5 \pm 2,3\%$, $p < 0,05$). Тоді як студенти 5 курсу достовірно частіше, ніж студенти 6 курсу, наполягали на необхідності викладання гомеопатії на 4 курсі ($46,1 \pm 2,7\%$ проти $37,5 \pm 2,6\%$, $p < 0,05$).

Слід також зазначити, що студенти 5 курсу достовірно частіше від студентів 4 курсу вважали потрібним викладання гомеопатії на 6 курсі ($22,5 \pm 2,3\%$ проти $13,6 \pm 1,9\%$, $p < 0,05$) і в інтернатурі ($8,4 \pm 1,5\%$ проти $3,9 \pm 1,1\%$, $p < 0,05$).

Поряд з цим студенти 4 курсу достовірно частіше, ніж студенти 5 і 6 курсів, відмічали, що їм важко відповісти на це питання ($p < 0,05$).

Щодо необхідності викладання гомеопатії на циклах спеціалізації та тематичного удосконалення лікарів близько 1/3 усіх респондентів не змогли визначитися ($30,8 \pm 1,1\%$). $21,5 \pm 1,0\%$ респондентів дали негативну відповідь, тоді як більшість респондентів ($47,7\% \pm 1,2\%$) наполягали на такій необхідності ($p < 0,001$). У розрізі курсу навчання

дані дослідження кореспондуються з отриманими при вивченні думки усіх респондентів, без поділу їх на окремі групи, з тією лише особливістю, що студенти 4 курсу достовірно частіше вважали потрібним викладання основ гомеопатії на циклах спеціалізації та тематичного удосконалення лікарів ($51,6 \pm 2,1\%$) порівняно із студентами 6 курсу ($44,4 \pm 2,1\%$, $p < 0,05$).

Одним із пунктів анкети було питання про необхідність введення спеціальності «лікар-гомеопат» до переліку лікарських спеціальностей МОЗ України. Думка респондентів з цього питання розділилася так: $30,7 \pm 1,1\%$ вважають це за потрібне, $34,1 \pm 1,2\%$ – заперечують таку необхідність ($p < 0,05$), $35,1 \pm 1,2\%$ респондентів не змогли визначитися.

Студенти 4 курсу вказали на необхідність введення спеціальності «лікар-гомеопат» у $30,4 \pm 1,9\%$ випадків, непотрібність – у $33,7 \pm 2,0\%$ випадків і не змогли визначитися з цього приводу $35,9 \pm 2,0\%$. Думки студентів 5 курсу з цього приводу розподілилися таким чином: $29,9 \pm 1,9\%$, $34,7 \pm 2,0\%$ і $35,0 \pm 2,0\%$ відповідно, студентів 6 курсу – $31,8 \pm 1,9\%$, $33,9 \pm 2,0\%$ і $34,3 \pm 2,0\%$ відповідно. Достовірних відмінностей між наведеними показниками не виявлено.

Висновки

1. Достовірна більшість респондентів ($61,1 \pm 1,2\%$) вважають корисними знання з гомеопатії для їх майбутньої медичної практики.

2. Достовірна більшість студентів ($59,7 \pm 1,2\%$) вважає за потрібне викладання гомеопатії у медичному університеті. Переважна більшість студентів ($43,2 \pm 1,6\%$) вважають, що викладання цієї дисципліни має здійснюватися на 4 курсі медичного університету.

3. Більшість респондентів ($47,7 \pm 1,2\%$) висловились за необхідність викладання гомеопатії на циклах спеціалізації та тематичного удосконалення лікарів. Цей факт, на нашу думку, є позитивним і свідчить про те, що у студентів медичних університетів – майбутніх лікарів – вже на 4, 5, 6 роках навчання сформована мотивація до неперервної професійної освіти.

4. Вважають необхідним введення спеціальності «лікар-гомеопат» до переліку лікарських спеціальностей МОЗ України $30,7 \pm 1,1\%$ респондентів; $34,1 \pm 1,2\%$ не вважають, а $35,1 \pm 1,2\%$ респондентів зазначили, що їм важко відповісти на це питання.

Перспективи подальших досліджень полягають у пошуку чинників, які сприятимуть покращенню якості викладання гомеопатії студентам медичних університетів, а також використанні результатів цього медико-соціологічного дослідження для створення рекомендацій щодо організації систематизованого викладання гомеопатії у рамках післядипломного етапу освіти лікарів.

Список літератури

1. Вороненко Ю. В. Проблеми забезпечення якості кадрових ресурсів системи охорони здоров'я України / Ю. В. Вороненко // Сх.-європ. журн. громад. здоров'я. – 2008. – № 3. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://archive.nbuv.gov.ua/portal/Chem_Biol/Sjgz/2008_3/PH_N3_2008_8.pdf. – Назва з екрану.
2. Громовик Б. П. Неперервна фармацевтична освіта в Україні: науково-методичні аспекти управлінсько-економічної підготовки : монографія / Б. П. Громовик, А. В. Горілик. – Л. : Растр-7, 2012. – 166 с.
3. Гуцол Л. П. Словник гомеопатичних термінів як важлива складова викладання курсу «Основи гомеопатії» / Л. П. Гуцол, Т. М. Козименко // Фітотерапія. – 2009. – № 4. – С. 44–47.
4. Компетентностная модель подготовки специалиста-медика / И. А. Данькина, С. А. Джеломанова, Р. М. Агабабов, А. А. Чистяков // Вопросы здравоохранения Донбасса : сб. науч.-пед. статей. – Вып. 24. – Донецк, 2011. – С. 93–96.
5. Мнушко З. Н. Гомеопатические лекарственные средства глазами потребителей / З. Н. Мнушко, И. А. Грекова / Провизор. – 2000. – № 4. – С. 16–19.
6. Москаленко В. Ф. Реформування систем охорони здоров'я: сучасний погляд / В. Ф. Москаленко // Сх.-європ. журн. громад. здоров'я. – 2008. – № 3. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://archive.nbuv.gov.ua/portal/Chem_Biol/Sjgz/2008_3/PH_N3_2008_9.pdf. – Назв з екрану.
7. Нагорна А. М. Проблема якості в охороні здоров'я : монографія / А. М. Нагорна, А. В. Степаненко, А. М. Морозов. – Кам'янець-Подільський : Абетка-НОВА, 2002. – 384 с.
8. О реформировании здравоохранения Украины / В. И. Агарков, Н. П. Гребняк, С. В. Грищенко [и др.] // Вопросы здравоохранения Донбасса : сб. науч.-пед. статей. – Вып. 24. – Донецк, 2011. – С. 3–12.
9. Організація соціологічних опитувань пацієнтів/їх представників і медичного персоналу в закладах охорони здоров'я: метод. реком. / В. В. Горачук, Ю. В. Вороненко, Н. Г. Гойда [та ін.]. – К., 2012. – 21 с.
10. Основи гомеопатії. Програма навчальної дисципліни (курс за вибором) для студентів вищих медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації. – К., 2008. – 16 с.
11. Песонина С. П. Концептуальные проблемы методологии подготовки специалистов по традиционной медицине и гомеопатии / С. П. Песонина, Е. С. Трегубова. – СПб : СПбГМА, 2007. – 144 с.
12. Слабкий Г. О. Стан і перспективи розвитку соціально-медичних досліджень в Україні / Г. О. Слабкий // Сх.-європ. журн. громад. здоров'я. – 2008. – № 3 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://archive.nbuv.gov.ua/portal/Chem_Biol/Sjgz/2008_3/PH_N3_2008_10.pdf. – Назва з екрану.
13. Чернобровий В. М. Викладання курсу «Основи гомеопатії» за схемою кредитно-модульної системи у Вінницькому національному медичному університеті ім. М.І. Пирогова / В. М. Чернобровий, І. Г. Палій, Л. П. Гуцол // Стан та напрями удосконалення науково-методичного забезпечення підготовки фахівців за напрямом «здоров'я людини» : матеріали круглого столу. – Хмельницький, 2009. – С. 141–153.
14. Hutsol Larissa. Der Homoeopathiekurs an der Nationalen Vinnytsia Medizinf / Larissa Hutsol, Eleanor Hutsol // Homoeopathie in Osterreich. – 2009. – Vol. 4. – P. 27–29.
15. Hutsol Larysa. Vinnytsia Pirogov Memorial National Medical University (Ukraine): the contribution into the homoeopathy development / Larysa Hutsol. // The Homoeopathic Heritage International. – 2010. – Vol 3. – P. 22–23.

ПРЕПОДАВАНИЕ ГОМЕОПАТИИ: ТОЧКА ЗРЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ УНИВЕРСИТЕТОВ

Л.П. Гуцол, Н.Г. Гойда (Винница, Киев)

По результатам социологического исследования, проведенного в разных регионах Украины, изучено отношение студентов-медиков к преподаванию метода гомеопатии в медицинских университетах. Проанализировано мнение респондентов относительно необходимости преподавания гомеопатии на этапах последилового образования врачей и введения специальности «врач-гомеопат» в перечень врачебных специальностей Министерства здравоохранения Украины.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: социологическое исследование, гомеопатия, гомеопатические лекарственные средства, врач-гомеопат.

TEACHING HOMOEOPATHY: THE MEDICAL UNIVERSITIES STUDENTS' POINT OF VIEW

L.P. Hutsol, N.G. Goyda (Vinnytsia, Kyiv)

According to the results of the sociological research spent in different regions of Ukraine, the attitude of medical students to the homoeopathy teaching at medical Universities has been studied. The students' opinion as for the necessity of teaching homoeopathy during the post-graduation courses and the introduction of such specialty as Homoeopath into the specialties list of Ministry of Health of Ukraine has been analyzed.

KEY WORDS: sociological research, homoeopathy, homoeopathic medicines, homoeopath.

Рукопис надійшов до редакції 30.10.2013
Рецензент: к.мед.н., доц. Н.О. Теренда

МЕДИЦИНА В УКРАЇНІ. БІОБІБЛІОГРАФІЧНИЙ СЛОВНИК. ВИП.2. ДРУГА ПОЛОВИНА XIX - ПОЧАТОК XX СТОЛІТТЯ. ЛІТЕРИ Л-С. КІЇВ, 2012. – 520 С.

Серія біобібліографічних словників «Медицина в Україні», започаткована Національною науковою медичною бібліотекою України у 1997 році, поповнилася ще одним виданням, яке є логічним продовженням раніше виданих випусків. Укладачі зібрали надзвичайно багатий фактографічний і бібліографічний матеріал, дуже ретельно опрацювали дані про лікарів і медичних науковців України даного хронологічного періоду. У порівнянні з трьома попередніми виданнями серії, книга вражає обсягом і різноманітністю матеріалу, є багатшою за змістом.

Розділ «Персоналії. Історія медицини України в особах», який складається з 3-х частин, займає майже 400 сторінок дрібним шрифтом і містить біографічні нариси різних рівнів наповнення. Така диференціація здається досить умовною – здебільшого вона визначалась обсягом і змістом віднайдені укладачами інформації і тому не завжди відбиває реальні професійні здобутки медика. Ядро Словника включає інформацію про 317 осіб, заслуги яких добре відомі у медичному світі (1–2, а у деяких випадках навіть 3 сторінки тексту). У кожній персоналії цієї частини подаються загальноприйняті дані: місце, дати народження та смерті, походження, здобування освіти, праця в різних закладах і установах, захист дисертації на ступінь доктора медицини, наукові здобутки, різні нагороди та ін. У біографіях всесвітньовідомих лікарів і вчених (І.І. Мечніков, В.П. Образцов, І.М. Сеченов, М.В. Скліфосовський, М.І. Пирогов та ін.) подаються нові цікаві факти і події їхнього життя та наукової діяльності. Всесвітньовідомий мандрівник, антрополог і етнограф українського походження М. Міклухо-Маклай представлений в першу чергу як лікар і зоолог. В біограмі Й. Мікулича-Радецького, якого зазвичай вважають «німецьким», «польським» або «чеським» хірургом, згадується його українське походження. Цікаві відомості подаються про «забутого наукового новатора» Сергія Подолинського – засновника української соціальної етногігієни. Автори Словника акцентують увагу і на заслугах представників інших спеціальностей у розвитку медицини: уродженець Тернопілля Іван Пулюй – винахідник X-променів, які після оформлення Рентгеном відкриття стали великим внеском у світову медицину.

Цікавими та новими для багатьох читачів стануть відомості про таких лікарів, як Микола Солонка – доктор медицини, керівник ряду медичних закладів у Києві, головний лікар безоплатної лікарні Покровського монастиря; Володимир Старков – доктор медицини, один з організаторів

мережі карантинних, дезінфекційних закладів Одеси; Олена Петраш – одна з перших жінок-лікарів на Півдні України, організаторка дитячих ясел у с. Миколаївка Херсонського повіту, Софія Перовська – фельдшерка Сімферопольської земської лікарні, більш відома як революціонерка, страчена імперським судом та ін. Немало лікарів згадуються лише за одним, мало поширеним, джерелом.

Характеризуючи історію медицини на українських землях не тільки підросійської України, але й на колишніх територіях Австро-Угорщини, Польщі та інших держав, укладачам вдалось поєднати етнічно-національний та територіальний принципи у доборі персоналій. Дана книга набагато повніше і краще, ніж попередні видання, розкриває все «поліетнічне розмаїття лікарського стану». Цілком природно, що подано переважно більшість біографій медиків, пов'язаних з Україною місцем народження та основною професійною діяльністю (Всеволод Любинський – представник Київської школи мікробіологів; «народний лікар» Степан Ніс; Євген Озаркевич – фундатор наукової медицини в Галичині, засновник Лікарської комісії Наукового Товариства Тараса Шевченка (НТШ); Петро Пелехін – вихованець КМА, який майже чверть століття працював у Києві; видатний поет Степан Руданський – перший штатний лікар Ялти, засновник міської санітарної служби; Олексій Садовень – засновник Київської школи біохіміків та ін.). Гордістю не тільки української, але й світової медичної науки і практики є представлені лікарі різних галузей медицини: Іван Лазаренко – засновник вітчизняної школи акушерів-гінекологів; Валеріан Лашкевич – відомий клініцист, вчений-новатор; Федір Леш – видатний гельмінтолог, протозоолог, родоначальник копрології; Нестор Монастирський – патологоанатом, талановитий хірург-дослідник; Йосип Мочутковський – видатний мікробіолог, інфекціоніст; Віктор Субботін – фундатор вітчизняної наукової гігієни...

У книзі представлено багато уродженців України, які залишили помітний слід в історії медицини інших країн, зокрема Росії (Олександр Лазурський – один із засновників диференційної психології, родоначальник наукової характерології в Росії; Олексій Орловський – талановитий анатом, експериментатор, викладач Московського університету; Павло Пелехін – професор хірургії Петербурзької Медико-хірургічної академії; Супруненко Петро – перший лікар на Сахаліні).

У Словнику досить детально подано життєписи і професійну діяльність лікарів російсь-

кого, польського, німецького та іншого походження, які працювали в Україні і вписали яскраву сторінку не лише в історію української, але й європейської медичної думки і лікарської практики. Це всесвітньо відомі медики: Вільгельм Лямбль з Чехії – видатний лікар і протозоолог, професор Харківського університету; Григорій Мінх – видатний вчений-експериментатор, засновник клініки інфекційних хвороб в Україні; Фрідріх/Федір Мерінг – блискучий діагностик, клініцист, учитель декількох поколінь українських лікарів. Плідно працювали у Львові поляки Леон Попельський – засновник Львівської школи біохіміків, фармакологів і цитохіміків; Анджей Обжут – засновник Львівської школи патологів і кафедри патанатомії Львівського університету. Багатьом відоме ім'я Стевена Христіана з Фінляндії – лікаря і ентомолога, засновника Нікітського ботанічного саду в Криму.

Кожний нарис «ядра» розділу «Персоналії» має перелік друкованих праць вченого. В бібліографії до кожного життєпису вміщено наукові публікації, що вийшли в Києві, Харкові, Одесі, Львові, Санкт-Петербургу, Москві, Берліні, Парижі, Стокгольмі та інших містах. Надаючи перевагу виданням, які зберігаються у Національній науковій медичній бібліотеці України, укладачі таким чином сприяють розкриттю та популяризації фондів найбільшої спеціалізованої медичної книгозбірні держави. Завершується кожний нарис, присвячений особі, посиланням на літературні джерела, які подаються в розділі «Список використаної літератури». Деякі біографічні нариси супроводжуються обширними примітками з цікавими доповненнями про соціально-культурні події, явища тогочасного історичного періоду. Це робить Словник більш цікавим та особливо пізнавальним.

Уявлення сучасного читача щодо історії української медицини значно розширює підрозділ «Сторінки маловідомих біографій» (244 короткі біографічні нариси на 54 сторінках), в якій багато імен згадуються вперше.

Блок персоналій «Доки людину пам'ятають, вона живе» подає стислі відомості про медиків з різних регіонів України. І хоча прізвища з цього підрозділу (300 імен) не увійшли до загального переліку персоналій, однак і ці, на жаль вкрай обмежені, дані можуть стати у нагоді в подальшій дослідницькій роботі.

Словник цінний також тим, що поряд з суто професійною діяльністю висвітлює участь медиків у громадському, суспільно-політичному житті країни. Серед лікарів, які дієво сповідували ідею української державності: Іван Липа – голова Ради УНР, один з організаторів «Братства Тарасівців» та «Української Громади» в Одесі; Всеволод Любинський – перший міністр народного здоров'я в уряді гетьмана Скоропадського,

Степан Ніс – засновник української організації «Громада» у Чернігові; Дмитро Одрин – міністр здоров'я УНР, член Всеукраїнської спілки лікарів; Совачев Василь – санітарний інспектор Військового міністерства УНР, Ксенофонт Сулима – директор департаменту судової експертизи в уряді гетьмана Скоропадського та ін. Пробудженню національної свідомості сприяла і просвітницька діяльність таких лікарів, як Іван Луценко – перший голова правління одеського товариства «Просвіта»; Євген Озаркевич – голова львівської філії товариства «Просвіта», Олексій Романенко – член Товариства сприяння народній освіті у м. Короч Харківської губернії; Кость Солуха – один із засновників громадського просвітницького руху на Поділлі, перший голова подільської «Просвіти» та ін.

Цю та іншу цінну інформацію про позапрофесійну діяльність лікарів можна отримати із розділу «Додатки» – значної частини книги (52 стор.), в якій подано аж 13 оригінальних, цікавих розділів.

Дана книга відрізняється від багатьох біографічних словників ще й тим, що подає багато різноманітних важливих і пізнавальних відомостей. Розділ «Слово до нащадків» містить змістовні, часом дуже цікаві та досі актуальні, висловлювання. Іван Пулюй: «Ціль наша єсть вибороти своєму народові поважне становисько між іншими народами...», Микола Пирогов: «Жить на белом свете – значит постоянно бороться и постоянно побеждать», Іван Сеченов: «Нужно иметь смелость высказывать свои убеждения», Микола Скліфосовский: «Народ, умеющий чтить своих предков, может спокойно смотреть в свое будущее» та ін.

Розділ Словника «Цікаво знати» інформує сучасного читача про адміністративно-територіальний поділ українських земель у складі Російської імперії станом на 1914 рік, події та явища медичного життя в Києві та окремих регіонах України. Тлумачення термінів, що вийшли із ужитку, відомості про класифікацію звань та чинів, ордени, нагородні знаки, іменні премії збагатять знання сучасних лікарів і науковців, студентства про історію української медицини даного періоду.

У кінці книги приведено алфавітний покажчик персоналій, «Іменний покажчик прізвищ, які згадуються у тексті» з короткими біографічними відомостями про кожну особу. Для збору даних про лікарів автори опрацювали дуже великий обсяг літератури, що вийшла у різний час українською та російською мовами. «Список використаної літератури» охоплює 557 джерел (214 книг та понад 360 статей). Авторами використаних праць є відомі історики медицини: Г. Аронов, М.П. Бойчак, К.К. Васильєв, Я.В. Ганіткевич, О.А. Грандо, Ю.Н. Квітнічій-Рижов, Б.П. Криш-

топа, М.Б. Мирский, Н.С. Никула, Н.А. Оборин, О.М. Ціборовський та ін. Можливо, що для життєписів окремих осіб варто було би використати відомості також з іноземних видань.

«Портретна галерея» Словника містить майже двісті фотографій лікарів та медичних науковців. Приємно відзначити, що така кількість портретних зображень медиків, в тому числі і маловідомих, публікується у виданні подібного типу вперше.

Авторський колектив цього вкрай цінного, унікального і важливого видання: науковий керівник – Р.І. Павленко; автори-упорядники –

С.М. Булах, М.М. Гайдучок, Л.Б. Долинна, Л.О. Карденас-Сільверіо, В.В. Ніколаєва; наукові консультанти і фахові редактори: Ю.К. Дупленко та І.М. Сорока; відповідальний редактор – Т.А. Остапенко. Велика подяка їм за підготовку такого надзвичайно багатого, змістовного і, головне, інформативного видання. Можна побажати творчому колективу Національної наукової медичної бібліотеки України успішної підготовки наступних випусків серії «Медицина в Україні», творчої наснаги у благородній справі увічнення імен особистостей, покликанням яких одвічно було, є та буде збереження здоров'я людини.

д.мед.н., проф *Я.В. Ганіткевич*

«МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПИТАННЯ У РЕФОРМУВАННІ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я» (НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ, ПРИСВЯЧЕНА ПАМ'ЯТІ ПРОФЕСОРА В.М. ПОНОМАРЕНКА)

м. Київ, 24–25 жовтня 2013 року

24–25 жовтня 2013 року в м. Києві відбулася науково-практична конференція «Медико-соціальні питання в реформуванні сфери охорони здоров'я», присвячена пам'яті видатного соціал-гігієніста та організатора охорони здоров'я, доктора медичних наук, професора В.М. Пономаренка. Організаторами заходу виступили ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» та Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи МОЗ України.

На конференції були висвітлені актуальні питання сучасної охорони здоров'я: пріоритети розвитку сфери охорони здоров'я в Україні; профілактичне спрямування сфери охорони здоров'я України в ході медичної реформи; обговорення Концепції формування здорового способу життя населення України; роль центрів здоров'я у формуванні в населення мотивації до здорового способу життя та профілактики хронічних неінфекційних захворювань.

Учасників конференції привітали представники Міністерства охорони здоров'я України (д.мед.н., проф. А.В. Степаненко – Радник міністра), Національної академії медичних наук України (член-кор. НАМН України, д.мед.н., проф. А.М. Нагорна, д.мед.н., проф. Л.П. Гульчій), громадських організацій, головні лікарі Київського міського та регіональних центрів здоров'я, наукові співробітники ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України».

Із вітальним словом до учасників конференції та високих гостей звернулися – директор ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», к.держ.упр. С.О. Линник і директор Українського центру наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи МОЗ України к.мед.н. А.Є. Горбань.

Перше пленарне засідання розпочала д.держ.упр., доц. Н.П. Ярош із доповіддю про життєвий та творчий шлях видатного українського вченого В.М. Пономаренка. Про роль професора В.М. Пономаренка в розвитку вітчизняної охорони здоров'я розповів д.мед.н., проф. Г.О. Слабкий.

У подальшому заслуховувалися доповіді, присвячені таким питанням: ефективність сучасної системи охорони здоров'я (д.мед.н., проф. В.М. Лехан, к.мед.н. с.н.с. М.В. Шевченко); демографічна ситуація (д.мед.н., проф. Л.А. Чепелевська, А.А. Крапівіна), здоровий спосіб життя (д.мед.н., проф.

Ю.Б. Яшенко, к.геол.н. К.С. Красовський, к.мед.н., доц. Ю.О. Ромаскевич, Ф.П. Ринда), підготовка висококваліфікованих кадрів охорони здоров'я (д.мед.н., проф. В.Й. Шатило, д.мед.н., проф. О.З. Децик), профілактичне спрямування сфери охорони здоров'я (к.мед.н. О.О. Стойка), охорона здоров'я дітей та матерів (д.мед.н., проф. В.І. Чебан, д.мед.н. Г.В. Охромій, к.мед.н., с.н.с. О.О. Дудіна); інформатизація охорони здоров'я (Є.М. Кривенко) тощо.

Другий день конференції завершився обговоренням проекту та прийняттям резолюції.

Можна з упевненістю сказати, що захід організовано і проведено на високому рівні. Дискусійний майданчик конференції продемонстрував зацікавленість усіх сторін у подальшій співпраці в напрямку підвищення ефективності системи охорони здоров'я в умовах реформування, а також сприяв консолідації учасників.

РЕЗОЛЮЦІЯ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ «МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПИТАННЯ У РЕФОРМУВАННІ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я», ПРИСВЯЧЕНОЇ ПАМ'ЯТІ ПРОФЕСОРА В.М. ПОНОМАРЕНКА

(Київ, 24–25 жовтня 2013 року)

Учасники науково-практичної конференції «Медико-соціальні питання у реформуванні сфери охорони здоров'я», присвяченої пам'яті професора В.М. Пономаренка, представники Міністерства охорони здоров'я України, Національної академії медичних наук України, головних лікарів регіональних центрів здоров'я, громадських організацій, заслухавши та обговоривши доповіді пленарних засідань констатують наступне:

Стан здоров'я населення є інтегральним показником соціальної орієнтації держави, який відображає ступінь її відповідальності перед своїми громадянами. Збереження і розвиток національного людського капіталу визначено одним з пріоритетних завдань внутрішньої політики України на найближчі роки.

Водночас залишаються не вирішеними питання системи громадського здоров'я, не створюються умови для забезпечення здорового способу життя широких верств населення. У суспільстві продовжує зберігатися споживачське ставлення населення до власного здоров'я, не формуються відповідальність і мотивація щодо його збереження та зміцнення, особливо серед дітей та молоді. Це також негативно впливає на перебіг виконання поставлених завдань реформування системи охорони здоров'я.

Сучасний стан громадського здоров'я в Україні характеризується як кризовий, про що свідчать негативні тенденції у тріаді статистичних показників, а саме: показниках відтворення населення (медико-демографічні дані); показниках розвитку дітей, запасу фізичних сил у дорослого населення (показники фізичного розвитку) та адаптації населення до умов навколишнього середовища (захворюваність, інвалідність).

Основними причинами такого стану справ є:

- поширеність серед населення поведінкових факторів ризику виникнення хронічних неінфекційних захворювань — неадекватне харчування, гіподинамія та гіпокінезія, надлишкова маса тіла, тютюнокуріння та надмірне вживання алкоголю;
- відсутність комплексної міжвідомчої програми з пропаганди здорового способу життя серед мешканців та ефективних шляхів боротьби зі шкідливими звичками;
- неефективність профілактичної роботи у закладах первинного та вторинного рівня щодо профілактики, лікування та контролю хронічних неінфекційних захворювань, а також шкідливості тютюнокуріння, малорухомого способу життя, ожиріння, надмірного вживання кухонної солі, алкогольних напоїв, психоемоційного та психосоціального навантаження;
- неусвідомленість населенням профілактики захворювань як важливої складової запобігання передчасній смерті, подовження тривалості життя та покращення його якості, зменшення втрат внаслідок тимчасової непрацездатності та запобігання інвалідизації;
- відсутність вагомого мотиваційного механізму у населення щодо підтримки ведення здорового способу життя.

За результатами обговорення учасники конференції **одноставно вирішили:**

1. Сприяти подальшому вдосконаленню державної політики в охороні здоров'я шляхом застосування загальнодержавного підходу та залучення усього суспільства до вирішення питань охорони здоров'я, формування системи громадського здоров'я, посилення профілактичної спрямованості, впливу на визначальні детермінанти, запровадження стратегічного управління та розширення державно-приватного партнерства, підвищення якості життя населення.
2. Здійснювати моніторинг за реформуванням системи охорони здоров'я в пілотних регіонах з метою зменшення можливих ризиків при поширенні ходу реформування на не пілотні регіони.
3. Схвалити досвід перинатальної служби щодо переорієнтації медико-організаційних технологій формування та збереження здоров'я на доказові принципи і сприяти поширенню цього досвіду на інші служби охорони здоров'я.
4. Сприяти поширенню інформації про реформування галузі охорони здоров'я на підставі позитивного досвіду реалізації пілотного проєкту щодо покращення якості медичної допомоги та доступності медичного обслуговування населенню, проведенню інформаційно-роз'яснювальної роботи серед організаторів охорони здоров'я, медичних працівників та населення стосовно результатів реформування галузі, широкому висвітленню ходу реформ у засобах масової інформації.
5. Розробити і впровадити стандарти здорового способу життя, що ґрунтуються на принципах доказової медицини та критерії оцінки діяльності Центрів здоров'я та їх структурних підрозділів.
6. Розробити директивно-нормативну базу профілактичної діяльності медичної галузі, у т.ч. алгоритми, нормативи, показники моніторингу і оцінки, методику корекції способу життя, насамперед на рівні первинної ланки.
7. Розробити методичні рекомендації стосовно основних принципів і технологій підготовки матеріалів з питань здорового способу життя та профілактики захворювань.
8. Забезпечити організацію проведення цільових скринінгів населення відповідно до вимог чинного законодавства, здійснення диспансерного спостереження та превентивного лікування населення груп високого ризику розвитку захворювань. Залучати до формування профілактичного середовища, поряд з державними структурами, громадянське суспільство, недержавні організації, представників бізнесових кіл, сімей та громадян.
9. Відновити вертикаль служби формування здорового способу життя, забезпечивши для цього повноцінну діяльність Всеукраїнського науково-практичного центру здоров'я, а також обласних центрів здоров'я, підпорядкованих територіальним управлінням охорони здоров'я.
10. Створити на базі Всеукраїнського науково-практичного центру здоров'я та регіональних центрів здоров'я ресурсно-тренінгові центри для підготовки (підвищення кваліфікації) лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою) спеціалістів первинного рівня надання медичної допомоги, лікарів інших спеціальностей з питань формування здорового способу життя, профілактики інфекційних та хронічних неінфекційних захворювань.
11. Оптимізувати роботу мережі Центрів здоров'я за напрямком формування донозологічного підходу щодо оцінки стану здоров'я та функціонального стану організму та забезпечити паспортизацію рівня здоров'я населення України.

12. Забезпечити тісну співпрацю центрів здоров'я із закладами охорони здоров'я (передусім первинної ланки) та немедичними установами, громадськими організаціями; інформування населення про шкідливі для здоров'я чинники ризику захворювань; запровадження групової та індивідуальної пропаганди здорового способу життя; профілактика виникнення та розвитку чинників ризику захворювань (тютюнопаління, зловживання алкоголем, гіподинамія тощо) та формування у громадян відповідального ставлення до здоров'я, як власного так і оточуючих.
13. Сприяти активному впровадженню профілактичних технологій, у т.ч. індивідуальної та популяційної профілактики, підвищенню мотивації та створенню умов для дотримання здорового способу життя населення, зниженню системних ризиків хронічних неінфекційних захворювань.

Директор ДУ «Український
інститут стратегічних
досліджень»

«» 2013 р

Є.О. ЛИННИК

Директор Українського центру
наукової медичної інформації та
патентно-ліцензійної роботи

«» 2013 р

А.Є. ГОРБАНЬ

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 150 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** обсягом не більше 175 слів. 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. Нумери 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 (SI), медичні терміни – згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань – за Міжнародною класифікацією хвороб X перегляду, лікарські засоби – за Державною Фармакопеею (X, XI). 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 в роздріб. 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*

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

IMF V МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ ФОРУМ

ІННОВАЦІЇ В МЕДИЦИНІ – ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ

15 – 17 квітня 2014 року у м. Києві (ВЦ «КиївЕкспоПлаза») відбудеться V ЮВІЛЕЙНИЙ МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ ФОРУМ – масштабний комплексний захід інноваційного напрямку галузі охорони здоров'я України, який об'єднує науково-практичну програму, школи, виставки та спеціалізовані експозиції і створює міжнародну платформу для обміну досвідом та підвищення кваліфікації фахівців охорони здоров'я.

Організатори Форуму – Національна академія медичних наук України, Національна академія наук України, Компанія LMT. За підтримки Комітету Верховної Ради з питань охорони здоров'я, Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства охорони здоров'я АР Крим, Державної служби України з лікарських засобів і при сприянні медичних асоціацій, громадських об'єднань, вищих навчальних медичних закладів України, соціальних фондів.

Форум об'єднує:

III МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС

«Впровадження сучасних досягнень медичної науки в практику охорони здоров'я України», внесений до «Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій, що проводяться в 2014 році», затверджений НАМН та МОЗ України (розділ «Конгреси» № 5, стор 8).

Тематичні напрямки Конгресу:

Організація і управління охороною здоров'я; лабораторна медицина; медична радіологія; терапія: алергологія, анестезіологія, гастроентерологія, геріатрія, дерматовенерологія, дієтологія, ендокринологія, ендоскопія, імунологія, інфекційні хвороби, кардіологія, неврологія, нефрологія, урологія, офтальмологія, пульмонологія, функціональна діагностика; фізіотерапія і реабілітація; сімейна медицина; медицина невідкладних станів; хірургія та нейрохірургія; онкологія; ортопедія і травматологія; гематологія та трансфузіологія; педіатрія, акушерство та гінекологія; організація і управління фармацією, клінічна фармація; епідеміологія, мікробіологія, вірусологія, бактеріологія; естетична медицина: дерматологія, дерматокосметологія, пластична хірургія; стоматологія.

MEDZoom – зона майстер-класів та презентацій

Сучасна медична техніка в практиці, унікальна можливість тестування обладнання, отримання кваліфікованих консультацій від професіоналів: Українська лабораторна школа; Школа ультразвукової та функціональної діагностики; Школа екстреної медичної допомоги; Міжнародна школа з реабілітаційної терапії; Українська школа медсестринства.

InnovationZone – відкриті презентації інноваційних розробок галузі охорони здоров'я

MEDICAEXPO – Міжнародна виставка охорони здоров'я

PHARMAEXPO – Міжнародна фармацевтична виставка

Лікарські препарати, парафармацевтична продукція, товари медичного призначення, лікувальна косметика, комплексне оснащення аптек, послуги для фармацевтичного ринку.

Запрошуємо **15-17 квітня 2014 року** в ВЦ «КиївЕкспоПлаза» (Україна, м. Київ, вул. Салютна, 2-б) взяти участь у V ЮВІЛЕЙНОМУ МІЖНАРОДНОМУ МЕДИЧНОМУ ФОРУМІ «Інновації в медицині – здоров'я нації»

Додаткова інформація

З питань участі у виставках:
Тел.: +380 (44) 526-93-09, 526-92-97
E-mail: med@lmt.kiev.ua

З питань участі у Конгресі,
MEDZoom, InnovationZone:
Тел.: +380 (44) 526-92-89, 361-07-21
E-mail: marketing@lmt.kiev.ua

www.medforum.in.ua

Редактор: О. В. Шумило
Художнє оформлення: І. В. Бутенко
Технічний редактор: С. Т. Демчишин
Комп'ютерна верстка: О. І. Пухальська
Перекладачі: Н. Т. Кучеренко

Підп. до друку 16.12.2013. Формат 60х84/8. Папір офсет.
Друк офсет. Ум. друк. арк 12,56. Обл.-вид. арк. 11,95. Наклад 600. Зам. № 36