



ЭКСПЕРТ
ИЗДАТЕЛЬСТВО

Издательство ЭКСПЕРТ

ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ

научно-практический журнал
Издается с 1996 г.
Постановление ВАК
№ 1-05/1 от 15.01.2003г.
Подписной индекс: 74598

СОВРЕМЕННАЯ ПЕДИАТРИЯ

научно-практический журнал
Издается с 2003 г.
Дополнение к Постановлению ВАК
№ 3-05/7 от 30.06.2004 г.
Подписной индекс: 09850

ПЕРИНАТОЛОГИЯ И ПЕДИАТРИЯ

научно-практический журнал
Издается с 1999 г.
Постановление ВАК
№ 2-02/2 от 09.02.2000 г.
Подписной индекс: 22811

УКРАИНА. ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ

научно-практический журнал
Издается с 2007 г.
КВ № 12511-1395Р от 24.04.2007
Подписной индекс: 99956

СОВРЕМЕННАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

научно-практический журнал
Издается с 1997 г.
Постановление ВАК
№ 2-02/2 от 09.02.2000 г.
Подписной индекс: 22924

ЗУБНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ

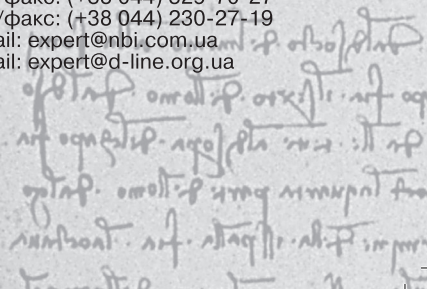
научно-практический журнал
Издается с 2002 г.
Подписной индекс: 09860

РЕКЛАМНАЯ ПОЛИГРАФИЯ

ИЗДАНИЕ МОНОГРАФИЙ

04210, Украина, г. Киев-210, а/я 32

тел./факс: (+38 044) 529-70-27
тел./факс: (+38 044) 230-27-19
e-mail: expert@nbi.com.ua
e-mail: expert@d-line.org.ua



Керівний орган журналу

Засновник: ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Колегіальні органи журналу

Головний редактор –	Г. О. Слабкий
Заступник головного редактора –	Ю. Б. Ященко
Директор проекту –	Д. О. Бахтіярова
Науковий редактор –	О. Р. Ситенко
Літературний редактор –	О. М. Ратаніна
Науковий перекладач –	Н. Т. Кучеренко
Секретаріат –	Н. Ю. Кондратюк, Є. М. Кривенко, Л. А. Карамзіна, І. В. Бутенко

Редакційна колегія

Голова редакційної колегії: В. М. Лобас

О. І. Авраменко	Б. О. Ледошук	А. М. Нагорна	Г. О. Слабкий
В. О. Волошин	В. П. Лисак	М. Є. Нечитайло	А. В. Степаненко
Ю. В. Вороненко	Л. Ф. Матюха	М. Г. Проданчук	Л. А. Чепелєвська
М. В. Голубчиков	В. М. Лехан	С. О. Риков	Н. П. Ярош
А. С. Котуза	О. В. Любінець	Н. О. Сайдакова	Ю. Б. Ященко

Редакційна рада

Голова редакційної ради: Д. І. Заболотний (Київ)

В. І. Агарков (Донецьк)	О. С. Коваленко (Київ)	В. М. Рудий (Київ)
Т. Д. Бахтєєва (Київ)	Т. В. Кулемзіна (Донецьк)	О. Р. Ситенко (Київ)
А. Войтила (Люблін, Польща)	Ю. В. Михайлова (Росія)	Д. В. Тентюк (Молдова)
Н. Г. Гойда (Київ)	Р. О. Моїсенко (Київ)	О. М. Ціборовський (Київ)
О. О. Дудіна (Київ)	О. Ю. Майоров (Харків)	Т. Ч. Чубаков (Киргизія)
Ю. В. Думанський (Донецьк)	О. П. Мінцер (Київ)	М. В. Шевченко (Київ)
О.З. Децик (Івано-Франківськ)	А. Овоц (Варшава, Польща)	М. М. Шутов (Донецьк)
В. Н. Запорожан (Одеса)	В. А. Огнев (Харків)	
А. Б. Зіменковський (Львів)	В. Л. Подоляка (Донецьк)	

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 25.06.2010 р. №1-05/4)

Рекомендовано до друку Вченою радою ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України».

Протокол № 5 від 10.06.2014 р.

Адреса редакції: пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна
Тел./факс: (044) 576-41-19; 576-41-09

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

Відпущено до друку 10 червня 2014 р. Загальний наклад 2500 прим. Зам. № 01/08/01

Видавці

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Адреса: пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна

Видавництво «ЕКСПЕРТ»

Адреса редакції: вул. Кіквідзе, 14в, м. Київ, 01103, Україна

Видруковано у друкарні «Аврора-принт»,

Адреса: вул. Причальна, 5, м. Київ, 02081, Україна, тел. (044) 550-52-44

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи: А00 № 777897 від 06.07.2009 р.

Усі статті рецензовані. Відповідальність за достовірність фактів та інших відомостей у публікаціях несуть автори.
Цілковите або часткове розмежування в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні, допускається лише з письмового дозволу редакції. Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець.

© ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», 2014

© Видавництво «ЕКСПЕРТ», 2014

УВАГА!

Ви можете передплатити журнал «Україна. Здоров'я нації»
у будь-якому відділенні зв'язку України. Передплатний індекс 99956

ЗМІСТ

СТОРІНКА РЕДАКТОРА

*Слабкий Г.О., Лехан В.М., Надутий К.О.,
Яценко Ю.Б., Шевченко М.В.,
Кондратюк Н.Ю., Знаменська М.А.*
Деякі уроки реформи охорони здоров'я України. 7

ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ: ТЕНДЕНЦІЇ ТА ПРОГНОЗИ

Децик О.З., Крижанівська А.Є.
Аналіз захворюваності, смертності,
результатів діагностики і лікування
хворих на рак шийки матки в Україні
та Івано-Франківській області за 2003–2012 рр. 23

*Савицький В.Л., Огороднійчук І.В.,
Якимець В.М., Устінова Л.А.*
Вивчення звернень різних категорій
військовослужбовців по медичну допомогу 29
у 2001–2010 рр.

ПИТАННЯ ДЕМОГРАФІЧНОГО РОЗВИТКУ

Чепелевська Л.А., Рудницький О.П.
Зміни в чисельності та статеві-віковому
складі населення України. 33

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Бугоркова И.А.
Учет преимущества между амбулаторной
и стационарной помощью при лечении
травм (переломов) в челюстно-лицевой хирургии. 41

Качур О.Ю.
Алгоритм впровадження в охорону здоров'я
сучасної системи організації променевої діагностики
на регіональному рівні. 45

Картавцев Р.Л., Слабкий Г.О.
Модель забезпечення закладів охорони здоров'я
високоаварісним обладнанням 50

РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Лобас В.М., Вовк С.М., Шутков М.М.
Впровадження форм і механізмів
державно-приватного партнерства
в охорону здоров'я регіону 55

Крекотень О.М.
Оцінка працевитрат лікаря
загальної практики / сімейного лікаря
на амбулаторному прийомі методом
безпосередніх замірів часу через хронометраж 61

Ціборовський О.М., Лисенко П.М.
Проблеми системи охорони здоров'я України
та стратегії її реформування. 68

Лашкул З.В.
Реформа первичної і екстренної
медичної допомоги на регіональному рівні
і її вплив на основні показники
пораження населення артеріальною гіпертензією 76

ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ

Sytenko O.R., Kucherenko N.T.
Preservation of the population health
as the strategic direction of state policy in Ukraine. 82

Ціборовський О.М., Сорока В.М.
Науково-методичне обґрунтування досліджень
із регіональної історії української медицини. 87

МЕДИЧНІ КАДРИ

*Кочін І.В., Акулова О.М.,
Протас С.В., Ланкмілер Т.В.,
Сидоренко П.І., Трошин Д.О.,
Шило І.Ф., Гайволя О.О., Сізінцова Ю.Ю.*
Невирішені питання охорони праці
медичних працівників Державної служби
медицини катастроф України
та шляхи реалізації цих питань
(аналітичний огляд законодавчих
і нормативно-правових актів України). 94

ЯКІСТЬ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Сміянов В.А.

Аналіз існуючої системи контролю якості
медичної допомоги в закладах
охорони здоров'я Сумської області 102

ЮВІЛЕЇ

Ярославу Володимировичу Ганіткевичу – 85
(до 85-річчя від дня народження
і 60-річчя науково-педагогічної, лікарської
та громадської діяльності) 116

БОРОТЬБА З СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИМИ ХВОРОБАМИ

Миронюк І.С.

Оцінка життєздатності програми протидії
поширенню ВІЛ-інфекції в середовищі
трудова мігрантів за участю Української
Православної Церкви в Закарпатській області. 109

CONTENT

PAGE OF EDITOR

*Slabky G.O., Lehan V.M., Naduty K.O.,
Yaschenko Yu.B., Shevchenko M.V.,
Kondratyuk N.Yu., Znamenska M.A.*
Some lessons of health care reforms in Ukraine 7

HEALTH OF THE POPULATION: TENDENCIES AND FORECASTS

Detsyk O.Z., Kryzhanivska A.E.
Analysis of cervical cancer morbidity,
mortality, outcomes of diagnostics and treatment
in Ukraine and Ivano-Frankivsk region
in 2003–2012 23

*Savytsky V.L., Ohorodnychuk I.V.,
Yakymets V.M., Ustinova L.A.*
The study calls for medical aid to various
categories of servicemen in 2001–2010 29

QUESTIONS OF DEMOGRAPHIC DEVELOPMENT

Chepelevska L.A., Rudnytsky O.P.
Changes in number and both sexual
and age structure of the population of Ukraine 33

ORGANIZATION OF MEDICAL CARE PROVISION

Bugorkova I.A.
Account of succession between an ambulatory
and stationary help at treatment of traumas (breaks)
in maxillufacial surgery 41

Kachur O.Yu.
Algorithm of implementation in health care
of modern management system of beam diagnostics
at the regional level 45

Kartavtsev R.L., Slabky G.O.
Model of provide of health care facilities
by expensive equipment 50

REFORMING OF PUBLIC HEALTH SYSTEM

Lobas V.M., Vovk S.M., Shutov M.M.
Introduction of forms and mechanisms
of state-private partnership in health region 55

Krekoten O.M.
Effort estimate of a general practice / family
medicine doctor during outpatient reception hours
by means of direct time measurements
through the time study 61

Tsyborovsky O.M., Lysenko P.M.
Problems of health care system of Ukraine
and strategy of its reforming 68

Lashkul Z.V.
Reform of primary and urgent medicare
at regional level and her influence on the basic
indexes of defeat of population a hyperpiesis 76

STATE ADMINISTRATION

Sytenko O.R., Kucherenko N.T.
Preservation of the population health
as the strategic direction of state policy
in Ukraine 82

Tsiborovsky O.M., Soroka V.M.
Scientific and methodological grounding
of researches on regional history
of the Ukrainian medicine 87

MEDICAL PERSONNEL

*Kochin I.V., Akulova O.M.,
Protas C.D., Lankmiller T.D.,
Sydorenko P.I., Troshyn D.O.,
Shylo I.F., Gaivolya A.A., Sisintsova Yu.Yu.*
Occupational of labor protection
of medical workers of the State service
of medicine of catastrophes and their
implementation (analytical review
of legislative and regulatory acts of Ukraine) 94

QUALITY OF MEDICARE

Smiyanov V.A.

**Analysis of the current control system of medical care
quality in health care facilities of Sumy region 102**

**STRUGGLE AGAINST
SOCIAL-DANGEROUS DISEASES**

Myronyuk I.S.

**Assessment of the viability of prevention Programme
to stop the spread of HIV among labor migrants
with the participation of Ukrainian Orthodox Church
in Transcarpathian region 109**

ANNIVERSARY

**Yaroslav Volodymyrovych Hanitkevych – 85
(to the 85th anniversary from birthday
and the 60th anniversary of scientific, educational,
medical and social activities). 116**

УДК 614.2:001:73(477)

Г.О. Слабкий², В.М. Лехан³, К.О. Надутий¹, Ю.Б. Яценко²,
М.В. Шевченко², Н.Ю. Кондратюк², М.А. Знаменська²

ДЕЯКІ УРОКИ РЕФОРМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

¹Міністерство охорони здоров'я України, м. Київ, Україна

²ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

³Дніпропетровська державна медична академія, м. Дніпропетровськ, Україна

Мета – проаналізувати основні результати проведення реформи охорони здоров'я в пілотних та Полтавській і Одеській областях України, виявити проблеми та запропонувати шляхи їх усунення.

Матеріали та методи. Законодавча база проведення реформи, дані статистичних звітів та моніторингу проведення реформи. Використано методи контент-аналізу, статистичний, структурно-логічного аналізу. Основу дослідження становив системний підхід.

Результати. Встановлено загальні проблеми реалізації ходу реформування сфери охорони здоров'я в регіонах: недосконалість чинної нормативно-правової бази щодо фінансування охорони здоров'я внаслідок невизначеності гарантованого рівня медичної допомоги; недостатній рівень фінансування галузі та фінансової підтримки реформи; ЗОЗ працюють в умовах неукомплектованості штатних посад фізичними особами як лікарів, так і молодших спеціалістів із медичною освітою; недостатнього устаткування сучасним обладнанням, автомобільним транспортом тощо; недостатній рівень використання інформаційних технологій; недостатній рівень готовності управлінців всіх рівнів управління до роботи в нових умовах; вкрай недостатнє інформаційно-комунікаційне забезпечення реформи на центральному і місцевому рівнях. Запропоновані шляхи усунення існуючих проблем.

Висновки. Наведені позитивні результати реформи з структурної перебудови галузі та впровадження сучасних механізмів фінансування мають позитивний вплив на процес надання медичної допомоги.

Ключові слова: охорона здоров'я, реформа, позитив, проблеми, шляхи подолання.

Вступ

Реформування сфери охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві, започатковане у 2011 р., проводиться відповідно до Законів України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» та «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві», наказів МОЗ України, спрямованих на реалізацію цих законів [1–12].

Незважаючи на те, що Одеська та Полтавська області не є пілотними з впровадження проекту реформування сфери охорони здоров'я України, більшість заходів із реформування сфери охорони здоров'я в цих регіонах також започатковані у 2011–2013 рр. відповідно до усіх чинних законодавчих норм та з урахуванням результатів впровадження реформи в пілотних регіонах [13, 14].

Основні напрями реформування сфери охорони здоров'я в регіонах спрямовані на формування нової системи фінансово та організаційно розмежованої трирівневої медичної допомоги населенню, запроваджені відповідно до рішень і розпоряджень обласних (у м. Києві – міської) державних адміністрацій, наказів департаментів (управлінь) охорони здоров'я із залученням регіональних громадських організацій та медичної спільноти.

Мета роботи – проаналізувати основні результати проведення реформи охорони здоров'я в пілотних та Полтавській і Одеській областях України, виявити проблеми та запропонувати шляхи їх усунення.

Матеріали та методи

У роботі використано законодавчу базу проведення реформи, дані статистичних звітів та моніторингу проведення реформи; а також методи контент-аналізу, статичний, структурно-логічного аналізу. Основу дослідження становив системний підхід.

Таблиця 1

Мережа закладів первинної медико-санітарної допомоги (2013 р.)

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість закладів							ФАПи, які обслуговують понад 1000 осіб, абс.
	ЦПМСД				амбулаторії, абс.			
	абс.			% від плану	усього	сільська місцевість	міста	
	усього	сільська місцевість	міста					
Вінницька обл.	33	6	27	100	302	68	234	62
Дніпропетровська обл.	53	30	23	100	376	141	235	15
Донецька обл.	72	55	17	100	357	205	152	24
Одеська обл.	33	9	24	93,7	246	69	177	82
Полтавська обл.	34	9	25	100	315	81	234	12
м. Київ	28	—	28	100	257	—	257	—
Україна					6754	3860	2597	981

Результати дослідження та їх обговорення

Станом на початок 2014 р. в пілотних регіонах повністю сформовано мережу закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), які надають первинну медико-санітарну допомогу (ПМСД). Формування мережі центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) в Одеській області виконано на 97,30% від потреби, Полтавській – на 100% від запланованого. Усі відкриті

ЦПМСД мають статус юридичних осіб, реєстраційні посвідчення та ліцензії МОЗ України на медичну практику (табл. 1).

Разом із формуванням і розвитком мережі закладів, які надають ПМСД, введено більшість штатних посад лікарів загальної практики / сімейних лікарів (ЛЗП/СЛ) та їх укомплектування за рахунок навчання в інтернатурі та перепідготовки лікарів інших лікарських спеціальностей (табл. 2., рис. 1).

Забезпеченість амбулаторіями в м. Києві становить 0,90 на 10 тис. населення, у Донецькій області: для міського населення – 0,85 на 10 тис. населення, для сільського населення – 2,82 на 10 тис. населення, у Вінницькій області – відповідно 0,79 та 2,85 на 10 тис. населення, у Полтавській області – відповідно 1,00 та 4,00 на 10 тис. населення (при нормативі, затвердженому МОЗ України, для міст – 1 амбулаторія на 10 тис. населення, для сільської місцевості – 3,30 на 10 тис. населення). Досягнення нормативу відбуватиметься поступово до 2020 року.

Відкриття нових амбулаторій потребує додаткових витрат, пов'язаних із будівництвом приміщень та їх оснащенням.

Відмічаються проблеми з укомплектуванням штатних посад ЛЗП/СЛ. Проблеми полягають передусім із вирішенням соціальних і побутових проблем, особливо в сільській місцевості. Основною проблемою залишається відсутність житла для медичних працівників. Дану проблему повинні вирішувати місцеві органи влади.

Стан матеріально-технічного оснащення закладів ПМСД має тенденцію до поліпшення виключно в пілотних регіонах (за рахунок централізованих закупок обладнання та автотранспорту), (табл. 3).

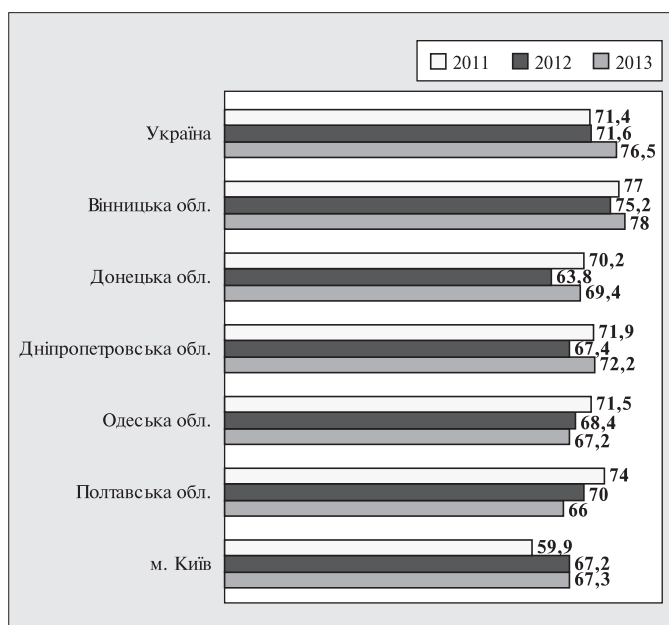


Рис. 1. Укомплектованість штатних посад лікарів загальної практики / сімейних лікарів фізичними особами лікарями загальної практики / сімейними лікарями у 2011–2013 рр. (усього, %)

Таблиця 2
Динаміка кадрового забезпечення первинної медико-санітарної допомоги
(2011–2013 рр.)

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість штатних посад ЛЗП/СА			Кількість фізичних осіб ЛЗП/СА		
	2011 р.	2012 р.	2013 р.	2011 р.	2012 р.	2013 р.
Вінницька обл. (усього)	755,50	855,25	961,25	582	643	750
міста	397,00	372,00	441,25	327	328	398
сільська місцевість	358,50	483,25	520,00	255	315	352
Дніпропетровська обл. (усього)	2200,75	1061,25	1478,75	1582	715	1068
міста	1543,75	509,75	912,5	1161	368	697
сільська місцевість	657,00	551,50	566,25	421	347	371
Донецька обл. (усього)	544,25	937,75	1250,00	451	598	867
міста	387,50	650,00	865,75	285	414	635
сільська місцевість	156,50	287,75	384,25	166	184	232
Одеська обл. (усього)	718,50	914,50	1137,75	514	626	764
міста	190,25	319,75	417,25	162	236	316
сільська місцевість	528,25	594,75	720,50	352	390	448
Полтавська обл. (усього)	674,00	733,00	850,50	498	514	565
міста	367,50	376,00	475,75	305	301	355
сільська місцевість	306,75	357,00	374,75	193	213	210
м. Київ (усього)	335,75	525,50	747,25	201	353	503
Україна	11686,5	13839,25	15885,00	8936	9917	11349
міста	4928,25	6822,50	9160,25	3985	5270	6969
сільська місцевість	6758,25	7016,75	6724,75	4951	4647	4380

Дані таблиці 3 вказують на значно вищий рівень матеріально-технічного забезпечення закладів ПМСД у пілотних регіонах, ніж у цілому по Україні, що є позитивним показником. Рівень матеріального-технічного забезпечення відповідно до галузевого стандарту дає можливість надавати більш якісну медичну допомогу.

У рамках реалізації Закону України «Про екстрену медичну допомогу» від 05.07.2012 р. № 5081-VI в регіонах розроблено перспективні плани функціонування та розвитку екстреної медичної допомоги (ЕМД), затверджені обласними (у м. Києві – міською) державними адміністраціями та погоджені МОЗ України.

Створено центри екстреної (швидкої) медичної допомоги та медицини катастроф, до складу яких увійшли відокремлені структурні підрозділи – станції ЕМД, підстанції, пункти постійного та тимчасового базування. Отримано ліцензії на медичну практику та роботу з наркотичними засобами. Створення єдиної системи дало змогу об'єднати розрізнені підрозділи

ЕМД в єдину структуру, водночас, наявність станцій ЕМД як юридичних осіб робить її більш гнучкою в управлінні і дає змогу краще використовувати наявний потенціал з ініціативою на місцях та значно наблизити якісну ЕМД до найбільш віддалених адміністративних одиниць.

Для поліпшення надання ЕМД у регіонах у 2013 р. розпочато створення пунктів постійного та тимчасового базування (табл. 4).

Згідно із Законом України «Про екстрену медичну допомогу», визначено нормативну кількість – 1 бригада ЕМД на 10 тис. населення. Цей показник є наближеним до нормативного у Дніпропетровській та Донецькій областях, значно нижчим за норматив – у Полтавській області та м. Києві, незважаючи на те, що реалізація положень вищезазначеного закону розпочалась одночасно в усіх регіонах України (табл. 5).

Нормативи своєчасності надання ЕМД визначено відповідними положеннями Закону України «Про екс-

Таблиця 3

Рівень матеріально-технічного забезпечення закладів первинної медико-санітарної допомоги у 2011–2013 рр. (%)

Адміністративно-територіальна одиниця	Оснащені амбулаторії					
	відповідно до таблиця матеріально-технічного оснащення			транспортними засобами		
	2011 р.	2012 р.	2013 р.	2011 р.	2012 р.	2013 р.
Вінницька обл. (усього)	–	–	–	–	–	–
міста	–	–	–	25,00	75,70	56,50
сільська місцевість	–	–	–	65,00	60,00	60,70
Дніпропетровська обл. (усього)	26,70	33,50	40,10	58,40	91,10	99,20
міста	27,80	38,40	44,50	30,60	98,70	100,00
сільська місцевість	25,90	28,50	37,00	75,80	86,10	98,70
Донецька обл. (усього)	–	–	–	–	–	–
міста	34,30	48,70	84,00	68,70	78,10	80,20
сільська місцевість	55,50	68,20	82,00	79,30	81,80	84,00
Одеська обл. (усього)	–	–	–	–	–	–
міста	0	0	0	41,00	40,00	44,00
сільська місцевість	0	0	0	85,00	82,00	80,00
Полтавська обл. (усього)	58,60	51,80	54,00	67,00	58,00	66,00
міста	66,40	65,50	67,30	64,10	56,70	60,40
сільська місцевість	50,80	38,10	40,70	69,90	59,30	71,60
м. Київ (усього)	0	0	0	н/д*	н/д*	100,00
Україна	н/д*	8,87	14,00	н/д*	44,20	44,70

Таблиця 4

Формування мережі пунктів постійного та тимчасового базування (станом на 01.01.2014 р.)

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість існуючих пунктів постійного базування / % від запланованих	Кількість існуючих пунктів тимчасового базування / % від запланованих
Вінницька обл.	19 / 100,00	23 / 100,00
Дніпропетровська обл.	63 / 100,00	36 / 100,00
Донецька обл.	66 / 89,20	6 / 100,00
Одеська обл.	40 / 5,50	1 / 100,00
Полтавська обл.	13	10
м. Київ		25 / 100,00

Таблиця 5

**Забезпеченість населення екстреною медичною допомогою
(станом на 01.01.2014 р.)**

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість бригад на 10 тис. нас.	Питома вага фельдшерських бригад ЕМД (%)	Питома вага лікарських бригад ЕМД (%)	Питома вага спеціалізованих бригад ЕМД
Вінницька обл.	0,75	59,2	33,3	7,5
Донецька обл.	0,83	46,3	42,1	11,6
Дніпропетровська обл.	0,85	64,2	32,3	3,6
Одеська обл.	0,77	50,0	41,2	8,8
Полтавська обл.	0,68	63,3	23,7	13,0
м. Київ	0,43	8,5	91,5	10,5

трени медичну допомогу»: 10 хв. у містах і 20 хв. у сільських районах. Протягом 2011–2013 рр. ці показники поступово зросли в усіх регіонах (як у містах, так і в сільській місцевості), (табл. 6).

Таблиця 6

Своєчасність надання екстреної медичної допомоги у 2011–2013 рр.

Адміністративно-територіальна одиниця	Загальна кількість викликів ЕМД			Відсоток викликів ЕМД з доїздом у визначений нормативом час		
	2011 р.	2012 р.	2013 р.	2011 р.	2012 р.	2013 р.
Вінницька обл. (усього)	435631	420176	367436	–	–	–
міста	330353	326055	279512	83,90	86,40	88,70
сільська місцевість	105278	94221	87924	72,80	79,60	83,60
Дніпропетровська обл. (усього)	958527	880710	862494	–	–	–
міста	862920	753785	721441	92,10	92,70	91,30
сільська місцевість	95607	126925	141053	91,40	92,60	90,20
Донецька обл. (усього)	1104985	1041209	1023128	84,90	85,20	86,10
міста	1019671	937890	923158	86,10	85,00	86,10
сільська місцевість	85314	103319	99970	80,10	86,70	84,80
Одеська обл. (усього)	582666	582057	568092	–	–	–
міста	473963	469521	445856	89,00	90,20	91,80
сільська місцевість	108703	112536	122236	76,00	79,50	н/д
Полтавська обл. (усього)	447465	441256	334920	–	–	–
міста	370108	361680	261043	82,70	82,00	98,50
сільська місцевість	77357	79576	73877	90,20	89,60	97,90
м. Київ (усього)	418662	444285	485048	50,90	54,30	85,90

Таблиця 7

Динаміка забезпеченості населення лікарняними ліжками у 2011–2013 рр. (на 10 тис. населення)

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік			Динаміка скорочення (%)
	2011	2012	2013	
Вінницька обл.	79,80	75,37	64,10	19,67
Дніпропетровська обл.	79,00	77,73	68,80	12,91
Донецька обл.	85,00	83,97	74,90	11,88
Одеська обл.	79,30	76,85	68,70	13,37
Полтавська обл.	82,20	81,52	70,70	13,99
м. Київ	76,60	74,15	71,20	7,05
Україна	83,0	81,47	72,03	13,2

Структурна перебудова мережі ЗОЗ для надання вторинної медичної допомоги (ВМД) у регіонах проведена за етапами.

Розроблено проекти модернізації стаціонарних закладів області, які планується включити до складу майбутніх госпітальних округів (ГО), на підставі даних аналізу матеріально-технічного стану, кадрового забезпечення ЗОЗ регіону;

Проведено аудит стану надання ВМД згідно з наказом МОЗ України від 17.08.2012 р. № 637 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо порядку проведення аудиту стану надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги».

Здійснено інвентаризацію обладнання в ЗОЗ, які надають ВМД, відповідно до постанови Кабінету Міністрів України (КМУ) від 14.09.2013 р. № 711 «Про затвердження Порядку проведення інвентаризації обладнання в державних та комунальних закладах охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) і третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу» та наказу МОЗ України від 28.10.2013 р. № 918.

На підставі результатів самоаналізу кожним ЗОЗ вторинного рівня підготовлено перспективні плани розвитку.

Розроблено та затверджено обласними (у м. Києві – міською) державними адміністраціями плани-схеми ГО і плани перспективного розвитку ЗОЗ (багатофункціональних лікарень інтенсивного лікування (ЛІЛ) з урахуванням положень постанови КМУ від 24.10.2012 р. № 1113, якою затверджено порядок створення ГО).

На підставі базових критеріїв (кількість і щільність населення, що обслуговується ГО, радіус території обслуговування), з огляду на стан матеріально-технічної бази ЗОЗ у кожній окремо взятій адміністративно-територіальній одиниці регіону та стан доріг, транспортні сполучення між ЗОЗ, встановлено, що створення ГО обумовлює певну етапність, яка залежить від усунення несприятливих чинників і вирішення проблем щодо відповідності матеріально-технічної бази ЗОЗ вторинного рівня (будівель та їх матеріального оснащення) існуючим стандартам. До впровадження кожного з етапів створення ГО, усі ЗОЗ мають залишатися в статусі центральних районних лікарень (ЦРЛ).

Подальша структурна реформа ВМД дасть змогу зменшити вплив надмірної децентралізації та фрагментації фінансових потоків на фінансування закладів, які їй надають. Адже, крім закладів, що знаходяться в системі МОЗ України, існує низка паралельних медичних служб інших міністерств і відомств, що, своєю чергою, певною мірою може приводити до розпорощення фінансових ресурсів і дублювання в наданні ВМД.

Усі зміни в структурі ліжкового фонду здійснюються з урахуванням потреб населення в медичній допомозі і не перешкоджають наданню допомоги та роботі лікарняних ліжок (табл. 7).

У рамках Національного проекту «Нове життя – нова якість охорони материнства та дитинства» в регіонах оптимізовано перинатальну службу. Проведення централізації акушерської допомоги в регіонах дало змогу сконцентрувати пологи в найпотужніших пологових центрах, де зосереджений належний кадровий та матеріально-технічний потенціал. Результатом регіоналізації перинатальної допомоги стало впровадження алгоритмів дій на всіх рівнях надання медичної допомоги вагітним, роділлям, породіллям і новонародженим відповідно до ризиків, наявності екстрагенітальної та акушерської патології.

За три роки найбільше зниження показників малюкової смертності відмічено у Вінницькій області (на 24,10%), Дніпропетровській області (на 20,00%) та Полтавській області (на 9,80%). В інших областях даний показник відносно сталий, а в м. Києві виявлено

Таблиця 8

Фінансове забезпечення первинної ланки надання медичної допомоги

Адміністративно-територіальна одиниця	Видатки на надання ПМСД у розрахунку на одного жителя (грн)	Відсоток витрат на ПМСД від зведеного бюджету (загальний бюджет та спеціальний фонд)	Відсоток витрат на ПМСД загального фонду зведеного бюджету	Відсоток витрат на ПМСД спеціального фонду зведеного бюджету
Вінницька обл.	218,63	22,40	21,70	29,30
Дніпропетровська обл.	237,80	18,53	19,16	6,10
Донецька обл.	200,00	18,60	16,60	2,00
Одеська обл.	147,90	25,00	25,00	–
Полтавська обл.	136,20	12,40	13,20	2,40
м. Київ	184,89	13,60	14,30	5,00
Україна*	105,6**	8,8	9,2	4,4

*Примітка. Показники в цілому по Україні розраховані тільки за функціями 0725 «Фельдшерсько-акушерські пункти», 0726 «Центри первинної медичної (медико-санітарної допомоги)» (сумарно) без урахування обсягів видатків для надання ПМСД у ЗОЗ, які надавали як первинну, так і амбулаторну вторинну медичну допомогу в неплітних регіонах, оскільки не у всіх областях відбулося розмежування за видами надання медичної допомоги.

** – Розрахунок здійснено на кількість прикріпленого населення до закладів ПМСД.

незначне збільшення (на 1,80%), проте смертність немовлят на 1000 народжених живими без іногородніх у м. Києві порівняно з 2011 р. зросла на 4,80%.

В умовах реформування галузі охорони здоров'я фінансування ЗОЗ пілотних регіонів здійснюється за кодами економічної класифікації та частково програмно-цільовим методом, який передбачає складання і виконання бюджету в розрізі бюджетних програм. У неплітних регіонах фінансування проводиться відповідно до норм Бюджетного кодексу України.

У ході реформування галузі охорони здоров'я та поступового запровадження нових фінансових механізмів фінансування значно зростає частка видатків зведеного бюджету, що виділяється на фінансування ПМСД і видатки на надання ПМСД у розрахунку на одного жителя. У 2010 р. для надання ПМСД, у середньому, видатки зі зведеного бюджету становили 8,00–10,00%, станом на 2013 р. цей показник коливався у межах 25,00–12,40% (табл. 8).

За даними моніторингу, у 2013 р. квартири було виділено у всіх пілотних регіонах, за винятком Вінницької області, де у містах квартири не виділялися (табл. 9).

Хід реформування сфери охорони здоров'я відбувається на тлі активної участі громадських організацій, лікарських асоціацій, комунікативного та наукового супроводу.

При департаментах охорони здоров'я функціонують громадські ради, до складу яких входять представники громадських, релігійних, благодійних організа-

цій, творчих спілок, асоціацій, органів самоорганізації населення та інших недержавних організацій і установ. Громадські об'єднання відіграють особливу роль у формуванні політики в питаннях реформи охорони здоров'я на рівні сіл і міських мікрорайонів, тобто там, де громадяни безпосередньо отримують ПМСД. Із метою обговорення ходу реформування охорони здоров'я, обґрунтування можливості та доцільності відповідних змін на регіональному і територіальному рівнях проводяться громадські слухання, наради, «круглі столи», прес-конференції, консультації з громадськістю, організуються виступи на телебаченні та в місцевій періодиці. В Одеській та Полтавській областях активно пропагується набутий досвід реформування сфери охорони здоров'я в пілотних регіонах. Аналізується досвід реформування системи в пілотних областях, обговорюються дії та компетенція органів місцевого самоврядування в цій сфері.

Розглядаються можливості та приклади співпраці громадськості, органів місцевого самоврядування, керівних органів охорони здоров'я регіону в реформах охорони здоров'я. Кожна зміна при оптимізації діяльності ЗОЗ, коригування тих чи інших планів, пов'язаних з реформуванням, неодмінно обговорюється та погоджується з місцевою громадою.

Основна увага комунікативного супроводу реформ приділяється роз'ясненню населенню мети реформ і перетворень, акцентуванню важливості розуміння людьми державних кроків із реформування сфери охорони здоров'я.

Таблиця 9

Забезпечення медичних працівників первинної медико-санітарної допомоги житлом

Показник	Дніпропетровська обл.		Донецька обл.		Вінницька обл.		м. Київ	Україна
	сільські райони	міста	сільські райони	міста	сільські райони	міста		
Кількість лікарів ПМСД, не забезпечених житлом, усього	22	22	5	6	37	4	141	1116
Кількість не забезпечених житлом молодших медичних працівників із медичною освітою у закладах ПМСД, усього	27	20	2	17	75	11	94	1671
Кількість виділених квартир для вказаної категорії, од.	4	10	4	5	4	0	5	н/д*

Науковий супровід реформ охорони здоров'я в регіонах проводять профільні кафедри вищих медичних навчальних закладів, які займаються до- та післядипломним навчанням із питань організації та управління охороною здоров'я, підготовкою ЛЗП/СЛ. Провідні науковці кафедр є членами робочих груп з реформування охорони здоров'я в регіонах, залучаються до розробки та обговорення регіональних нормативно-правових і стратегічних документів.

Голови та представники регіональних лікарських асоціацій, насамперед асоціацій організаторів охорони здоров'я, сімейних лікарів є членами координаційних рад – дорадчих органів, діяльність яких спрямована на обговорення нагальних питань розвитку охорони здоров'я в регіоні та прийняття виважених висновків щодо вирішення проблемних питань, які гальмують її розвиток.

Окремі показники якості та ефективності надання медичної допомоги.

Найвищий рівень показника питомої ваги хворих із занедбанними формами злякисних новоутворень серед кількості всього хворих із візуальними формами злякисного новоутворення, взятих на облік з уперше встановленим діагнозом, виявлено в Донецькій області (19,2%), а найнижчий – у Вінницькій (5,6%).

Найвищі рівні показника питомої ваги хворих на занедбані форми (фіброзно-кавернозний) туберкульозу серед усіх форм туберкульозу легень зафіксовано в Донецькій (2,5%) та Вінницькій (1,8%) областях.

Показник проведених оперативних втручань у стаціонарах на 10 тис. населення практично був однаковим у всіх пілотах (на рівні 593,4 – 597,7 на 10 тис. населення).

Відносно кількості проведених оперативних втручань у стаціонарах, при наданні термінової хірургічної допомоги на 10 тис. населення, то величина цього

показника була найвищою у м. Києві (38,2%) та Дніпропетровській області (31,67%).

Найвищі рівні показника питомої ваги хворих на занедбані форми (фіброзно-кавернозний) туберкульозу серед усіх форм туберкульозу легень встановлено в Донецькій (2,5%) та Вінницькій (1,8%) областях, що опосередковано може свідчити про стан реалізації протитуберкульозних заходів, у т.ч. на рівні ПМСД.

Цей показник слід розглядати в комплексно разом з іншими показниками захворюваності та поширеності на туберкульоз.

Зокрема, у 2013 р. (порівняно з 2012 р.) зафіксовано стабілізацію та зменшення рівня захворюваності на туберкульоз у Дніпропетровській та Донецькій областях (хоча його рівень був вищим за середньоукраїнський показник, що, як і в минулі роки, пов'язано з уже існуючим «тягарем» цієї хвороби та наявністю потужних протитуберкульозних закладів пенітенціарної системи на території цих областей). У м. Києві спостерігалось збільшення захворюваності на 27,4%, Вінницькій області – на 1,1%), що обумовлено упорядкуванням статистичної звітності в означених регіонах, при цьому зазначені показники, як і в попередні роки, нижчі за середній по Україні.

Показник поширеності усіх форм активного туберкульозу у 2013 р. порівняно з 2011 р. знизився у всіх пілотних регіонах відповідно: у Вінницькій області – на 31,7% (з 121,8 на 100 тис. населення у 2011 р. до 83,2 – у 2013 р.); у Дніпропетровській – на 35,8% (з 208,5 на 100 тис. населення у 2011 р. до 133,8 – у 2013 р.); у Донецькій – на 21,9% (з 137,5 на 100 тис. населення у 2011 р. до 107,4 – у 2013 р.); у м. Києві – на 19,8% (з 75,6 на 100 тис. населення у 2011 р. до 60,6 – у 2013 р.).

Однак показники поширеності у Дніпропетровській (133,8) та Донецькій (107,4) областях продовжували

перевищувати середній показник по Україні (104,9 на 100 тис. населення). Низькі показники поширеності на всі форми активного ТБ за 2013 рік, як і до моменту проведення експерименту з реформування системи охорони здоров'я, спостерігались у м. Києві – 60,6 на 100 тис. населення, Вінницькій – 83,2 областях.

Згідно з Уніфікованим клінічним протоколом ПМСД, ВМД і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (ГМД) (затверджено наказом МОЗ України від 21.12.2012 № 1091), одним з елементів діагностики та диференційної діагностики закладами ПМСД є флюорографічне обстеження, крім того, цей показник є індикатором, який враховуються при запровадженні надбавок за якість працівникам, що надавали ПМСД у пілотних регіонах. Порівняно з 2012 р. у всіх пілотних регіонах зросла величина показника «% населення віком 15 років і старші у загальній кількості населення, що були охоплені профілактичними флюорографічними оглядами» відповідно у Вінницькій – з 47,3% у 2012 р. до 53,1% у 2013 р.; Дніпропетровській – з 60,1% у 2012 р. до 65,8% у 2013 р.; Донецькій – з 45,7% у 2012 р. до 51,4% у 2013 р.; м. Києві – з 51,9% у 2011 р. до 54,9% у 2013 р. (Україна – 51,4% (2012), 56,3% (2013)).

Одним із показників, які відображають ефективність організації виявлення хворих на туберкульоз, є виявлення випадків туберкульозу з позитивним результатом мікроскопії мазка мокротиння у закладах ПМСД. Пілотні регіони продемонстрували кращу організацію роботи з цього питання у 2013 р.: Донецька (4,6%), Дніпропетровська (3,7%), Вінницька (2,1%), м. Київ (3,2%) порівняно з іншими областями і загальноукраїнським показником (1,8%). Цей показник перевищував значення, визначене в індикаторах Загальнодержавної соціальної цільової програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 рр. (2013 р. – 3,0%), за винятком Вінницької області.

Рівень виявлення хворих на ранніх стадіях злоякісних новоутворень до у 2013 р. у пілотних областях коливався від 60,9% у Вінницькій до 50,3% у Донецькій області, Дніпропетровській – 51,5%, м. Київ – 56,4% (Україна – 53,2%). Питома вага хворих, виявлених в IV стадії захворювання серед хворих з уперше встановленим діагнозом, зафіксована на рівні 13,4 у Вінницькій (2012 р. – 15,4%), Дніпропетровській – 12,6% (2012 р. – 11,1%), Донецькій – 12,9% (2012 р. – 12,7%) областях, у м. Києві – 8,2% (2012 р. – 8,4%) (Україна: 2013 р. – 14,4%, 2012 р. – 14,5%).

Використовувати статистичні дані щодо захворюваності, смертності, інвалідності та інших об'єктивних статистичних індикаторів діяльності галузі охорони здоров'я на цьому етапі реформи некоректно, з наукової точки зору, бо доведено, що зміни в цих показниках настають мінімум через 5 років. На цьому етапі коректними є показники структури і процесу, які демонструють позитивну динаміку.

Висновки

1. Сформована мережа закладів, які надають ПМСД, шляхом процесів розмежування первинного і вторинного рівнів надання медичної допомоги та створення ЦПМСД зі статусом юридичних осіб. У 2013 р. функціонувало 186 ЦПМСД, порівняно з 2011 р. їх чисельність зросла на 27 од. (з 159 у 2011 р. до 186 у 2013 р.).

У 2013 р. в м. Києві створено 19 ЦПМСД у непілотних районах міста (крім Дарницького і Дніпровського районів, в яких у 2012 р. створено 9 таких закладів). Також змінилася чисельність ЦПМСД у Вінницькій області (у містах їх кількість зменшилася на 2 од.). Намітилася позитивна тенденція до формування мережі амбулаторій для забезпечення фізичної доступності населення до ПМСД.

2. У Дніпропетровській та Донецькій областях більшість ЦПМСД створено в містах, у Вінницькій – у сільських районах. Це пов'язано з адміністративно-територіальним устроєм цих областей та географічними особливостями розселення населення.

Особливістю створення та функціонування ЦПМСД у м. Києві є їх господарський статус – у формі комунальних неприбуткових підприємств, які у своїй діяльності керуються вже нормами та положеннями Господарського кодексу України. В інших пілотних регіонах ЦПМСД створені та функціонують як бюджетні установи, тобто відпрацьовано різні підходи щодо створення та функціонування таких закладів.

3. Спостерігаються певні позитивні зрушення щодо поліпшення рівня кадрового забезпечення:

- у Дніпропетровській області чисельність ЛЗП/СЛ зросла з 404 у 2011 р. до 1068 у 2013 р., відповідно на 10 тис. населення з 1,22 у 2011 р. до 3,20 у 2013 р.;
- у Донецькій області чисельність ЛЗП/СЛ зросла з 452 у 2011 р. до 867 у 2013 р., відповідно на 10 тис. населення з 1,03 у 2011 р. до 2,03 у 2013 р.;
- у Вінницькій області чисельність ЛЗП/СЛ зросла з 607 у 2011 р. до 750 у 2013 р., відповідно на 10 тис. населення з 3,73 у 2011 р. до 4,63 у 2013 р.;
- у м. Києві чисельність ЛЗП/СЛ зросла з 241 у 2011 р. до 503 у 2013 р., відповідно на 10 тис. населення з 0,87 у 2011 р. до 1,8 у 2013 р.

4. Безпосередньо сімейними лікарями надавала-ся ПМСД 86,80% населення Вінницької області, 59,40% Дніпропетровської, 43,20% Донецької; 38,60% м. Києва.

5. Відмічалось значне поліпшення рівнів оснащення ЦПМСД транспортними засобами, комп'ютерами відповідно до табеля матеріально-технічного оснащення як у містах, так і в сільських районах.

6. Перехід до обслуговування пацієнтів з 01.01.2013 р. лікарями первинної ланки, обраними самими пацієнтами, сприяв формуванню, з одного боку, партнерсь-

ких відносин між лікарем і пацієнтом, з іншого – конкуренції між лікарями в боротьбі за пацієнта. Поряд із цим відновлено систему формування раціональних маршрутів пацієнтів шляхом використання системи направлень пацієнтів лікарем первинної ланки при необхідності отримання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги.

7. Забезпечено реалізацію нового механізму виплати медичним працівникам первинної ланки надбавок за обсяг і якість виконаної роботи за кошти відповідної субвенції з Державного бюджету.

Середній розмір заробітної плати у 2013 р. лікарів з урахуванням надбавок за обсяг та якість коливався від 4456 грн у Дніпропетровській до 5363 грн у м. Києві, молодших медичних працівників із медичною освітою – відповідно 3439 і 4876 грн. За підсумками 2013 р., середня заробітна плата лікаря, який надавав ПМСД населенню в пілотних регіонах, перевищувала до 50% її рівень у цілому по галузі (*середня заробітна плата лікарів у 2013 р. – 3573 грн*).

8. У 2013 р. врегульовано питання оплати праці керівникам ЗОЗ, що надають ПМСД, та їх заступникам у частині встановлення надбавки за якість виконаної роботи, а також медичним працівникам таких закладів, які забезпечують збір та обробку інформації, необхідної для визначення показників якості.

9. Щодо доступності лікарських засобів для сільського населення, у 2013 р. у Дніпропетровській і Вінницькій областях збільшено мережу пунктів реалізації лікарських засобів (Дніпропетровська – 94,8%; Вінницька – 65,3% від їх загальної чисельності), у Донецькій – мережа сільських амбулаторій і ФАПів, які мали пункти реалізації лікарських засобів, скоротилася порівняно з 2012 р. на 10,5% і становила 37,1%.

10. Проведено роботу щодо створення пулів фінансових ресурсів шляхом об'єднання коштів на ТМД, ВМД та ЕМД на рівні обласних бюджетів (*Дніпропетровська область – переважно всі заклади ВМД передано на обласний бюджет, Вінницька область – райони передали свої заклади ВМД на обласний рівень, за винятком м. Вінниці, Донецька область – не відбулось передачі закладів ВМД на обласний рівень, в результаті заклади залишились на тому рівні, на якому вони були традиційно, для м. Києва – це питання не було актуальним, оскільки вся система надання як ПМСД, так і ВМД та ЕМД фінансується з міського бюджету*).

11. Забезпечено виконання заходів щодо своєчасності надання ЕМД. Зокрема у: Дніпропетровській області 90,20% викликів ЕМД у сільській місцевості здійснено з доїздом до пацієнта до 20 хв.; у містах 91,30% викликів ЕМД забезпечено з доїздом до пацієнта у 10-хвилинний термін; Донецькій – 84,80% викликів ЕМД у сільській місцевості здійснено з доїздом до пацієнта до 20 хв.; у містах 86,10% викликів ЕМД забез-

печено з доїздом до пацієнта у 10-хвилинний термін; Вінницькій – 83,60% викликів ЕМД у сільській місцевості здійснено з доїздом до пацієнта до 20 хв.; у містах 88,70% викликів ЕМД забезпечено з доїздом до пацієнта у 10-хвилинний термін; м. Києві – 87,00% екстрених викликів ЕМД забезпечено з доїздом до пацієнта у 10-хвилинний термін.

12. Центри екстреної (швидкої) медичної допомоги та медицини катастроф функціонували у всіх пілотних регіонах та у м. Києві. Тривало створення оперативно-диспетчерської служби у Дніпропетровській, Донецькій та Вінницькій областях.

13. Парк автомобілів швидкої медичної допомоги у пілотних регіонах на початок 2014 р. налічував 1177 одиниць, при цьому тільки 57% забезпечені радіозв'язком і навігаційними приладами (від 100% у м. Києві до 40,6% у Вінницькій області).

14. Забезпечено виконання заходів щодо своєчасності надання ЕМД. Зокрема у:

- у Дніпропетровській області 90,2% викликів ЕМД у сільській місцевості здійснено з доїздом до пацієнта до 20 хвилин; у містах 91,3% викликів ЕМД забезпечено з доїздом до пацієнта у 10-хвилинний термін;
- Донецькій – 84,8% викликів ЕМД у сільській місцевості здійснено з доїздом до пацієнта до 20 хвилин; у містах 86,1% викликів ЕМД забезпечено з доїздом до пацієнта у 10-хвилинний термін;
- Вінницькій – 83,6% викликів ЕМД у сільській місцевості здійснено з доїздом до пацієнта до 20 хвилин; у містах 88,7% викликів ЕМД забезпечено з доїздом до пацієнта у 10-хвилинний термін;
- м. Києві – 87,0% викликів ЕМД забезпечено з доїздом до пацієнта у 10-хвилинний термін.

Питома вага викликів ЕМД становила у Дніпропетровській області 64,8 на 1000 населення, Донецькій – 232,7 на 1000 населення; Вінницькій – 227 на 1000 населення; м. Києві – 169,7 на 1000 населення.

15. Підвищено видатки на фінансування надання населенню ПМСД (відповідно на рівні 17,5–22,40% від видатків зведеного бюджету (загальний бюджет і спеціальний фонд).

16. Для надання гнучкості у використанні фінансових ресурсів при переході від фінансування за кошторисами до фінансування за скороченою економічною класифікацією видатків бюджету внесено зміни до постанови КМУ прийнято постанову від 08.02.2012 р. № 86 «Про внесення змін до Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ». Зазначені зміни дали можливість фінансувати заклади охорони здоров'я, які надають ПМСД у пілотних регіонах за двома кодами економічної класифікації видатків: КЕКВ 1172 «Окремі заходи по реалізації державних (регіональних) програм, не віднесені до заходів розвитку» та КЕКВ 2410

«Капітальні трансферти підприємствам (установам, організаціям)».

Постановою КМУ від 19.06.2013 р. № 465 «Про внесення змін до Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ») передбачено запровадити з 01.01.2014 р. порядок фінансування за двома кодами економічної класифікації видатків у 303 пілотних регіонів, які надають ВМД та ЕМД, а також у закладах, що надають ПМД на всій території України.

17. Для чіткого розмежування видатків бюджетних установ та одержувачів бюджетних коштів за економічними характеристиками операцій, які здійснюються відповідно до функцій держави та місцевого самоврядування, та забезпечення єдиного підходу до всіх учасників бюджетного процесу з точки зору виконання бюджету за пропозиціями МОЗ України, Міністерством фінансів України видано наказ від 12.03.2012 р. № 333 «Про затвердження Інструкції щодо застосування економічної класифікації видатків бюджету та Інструкції щодо застосування класифікації кредитування бюджету», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 27.03.2012 р. за № 456/20769.

18. З метою складання та виконання місцевих бюджетів за програмно-цільовим методом МОЗ України спільно з Мінфіном затверджено наказ від 21.09.2012 р. №728/1015 «Про затвердження Типового переліку бюджетних програм та їх результативних показників у галузі «Охорона здоров'я» для пілотних регіонів», який зареєстровано в Міністерстві юстиції України 25.09.2012 р. за № 1650/21962. Порівняльний аналіз виконання бюджетної програми «Первинна медична допомога населенню» у 2012 р. на рівні пілотних регіонів дав змогу співставити ефективність їх виконання та оцінити за бальною шкалою як «високу» (225 балів) у Донецькій, «середню» – Вінницькій та Дніпропетровській областях (відповідно 198,5 та 200 балів).

19. Модель модернізації ПМСД, яка сьогодні запроваджується в Україні, повною мірою відповідає принципам, вимогам і критеріям, виробленим для ефективного функціонування ПМСД у світі і включає низку компонентів: юридичне та структурне розмежування ПМСД та ВМД; формування розгалуженої та відповідно оснащеної інфраструктури ПМСД; запровадження системи надання ПМСД за сімейним принципом та контрольно-пропускної системи (принцип «воротаря») для формування оптимального маршруту пацієнта, вільного вибору пацієнтом лікаря первинної ланки; фінансування закладів ПМСД із міських і районних бюджетів за подушним принципом; оплата праці медичного персоналу первинної ланки, виходячи з обсягу та якості виконаної роботи.

20. Фінансово-економічні механізми, які відпрацьовуються на рівні пілотних регіонів, зокрема перерозподіл ресурсів між ЗОЗ, які надають ПМСД, ВМД,

ТМД та ЕМД, розмежування видатків між місцевими бюджетами на охорону здоров'я за видами медичної допомоги і формування більш потужних пулів для фінансування медичної допомоги населенню, запровадження стратегічних закупівель медичної допомоги на основі договорів, застосування елементів програмно-цільового методу в бюджетному процесі на рівні місцевих бюджетів у частині видатків на охорону здоров'я за відповідними видами медичної допомоги, відповідають даним найкращого світового досвіду, який базується на фактичних даних із питань здоров'я, що містяться в мережі Health Evidence Network – HEN та Європейській мережі ВООЗ із науково обґрунтованої політики (EVIPNet), інших баз даних фактичних даних міжнародних організацій (ВООЗ, Світового банку, ООН).

1. Загальні проблеми реалізації ходу реформування сфери охорони здоров'я в регіонах:

- недосконалість чинної нормативно-правової бази щодо фінансування охорони здоров'я внаслідок невизначеності гарантованого рівня медичної допомоги, яка надається безоплатно, та відсутності єдиної методики розрахунку вартості медичних послуг і розподілу обсягу фінансування між первинним і третинним рівнями медичної допомоги в загальному обсязі фінансування на 1 мешканця;
- недостатній рівень фінансування галузі та фінансової підтримки реформи;
- ЗОЗ працюють в умовах неуккомплектованості штатних посад фізичними особами як лікарів, так і молодших спеціалістів із медичною освітою; недостатнього устаткування сучасним обладнанням, автомобільним транспортом тощо;
- недостатній рівень використання інформаційних технологій через низький рівень поширення локальних мереж у ЗОЗ, неефективного використання сучасних комп'ютерних технологій, низький рівень володіння медичними працівниками (1–20%), практичними навиками роботи з комп'ютерною технікою;
- недостатній рівень готовності управлінців усіх рівнів управління до роботи в нових умовах, передусім для забезпечення скоординованої роботи ЗОЗ, які надають ПМСД і ВМД, організації нових медичних маршрутів пацієнтів з урахуванням їх поведінкових стереотипів;
- вкрай недостатнє інформаційно-комунікаційне забезпечення реформи на центральному і місцевому рівнях.

На засіданні представників пілотних регіонів та експертів з обговорення результатів реформування охорони здоров'я в пілотних регіонах прийнято таке рішення.

2. Рекомендувати КМУ продовжити реформування системи охорони здоров'я з визначенням пріоритетними напрямками:

2.1 Створення потужних об'єднань бюджетних коштів – для фінансування закладів, які надають ПМСД, на рівні районних бюджетів і бюджетів міст обласного значення, закладів, які надають ВМД, ТМД та ЕМД – на регіональному рівні (обласний бюджет).

2.2. Відпрацювання диференційованого, передусім з урахуванням характеру місцевості (міська, сільська), механізму розподілу бюджетних коштів, що виділяються на ПМСД і ВМД. Перегляд коефіцієнтів коригування для ПМСД, які включено до Формули розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів (дотацій вирівнювання та коштів, що передаються до державного бюджету) між державним та місцевими бюджетами, особливо для міст обласного значення, та вирішення питання щодо залишення певної частини коштів в обласному бюджеті в якості резерву для вирівнювання потреб у фінансових з урахуванням особливостей існуючої мережі ЗОЗ.

2.3. Забезпечення фінансування ЗОЗ за скороченою класифікацією видатків. Поширення порядку фінансування за скороченою класифікацією видатків (за двома кодами економічної класифікації видатків) у ЗОЗ незалежно від виду медичної допомоги на всій території України.

2.4. Відпрацювання чіткого зв'язку договорів про медичне обслуговування з програмно-цільовим методом планування бюджетів ЗОЗ (результативні показники виконання бюджетних програм). Формування реальних договірних відносин між головними розпорядниками бюджетних коштів і постачальниками медичних послуг у первинній ланці з їх поступовим поширенням на інші рівні медичного обслуговування.

2.5. Розробка ефективних механізмів фінансування, зокрема із застосуванням: для ПМСД – подушного нормативу, коригованого за ризиками та характером розселення (сільська місцевість/місто); для амбулаторної та стаціонарної ВМД і ТМД – глобального бюджету та з подальшим поступовим переходом на фінансування за діагностично-спорідненими групами.

2.6. Затвердження нормативів навантаження на лікарів-спеціалістів, які надають ВМД, що базуються на обсягах наданої допомоги.

2.7. Удосконалення системи оплати праці медичного персоналу за обсяг та якість роботи із запровадженням колективної відповідальності за результати діяльності.

2.8. Запровадження системи референтних цін на лікарські засоби та розширення переліку захворювань і станів, при яких забезпечення лікарськими засобами населення проводиться із застосуванням механізму реімбурсації.

2.9. Розвиток ПМСД на засадах загальної лікарської практики / сімейної медицини з формуванням мережі відокремлених підрозділів ПМСД, що забезпечують її оптимальну територіальну доступність.

2.10. Структурну перебудову вторинної медичної допомоги з формуванням відповідно до потреб населення мережі ЗОЗ вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги необхідної спеціалізації (інтенсивного, планового, відновного лікування, хоспіси).

2.11. Подальший розвиток системи ЕМД зі створенням єдиних регіональних диспетчерських служб.

2.12. Інтеграція мережі перинатальних центрів, створених на виконання проекту «Нове життя» в загальну систему медичної допомоги.

2.13. Передача відомчих ЗОЗ, а також ЗОЗ, які мають прикріплене населення та знаходяться в підпорядкуванні МОЗ України, у спільну власність громад регіонів.

2.14. Створення в рамках системи соціального забезпечення мережі підрозділів територіальних центрів для надання соціально-медичної допомоги вразливим групам населення.

2.15. Створення єдиної системи комунікаційного та інформаційного супроводу реформ у системі охорони здоров'я.

2.16. Можливість створення системи підготовки на післядипломному рівні менеджерів охорони здоров'я відповідно до сучасних вимог управління.

2.17. Започаткування комплексної підготовки країни до впровадження загальнообов'язкового соціального медичного страхування.

3. На законодавчому рівні вирішити такі питання:

3.1. Прийняття Закону щодо продовження терміну дії Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» до 31.12.2015 р.

3.2. Забезпечення термінового скасування Закону України від 23.02.2014 р. № 772-VII «Про введення мораторію на ліквідацію та реорганізацію закладів охорони здоров'я».

3.3. Забезпечення прийняття Закону України «Про заклади охорони здоров'я та медичне обслуговування».

3.4. Внесення змін до Податкового кодексу щодо:

3.4.1. Введення цільових для охорони громадського здоров'я акцизів на табак та алкоголь;

3.4.2. Встановлення податкових пільг для підприємств та організацій, які страхують своїх працівників на добровільній основі;

3.4.3. Особливості оподаткування ЗОЗ, створені у формі комунальних некомерційних підприємств як неприбуткових підприємств:

- у підпункт 14.1.121 пункту 14.1 статті 14 щодо визначення терміну;

- у підпункт (б) пункту 157.1 статті 157 щодо оподаткування неприбуткових установ та організацій ЗОЗ, створених у формі комунальних некомерційних підприємств як неприбуткових підприємств;
- у підпункт 197.1.5 пункту 197.1 статті 197 щодо звільнення від оподаткування постачання послуг із медичної допомоги та/або медичного обслуговування ЗОЗ на основі відповідної ліцензії;
- у підпункт 282.1.8 пункту 282.1 статті 282 стосовно пільг щодо сплати податків для ЗОЗ, створені у формі комунальних некомерційних підприємств як неприбуткових підприємств;
- в абзац другий пункту 284.3 статті 284 щодо особливостей застосування пільгового оподаткування податку за земельні ділянки ЗОЗ, створених у формі комунальних некомерційних підприємств як неприбуткових підприємств.

3.5. Урегулювання питання щодо встановлення для ЗОЗ, що функціонують як комунальні некомерційні підприємства, тарифів на енергоносії як для бюджетних установ.

3.6. Затвердження єдиної методики розрахунку вартості медичних послуг.

3.7. Внесення змін до частини 3 статті 2 Закону України «Про здійснення державних закупівель» від 10.04.2014 р. № 1197-VII у частині виключення із сфери його застосування випадків, коли предметом закупівлі є послуги державних та комунальних ЗОЗ із медичного обслуговування населення.

3.8. Нормативне врегулювання питання забезпечення медичними працівниками загальноосвітніх навчальних закладів для збереження права дітей на медичне обслуговування в закладах освіти відповідно до вимог чинного законодавства.

3.9. Затвердження механізму забезпечення медичних працівників первинної ланки житлом та пільг для лікарів і медичних сестер, які працюють у сільській місцевості.

3.10. Забезпечення прийняття закону про впровадження загальнообов'язкового соціального медичного

страхування з подальшою розробкою заходів на 4 роки з підготовки країни до його впровадження.

4. Рекомендувати МОЗ України:

4.1. Проведення тренінгу з керівниками структурних підрозділів із питань охорони здоров'я обласних та Київської міської державних адміністрацій з актуальних питань реформування сфери охорони здоров'я, методології формування госпітальних округів в адміністративній території реформи охорони здоров'я.

4.2. Створення єдиної системи комунікаційного та інформаційного супроводу реформ.

4.3. Забезпечення дієвого контролю за формуванням штатних розписів ЦПМСД у регіонах відповідно до покладених на них функцій.

4.4. Перегляд положення наказу МОЗ України від 27.08.2010 р. № 728 «Про диспансеризацію населення» з метою впровадження скринінгу та планового лікування на засадах доказової медицини.

4.5. Визначення та затвердження переліку захворювань і станів, при яких медична допомога надається в закладах вторинного та третинного рівнів.

4.6. Розробка нормативів навантаження на лікарів-спеціалістів, які надають медичну допомогу на вторинному рівні.

4.7. Розробка нормативів навантаження для медичних сестер, які надають ПМСД і ВМД.

4.8. Проведення адаптації системи фінансування за діагностично-спорідненими групами та її пілотна апробація в ЗОЗ вторинного рівня різних регіонів.

4.9. Доручення ДП «Державний експертний центр МОЗ України» перегляду медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги на первинному рівні надання медичної допомоги.

4.10. Передбачення при плануванні наукової тематики на 2015 рік науково-дослідних робіт щодо наукового обґрунтування окремих складових реформи та результатів її проведення в цілому.

Література

1. *Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги* : Закон України від 07.07.2011 р. № 3611-VI [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua). – Назва з екрана.
2. *Про затвердження Методичних рекомендацій визначення нормативів навантаження на медичних працівників (лікарів) у закладах охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу* : наказ МОЗ України від 28.03.2013 р. № 249 [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua). – Назва з екрана.
3. *Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення в медичній допомозі* : наказ МОЗ України від 15.07.2011 р. № 420 [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua). – Назва з екрана.
4. *Про затвердження Методичних рекомендацій щодо формування регіонального Плану-графіку проведення експерименту з реформування системи охорони здоров'я* : наказ МОЗ України від 15.07.2011 р. № 419 [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua). – Назва з екрана.
5. *Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо реалізації Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві»* : наказ МОЗ України від 05.10.2011 р. № 646 [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua). – Назва з екрана.
6. *Про затвердження Порядку створення госпітальних округів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві* : постанова КМУ від 24.10.2012 р. № 1113 [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua). – Назва з екрана.
7. *Про затвердження примірних положень про заклади охорони здоров'я* : наказ МОЗ України від 30.12.2011 р. № 1008 [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua). – Назва з екрана.
8. *Про затвердження Примірного статуту Центру первинної медико-санітарної допомоги* : наказ МОЗ України від 29.06.2011 р. № 384 [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua). – Назва з екрана.
9. *Про затвердження Тимчасових методичних рекомендацій з визначення обсягів фінансування закладів охорони здоров'я за видами надання медичної допомоги у пілотних регіонах* від 20.05.2011 р. № 304 [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua). – Назва з екрана.
10. *Про затвердження Тимчасових методичних рекомендацій щодо запровадження програмно-цільового методу складання та виконання місцевих бюджетів в системі охорони здоров'я у пілотних регіонах* : наказ МОЗ України від 08.06.2011 р. № 346 [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua). – Назва з екрана.
11. *Про затвердження Тимчасового типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі «Охорона здоров'я» для пілотних проектів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві* : наказ МОЗ України від 08.06.2011 р. № 346 [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua). – Назва з екрана.
12. *Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я в Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві* : Закон України від 07.07.2011 г. № 3612-VI [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua). – Назва з екрана.
13. *Регіональні системи охорони здоров'я України* : [монографія в 2 ч.] / за ред. Р. О. Моїсеєнко. – К., 2011. – Ч. 1. – 239 с.
14. *Регіональні системи охорони здоров'я України* : [монографія в 2 ч.] / за ред. Р. О. Моїсеєнко. – К., 2011. – Ч. II. – 273 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 03.06.2014 р.

Некоторые уроки реформы здравоохранения Украины

*Г.А. Слабкий², В.Н. Лехан³, К.А. Надутый¹,
Ю.Б. Яценко², М.В. Шевченко²,
Н.Ю. Кондратюк², М.А. Знаменская²*

¹Министерство здравоохранения Украины,
г. Киев, Украина

²ГУ «Украинский институт стратегических исследований
МЗ Украины», г. Киев, Украина

³Днепропетровская государственная медицинская академия,
г. Днепропетровск, Украина

Цель – проанализировать основные результаты проведения реформы здравоохранения в пилотных регионах, а также в Полтавской и Одесской областях Украины, выявить проблемы и предложить пути их решения.

Материалы и методы. Законодательная база проведения реформы, данные статистических отчетов и мониторинга проведения реформы. Использованы методы контент-анализа, статистический, структурно-логического анализа. Основу исследования составлял системный подход.

Результаты. Установлены общие проблемы реализации хода реформирования сферы здравоохранения в регионах: несовершенство действующей нормативно-правовой базы относительно финансирования здравоохранения в результате неопределенности гарантированного уровня медицинской помощи; недостаточный уровень финансирования отрасли и финансовой поддержки реформы; учреждения здравоохранения работают в условиях неукomплектованности штатных должностей физическими лицами как врачей, так и младших специалистов, с медицинским образованием; недостаточного оборудования современному оборудованию, автомобильным транспортом и тому подобное; недостаточный уровень использования информационных технологий; недостаточный уровень готовности управленцев всех уровней управления к работе в новых условиях; крайне недостаточное информационно-коммуникационное обеспечение реформы на центральном и местном уровнях. Предложенные пути решения существующих проблем.

Выводы. Представленные позитивные результаты реформы из структурной перестройки отрасли и внедрения современных механизмов финансирования позитивно влияют на процесс оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: охрана здоровья, реформа, позитив, проблемы, пути решения.

Some lessons of health care reforms in Ukraine

*G.O. Slabky², V.M. Lehan³, K.O. Naduty¹,
Yu.B. Yaschenko², M.V. Shevchenko²,
N.Yu. Kondratyuk², M.A. Znamenska²*

¹Ministry of Health of Ukraine,
Kyiv, Ukraine

²SI «Ukrainian Institute of Strategic Researches
Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine

³Dnipropetrovsk State Medical Academy,
Dnipropetrovsk, Ukraine

Purpose – to analyze the main results of the health care system reform in pilot and Poltava and Odessa regions of Ukraine, to identify problems and suggest ways of their correction.

Materials and methods. Legislation base of the reform, statistical reports and monitoring reports. Methods of content analysis, statistic, structural-logical analysis were used. Systematic approach was the basis of the study.

Results. The general problems of health care reform in regions were determined: the imperfection of the existing legal and regulatory framework for health care system financing due to the uncertainty of the guaranteed level of health care; insufficient financing and financial support of reforms; health care institutions work in conditions of incompleteness of permanent positions of doctors and junior medical specialists; poor ensuring of modern equipment, transport, etc.; insufficient level of information technology use; insufficient readiness of all levels government managers to work in the new conditions; extreme lack of information and communication ensuring of reforms at central and local levels. The ways of existing problems elimination are proposed.

Conclusions. Positive results of industry restructuring and implementation of modern financing mechanisms have a positive impact on medical assistance were shown.

Key words: health care, reform, positive, problem, ways of elimination.

Відомості про авторів

Слабкий Геннадій Олексійович – д.мед.н., проф., директор ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна; служб. тел. +38 (044) 576-41-19; e-mail: g.slabkiy@mail.ru.

Лехан Валерія Микитівна – д.мед.н., проф., зав. кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я Дніпропетровської державної медичної академії; просп. Карла Маркса, 24, Дніпропетровськ, 49027, Україна; служб. тел. +38 (056) 713-51-84; e-mail: vlexan@rambler.ru.

Надугий Костянтин Олександрович – начальник Управління реформ системи охорони здоров'я МОЗ України; вул. Грушевського, 7, м. Київ, 01021, Україна; служб. тел.: +38 (044) 253-80-51; e-mail: nka1@moz.gov.ua.

Ященко Юрій Борисович – д.мед.н., проф., заступник директора з наукової роботи ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна; служб. тел. +38 (044) 576-41-49.

Шевченко Марина Вікторівна – к.мед.н., с.н.с., зав. відділу економічних досліджень охорони здоров'я та медичного страхування ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна; служб. тел. +38 (044) 576-41-13; e-mail: shevchenko_marin@ukr.net.

Кондратюк Наталія Юріївна – зав. відділення організації медичної допомоги ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна; служб. тел. +38 (044) 576-41-19; e-mail: loriann2005@ya.ru.

Знаменська Марія Андріївна – к.мед.н., асистент кафедри офтальмології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; дисертант ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна; служб. тел. +38 (044) 408-05-36; e-mail: znamenska@yahoo.com.

О.З. Децик, А.Є. Крижанівська

АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНОСТІ, СМЕРТНОСТІ, РЕЗУЛЬТАТІВ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ШИЙКИ МАТКИ В УКРАЇНІ ТА ІВАНО-ФРАНКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА 2003–2012 РР.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України,
м. Івано-Франківськ, Україна

Мета – оцінити ефективність державних програм боротьби з онкологічними захворюваннями.

Матеріали та методи. Використано дані державної та галузевої статистики в Україні та Івано-Франківській області за 2003–2012 рр., а також методи епідеміологічного аналізу, статистичний та графічного зображення.

Результати. За 10 років на державному і регіональному рівнях поліпшилось раннє виявлення раку шийки матки (на 6,5% в Україні у 2012 р. до рівня 2003 р.) та зросло охоплення хворих спеціалізованим лікуванням (на 3,8% відповідно). У результаті: збільшились рівні первинної захворюваності (на 14,2%), головним чином, за рахунок вікової групи 30–44 роки (на 45,9–49,8% за останні 15 років, що значною мірою пояснює феномен «омолодження раку»), знизилась летальність до року з моменту встановлення діагнозу (на 25,3%) і намітилась тенденція до зменшення смертності (на 2,2%).

Висновки. Державні програми боротьби з онкологічними захворюваннями загалом і раком шийки матки зокрема є ефективними та доцільними.

Ключові слова: рак шийки матки, захворюваність, смертність, державна цільова програма.

Вступ

У структурі захворюваності та смертності від злоякісних новоутворень жіночого населення всіх економічно розвинених країн світу рак шийки матки (РШМ) – одна з найбільш поширених форм онкологічної патології. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, щорічно виявляється близько 500 тис. хворих на РШМ, помирає протягом першого року 270 тис. хворих [6, 7]. В Україні РШМ є однією з найбільш поширених форм новоутворень, посідаючи 2-е місце після раку тіла матки серед онкогінекологічної патології, 5-е місце – серед усіх злоякісних пухлин у жінок, 6-е місце – у структурі їх смертності від цих причин, і уражає передусім жінок працездатного віку [3, 4, 5].

Висока вартість новітніх технологій та лікарських засобів у діагностиці та лікуванні онкохворих вказує на необхідність розробки державної соціальної політики щодо підтримки профілактики та боротьби з раком [1]. За роки незалежності в Україні реалізується вже друга така цільова програма. У 2002 р. затверджено Державну програму «Онкологія» на 2002–2006 роки (постанова Кабінету Міністрів України від 29.03.2002 р. № 392). У 2006 р. з метою продовження протиракових заходів

на рівні держави прийнято Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на 2007–2016 роки», затвердженої як Закон України в силу різних політико-економічних обставин лише у 2009 р. [1]. Крім цього, для боротьби із РШМ Міністерством охорони здоров'я (МОЗ України затверджено і реалізовано галузеву програму «Скринінг патології шийки матки» на 2005–2010 роки» (наказ від 31.12.2004 р. № 677) [2, 4, 5].

Мета роботи – оцінити динаміку та особливості показників захворюваності і смертності, занедбаності та летальності до року, охоплення спеціалізованим лікуванням хворих на РШМ в Україні та Івано-Франківській області як індикаторів ефективності реалізації державних програм боротьби з онкологічними захворюваннями.

Матеріали та методи

У роботі використано дані державної та галузевої статистики за 2003–2012 рр., а також методи епідеміологічного аналізу, статистичний і графічного зображення.

Результати дослідження та їх обговорення

Одним із найважливіших завдань впровадження державних програм боротьби з онкологічними захворюваннями є поліпшення їх ранньої діагностики та охоплення хворих належним лікуванням. Основні статистичні показники, які дають змогу проаналізувати досягнення цих завдань у динаміці за десятирічний період (2003–2012 рр.), наведено в таблиці 1.

Встановлено, що показники захворюваності на РШМ в Україні коливалися від 18,3 випадку на 100 тис. жіночого населення у 2003 р. до 20,9 у 2012 р. В області найнижчий показник (14,6 на 100 тис. відповідного населення) спостерігався у 2005 р., а найвищий (18,7) – у 2011 р. Як видно на рис. 1, захворюваність на РШМ в області була дещо нижча, ніж по Україні. Однак у цілому за означений період часу загальноукраїнські та обласні рівні цього показника мали тенденцію до зростання, що вказало на краще виявлення патології.

Правдивість висловленої гіпотези була підтверджена динамікою за цей же період часу (2003–2012 рр.) показника питомої ваги I–II стадій серед усіх вперше виявлених випадків РШМ в області та Україні, яка підтвердила поліпшення ранньої діагностики (рис. 2).

За останні 10 років в Україні найменшу частку (74,2%) хворих із I–II стадіями РШМ зареєстровано

в 2004 р., а найбільшу (81,8%) – у 2012 р. В Івано-Франківській області питома вага I–II стадій РШМ є нижчою порівняно з аналогічними показниками по Україні. Найменшу питому вагу (69,7%) хворих із I–II стадіями РШМ в області зареєстровано в 2004 р., а найвищу – у 2009 р. (83,1%). Темп приросту даного показника по Україні склав 6,5% (у показниках наочності), а по області – 4,8% (табл. 1).

Цілком закономірно, що поліпшення діагностування РШМ на ранніх стадіях привело до зменшення негативних наслідків захворювання. Так, як видно на рис. 3, у динаміці за 10-річний період показники летальності до року з моменту встановлення діагнозу РШМ мали тенденцію до зниження. Її рівні в Україні коливалися від 19,8 випадку на 100 тис. населення у 2003 р. до мінімальних значень (14,8 на 100 тис. населення) у 2012 р., а в області найвищий показник зафіксовано на рівні 25,8 на 100 тис. жіночого населення в 2003 р., а найнижчий – 13,3 у 2012 р. Темп приросту (убутку) показника летальності до року по Україні дорівнював -25,3% (у показниках наочності), а по області – -48,4% (табл. 1).

На встановлену тенденцію до зниження за останні 10 років рівнів показника летальності до року від РШМ, крім поліпшення раннього виявлення, очевидно, вплинули й результати лікування хворих на РШМ. Адже, як видно з даних таблиці 1, охоплення хворих на РШМ

Таблиця 1

Динаміка показників ранньої діагностики раку шийки матки по Івано-Франківській області та Україні за 2003–2012 рр.

Рік	Захворюваність		Питома вага I–II стадій, %		Охоплення спеціалізованим лікуванням, %		Летальність до року, %		Смертність на 100 тис. жінок	
	обл.	Укр.	обл.	Укр.	обл.	Укр.	обл.	Укр.	обл.	Укр.
2003	17,6	18,3	75,2	76,8	72,8	78,3	25,8	19,8	10,7	9,1
2004	14,9	18,7	69,7	74,2	85,3	78,3	23,8	18,4	8,7	9,2
2005	14,6	18,4	82,1	77,3	85,8	79,1	18,9	18,2	8,0	8,9
2006	16,9	18,9	75,8	76,9	89,2	79,9	15,2	17,5	8,1	8,5
2007	15,3	19,6	77,7	80,4	86,6	82,2	17,7	18,5	8,5	8,8
2008	16,6	19,8	78,8	79,8	88,1	81,3	18,9	15,6	6,9	8,7
2009	18,5	19,3	83,1	80,3	87,7	81,5	20,0	16,2	8,9	8,7
2010	17,7	19,8	79,1	80,9	85,3	81,9	13,0	15,4	7,4	8,4
2011	18,7	20,3	80,3	80,4	87,9	82,6	20,0	15,9	10,7	8,7
2012	15,5	20,9	78,8	81,8	90,3	81,3	13,3	14,8	8,0	8,9
ТП, %	-11,9	14,2	4,8	6,5	24,0	3,8	-48,4	-25,3	-25,2	-2,2

Примітка: ТП – темп приросту показника в 2012 р. у % до рівня 2003 р.

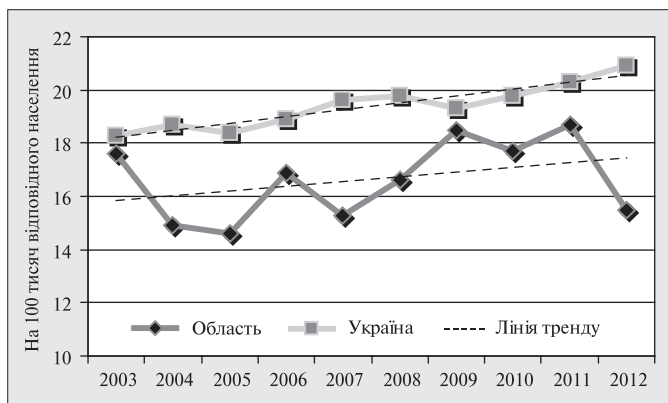


Рис. 1. Динаміка захворюваності на рак шийки матки в області та Україні за 2003–2012 рр.

спеціалізованим лікуванням по Україні і області за останні 10 років зросло. Зокрема, за 2003–2012 рр. в Україні найменший показник (78,3%) охоплення спеціалізованим лікуванням хворих на РШМ був у 2003 та 2004 рр., а найбільший – у 2011 р. (82,6%). В Івано-Франківській області аналогічний показник охоплення спеціалізованим лікуванням хворих на РШМ у 2003 р. був 72,8%, а в 2012 р. – 90,3%. Темп приросту даного показника по Україні дорівнював 3,8%, а по області – 24,0%.

Встановлене поліпшення ранньої діагностики та охоплення спеціалізованим лікуванням за розглянутий період часу, очевидно, позитивно вплинуло на показник загальної смертності, який у силу багатofакторності свого формування менш інтенсивно, ніж летальність до року, однак показав чітку тенденцію до зниження рівнів. Як видно із даних таблиці 1, рівні смертності від РШМ в Івано-Франківській області знизились з 10,7 на 100 тис. жінок у 2003 р. до 8,0 у 2012 р. (тобто на 25,2% у показниках наочності). В Україні – дещо менше: з 9,1 на 100 тис. населення у 2003 р. до 8,9 у 2012 р. (на 2,2%).

Поліпшення виявлення РШМ на ранніх стадіях привело до змін у віковій структурі хворих. Для їх більш детального вивчення в дослідженні збільшено глибину аналізу (за 1997–2011 рр.) вікових показників захворюваності на цю патологію в Україні (табл. 2).

При оцінці темпів приросту показників захворюваності на РШМ у вікових групах виявлено їх позитивні значення серед осіб віком: 25–29, 30–34, 35–39, 40–44, 45–49, 50–54 та 55–59 років, і негативні (убуток) – серед осіб: 15–19, 20–24, 60–64, 65–69, 70–74, 75–79 років.

Найвищі показники темпу приросту зареєстровано у вікових групах 30–34 роки (в показниках наочності) – 45,9%, 35–39 років – 49,8% та у віковій групі 40–44 роки – 49,6%. Це вказує на «омолодження» РШМ, причинами якого, крім описаних у науковій літературі чинників (переважно вірусної етіології, раннього початку статевого життя на фоні низької обізна-

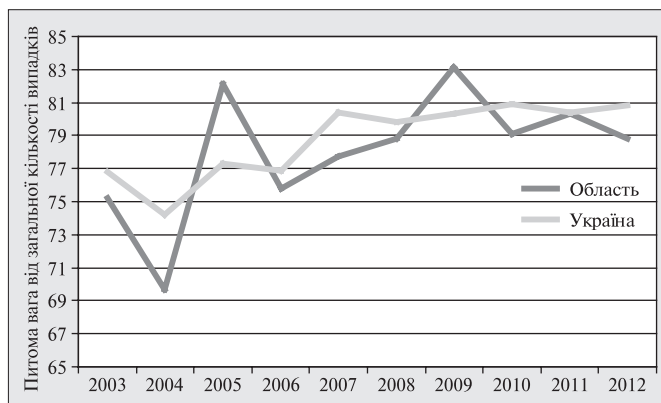


Рис. 2. Динаміка виявлення I–II стадій раку шийки матки в області та Україні за 2003–2012 рр.

ності щодо безпечного сексу, вкрай низького охоплення жінок відповідним щепленням тощо) [4, 5, 7], на наш погляд, стало поліпшення ранньої діагностики РШМ завдяки реалізації цільових державних програм.

Загалом, у динаміці за останніх 15 років показники захворюваності на РШМ у вказаних вікових групах зросли з 14,6 до 21,3 у віковій групі 30–34 роки, з 23,5 до 35,2 у віковій групі 35–39 років та з 28,4 до 42,5 у віковій групі 40–44 роки, і для порівняння значно менш інтенсивно – з 35,7 до 40,0 у наступній віковій групі 45–49 років (на 12,0% у показниках наочності).

Як видно на рис. 4, криві захворюваності на РШМ по окремих вікових групах за 1997–2011 рр. показали можливий вплив на їх формування (попри переважно вірусну етіологію захворювання) й ендогенних чинників, а саме, гормональну детермінованість від менопаузи, оскільки найвищі темпи росту захворюваності спостерігаються в пременопаузальному віці.

Водночас, на рис. 4 визначено поступовий «зсув уліво» цих вікових кривих (вже вказане «омолодження раку»). Якщо у 1997 р. пік захворюваності припадав на вікову групу 50–54 роки, то з 2004 р. – уже на вікову групу 45–49 років. Відповідно, за останні 5 років рівні

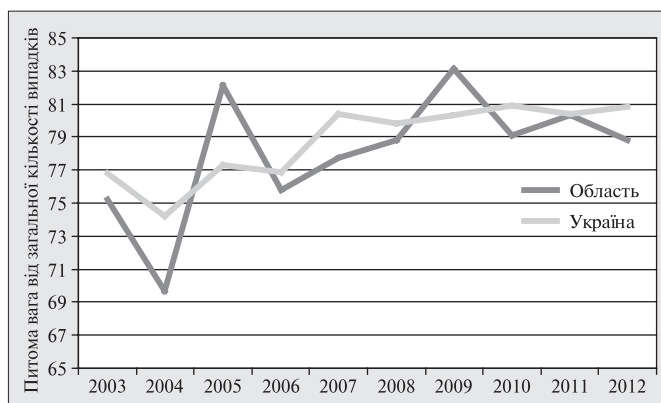


Рис. 3. Динаміка летальності до року хворих на рак шийки матки в області та Україні за 2003–2012 рр.

Таблиця 2

Динаміка вікових показників захворюваності на рак шийки матки в Україні за 1997–2011 рр.

Рік	Вікова група (років)												
	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	65–69	70–74	75–79
1997	0,2	1,7	7,6	14,6	23,5	28,4	35,7	36,1	28,7	35,9	30,3	31,6	28,8
2000	0,4	2,5	9,1	16,6	24,9	29,8	33,2	35,8	28,3	29,9	27,8	29,2	26,0
2001	0	3,1	9,2	15,0	24,0	30,0	32,2	37,0	28,3	30,0	29,8	27,1	28,2
2002	0,3	2,8	11,4	19,4	24,1	33,6	33,5	36,5	29,1	25,3	33,7	28,6	29,3
2003	0,2	2,1	10,1	19,5	25,7	33,9	30,9	35,2	31,1	23,0	32,9	28,6	24,1
2004	0,1	2,3	11,7	18,8	28,3	33,1	36,4	34,9	35,7	24,6	30,7	23,5	24,4
2006	0,1	1,8	9,6	21,8	30,2	36,1	38,2	35,6	32,4	28,5	26,2	26,7	20,3
2007	0,2	2,3	10,2	25,5	32,4	35,7	37,6	34,5	34,2	31,3	23,9	27,9	18,4
2008	0,1	1,9	9,6	22,9	35,6	38,2	40,6	39,8	34,8	32,5	23,1	26,6	17,0
2009	0	2,0	9,1	21,0	33,2	36,6	35,6	38,1	33,6	33,2	21,8	26,5	20,0
2010	0	1,8	7,1	21,0	34,1	39,1	38,8	39,2	34,6	34,9	24,4	23,8	20,9
2011	0	1,5	8,7	21,3	35,2	42,5	40,0	37,8	34,5	32,4	27,0	24,0	21,9
ТП, %	-100	-11,8	14,5	45,9	49,8	49,6	12,0	4,7	20,2	-9,7	-10,9	-24,1	-24,0

Примітка: ТП – темп приросту показника в 2011 р. у % до рівня 1997 р.

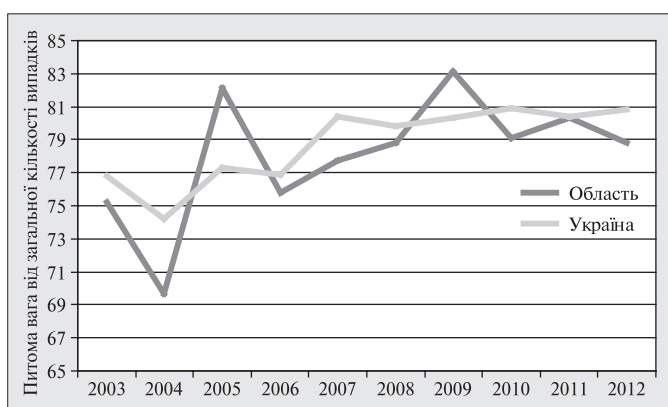


Рис. 4. Динаміка захворюваності на рак шийки матки в окремих вікових групах населення України за 1997–2011 рр.

показника повільно зростали з 20–24 років до 30–34 років, а з 35–39 років відмічався різкий приріст захворюваності, яка досягла максимальних значень у 40–44 і 45–49 років (пременопауза), з 50–54 років (рання постменопауза) спостерігалось зниження її рівнів, які все ще були високими до 60–64 років, а далі (пізня постменопауза) показники знижувалися.

Висновки

Узагальнений аналіз епідеміологічних даних щодо РШМ в Івано-Франківській області та Україні загалом за останні 10–15 років свідчить про позитивні тенденції: завдяки поліпшенню ранньої діагностики РШМ на I–II стадії, зокрема, у молодших вікових групах (30–44 роки), та збільшенню охоплення хворих спеціалізованим лікуванням, зросли рівні первинної захворюваності, суттєво знизилась летальність до року з моменту встановлення діагнозу і намітилась тенденція до зменшення смертності від РШМ.

Встановлене свідчить про ефективність програмно-цільового підходу до боротьби із соціально вагомими захворюваннями, передусім державних програм боротьби з онкологічними захворюваннями загалом і патологією шийки матки зокрема.

Перспективи досліджень полягають у подальшому вдосконаленні та впровадженні національних і регіональних програм боротьби з онкологічними захворюваннями.

Література

1. *Мажак І. М.* Цільові програми у реалізації державної політики у сфері профілактики та боротьби з онкологічними захворюваннями / І. М. Мажак // Державне управління: удосконалення та розвиток. – 2013. – № 7 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=601>. – Назва з екрана.
2. *Про затвердження галузевої програми «Скринінг патології шийки матки» на 2005–2010 роки»* : наказ МОЗ України від 31.12.2004 р. № 677 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=3606>. – Назва з екрана.
3. *Рак в Україні, 2009–2010* / З. П. Федоренко, А. В. Гайсенко, Л. О. Гулак [та ін.] // Бюлетень Національного канцер-реєстру. – 2011. – № 12. – С. 57–58.
4. *Степула В. В.* Рак шийки матки в Україні: проблеми і розв'язання / В. В. Степула, О. В. Лук'янчук, А. І. Рибін // Одеський мед. журнал. – 2006. – Т. 95, № 3. – С. 83–86.
5. *Сучасний стан діагностики, лікування та реєстрації карциноми in situ шийки матки* / З. П. Федоренко, Л. І. Воробійова, Є. Л. Горох [та ін.] // Клиническая онкология. – 2012. – № 6 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.clinicaloncology.com.ua/article/3963/suchasnij-stan-diaagnostiki-likuvannya-ta-reyestracii-karcinomi-in-situ-shijki-matki>. – Назва з екрана.
6. *Screening for cervical cancer. A systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force* [Електронний ресурс] / К. К. Vesco, Е. Р. Whitlock, М. Eder [et al.] // PubMed Health. – 2011. – № 86, Report No.: 11-05156-EF-1 [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0016542>. – Title from screen.
7. *Screening, survival and mortality for cervical cancer* // Health at a Glance 2013. OECD Indicators. – OECD, 2013. – P. 124–125 [Electronic resource]. – Access mode : http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2013/screening-survival-and-mortality-for-cervical-cancer_health_glance-2013-51-en. – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 06.03.2014 р.

Анализ заболеваемости, смертности, результатов диагностики и лечения больных раком шейки матки в Украине и Ивано-Франковской области за 2003–2012 гг.

О.З. Децик, А.Е. Крижановская

ГБУЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский университет» МЗ Украины, г. Ивано-Франковск, Украина

Цель – оценить эффективность государственных программ борьбы с онкологическими заболеваниями.

Материалы и методы. Используются данные государственной и отраслевой статистики за 2003–2012 гг. в Украине и Ивано-Франковской области, а также методы эпидемиологического анализа, статистический и графического изображения.

Результаты. За 10 лет на государственном и региональном уровне улучшилось раннее выявление рака шейки матки (на 6,5% в Украине в 2012 г. по сравнению с 2003 г.) и увеличился охват больных специализированным лечением (на 3,8% соответственно). В результате: повысились уровни первичной заболеваемости (на 14,2%), главным образом, за счет возрастных групп 30–44 лет (на 45,9–49,8% за последние 15 лет, что в значительной мере объясняет феномен «омоложения рака»); снизилась летальность до года с момента установления диагноза (на 25,3%) и наметилась тенденция к уменьшению смертности (на 2,2%).

Выводы. Государственные программы борьбы с онкологическими заболеваниями вообще и раком шейки матки в частности являются эффективными и целесообразными.

Ключевые слова: рак шейки матки, заболеваемость, смертность, государственная целевая программа.

Analysis of cervical cancer morbidity, mortality, outcomes of diagnostics and treatment in Ukraine and Ivano-Frankivsk region in 2003–2012

O.Z. Detsyk, A.E. Kryzhanivska

SHEE «Ivano-Frankivsk National Medical University» Ministry of Health of Ukraine, Ivano-Frankivsk, Ukraine

Purpose – evaluation of the government cancer programs effectiveness.

Materials and methods. Data state and branch statistics in Ukraine and Ivano-Frankivsk region for 2003–2012; of epidemiology analysis, biostatistics, and graphic representation.

Results. For the ten-year period on state and regional level there was improving of early detection of cervical cancer (6.5% in Ukraine in 2012 compared with 2003) and patients' coverage by specialized treatment (3.8%, respectively). As a consequence: the level of incidence rate has increased (14.2%), mainly due to the age group 30–44 years (45.9–49.8% for the last fifteen years, which in some way can be explanation of phenomenon referred to «rejuvenation of cancer»); the lethality for year after diagnosis was reduced (25.3%) and death rate was decreased (2.2%).

Conclusion. Government cancer programs a whole and with regard to cervical cancer particularly is effective and appropriate.

Key words: cervical cancer, morbidity, mortality, government cancer programs.

Відомості про авторів

Децик Орина Зенонівна – д.мед.н., проф., зав. кафедри соціальної медицини, організації охорони здоров'я і медичного правознавства ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України, вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, 76018, Україна; служб. тел. +38 (03422) 52-71-11, e-mail: oryna_detsyk@ukr.net.

Крижанівська Анна Євстахіївна – к.мед.н., доц., зав. курсом онкології ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України, вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, 76018, Україна; e-mail: anna.nivska@gmail.com.

В.Л. Савицький, І.В. Огороднійчук,
В.М. Якимець, Л.А. Устінова

ВИВЧЕННЯ ЗВЕРНЕНЬ РІЗНИХ КАТЕГОРІЙ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПО МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ У 2001–2010 РР.

Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

Мета – вивчити звернення різних категорій військовослужбовців Збройних сил України по медичну допомогу.

Матеріали та методи. У дослідженні застосовувалися матеріали офіційної статистичної звітності Ф-2/МЕД Міністерства оборони України за даними роботи медичної служби. При цьому використовувалися аналітичний, структурно-логічний та статистичний методи дослідження.

Результати. У 2001–2010 рр. спостерігалась достовірна тенденція до зростання частоти звернень по медичну допомогу офіцерів, військовослужбовців строкової служби та курсантів Збройних сил України на 3,59% і військовослужбовців військової служби за контрактом – на 5,89% щорічно ($P < 0,05$). При цьому темпи зростання даного показника були значно меншими за темпи підвищення показників захворюваності, що може пов'язуватися з недостатніми лікувально-діагностичними можливостями медичних пунктів, функції яких фактично взяли на себе інші ланки медичної допомоги (вторинна та третинна).

Висновки. Останніми роками спостерігалось погіршення стану здоров'я офіцерів Збройних сил України, а також статистично значуще погіршення стану здоров'я військовослужбовців строкової служби, курсантів і військовослужбовців військової служби за контрактом.

Ключові слова: захворюваність військовослужбовців, здоров'я військовослужбовців, частота звернень, групи здоров'я, медична допомога.

Вступ

Здоров'я військовослужбовців тісно взаємопов'язане із соціально-економічними умовами, факторами служби та побуту, станом військової охорони здоров'я, його профілактичною спрямованістю і способом життя.

Стан здоров'я військовослужбовців – вагомий чинник боєздатності військ, який має значне економічне та соціальне значення [1, 2].

У комплексі показників стану здоров'я захворюваність посідає особливе місце. Медико-соціальне значення захворюваності визначене тим, що саме вона є основною причиною смертності, тимчасової та стійкої втрати працездатності, що, своєю чергою, приводить до економічних втрат суспільства, негативно впливає на здоров'я майбутніх поколінь і зменшення чисельності населення [3].

Матеріали про рівень і структуру захворюваності військовослужбовців, особливо в динаміці, є необхідними для розробки програм щодо зміцнення здоров'я військовослужбовців, зокрема, при розгортанні мережі військових лікувально-профілактичних закладів і під-

готовці медичних кадрів. Важливим є те, що показники захворюваності є одними з найбільш інформативних критеріїв діяльності закладів військової охорони здоров'я та ефективності проведення лікувально-профілактичних заходів [4, 5].

Аналіз існуючої системи профілактичного забезпечення військ Збройних сил України (ЗС) вказує на те, що вона не відповідає сучасним вимогам, а рівень її фінансування та матеріально-технічного забезпечення приводить до зниження бойової та мобілізаційної готовності, боєздатності військ, невиконання ними завдань за призначенням [1].

Мета роботи – вивчити звернення різних категорій військовослужбовців ЗС України по медичну допомогу.

Матеріали та методи

У дослідженні застосовувалися матеріали офіційної статистичної звітності Ф-2/МЕД Міністерства оборони України за даними роботи медичної служби. При цьому використовувалися аналітичний, структурно-логічний та статистичний методи дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення

У 2001–2010 рр. спостерігалась достовірна тенденція до зростання частоти звернень по медичну допомогу серед офіцерів, військовослужбовців строкової служби і курсантів ЗС України на 3,59%, а військовослужбовців військової служби за контрактом – на 5,89% щорічно ($P < 0,05$). При цьому темпи зростання даного показника були значно меншими за темпи підвищення показників захворюваності, що може пов'язуватися з недостатніми лікувально-діагностичними можливостями медичних пунктів, функції яких фактично взяли на себе інші ланки медичної допомоги (вторинна та третинна). Показники, що дають змогу оцінити багаторічну тенденцію до змін даних показників протягом періоду спостереження, наведено в таблиці.

Слід зазначити, що між показником звернень по медичну допомогу та показниками захворюваності для офіцерів, військовослужбовців строкової служби і курсантів спостерігалися кореляційні зв'язки, які в більшості випадків були достовірними (на різних рівнях значущості). Своєю чергою, відсутність достовірної тенденції до збільшення показника звернень по медичну допомогу військовослужбовців військової служби за контрактом (на фоні зростання показників захворюваності) та відсутність достовірних кореляційних зв'язків між першим показником та іншими стали тривожним симптомом, що засвідчило недостатню роль первинної ланки військової медицини у формуванні належного рівня здоров'я даної категорії військовослужбовців.

Викликає занепокоєння зменшення показника кількості звернень по медичну допомогу серед офіцерів і військовослужбовців строкової служби у 2010 р. порівняно з 2009 р. на 3,76% і 21,49% відповідно.

У результаті аналізу даних серед офіцерів ЗС України виявлено, що у 2001–2010 рр. достовірно зменшилася питома вага осіб першої групи здоров'я

(у середньому $-1,84\%$ за рік, $P < 0,05$) і збільшилась – військовослужбовців другої та третьої груп (середньобагаторічний показник збільшення становив $+4,86\%$ і $+2,41\%$ відповідно, при цьому перший показник виявився вірогідним, $P < 0,05$).

Зареєстрована тенденція до зменшення питомої ваги офіцерів першої групи здоров'я, яка виявилась найбільш вираженою для вищого офіцерського складу (середньобагаторічний показник збільшення становив $-15,47\%$, $P < 0,1$), дещо меншою – для старших офіцерів (середньобагаторічний показник збільшення становив $-5,07\%$, $P < 0,01$). Як відомо, до молодшого офіцерського складу входять переважно особи наймолодшої вікової групи, а відповідно до вищого офіцерського складу – найстаршої групи.

Виявлена закономірність вказала на значне та достовірне погіршення показників стану здоров'я офіцерів старших вікових груп порівняно з молодшими.

У 2010 р. порівняно з 2009 р. достовірно збільшилась питома вага офіцерів у цілому, а також вищих, старших і молодших офіцерів першої групи здоров'я – відповідно на $1,49\%$ ($P < 0,001$), $7,56\%$ ($P < 0,01$), $3,95\%$ ($P < 0,001$) та $1,75\%$ ($P < 0,001$). Однак питома вага офіцерів даної групи була значно меншою за узагальнений інтегральний показник за 10 років для усіх категорій офіцерів (на $3,98\%$, $P < 0,001$) і для старших офіцерів (на $10,35\%$, $P < 0,001$).

Відповідно до збільшення у 2010 р. питомої ваги офіцерів першої групи здоров'я порівняно з 2009 р. зменшились питома вага офіцерів другої та третьої груп. Достовірним було зменшення питомої ваги офіцерів третьої групи здоров'я для групи старших офіцерів ($-4,56\%$, $P < 0,001$), молодших офіцерів ($-0,69\%$, $P < 0,01$), усіх офіцерів загалом ($-1,67\%$, $P < 0,001$) та питомої ваги другої групи для молодших офіцерів ($-1,06\%$, $P < 0,01$). При цьому достовірно більшою за узагальнені дані за 10 років у 2010 р. була питома вага третьої групи здоров'я для молодших офіцерів (на $0,78\%$, $P < 0,001$).

Таблиця

Кількість звернень різних категорій військовослужбовців Збройних сил України на одну особу за рік по медичну допомогу до медичних працівників медичних пунктів військових частин (закладів) за 2001–2010 рр.

Категорія військовослужбовців	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Середнє арифметичне	Інтегральний показник
Офіцери	3,169	3,252	3,468	3,528	3,418	3,217	4,426	4,153	3,996	3,543	3,625	3,546
Військовослужбовці строкової служби та курсанти	4,084	4,364	5,179	6,032	4,450	6,221	6,071	7,516	5,901	6,243	5,535	5,135
Військовослужбовці за контрактом	1,980	2,603	2,357	2,760	1,878	2,085	2,226	2,521	2,572	2,565	2,331	2,322

Загальна тенденція змін структури показників за групами здоров'я військовослужбовців строкової служби та курсантів полягала у недостовірному зменшенні частки військовослужбовців першої групи здоров'я (-1,39% щорічно, $P > 0,1$) та збільшенні за рахунок цього частки другої та третьої груп (+6,34% та +1,73% щорічно, $P < 0,1$ та $P > 0,1$ відповідно). За окремими категоріями військовослужбовців достовірним було щорічне збільшення на 6,40% ($P < 0,1$) частки військовослужбовців строкової служби, віднесених до другої групи здоров'я, а тенденція до зменшення частки курсантів другої групи здоров'я (-1,54% щорічно) була протилежною та недостовірною.

У 2010 р. порівняно з 2009 р. питома вага осіб першої групи здоров'я достовірно збільшилась серед військовослужбовців строкової служби, курсантів та в цілому (на 4,93%, 5,17% і 4,62% відповідно, $P < 0,001$). Питома вага осіб другої групи здоров'я серед усіх категорій, навпаки, зменшилась (на 0,69%, 7,83% та 1,17%, $P < 0,05$, $P < 0,001$ та $P < 0,001$ відповідно). Зміни питомої ваги військовослужбовців третьої групи здоров'я були різними – серед курсантів вона збільшилась на 2,66% ($P < 0,001$), серед військовослужбовців строкової служби та за усіма категоріями загалом – зменшилась на 4,24% ($P < 0,001$) і 3,45% ($P < 0,001$) відповідно.

У 2010 р. серед військовослужбовців строкової служби, курсантів і загалом питома вага військовослужбовців першої групи здоров'я була більшою за узагальнений інтегральний показник за 2001–2010 рр. на 0,14% ($P > 0,1$), 4,53% ($P < 0,001$) і 0,18% ($P > 0,1$) – достовірно тільки в одному випадку (для курсантів). Питома вага осіб другої групи здоров'я серед військовослужбовців строкової служби та разом з курсантами була достовірно меншою на 1,48% ($P < 0,001$) і 1,22% ($P < 0,001$), ніж у цілому за 10 років, а серед курсантів, навпаки, – більшою на 4,73% ($P < 0,001$). Питома вага курсантів третьої групи здоров'я у 2010 р. була на 0,21% меншою за відповідну частку за 10 років ($P > 0,1$). Аналогічна питома вага військовослужбовців строкової служби та загалом усіх

категорій була більшою за узагальнений інтегральний показник на 1,62% і 1,40% ($P < 0,001$).

У 2001–2010 рр. деякі показники в структурі показників за групами здоров'я військовослужбовців військової служби за контрактом мали тенденцію до змін.

Серед військовослужбовців військової служби за контрактом спостерігалась достовірна багаторічна тенденція до зменшення питомої ваги осіб першої групи (-1,25% щорічно, $P < 0,05$) та, відповідно, збільшення питомої ваги військовослужбовців другої групи (+5,28% щорічно $P < 0,1$). Збільшення за регресійною моделлю питомої ваги третьої групи здоров'я (+4,22% щорічно, $P > 0,1$) було недостовірним.

У 2010 р. порівняно з 2009 р. серед військовослужбовців військової служби за контрактом достовірно збільшилась питома вага осіб першої групи здоров'я на 4,02% ($P < 0,001$) і зменшилась питома вага осіб другої та третьої груп на 1,39% і 2,63% ($P < 0,001$), що, безумовно, є позитивним.

Незважаючи на такі позитивні зміни показників, у 2010 р. частка військовослужбовців військової служби за контрактом, віднесених до першої групи здоров'я, була достовірно меншою за узагальнений за 2001–2010 рр. інтегральний показник на 1,37% ($P < 0,001$), а питома вага другої та третьої груп – відповідно більшою на 1,06% ($P < 0,001$) і 0,31% ($P < 0,05$).

Висновки

Останніми роками спостерігалось погіршення стану здоров'я офіцерів ЗС України, а також незначне, але статистично значуще погіршення стану здоров'я військовослужбовців строкової служби, курсантів і військовослужбовців військової служби за контрактом.

Перспективи подальших досліджень

У перспективі доцільно продовжити вивчення стану здоров'я військовослужбовців різних категорій та роботу медичної служби військової частини.

Література

1. Вовкодав М. М. Наукове обґрунтування основних напрямків реформування системи охорони здоров'я військовослужбовців Збройних сил України / М. М. Вовкодав. – К., 1999. – С. 7–13.
2. Волик О. М. Динаміка показників здоров'я військовослужбовців Збройних сил України кадрового складу за даними щорічної статистичної звітності / О. М. Волик // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2002. – № 3 – С. 15–17.
3. *Заболєваемость* военнотружаших по данным обрашаемости в лечебно-профилактические учреждения / Н. Н. Вовкодав, Н. И. Хижняк, Ю. К. Ситниченко, Г. И. Кальченко // Проблемы военного здравоохранения и пути его реформирования. – К., 1996. – С. 94–96.
4. Огороднійчук І. В. Захворюваність, госпіталізація та працевтрати військовослужбовців Збройних сил України 2001–2004 рр. / І. В. Огороднійчук, В. В. Нарожнов, М. І. Хижняк // Проблеми військової охорони здоров'я : зб. наук. праць УВМА. – К., 2006. – Вип. 15. – С. 505–511.

5. Хижняк М. І. Методичні вказівки щодо оцінки стану здоров'я військовослужбовців Збройних сил України / М. І. Хижняк, І. Д. Думайський, Л. І. Біденко. – Ірпінь, 2003. – С. 2–9.

Дата надходження рукопису до редакції: 28.04.2014 р.

Изучение обращений различных категорий военнослужащих за медицинской помощью в 2001–2010 гг.

*В.Л. Савицкий, И.В. Огородничук,
В.Н. Якимец, Л.А. Устинова*
Украинская военно-медицинская академия,
г. Киев, Украина

Цель – изучить обращения различных категорий военнослужащих Вооруженных сил Украины за медицинской помощью.

Материалы и методы. В исследовании применялись материалы официальной статистической отчетности Ф-2/МЕД Министерства обороны Украины по данным работы медицинской службы. При этом использовались аналитический, структурно-логический и статистический методы исследования.

Результаты. В 2001–2010 гг. наблюдалась достоверная тенденция к увеличению частоты обращений за медицинской помощью офицеров, военнослужащих срочной службы и курсантов Вооруженных сил Украины на 3,59% военнослужащих военной службы по контракту – на 5,89% ежегодно ($P < 0,05$). При этом темпы повышения данного показателя были значительно меньше, чем темпы повышения показателей заболеваемости, что может быть связано с недостаточными лечебно-диагностическими возможностями медицинских пунктов, функции которых фактически взяли на себя другие звенья медицинской помощи (вторичная и третичная).

Выводы. В последние годы наблюдалось ухудшение состояния здоровья офицеров Вооруженных сил Украины, а также незначительное, но статистически значимое ухудшение состояния здоровья военнослужащих срочной службы, курсантов и военнослужащих по контракту.

Ключевые слова: заболеваемость военнослужащих, здоровье военнослужащих, частота обращений, группы здоровья, медицинская помощь.

The study calls for medical aid to various categories of servicemen in 2001–2010

*V.L. Savytsky, I.V. Ohorodnychuk,
V.M. Yakymets, L.A. Ustinova*
Ukrainian Military Medical Academy,
Kyiv, Ukraine

Purpose – to study calls for medical aid to various categories of servicemen of the Ukrainian armed forces.

Materials and methods. In research materials of the official statistical accounting of f-2/HONEY of Department of defense of Ukraine from data of work of medical service. The analytical was thus used, структурно-логический and statistical research methods.

Results. The analysis showed that during 2001–2010 observed significant growth trend in the frequency of requests for medical aid officers and enlisted personnel and cadets of the Armed Forces of Ukraine respectively on 3.59% and military service under the contract of 5.89% per year ($P < 0.05$). At that, the growth rates of this indicator were significantly less than the rate of growth of morbidity, which may be due to inadequate diagnostic and treatment capabilities medical points, which actually took the other care (secondary and tertiary).

Conclusions. It was found that despite the positive trend in 2010, there has been a deterioration in the health officers of the Armed Forces of Ukraine in recent years. Also there was a slight, but statistically significant deterioration in the health of conscripts, cadets and soldiers of military service under contract.

Key words: the incidence of servicemen, military men health, frequency of calls, group health, medical care.

Відомості про авторів

Савицький Валерій Леонідович – д.мед.н., проф., нач. Української військово-медичної академії; вул. Мельникова, 24, м. Київ, 04655, Україна; служб. тел. +38 (044) 489-16-34.

Огородничук Ірина Володимирівна – д.мед.н., доц. кафедри військово-профілактичної медицини Української військово-медичної академії; вул. Волинська, 66а, м. Київ, 04655, Україна; служб. тел. +38 (044) 248-10-92; e-mail: iro4ka.ogo@yandex.ua.

Якимець Володимир Миколайович – д.мед.н., проф. кафедри військової фармації Української військово-медичної академії; вул. Волинська, 66а, м. Київ, 04655, Україна; служб. тел. +38 (044) 248-10-92; e-mail: carpus54@ukr.net.

Устінова Людмила Анатоліївна – д.мед.н., проф. кафедри військово-профілактичної медицини Української військово-медичної академії; вул. Волинська, 66а, м. Київ, 04655, Україна; служб. тел. +38 (044) 248-10-92; e-mail: nastya@euro.com

УДК 312.6:311.2(477)

Л.А. Чепелевська, О.П. Рудницький

ЗМІНИ В ЧИСЕЛЬНОСТІ ТА СТАТЕВО-ВІКОВОМУ СКЛАДІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

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

Мета – проаналізувати зміни в чисельності населення України та його статеві-віковій структурі залежно від регіону.

Матеріали та методи. Використано офіційні дані Державної служби статистики про чисельність населення в Україні та її регіонах за 2008–2012 рр. Методи дослідження – медичної та математичної статистики, системний підхід.

Результати. За 2008–2012 рр. в переважній більшості регіонів України (як у сільській місцевості, так і останніми роками в містах) спостерігалось скорочення чисельності населення – на 819,7 тис. осіб. Основною причиною став природний убуток населення.

Висновки. Найсуттєвішою рисою довготривалих змін у статеві-віковому складі населення України на сучасному етапі є його старіння. Натепер відсоток осіб у віці, старшому за працездатний, сягає майже 25,0%, у міських поселеннях – 24,0%, у сільській місцевості – 26,6%. За часткою осіб віком 60 років і старших Україна завершує список 25 «найстаріших» країн світу.

Ключові слова: чисельність населення, вікова структура, Україна, регіони.

Вступ

Суспільні перетворення в Україні за роки незалежності, які супроводжувались гострою і затяжною соціально-економічною кризою, вкрай негативно позначилися на відтворенні населення і обернулися значними демографічними втратами. Зазначені перетворення відображають глибоку демографічну трансформацію українського суспільства. Це значною мірою є наслідком кількісних та якісних деформацій, спричинених кризовими процесами протягом останніх двадцяти років, яких можна було б уникнути за умов еволюційного розвитку. У ХХІ ст. Україна вступила з одними з найгірших серед європейських країн показниками життєздатності населення та тягарем багатьох невирішених соціально-демографічних проблем. Тому пом'якшення негативного впливу соціально-економічних перетворень на сферу відтворення населення і подолання кризових явищ у ній є пріоритетним завданням України в цілому та суспільства зокрема [1–5].

Мета роботи – проаналізувати зміни в чисельності населення України та його статеві-віковій структурі залежно від регіону.

Матеріали та методи

Використано офіційні дані Державної служби статистики про чисельність населення в Україні та її регі-

онах за 2008–2012 рр. Методи дослідження – медичної та математичної статистики, системний підхід.

Результати дослідження та їх обговорення

Чисельність населення в Україні неухильно скорочується вже протягом останніх двадцяти років. З початку 1993 р., коли населення України мало найбільшу чисельність, до кінця 2012 р. його природний убуток – результат перевищення числа померлих над числом народжених і негативне сальдо міграції (що фіксувалося в Україні за 1994–2004 рр.) зумовили скорочення кількості населення майже на 7 млн осіб, головну роль в якому відіграло природне зменшення (депопуляція), (рис. 1).

Перевищення числа померлих над кількістю народжених на сьогодні не є таким вже екстраординарним явищем – понад третина європейських країн нині охоплені депопуляцією. Однак Україна серед цих держав вирізняється масштабністю депопуляції, прискореними темпами скорочення чисельності населення: на початку 2000-х років країна внаслідок депопуляції щорічно втрачала в середньому понад 300 тис. осіб (за 2012 р. – 142 тис. осіб), причому показник депопуляції (відношення числа померлих до кількості народжених) становив в Україні 1,3 і був найвищим у Європі. Рівні народжуваності й смертності в Україні настільки несприятливі, що навіть за

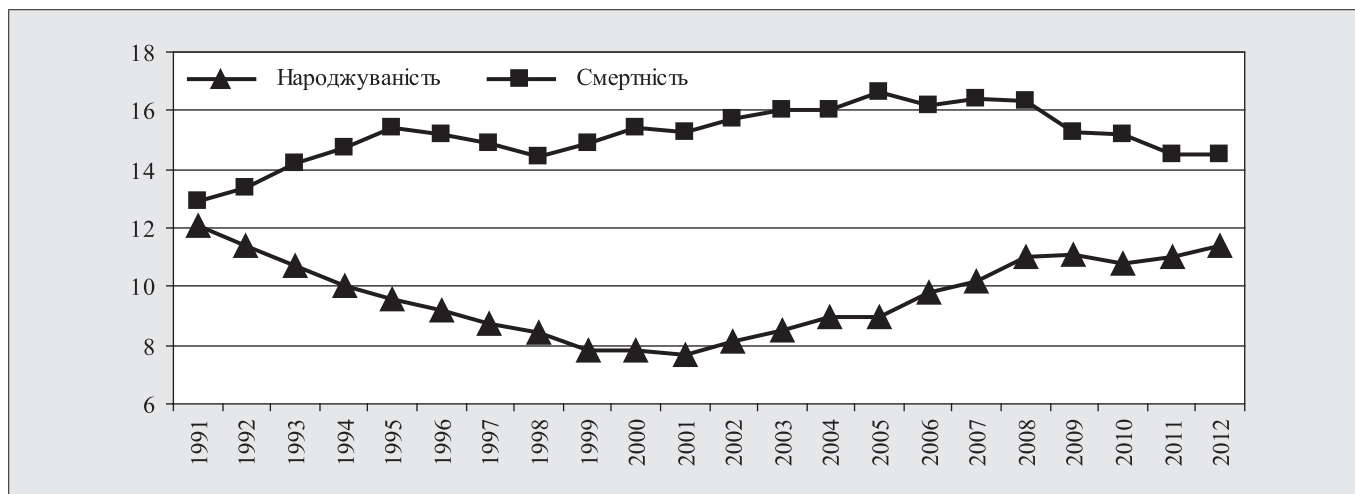


Рис. 1. Динаміка загальних коефіцієнтів народжуваності та смертності населення України за 1991–2012 рр. (%)

умови певного поліпшення демографічної ситуації в довгостроковій перспективі триватиме скорочення населення, і у середині поточного сторіччя, за оцінками авторитетних дослідницьких центрів (відділ народонаселення ООН, Бюро цenzів США, Інститут демографії та соціальних досліджень НАН України), його чисельність становитиме 36–38 млн, або на 10–12 млн осіб менше, ніж нині.

Незважаючи на затьожну кризу у сфері відтворення населення, Україна на сьогодні залишається однією з багатолюдних європейських країн, посідаючи за чисельністю п'яте місце після Німеччини, Великої Британії, Франції та Італії.

На початок 2013 р., за оцінкою Державної служби статистики, чисельність населення України становила 45 553 тис. осіб. Населення України останніми роки продовжувало убувати, хоча і з помітним сповільненням темпів у 2009–2012 рр. За даними таблиці 1, чисельність населення України скоротилася за останні п'ять

років майже на 0,9 млн осіб, а протягом 2012 р. – на 81 тис. осіб, або на 0,2%.

Сповільнення темпів скорочення природного убутку населення України за декілька останніх років – явище, швидше за все, тимчасове, обумовлене перехідними факторами. Серед них – значне зростання числа жінок дітородного віку (результат підвищення народжуваності в 1980-ті роки), що сприяло збільшенню числа народжень, а також призупиненню зростання і навіть скороченню числа літніх людей, що сповільнювало зростання числа смертей. Починаючи з 2001 р., 60-річну межу перетнули нечисленні покоління 1941 р. і наступних років народження, внаслідок чого число людей у віці 60 років і старших скоротилося протягом 2002–2006 рр. майже на 10%; з 2007 р. чисельність цього вікового контингенту знову почала повільно збільшуватись.

Вже у 20-х роках ХХІ ст. число потенційних матерів повернеться до рівня початку 1990-х років, а зрос-

Таблиця 1
Чисельність наявного населення на початок року та її зміни в Україні за 2008–2013 рр.

Рік	Чисельність наявного населення, тис. осіб			Зміни чисельності населення, 2007 р. = 100%		
	усе населення	міські поселення	сільські поселення	усе населення	міські поселення	сільські поселення
2008	46 372,7	31 668,8	14 703,9	100,0	100,0	100,0
2009	46 143,7	31 587,2	14 556,5	99,5	99,7	99,0
2010	45 962,9	31 524,8	14 438,1	99,1	99,5	98,2
2011	45 778,5	31 441,6	14 336,9	98,7	99,3	97,5
2012	45 633,6	31 380,9	14 252,7	98,4	99,1	96,9
2013	45 553,0	31 378,6	14 174,4	98,2	99,1	96,4

Таблиця 2

Зміни чисельності наявного населення України за період 2008–2013 рр.

Рік	Чисельність наявного населення на початок року, тис. осіб	Загальний приріст (убуток), тис. осіб	У тому числі		
			природний приріст	міграційний приріст	адміністративно-територіальні перетворення
<i>Усе населення</i>					
2008	46 372,7	-229,0	-243,9	14,3	
2009	46 143,7	-180,8	-194,2	13,4	
2010	45 962,9	-184,4	-200,5	16,1	
2011	45 778,5	-144,9	-162,0	17,1	
2012	45 633,6	-80,6	-142,4	61,8	
2013	45 553,0				
<i>Міське населення</i>					
2008	31 668,8	-81,6	-122,3	40,7	–
2009	31 587,2	-62,4	-92,8	29,9	4,6
2010	31 524,8	-83,2	-104,5	21,4	–
2011	31 441,6	-60,7	-82,1	21,3	
2012	31 380,9	-2,3	-70,2	65,5	
2013	31 378,6				
<i>Сільське населення</i>					
2008	14 703,9	-147,4	-121,6	-25,8	–
2009	14 556,5	-118,4	-101,4	-16,5	-4,6
2010	14 438,1	-101,2	-96,0	-5,2	–
2011	14 336,9	-84,2	-79,9	-4,2	
2012	14 252,7	-78,3	-72,2	-3,6	
2013	14 174,4				

тання числа літніх людей знову набере силу за рахунок численних повоєнних поколінь, народжених у 1949–1960 рр. У результаті структурні фактори, дуже сприятливі з точки зору формування природного приросту в першому десятиріччі XXI ст., із середини другого десятиріччя стануть, навпаки, дуже несприятливими.

Ще один чинник, який обумовлює сповільнення природного убутку населення України останнім часом, – сприятливі зміни у динаміці народжуваності в результаті активізації соціально-демографічної політики. Досвід багатьох країн показує, що підвищення народжуваності в Україні завдяки заходам демографічної політики не буде довготривалим і сталим.

Зараз сприятливі зміни вікової структури посилюють позитивний ефект поліпшення показників народжуваності,

але через декілька років зміни вікового складу будуть діяти у протилежному напрямі, послаблюючи ефект досягнень демографічної політики. За всіма наявними оцінками, очікувані підвищення рівня народжуваності й зниження смертності, навіть за найоптимістичнішими прогнозами, неспроможні нейтралізувати вплив несприятливих структурних змін, внаслідок чого зростання природного убутку населення відновиться.

Це зростання може бути більшим або меншим, залежно від того, наскільки найближчими роками вдасться знизити смертність і підвищити народжуваність, але таких змін смертності й народжуваності, які б повністю виключили збільшення природного убутку населення України, за жодним демографічним прогнозом не очікується.

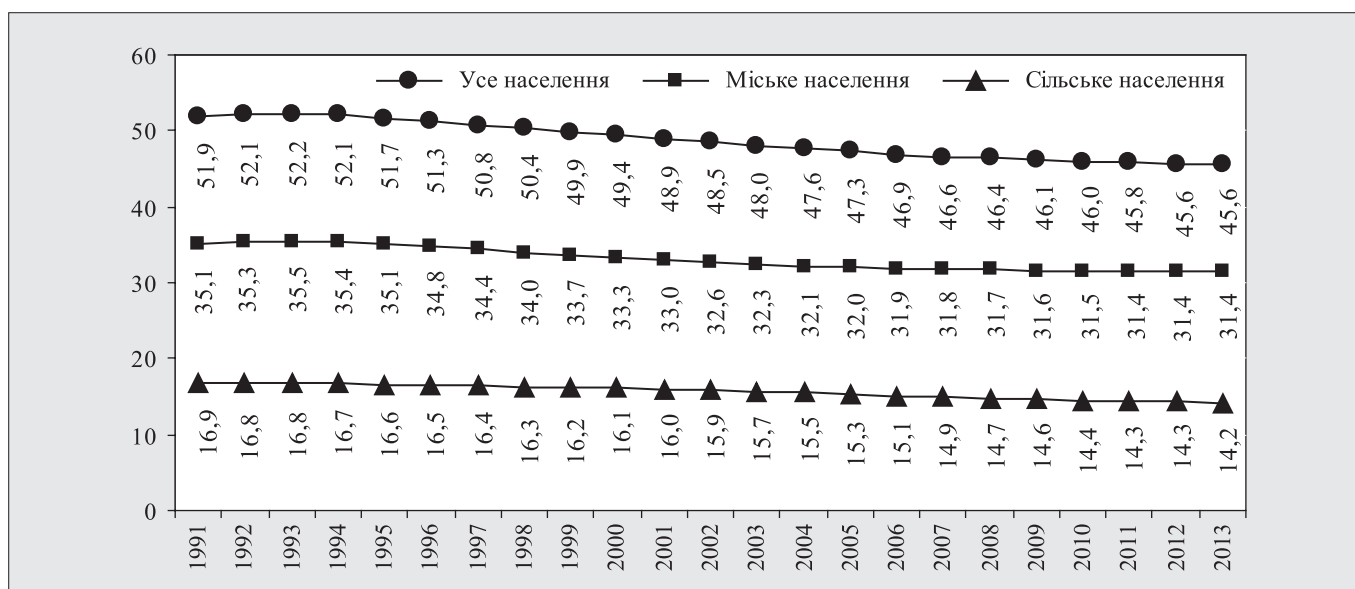


Рис. 2. Динаміка чисельності населення України за 1991–2013 рр. (млн осіб)

Останнім часом міграційний чинник став фактором протидії убутку населення України. За даними Держслужби статистики, протягом 2008–2012 рр. в Україну прибуло на 122,7 тис. осіб більше, ніж вибуло за її межі (табл. 2). Однак такі обсяги додатного сальдо міграції неспроможні істотно вплинути на депопуляційний тренд динаміки населення України.

За роки незалежності помітні зміни відбулися в динаміці міського та сільського населення України. Якщо раніше число жителів міських поселень швидко збільшилось абсолютно і відносно, а число сільських жителів – скоротилося, то в останні два десятиріччя

міське населення також скоротилося. У 1993 р. статистичними органами України вперше за повоєнні роки зареєстровано убуток міського населення. У підсумку за 1993–2012 рр. чисельність міського населення скоротилась на 4 млн осіб, а за останні п'ять років – на 0,3 млн осіб. Сільське населення також зменшилося – на 2,6 млн осіб за останні 20 років (рис. 2).

Формування чисельності міського та сільського населення у 2008–2012 рр. відбулося за рахунок усіх трьох складових: природного і міграційного приросту (убутку), а також адміністративно-територіальних перетворень. При цьому природний убуток для міста та

Таблиця 3
Загальні коефіцієнти природного приросту (зменшення) та показники життєвості населення України за 2005–2012 рр.

Рік	Загальні коефіцієнти природного приросту (зменшення) населення (‰)			Показники життєвості населення		
	міські поселення та сільська місцевість	міські поселення	сільська місцевість	міські поселення та сільська місцевість	міські поселення	сільська місцевість
2005	-6,4	-4,9	-9,5	0,54	0,60	0,46
2006	-6,2	-4,8	-9,4	0,61	0,66	0,52
2007	-5,3	-3,9	-8,3	0,62	0,67	0,53
2008	-4,2	-2,9	-7,0	0,68	0,74	0,58
2009	-4,2	-2,9	-7,0	0,73	0,79	0,63
2010	-4,4	-3,3	-6,7	0,71	0,76	0,64
2011	-3,5	-2,6	-5,6	0,76	0,80	0,68
2012	-3,1	-2,2	-5,1	0,79	0,83	0,71

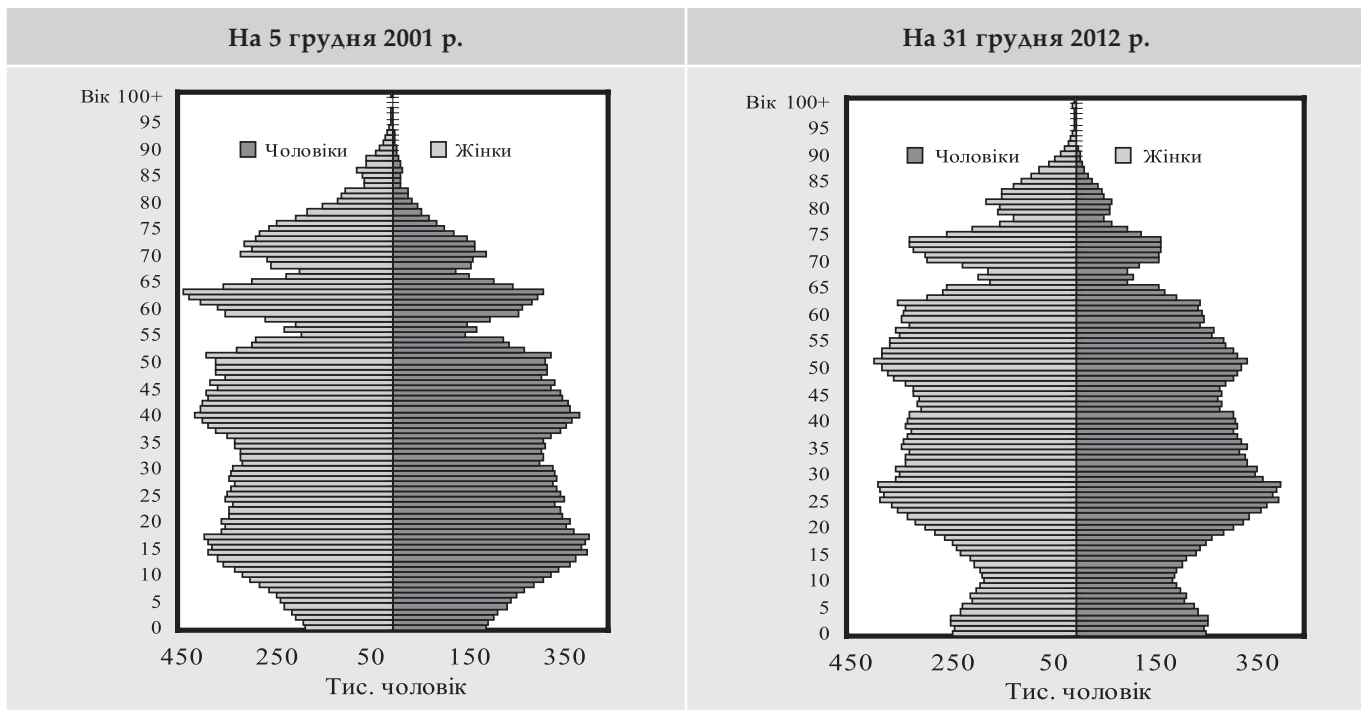


Рис. 3. Статеві-вікові піраміди населення України у 2001 р. і на кінець 2012 р. (тис. осіб)

села став основним довготривалим фактором зменшення чисельності населення (табл. 3).

Серед регіонів України за чисельністю населення виділилися Донецька область (4375,4 тис. осіб, або 9,6% населення України, на початок 2013 р.), м. Київ (2845,0 тис. осіб, або 6,2%) і Харківська область (2744,4 тис. осіб, або 6,0%). На Львівську, Одеську і Луганську області припало по 5,0–5,6% населення країни, а на решту регіонів – менше ніж по 3%. Найменша кількість населення – у Чернівецькій (907,2 тис. осіб) і Кіровоградській (995,2 тис. осіб) областях.

Скорочення чисельності у 2008–2012 рр. спостерігалось в переважній більшості регіонів України. Найбільше скоротилося число жителів Чернігівської (на 5,1% порівняно з 2008 р.), Сумської (на 4,5%), Луганської та Кіровоградської (на 4,2%) областей. У групі п'яти західних областей (Волинської, Рівненської, Івано-Франківської, Чернівецької та Закарпатської) чисельність населення станом на 31.12.2012 р. залишилася практично на рівні показників початку 2008 р.

Зростання населення протягом останніх п'яти років зафіксовано у містах Києві (на 3,8%) та Севастополі (0,1%).

Статеві-віковий склад населення – це узагальнене відображення демографічних процесів (народжуваність, смертність, міграція), що мали місце у минулому. Статеві-вікова структура населення України значною мірою деформована соціально-економічними катаклізмами (голодомори, війни тощо), якими надто часто

переривався відносно спокійний хід історії України. Тому для сучасної статеві-вікової піраміди населення України характерні деформовані, порвані краї і дуже сильна асиметрія чоловічої та жіночої частин піраміди (рис. 3).

Серйозну проблему становлять економічні наслідки сучасних структурних вікових зрушень. Так, незважаючи на те, що протягом тривалого часу чисельність населення України зменшилася, кількість людей працездатного віку до 2006 р. збільшилася. У результаті демографічне навантаження на одного працівника, тобто співвідношення контингентів населення у працездатному і непрацездатному (діти, люди літнього віку) віці, зменшилось. Але з 2007 р. цей сприятливий етап завершився, висхідна хвиля в динаміці населення працездатного віку змінилася низхідною, тому рівень демографічного навантаження працездатних непрацездатними в Україні за останні п'ять років мав сталу тенденцію до зростання (табл. 4).

Найістотношою рисою довготривалих змін у статеві-віковому складі населення України усіх типів поселень на сучасному етапі є його старіння (зменшення частки дітей і молоді та збільшення частки людей старшого і похилого віку) як об'єктивний результат еволюції основних демографічних процесів. Старіння поглиблюється доти, доки відбуваються зміни в режимі відтворення і міграції населення. З їх стабілізацією певним чином стабілізується статеві-віковий склад населення, який кардинально відрізняється від попереднього. Пусковим чинником старіння населення в істо-

Таблиця 4

Розподіл населення України за великими віковими групами на початок 2007, 2011, 2012, 2013 рр. (%)

Рік	Частка населення у віці		
	допрацездатному	працездатному	післяпрацездатному
<i>Міські та сільські поселення</i>			
2007	15,6	60,6	23,9
2011	15,3	60,0	24,7
2012	15,4	59,6	25,0
2013	15,3	59,8	24,8
<i>Міські поселення</i>			
2007	14,4	63,2	22,4
2011	14,4	61,8	23,8
2012	14,5	61,2	24,3
2013	14,5	61,5	24,0
<i>Сільська місцевість</i>			
2007	17,9	54,9	27,2
2011	17,2	56,2	26,6
2012	17,2	56,3	26,5
2013	17,2	56,2	26,6

ричній ретроспективі є зниження рівня народжуваності. Але з часом провідним фактором цього процесу стає подовження тривалості життя.

Старіння населення – закономірний глобальний процес, демографічна ознака і наслідок цивілізаційного прогресу, зниження дітородної активності населення та результат досягнутих людством успіхів у подовженні тривалості життя. Саме старіння населення та його наслідки мало визначають соціально-демографічний портрет розвинутого суспільства нині й на перспективу. За результатами більшості сучасних демографічних прогнозів, XXI століття, на відміну від XX («століття зростання»), буде «століттям старіння». Частка осіб, які досягли «першого порогу старості» (60 років), у світі становить 11%, осіб, старших 65 років, – близько 8%. Основним регіоном із найвищою часткою літніх осіб на сьогодні є Європа (майже 22% населення становлять особи у віці 60 років і старші, понад 16% – особи віком 65 років і старші).

В Україні поглибитися процес старіння населення на середньо- і довгострокову перспективу – саме поточне сторіччя буде періодом триваючого старіння її населення. Вже зараз Україна входить до країн із

високим рівнем постаріння населення: за часткою осіб віком 60 років і старших вона завершує список 25 найстаріших країн світу. Однак через порівняно низьку тривалість життя вона має й помітно меншу, ніж розвинуті європейські країни, частку осіб найстарших вікових груп (понад 70–80 років) у складі населення.

Прискорене старіння населення на тлі низької народжуваності та депопуляції є одним із тих демографічних феноменів, які уособлюють не лише сучасні проблеми з відтворенням населення в Україні, але й мають довготривалий вплив на усі аспекти життєдіяльності суспільства. У суто демографічному сенсі постаріння населення країни гальмуватиме процес її виходу з депопуляції, міцно утримуючи замкнене коло «низька народжуваність–постаріння–депопуляція». Саме через доволі високий рівень постаріння населення депопуляція в Україні в осяжній перспективі триватиме навіть за підвищення народжуваності та зниження смертності. Депопуляція та її провідна детермінанта і «супутник» – старіння населення – своїми основними економіко-демографічними наслідками матимуть скорочення чисельності й частки працездатних контингентів (а відтак – формування з часом певного дефіциту робочої

сили), збільшення демоеконічного (і, відповідно, податкового) навантаження на працездатне населення, скорочення фінансових можливостей щодо соціального забезпечення в умовах загального зростання попиту на соціальні послуги з боку осіб похилого віку, самотніх, малозабезпечених.

Негативний вплив високого ступеня постаріння населення в Україні і деформованості його вікового складу пов'язаний із хвилеподібною динамікою загальної чисельності населення та його вікових контингентів, що тривалий час гальмуватиме формування демографічних передумов сталого соціально-економічного розвитку. Внаслідок старіння населення збільшуються втрати його життєвого і трудового потенціалів, зростає економічне «навантаження» працездатних непрацездатними.

У цілому демографічне старіння певним чином порушує структуру взаємодії між поколіннями, у т.ч. між нинішніми і майбутніми. Породжувані старінням населення виклики потребують кардинальної перебудови всієї її соціально-економічної системи, пристосування суспільства та економіки до особливостей «старого» населення, в якому кількість споживачів перевищує чисельність економічно активного населення. У зв'язку з цим нині основний акцент у соціальній політиці розвинутих країн Європи робиться саме на мінімізації нинішніх і майбутніх соціально-економічних наслідків старіння населення. В ідеалі стратегічні заходи реагування мають вживатися завчасно, щоб полегшити адаптацію до цих довгострокових демографічних змін. Наслідки старіння зрештою залежать від заходів, що розробляються і впроваджуються для вирішення пов'язаних із ним складних проблем.

Висновки

1. Чисельність населення України продовжує скорочуватися. У 2008–2012 рр. воно зменшилося на 819,7 тис. осіб. Основною причиною скорочення став природний убуток населення. Скорочення стосувалося як сільського, так і (останніми роками) міського населення. Зазначене явище спостерігалось в переважній більшості регіонів України. Найбільше скоротилося число жителів Чернігівської (на 5,1% порівняно з 2008 р.), Сумської (на 4,5%), Луганської та Кіровоградської (на 4,2%) областей. У групі п'яти західних областей (Волинської, Рівненської, Івано-Франківської, Чернівецької та Закарпатської) чисельність населення станом на 31.12.2012 р. зберігалася практично на рівні показників початку 2008 р.
2. Найсуттєвішою рисою довготривалих змін у статеві-віковому складі населення України на сучасному етапі є його старіння. Натепер відсоток осіб у віці, старшому за працездатний, сягає майже 25,0%, у міських поселеннях – 24,0%, у сільській місцевості – 26,6%. За часткою осіб віком 60 років і старших Україна завершує список 25 найстаріших країн світу.

Перспективи подальших досліджень

Моніторинг змін у чисельності населення та його статеві-віковому складі необхідно продовжувати і надалі для своєчасного прийняття відповідних управлінських рішень.

Література

1. *Гендерна статистика України: сучасний стан, проблеми, напрями удосконалення.* – К., 2009. – 180 с.
2. *Здоров'я людини та демографія. Досвід Європи / Світовий банк.* – 2010. – 72 с.
3. *Клупт М. Демографія регіонів Землі / М. Клупт.* – СПб., 2008. – 247 с.
4. *Чепелевська Л. А. Сучасні проблеми медико-демографічної ситуації в Україні / Л. А. Чепелевська, О. В. Любінець // Залежність здоров'я від змін клімату : тези доп. міжнар. наук.-практ. конф., присвяченій 60-річчю ВООЗ, Всесвітньому дню здоров'я. 2008 // Охорона здоров'я України. – 2008. – № 1(29). – С. 249–250.*
5. *Чепелевська Л. А. Прогнозні тенденції смертності населення України / Л. А. Чепелевська, О. В. Любінець // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2009. – № 3. – С. 10–15.*

Дата надходження рукопису до редакції: 06.11.2013 р.

Изменения в численности и возрастно-половом составе населения Украины

Л.А. Чепелевская, Е.П. Рудницкий

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

Цель – проанализировать изменения в численности населения Украины и его возрастно-половой структуре в зависимости от региона.

Материалы и методы. Используются официальные данные Государственной службы статистики о численности населения в Украине и ее регионах за 2008–2012 гг. Методы исследования – медицинской и математической статистики, системный подход.

Результаты. За 2008–2012 гг. в преимущественно большем количестве регионов Украины (как в сельской местности, так и в последние годы в городах) наблюдалось сокращение численности населения – на 819,7 тыс. человек. Основной причиной стала природная убыль населения.

Выводы. Самой существенной чертой длительных перемен в возрастно-половом составе населения Украины на современном этапе является его старение. Сейчас процент лиц старше трудоспособного возраста достигает почти 25,0%, в городских поселениях – 24,0%, в сельской местности – 26,6%. По доле лиц в возрасте 60 лет и старше Украина завершает список 25 самых «старых» стран мира.

Ключевые слова: численность населения, возрастная структура, Украина, регионы.

Changes in number and both sexual and age structure of the population of Ukraine

L.A. Chepelevska, O.P. Rudnytsky

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

Purpose – to examine changes in number of the population of Ukraine and its sex and age structure depending on the region.

Materials and methods. Official data of State Statistics Service of the population in Ukraine and its regions for 2008–2012. Research methods – medical and mathematical statistics, systematic approach have been used.

Results. For 2008–2012 in most regions of Ukraine (in rural areas and in urban areas in recent years) have seen a decline in population – to 819.7 thousand people. The main reason was the natural decline of population.

Conclusions. Most essential feature of long-term changes in the sex-age composition of the population of Ukraine at the present stage is aging. At present time the percentage of people aged older than working age, up nearly 25.0%, in urban areas – 24.0%, in rural areas – 26.6%. The share of persons aged 60 years and older Ukraine completes the list of 25 «oldest» countries of the world.

Key words: number of the population, age structure, Ukraine, regions.

Відомості про авторів

Чепелевська Людмила Андріївна – д.мед.н., проф., зав. відділу медико-демографічних досліджень ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна; служб. тел. +38 (044) 576-41-19; e-mail: uisr_moz@ukr.net.

Рудницький Омелян Павлович – ст. наук. співробітник відділу медико-демографічних досліджень ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна; служб. тел. +38 (044) 576-41-19; e-mail: uisr_moz@ukr.net.

И.А. Бугоркова

УЧЕТ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ МЕЖДУ АМБУЛАТОРНОЙ И СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩЬЮ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРАВМ (ПЕРЕЛОМОВ) В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького, г. Донецк, Украина
ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины», г. Киев, Украина

Цель – определить преємственность между амбулаторной и стационарной хирургической стоматологической службой при переломах различной локализации в челюстно-лицевой области.

Методы: метод системного подхода, эпидемиологический метод, клинические методы обследования, статистический анализ.

Результаты. Установлено, что травмы (переломы) челюстно-лицевой области составляют около 7,0% от всей ургентной помощи. Среди причин этих травм наиболее часто встречаются бытовые (порядка 50,0%). Травмированные по поводу переломов различной локализации челюстно-лицевой области не сразу обращаются в специализированные лечебные учреждения (на 2–3-е сутки после получения травмы). Отсутствие комплексных протоколов преємственности между амбулаторной и стационарной помощью приводит к тому, что только в 28,7% случаев врачи амбулаторного приема производят иммобилизацию отломков.

Выводы. Для эффективного лечения травм (переломов) необходимо разработать пакет комплексных протоколов с учетом преємственности между амбулаторной и стационарной помощью с целью оптимизации маршрута и затрат времени больных.

Ключевые слова: травмы, переломы челюстно-лицевой области, алкоголь, причины, профилактика, распространенность.

Введение

Удовлетворение потребностей населения в доступной и качественной стоматологической помощи является одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем, в которой нуждается Украина на этапе реформирования [3].

Меняется время, а соответственно меняются алгоритмы и методологические подходы в диагностике и лечении стоматологических заболеваний, включая раздел хирургической стоматологии [1].

При этом необходимо отметить, что по-прежнему нет четкой структуры, новых нормативов в преємственности по организации стоматологической хирургической помощи как в условиях амбулаторного, так и стационарного приема больных [4].

Для решения указанных задач необходимо изучить причины происхождения и развития заболеваний, разработать и внедрить оптимальную структурно-функциональную модель организации хирургической стоматологической помощи, которая должна основываться на многоуровневой системе предоставления специализированной помощи, в основу которой заложены принципы снижения рисков [1, 4].

Цель работы – определить преємственность между амбулаторной и стационарной хирургической стоматологической службой при переломах различной локализации в челюстно-лицевой области.

Материалы и методы

В исследовании использованы следующие методы:

- системного подхода – для проведения количественного и качественного анализа, выявления существующих проблем в организации хирургической стоматологической помощи;
- эпидемиологический – для установления причинно-следственной связи о причинах возникновения болезней и способах их предупреждения;
- клинические – для постановки диагноза;
- дополнительные – рентгенологическое обследование;
- статистический – для определения уровня заболеваемости и показателей деятельности стоматологической помощи.

Обработка данных проведена методами вариационной статистики с использованием стандартного офис-

ного пакета прикладних програм MS Excel для Windows'XP'Professional.

Результаты исследования и их обсуждение

С целью решения поставленных задач проведен системный анализ по ургентной стоматологической помощи, изучены архивные медицинские карты стационарных больных (Ф-№003/о), журнал регистрации амбулаторных больных (Ф-№074/о), которые проходили лечение в челюстно-лицевом отделении центральной городской клинической больницы № 1 г. Донецка в 2011–2013 гг. (табл. 1), а также изучены медицинские карты стоматологического больного (Ф-043/о) в системе амбулаторной стоматологической помощи.

Данное исследование проведено сплошным методом, достоверная выборка для изучения составила 597 медицинских карт стационарных больных (Ф-№003/о), которые проходили лечение в 2011–2013 гг., с заключительным диагнозом перелома различной локализации челюстно-лицевой области (ЧЛО), и 245 медицинских карт стоматологического больного (Ф-043/о), на этапе первичного обращения и на этапе долечивания.

В результате проведенного исследования установлено, что ежегодно за ургентной помощью в стоматологическое отделение № 1 обращается в среднем около 8724 человек с челюстно-лицевой патологией и травма-

ми, среднее количество больных с переломами составляет 568 человек в год.

В представленной структуре заболеваемости удельный вес больных с переломами составляет порядка 7,0% от всей ургентной помощи. Но именно этот раздел стоматологической помощи связан с высоким риском развития возможных осложнений, вторичными деформациями, а также с возможным нарушением функциональных расстройств.

Наибольший процент случаев приходится на переломы нижней челюсти (ПНЧ) и составляет до 70% случаев. По степени тяжести переломы верхней челюсти (ПВЧ) преобладают над ПНЧ, так как это связано с анатомо-физиологическими особенностями лицевого скелета [2]. Соответственно, сроки пребывания больных в условиях стационара имеют достоверные отличия, сроки лечения больных с ПНЧ составляют ± 14 к/дней, а ПВЧ – ± 21 к/дней.

Проведенный анализ 597 медицинских карт стационарных больных (Ф-№003/о) позволил установить, что переломы в ЧЛО у мужского населения встречаются в 5 раз чаще, чем у женского населения (85,3% у мужчин и 14,7% у женщин). Анализ причин развития заболевания представлен в таблице 2.

Результаты проведенного анализа среди причин переломов различной локализации ЧЛО засвидетельствовали, что наибольшее количество случаев (более 50%) приходится на бытовые травмы. Установлена зависимость, связанная с употреблением спиртных

Таблица 1

Оказание ургентной помощи больным с челюстно-лицевой патологией

Ургентная помощь	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Принято всего больных	8267	8798	9109
Из них госпитализировано	2419	2535	2426
Вправление скуловых костей	105	123	224
Шинирование	502	597	605
Вправление вывихов челюстей	55	34	37
Прочие	28	48	72
Удаление зубов	245	324	1111
Ушито лунок	–	–	–
Первичная хирургическая обработка ран	1628	1710	1618
Вскрытие абсцессов и флегмон	1469	1517	2225
Вправление костей носа	–	2	1
Итого операций	4032	4085	4647
Проведено обследований и дообследований с целью направления к смежным специалистам	618	631	789

Таблиця 2

Причини переломів в челюстно-лицевій області

Возраст	Пол		Причини переломів					
	м	ж	ДТП	Производственная травма	Бытовая травма	Криминальная	Другие	Приём алкоголя
18–30	140	22	23	38	95	9	5	79
31–40	110	20	10	31	75	11	3	69
41–50	96	14	13	28	57	8	4	57
51–60	107	21	12	32	68	9	4	72
61 и старше	56	18	4	13	53	2	2	14

напитков. Так, порядка 70% от числа лиц, получивших бытовые травмы, употребляли спиртные напитки. Системный подход позволил установить, что травмированные по поводу переломов различной локализации ЧЛО не сразу обращаются в специализированные лечебные учреждения (на 2–3-е сутки после получения травмы). Традиционно травмированные обращаются в стоматологические поликлиники по месту жительства до 73,0%, соответственно их обращение можно считать отсроченным.

Изучение 245 медицинских карт стоматологического больного (Ф-043/о) позволило установить, что врачи-стоматологи-хирурги амбулаторного приема на этапе первичного обращения больных по поводу переломов различной локализации только в 23,4% случаев диагностируют окончательный диагноз, в 76,6% случаев врачи направляют больных в челюстно-лицевые отделения с предварительным диагнозом. Такая достоверная разница в 3,2 раза обусловлена нехваткой, а зачастую и отсутствием диагностической (рентгенологической) аппаратуры, которая позволила бы дать достоверную информацию и установить окончательный диагноз. Традиционно, стоматологические поликлиники укомплектованы дентальными рентгенологическими аппаратами, которые в постановке диагноза при переломах не информативны, а соответственно маршрут пациента увеличивается за счет диффдиагностики и посещения других лечебно-профилактических учреждений с целью дообследования.

На этапе направления больных из амбулаторных стоматологических учреждений в стационарные ЧЛО врачи стоматологи хирурги только в 28,7% случаев производят иммобилизацию отломков, что снижает риск развития посттравматических осложнений (гематом, невритов), остальные больные направляются в стационарные отделения без иммобилизации отломков.

Только в 12,4% случаев больные амбулаторного приема доставляются спецтранспортом в стационарные отделения, а остальные добираются самостоятельно, при этом в 100% случаев в предварительном диагнозе отмечается закрытая черепно-мозговая травма.

В данном исследовании установлено, что лица с производственными, криминальными травмами и полученными в результате ДТП непосредственно доставляются в специализированные челюстно-лицевые отделения спецтранспортом или транспортом предприятий, на которых работают эти пострадавшие, что минимизирует риски развития возможных осложнений, по фактору времени, обследованию, диффдиагностики и лечению.

Выводы

Проведенный анализ показал, что травмы ЧЛО (переломы) составляют около 7,0% от всей ургентной помощи. При этом по половому признаку травмы ЧЛО (переломы) составляют 85,3% у мужчин и 14,7% у женщин.

Среди причин травм ЧЛО наиболее часто встречающимися являются бытовые (порядка 50,0% и более), производственные (21,0%), полученные при ДТП (5,3%) и т.д.

Результаты анализа свидетельствуют о том, что почти в половине (47,8%) случаев одной из причин является прием алкоголя.

Перспективы дальнейших исследований

Для эффективного лечения травм (переломов) необходимо разработать пакет комплексных протоколов с учетом преемственности между амбулаторной и стационарной помощью с целью оптимизации маршрута и затрат времени больных.

Литература

1. Безруков В. М. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / В. М. Безруков, Т. М. Робустова. — М. : Медицина, 2000. — 334 с.
2. Кващук В. В. Атлас клинической анатомии головы и шеи / В. В. Кващук. — Ростов н/Дону : Феникс, 2002. — 178 с.
3. Савичук Н. О. Современные подходы к изучению стоматологического здоровья / Н. О. Савичук // Дентальные технологии. — 2010. — № 2. — С. 7–10.
4. Тимофеев А. Н. Анализ травматических повреждений нижней челюсти по материалам клиники челюстно-лицевой хирургии Главного военного госпиталя / А. Н. Тимофеев, В. Г. Шальга, В. В. Коваленко // Вестник стоматологии. — 1997. — № 3. — С. 72–73.

Дата поступления рукописи в редакцию: 02.06.2014 р.

Облік спадкоємності між амбулаторною та стаціонарною допомогою при лікуванні травм (переломів) у щелепно-лицьовій хірургії

I.A. Bugorkova

Донецький національний медичний університет
імені М. Горького, м. Донецьк, Україна
ДУ «Український інститут стратегічних досліджень
МОЗ України», м. Київ, Україна

Мета — визначити спадкоємність між амбулаторною і стаціонарною хірургічною стоматологічною службою при переломах різної локалізації в щелепно-лицьовій ділянці.

Методи: метод системного підходу, епідеміологічний метод, клінічні методи обстеження, статистичний аналіз.

Результати. Встановлено, що травми щелепно-лицьової ділянки (переломи) становлять близько 7,0% від усієї ургентної допомоги. Серед причин травм щелепно-лицьової ділянки найчастіше зустрічаються побутові (близько 50,0%). Встановлено, що травмовані з приводу переломів різної локалізації щелепно-лицьової ділянки не відразу звертаються до спеціалізованих лікувальних установ (на 2–3-тю добу після отримання травми). Відсутність комплексних протоколів спадкоємності між амбулаторною і стаціонарною допомогою приводить до того, що лише в 28,7% випадків лікарі амбулаторного прийому проводять іммобілізацію відламків.

Висновки. Для ефективного лікування травм (переломів) слід розробити пакет комплексних протоколів з урахуванням спадкоємності між амбулаторною і стаціонарною допомогою з метою оптимізації маршруту і витрат часу хворих.

Ключові слова: травми, переломи щелепно-лицьової ділянки, алкоголь, причини, профілактика, поширеність.

Account of succession between an ambulatory and stationary help at treatment of traumas (breaks) in maxillufacial surgery

I.A. Bugorkova

Donetsk National Medical University
named after M. Gorky, Donetsk, Ukraine
SI «Ukrainian Institute of Scientific Researches
Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Purpose of this research is there is determination of succession between ambulatory and stationary surgical stomatological service at the breaks of different localization in maxillufacial area.

Methods: a method of approach of the systems, epidemiology method, clinical methods of inspection, statistical analysis.

Results. The conducted research rotined that the traumas (breaks) of maxillufacial area made poryadka 7.0% from all urgentnoy help. Among reasons of traumas of maxillufacial area most often there are domestic — 50.0%. It is set that trauma concerning the breaks of different localization of maxillufacial area not immediately apply in the specialized medical establishments, and their appeals are on 2–3 days after the receipt of trauma. Absence of complex protocols of succession between an ambulatory and stationary help results in what only in 28.7% cases the doctors of ambulatory reception produced immobilization wreckages.

Conclusions. On domestic traumas a late appeal is marked. For effective treatment of traumas (breaks) it is necessary to develop the package of complex protocols taking into account a succession between an ambulatory and stationary help with the purpose of optimization of route and expenses of time of patients.

Key words: traumas, breaks of maxillufacial area, alcohol, reasons, prophylaxis, prevalence.

Сведения об авторе

Бугоркова Ирина Анатольевна — к.мед.н., доц. кафедры стоматологии детского возраста УНИПО Донецкого национального медицинского университета имени М. Горького, диссертант ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины»; ул. Никитина, 31а, г. Донецк, 83085, Украина; служ. тел. +38 (062) 311-58-40; e-mail: obl.stom@yandex.ua.

О.Ю. Качур

АЛГОРИТМ ВПРОВАДЖЕННЯ В ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я СУЧАСНОЇ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОМЕНЕВОЇ ДІАГНОСТИКИ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

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

В умовах реформування галузі охорони здоров'я та структурної перебудови системи надання медичної допомоги розроблено функціонально-структурну систему організації променевих методів діагностики закладів охорони здоров'я на рівні регіону, що потребувало розробки механізмів її впровадження в систему охорони здоров'я.

***Мета** – розробити алгоритм впровадження в охорону здоров'я сучасної системи організації променевої діагностики.*

***Методи:** бібліосемантичний, описового моделювання, системного підходу.*

***Результати.** Розроблено алгоритм впровадження в охорону здоров'я сучасної системи організації променевої діагностики, який складається з дев'яти етапів з визначенням на кожному етапі заходів, необхідних для їх проведення ресурсів, рішень, які приймаються за результатами проведених заходів, і рівнів прийняття стратегічних та оперативних рішень.*

***Висновки.** Використання алгоритму дасть змогу ефективно впровадити в практику охорони здоров'я при формуванні госпітальних округів сучасну систему організації променевої діагностики.*

***Ключові слова:** система охорони здоров'я, променева діагностика.*

Вступ

В умовах реформування галузі охорони здоров'я [3, 5] та структурної перебудови системи надання медичної допомоги [2, 4, 6] розроблено функціонально-структурну систему організації променевих методів діагностики закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) на рівні госпітального округу (ГО) [1]. Її впровадження потребує розробки певних механізмів, що й визначило актуальність даного дослідження.

Мета роботи – розробити алгоритм впровадження в охорону здоров'я сучасної системи організації променевої діагностики.

Методи: бібліосемантичний, описового моделювання, системного підходу.

Результати дослідження та їх обговорення

Впровадження розробленої системи променевої діагностики на рівні ГО має бути системним, комплексним і проводитися поетапно. Нами розроблено етапи впровадження даної системи в охорону здоров'я в ході формування ГО і створення лікарень нового типу. На

кожному етапі передбачено заходи, рівні проведення заходів і прийняття на основі їх результатів стратегічних та оперативних рішень, необхідні ресурси (табл.).

Підготовчий етап

Підготовчий етап у досягненні поставленої мети є надзвичайно важливим, адже під час даного етапу визначається стратегія реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні, приймається рішення про формування ГО, визначаються заходи з оптимізації закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) і формування закладів нового типу. В його проведенні беруть участь як всі існуючі ЗОЗ, а відповідно і медичні працівники, представники влади від місцевого до регіонального рівня та громадянського суспільства. У ході даного етапу проводиться детальна аналітична робота щодо медико-демографічної ситуації та мережі, потужності, ресурсного забезпечення і показників роботи ЗОЗ, а також здійснюється моделювання ГО з метою забезпечення населення доступною та якісною медичною допомогою. Рішення даного етапу мають бути обґрунтованими і виваженими, адже вони лягають в основу майбутньої системи надання медичної допомоги населенню в регіоні.

Таблиця

Алгоритм впровадження в охорону здоров'я сучасної системи організації променевої діагностики

Етап	Рівні проведення заходів	Заходи	Необхідні ресурси	Рішення	Рівні прийняття стратегічних рішень	Рівні прийняття оперативних рішень
<i>Підготовчий</i>	Регіональний. Місцевий	Аналіз системи надання медичної допомоги та потреби за її видами	Статистична інформація. Наявність досвідчених незалежних експертів	Рішення про формування ГО. Визначення типу для кожного ЗОЗ	Обласна рада ДОЗ ОДА	ЗОЗ
<i>Перший</i>	Місцевий	Визначення видів та обсягів медичної допомоги в кожному ЗОЗ	Плани формування ГО	Структури та штатні розписи ЗОЗ	ДОЗ ОДА	ЗОЗ
<i>Другий</i>	Місцевий	Визначення потреби в променевих методах та обсягах досліджень	Статистична інформація	Аналітична довідка	—	ЗОЗ
<i>Третій</i>	Місцевий	Визначення потреби в діагностичному обладнанні для проведення променевої діагностики	Статистична інформація. Галузеві стандарти	Аналітична довідка	—	ЗОЗ
<i>Четвертий</i>	Місцевий	Визначення можливостей встановлення обладнання	Наявність відповідних приміщень	Заявка на забезпечення обладнанням	—	ЗОЗ
<i>П'ятий</i>	Місцевий. Регіональний	Складання стратегічного плану потреби в діагностичному обладнанні. Визначення потреби у видатках	Заявки від ЗОЗ. Прайс-листи. Кадри	Стратегічний план забезпечення обладнанням. Заявка на субвенції.	ДОЗ ОДА	ЗОЗ
<i>Шостий</i>	Регіональний	Закупка та встановлення обладнання	Субвенції на придбання обладнання	Тендерна документація	МОЗ України ДОЗ ОДА	
<i>Сьомий</i>	Регіональний. Місцевий	Підготовка медичних кадрів	Наявність кадрів. Фінансові. Тренінги	План підготовки та перепідготовки	ДОЗ ОДА	ЗОЗ
<i>Восьмий</i>	Місцевий	Запуск обладнання. Отримання дозволу на експлуатацію	Фінансові. Технічні. Технологічні	Дозвільні документи	ДОЗ ОДА	ЗОЗ
<i>Дев'ятий</i>	Місцевий. Регіональний	Експлуатація. Контроль ефективності та безпечності використання	Фінансові. Кадрові. Технічні. Технологічні	Обліково-звітна медична документація	ДОЗ ОДА	ЗОЗ

Перший етап

Після прийняття рішення про створення ГО та визначення виду кожного ЗОЗ уже в складі ГО проводиться активна робота з формування структури в кожному ЗОЗ та узгодження її з місцевою владою та

Департаментом охорони здоров'я (ДОЗ) обласної державної адміністрації (ОДА). В основу структури, а відповідно і штатного розпису ЗОЗ закладаються визначені для нього види та обсяги медичної допомоги, а також режим роботи.

Другий етап

Базуючись на визначених для ЗОЗ видах та обсягах медичної допомоги його спеціалісти визначають потребу в променевих методах і обсягах досліджень. Результати направляються головному лікарю в якості аналітичної записки.

Третій етап

Керуючись галузевими клінічними протоколами надання медичної допомоги, статистичними даними щодо стану здоров'я населення та структурою ЗОЗ визначається потреба в діагностичному обладнанні для проведення променевої діагностики. Потребу в діагностичному обладнанні визначають сумісно лікарі-спеціалісти з променевої діагностики та спеціалісти клінічного профілю. Аналітична довідка подається головному лікарю.

Четвертий етап

За результатами аналітичної довідки потреби в діагностичному обладнанні головний лікар створює робочу групу, метою діяльності якої є визначення можливостей встановлення обладнання, у тому числі визначення наявності відповідних приміщень. За результатами роботи робоча група становить заявку на забезпечення обладнанням для проведення променевих методів дослідження. Дану заявку головний лікар передає до ДОЗ ОДА.

П'ятий етап

Департамент ОЗ ОДА сумує заявки від ЗОЗ та складає стратегічний план потреби регіону в діагностичному обладнанні при створенні ГО. За результатами вказаного плану проводяться розрахунки потреби у видатках на придбання обладнання. Розрахунки роблять на термін до п'яти років з урахуванням плану формування госпітальних округів та пріоритетності тих чи інших видів обладнання. Дані розрахунки передаються до МОЗ України для отримання субвенцій.

Шостий етап

Даний етап полягає в закупці для ЗОЗ регіону, відповідно до плану забезпечення, діагностичного обладнання. Даний захід проводить ДОЗ ОДА відповідно до отриманих субвенцій на придбання високовартісного обладнання. Проведення тендерних торів проводиться відповідно до чинного законодавства. Після проведення торгів ЗОЗ сповіщають письмово про закуплені апарати і терміни їх поставки. Передача обладнання ЗОЗ проводиться після перевірки готовності закладу до його прийняття, устаткування та експлуатації.

Сьомий етап

Паралельно із закупкою обладнання для променевої діагностики проводиться підготовка медичних

кадрів. Підготовка медичних кадрів проводиться у двох напрямках: підготовка необхідної кількості лікарів та середніх медичних працівників із променевої діагностики відповідно до замовленого діагностичного обладнання та підготовка лікарів клінічного профілю.

Для цього на рівні кожного ЗОЗ формується та подається до ДОЗ ОДА заявка на підготовку та перепідготовку медичних кадрів. ДОЗ ОДА формує комплексний план підготовки та перепідготовки медичних кадрів із променевої діагностики та забезпечує через медичні університети його виконання.

Враховуючи впровадження нової апаратури, а отже, і нових діагностичних технологій з метою підготовки лікарів клінічного профілю до ефективного їх використання та навчання, передусім лікарень інтенсивного лікування (ЛІЛ), які далі навчають лікарів за місцем роботи.

Восьмий етап

Після отримання письмового повідомлення про закупівлю апаратури і терміни його поставки в ЗОЗ проводять підготовку для встановлення апаратури: підготовку відповідно до вимог, приміщення, укладання угоди на монтаж обладнання, отримання дозвільних документів на проведення монтажних робіт. Це дає змогу після отримання обладнання в короткий термін провести його монтаж, отримати дозвіл на експлуатацію та провести його запуск, що має бути здійснено на восьмому етапі.

Дев'ятий етап

Останній етап алгоритму. Він полягає в організації служби променевої діагностики як у ЗОЗ, так і на території ГО в цілому. Керівники ЗОЗ забезпечують роботу структурних підрозділів променевої діагностики у визначеному режимі, створюючи безпечні умови як для пацієнтів, так і для медичних працівників. Ефективну роботу служби променевої діагностики створюють відповідні служби технічного забезпечення, наявні медичні кадри, фінансові ресурси як для постійного технічного забезпечення, так і для придбання розхідних матеріалів.

Внутрішній контроль за організацією роботи служб променевої діагностики в ЗОЗ здійснюють відповідні комісії, створені наказом головного лікаря, у межах своїх повноважень і за затвердженим графіком.

Зовнішній контроль за організацією роботи служб променевої діагностики в ЗОЗ здійснює ДОЗ ОДА через свої служби.

Висновки

Розроблено алгоритм впровадження в охорону здоров'я сучасної системи організації променевої діа-

гностики, який складається з дев'яти етапів із визначенням на кожному етапі заходів, необхідних для їх проведення ресурсів, рішень, які приймаються за результатами проведених заходів і рівнів прийняття стратегічних та оперативних рішень. Використання алгоритму дасть змогу ефективно впровадити в практи-

ку охорони здоров'я при формуванні ГО впровадити сучасну систему організації променевої діагностики.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з обрахунками необхідних видатків на створення нової системи променевої діагностики на рівні ГО.

Література

1. Качур О. Ю. Структурна перебудова системи надання медичної допомоги як основа нової моделі організації променевої діагностики / О. Ю. Качур // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – № 2. – С. 37–41.
2. Первинна медико-санітарна допомога/сімейна медицина: [монографія] / З. М. Митник, Г. О. Слабкий, Н. П. Кризина ; за ред. В. М. Князевича. – К., 2010. – 404 с.
3. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України від 07.07.2011 р. № 3611-VI [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua). – Назва з екрана.
4. Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо реалізації Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» : наказ МОЗ України від 05.10.2011 р. № 646 [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua). – Назва з екрана.
5. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я в Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : Закон України від 07.07.2011 р. № 3612-VI [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua). – Назва з екрана.
6. Шевченко М. В. Результати оптимізації вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у пілотних регіонах у 2012 р. / М. В. Шевченко, Ю. Б. Ященко // Східноєвроп. журн. громад. здоров'я : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф., присвяченої Всесвітньому Дню здоров'я 2013, м. Київ, 04–05.04.2013 р. – 2013. – № 1 (21). – С. 288–289.

Дата надходження рукопису до редакції: 05.06.2014 р.

Алгоритм внедрения в здравоохранение современной системы организации лучевой диагностики на региональном уровне

А.Ю. Качур

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

В условиях реформирования отрасли здравоохранения и структурной перестройки системы предоставления медицинской помощи разработана функционально-структурная система организации лучевых методов диагностики учреждений здравоохранения на уровне региона, что требовало разработки механизмов ее внедрения в систему здравоохранения.

Цель – разработать алгоритм внедрения в здравоохранение современной системы организации лучевой диагностики.

Методы: библиосемантический, описательного моделирования, системного подхода.

Результаты. Разработан алгоритм внедрения в здравоохранение современной системы организации лучевой диагностики, который состоит из девяти этапов с определением на каждом этапе мероприятий, необходимых для их проведения ресурсов, решений, которые принимаются по результатам проведенных мероприятий, и уровней принятия стратегических и оперативных решений.

Выводы. Применение алгоритма позволит эффективно внедрить в практику здравоохранения при формировании госпитальных округов современную систему организации лучевой диагностики.

Ключевые слова: алгоритм, система здравоохранения, лучевая диагностика.

Algorithm of implementation in health care of modern management system of beam diagnostics at the regional level

O.Yu. Kachur

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

In the conditions of health care branch reforming and structural reorganisation of health care granting system the functional-structural system of organization beam diagnostic methods of health care institutions at the regional level, which demanded working out of mechanisms for its implementation in the health care system has been developed.

Purpose – to develop an algorithm of implementation in health care of modern system of beam diagnostics organization.

Methods: bibliosemantich, descriptive modelling, system approach.

Results. An algorithm of implementation in health care system of modern system of beam diagnostics organization, which consists of nine stages with definition at each stage of the activities necessary for their carrying out of resources, decisions that are accepted by results of spent actions and levels of strategic and operative decisions is developed.

Conclusions. Algorithm application will allow effectively introduce in health care practice at formation of hospital districts modern system of organization of beam diagnostics.

Key words: algorithm, health care system, beam diagnostics.

Відомості про автора

Качур Олександр Юрійович – к.мед.н., н.с. ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна; служб. тел. +38 (044) 576-41-19; e-mail: uisr_moz@ukr.net.

Р.Л. Картавцев, Г.О. Слабкий

МОДЕЛЬ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ВИСОКОВАРТІСНИМ ОБЛАДНАННЯМ

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

Мета – розробити функціонально-організаційну модель забезпечення закладів охорони здоров'я високовартісним обладнанням.

Методи: описового моделювання, структурно-логічного аналізу, бібліосемантичний, системного підходу.

Результати. Розроблено систему забезпечення закладів охорони здоров'я високовартісним обладнанням за рівнями управління від державного до місцевого, яка включає завдання для кожного рівня, законодавче забезпечення їх виконання та умови, а також індикатори оцінки.

Створено алгоритм дій на всіх рівнях управління щодо забезпечення закладів охорони здоров'я високовартісним обладнанням, який включає заходи на кожному рівні управління, скеровані на: планування потреби у високовартісному обладнанні; механізми фінансування придбання вказаного обладнання; механізми придбання обладнання; використання в закладах охорони здоров'я; забезпечення належного технічного стану та безпеки використання обладнання; контроль за ефективністю використання обладнання.

Висновки. Запропонована сучасна модель забезпечення закладів охорони здоров'я високовартісним обладнанням та алгоритм її впровадження в систему охорони здоров'я України дадуть змогу надавати якісну медичну допомогу пацієнтам.

Ключові слова: високовартісне обладнання, заклади охорони здоров'я, забезпечення, модель.

Вступ

Забезпеченість закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) високовартісним обладнанням є важливим фактором надання якісної медичної допомоги. Так, у роботах Князевича В.М. і співавторів показано, що рівень забезпеченості відділень інтенсивної терапії діагностичним та лікувальним обладнанням впливає на рівень летальності в цих відділеннях [3, 4, 5, 9]. У роботах Толстанова О.К. зі співавторами доведено, що від забезпеченості лабораторій ЗОЗ різних рівнів надання медичної допомоги сучасним обладнанням залежить якість лікувального процесу [1, 2, 6, 7, 8].

Вказане визначило актуальність даної статті.

Мета роботи – розробити функціонально-організаційну модель забезпечення ЗОЗ високовартісним обладнанням.

Матеріали та методи, використані в ході роботи: описового моделювання, структурно-логічного аналізу, бібліосемантичний, системного підходу.

Результати дослідження та їх обговорення

Розроблено систему забезпечення ЗОЗ високовартісним обладнанням (рис.) за рівнями управління від

державного до місцевого, яка включає завдання для кожного рівня, законодавче забезпечення їх виконання та умови, а також індикатори оцінки.

Центральним елементом системи виступає якісна та ефективна медична допомога з використанням сучасних клінічних технологій, які базуються на даних із доведеною ефективністю.

Стратегічним напрямком системи є забезпечення ЗОЗ високовартісним обладнанням як основою до застосування сучасних клінічних технологій, які базуються на даних із доведеною ефективністю.

Тактичним напрямком системи є представлення сучасних механізмів забезпечення ЗОЗ високовартісним обладнанням.

На відміну від існуючої ситуації, запровадження запропонованої системи дає змогу усунути керовані управлінські та організаційні недоліки в забезпеченні та використанні високовартісного обладнання на рівні ЗОЗ.

Розроблено алгоритм дій на всіх рівнях управління щодо забезпечення ЗОЗ високовартісним обладнанням. Він включає заходи на кожному рівні управління, скеровані на:

- планування потреби в високовартісному обладнанні;
- механізми фінансування придбання вказаного обладнання;

Рівні управління	Завдання	Законодавче, нормативно-правове забезпечення	Умови	Індикатори оцінки
<i>Державний</i>	Цільове забезпечення системи охорони здоров'я на придбання високо-вартісного обладнання	Планування цільових видатків у бюджеті	Організація системи незалежних акредитації та ліцензування ЗОЗ	Рівень забезпеченості ЗОЗ високовартісним обладнанням відповідно до стандартів
<i>Галузевий</i>	Розробка нормативів потреби ЗОЗ у високовартісному обладнанні та до них технічних регламентів і стандартів, умов використання. Надання субвенцій регіонам на придбання обладнання. Контроль використання субвенцій	Нормативи забезпечення. Стандарти, технічні регламенти. Плани фінансування регіонів на придбання обладнання	Організація постійно діючих робочих груп із розробки нормативно-правової бази	Рівень надання медичної допомоги у відповідності до галузевих стандартів. Раціональність використання субвенцій
<i>Регіональний</i>	Стратегічне та поточне планування забезпечення ЗОЗ високовартісним обладнанням. Закупівля високовартісного обладнання та його розподіл між ЗОЗ. Контроль ефективності використання високовартісного обладнання в ЗОЗ	Стратегічний план забезпечення ЗОЗ обладнанням. Щорічний план закупівель. Графік контрольних перевірок ЗОЗ	Організація роботи тендерного комітету. Наявність підготовлених спеціалістів для здійснення контролю	Термін часу між придбанням та початком експлуатації обладнання. Тривалість використання обладнання на добу. Безпечність використання обладнання
<i>Заклад охорони здоров'я</i>	Надання якісної медичної допомоги залежно від профілю ЗОЗ та рівня надання медичної допомоги шляхом наявності та ефективності використання високовартісного обладнання	Дозвільна документація на експлуатацію. Інструкції з експлуатації. Журнал інструктажів	Наявність умов, які відповідають вимогам приміщень, та підготовлених спеціалістів, фінансових ресурсів для забезпечення експлуатації	Навички інтерпретації результатів дослідження лікарями-спеціалістами клінічного профілю

Рис. Модель забезпечення закладів охорони здоров'я високовартісним обладнанням

- механізми придбання обладнання;
- використання в ЗОЗ;
- забезпечення належного технічного стану та безпеки використання обладнання;
- контроль за ефективністю використання обладнання.

Перший етап – рівень закладу охорони здоров'я

Визначення потреби у видах високовартісного обладнання зі встановлення його технічних і функціональних характеристик.

Основою для визначення є:

- структура ЗОЗ;
- клінічні протоколи з надання відповідних видів медичної допомоги відповідно до структури ЗОЗ;
- таблиця оснащення відповідних ЗОЗ.

Умови для формування замовлення на високовартісне обладнання:

- наявність приміщень для встановлення обладнання (висновок відповідних служб);

- фінансова та технічна можливість його монтування;
- можливість (організаційна, фінансова) технічного обслуговування обладнання в майбутньому;
- наявність медичного персоналу та можливість їх навчання для роботи на обладнанні з його максимальним використанням у часі;
- розрахункова потреба і наявність фінансових ресурсів для забезпечення роботи обладнання розхідними матеріалами.

За наявності вказаних умов формується заявка в потреби високовартісного обладнання, яка передається до територіального органу управління охороною здоров'я.

Другий етап – територіальний рівень (управління охорони здоров'я)

Отримання замовлень на придбання високовартісного обладнання від ЗОЗ.

Перевірка необхідності та наявності умов для устаткування, використання й обслуговування заявленого обладнання.

Формування єдиної заявки від територіального органу управління на придбання високовартісного обладнання з розподілом його пріоритетності за видами обладнання та ЗОЗ за термінами придбання строком на п'ять років.

Передача відповідної заявки до регіонального органу управління охороною здоров'я.

Третій етап – регіональний рівень

Формування єдиної заявки від регіонального органу управління на придбання високовартісного обладнання з розподілом його пріоритетності за видами обладнання та ЗОЗ (територіями) за термінами придбання строком на п'ять років.

Формування плану закупівель і передача заявки на придбання високовартісного обладнання до МОЗ України.

Формування, обґрунтування і передача заявки до державної адміністрації для розгляду можливості придбання обладнання за кошти регіону.

Вирішення питання про придбання обладнання з використанням механізмів державно-приватного партнерства, гуманітарної допомоги та інших коштів, не заборонених законодавством України.

Четвертий етап – рівень МОЗ України

Формування перспективного та поточного планів придбання високовартісного обладнання за його видами та регіонами і в цілому для системи охорони здоров'я країни.

Визначення обрхованої потреби, щорічної та перспективної для придбання обладнання.

Формування замовлення до державного бюджету на наступний рік для цільового фінансування державної програми з придбання високовартісного обладнання для системи охорони здоров'я країни в цілому зі структурним розподілом суми за регіонами.

Відповідно до затвердженого бюджету передача субвенцій регіонам для придбання високовартісного обладнання ЗОЗ зі встановленням максимальної можливої ціни на кожний вид обладнання. Технічні параметри обладнання встановлюються ДСТУ.

Контроль використання субвенцій.

П'ятий етап – регіональний рівень

Отримання субвенцій.

Закупівля високовартісного обладнання відповідно до плану закупівель.

Попередження ЗОЗ про закупівлю для них обладнання.

Отримання обладнання з технічною експертизою на відповідність ДСТУ.

Передача обладнання ЗОЗ.

Звіт перед МОЗ України про використання субвенцій.

Шостий етап – рівень закладу охорони здоров'я

Після включення поданої заявки до плану закупівель підготовка медичного персоналу на відповідних курсах з отримання відповідного сертифікату.

Навчання в ЗОЗ лікарів клінічного профілю основам використання обладнання діагностичного профілю.

На етапі, після попередження про закупівлю обладнання, підготовка приміщення для його встановлення.

Отримання обладнання з наступним бухгалтерським обліком.

Монтаж обладнання в терміни, передбачені інструкцією з експлуатації.

Отримання дозволу для експлуатації обладнання.

Наказом по ЗОЗ визначення умов та режиму експлуатації обладнання.

Забезпечення безпечних умов експлуатації для медичного персоналу й пацієнтів.

Забезпечення технічного нагляду за апаратом.

Сьомий етап – постійний – регіонально-територіальний рівень

Контроль за:

- термінами монтажу обладнання;
- ефективністю використання;
- якістю діагностичного процесу;
- безпечними умовами експлуатації для медичного персоналу і пацієнтів.

Висновки

Запропонована сучасна модель забезпечення ЗОЗ високовартісним обладнанням та алгоритм її впровадження в систему охорони здоров'я України дадуть змогу надавати якісну медичну допомогу пацієнтам.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням ефективності використання високовартісного обладнання в ЗОЗ різних рівнів надання медичної допомоги.

Література

1. *Богдан О. В.* Досвід застосування пересувних діагностичних лабораторій по проведенню медичного скринінгу населення, що постраждало внаслідок аварії на Чорнобильській атомній електростанції, в рамках Міжнародної Чорнобильської Програми Червоного Хреста / О. В. Богдан, О. К. Толстанов // Україна. Здоров'я нації. – 2009. – № 4. – С. 34–37.
2. *Вплив* основних складових лікувально-діагностичного процесу на летальність у відділеннях анестезіології та інтенсивної терапії / В. М. Князевич, Г. О. Слабкий, Р. М. Федосюк, О. М. Ковальова // Здоров'я жінки. – 2009. – № 6 (43). – С. 17–32.
3. *Князевич В. М.* Інформаційно-комп'ютерне забезпечення служби інтенсивної терапії України в лікувальних закладах II–III рівнів надання медичної допомоги / В. М. Князевич // Перинатологія і педіатрія. – 2009. – № 1 (37). – С. 6–9.
4. *Князевич В. М.* Характеристика забезпечення відділень інтенсивної терапії лікувальних закладів України моніторинговою апаратурою / В. М. Князевич // Современная педиатрия. – 2009. – № 1 (23). – С. 10–13.
5. *Оснащеність* лікарень швидкої медичної допомоги України базовим діагностичним та реанімаційним обладнанням / В. М. Князевич, Г. О. Слабкий, Р. М. Федосюк, О. М. Ковальова // Вісник проблем біології і медицини. – 2009. – № 1. – С. 8–12.
6. *Толстанов О. К.* Діяльність лабораторних служб центральних районних лікарень Житомирської області / О. К. Толстанов // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2011. – № 2. – С. 25–29.
7. *Толстанов О. К.* До питання організації та діяльності клініко-діагностичних лабораторій центральних районних лікарень Житомирської області / О. К. Толстанов // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2008. – № 3. – С. 42–46.
8. *Толстанов О. К.* Забезпеченість міських та районних лікарень Житомирської області можливістю проведення діагностичних досліджень / О. К. Толстанов // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 2. – С. 66–68.
9. *Характеристика* інформаційно-комп'ютерного забезпечення служби інтенсивної терапії міських лікарень України / В. М. Князевич, Г. О. Слабкий, Р. М. Федосюк, О. М. Ковальова // Україна. Здоров'я нації. – 2009. – № 1. – С. 53–56.

Дата надходження рукопису до редакції: 01.06.2014 р.

Модель обеспечения учреждений здравоохранения дорогостоящим оборудованием

Р.Л. Картавец, Г.О. Слабкий

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

Цель – разработать функционально-организационную модель обеспечения учреждений здравоохранения дорогостоящим оборудованием.

Методы: описательного моделирования, структурно-логического анализа, библиосемантического, системного подхода.

Результаты. Разработана система обеспечения учреждений здравоохранения дорогостоящим оборудованием по уровням управления от государственного до местного, которая включает задание для каждого уровня, законодательное обеспечение их выполнения и условия, а также индикаторы оценки.

Создан алгоритм действий на всех уровнях управления по обеспечению учреждений здравоохранения дорогостоящим оборудованием, который включает мероприятия на каждом уровне управления, направленные на: планирование потребности в дорогостоящем оборудовании; механизмы финансирования приобретения указанного оборудования; механизмы приобретения оборудования; использование в учреждениях здравоохранения; обеспечение надлежащего технического состояния и безопасности использования оборудования; контроль за эффективностью использования оборудования.

Выводы. Предложенная современная модель обеспечения заведений здравоохранения дорогостоящим оборудованием и алгоритм ее внедрения в систему здравоохранения Украины позволят оказывать качественную медицинскую помощь пациентам.

Ключевые слова: дорогостоящее оборудование, учреждения здравоохранения, обеспечение, модель.

Model of provide of health care facilities by expensive equipment

R.L. Kartavtsev, G.O. Slabky

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

Purpose – to develop functional and organizational model of providing health care facilities by expensive equipment.

Materials and methods: descriptive modeling, structural and logical analysis, bibliosemantych, systematic approach.

Results. The system of providing health care facilities by expensive equipment on levels of management from state to local, which includes objectives for each level, legal provision of their implementation and conditions and also indicators of an estimation has been developed.

The algorithm of actions at all levels of management on provide health care facilities with expensive equipment, which includes actions at each level of government directed at: planning of need in expensive equipment; mechanisms for financing of purchase of the specified equipment; mechanisms of purchase of equipment; uses in health care facilities; ensure of an appropriate technical condition and safety of the equipment; the control over efficiency of use of equipment.

Conclusions. The proposed modern model of providing health care institutions of expensive equipment and algorithm of its implementation in Ukraine's health care system will make it possible to provide qualitative medical care to patients.

Key words: expensive equipment, health care facilities, provide, model.

Відомості про авторів

Картавец Ростислав Леонідович – ген. директор Державного українського об'єднання «Політехмед»; дисертант ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; вул. Нагірна, 25–27, м. Київ, 04107, Україна; служб. тел. +38 (044) 483-68-07; e-mail: ptmref@ukr.net.

Слабкий Геннадій Олексійович – д.мед.н., проф., директор ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна; служб. тел. +38 (044) 576-41-19; e-mail: g.slabkiy@mail.ru.

В.М. Лобас, С.М. Вовк, М.М. Шутюв

ВПРОВАДЖЕННЯ ФОРМ І МЕХАНІЗМІВ ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА В ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я РЕГІОНУ

Донецький національний медичний університет імені М. Горького,
м. Донецьк, Україна

Мета – сформулювати теоретичні та практичні підходи щодо бачення форм і механізмів державно-приватного партнерства в регіональній охороні здоров'я.

Матеріали та методи. Використано системно-логічний, емпіричний, економіко-статистичний методи, а також метод структурно-функціонального аналізу.

Результати. Розглянуто форми та механізми державно-приватного партнерства в охороні здоров'я. Наведено статичний аналіз передумов щодо розвитку державно-приватного партнерства охорони здоров'я в регіональному аспекті.

Висновки. Механізми та форми державно-приватного партнерства у сфері медицини є формою об'єднання державних і приватних інвестицій з організацією спільного управління, націленою на вирішення важливих державних і регіональних завдань соціально-економічної політики, що дає змогу підвищити ефективність вкладень капіталу у стан здоров'я населення за рахунок поділу ризиків і фінансових вигод між партнерами.

Ключові слова: охорона здоров'я, держава, підприємництво, державно-приватне партнерство, регіон, форми та методи управління.

Вступ

Розвиток державної системи охорони здоров'я в Україні передбачає пошук, використання, впровадження нових форм і механізмів економічного та державного управління. З одного боку, заклади охорони здоров'я (ЗОЗ) мають стратегічну, економічну і соціальну значущість, тому не можуть бути приватизованими. З іншого боку, в бюджеті держави недостатньо коштів для повного забезпечення ЗОЗ. Тому в останні 10–15 років у деяких країнах світу та СНД, через існуючі бюджетні обмеження в медичній галузі, почала формуватися якісно нова форма діяльності, заснована на партнерських стосунках між державою та підприємництвом (бізнесом).

На нашу думку, такою формою альтернативного регіонального розвитку мають стати державно-приватні проекти, засновані на соціально орієнтованому підході до роздержавлення ЗОЗ. Це принесе однаково користь усім зацікавленим сторонам (державі, підприємцю, населенню). Проте державно-приватне партнерство (ДПП) впроваджується в охорону здоров'я України вкрай повільно.

Проблеми і перспективи розвитку ДПП у системі охорони здоров'я висвітлені в роботах вітчизняних і зарубіжних вчених [1, 3, 6, 7, 8, 9]. Однак особливості

формування ДПП у сфері охорони здоров'я, переваги та ризики, умови та напрямки розвитку вивчені недостатньо. Крім того, економічні ринково-трансформаційні процеси в Україні потребують удосконалення існуючої моделі ДПП, особливо в розвитку сфери охорони здоров'я, що обумовлює актуальність теми та визначає її мету.

Мета роботи – сформулювати теоретичні й практичні підходи щодо бачення форм і механізмів ДПП у регіональній охороні здоров'я.

Матеріали та методи

У роботі використано методи: системно-логічний, емпіричний, економіко-статистичний, а також метод структурно-функціонального аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення

Економічна система охорони здоров'я умовно поділена на державну та приватну, яка надає медичні послуги, спрямовані на збереження здоров'я населення. На рисунку 1 наведено співвідношення ЗОЗ державної та приватної власності [2, 5].

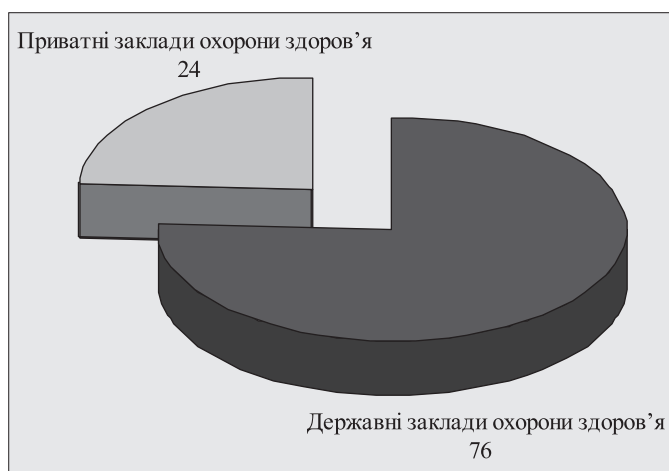


Рис. 1. Співвідношення закладів охорони здоров'я (%)

В Україні функціонує близько 29 632 ЗОЗ (станом на 2013 р.), з них 7 176 – приватної форми власності (табл. 1) [2, 5].

Реформування сфери охорони здоров'я приводить до збільшення кількості ЗОЗ за рахунок перерозподілу за рівнями надання медичної допомоги. Найбільше ЗОЗ функціонує в Івано-Франківській області – 9,80 на 10 тис. населення (до початку реформування [6], найбільше було в Київській області та м. Києві), а далі – у Волинській та Хмельницькій (по 9,30), Житомирській (9,20) та Чернівецькій (8,70) областях (станом на 2013 р.).

Чисельність населення – основна ознака, за якою класифікують місто. Вона впливає на розмір території, планувальну структуру, кількість та якість установ соціального значення, побут, транспорт тощо [4]. Тому на кількість наданих лікувальних послуг впливає чисельність населення і його щільність.

Слід зазначити, що населені пункти України поділяють на два види [4]: міські (малі, середні й великі), куди входять міста й селища міського типу, та сільські, до яких належать селища, дачні поселення й хутори. Так, у великих населених пунктах чисельність населення набагато більша, ніж у сільській місцевості.

За даними рис. 2, зі збільшенням кількості населення питома вага загальнодержавних ЗОЗ у населеному пункті зменшується. При цьому зростає частка при-

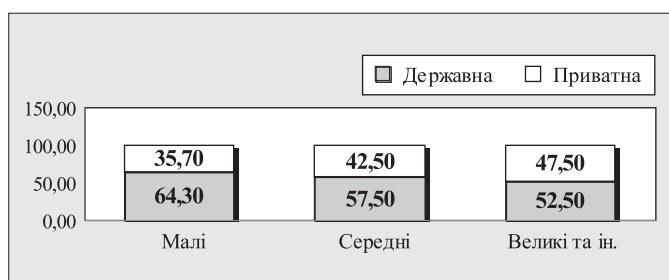


Рис. 2. Розподіл закладів охорони здоров'я різних форм власності за групами міських населених пунктів (%)

Таблиця 1
Розподіл закладів охорони здоров'я усіх форм власності за адміністративними територіями України

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість ЗОЗ усіх форм власності*	
	абс.	на 10 тис. населення
АР Крим	1134	4,10
<i>Область</i>		
Вінницька	629	2,80
Волинська	1063	9,30
Дніпропетровська	1717	3,10
Донецька	1377	2,60
Житомирська	1360	9,20
Закарпатська	884	4,90
Запорізька	834	3,80
Івано-Франківська	1606	9,80
Київська	1272	5,80
Кіровоградська	919	7,80
Луганська	1461	3,70
Львівська	1748	5,30
Миколаївська	799	5,10
Одеська	1132	4,20
Полтавська	1320	7,50
Рівненська	1037	7,40
Сумська	1187	7,40
Тернопільська	1218	9,60
Харківська	1562	3,70
Херсонська	714	5,40
Хмельницька	1503	9,30
Черкаська	683	1,70
Чернігівська	526	5,00
Чернівецька	1042	8,70
<i>Місто</i>		
Київ	770	1,00
Севастополь	135	1,40

Примітка: * – за даними Державного комітету статистики та МОЗ України [2, 5]

Таблиця 2
Розподіл закладів охорони здоров'я приватної форми власності за адміністративними територіями України

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість ЗОЗ приватної форми власності*	
	абс.	на 10 тис. населення
АР Крим	317	4,41
<i>Область</i>		
Вінницька	178	2,48
Волинська	98	1,36
Дніпропетровська	695	9,68
Донецька	250	3,48
Житомирська	187	2,60
Закарпатська	273	3,80
Запорізька	162	2,25
Івано-Франківська	256	3,56
Київська	215	3,49
Кіровоградська	148	2,06
Луганська	618	8,61
Львівська	392	5,46
Миколаївська	198	2,75
Одеська	118	1,64
Полтавська	233	3,24
Рівненська	184	2,56
Сумська	351	4,89
Тернопільська	189	2,63
Харківська	547	7,62
Херсонська	137	1,90
Хмельницька	287	3,99
Черкаська	471	6,56
Чернігівська	68	0,94
Чернівецька	115	1,60
<i>Місто</i>		
Київ	407	5,67
Севастополь	82	1,14

Примітка: * – за даними Державного комітету статистики та МОЗ України [2, 5]

ватних ЗОЗ. Значна кількість приватних ЗОЗ у великих містах обумовлена значною чисельністю потенційних клієнтів і високою технологічною та кадровою забезпеченістю.

Далі розглянемо кількість ЗОЗ приватної форми власності (табл. 2).

Кількість приватних ЗОЗ у регіонах України становить 7176 (станом на 2013 р.). Найбільший показник реєструється в Дніпропетровській, Луганській та Харківській області – відповідно 9,68, 8,61 і 7,62 на 10 тис. населення, найменший – у Черкаській області та м. Києві – відповідно 6,56 і 5,67.

Наведені дані стосуються більшості міського населення, однак рівень забезпеченості сільського населення ЗОЗ по регіонах дещо різниться. Так, наприклад, регіони, в яких спостерігається найбільше ЗОЗ другого та третього рівнів медичної допомоги, мають незначну кількість приватних ЗОЗ у сільських районах. Слід зазначити, що в областях, у яких відмічається найбільше ЗОЗ, реєструється найменша частка сільських жителів [8].

На особливу увагу заслуговує специфіка розподілу кількості ЗОЗ різних форм власності за видами діяльності (рис. 3).

В Україні більшість ЗОЗ належать до державної форми власності. Однак для приватних власників найбільший інтерес представляють амбулаторії та поліклініки, де проходить значна кількість пацієнтів, а час, відведений на їхнє обслуговування, набагато менший, ніж у стаціонарах. Недивно, що в регіональних центрах, у т.ч. м. Донецьку, реєструється особливо висока частка комерційних структур (діагностичних), з одного боку, і поліклінічних закладів – з іншого, причому ці дві частки тісно взаємопов'язані.

На нашу думку, успішне реформування системи охорони здоров'я має бути економічно обґрунтованим і раціональним, де інтереси державного сектору поєднуються з приватним на нових принципах взаємодії та конкуренції. Одним з альтернативних напрямів є ДПП.

Визначення ДПП наводиться в Законі України «Про Державно-приватне партнерство» від 01.07.2010 р. № 2404-VI, з доповненнями і уточненнями, а також у низці наказів МОЗ України. Отже, ДПП визначає

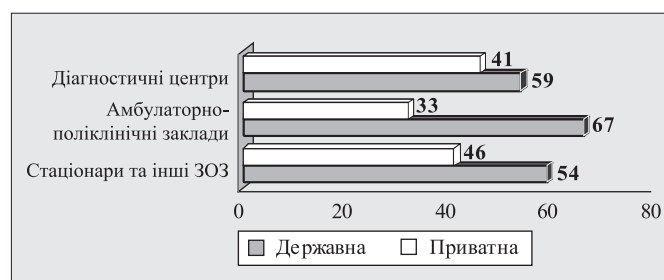


Рис. 3. Співвідношення закладів охорони здоров'я різних форм власності за видами діяльності (%) [2, 5, 7]

організаційно-правові засади взаємодії державних організацій з приватними партнерами в галузі на засадах взаємних інтересів на договірній основі.

Однак єдиний підхід до розуміння ДПП навіть у тих країнах, де воно зародилося і розвивається успішно, досі не визначений. Серед спеціалістів немає єдиної думки, які форми взаємодії влади і бізнесу прямо чи опосередковано входять до ДПП у сфері охорони здоров'я. У літературі найбільше описані варіанти не тільки економічного, політичного, культурного, але й інших форм співробітництва державних і бізнесових структур [3].

До завдань даного дослідження не входить детальний термінологічний аналіз. Тому лише зазначимо, разом з авторами [3, 5], що ДПП – це взаємовигідна середньо- або довгострокова співпраця між державою, бюджетними ЗОЗ і приватними організаціями, що реалізується в різних формах власності на основі трастових договорів і має на меті вирішити політичні, суспільно значущі завдання на національному і регіональному рівнях.

Про переваги використання ДПП у сфері охорони здоров'я свідчить те, що у Великій Британії, Бельгії, Фінляндії та деяких інших країнах більшість медичних проектів реалізується на умовах ДПП. Основними напрямками інвестицій є будівництво медичних об'єктів, впровадження ІТ-технологій, розробка і виробництво нових видів медичного обладнання тощо [9].

Механізм ДПП дає змогу об'єднати ресурси (зокрема фінансові) приватного та державного сектору, зберегти власність держави на значущі інфраструктурні об'єкти сфери охорони здоров'я, запровадити сучасні технології, які використовуються приватними структурами, в практичну діяльність ЗОЗ [6]. Фактично використання ДПП розглядається як соціально обґрунтована форма роздержавлення ЗОЗ, що сприяє підвищенню якості та збільшенню асортименту медичних послуг.

Переваги використання ДПП у сфері охорони здоров'я полягають у:

- здійсненні державного контролю;
- направленні інвестицій на розвиток соціальної інфраструктури, у т.ч. ЗОЗ;
- наданні приватному інвестору ширших можливостей для участі в управлінні медичними проектами, ніж при виконанні державного замовлення;
- довгостроковому трастовому характері;
- розподілі ризиків між партнерами [1].

При такій реалізації ДПП у сфері охорони здоров'я держава є домінуючим суб'єктом. З одного боку, ДПП визначає «правила гри», а з іншого – його участь у проекті визначається необхідністю вирішення важливих соціально-економічних завдань, тобто бюджетне фінансування зберігається, а матеріальна власність на

засоби виробництва передається в користування колективам лікарень. При цьому для зацікавлення приватного інвестора в участі у такому проекті державний партнер повинен забезпечити йому певну вигоду, а також взяти на себе частину ризиків [7].

Переваги ДПП для державної охорони здоров'я:

- залучення значних обсягів недержавного фінансування до об'єктів державного значення, а відповідно істотне скорочення державних витрат на утримання та експлуатацію об'єктів інфраструктури;
- розподіл ризиків між державою і приватними інвесторами;
- забезпечення економічно-ефективного управління ЗОЗ шляхом часткової передачі управлінських функцій приватному інвестору;
- залучення сучасних, високоефективних технологій у розвиток ЗОЗ;
- підвищення якості медичної допомоги та рівня менеджменту надання медичної допомоги.

Переваги ДПП для підприємництва:

- доступ до державної сфери економіки;
- можливість отримання й використання прямої державної підтримки;
- сприятливі умови для довготривалого розміщення інвестицій під взаємовигідні гарантії;
- використання передового зарубіжного досвіду з питань інноваційного економічного досвіду [9].

Переваги ДПП для населення:

- оптимальний розподіл податкових надходжень, що сприятиме ефективному вирішенню соціальних проблем;
- ефективне управління об'єктами ДПП і, як результат, підвищення якості медичної допомоги;
- забезпечення оптимального співвідношення «ціна / якість» для пацієнтів;
- поліпшення медико-демографічної ситуації.

Висновки

Механізми та форми державно-приватного партнерства у сфері медицини є формою об'єднання державних і приватних інвестицій з організацією спільного управління, націленою на вирішення важливих державних і регіональних завдань соціально-економічної політики в охороні здоров'я, що дає змогу підвищити ефективність вкладень капіталу у стан здоров'я населення за рахунок поділу ризиків і більш ефективного використання ресурсів.

Перспективи подальших досліджень

Подальші дослідження спрямовані на формування альтернативного погляду розвитку та реформування охорони здоров'я України.

Література

1. *Варнавский В. Г.* Партнерство государства и частного сектора: формы, проекты, риски / В. Г. Варнавский. – М. : Наука, 2005. – 315 с.
2. *Звіти* Державної служби статистики за 2010–2013 рр. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua>. – Назва з екрана.
3. *Куликов А. Ю.* Использование инструментов государственно-частного партнерства / А. Ю. Куликов // Вестник Самарского государственного университета – 2012. – № 10 (101). – С. 56–63 [Электронная версия]. – Режим доступа : http://vestnik.ssu.samara.ru/articles/101_8.pdf. – Название с экрана.
4. *Містобудування.* Планування і забудова міських і сільських поселень ДБН 360-92**. – К. : Мінрегіонбуд України (Державні будівельні норми України). – Чинний від 2011-10-01. – К., 2011. – 136 с.
5. *Статистичні звіти* Міністерства охорони здоров'я України за 2010–2012 рр. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрана.
6. *Подгаец С. В.* Проблеми та перспективи розвитку державно-приватного партнерства в системі охорони здоров'я / С. В. Подгаец, Т. Д. Ситаш // Механізм регулювання економіки. – 2012. – С. 32–37 [Электронная версия]. – Режим доступа : <http://www.repository.hneu.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/1356/1>. – Название с экрана.
7. *Смирнов А. А.* Шляхи розвитку державно-приватного партнерства в Україні / А. А. Смирнов, А. В. Шахов // Наук. вісник міжнар. гуманітарного у-ту. 2010. – № 1. – С. 36–41.
8. *Щорічна доповідь.* Приватна медицина в Україні. 2010 : монографія / за заг. ред. Г. О. Слабкого [та ін.]. – К., 2011. – 105 с.
9. *Guidebook on Promoting Good Governance in Public-Private Partnerships* / United Nations, Economic Commission for Europe. – Geneva, 2008. – 98 p.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.05.2014 р.

Внедрение форм и механизмов государственно-приватного партнерства в здравоохранение региона

В.М. Лобас, С.М. Вовк, М.М. Шутов
Донецкий национальный медицинский университет
имени М. Горького, г. Донецк, Украина

Цель – сформировать видение форм и механизмов государственно-приватного партнерства в здравоохранении регионов.

Материалы и методы. Использованы системно-логический, эмпирический, экономико-статистический методы, а также метод структурно-функционального анализа.

Результаты. Рассмотрены формы и механизмы государственно-приватного партнерства в здравоохранении. Приведен статистический анализ предпосылок развития государственно-приватного партнерства здравоохранения в региональном аспекте.

Выводы. Механизмы и формы государственно-приватного партнерства в сфере медицины являются формой объединения государственных и частных инвестиций с организацией совместного управления, нацеленной на решение важных государственных и региональных задач социально-экономической политики, которая позволяет повысить эффективность вложений капитала в состояние здоровья населения за счет разделения рисков и финансовых выгод между партнерами.

Ключевые слова: здравоохранение, государство, предпринимательство, государственно-приватное партнерство, регион, формы и методы управления.

Introduction of forms and mechanisms of state-private partnership in health region

V.M. Lobas, S.M. Vovk, M.M. Shutov
Donetsk National Medical University
named after M. Gorky, Donetsk, Ukraine

Purpose – to form the vision of forms and mechanisms of state-private partnership in the health regions.

Materials and methods. In work methods were used: system-logical, empirical Economics, statistics and methods of structural analysis.

Results. Examines the mechanisms of public-private partnership in health care. Statistic analysis of prerequisites for the development of public-private partnership health in the regional aspect.

Conclusion. Mechanisms and forms of public-private partnership in the field of medicine can be defined as a form of uniting the public and private investment, with joint management, aimed at solving of important state and regional problems of social-economic policy to improve the efficiency of capital investment in population health through risk sharing and financial benefits between partners.

Key words: health care, government, business, public-private partnership, the region, forms and methods of management.

Відомості про авторів

Лобас Віталій Михайлович – д.держ.упр., проф., зав. кафедри організації вищої освіти, управління охороною здоров'я та епідеміології Донецького національного медичного університету імені М. Горького; просп. Ілліча, 16, м. Донецьк, 83003, Україна; служб. тел. +38 (062) 344-31-37.

Вовк Світлана Михайлівна – к.е.н., доц. кафедри організації вищої освіти, управління охороною здоров'я та епідеміології Донецького національного медичного університету імені М. Горького; просп. Ілліча, 16, м. Донецьк, 83003, Україна; служб. тел. 38 (062) 344-31-37; e-mail: vovk_doc@mail.ru.

Шутов Михайло Михайлович – д.е.н., проф. кафедри організації вищої освіти, управління охороною здоров'я та епідеміології Донецького національного медичного університету імені М. Горького; просп. Ілліча, 16, м. Донецьк, 83003, Україна; служб. тел. 38 (062) 344-31-37.

О.М. Крекотень

ОЦІНКА ПРАЦЕЗАТРАТ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ / СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ НА АМБУЛАТОРНОМУ ПРИЙОМІ МЕТОДОМ БЕЗПОСЕРЕДНІХ ЗАМІРІВ ЧАСУ ЧЕРЕЗ ХРОНОМЕТРАЖ

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова,
Вінниця, Україна

Мета – визначити фактичні затрати часу на виконання елементів операцій (надання медичної допомоги населенню) лікарем загальної практики / сімейним лікарем на амбулаторному прийомі; провести аналіз якості норм і нормативів.

Матеріали та методи. Проведено хронометраж робочого часу сімейного лікаря (візуальне спостереження) з використанням методу безпосередніх замірів часу. Виміряно всі затрати робочого часу сімейного лікаря на амбулаторному прийомі. Визначено їх структуру. Виявлено чинники, які впливають на тривалість кожного елемента операції, циклічно повторюючись.

Результати. Встановлено, що сімейні лікарі значну частину (38,70–40,00%) робочого часу на амбулаторному прийомі витрачають на роботу з медичною документацією, яка входить до функціональних обов'язків середнього медичного персоналу.

Висновки. Доведено, що навантаження на сімейного лікаря в поліклініці не має перевищувати чотирьох відвідувань за годину, або 15 хв. на прийом.

Ключові слова: лікар загальної практики / сімейний лікар, хронометраж, амбулаторний прийом, робочий час.

Вступ

Норматив працевитрат лікаря – це комплекс технологічних елементів у процесі надання медичних послуг, якісне виконання яких потребує затрат робочого часу [1]. Одним із методів визначення таких затрат є хронометраж основних технологічних елементів праці лікаря.

Режим робочого часу лікаря визначається його умовами та специфікою надання медичної допомоги населенню і встановлюється режимом роботи закладів охорони здоров'я у порядку локального регулювання.

Згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18.12.2000 р. № 204-0 «Про затвердження Галузевих правил внутрішнього трудового розпорядку для працівників закладів охорони здоров'я України» пункту 16, тривалість щоденної роботи, у т. ч. час початку та закінчення щоденної роботи, перерви для відпочинку та вживання їжі, визначається графіком змінності, який затверджуються власником або уповноваженим ним органом за згодою з профспілковим органом із дотриманням встановленої тривалості робочого часу за тиждень чи інший обліковий період [2, 3].

Оскільки система вітчизняної охорони здоров'я ХХІ ст. має на меті забезпечити максимально якісну та ефективну медичну допомогу на всіх її етапах, нами шляхом наукового обґрунтування працевитрат лікаря загальної практики / сімейного лікаря (ЛЗП/СЛ) та їх вартості визначено затрати робочого часу ЛЗП/СЛ окремо за кожним елементом надання медичної допомоги. Це стане науковою новизною даного хронометражного дослідження, враховуючи чинні нормативно-правові акти, які регламентують нормативи навантаження медичних працівників вторинного і третинного рівня, а за їх відсутності – спеціалістів первинної ланки.

Мета роботи – оцінити працевитрати ЛЗП/СЛ на амбулаторному прийомі за елементами надання медичної допомоги та виявити чинники, які впливають на тривалість кожного елемента операції.

Матеріали та методи

Для визначення фактичних затрат часу на виконання елементів операцій (надання медичних послуг населенню) ЛЗП/СЛ на амбулаторному прийомі та для аналізу якості норм і нормативів проводився хронометраж

траж робочого часу ЛЗП/СЛ (візуальне спостереження) з використанням секундоміра і годинника.

Метою хронометражу було вимірювання всіх затрат робочого часу, визначення їх структури протягом робочої зміни ЛЗП/СЛ на амбулаторному прийомі та виявлення чинників, які впливають на тривалість кожного елементу операції, циклічно повторюючись.

Способом проведення хронометражу був безперервний, тобто усі елементи операції досліджувалися відповідно до послідовності їх виконання.

Одиницею часу в процесі хронометражу був загальноновизначений оптимально мінімальний час, необхідний для якісного виконання тих чи інших розділів медичної роботи.

Об'єктивний результат хронометражу – виявлення найбільш затратних операцій, проміжків бездіяльності, визначення дефіцитних у плані часу дій.

Стандартизована процедура проведення хронометражу складалась із таких основних етапів: I етап – підготовка до спостереження; II етап – проведення спостереження; III етап – обробка даних; IV етап – аналіз результатів; V етап – шляхи вирішення проблем виявлених дефектів у використанні робочого часу й підготовка пропозицій щодо удосконалення організації праці ЛЗП/СЛ на амбулаторному прийомі.

Базами вибору об'єктів спостереження (ЛЗП/СЛ) і проведення науково обгрунтованого хронометражу робочого часу стали п'ять центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) м. Вінниці – № 2, 4, 5, 6, 7 у загальній кількості 15 ЛЗП/СЛ першої категорії. Стаж роботи ЛЗП/СЛ склав 1–5 років на даній посаді і 12–23 роки дільничними терапевтами, оскільки відбулась їх перепідготовка з причини реформування медичної галузі. Вибір атестаційної категорії ЛЗП/СЛ обгрунтований технологією методу монографічного опису, базовим критерієм якого стала типологічна ознака «досвід роботи/стаж». Обслуговуванню підлягали вікові групи населення – доросле та дитяче (від 7 років), вплив яких на затрати часу не виявлено.

Результати дослідження та їх обговорення

У дослідженні визначено зміст (структуру), черговість і тривалість усіх наявних витрат робочого часу ЛЗП/СЛ на амбулаторному прийомі за одну зміну, що класифікувалось як змінний робочий час, тривалість якого становила 210 хв., або 3 год. 30 хв. 00 с, у всіх досліджуваних одиниць спостереження (n=15), результати подано в таблиці.

Поряд із дослідженням складових елементів трудового процесу детально вивчено структуру затрат робочого часу, необхідного для виконання конкретної роботи. Це стало підставою для визначення норми праці. Для цього проведено класифікацію робочого часу (три-

валості процесу надання медичних послуг), яка передбачала групування окремих видів затрат робочого часу за їх характерними ознаками в межах однієї зміни.

Працевитрати розподілено на три блоки: підготовчо-завершальний час, оперативний час і час перерв.

Перший блок включав два елементи: підготовчий час, у т. ч. обслуговування робочого місця, та завершальний час, у т. ч. миття рук, медіанне значення якого в сумі становило $16,0 \pm 0,21$ хв., або 7,60% від змінного робочого часу.

Другий блок включав оперативний час, що складався з основного і допоміжного часу, фактичний баланс якого становив $188,25 \pm 2,63$ хв., або 89,60% від змінного робочого часу, з них $1,10 \pm 0,02$ хв. займав допоміжний час, який включав спілкування з адміністрацією, колегами, у т. ч. по телефону. Зміст основного часу вивчено за такими елементами надання медичних послуг населенню: збір скарг та анамнезу ($30,50 \pm 0,42$ хв.), діагностичні послуги ($30,00 \pm 0,53$ хв.), призначення або коректування лікування ($37,20 \pm 0,60$ хв.), профілактичні ($5,0 \pm 0,07$ хв.) та реабілітаційні ($2,45 \pm 0,05$ хв.) послуги, робота з медичною документацією ($81,20 \pm 2,80$ хв.), що за відсотковим розподілом було на 1-му місці – робота з медичною документацією (38,70%), на 2-му місці – призначення або коректування лікування (17,70%), на 3-му місці – збір скарг, анамнезу та діагностичні послуги – відповідно 14,50% і 14,30%, на 4 і 5-му місцях – профілактичні та реабілітаційні послуги – відповідно 2,40% і 1,20%.

Третій блок включав час перерв, який тривав $5,35 \pm 0,09$ хв., або 2,60% від змінного робочого часу, у т. ч. час регламентованих перерв – $3,30 \pm 0,10$ хв., а нерегламентованих – $2,05 \pm 0,02$ хв., причинами наявності останнього елемента були недоліки організації процесу надання медичних послуг (пошук медичної документації: медичних карт амбулаторного хворого, результатів лабораторних досліджень тощо), на основі якого в подальшому вираховано коефіцієнт втрат робочого часу ЛЗП/СЛ на амбулаторному прийомі.

Для аналізу структури змінного робочого часу ($T_{зм}$) використано два підходи [1]. Для першого підходу був характерний поділ змінного робочого часу на час роботи (процес надання медичних послуг) і час перерв (рис. 1).

З'ясовано, що час роботи ЛЗП/СЛ на амбулаторному прийомі за зміну становив 3 год. 24 хв. 25 с, що встановлено як час продуктивної роботи (204 хв. 25 с), при повній відсутності часу непродуктивної роботи. Інші 5 хв. 35 с були перерви регламентовані (3 хв. 30 с) та нерегламентовані (2 хв. 05 с).

За другого підходу змінний робочий час поділяли на нормований (час продуктивної роботи + час регламентованих перерв = 204 хв. 25 с + 3 хв. 30 с = 207 хв. 55 с) і ненормований (час непродуктивної роботи + час нерегламентованих перерв = 0 + 2 хв. 05 с = 2 хв. 05 с). За сумою середніх затрат за всіма елементами операції

Таблиця

Розподіл працезатрат за елементами надання медичних послуг лікарями загальної практики / сімейними лікарями (n=15) на амбулаторному прийомі

Елементи затрат часу	Індекс	Абс.	Фактичний баланс	
			хв. (M±m)	%
1. Підготовчо-завершальний час, у т. ч.	T _{пз}	2102	16,0±0,21	7,6
1.1. Підготовчий час, у т. ч.	T _п	392	7,0±0,09	3,3
- обслуговування робочого місця	T _{орм}	257	3,25±0,04	1,5
1.2. Завершальний час, у т. ч.	T _з	1710	9,0±0,22	4,3
- миття рук		1575	4,10±0,03	2,0
2. Оперативний час, у т. ч.	T _{оп}	10213	188,25±2,63	89,6
2.1. Основний час	T _о	10133	187,15±2,12	89,1
- збір скарг та анамнезу		2790	30,50±0,42	14,5
- діагностичні послуги		2520	30,0±0,53	14,3
- призначення або коректування лікування		1395	37,20±0,60	17,7
- профілактичні послуги		315	5,0±0,07	2,4
- реабілітаційні послуги		98	2,45±0,05	1,2
- робота з медичною документацією		3015	81,20±2,80	38,7
2.2. Допоміжний час	T _д	80	1,10±0,02	0,5
3. Час перерв, у т. ч.	T _п	229	5,35±0,09	2,6
3.1. Час регламентованих перерв	T _{пр}	135	3,30±0,10	1,6
3.2. Час нерегламентованих перерв	T _{нп}	94	2,05±0,02	0,98
4. Змінний робочий час	T ^{зм}	12544	210,00	100

отримано середній час на виконання операції в цілому: 16,0 хв. + 188 хв. 25 с + 5 хв. 35 с = 210 хв. 00 с (або 3 год. 30 хв. 00 с).

Оскільки підготовчо-завершальні розділи праці (у т. ч. миття рук), відпочинок / особисті потреби ЛЗП/СЛ під час технологічних перерв прямо чи опосередковано сприяють поліпшенню якості виконання основної роботи, то вказані елементи часу, представлені поправочним коефіцієнтом (K_п), мають бути включені в розрахунок терміну надання медичних послуг [1] на одного хворого.

$$K_p = P : D, \quad (1)$$

де K_п – поправочний коефіцієнт; P – тривалість робочого часу ЛЗП/СЛ на амбулаторному прийомі; D –

термін, необхідний для виконання комплексу технологічних нормативів працезатрат.

Відповідно до проведеного хронометражу, технологічний норматив для надання медичних послуг одному хворому ЛЗП/СЛ на амбулаторному прийомі становив 14,00±2,10 хв. Медіанне значення затрат робочого часу спеціаліста при первинному зверненні – 15,00±2,00 хв. (13,00–17,00 хв.), при повторному – 11,00±1,00 хв. (10,00–12,00 хв.). Дослідженням передбачено визначення впливу графіка (зміни) роботи ЛЗП/СЛ на тривалість первинного або повторного звернення. Статистично значущої різниці не виявлено. Показник відвідувань у поліклініці дорівнював 14±2,8 особи (інтерквартильний розмах – 13–16 осіб). Підготовчо-завершальні розділи роботи займали

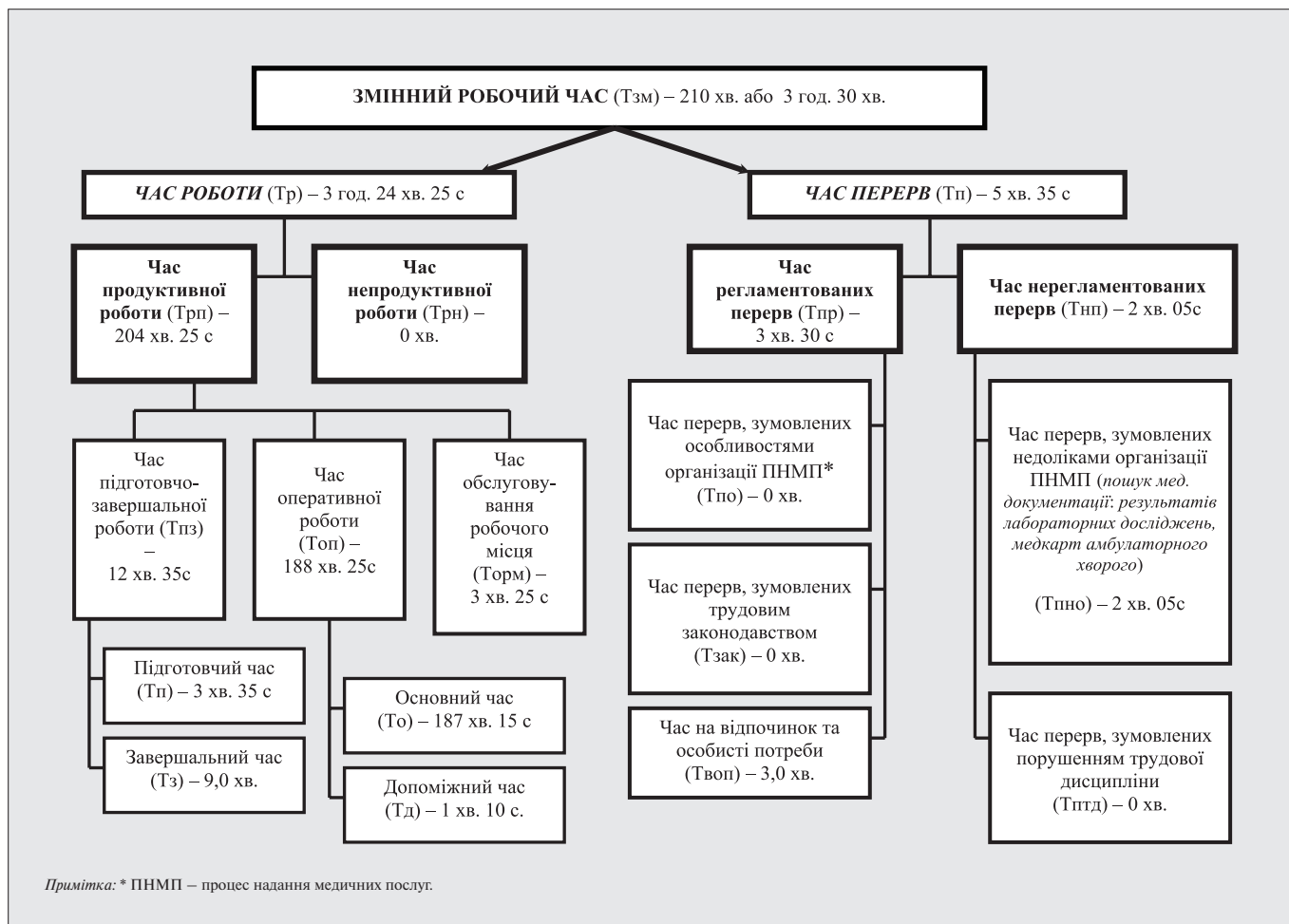


Рис. 1. Елементи затрат змінного робочого часу лікаря загальної практики / сімейного лікаря на амбулаторному прийомі та їх тривалість

0,5,00±0,30 хв., технологічні перерви – 0,35±0,20 хв., усього – 15 хв. 25 с. При загальній тривалості робочого часу ЛЗП/СЛ на амбулаторному прийомі 3 год. 30 хв. (210 хв.) тривалість роботи з виконання технологічних елементів (210 хв. – 15 хв. 25 с) дорівнювала 194 хв. 35 с. Отже, величина К_п склала (210 хв. ÷ 194 хв. 35 с) – 1,1. Таким чином, повна витрата часу на надання медичних послуг одному хворому ЛЗП/СЛ на амбулаторному прийомі визначалась за формулою:

$$V_n = V_r \times K_n, \quad (2)$$

де V_n – повний термін надання медичних послуг одному хворому ЛЗП/СЛ на амбулаторному прийомі; V_r – технологічний термін надання медичних послуг одному хворому ЛЗП/СЛ на амбулаторному прийомі; K_n – поправочний коефіцієнт технологічної норми терміну надання медичних послуг одному пацієнтові ЛЗП/СЛ на амбулаторному прийомі.

Користуючись даною формулою, реальний час, необхідний на надання медичних послуг одному хворому ЛЗП/СЛ на амбулаторному прийомі, слід розраховувати не на основі «чистого» технологічного

нормативу (15 хв.), а з визначенням повного терміну (V_n = 15 хв. 25 с × 1,1) – 16,5, або 16 хв. 30 с. Указану особливість доцільно враховувати при плануванні реальної кількості хворих на амбулаторний прийом ЛЗП/СЛ, тобто 210 хв. × 16 хв. 30 с = 12–13 хворих за одну зміну.

Вищевказані розрахунки обґрунтовують твердження, що наявні базові нормативи обслуговування населення одним ЛЗП/СЛ на амбулаторному прийомі не відповідають реальним потребам лікаря і пацієнта та не сприяють підвищенню якості надання медичної допомоги споживачам, особливо в напрямку профілактичних і реабілітаційних послуг.

Сумарна величина нормованих елементів затрат часу на виконання операції є штучно-калькуляційним часом (Т_{шк}) або повною нормою часу за певних організаційно-технічних умов. Норма штучно-калькуляційного часу використовується як основна планово-облікова одиниця з метою планування організації праці, нарахування заробітної плати тощо. У даному разі формула повної норми штучно-калькуляційного часу має такий вигляд (рис. 2):

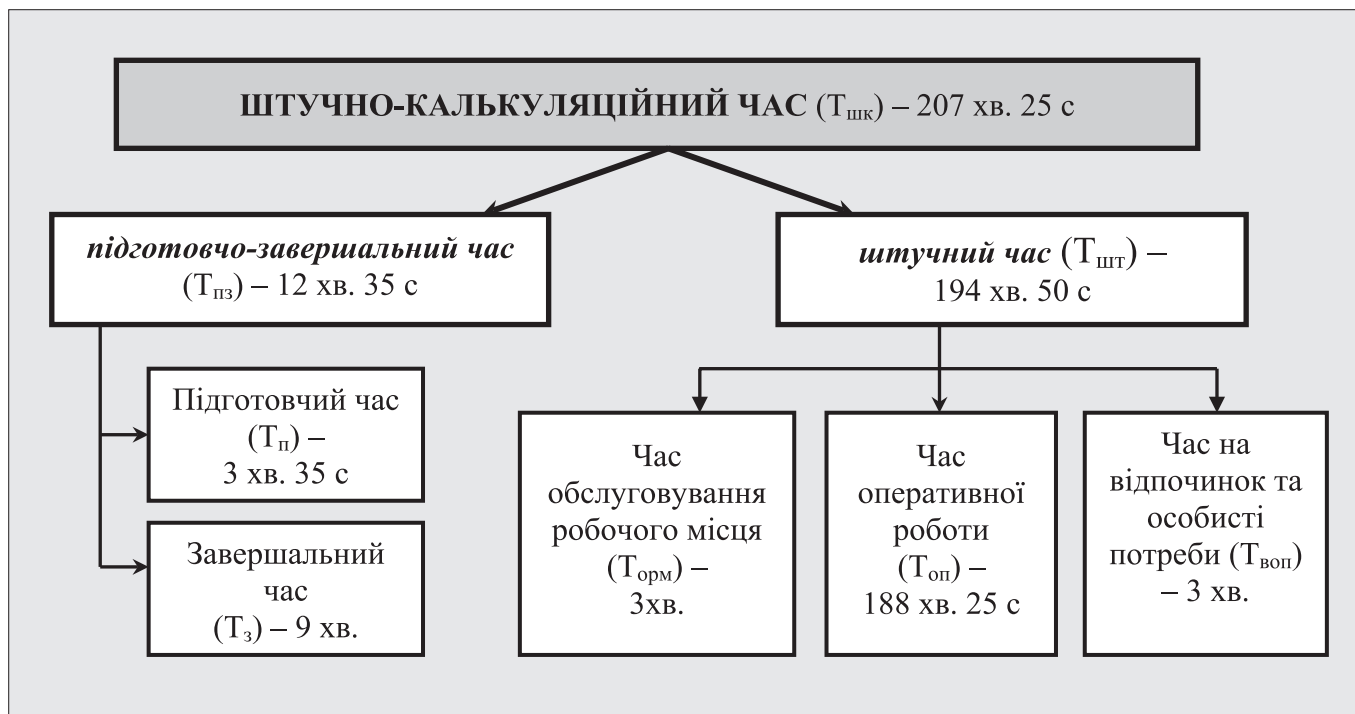


Рис. 2. Структура штучно-калькуляційного часу

$$T_{шк} = T_{пз} + T_{оп} + T_{орм} + T_{воп} = 12 \text{ хв. } 35 \text{ с} + 188 \text{ хв. } 25 \text{ с} + 3 \text{ хв. } 25 \text{ с} + 3 \text{ хв.} = 207 \text{ хв. } 25 \text{ с},$$

де $T_{пз}$ – норма підготовчо-завершального часу; $T_{оп}$ – норма оперативного часу ($T_o + T_d$); $T_{орм}$ – норма часу на обслуговування робочого місця; $T_{воп}$ – норма часу на відпочинок та особисті потреби.

У межах повної (штучно-калькуляційної) норми виділяють норму штучного часу ($T_{шт}$), яка відображає сумарні затрати часу (за винятком підготовчо-завершального) на виконання операції за певних організаційно-технічних умов:

$$T_{шт} = T_{оп} + T_{орм} + T_{воп} = 188 \text{ хв. } 25 \text{ с} + 3 \text{ хв. } 25 \text{ с} + 3 \text{ хв.} = 194 \text{ хв. } 50 \text{ с}$$

Результати розрахунку штучно-калькуляційного часу слід використовувати при встановленні норм навантаження для медичного персоналу в закладах охорони здоров'я, тобто нормування їх праці, визначенні необхідної чисельності медичних працівників, які надають медичну допомогу в амбулаторно-поліклінічному секторі, виходячи з обсягів та складності роботи, що виконується для захисту їх трудових прав як учасників трудових правовідносин.

З метою визначення фактичного рівня використання робочого часу ЛЗП/СЛ на амбулаторному прийомі, розраховано такі показники:

1. Коефіцієнт використання робочого часу (ступінь завантаженості):

$$K_{врч} = \frac{T_o + T_d + T_{орм} + T_n + T_{пз}}{T_{зм}} \times 100\% = 98,8\%$$

2. Коефіцієнт втрат робочого часу:

$$K_{втр} = \frac{T_{шт}}{T_{зм}} \times 100\% = \frac{2,05}{210} \times 100 = 1,0\%$$

Вважаємо, що до втрат робочого часу ЛЗП/СЛ необхідно віднести елемент основного часу – роботу з медичною документацією, тоді коефіцієнт його втрат становитиме 40,0%, що відповідає даним авторів аналогічних досліджень [1, 2, 4].

П'ятий етап хронометражного дослідження передбачав визначення шляхів вирішення проблем виявлених дефектів у використанні робочого часу та підготовку пропозицій щодо удосконалення організації праці ЛЗП/СЛ на амбулаторному прийомі, в обговоренні та прийнятті управлінського рішення якого взяли участь: начальник міського управління охорони здоров'я; робоча група медичної ради при міськвиконкомі (у складі якої перебували три радника мера з охорони здоров'я та депутат міської ради з комітету по охороні здоров'я; керівники центрів первинної медико-санітарної допомоги міста).

Результати наукового пошуку впроваджено на рівні двох закладів первинної медико-санітарної допомоги як пілотного варіанту. Виходячи з цього, визначено резерви зростання продуктивності праці ЛЗП/СЛ за рахунок усунення втрат і непродуктивних затрат робочого часу через зменшення тривалості роботи лікаря з медичною документацією, базуючись на досві-

ді німецький колега [5], який довів, що введення системи електронного документообігу дає змогу вивільнити час для поліпшення якості діагностики, лікування, профілактики та реабілітації, а також для навчання лікарів, що відповідає інформаційним потребам спеціаліста первинної ланки.

Впровадження апробаційної технології оптимізації робочого часу ЛЗП/СЛ щодо роботи з медичною документацією та деяких діагностичних процедур (антропометрія, тонометрія тощо) між лікарем і медичною сестрою дало змогу забезпечити зниження часових затрат сімейного лікаря на 15–18%. Слід зазначити, що даний підхід не сприяв поліпшенню якості обслуговування пацієнтів, бо вони були змушені очікувати направлень і призначень протягом 7–9 хв. після прийому лікаря, оскільки це стало функціональним обов'язком середнього медичного персоналу.

Висновки

1. У результаті проведеного хронометражного дослідження виявлено, що ЛЗП/СЛ на амбулаторному прийомі значну частину робочого часу витрачають на роботу з медичною документацією (38,70–40,00%), що свідчить як про значну кількість обов'язкових для заповнення документів та обліково-звітних форм, так і про незадовільну організацію праці лікаря через недостатню комп'ютеризацію робочих місць. З'ясовано, що ЛЗП/СЛ виконують роботу, яка входить до функціональних обов'язків середнього медичного персоналу: оформлення направлень на дослідження до вузьких спеціалістів, на стаціонарне лікування;

виконання ряду лікувально-діагностичних процедур тощо.

2. За умовами реформування первинного рівня надання медичної допомоги населенню, розподіл основного потоку пацієнтів до вузьких спеціалістів здійснюється ЛЗП/СЛ, що приводить до збільшення навантаження на спеціаліста первинної ланки. При цьому захворюваність населення за останні роки носить накопичувально-хронічний та поєднувальний характер, що потребує від ЛЗП/СЛ більшої уваги та напруги. Враховуючи фізіологічні можливості організму ЛЗП/СЛ і принцип надання якісної медичної допомоги, вважаємо, що навантаження на ЛЗП/СЛ у поліклініці має становити не більше чотирьох відвідувань за годину, або 15 хв. на прийом.
3. Доцільно делегувати ряд обов'язків ЛЗП/СЛ середньому медичному персоналу з вищою освітою, що дасть змогу збільшити час на виконання ним роботи, спрямованої на безпосереднє обслуговування пацієнтів щодо надання якісної медичної допомоги за всіма її елементами. Виключення цих затрат часу з праці лікаря відповідає принципу прогресивності науково обґрунтованих норм праці, які встановлюються з урахуванням раціональних форм праці.

Перспективи подальшого розвитку

Результати проведеного хронометражного дослідження є підґрунтям для розробки та впровадження оптимізованої системи профілактики інвалідизації працюючих, базуючись на її складових – диспансеризації, профілактичних оглядах, прогнозуванні як одному з напрямів діяльності ЛЗП/СЛ.

Література

1. Самоходський В. М. До методики визначення вартості працезатрат сімейного лікаря при виконанні профілактичних оглядів / В. М. Самоходський // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я. – 2011. – № 1 – С. 73–77.
2. Костюченко О. Є. Специфіка робочого часу лікарів: встановлення режиму та облік / О. Є. Костюченко // Форум права. – 2010. – № 1. – С. 180–187 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.nbuv.gov.ua/e-journals/FP/2010-1/10koerto.pdf>. – Назва з екрана.
3. Про затвердження Галузевих правил внутрішнього трудового розпорядку для працівників закладів охорони здоров'я України : наказ МОЗ України від 18.12.2000 р. № 204-0 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://moz.gov.ua>. – Назва з екрана.
4. Каштальян А. А. Анализ затрат труда врачей амбулаторно-поликлинического приема (по материалам хронометражного исследования) / А. А. Каштальян // Мед. новости. – 2007. – № 8. – С. 71–74.
5. Reng C. M. Use of computer applications to support clinical processes. An electronic letter of discharge as resource for DRG-relevant coding / С. М. Reng // Med. Klim. (Munich). – 2004. – Sep. 15; Vol. 99 (9). – P. 548–556.

Дата надходження рукопису до редакції: 09.04.2014 р.

Оценка трудопотерь врача общей практики / семейного врача на амбулаторном приеме методом непосредственных измерений времени с помощью хронометража*Е.Н. Кречотень*

Винницкий национальный медицинский университет имени Н.И. Пирогова, г. Винница, Украина

Цель – определить фактические затраты времени на выполнение элементов операций (предоставление медицинской помощи населению) врачом общей практики / семейным врачом на амбулаторном приеме; провести анализ качества норм и нормативов.

Материалы и методы. Осуществлен хронометраж рабочего времени семейного врача (визуальное наблюдение) с использованием метода непосредственных измерений времени. Измерены все затраты рабочего времени семейного врача на амбулаторном приеме. Определена их структура. Выявлены факторы, которые влияют на длительность каждого элемента операции, циклически повторяясь.

Результаты. Установлено, что семейные врачи значительную часть (38,70–40,00%) рабочего времени амбулаторного приема затрачивают на работу с медицинской документацией, которая входит в функциональные обязанности среднего медицинского персонала.

Выводы. Доказано, что нагрузка на семейного врача в поликлинике не должна превышать четырех посещений в час, или 15 мин. на прием.

Ключевые слова: врач общей практики / семейный врач, хронометраж, амбулаторный прием, рабочее время.

Effort estimate of a general practice / family medicine doctor during outpatient reception hours by means of direct time measurements through the time study*O.M. Kreckoten*

Vinnytsya National Medical University named after N.I. Pyrogov, Vinnytsya, Ukraine

Purpose – to determine actual time expenditures for performance of the operation elements (provision of medical assistance to the population) by a general practice-family medicine doctor during outpatient reception hours and to analyze the quality of norms and standards.

Materials and methods. The working time study of the general practice-family medicine doctor (visual observation) was carried out using the method of direct time measurements. All the working time expenditures as well as their structure during outpatient reception hours of the general practice-family medicine doctor's working shift were subject to measurement and the factors influencing duration of each operation element cyclically repeating were determined.

Results. It has been found that general practice-family medicine doctors of the outpatient reception devote most of their working time to work with medical documents (38.70–40.00%) referring to the functional responsibilities of the paramedical personnel.

Conclusions. It has been proved that the load on a general practice-family medicine doctor at polyclinic should be no more than 4 visits per hour or 15 minutes per examination.

Key words: general practice-family medicine doctor, time study, outpatient reception, the working time.

Відомості про автора

Кречотень Олена Миколаївна – к.мед.н., доц., кафедра соціальної медицини Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна; служб. тел. +38 (0432) 56-28-89; e-mail: olena1977@mail.ru.

О.М. Ціборовський, П.М. Лисенко

ПРОБЛЕМИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ТА СТРАТЕГІЇ ЇЇ РЕФОРМУВАННЯ

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

Зміни в соціально-економічній системі України привели до необхідності реформування системи охорони здоров'я, спрямованого на збереження і зміцнення здоров'я нації в нових умовах.

Мета — обґрунтувати стратегії реформування системи охорони здоров'я України в сучасних умовах.

Матеріали та методи. Використано статистичні матеріали Державної служби статистики України та Центру медичної статистики МОЗ України, аналітичні матеріали соціально-гігієнічних досліджень; методи системного аналізу, бібліосемантичний статистичний, контент-аналізу, соціологічного аналізу.

Результати. Визначено основні проблеми системи охорони здоров'я України. Обґрунтовано стратегії реформування галузі, спрямовані на удосконалення її діяльності, збереження і зміцнення здоров'я населення, підвищення доступності, якості та ефективності медичної допомоги.

Висновки. Стратегії реформування системи охорони здоров'я впливають із проблем галузі. Вони визначають суб'єкти державного управління сферою охорони здоров'я, які мають не лише формувати, але й реалізувати ці стратегії.

Ключові слова: проблеми охорони здоров'я, стратегії реформування, суб'єкти державного управління.

Вступ

Кардинальні зміни соціально-економічної системи України і гальмування економічних та соціальних реформ привели не лише до деструктивних процесів в економіці країни, змін у рівні та способі життя населення, але й наголосили на необхідності реформування системи охорони здоров'я, спрямованого на збереження і зміцнення здоров'я нації.

Мета роботи — обґрунтувати стратегії реформування системи охорони здоров'я України в сучасних умовах.

Матеріали та методи

Використано статистичні матеріали Державної служби статистики України та Центру медичної статистики МОЗ України, аналітичні матеріали соціально-гігієнічних досліджень; методи системного аналізу, бібліосемантичний, статистичний, контент-аналізу, соціологічного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення

Унаслідок поширення і втілення в життя соціально-гігієнічних ідей у ХХ ст. в Україні розбудовано нову сис-

тему охорони здоров'я, при якій держава повністю взяла на себе піклування про здоров'я всіх людей. По закінченні громадянської війни, періодів воєнного комунізму і нової економічної політики система охорони здоров'я розвивалася на засадах бюджетного фінансування, загальнодоступності і безоплатності для пацієнта. Поступово підготовлено армію лікарів і середніх медичних працівників, створено мережу медичних закладів у містах та сільській місцевості. Таким чином, забезпечено доступність медичної допомоги всім прошаркам міського та сільського населення. Оскільки фінансування галузі охорони здоров'я здійснювалося за рахунок державного та місцевих бюджетів, медична допомога надавалась безоплатно. Реалізовано принципи профілактичної спрямованості галузі і дільничності медичного обслуговування, при якому населення дільниці та району прикріплювалося до певного лікаря і медичного закладу, які несли відповідальність за здоров'я і надання медичної допомоги прикріпленому населенню, запроваджено диспансеризацію деяких груп населення.

Проте, незважаючи на певні досягнення вітчизняної охорони здоров'я навіть в умовах тоталітарного режиму, в її розвитку спостерігались серйозні недоліки, які і сьогодні негативно впливають на стан галузі.

Недостатність наукового обґрунтування організаційних заходів, спрямованість на екстенсивний шлях

розвитку, диспропорції в розвитку первинної та спеціалізованої, амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної медичної допомоги, недостатнє фінансування, яке здійснювалось за залишковим принципом, незадовільне матеріально-технічне забезпечення медичних закладів, особливо сучасною лікувально-діагностичною апаратурою, низький рівень і недосконалість системи оплати праці медичних працівників, яка фактично не враховувала якості і кінцевий результат роботи, обумовили наявність серйозних недоліків в її функціонуванні.

У післявоєнні роки запорукою підвищення якості медичної допомоги стала її спеціалізація за рахунок збільшення медичних спеціальностей і лікарів-спеціалістів, створення спеціалізованих центрів за рахунок первинної медичної допомоги, терапевтичної та педіатричної дільничної мережі. З деякими коливаннями на стаціонарну допомогу витрачалось близько 85% і так недостатніх коштів із бюджету охорони здоров'я, а більшість із них – на вузькоспеціалізовані центри і клініки. Лише 15% коштів витрачалось на амбулаторно-поліклінічну допомогу, а з них лише 4–5% – на первинну допомогу, тобто на дільничних терапевтів і педіатрів, які за порівняно низьку оплату праці виконували значну частину роботи.

Державна монополія на надання медичної допомоги, відсутність інших форм власності та конкуренції в охороні здоров'я, некваліфіковане, надто централізоване бюрократичне управління і незацікавленість багатьох медичних працівників у своїй праці призвели до суперечності між декларованими з політичною метою принципами і недостатніми засобами забезпечення соціальних та медичних потреб, пов'язаних із неефективною економікою і надмірними витратами на військові та поліційні цілі. Така система охорони здоров'я була нездатною до сприйняття науково-технічного прогресу. Поступово втрачали своє значення і переставали діяти принцип профілактичної спрямованості і диспансерний, тобто активний, метод медичного обслуговування, помітно погіршувалась якість медичної допомоги та рівень задоволення нею пацієнтів і всього населення.

Зазначені недоліки знецінювали позитивні риси і досягнення вітчизняної охорони здоров'я, зокрема доступність медичної допомоги, зумовлювали зниження кваліфікації багатьох лікарів, збереження відносно незадовільного стану здоров'я населення, показники якого були гіршими, ніж в економічно розвинених країнах світу. Через ці незадовільні соціально-економічні умови в Україні уже з середини 60-х – початку 70-х років в Україні чітко намітилась тенденція до зниження народжуваності і зростання смертності. З 1979 р. у сільській місцевості, а з 1991 р. по всій країні це привело до від'ємного приросту і поступового зменшення чисельності населення – депопуляції [12, 27, 28].

Тому вже в радянських умовах виникли ідеї про необхідність реформування охорони здоров'я, особливо її правового та фінансово-економічного забезпечення. Розпочалося опрацювання проектів законів «Про медичне страхування», «Про медичну допомогу», а потім Основ законодавства про охорону здоров'я. Впроваджувався так званий «господарський механізм» управління галуззю. Важливу роль у цих процесах відіграла новостворена незалежна громадська організація українських лікарів-патріотів – Всеукраїнське лікарське товариство [21, 30].

У 1990 р. Міністерство охорони здоров'я УРСР опублікувало Концепцію економічної реформи охорони здоров'я Української РСР на основі бюджетно-соцстрахівської системи фінансування [4].

Здобуття незалежності, демократизація суспільства, перехід до ринкових відносин не тільки створили передумови для подальшого прогресу, але й породили низку проблем перехідного періоду, які торкнулись і галузі охорони здоров'я.

Організаційні засади охорони здоров'я в незалежній Україні ґрунтуються на Конституції України і Основах законодавства України про охорону здоров'я, які проголошують право кожної людини на охорону здоров'я [3, 14]. Це право має забезпечуватися державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. За Конституцією України, держава має створювати умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога має надаватися безоплатно, а існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава зобов'язується сприяти розвитку медичних закладів усіх форм власності.

Враховуючи виключно важливу індивідуальну та суспільну цінність здоров'я, яке суттєво впливає на процеси і результати економічного, соціального і культурного розвитку країни, демографічну ситуацію і стан національної безпеки, а також є важливим соціальним критерієм ступеня розвитку і благополуччя суспільства, проголошено основні принципи охорони здоров'я:

- визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним із головних чинників благополуччя та поліпшення життя народу України;
- профілактична та реабілітаційна спрямованість функцій охорони здоров'я, взаємодія яких визначає стратегії її поліпшення та подальшого розвитку;
- спадкоємність в організації та реформуванні охорони здоров'я з урахування всесвітнього досвіду;
- комплексний медико-екологічний, медико-соціальний підхід до вирішення проблем охорони здоров'я;

- наукова обґрунтованість проектів з охорони здоров'я, концепцій і напрямів розвитку, методів і програм діяльності;
- багатоукладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції, що забезпечують єдиний медичний простір;
- рівноправність громадян в отриманні медичної допомоги та інших послуг з охорони здоров'я, незалежно від форм власності закладів;
- інформаційна відкритість діяльності у сфері охорони здоров'я [15].

Аналіз розвитку і стану охорони здоров'я в незалежній Україні засвідчив, що вона успадкувала як позитивні риси, так і недоліки радянської системи, поглиблені кризою перехідного періоду, пов'язаною зі зміною соціально-економічної і політичної системи, переходом до ринкових відносин.

Тому проблема реформування галузі, яка назріла ще в умовах радянської системи, є нагальною. Її необхідність зумовлена реальними політичними та соціально-економічними процесами, зокрема:

- демократизацією суспільства, інтеграцією України у світове співтовариство;
- глобальними структурними процесами в економіці;
- зниженням рівня і погіршенням якості життя більшості громадян;
- критичною демографічною ситуацією;
- незадовільним станом здоров'я населення;
- низькою економічною ефективністю використання ресурсів охорони здоров'я, недосконалою системою оплати праці лікарів та інших працівників сфери охорони здоров'я;
- диспропорціями в розвитку амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної медичної допомоги;
- незадовільною екологічною ситуацією, ускладненою наслідками Чорнобильської катастрофи.

Ефективна система охорони здоров'я незалежної України має відповідати таким вимогам:

- забезпечувати збереження і зміцнення здоров'я населення;
- гарантувати доступність і якість кваліфікованої медичної допомоги;
- стримувати зростання вартості медичної допомоги;
- забезпечувати раціональне використання кадрових, фінансових і матеріальних ресурсів [27].

Головною метою державної політики України в галузі охорони здоров'я на сучасному етапі є досягнення позитивних змін в існуючій ситуації, а саме: збереження і поліпшення здоров'я всіх верств населення; підвищення якості та ефективності медико-санітарної допомоги; забезпечення соціальної справедливості і прав громадян на її одержання в умовах трансформації соціально-економічних відносин за рахунок

удосконалення організації і фінансування галузі та раціонального використання ресурсів [17, 19].

Концепція розвитку охорони здоров'я населення України, опрацьована провідними фахівцями охорони здоров'я України і затверджена Указом Президента України від 07.12.2000 р. № 1313/2000, так формулює кінцеву мету реформування галузі [6]:

- збереження та зміцнення здоров'я населення, подовження періоду активного довголіття і тривалості життя людей;
- створення правових, економічних та управлінських механізмів реалізації конституційних прав громадян України на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування;
- забезпечення гарантованого рівня надання безоплатної кваліфікованої медичної допомоги у визначеному законодавством обсязі;
- формування керованого ринку платних медичних послуг, сприяння діяльності закладів охорони здоров'я всіх форм власності, створення умов для задоволення потреб населення в медичних послугах;
- ефективне використання наявних кадрових, фінансових і матеріальних ресурсів;
- солідарна участь держави, роботодавців, територіальних громад та окремих юридичних і фізичних осіб у фінансуванні послуг з надання громадянам медичної допомоги.

Реалізація цієї концепції передбачає здійснення комплексу державних і галузевих заходів.

Згідно з Концепцією реформування системи охорони здоров'я України, Українським інститутом громадського здоров'я опрацьовано проект Комплексної цільової програми реформування галузі [19]. Чітко визначено етапи формування та реалізації програми, їх тривалість і зміст: підготовчий (07.1997 – 06.1998), формування програми (07.1998 – 06.1999), експериментальний (07.1999 – 12.2000), опрацювання нормативно-правових документів і організаційних заходів (2001–2002), впровадження зазначених розробок в практику (2003–2005).

Складовою частиною реформи є розвиток законодавчої бази, який передбачає прийняття основних законів, які забезпечують нормативно-правове регулювання галузі охорони здоров'я: про фінансування галузі; про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування; про медичну діяльність; про медичні заклади; про захист прав пацієнтів; про лікарське самоврядування тощо.

Джерелами фінансування охорони здоров'я є державний і місцеві бюджети, кошти загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, а також добровільного медичного страхування, добродійних та інших фондів, цільових медичних зборів, безпосередні платежі юридичних та фізичних осіб тощо.

Бюджетні ресурси на охорону здоров'я передбачається розподіляти на підставі нормативів витрат з розрахунку на одного жителя, враховуючи рівень здоров'я населення, клімато-географічні та екологічні особливості регіонів.

Удосконалення системи управління галуззю передбачає запровадження державного, комунального та приватного секторів охорони здоров'я.

Приватна медична практика має стати складовою системи охорони здоров'я, набути поширення з розвитком ринкових відносин в економіці країни і тісно пов'язуватися з добровільним медичним страхуванням.

Здійснення адміністративної реформи в галузі охорони здоров'я передбачає перехід на систему функціонального управління, зосередження функцій Міністерства охорони здоров'я на аналізі ситуації, формуванні політики і стратегії охорони здоров'я, ініціюванні законодавчих передбачень, законотворчій роботі, вирішенні економічних і фінансових проблем галузі, забезпеченні якості медичної допомоги. Передбачається відповідний перегляд структури, а також чіткий розподіл функцій органів управління галуззю різних рівнів.

На основі новітніх телеметричних технологій повинна реорганізуватися система інформаційного забезпечення, створюватись інформаційно-аналітичні системи на всіх рівнях управління, у тому числі національна медична комп'ютерна мережа комунікаційних каналів, яка має забезпечити входження галузевої інформаційної системи до світової комп'ютерної мережі. Значно більшу роль повинні набути професійні об'єднання лікарів, діяльність яких передбачає позитивний вплив на вирішення багатьох регіональних і місцевих проблем.

Посилення профілактичної спрямованості діяльності системи охорони здоров'я становить суть реформування галузі.

Гігієнічне виховання населення має трансформуватися в державну систему безперервного навчання і здійснюватися на всіх етапах, починаючи з раннього віку.

Підвищенню ефективності діяльності державного санітарно-епідеміологічного нагляду має сприяти удосконалення правового регулювання діяльності органів і установ санітарно-епідеміологічної служби з адаптацією нормативно-правових документів відповідно до вимог Європейського Союзу.

Удосконалення організації лікувально-профілактичної допомоги є ключовим питанням реформування галузі.

Планується створити оптимальну систему надання медичної допомоги, функціонуючу при максимальній медичній, соціальній та економічній ефективності, що мало забезпечити доступність, якість та ефективність основних видів медичних послуг відповідно до гарантованого державою рівня безоплатної допомоги.

З цієї метою слід здійснити реструктуризацію галузі на основі науково-обґрунтованих потреб населення

в різних видах медичної допомоги, забезпечити пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики / сімейної медицини, відповідну раціоналізацію спеціалізованої та стаціонарної допомоги, упорядкування мережі лікувально-профілактичних заходів [5, 16, 18, 23].

Розвиток стаціонарозамінної медичної допомоги має здійснюватися шляхом розширення мережі економічно ефективних організаційних форм медичного обслуговування (денних і домашніх стаціонарів, центрів амбулаторної хірургії тощо), розширення діапазону медичних послуг цих закладів та їх ширшого застосування для профілактики і діагностики захворювань, лікування і реабілітації хворих, удосконалення її ресурсно-нормативної бази.

Охорона здоров'я матері і дитини, захист генофонду нації повинні базуватися на законодавчому забезпеченні прав жінок і дітей у всіх діях держави; здійсненні заходів, спрямованих на підвищення шлюбності, загальної допомоги молодим сім'ям, охорону праці жінок репродуктивного віку; створенні умов, сприятливих для зміцнення фізичного, психічного та соціального благополуччя дітей і підлітків; розширенні їх доступу до спортивних, оздоровчих закладів, молодіжних клубів; розвитку індустрії дитячого харчування; забезпеченні рівноцінного доступу населення до служб репродуктивного здоров'я, планування сім'ї, медико-генетичного консультування, медичної допомоги жінкам під час вагітності та пологів і дітям на всіх етапах їхнього життя [29].

Поліпшення медикаментозного та матеріально-технічного забезпечення галузі має стати однією з основних умов удосконалення системи охорони здоров'я. Воно потребує інтенсивного розвитку вітчизняної фармацевтичної та медико-інструментальної промисловості, виробництва імунобіологічних препаратів медичного приладобудування.

Передбачається удосконалення матеріально-технічної бази галузі, суттєве збільшення та оновлення існуючих основних фондів охорони здоров'я, зокрема, за рахунок удосконалення матеріально-технічного забезпечення, капітального будівництва, модернізації та заміни морально застарілого технічного обладнання тощо.

Розвиток медичної науки спрямований на опрацювання і впровадження в практику нових медичних технологій, ефективних методів профілактики і діагностики захворювань, лікування і реабілітації хворих.

Реформування системи охорони здоров'я передбачає забезпечення професійних прав, гарантій та соціального захисту працівників охорони здоров'я.

Паралельно зі створенням системи соціального захисту медичних працівників необхідним є створення і запровадження ефективної системи захисту пацієнтів шляхом законодавчого визначення їхніх прав і державних гарантій.

Навести порядок у нормативно-правовому забезпеченні системи охорони здоров'я та підвищити його якість відповідно до існуючого політичного та соціально-економічного становища в державі і європейських стандартів та вимог покликана систематизація законодавства України у сфері охорони здоров'я.

Однією з основних умов успішного проведення систематизації законодавства України у сфері охорони здоров'я є запровадження нормативно-правового регулювання суспільних відносин на законодавчому рівні, тобто встановлення первинних (вихідних) норм лише законами України, прийнятими Верховною Радою України в установленому порядку, які мають передбачати обґрунтовані норми і відповідальність певних органів, посадових осіб та громадян за дотримання і виконання їх [9, 32].

Важливою соціально-економічною проблемою є забезпечення гідної оплати праці медичних працівників, яка, за Основами законодавства України про охорону здоров'я, має бути не нижчою за середню заробітну платню в промисловості. Але і зараз, займаючи значну частку в структурі витрат на охорону здоров'я, середня заробітна плата медичних працівників залишається однією з найнижчих порівняно з іншими галузями народного господарства.

Низка праць свідчить про необхідність запровадження загальнообов'язкового державного соціально-медичного страхування, про реалії та перспективи його розвитку [22, 24].

Провідні фахівці вважають основною проблемою охорони здоров'я недостатні обсяги фінансування галузі з державних джерел, що призводить до надмірних витрат населення на потреби охорони здоров'я, неадекватні методи фінансування медичних закладів і оплати праці медичного персоналу [29, 33].

Отже, на порядок денний знову поставлено питання про проведення системних реформ в охороні здоров'я [1, 2, 10].

Організаційні та правові засади експерименту з реформування системи охорони здоров'я в сучасних умовах регулюються Законом України «Про порядок реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» [20]. Зараз ще рано говорити про результативність та ефективність проведених заходів, але вони вже викликають критику і нарікання як пацієнтів, так і медичних працівників, передусім через зменшення доступності спеціалізованої та стаціонарної допомоги, особливо для сільських жителів.

Серйозним недоліком в управлінні цим процесом є призупинення роботи Національної ради з охорони здоров'я, відсутність або бездіяльність громадських рад при органах і закладах охорони здоров'я, які могли роз'яснити суть реформи для широких мас і допомогти в її реалізації. Не менш важливим є при-

йняття Закону України «Про лікарське самоврядування» і створення Національної корпоративної організації лікарів, яка могла б взяти на себе частину важливих функцій Міністерство охорони здоров'я України у вирішенні професійних проблем медичної етики, підвищення кваліфікації лікарів, управління якістю медичної допомоги, захисту прав пацієнтів і медичних працівників [11].

Обґрунтування та аналіз стратегії реформування системи охорони здоров'я дав змогу визначити суб'єкти державного управління у цій сфері, відповідальні за різні етапи їх формування та реалізацію, а саме: Верховну Раду України, Кабінет Міністрів України, Міністерство охорони здоров'я України та інші відомства, установи і підприємства, громадські організації та правоохоронні органи.

Висновки

1. Проблеми системи охорони здоров'я визначають стратегії реформування галузі.
2. Основними стратегіями реформування галузі є:
 - удосконалення правової бази охорони здоров'я шляхом систематизації законодавства у цій сфері, спрямованої на забезпечення прав людини і справедливості в отриманні медичної допомоги, широкої інтеграції України у світову та європейську співдружність;
 - удосконалення фінансування охорони здоров'я шляхом запровадження системи багатоканального фінансування, основою якого має бути державний бюджет і загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування, узгоджене з податковою системою;
 - удосконалення організації медичної допомоги на основі пріоритетного розвитку первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини, ліквідація диспропорцій у розвитку різних видів медичної допомоги, раціоналізація спеціалізованої та стаціонарної допомоги, упорядкування мережі і структури закладів охорони здоров'я.
 - забезпечення доступності кваліфікованої медичної допомоги всім верстам населення шляхом законодавчого визначення гарантованого рівня безоплатної медичної допомоги за рахунок державного бюджету і фонду державного соціального медичного страхування, запровадження принципу вільного вибору лікаря і медичного закладу;
 - підвищення якості медичної допомоги на основі впровадження ефективних медичних технологій і стандартів якості медичної допомоги, ліцензування та атестації лікарів, акредитації медичних закладів;

- встановлення оплати праці медичних працівників відповідно до їхньої кваліфікації, обсягів, якості та ефективності роботи на рівні не нижчому, ніж у працівників промисловості;
 - організація системи юридичного та соціального захисту прав пацієнтів і медичних працівників;
 - створення сучасної системи інформаційного забезпечення охорони здоров'я і вдосконалення управління галуззю на державному, регіональному та місцевому рівнях із залученням медичної і широкої громадськості.
3. Суб'єктами державного управління сферою охорони здоров'я, які мають не лише формувати, але й реалізувати ці стратегії, є:
- Верховна Рада і Президент України, відповідальні за формування нормативно-правової бази охорони здоров'я;
 - Кабінет Міністрів України, відповідальний за реалізацію стратегій у сфері охорони здоров'я, фінансове, кадрове і матеріально-технічне забезпечення галузі;
 - Міністерство охорони здоров'я України, місцеві органи управління охороною здоров'я, медичні заклади, відповідальні за забезпечення доступної, якісної та ефективної медичної допомоги, профілактику захворювань, лікування та реабілітацію хворих;
 - міністерства та відомства України, установи, підприємства та організації, профспілки і громадські товариства, відповідальні за створення безпечних і гігієнічних умов праці та побуту, забезпечення раціонального харчування і здорового способу життя, активного культурного відпочинку, занять фізкультурою та спортом;
 - прокуратура та інші правоохоронні і контрольні органи, відповідальні за нагляд і контроль за дотриманням встановлених законом норм і правил у сфері охорони здоров'я.
- Перспективи подальших досліджень** полягають в аналізі реформи галузі, яка проводиться в пілотних регіонах, та її оцінці з погляду обґрунтованості, доцільності й ефективності.

Література

1. Голяченко О. М. Реформа охорони здоров'я в Україні: як вийти з кризи / О. М. Голяченко. – К.: ВСВ «Медицина», 2010. – 80 с.
2. Князевич В. М. Реформа охорони здоров'я в Україні та її законодавче забезпечення / В. М. Князевич // Укр. мед. вісті. – 2011. – Т. 9, № 1–4 (72–75). – С. 50–53.
3. Конституція України (прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 р.). – К., 1997. – 80 с.
4. Концепція економічної реформи охорони здоров'я Української РСР на основі бюджетно-соцстрахівської системи фінансування МОЗ УРСР. – К., 1990. – 25 с.
5. Концепція реформування первинної медико-санітарної допомоги / В. М. Пономаренко, О. М. Ціборовський [та ін.] // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 1999. – № 1. – С. 67–73.
6. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України: збірка офіц. документів. – К., 2001. – 29 с.
7. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я і український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – 50 с.
8. Моделі організації ПМСД населенню на засадах сімейної медицини / В. М. Пономаренко, О. М. Ціборовський [та ін.]. – Охорона здоров'я України. – 2003. – № 4 (11). – С. 97–98.
9. Москаленко В. Ф. Правові аспекти реформування охорони здоров'я в Україні / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузева, Р. Ю. Гревцова // Укр. мед. вісті. – 2011. – Т. 9, № 1–4 (72–75). – С. 54–55.
10. Москаленко В. Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: укр. контекст. – К.: Книга плюс, 2008. – 317 с.
11. Мусій О. С. Лікарське самоврядування – нагальна необхідність запровадження у час реформи системи охорони здоров'я / О. С. Мусій // Укр. мед. вісті. – 2011. – Т. 9, № 1–4 (72–75). – С. 56–58.
12. Населення України: демограф. щорічники Держкомстату України. – К., 1995–2007.
13. Організаційно-методичні аспекти перерозподілу обсягів медичної допомоги між лікарями первинного, вторинного та третинного рівнів в умовах переходу до сімейної медицини / В. М. Пономаренко, О. М. Ціборовський [та ін.]. – Київ–Луганськ: ЛОД, 2003. – 83 с.
14. Основи законодавства України про охорону здоров'я (від 19.11.1992 р. № 2801-XII). – К., 1992. – 38 с.
15. Панорама охорони здоров'я населення України. – К.: Здоров'я, 2003. – С. 100.
16. Пономаренко В. М. Наукове обґрунтування реформування ПМСД на засадах сімейної медицини / В. М. Пономаренко, О. М. Ціборовський // Матеріали Першого з'їзду сімейних лікарів України. – К., 2001. – С. 14–16.

17. Пономаренко В. М. Основні проблеми реформування системи охорони здоров'я України / В. М. Пономаренко // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 1999. – № 1. – С. 7–10.
18. Пономаренко В. М. Принципи і форми удосконалення ПМСД на засадах сімейної медицини / В. М. Пономаренко, О. М. Ціборовський // Укр. мед. вісті. – 1998. – Т. 2, № 1–2 (59–60). – С. 61–62.
19. Пономаренко В. М. Програма реформування системи охорони здоров'я України і перспективи її реалізації / В. М. Пономаренко, О. М. Ціборовський, В. І. Євсєєв // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 1999. – № 2. – С. 57–61.
20. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : Закон України від 07.07.2011 р. № 3612-VI // Відомості Верховної Ради України. – 2013. – № 30. – С. 340.
21. Програма Всеукраїнського лікарського товариства // Вісник Всеукр. лікарського товариства. – 1990. – № 1. – С. 11–15.
22. Реалії та перспективи розвитку медичного страхування в Україні: розробка нормативних документів / А. Л. Федущак [та ін.]. – Україна. Здоров'я нації. – 2007. – № 2. – С. 101–106.
23. Реорганізація первинної медико-санітарної допомоги населенню на засадах загальної лікарської практики / сімейної медицини : інструктивно-методичні матеріали для сімейного лікаря / В. М. Пономаренко, О. М. Ціборовський [та ін.]. – К., 2000 (2001). – 180 с.
24. Скороход А. В. Шляхи реформування системи фінансування охорони здоров'я України / А. В. Скороход // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2010. – № 4. – С. 31–34.
25. Стратегічні напрями розвитку охорони здоров'я в Україні / за заг. ред. проф. В. М. Лехан. – К. : Сфера, 2001. – 176 с.
26. Ціборовський О. М. Захворюваність як показник стану здоров'я населення України і основні ризики її підвищення в сучасних історичних умовах / О. М. Ціборовський. – К., 2010. – 63 с.
27. Ціборовський О. М. Основи державної політики в галузі охорони здоров'я / О. М. Ціборовський // Укр. мед. вісті. – 1997. – № 1 (56). – С. 37–38.
28. Ціборовський О. М. Проблеми системи охорони здоров'я України і шляхи їх розв'язання в сучасних історичних умовах / О. М. Ціборовський. – К., 2010. – С. 5–6.
29. Ціборовський О. М. Проблеми системи охорони здоров'я України і шляхи їх розв'язання в сучасних історичних умовах / О. М. Ціборовський. – К., 2010. – С. 14–18.
30. Ціборовський О. М. Роль Всеукраїнського лікарського товариства в реформуванні системи охорони здоров'я України / О. М. Ціборовський // IX конгрес Світової федерації українських лікарських товариств : тези доповідей. – Луганськ–Київ–Чикаго, 2002. – С. 71–73.
31. Ціборовський О. М. Центри первинної медико-санітарної допомоги як місцеві органи управління розвитком сімейної медицини / О. М. Ціборовський // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 4 (16). – С. 115–118.
32. Ціборовський О. М. Шляхи систематизації законодавства України у сфері охорони здоров'я / О. М. Ціборовський, С. В. Істомін, В. М. Сорока. – К., 2011. – 72 с.
33. Шевченко М. В. Пропозиції щодо удосконалення системи фінансування охорони здоров'я України / М. В. Шевченко, В. М. Лехан, Г. О. Слабкий // Україна. Здоров'я нації. – 2011. – № 2 (18). – С. 126–132.

Дата надходження рукопису до редакції: 15.04.2014 р.

Проблемы системы здравоохранения Украины и стратегии ее реформирования

О.М. Циборовский, П.Н. Лысенко

ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины», Киев, Украина

Кардинальная трансформация социально-экономической системы Украины и торможение экономических и социальных реформ привели не только к деструктивным процессам в экономике страны, изменениям в уровне и способе жизни населения, но и указали на необходимость реформирования системы здравоохранения, направленного на сохранение и укрепление здоровья нации.

Цель – обосновать стратегию реформирования системы здравоохранения Украины в современных условиях.

Материалы и методы. Использованы статистические материалы Государственной службы статистики Украины и Центра медицинской статистики МЗ Украины, аналитические материалы социально-гигиенических исследований; методы системного анализа, библиосемантический, статистический, контент-анализа, социологического анализа.

Результаты. Определены основные проблемы здравоохранения Украины. Обоснованы стратегии реформирования отрасли, направленные на совершенствование ее деятельности, сохранение и укрепление здоровья населения, повышение доступности, качества и эффективности медицинской помощи.

Выводы. Стратегии реформирования системы здравоохранения исходят из проблем отрасли. Они определяют субъекты государственного управления сферой здравоохранения, которые должны не только формировать, но и реализовывать эти стратегии.

Ключевые слова: проблемы здравоохранения, стратегии реформирования, субъекты государственного управления.

Problems of health care system of Ukraine and strategy of its reforming

O.M. Tsyborovsky, P.M. Lysenko

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

Cardinal transformation of social and economic system of Ukraine and braking of economic and social reforms have resulted not only to the destructive processes in the country's economy, to changes in the level and way of life of the population, but also have specified necessity of reforming of health care system directed on preservation and strengthening health of the nation.

Purpose – to justify strategy of reforming of health care system of Ukraine in modern conditions.

Materials and methods. Statistical materials of the State Statistics Service of Ukraine and the Center of Medical Statistics Ministry of Health of Ukraine, analytical materials of social-hygienic researches have been used; and also methods of system analysis, bibliosemantich, statistic, content analysis, sociological analysis.

Results. The main health care problems of Ukraine have been determined. Strategies of reforming the industry directed on improve its activity, preservation and strengthening of health of the population, accessibility increase, quality and efficiency of medical aid are proved.

Conclusions. Strategies of reforming health care system proceed from problems of the industry. They define subjects of state management in the sphere of health care, which should not only form, but also realize these strategies.

Key words: problems of health care, reforming strategies, subjects of state management.

Відомості про авторів

Ціборовський Олег Михайлович – к.мед.н., с.н.с., керівник сектору історії медицини відділу нормативно-правового регулювання в охороні здоров'я та історії медицини ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна; служб. тел. +38 (044) 576-41-18; e-mail: uisr_moz@ukr.net.

Лисенко Павло Миколайович – н.с. відділу нормативно-правового регулювання в охороні здоров'я та історії медицини ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна; служб. тел. +38 (044) 576-41-18; e-mail: uisr_moz@ukr.net.

З.В. Лашкул

РЕФОРМА ПЕРВИЧНОЙ И ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПОРАЖЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования»,
г. Запорожье, Украина

Цель – изучить влияние реформы первичной и экстренной медицинской помощи на основные показатели поражения населения артериальной гипертензией.

Материалы и методы. Использованы демографические и статистические показатели, публикации отечественных и зарубежных авторов, данные социологических опросов населения и медицинских работников. Методы исследования: библиосемантический, системный подход и системный анализ, статистический анализ, социологический опрос.

Результаты. Установлено, что реформирование первичной и экстренной медицинской помощи, реализация проекта по возмещению стоимости медикаментов для лечения лиц с гипертонической болезнью, внедрение «школ здоровья», как современной технологии профилактики артериальной гипертензии в первичном звене здравоохранения, положительно влияют на основные показатели поражения артериальной гипертензией: заболеваемость, приверженность к лечению, смертность, инвалидность, обращаемость на скорую помощь.

Выводы. Реформа первичной и экстренной медицинской помощи способствует снижению уровней заболеваемости и смертности вследствие артериальной гипертензии на региональном уровне.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, реформа первичной и экстренной медицинской помощи.

Введение

Артериальная гипертензия (АГ) является наибольшей в истории человечества неинфекционной пандемией, которая определяет структуру сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности [1, 2, 3, 4, 6, 7]. По статистическим данным, показатель распространенности АГ по области за последние 15 лет увеличился с 19 408,2 до 28 924,3 на 100 тыс. населения. По данным исследования, проведенного Институтом кардиологии имени акад. Н.Д. Стражеско, повышенное артериальное давление наблюдается у 44% взрослого населения [7]. В Запорожской области регистрируется 24% лиц с повышенным артериальным давлением. Значительно ниже показатель распространенности АГ среди жителей сельской местности – 8550,7 на 100 тыс. населения (по Украине – 13 714,6). На фоне низкой распространенности АГ в области смертность от ишемической болезни сердца (ИБС) и цереброваскулярной патологии (ЦВП), ассоциированной с АГ,

выше средних показателей по Украине. В результате реформирования первичной и экстренной медицинской помощи в регионе планируется улучшить выявляемость АГ, качество диспансеризации и показатели оказания экстренной медицинской помощи.

Цель работы – изучить влияние реформы первичной и экстренной медицинской помощи на основные показатели поражения населения АГ.

Материалы и методы

Источниками исследования были демографические и статистические показатели, публикации отечественных и зарубежных авторов, изучались работы экономистов, организаторов здравоохранения относительно опыта реформирования здравоохранения в разных странах мира, а также данные социологических опросов населения и медицинских работников.

В ходе работы использовались следующие методы исследования: библиосемантический, системный под-

ход и системный анализ, статистический анализ, социологический опрос.

Результаты исследования и их обсуждение

Запорожская область относится к тем регионам, где реформа первичной медицинской помощи в ряде районов проводилась решением региональных органов власти. В 2001 г. распоряжением председателя Запорожской областной государственной администрации принято решение о внедрении модели первичной медицинской помощи в ряде районов области на принципах семейной медицины. На основании распоряжения областной государственной администрации приняты решения сессий районных советов о реформировании первичной медицинской помощи. В итоге, большинство районов области уже к 2009 г. оказывали первичную медицинскую помощь согласно этой модели. Под семейные амбулатории были переданы в основном административные здания. Все семейные амбулатории оснащены необходимым медицинским оборудованием, транспортом. Приказом Министерства здравоохранения Украины от 06.07.2004 г. №338 «О проведении эксперимента с международным участием по внедрению современной модели семейной медицины в Автономной республике Крым, Запорожской и Хмельницкой областях», усовершенствована организация медицинской помощи за принципом врача общей практики / семейного врача в Михайловском районе Запорожской области. Благодаря этому проекту все семейные амбулатории были оснащены компьютерной техникой. С врачами и медицинским персоналом была проведена дополнительная учеба, ряд специалистов прошли стажировку в Англии. Кафедра социальной медицины, организации и управления здравоохранением Запорожской медицинской академии последипломной подготовки заключила договор с администрацией Михайловского района о сотрудничестве и научном сопровождении проводимой реформы. Основная задача научного сопровождения заключалась в изучении общественного мнения населения и медицинских работников. По результатам социологического опроса населения и медицинских работников проводилась разъяснительная работа через средства массовой информации, а также проводились тренинги с семейными врачами о значимости реформы первичной медицинской помощи, о роли семейного врача в вопросах профилактики сердечно-сосудистой патологии. С 2012 г. все регионы области перешли на оказание первичной медицинской помощи за принципом врача общей практики / семейного врача. В области была разработана и принята программа по профилактике сердечно-сосудистой патологии. На всей территории области в семейных амбулаториях, центрах первичной

медицинской помощи внедрены «школы здоровья по профилактике артериальной гипертензии» [8].

Одним из приоритетных направлений реформирования отрасли здравоохранения стала реформа экстренной медицинской помощи. Решение этой проблемы для Украины является одной из актуальных задач реформирования отрасли здравоохранения в целом. Прежде всего, это обусловлено высоким показателем смертности населения от внешних причин [8]. В рамках принятого Закона «Об экстренной медицинской помощи», который вступил в силу с 01.01.2013 г., была проведена реорганизация службы скорой медицинской помощи, медицины катастроф и санитарной авиации в одну мощную оперативно-диспетчерскую службу, оснащенную современной техникой, прежде всего, GPS-навигаторами, обеспечивающими контроль местонахождения и передвижения бригад скорой медицинской помощи (СМП). Основная цель такой реформы – объединение кадрового и материально-технического потенциала для оперативного обеспечения своевременности прибытия бригады СМП к пациенту. При этом оперативность приезда бригад СМП в городе не должна превышать 10 минут, в сельской местности – 20 минут. По данным 2013 г., процент своевременности приезда бригад СМП по области составил 92,7%. Появилась тенденция по уменьшению количества обращений за СМП. Так, количество обращений на 1000 населения в 2010 г. составило 310,0, в 2013 г. – 291,9.

В рамках национального проекта «Своевременная медицинская помощь» служба СМП в полном объеме обеспечена медикаментами (впервые за годы независимости Украины). Ежегодно, начиная с 2012 г., проводится обновление транспорта СМП, только в 2013 г. Министерство здравоохранения Украины закупило 1000 автомобилей. В дальнейшем планируется полная замена транспорта.

Большая работа проводится по подготовке семейных врачей, врачей для работы на СМП. Принят ряд нормативных документов по повышению стимулов эффективности работы медицинского персонала. В пилотных регионах постановлением Кабинета Министров Украины от 05.03.2012 г. № 209 введена надбавка к заработной плате за количество и качество выполненной работы. На региональном уровне решением сессий районных рад введены надбавки семейным врачам 10–50% от оклада. Реализуются льготы на обеспечение семейных врачей мобильными телефонами, бесплатным проездом, коммунальными платежами и т.п. Семейные врачи активно внедряют консультирование по телефону, организацию службы неотложной медицинской помощи.

При условии эффективного функционирования первичной медицинской помощи и службы экстренной медицинской помощи уже в первые годы реформы можно ожидать уменьшение нагрузки на вторичную

Таблиця 1

Динамика смертності от сердечно-сосудистої патології в Україні, Запорозької області і країнах Європи за 1975–2013 гг. (на 100 тис. населення)

Регион	1975	1985	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013
Україна	566,4	757,8	775,1	937,1	1037,7	1013,9	963,4	960,2	н.д.
Запорозька область	517,3	693,1	841,0	871,2	801,1	992,3	966,4	939,6	938,1
Країни Європи	н.д.	739,1	333,3	281,5	н.д.	н.д.	215,7	н.д.	н.д.

Таблиця 2

Смертність от захворювань органів кровообігу серед осіб трудоспроможного віку, в залежності от статі в Запорозькій області за 2010–2012 гг. (абсолютні дані і показателі на 100 тис. населення)

Год	Оба пола		Мужчины		Женщины	
	абс.	пок.	абс.	пок.	абс.	пок.
2010	1892	172,8	1576	281,3	316	59,1
2011	1832	169,2	1533	276,3	299	56,6
2012	1754	164,7	1500	273,6	257	49,5

медичинську допомогу, зменшення об'єктивності населення в СМП, покращення ряду показателів здоров'я населення [9, 10, 11, 12, 13].

Для оцінки відбуваються змін ми проаналізували ситуацію в Україні і Запорозької області за останні роки. В частині, як змінилися показателі захворюваності, смертності от артеріальної гіпертензії з моменту початку реформи здоров'я, як це вплинуло на смертність от сердечно-сосудистої патології в Запорозькій області за період 2010–2013 гг.

Показатель смертності от сердечно-сосудистої патології на регіональному рівні знизився з 992,3 на 100 тис. населення в 2010 г. до 938 в 2013 г., декілька нижче середнього показателя по Україні – 960,2, но значительно вище показателів Європейських країн – 215,7 в 2011 г. (табл. 1).

На 9% знизився рівень смертності от сердечно-сосудистої патології у населення трудоспроможного віку. Динаміка зменшення серед чоловіків і жінок була однаковою, но рівень смертності чоловіків трудоспроможного віку значительно перевищував аналогічний рівень у жінок (табл. 2).

Аналіз показателів ураження населення АГ засвідчує, що за рахунок покращення виявлення АГ збільшилися рівні захворюваності і поширеності АГ, збільшився охоплення диспансерним наглядом. На цьому фоні з'явилася позитивна динаміка показателів смертності от АГ і її ускладнень (табл. 3).

За рахунок покращення охоплення диспансерним наглядом на первинному рівні і покращення забезпечення медикаментами за 2013 г. зменшилось кількість викликів СМП по приводу гіпертонічної хвороби з 3447 до 3327 випадків, не відбулось ні одного випадку смерті в присутстві бригади СМП от гіпертонічної хвороби.

Опыт реформ здоров'я в інших країнах доклав, що особого покращення показателів здоров'я не можна очікувати в перші п'ять років.

Результативність реформи залежить не тільки от моделі організації медичинської допомоги, но, прежде всего, от рівня фінансування галузі [13, 14, 15].

С учетом прийнятих реформ фінансування галузі здоров'я по області збільшилось з 735 грн з розрахунку на одного жителя в 2010 г. до 1014 грн в 2013 г. Середня зарплатна плата по галузі в 2010 г. складала 1680 грн, в 2013 г. – 3800.

За рахунок державного бюджету, для забезпечення медикаментами відділень реанімації і анестезіології виділено 7,8 млн грн, для забезпечення СМП – 12,6 млн грн, на частинне возмещення вартості медикаментів для хворих гіпертонічної хворобою – 6,8 млн гривень. Покращення фінансування медикаментозного забезпечення при наданні екстреної і неотложної медичинської допомоги, реалізація рішення Кабінету Міністрів України от 05.09.2012 г. № 907 «Об утверждении порядка частичного возмещения вартості медикаментів для лікування осіб гіпертонічної хворобою», а також проводима

Таблиця 3

Динамика показателів поразення дорослого населення артеріальною гіпертензією по Запорізькій області за 2010–2013 гг. (все форми)

Показатель	2010	2011	2012	2013
Распространенность (на 100 тыс. нас.)	29021,5	29022,2	29048,6	28924,4
Заболеваемость (на 100 тыс. нас.)	1265,9	1285,5	1424,6	1351,5
Первичная инвалидность (на 10 тыс. нас.)	0,5	0,6	0,5	0,5
Смертность взрослого населения от АГ (все формы на 100 тыс. нас.)	1,9	1,1	1,7	1,3
Смертность трудоспособного возраста от АГ (все формы на 100 тыс. нас.)	0,6	0,5	0,3	0,3

індивідуальна робота сімейними лікарями в школах здоров'я для хворих гіпертонічною хворобою позитивно впливали на показники ураження населення АГ в області.

Выводы

Реформа первичной и экстренной медицинской помощи при надлежащем ее функционировании и финансировании способствует снижению уровней заболеваемости АГ и смертности вследствие этой патологии.

Реализация национального проекта по возмещению стоимости медикаментов для лечения лиц гипертонической болезнью позволяет обеспечить приверженность и непрерывность лечения АГ.

Внедрение школ здоровья, как современной технологии профилактики АГ в первичном звене здравоохранения, является эффективным. Среди пациентов,

прошедших обучение, достигнут целевой уровень артериального давления, улучшена приверженность к лечению.

При проведении реформирования здравоохранения в Украине и регионе еще остаются проблемы, связанные с недостаточной информированностью населения и медицинских работников о целях и задачах реформы, недостаточным финансированием, с сопротивлением переменам как со стороны населения, так и со стороны медицинских работников. Все эти проблемы требуют принятия своевременных мер центральными и местными органами власти и организациями здравоохранения на всех уровнях.

Перспективы дальнейших исследований заключаются в повышении роли «школ здоровья» по профилактике АГ и внедрении новых форм и методов по модификации факторов риска у больных АГ в первичном звене здравоохранения.

Литература

1. Бойцов С. А. Структура факторов сердечно-сосудистого риска и качество мер их профилактики в первичном звене здравоохранения в России и в Европейских странах (по результатам исследования EURICA) / С. А. Бойцов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2012. – № 2 – С. 11–16.
2. Бойцов С. А. От профилактической кардиологии к профилактике неинфекционных заболеваний в России / С. А. Бойцов, Р. Г. Оганов // Рос. кардиологический журнал. – 2013. – № 4 (102). – С. 6–13.
3. Доклад о состоянии здравоохранения в мире: Первичная медико-санитарная помощь сегодня актуальнее, чем когда-либо / ВОЗ. – Женева, 2008. – 125 с.
4. Коваленко В. М. Регіональні медико-соціальні проблеми хвороб системи кровообігу / В. М. Коваленко. – К., 2013. – 240 с.
5. Лашкул З. В. Вплив моделі надання первинної медико-санітарної допомоги на принципах сімейної медицини на доступність і якість надання медичної допомоги: проблеми та шляхи вирішення. / З. В. Лашкул // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 2–3 (22–23). – С. 224–228.
6. Москаленко В. Ф. Концептуальні підходи до формування сучасної профілактичної стратегії в охороні здоров'я / В. Ф. Москаленко. – К., 2009. – 238 с.

7. *Оганов Р. Г.* Обучение врачей первичного звена эффективному профилактическому консультированию / Р. Г. Оганов // Профилактическая медицина. – 2011. – № 2 – С. 1–4.
8. *Одринський В. А.* Відповідність української загальної практики/сімейної медицини європейському визначенню / В. А. Одринський // Сучасні медичні технології. – 2012. – № 3. – С. 82–86.
9. *Оценка модели организации первичной медико-санитарной помощи в Белоруси* / ВОЗ. – Женева: 2009. – 158 с.
10. *План действий по Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012–2016 гг.* / Европейский региональный комитет // Шестидесят первая сессия. Баку, Азербайджан, 12–15 сентября 2011 г. – Женева: ВОЗ, 2011. – С. 2–5.
11. *Слабкий Г. О.* Формування у населення здорового способу життя в умовах впровадження сімейної медицини / Г. О. Слабкий // Управління закладом охорони здоров'я. – 2010. – № 12. – С. 21–27.
12. *Трагедія, якої можна уникнути: Подолання в Україні кризи здоров'я людини. Досвід Європи* / ВОЗ. – К. : ВЕРСО-04, 2009. – 72 с. (Світовий банк).
13. *Шарабчиев Ю. Т.* Экономические модели и реформирование здравоохранения: опыт организации различных систем здравоохранения / Ю. Т. Шарабчиев // Мед. новости. – 2006. – № 6. – С. 61–68.
14. *Joumard I.* Health Care Systems: Efficiency and Institutions / I. Joumard, C. André, Nicq C. // OECD Economics Department Working Papers. – 2010. – Vol. 769 [Electronic resource]. – Access mode : <http://dx.doi.org/10.1787/5kmp51f5f9t-en>. – Title from screen.
15. *Health Care Quality Indicators Project 2006 Data Collection Update Report* / S. G. Armesto, M-L. G. Lapetra, L. Wei, E. Kelley // OECD Health Working Papers. – 2007. – № 29. – 157 p.

Дата поступления рукописи в редакцию: 12.05.2014 г.

Реформа первинної й екстреної медичної допомоги на регіональному рівні та її вплив на основні показники ураження населення артеріальною гіпертензією

З.В. Лашкул

ДЗ «Запорізька медична академія
післядипломної освіти»,
м. Запоріжжя, Україна

Мета – вивчити вплив реформи первинної і екстреної медичної допомоги на основні показники ураження населення артеріальною гіпертензією.

Матеріали та методи. Використано демографічні і статистичні показники, публікації вітчизняних і зарубіжних авторів, дані соціологічних опитувань населення і медичних працівників. Методи дослідження: бібліосемантичний, системний підхід і системний аналіз, статистичний аналіз, соціологічне опитування.

Результати. Встановлено, що реформування первинної та екстреної медичної допомоги, реалізація проекту з відшкодування вартості медикаментів для лікування осіб із гіпертонічною хворобою, впровадження «шкіл здоров'я», як сучасної технології профілактики артеріальної гіпертензії в первинній ланці охорона здоров'я, позитивно впливають на основні показники ураження артеріальною гіпертензією: захворюваність, смертність, інвалідність, звернення по швидку медичну допомогу.

Висновки. Реформа первинної та екстреної медичної допомоги дає змогу знизити рівні захворюваності й смертності внаслідок артеріальної гіпертензії на регіональному рівні.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, реформа первинної і екстреної медичної допомоги.

Reform of primary and urgent medicare at regional level and her influence on the basic indexes of defeat of population a hyperpiesis

Z.V. Lashkul

State Institution «Zaporozhe Medical Academy
of Post-Graduate Education Ministry of Health of Ukraine»,
Zaporozhe, Ukraine

Purpose – to study influence of reform of primary and urgent medicare on the basic indexes of defeat of population a hypertension.

Materials and methods. Demographic and statistical indicators, publications of home and foreign authors, data of sociological public opinion and medical workers polls. Research methods: approach of the systems and analysis of the systems, statistical analysis, sociological questioning.

Results. Reformation of primary and urgent medicare, realization of project on the compensation of cost of medications for treatment of persons hypertensive illness, introduction of Schools of health, as to modern technology of prophylaxis of hyperpiesia in a primary link health protections, positively influence on the basic indexes of defeat a hyperpiesia: morbidity, adherence to treatment, death rate, disability, reduction of turned on first-aid.

Conclusions. Reform of primary, urgent medicare allow positively influencing on morbidity and death rate from a hyperpiesia at regional level.

Key words: hypertension, reform primary and urgent medical.

Сведения об авторе

Лашкул Зинаида Васильевна – к.мед.н., доц., заслуженный врач Украины, зав. кафедрой социальной медицины, организации и управления здравоохранением и медико-социальной экспертизы ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»; ул. Чапаева, 2, г. Запорожье, 69000, Украина; служ. тел. +38 (061) 222-95-81; e-mail: zlashkul@mail.ru.

O.R. Sytenko, N.T. Kucherenko

PRESERVATION OF THE POPULATION HEALTH AS THE STRATEGIC DIRECTION OF STATE POLICY IN UKRAINE

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

Purpose – to highlight the main questions of preservation of the population health as strategic direction of state policy of Ukraine in the field of health care. In work analytical **methods** of research are used.

Results. The basic strategic purposes in health care sphere at the present stage have been covered.

Conclusions. The main efficiency criterion of the health care system should be the end result – improvement of population health state as one of the major priorities of the state.

Key words: state policy, health care, preservation of population health.

Introduction

Preservation and strengthening population health is one of the major functions of the state. Complexity of problems on health care indicates that all authorities of Ukraine should carry out certain functions of health care state policy.

Approaches to state policy formation in Ukraine in health care sphere are reflected in the Constitution of Ukraine. Basic constitutional positions on health care legal regulation are specified in a number of legal acts. In 1992 the fundamental act «Basic Law on Health Care of Ukraine», which has defined main framework and principles for development of national health care system has been accepted [8].

Policy of Ukraine in the field of health care is based on the fact that the State recognizes the right of each citizen on health care, in particular, provides protection of health of everyone and guarantees to all citizens realization of their rights in the health care sector.

Questions of state policy are covered in 90th years of the twentieth century in the works of such Ukrainian scientists: V.D. Bakumenko, O.L. Valevskyi, O.P. Demyanchuk, T. Dihtyar, O.I. Kiliyevych, V.A. Rebkalo, V.Ye. Romanov, O.M. Rudik, V.V. Tertychka et al., who have formulated and have developed basic scientific approaches to state policy, theoretical and methodological framework for acceptance of the state decisions, investigated the environment of development and implementing of state policy.

Today in works of domestic scientists (V.M. Lekhan, I.M. Solonenko, Ya.F. Radysh, N.P. Kryzyna, L.I. Zhalilo,

M.I. Bilynska, etc.) is paid attention on the problems of state policy and public management decisions [8].

State policy in health care is defined as set of decisions or obligations of the state on carrying out by authorities agreed course of actions in system of medical care of rendering aimed on achievement the objectives in order to improve the health of the population [15].

Gladun Z.S. considers that the state policy in health care includes three main directions:

1. Securing of constitutional rights of citizens on medical aid, health care and health insurance, protection of human rights in health care.
2. Organization of health care granting to the population, formations of uniform national medical space and market of medical services.
3. Carrying out of organizational, financial, legal and other measures on maintenance health of the population and its protection and strengthening [3].

In the modern theory of state management practice of development and implementation of target programs is grounded in software-based approach. The application of software-based approach in health care has been covered in works of M. Vovk, M. Zhdanova [2], D.V. Karamyshev [7], A. Akopian, Yu. Shylenko, T. Yurieva [6].

In studies of such scientists as N.P. Kryzyna, N.R. Nyzhnyk, Ya.F. Radysh, P. Shchepin and others it is established that the state policy of Ukraine in the field of health care is a complex of accepted national decisions or accepted obligations on preserve and strengthen the physical and mental health and social well-being of the population of the state as an essential component of its national wealth

through implementation of set of political, institutional, economic, legal, social, cultural, scientific and medical measures with the purpose of preservation of a genofund of the Ukrainian nation, its humanitarian potential [12].

However, question of health preservation as strategic direction of brunch state policy has not been fully investigated. It also has determined the purpose of the work.

The purpose of work – to take up the basic questions of health preservation of the population as strategic direction of state policy of Ukraine in the field of health care.

In work analytical **methods** of research are used.

Results of research and their discussion

Today health care in the world is considered as system of state and public measures of legal, social, economic, scientific, cultural, educational, organizational, technical, sanitary and medical character directed on preservation and strengthening of health, prolongation of people's active life. Health of everyone is an integral part of human well-being and health of the population as a whole is pledge of successful development of society, economic growth, social security and political stability [11].

In Ukraine the state policy in the health care sector is directed – on preservation and strengthening of health, preventive and reduction level of morbidity, disability and mortality, improvement of health care quality and efficiency, social justice and human rights for health care.

Indicative Plan of the Ministry of Health of Ukraine for 2012–2014 displays perspective development of branch of health care according to which, the branch goes on the following directions:

1. Improving health and reducing of population's primary disability, general mortality and mortality of working age by:

- rational use of branch resources;
- solidarity financing principle;
- improving of quality and efficiency of medical care.

2. Reducing the demand for health care by:

- prevention and early revealing of diseases, control over a course of diseases and prevention their adverse consequences;
- formation of public health system, public involvement and motivation for a healthy lifestyle;
- implementation of actions on rehabilitation, organization of special actions on medical ensure on separate classes of diseases and nosological forms.

3. Reforming health care system.

4. Participation in creation favorable, safe and healthy life of public environment.

The main strategic purposes in the health care sector in 2012–2014 years have been determined:

- Strategic goal 1: Reforming the health care system.

- Strategic goal 2: Improvement of quality and availability of health care to children and mothers with introduction of the newest technologies.
- Strategic goal 3: Reducing level of morbidity and mortality from all diseases, providing preventive direction of health care and promotion of healthy lifestyle.
- Strategic goal 4: Creation favorable regulatory environment for businesses and public health safety.
- Strategic goal 5: Improving of personnel selection policy and innovative development of medical science.

The main tasks of policy in health care – reforming the health care system with the purpose of increase of medical services availability, quality of medical services and improvement of efficiency of use of available resources of branch, prevention and early revealing of diseases, especially in rural areas.

In 2012 in the health care sector the following problems have been appeared:

- the priority development of primary health care through structural and organizational, financial and economic differentiation of levels for granting of medical aid by creation of centers of primary health care;
- implementation of medical standards (unified clinical protocols) rendering of medical care and indicators of work quality of health care establishments;
- development of family physicians institute, active implementation of measures of medical and social prevention and typical preventive programs;
- carrying out of information, educational and explanatory work among population about a healthy lifestyle;
- improvement of emergency medical care by development of mechanism for the creation of uniform system for granting of emergency medical care and control of its functioning, the implementation of unified technologies for rendering of emergency medical care at different levels;
- carrying out of health care system reforming in Vinnytsa, Dnipropetrovsk, Donetsk regions and Kyiv in order to develop new organizational, legal, financial and economic mechanisms directed on increase of efficiency and availability of health services of the population and also creation of economic stimulus for medical workers in view of volume and quality of the executed work;
- development of modern system of medical care for children and mothers, structural reorganization of obstetric and neonatal services and development of perinatal care, by creation of network of perinatal centers, providing treatment of infertility women with methods of assisted reproductive technologies, improvement of sanatorium maintenance;
- improvement of personnel policy by perfection training and retraining system of health workers and establishing

mechanisms for increasing wage of workers in this sector based on uniform scale of charges, scope, quality, complexity and efficiency of health services and social protection;

- the general reduction of morbidity and mortality from all diseases, early revealing of diseases, especially socially significant: cardiovascular, oncological, tuberculosis and AIDS.

In 2013–2014 state policy in the field of health care it is stressed on strengthening prevention and ensure early revealing of diseases, improvement of quality of medical care and availability of medical services, improvements efficiency of state financing and creation of stimulus for healthy life style and healthy working conditions.

The task of state policy in the health sector during 2013–2014 has been identified in the following areas:

- increase of efficiency of national measures directed on prevention, diagnostics and treatment of non-communicable diseases by optimization of state target programs in health care sector;
- strengthening tendency to birth rate growth with tendency to decline of infant and maternal mortality indicators, improvement of health state of children;
- ensuring of reduction in level of incidence on infectious diseases, fight with which is made by means of immunization and reducing mortality and disability due to infectious diseases, assistance to development of immunology, genetic engineering and immunobiotechnology;
- increase the effectiveness of implementation of national measures for preventive of malignant tumors, improvement of cancer prevention quality, availability of medical aid for oncological patients;
- providing preventive, medical and organizational measures and also actions for care and support of HIV-infected and sick of AIDS;
- further improvement of an epidemiological situation of tuberculosis, consolidation trend of decrease in morbidity and mortality indicators from tuberculosis [11, 14].

It is recognized that public health is universal uncommon value and social development determinative of social justice and equality. In today's progress in all spheres of activity, health is defined by integrated indicator of its success [1, 9, 13]. It should be noted that Ukraine is focused not only on their own achievements, but also as a member of the WHO Euro bureau forms state policy according to international document «Health for all policy in the twenty-first century».

Formation of new policy in health care in Europe is dictated by the need to respond to new challenges related to demographic, socio-economic, ecological and other changes. Achievement of priority purposes of social development in the health care sector demands improvement of strategic management of application of innovative approaches, active implementation of intersectoral strategies, creation of new types of partnerships in health care, increase policy coherence, investments, activities of all sectors and involved structures at observance of social justice principle [10].

In policy-based «Health 2020» optimum ways for the decision of complex problems of health care in XXI century have been shined, the main strategic directions and strategic priority spheres of actions, which are specified and concretised in the subsequent documents of WHO Euro bureau have been defined [4, 5].

Conclusions

One of the major problems of state policy in health care is preservation and strengthening of people's health. In order to achieve the state policy goal in health care industry assumes use complex methods of influence, namely political, administrative, organizational, legal, economic, government regulation and more.

Nowaday state policy of Ukraine in health care sphere is guided that population health is social and economic value and coordinated actions on improvement of nations' health are strategic priority of the state.

Reform in health care should be directed on industry's transition from extensive to intensive development of system.

The end result – improvement of the population state of health as one of the major priorities of the state should be the main criterion of health care system effectiveness.

Prospects of further researches

Taking into account the international experience of state policy in health care sector and considering the current state of health of the population of Ukraine in the further it is necessary to define mechanisms of radical approach on improving the health care system. First of all it is necessary to provide the strategic approach on protection and strengthening of health of citizens using new economic mechanisms.

References

1. *Богатырева Р. В.* Детерминанты здоровья и национальная безопасность: монография / Р. В. Богатырева ; под общ. ред. Ю. И. Кундиева. – К. : ИД «Авицена», 2011. – 448 с.
2. *Вовк М. Г.* Програмно-цільове фінансування в системі охорони здоров'я / М. Г. Вовк, М. П. Жданова // Стан здоров'я населення України та діяльність медичної галузі (2001 р.). – К., 2002. – С. 343–344.
3. *Гладун З. С.* Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації) : монографія / З. С. Гладун. – Тернопіль : Екон. думка, 2005. – 460 с.
4. *Здоровье-2020.* Основы политики и стратегия / Европейский региональный комитет. Шестидесят вторая сессия. Мальта, 10–13 сентября, 2012 г. – 192 с.
5. *Здоровье-21.* Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе. Европейская серия «Здоровье для всех», № 6. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 1999. – 310 с.
6. *Индустрия здоровья: экономика и управление* / А. С. Акопян, Ю. В. Шиленко, Т. В. Юрьева. – М. : Дрофа, 2003. – 386 с.
7. *Карамисhev Д. В.* Програмно-цільовий підхід до реалізації державної політики у галузі охорони здоров'я / Д. В. Карамисhev // Університетські наукові записки : часоп. Хмельниць. ун-ту упр. та права. – 2006. – Вип. 1. – С. 279–284.
8. *Кризина Н. П.* Аналіз державної політики в галузі охорони здоров'я в працях українських вчених / Н. П. Кризина [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.academy.gov.ua/ej/ej3/txts/GALUZEVE/08-KRIZINA.pdf>. – Назва з екрана.
9. *Москаленко В. Ф.* Здоровье и здравоохранение: ключевые императивы / В. Ф. Москаленко. – К. : ИД «Авицена», 2011. – 256 с.
10. *Наукове обґрунтування структури, завдань та заходів проекту загальнодержавної програми «Здоров'я-2020: Український вимір»* / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузева, Л. І. Галієнко, Г. В. Іншакова // Східноєвроп. журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 2–3 (18–19). – С. 248–249.
11. *Орієнтовний План діяльності Міністерства охорони здоров'я України на 2012–2014 роки* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://moz.gov.ua/ua/portal/reform_program.html; www.moz.gov.ua. – Назва з екрана.
12. *Поживілова О. В.* Державна політика України в галузі охорони здоров'я: стан і перспективи розвитку / О. В. Поживілова // Державне управління та місцеве самоврядування. – 2011. – Вип. 1 (8). – С. 122–132.
13. *Таллиннская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния* [Електронний ресурс]. – Режим доступа : <http://www.euro/who/int/document/E91438r.pdf>. – Название с экрана.
14. *Устінов О. В.* Стратегія державної політики у сфері охорони здоров'я / О. В. Устінов // Укр. мед. часопис [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.umj.com.ua/article/35657>. – Назва з екрана.
15. *Щепин О. П.* О государственных механизмах реформы здравоохранения / О. П. Щепин, С. Нечаев // Проблемы соц. гигиены, здравоохран. и истории медицины. – 1997. – Вип. 1. – С. 34–38.

Дата надходження рукопису до редакції: 19.03.2014 р.

Збереження здоров'я населення як стратегічний напрям державної політики України

О.Р. Ситенко, Н.Т. Кучеренко
ДУ «Український інститут стратегічних досліджень
МОЗ України», м. Київ, Україна

Мета – висвітлити основні питання збереження здоров'я населення як стратегічного напрямку державної політики України в галузі охорони здоров'я.

У роботі використано аналітичні **методи** дослідження.

Результати. Висвітлено основні стратегічні цілі у сфері охорони здоров'я на сучасному етапі.

Висновки. Головним критерієм ефективності системи охорони здоров'я має бути кінцевий результат – поліпшення стану здоров'я населення як один із найважливіших пріоритетів держави.

Ключові слова: державна політика, охорона здоров'я, збереження охорони здоров'я.

Сохранение здоровья населения как стратегическое направление государственной политики Украины

Е.Р. Сытенко, Н.Т. Кучеренко
ГУ «Украинский институт стратегических исследований
МЗ Украины», г. Киев, Украина

Purpose – изложить основные вопросы охраны здоровья населения как стратегического направления государственной политики.

В работе использованы аналитические **методы** исследования.

Результаты. Освещены основные стратегические цели в сфере здравоохранения на современном этапе.

Выводы. Главным критерием эффективности системы здравоохранения должен быть конечный результат – улучшение состояния здоровья населения как один из самых важных приоритетов государства.

Ключевые слова: государственная политика, здравоохранение, здоровье населения.

Відомості про авторів

Ситенко Олена Ростиславівна – к.мед.н., зав. науково-організаційного відділу ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна; служб. тел. +38 (044) 576-41-09; e-mail: s.nauka@ukr.net.

Кучеренко Наталія Тимофіївна – к.е.н., зав. відділення зв'язків із міжнародними та національними організаціями в охороні здоров'я ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна; служб. тел. +38 (044) 576-41-19; e-mail: natalishka1555@mail.ru.

О.М. Ціборовський, В.М. Сорока

НАУКОВО-МЕТОДИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ДОСЛІДЖЕНЬ ІЗ РЕГІОНАЛЬНОЇ ІСТОРІЇ УКРАЇНСЬКОЇ МЕДИЦИНИ

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

Протягом століть українські землі перебували та розвивалися в різних соціально-економічних і політичних умовах. Така ситуація, звичайно ж, вплинула на стан та розвиток медицини на різних землях.

Мета – обґрунтувати необхідність досліджень з історії медицини в різних регіонах України.

Матеріали та методи. Використано загальноісторичні роботи, архівні матеріали, загальнонаукові, спеціальні історичні та методи соціальної медицини.

Результати. Показано, що становлення і розвиток медицини в регіонах України відбувалися по-різному. Навіть у XIX ст. в межах Російської імперії паралельно існувала приказна медицина в Правобережній Україні і земська медицина в Лівобережній та Південній Україні. При цьому розвиток приказної медицини недостатньо вивчений.

Висновки. На особливу увагу заслуговує вивчення переходу від приказної до земської медицини в Київській губернії, а також ролі київських лікарів у цьому процесі.

Ключові слова: приказна і земська медицина, XIX століття, Київська губернія.

Вступ

У ході аналізу історії країн і народів дослідники доводять складність історичних процесів, показують, як формуються і розпадаються імперії, як окремі племена і регіони перетворюються в нації та національні держави. Українська держава пройшла складний шлях від удільних князівств Стародавньої Русі, розрізнених територій у складі різних імперій до унітарної держави. Багатогранність нових держав, різнохарактерність їхніх регіонів доводять потребу і необхідність вивчення історії, починаючи з регіональної історії окремих територій, щоб встановити їх відмінності та спільні риси.

Вивчаючи розвиток медицини в Україні XIX ст., слід розуміти, що український народ зустрів цей період у нових історичних умовах. Причому в різних регіонах України вони були далеко не однаковими.

Мета роботи – науково-методичне обґрунтування дослідження регіональної історії української медицини.

Матеріали та методи

Матеріалами дослідження слугували загальноісторичні роботи, архівні матеріали, праці лікарів і вчених, спогади свідків їхньої діяльності. У дослідженні вико-

ристано як загальнонаукові (евристичний, квантитативний, контент-аналіз), так і спеціальні історичні методи (порівняльно-історичний, проблемно-хронологічний, джерелознавчий та історіографічний аналіз), а також методи соціальної медицини, адекватні поставленим завданням.

Результати дослідження та їх обговорення

Напередодні XIX ст. в юридичному статусі українських земель відбулися значні зміни. У межах Російської імперії першою втратила автономію Слобідська Україна, коли в 1765 р. вийшов царський указ про скасування на Слобожанщині полкового козацького устрою і про створення Слобідсько-Української (у подальшому – Харківської) губернії, яким козаків переведено в податні стани «військових обивателів» або міщан [4, 23].

Після закінчення Російсько-Турецької війни 1768–1775 рр. удар спрямовано проти Запорозької Січі, яку в 1775 р. зруйновано несподіваним підступним нападом російських військ. Запорожців розігнали, а їхні землі стали тереном нової колонізації на зовсім інших, ніж перед тим, соціально-економічних засадах [4, 15, 23].

Після цього дійшла черга і до Гетьманщини – основної автономної структури, яка уособлювала залишки державності України. У 1781 р. скасовано полковий устрій Гетьманщини, і замість 10 козацьких полків на Лівобережжі разом із Києвом утворено три намісництва – Київське, Чернігівське і Новгород-Сіверське, які разом склали Малоросійське генерал-губернаторство. Вони були поділені на повіти, в яких запроваджено загальноросійські адміністративні та судові установи. У 1783 р. остаточно ліквідовано козацький військовий устрій (козацькі полки перетворено в гусарські) і легалізовано кріпацькі відносини в Україні. Щоб заспокоїти невдоволення козацько-старшинської верхівки, у 1785 р. в Україні оповіщено «Грамоту про вільність дворянства», якою українську шляхту і козацьку старшину прирівняно в правах із російським дворянством. У 1786 р. скасування старих порядків довершено секуляризацією монастирських земель і маєтків, внаслідок чого українську церкву не тільки формально, як у 1685 р., але й фактично цілком підпорядковано російській. Із колишніх інституцій в Україні залишилися лише деякі закони на основі Литовського статуту і Магдебурзького права, пристосовані до місцевих умов, але й їх дію з часом обмежено на основі загальноросійського права [4, 15, 23].

На долі українського народу позначилися поділи (розбори) Польської держави, коли внаслідок другого (1793 р.) і третього (1795 р.) поділів до складу Російської імперії увійшла Правобережна Україна, яка складала Київську, Волинську і Подільську губернії, а Галичина з частками Волині та Поділля 1772 р. (перший поділ Польщі) була інкорпорована до Австрійської імперії як коронний край – Королівство Галичини і Володимирії (Галиції і Лодомерії) [3, 7].

В умовах ліквідації залишків української державності темпи русифікації вищих кіл українського суспільства значно прискорювалися. Вважаючи московитів варварами, напівдикими і некультурними людьми, українці, проте, поступово переймали російську мову та звичаї. Уже в «петровські» часи російську мову дедалі ширше уживали в зносинах із російською владою, у внутрішньому діловодстві, а потім – і в приватному житті, і в письменстві України. Таким чином, російська мова поступово витісняла давньоукраїнську книжну мову, яка містила в собі не тільки народні, але й церковнослов'янські, польські, латинські елементи. Зі зростанням культури оновленої Росії, зміцненням імперії наприкінці XVIII ст., давньоукраїнська мова виходила з ужитку вищих кіл українського суспільства і замінилася російською. На цей процес впливала державна цензура, яка від страху перед загрозою українського сепаратизму знищувала будь-які прояви української мови та культури в церкві, школі, письменстві та політиці. У XIX ст. така державна політика проявлялася повною забороною українського слова, найяскравіше

продемонстрованою Імператорським указом Петра I про заборону друкування книг в Україні (1720 р.), а особливо – Валуєвським циркуляром 1863 р. і Земським указом імператора Олександра II 1876 р. [10].

Позбавлені права викладання рідною мовою закривалися парафіяльні та інші початкові школи, які існували майже в кожному селі. Початкова освіта занепадала. Якщо у 1768 р. на території майбутніх трьох повітів – Чернігівського, Сосницького і Городнянського – було 134 школи, і одна школа припадала на 746 душ, то в 1875 р. на тій самій території було лише 52 школи, а одна школа припадала на 6750 душ населення. При цьому викладали незрозумілою для дітей російською мовою.

Оскільки Києво-Могилянська академія в другій половині XVIII ст. не відповідала тогочасним вимогам до розширення викладання природничих наук і потребувала відходу від залишків середньовічної схоластики і змін у методиці викладання, то прогресивна громадськість Києва та України звернулася до царського уряду з проханням перетворити її на Київський університет. Однак царський уряд, посилаючись на брак коштів, особливо після секуляризації володінь Братського училищного монастиря, відмовив в цьому проханні [16, 17].

У 1817 р. Києво-Могилянська академія була закрита, а згодом перетворена на духовну академію. Чернігівський, Переяславський і Харківський колегіуми реорганізовані у звичайні духовні семінарії для підготовки священиків.

За таких умов одна з найосвіченіших націй, яка тривалий час навіть за бездержавності зберігала власну мову та культуру, перетворилася в неосвічену і неписьменну масу, покинуту своєю елітою, асимільованою панівними націями. Україна дедалі менше ставала джерелом загальноросійської інтелігенції у всіх сферах життя, у тому числі в освіті та медицині. Якщо у XVIII ст. українські лікарі і вчені витримували конкурентну боротьбу і терпіли інтриги з боку іноземних фахівців, то в XIX ст., завдяки підвищенню рівня освіти і культури в Росії, на сцену історії медицини вийшли росіяни і, користуючись державною підтримкою, вступили в боротьбу з українцями, відомими під назвою «чернігівці», які не мали не тільки такої підтримки, але й необхідного резерву. Прикладом такого суперництва стали стосунки видатного українського хірурга Іллі Васильовича Буяльського і не менш відомого російського лікаря та вченого Миколи Івановича Пирогова [22].

У першій половині XIX ст. в Росії, крім Московського, були створені університети з медичними факультетами, у тому числі два з них – в Україні (Харківський і Київський), де навчання базувалося на нових, європейських засадах. Подальша спеціалізація медицини привела до створення нових кафедр, у тому числі профілактичного спрямування, з чіткими завданнями і сучасними методами дослідження та навчання.

У практичній медицині з'явилися нові спеціальності, сформувалися фахівці й структури громадської медицини. Тому з повним правом можна вважати XIX ст., особливо його другу половину, і початок XX ст. новим періодом, епохою в історії розвитку медицини [21].

Україна увійшла в XIX століття в новій якості, при якій більшість українських земель опинилась у Російській імперії, а залишки автономії були повністю ліквідовані. У силу історичних умов, тривалого роз'єднання цих земель навіть у межах Російської імперії збереглися певні особливості в побуті та свідомості українців. Найбільше риси самобутності збереглися на території колишньої Гетьманщини, яка перетворилася на Малоросійську губернію, незабаром поділену на дві – Чернігівську і Полтавську. На більшості Слобідської України була створена Слобідсько-Українська губернія, із часом перейменована на Харківську. Тривалий час ці три губернії об'єднувалися в Малоросійське генерал-губернаторство.

Хоча значна частина землі в цих губерніях, особливо в Харківській, перейшла в руки російських поміщиків, значну власність і певний вплив ще зберігали нащадки колишньої казацько-старшинської верхівки, які склали так зване «малоросійське дворянство». Майже цілком русифіковане, воно проте не забувало історичних українських традицій, цікавилось і пишалось героїчним минулим своїх предків. Значний прошарок селянства становили нащадки козаків, які не були покріпачені і зберегли свої земельні наділи на засадах приватної власності.

Приєднана до Росії внаслідок поділів Польщі Правобережна Україна була поділена на три губернії – Київську, Волинську і Подільську. Земельна власність і фактична влада в них тривалий час залишалась у руках польських або майже цілком «спольщених» на той час українських магнатів і шляхти. Селяни були закріпачені і пригноблені, хоча зберігали в своїй пам'яті і народній творчості козацькі та гайдамацькі повстання за волю. На початку XIX ст. тут домінувала польська культура, поки польські повстання 1830–1831 і 1863 рр. не налякали царську владу і змусили її посилити політику русифікації, спрямовану передусім проти польської та полонізованої верхівки. До революції 1917 р. три правобережні губернії були об'єднані в Київське, Волинське і Подільське генерал-губернаторство з центром у Києві.

У Південній Україні, яка складалась із земель Запорозької Січі і захоплених територій Кримського ханства і Османської імперії, була створена Новоросійська та Азовська губернії, які після реорганізації і приєднання Бессарабії становили Катеринославську, Херсонську, Таврійську, Бессарабську губернії і Область війська Донського. До складу сучасної України повністю увійшли перші три з них і невеликі частини двох останніх регіонів.

Колонізація земель Південної України відбувалася різними шляхами, але їх більшість була роздана російським поміщикам, які заселили їх своїми кріпаками з України і Росії, а також приймали вільних поселенців із різних регіонів імперії. Частина земель на пільгових умовах була роздана іноземним колоністам – німцям, болгарам, молдаванам, сербам, грекам та іншим. Хоча більшість населення становили українці, але склад населення деяких місцевостей був інтернаціональним, а брак історичних традицій надовго став характерним для прибулого населення. Деякі міста Південної України становили окремі адміністративно-територіальні одиниці – так звані «градоначальства» (Одеса, Севастополь, Миколаїв і Керч), підпорядковані тільки своїм градоначальникам.

За межами зазначених адміністративно-територіальних одиниць опинились українські етнічні землі на заході – Холмщина і Підляшшя в складі Привислинського краю (кол. – Царства Польського) в губерніях Люблінській та Седлецькій, на півночі – Полісся в складі Гродненської і Мінської губерній, на північному сході – частини Слобожанщини в складі Курської і Воронежської губерній, на південному сході – у складі Области війська Донського, Кубанської і Терської областей, Ставропольської губернії.

Галичина з невеликими частинами Волині та Поділля підпадали під владу Австрійської імперії після першого поділу Польщі, а Буковина – після перемоги над Османською імперією в 1774 р., але фактична влада значною мірою залишалась там у руках місцевої польської (в Галичині) та румунської (в Буковині) верхівки. Закарпаття ж незалежно від політичних змін сотні років перебувало під владою Угорщини.

Така адміністративна та політична роз'єднаність українських земель зумовлювала відмінності не тільки в мові, побуті і поглядах людей, але й у їхній національній свідомості, світогляді, культурному і соціально-економічному стані, які певною мірою зберігаються і нині.

Звичайно, що історична доля українських земель, зазначені розбіжності вплинули на розвиток медицини і охорони здоров'я, стан яких безпосередньо залежить від освіти, культури і соціально-економічних умов.

Слід зазначити, що різна історична доля окремих земель України залишила помітний слід у їх стані та розвитку не лише у XIX, але й наступних століттях. Зокрема, розвиток медичної науки і практики сприяв появі та становленню нових форм медичної допомоги, елементів охорони громадського здоров'я.

Так, наприклад, у Російській імперії в 1775 р. видав закон про управління губерніями, яким передбачено створення системи допомоги бідним і нужденним, що мала об'єднувати заклади громадської опіки і медичної допомоги, а також спеціальні державні установи для управління ними – прикази громадської

опіки («общественного призрения»). Згідно з прийнятим законом, ці установи повинні були засновувати і утримувати народні школи, сирітські притулки, богоугодні заклади, у тому числі лікарні, аптеки, будинки для невиліковних хворих і божевільних. Створення приказів громадської опіки, організація ними спеціальних медичних закладів, передусім лікарень, ознаменувало новий етап в історії вітчизняної медицини – виникнення так званої «приказної медицини» [14].

В умовах приказної медицини більші лікарні у вигляді «богоугодних» закладів (лікарня, будинок для божевільних, калік і старих, притулок для сиріт), призначених для лікування та опіки, були створені в губернських центрах. У повітових містах існували лише малі лікарні без амбулаторій, які не надавали медичної допомоги вдома. У цих закладах лікували і опікували переважно «казенних» людей – солдатів і ветеранів, дрібних чиновників, арештантів, повій, безпритульних і п'яниць, підібраних поліцією на вулиці. Ці заклади утримувались за рахунок міст, а для «вільних» людей медична допомога була платною, та й умовами перебування і якістю допомоги відлякувала їх.

Для медичного обслуговування державних селян із 1851 р. існували окружна медицина відомства державного майна у вигляді волосних фельдшерів і лікаря на один-два повіти для їх інструктажу та контролю за їхньою роботою. Воно організовано за роз'їзним принципом і зосереджено переважно в руках фельдшерів, які не мали амбулаторій, а випадкових хворих приймали по хатах, волосних правліннях тощо. Дві більші лікарні відомства державного майна функціонували лише в Харківській губернії, а в інших їх або зовсім не було, або в малій кількості існували у вигляді приймальних покоїв на 2–4 ліжка і зовсім рідко – на 6–8 ліжок. Аналогічно організовано медичне обслуговування військових поселень. Для колоністів різних національностей у південних губерніях України теж існувало кілька невеликих лікарень зі своїм персоналом.

Для обслуговування кріпаків, які становили понад половину селянського населення держави, маленькі лікарні існували лише в деяких великих економіях, а згодом – при винокурнях і цукроварнях. Таким чином, більшість колишніх кріпаків були позбавлені медичної допомоги, одержуючи її лише від знахарів і випадкових фельдшерів [6].

Звичайно, з часом приказна медицина удосконалювалась. У зв'язку із запровадженням земської медицини повітові та міські лікарі з'явилися в усіх повітових містах України, а лікарні на 10–25 ліжок, якими завідували міські лікарі, існували в усіх повітових містах, крім м. Олешок Дніпровського повіту Херсонської губернії і повітових центрів Бессарабської губернії. На той час Приказ громадської опіки мав в українських губерніях, де запроваджено земство, 7 губернських лікарень із 1219 ліжками, включаючи психіатричні,

56 лікарень у повітових містах, з них три типу «богоугодних» закладів (у Кременчуці, Лубнах і Ромнах) з 1214 ліжками і одна лікарня у містечку Батурині на 15 ліжок. У селах жодної лікарні не було [6].

Наведені дані стосуються лише семи губерній Лівобережної та Південної України, оскільки в трьох губерніях Правобережної України – Волинській, Київській та Подільській – з політичних причин «скорочений» земський устрій запроваджений тільки у 1904 р., а повний – у 1911 р.

Земська медицина розвивалася поступово, і цей розвиток у різних регіонах мав свої особливості. Відразу після утворення (1865–1866 рр.) більшість губернських земств взяли під своє безпосереднє підпорядкування лише губернські «богоугодні» заклади, а дрібні повітові лікарні і всі медичні справи передалися повітовим земствам. Лише Полтавське губернське земство спочатку залишило всі медичні справи в своїх руках, а повітовим земствам довірило лише безпосереднє управління та господарське обслуговування медичних закладів і контроль за роботою медичного персоналу, але незабаром побудувало свою діяльність у галузі медичної допомоги на загальних принципах [21].

Перший час повітові земства провадили роботу за зразком окружної медицини відомства державного майна, тобто дотримувалися роз'їзного принципу медичного обслуговування. У межах волостей та великих сіл працювали фельдшери, які обходили свою територію, розшукували хворих і в межах своєї компетенції надавали їм медичну допомогу, а лікарі періодично (один-два рази на місяць) об'їжджали прикріплені села повіту, інструктували та контролювали фельдшерів і самостійно лікували найбільш тяжких хворих, відібраних фельдшерами. У цей період особлива увага приділялася санітарному стану населених пунктів, виявленню та лікуванню інфекційних хворих. Жодних амбулаторій не існувало, а лікарі взагалі переважно жили в містах за межами своєї дільниці.

При цьому земство спрямовувало свою діяльність на розукрупнення і збільшення кількості дільниць, але це давало незначний ефект при збереженні роз'їзного принципу, який не задовольняв ні населення, ні медичних працівників, особливо лікарів. Така ситуація змусила перейти до дільничного принципу медичного обслуговування сільського населення, коли і фельдшери, і лікарі почали приймати хворих на фельдшерських пунктах та в лікарських амбулаторіях. Спочатку вони розташовувалися на квартирах або у пристосованих приміщеннях, але поступово розбудовувалися типові приміщення для лікарських амбулаторій і фельдшерських пунктів, розширювалась їх мережа, поліпшувались умови для роботи медичних працівників, що сприяло підвищенню її якості. Уже до 1890 р. (порівняно з 1870 р.) кількість лікарських дільниць збільшилася майже у чотири рази, середня кількість мешканців на

одній дільниці зменшилася більше ніж удвічі, а середня територія дільниці – у 3,5 разу. Значно збільшилася кількість лікарень і лікарняних ліжок, яка до 1912–1914 рр. зростає відповідно у 8,0 і 5,6 разу.

Звичайно, рівень медичної допомоги сільському населенню у неземських губерніях Правобережної України теж поліпшився. Для цього достатньо порівняти штати медичного персоналу в цих губерніях, введені законом від 24 квітня 1887 р., з даними про мережу медичних закладів, ліжковий фонд і кадри лікарів та фельдшерів у 1903 р. Незважаючи на те, що кількість сільських лікарських дільниць за цей період зростає у 1,8 разу, число лікарів у повітах – у 6,2 разу, а фельдшерів – у 2,3 разу, кількість лікарських дільниць у цих густонаселених губерніях і забезпеченість населення лікарняними ліжками була помітно меншою, ніж у земських губерніях. Ця різниця ще чіткіше спостерігалася при порівнянні показників фінансування медичної допомоги в земських і неземських губерніях України у 1903 р. Вони переконливо засвідчили, що витрати на медичну допомогу на одного мешканця в земських губерніях були вищими, ніж у неземських [14].

Земська медицина, зокрема, санітарні бюро губернських земств, зробили вагомий внесок у розвиток медичної статистики. Систематичний аналіз інформації про діяльність закладів земської медицини засвідчив не лише роботу земств з організації та надання медичної допомоги, але й деякі показники здоров'я населення [19, 20]. Починаючи з 1897 р., після проведення першого Всеросійського перепису населення, спостерігалася тенденція до поступового, але незначного зниження показників народжуваності та смертності і збільшення природного приросту населення. Така закономірність більше виявлялася в земських губерніях Лівобережжя та в Катеринославській і Херсонській губерніях Півдня України. Напевно, це можна пояснити вищим рівнем обслуговування сільського населення в земських губерніях.

Порівняння показників захворюваності населення земських і неземських губерніях довело, що показники в земських губерніях були вищі, напевно, через ширшу мережу медичних закладів, ліпшу забезпеченість їх лікарями та фельдшерами і кращу доступність медичної допомоги для сільського населення. Закономірно, що із введенням земства на Правобережжі у 1911–1912 рр. ця різниця почала зменшуватися [19, 20].

Наведені факти засвідчили, що навіть між регіонами України, які входили до складу Російської імперії, спостерігалася суттєва різниця і в організації медичного обслуговування, і в стані здоров'я населення. Більше того, якщо в літературі досить повно висвітлено діяльність лікарів та інших медичних працівників, які працювали в системі земської медицини Лівобережної та Південної України, а також їхніх попередників – вихованців Києво-Могилянської академії, Чернігівського, Переяславського та Харківського колегіумів, то робота лікарів, які продовжували працювати в системі медицини Правобережної України, висвітлена зовсім недостатньо. Особливо мало інформації залишилося про діяльність лікарів Київської губернії, які завжди перебували в тіні фахівців Київського університету святого Володимира і лікарів губернського центра – головного міста України Києва. Водночас, приказна медицина теж розвивалася, і її працівники робили свій внесок у розвиток вітчизняної медицини [1, 5, 18].

Висновки

1. Своєрідність соціально-політичного та економічного розвитку різних регіонів України потребує вивчення регіональної історії українських земель.
2. Ця своєрідність стосується і регіонального розвитку медицини, і охорони громадського здоров'я, зокрема, Правобережної, Лівобережної, Південної України і західноукраїнських земель.
3. Прогалини у вивченні різниць у приказній медицині Правобережжя та земській медицині Лівобережжя і Півдня у XIX ст., особливо на Київщині, стали причиною планування нашої роботи.

Перспективи подальших досліджень

Враховуючи те, що дослідники з Поділля та Волині в межах своїх краєзнавчих праць, зокрема Й.Й. Ролле, А.Н. Прусевич, Л.Г. Лекарев та ін., опрацьовували вищезазначену тематику [8, 11, 12, 13], ми вважаємо за необхідне більш детально дослідити розвиток медичної справи на Київщині у XIX – на початку XX ст., перехід від системи приказної медицини до земської, роль у цьому процесі лікарів різних міст повітів Київської губернії.

Література

1. *Библиографический словарь профессоров и преподавателей Императорского Университета св. Владимира (1834–1884) / сост. и изд. ред. В.С. Иконникова. – К., 1884. – 816 с.*
2. *Гончаров С. Н.* Развитие здравоохранения г. Черкас в дореволюционный и советский периоды (1797–1966 гг.) : автореф. дис. ... к.мед.н. / С. Н. Гончаров. – К., 1969. – 19 с.
3. *Грушевський М. С.* Ілюстрована історія України / М. С. Грушевський. – К. : Наук. думка, 1992. – С. 397; 436–441.
4. *Дорошенко Д. І.* Нарис історії України / Д. І. Дорошенко. – Львів : Світ, 1991. – С. 434–435; 453–454; 459.
5. *Здравоохранение Киева и Киевской области УССР : библиограф. указатель литературы (1918–1972 гг.) / сост. В. И. Павленко [и др.] ; под ред. К. Ф. Дупленко. – Ч. 1. – К., 1974. – 569 с.*
6. *Игумнов С. И.* Очерк развития земской медицины в губерниях, вошедших в состав УССР и Крымской АССР / С. И. Игумнов. – К. : Изд-во 1-го Киевского мед. института, 1940. – С. 10–12.
7. *Історія України / Керівник авторського колективу Ю. Зайцев. – Львів : Світ, 1996. – С. 165–170.*
8. *Лекарев Л. Г.* Розвиток охорони здоров'я в Подільській губернії – Вінницькій обл. / Л. Г. Лекарев // Матер. до історії розвитку охорони здоров'я на Україні. – К. : Держмедвидав УРСР, 1957. – С. 216–279.
9. *Плющ В.* Нариси з історії української медичної науки та освіти. – Кн. 2 : XIX–XX ст. / В. Плющ. – Мюнхен, 1983. – С. 268–276; 302.
10. *Полонська-Василенко Н. Д.* Історія України / Н.Д. Полонська-Василенко. – Т. 2. – К. : Либідь, 1992. – С. 373.
11. *Прусевич А. Н.* Библиографический указатель по медицине и гигиене Подольской губернии с 1714 года по 1913 год включительно / А. Н. Прусевич. – Каменец-Подольский : Врачебное санитарное бюро Подольской губ. земской управы, 1914. – 74 с.
12. *Ролле И. И.* Статистическое описание Подольской губернии / И. И. Ролле, А. Демьяненко. – Каменец-Подольск : Подольский губ. статистический комитет, 1866. – 65 с.
13. *Ролле И. И.* Гигиенические очерки Подольской губернии / И. И. Ролле. – Каменец-Подольск : Труды Подольского губернского комитета, 1969. – Т. 1. – 64 с.
14. *Ступак Ф. Я.* Приказна медицина в Україні / Ф. Я. Ступак // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2004. – № 3. – С. 67–70.
15. *Субтельний О.* Україна: Історія / О. Субтельний. – К. : Либідь, 1991. – С. 138; 158.
16. *Хижняк З. І.* Києво-Могилянська академія / З. І. Хижняк. – 2-е вид., переробл. і доп. – К. : Вища школа, 1981. – С. 219.
17. *Хижняк З. І.* Києво-Могилянська академія в іменах: XVII –XVIII ст. / упоряд. З. І. Хижняк. – К. : Вид. дім «Академія», 2001.
18. *Ціборовський О. М.* Заснування Товариства київських лікарів та його внесок у розвиток медицини і охорони здоров'я (до 170-річчя Товариства київських лікарів) / О. М. Ціборовський // Історія утворення і становлення Товариства київських лікарів : матер. конф. – К., 2010. – С. 87–92.
19. *Ціборовський О. М.* Розвиток земської медицини та її санітарної організації як втілення в практику соціально-медичних ідей / О. М. Ціборовський, В. М. Сорока, О. О. Гарнець // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2008. – № 4. – С. 45–52.
20. *Ціборовський О. М.* Стан здоров'я населення земських та неземських губерній України за даними тогочасної медичної статистики / О. М. Ціборовський // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2005. – № 1. – С. 80–86.
21. *Ціборовський О. М.* На варті здоров'я : Історія становлення соціальної медицини і охорони громадського здоров'я в Україні / О. М. Ціборовський. – К. : Факт, 2010. – С. 11.
22. *Штрайх С. Я.* Пирогов / С. Я. Штрайх. – М. : Журнально-газетное объединение, 1933. – С. 74–76; 85–90, 109–110.
23. *Яковенко Н. М.* Нарис історії середньовічної та ранньомодерної України / Н. М. Яковенко. – 2-ге вид., перероб. та розширене. – К. : Критика, 2005. – С. 521

Дата надходження рукопису до редакції: 07.03.2014 р.

Научно-методическое обоснование исследований региональной истории украинской медицины

О.М. Циборовский, В.М. Сорока

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

На протяжении веков украинские земли находились и развивались в различных социально-экономических и политических условиях. Такая ситуация, конечно же, повлияла на состояние и развитие медицины в разных землях.

Цель – доказать необходимость исследований по истории медицины в разных регионах Украины.

Материалы и методы. Использованы общеисторические работы, архивные материалы, специальные исторические и методы социальной медицины.

Результаты. Показано, что формирование и развитие медицины в регионах Украины происходило по-разному. Даже в XIX в. в Российской империи одновременно существовали приказная медицина в Правобережной Украине и земская медицина в Левобережной и Южной Украине. При этом развитие приказной медицины изучено недостаточно.

Выводы. Особого внимания заслуживает изучение перехода от приказной к земской медицине в Киевской губернии, а также роли киевских врачей в этом процессе.

Ключевые слова: приказная и земская медицина, XIX век, Киевская губерния.

Scientific and methodological grounding of researches on regional history of the Ukrainian medicine

O.M. Tsiborovsky, V.M. Soroka

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

Throughout centuries the Ukrainian lands were and developed in different social, economic and political conditions. Such situation, of course, has affected condition and medicine development on the different lands.

Purpose – to justify necessity of researches on medicine stories in different regions of Ukraine.

Materials and methods. General historical works, archival materials, general scientific, special historical and methods of social medicine have been used.

Results. It is shown that formation and medicine development in the regions of Ukraine took place in different ways. Even in the XIX-th century within the Russian Empire in parallel, there was mandative medicine in Right-bank Ukraine and «zemska» medicine in Left-bank and Southern Ukraine. Thus development of mandative medicine is insufficiently studied.

Conclusions. The special attention is studying of transition from mandative to «zemska» medicine in Kyiv province and the role of Kyiv physicians in this process.

Key words: mandative and «zemska» medicine, XIX-th century, Kyiv province.

Відомості про авторів

Ціборовський Олег Михайлович – к.мед.н., с.н.с., керівник сектору історії медицини відділу нормативно-правового регулювання в охороні здоров'я та історії медицини ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна; служб. тел. +38 (044) 576-41-18.

Сорока Володимир Михайлович – н.с. сектору історії медицини відділу нормативно-правового регулювання в охороні здоров'я та історії медицини ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна; служб. тел. +38 (044) 576-41-18.

І.В. Кочін¹, О.М. Акулова¹, С.В. Протас², Т.В. Ланкмілер²,
П.І. Сидоренко², Д.О. Трошин¹, І.Ф. Шило¹, О.О. Гайволя¹, Ю.Ю. Сізінцева¹

НЕВИРІШЕНІ ПИТАННЯ ОХОРОНИ ПРАЦІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ДЕРЖАВНОЇ СЛУЖБИ МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ УКРАЇНИ ТА ШЛЯХИ РЕАЛІЗАЦІЇ ЦИХ ПИТАНЬ (АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД ЗАКОНОДАВЧИХ І НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ АКТІВ УКРАЇНИ)

¹Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»,
м. Запоріжжя, Україна

²Головне управління Держсанепідслужби у Кіровоградській області, м. Кіровоград, Україна

Мета – визначити особливості роботи медпрацівників Державної служби медицини катастроф України в повсякденних умовах і при надзвичайних ситуаціях; дослідити законодавче забезпечення охорони праці цих медпрацівників.

Методи дослідження: аналітико-компаративний та контент-аналіз.

Результати. Доведено, що чинні законодавчі акти не повною мірою відповідають реальним умовам виробничо-професійної діяльності медпрацівників Державної служби медицини катастроф і не створюють законодавчу базу високого рівня прав і гарантій цих медпрацівників.

Висновки. До «Переліку робіт з підвищеною небезпекою» слід включити роботу медпрацівників бригад постійної готовності першої та другої черги, які працюють в екстремальних умовах дошпитального надання екстреної медичної допомоги, із законодавчим забезпеченням охорони праці таких медпрацівників і відповідною підготовкою до виконання робіт із підвищеною небезпекою.

Ключові слова: охорона праці, законодавство, Державна служба медицини катастроф, умови праці.

Стаття 3 Конституції України, прийнятої Верховною Радою України 28.06.1996 р., проголошує, що «людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканість і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю» [5]. Державна політика в галузі охорони праці ґрунтується на принципах пріоритету життя і здоров'я працівників, створення належних, безпечних і здорових умов праці, запобігання нещасним випадкам та професійним захворюванням. Законодавство про охорону праці складається з Конституції, Закону України «Про охорону праці», Кодексу законів про працю, Закону «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності» та прийнятих відповідно до них нормативно-правових актів України [5, 9, 13, 17]. При зростанні кількості надзвичайних ситуацій (НС) і реальних людських жертв за таких умов з 90-х років ХХ ст. з'явилась необхідність у невідкладній розробці

заходів щодо поліпшення організації та надання екстреної медичної допомоги (ЕМД) постраждалим. Для цього постановою Кабінету Міністрів України (КМУ) від 14.04.1997 р. № 343 створено Державну службу медицини катастроф (ДСМК) України [10]. На сучасному етапі реформування галузі охорони здоров'я медпрацівники ДСМК вирішують масштабні і багатогранні завдання щодо збереження життя та здоров'я постраждалих при техногенних, природних та соціально-політичних НС, але постає закономірне питання законодавчої захищеності інтересів медпрацівників цієї важливої медичної структури. Виникла необхідність з'ясувати, чи відповідають загальні законодавчі акти з питань охорони праці реальним умовам роботи медпрацівників ДСМК України при організації та наданні ЕМД.

Мета роботи – визначити особливості роботи медпрацівників ДСМК у повсякденних умовах та при НС; дослідити законодавче забезпечення охорони праці цих медпрацівників.

Матеріали та методи

Проведено комплексне дослідження особливостей правового регулювання відносин у сфері охорони праці медпрацівників ДСМК, змістовно проаналізовано нормативно-правові акти України у сфері охорони праці, законодавчу та нормативно-правову базу діяльності аварійно-рятувальних служб і ДСМК України як особливого виду аварійно-рятувальної служби, процесуально-законодавчі акти з питань організації та надання ЕМД за період 2001–2013 рр. Науково-методологічним підґрунтям дослідження обрано методи аналітико-компаративного та контент-аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення

До медичних формувань ДСМК належать мобільні шпиталі, мобільні загони, медичні бригади постійної готовності першої черги (бригади ЕМД), спеціалізовані медичні бригади постійної готовності другої черги [15], які працюють в умовах до- та шпитального надання ЕМД. До роботи в медичних формуваннях ДСМК залучаються медпрацівники усіх фахів, але на сучасному етапі провідними фахівцями є лікарі медицини невідкладних станів. Постанова КМУ від 05.11.2007 р. № 1290 «Про затвердження Державної програми створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги на період до 2010 року» [14] передбачає запровадження нового фаху «лікар медицини невідкладних станів та медицини катастроф», але цього досі не сталося.

На здоров'я працівників істотно впливають виробничо-професійні умови. Умови праці поліпшуються за рахунок паспортизації санітарно-технічних умов праці, атестації робочих місць, проведення лабораторних досліджень із виявлення джерел небезпечних і шкідливих виробничих факторів тощо. Усі ці заходи чітко та регламентовано здійснюються для медпрацівників ДСМК, які надають ЕМД у стаціонарних умовах. Але медичні працівники бригад ЕМД, які надають медичну допомогу на місці події та особливо в умовах НС, часто працюють у незадовільних санітарно-гігієнічних та епідеміологічних умовах, незручних робочих позах, в умовах застосування вогнепальної зброї, вибухових й отруйних речовин, патогенних біологічних агентів, небезпеки протиправного посягання на життя та здоров'я, при пожежах, дорожньо-транспортних пригодах та інших різноманітних, іноді непередбачуваних, але негативних чинниках впливу на фізичний та психічний стан їхнього здоров'я [18]. Незважаючи на численні фактори ризиків при ліквідації медико-санітарних наслідків НС, діяльність медпрацівників ДСМК України не входить до переліку робіт із підвищеною безпекою. Наказом Державного комітету з нагляду за

охороною праці від 26.01.2005 р. № 15 затверджено «Перелік робіт з підвищеною безпекою» [9], що включає 137 найменувань робіт, серед яких:

- п.11. Роботи, пов'язані з технічним обслуговуванням вибухонебезпечних виробництв, цехів, дільниць, об'єктів. Виїзд особового складу підрозділів пожежної охорони по тривозі. Медичне обслуговування таких об'єктів та виїзд медичного особового складу на пожежі при НС не передбачене;
- п.37. Роботи по дезактивації, дезінсекції, дератизації та дезінфекції приміщень. Одним із завдань Положення про ДСМК [15] визначено «участь в організації комплексу санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів у районах НС...», невід'ємними компонентами яких є указані в п.37 роботи, але й за цим критерієм фах «лікар медицини невідкладних станів» до переліку робіт з підвищеною безпекою також не входить;
- п.68. Аварійно-рятувальні роботи, гасіння пожеж, боротьба з повінню, але медичний компонент цих аварійно-рятувальних робіт також не врахований.

До переліку робіт із підвищеною безпекою належать роботи зі шкідливими та небезпечними умовами праці. За цими критеріями діяльність працівників медичних бригад постійної готовності першої та другої черги можна віднести до переліку робіт із підвищеною безпекою. Ліквідуючи медико-санітарні наслідки НС, медичні працівники ДСМК працюють в умовах реального ризику щодо їхнього життя та здоров'я. Відповідно до Закону «Про охорону праці», «працівник має право відмовитися від дорученої роботи, якщо створилася виробнича ситуація, небезпечна для його життя чи здоров'я або для людей, які його оточують, або для виробничого середовища чи довкілля» [17], але законодавча процедура відмови дуже складна: «він зобов'язаний негайно повідомити про це безпосереднього керівника або роботодавця. Факт наявності такої ситуації за необхідності підтверджується спеціалістами з охорони праці підприємства за участю представника профспілки, членом якої він є, або уповноваженої працівниками особи з питань охорони праці (якщо професійна спілка на підприємстві не створювалася), а також страхового експерта з охорони праці» [17]. Крім того, існують жорсткі законодавчі важелі щодо осіб, які відмовилися (не надали) медичну допомогу, у т. ч. екстрену, а саме: дисциплінарна, адміністративна й цивільно-правова та передусім кримінальна відповідальність, передбачена статтями 139 і 140 Кримінального Кодексу України [8, 6]. Навіть морально-духовне виховання вітчизняних медпрацівників, яке традиційно базується на принципах милосердя, емпатії, домінанті інтересів хворого, змушують їх ризикувати власним життям та здоров'ям в інтересах постраждалого [1].

Наказом Державного комітету України з нагляду за охороною праці від 26.01.2005 р. № 15 затверджено

«Типове положення про порядок проведення навчання і перевірки знань з питань охорони праці» (далі – Типове положення) [19]. Воно спрямоване на реалізацію в Україні системи безперервного навчання з питань охорони праці, яке проводиться з працівниками в процесі трудової діяльності. Сьогодні реально існує та чітко функціонує налагоджена система безперервного навчання з питань охорони праці в навчальних закладах немедичного профілю, а саме, професійно-технічні навчальні заклади викладають предмет «охорона праці», вищі навчальні заклади додипломної освіти – «основи охорони праці» та «охорона праці в галузі». Також передбачена перепідготовка та підвищення кваліфікації працівників, які залучаються до виконання робіт із підвищеною небезпекою, з предмета «охорона праці» обсягом не менше 15 годин. Вивчення нормативної дисципліни «охорона праці» в усіх вищих навчальних закладах здійснюється відповідно до наказу Міністерства освіти України від 02.12.1998 р. № 420 «Про вдосконалення навчання з охорони праці й безпеки життєдіяльності у вищих закладах освіти України» [11]. На жаль, системи безперервного навчання з питань охорони праці в навчальних закладах до- та післядипломної медичної освіти на сьогодні не існує, хоч ця ситуація суперечить Типовому положенню, а саме, п.2.1 визначає, що у вищих навчальних закладах окремі питання (розділи) з охорони праці мають передбачатися в навчальних програмах спеціальних дисциплін; п.2.3 – у вищих навчальних закладах післядипломної освіти для підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації працівників «специфічні питання охорони праці для конкретних професій мають вивчатися в курсах спеціальних та загальнотехнічних дисциплін – із метою поєднання технологічної підготовки з підготовкою з охорони праці, а робочі навчальні програми цих дисциплін повинні включати відповідні питання безпеки праці». Тобто, відповідно до вказаних пунктів Типового положення, у системі до- та післядипломної медичної освіти мають бути висвітлені питання охорони праці медпрацівників у процесі їхньої професійної діяльності, а робочі навчальні програми медичних дисциплін повинні включати відповідні питання безпеки їх праці. Професорсько-викладацький склад кафедри цивільного захисту та медицини катастроф Державного закладу «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України» постійно звертає увагу викладачів вищих навчальних медичних закладів України на необхідність викладання дисципліни «охорона праці» [2].

Типове положення затверджує програму навчання і тематичний план із питань охорони праці. Як позитивний момент треба підкреслити факт включення до типових програм навчання і тематичного плану теми 7 «Надання першої допомоги потерпілим у разі нещасного випадку». Враховуючи раптовість виникнення

НС, тяжкість уражень при НС, перша медична допомога або домедична допомога, відповідно до сучасної термінології [12], спрямована на врятування та збереження життя людини в невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я, тому все населення, у т. ч. працююче, має володіти основними практичними навичками з врятування та збереження життя людини при нещасному випадку, НС на підприємстві або в будь-якому іншому місці. Передбачене проведення навчальних занять за цією темою фахівцями-медиками, що сприяє кваліфікованому викладанню матеріалу.

Підготовка працівників до виконання робіт із підвищеною небезпекою здійснюється тільки в центрах підготовки і перепідготовки робітничих кадрів, відповідних підрозділах в організаціях і на підприємствах, які одержали в установленому порядку ліцензію Міністерства освіти та дозвіл Держнаглядохоронпраці на проведення такого навчання. Посадові особи і спеціалісти, не зазначені в Переліку робіт із підвищеною небезпекою, проходять «на підприємстві за рахунок роботодавця інструктажі, навчання та перевірку знань із питань охорони праці, надання першої допомоги потерпілим від нещасних випадків, а також правил поведінки в разі виникнення аварії» [19]. На жаль, практика показує формальний підхід керівництва закладів охорони здоров'я щодо перевірки знань та інструктажів медпрацівників із питань охорони праці (вступного, первинного, повторного, позапланового, цільового). Особливо треба наполягати на значущості та необхідності якісного проведення цільового інструктажу для працівників ДСМК, який має передувати проведенню робіт при ліквідації медико-санітарних наслідків НС [19]. Особливою формою навчання для медпрацівників ДСМК є комплексні командно-штабні навчання, в яких беруть участь усі державні аварійно-рятувальні служби та відпрацьовуються їх практичні професійні навички. На нашу думку, до підсумкового критерію оцінки діяльності медичних формувань ДСМК – своєчасності та якості ліквідації медико-санітарних наслідків НС – треба в обов'язковому порядку включити питання охорони праці, дотримання індивідуальної та колективної безпеки при досягненні поставленої мети.

У Типовому положенні вказано, що навчання та контроль знань працівників здійснюється як «традиційними методами, так і з використанням сучасних технічних засобів навчання: аудіовізуальних засобів, комп'ютерних навчально-контролюючих систем, комп'ютерних тренажерів тощо» [19]. Безумовно, традиційні класичні форми надання інформації, як і раніше, мають право займати певне місце у процесі навчання, але, в умовах науково-технічного та інноваційного розвитку України, безперервного професійного навчання пріоритетність належить інтерактивним та комп'ютерним технологіям забезпечення учбового процесу.

Особливо бракує комп'ютерних програм, які б моделювали умови різноманітних НС з їх специфічними чинниками та дали змогу віртуально відпрацювати практичні навички їх ліквідації з акцентом на дотримання вимог правил безпеки.

Навчанням із тематики охорони праці мають бути охоплені всі медичні працівники ДСМК, але, на нашу думку, основними контингентами навчання насамперед повинні бути медичні працівники системи ЕМД як основного оперативного підрозділу ДСМК України, спроможних надавати ЕМД різним категоріям населення (діти, дорослі, особи похилого віку) із різноманітними ураженнями на найнебезпечнішому етапі надання ЕМД – дошпитальному.

На нашу думку, охорона праці на підприємстві починається зі стану здоров'я кожного працівника. Працівник повинен бути здатний за станом здоров'я виконувати роботи відповідно до своїх професійних обов'язків. Виконання професійних обов'язків медпрацівниками ДСМК потребує від них міцного здоров'я, фізичної сили та психологічної рівноваги. Матеріалами наукових досліджень доведено психотравмуючий та емоційно-вражаючий вплив НС на працівників аварійно-рятувальних служб, можливий розвиток у них психічних розладів [3, 7]. Психоемоційні розлади, які можуть виникати та виникають серед медпрацівників при ліквідації наслідків НС, призводять до порушень загального стану здоров'я, зниження працездатності, концентрації уваги, швидкості реакції та оперативності мислення серед таких медпрацівників. Тобто медпрацівники ДСМК потребують обов'язкового професійного добору за показниками здоров'я. Однак дотепер не здійснюється психофізіологічний добір при прийомі на роботу медпрацівників, не проводиться динамічна оцінка фізичного, психофізіологічного і психічного стану на початковому етапі їхньої професійної діяльності, у процесі трудової діяльності та медико-психологічної реабілітації після ліквідації медико-санітарних наслідків НС. Попередні та періодичні медичні огляди медпрацівників ДСМК здійснюються на загальних засадах, як і всіх інших медпрацівників, що не відповідає таким нормативно-правовим актам:

- Закону України «Про охорону праці», де вказано, що до виконання робіт підвищеної небезпеки та тих, що потребують професійного добору, допускаються особи за наявності висновку психофізіологічної експертизи [17]; чітко регламентований порядок проведення медичних оглядів працівників, «зайнятих на важких роботах, роботах із шкідливими чи небезпечними умовами праці або таких, де є потреба у професійному доборі» [17];
- «Положенню про Державну службу медицини катастроф» [15], де зазначено, що особливий склад медичних формувань ДСМК повинен «бути здат-

ним за станом здоров'я виконувати роботи в екстремальних умовах»;

- «Про затвердження порядку комплектування та професійної підготовки основного особового складу аварійно-рятувальних служб і типової форми контракту, що укладається...» [16], де вказано, що працівники всіх аварійно-рятувальних служб комплектуються з акцентом на «фізичну працездатність, теплову стійкість, відповідні психофізіологічні якості»;
- Кодексу цивільного захисту, де зазначено, що «основні працівники професійних аварійно-рятувальних служб повинні проходити періодичний медичний огляд, а також медичний огляд після проведення аварійно-рятувальних робіт» [4].

Сучасним менеджментом доведено, що праця тоді буде ефективною, коли вона адекватно морально та матеріально стимулюється. Статтею 7 Закону України «Про охорону праці» регламентовані права працівників на пільги й компенсації за важкі та шкідливі умови праці, яка не поширюється на особовий склад медичних формувань ДСМК. Також на ДСМК не поширюються пільги щодо рятувальників аварійно-рятувальних служб, передбачені Кодексом цивільного захисту [4], бо жодне з формувань ДСМК України не атестоване як формування аварійно-рятувальних служб, хоч це передбачено «Положенням про Державну службу медицини катастроф» [15]. Тобто пільги та компенсації медпрацівникам ДСМК за їх тяжку та небезпечну працю визначаються на загальних умовах згідно із Законом України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності» від 23.09.1999 р. № 1105-XIV [13].

Законом України «Про охорону праці» передбачене економічне стимулювання охорони праці [17]. Медпрацівники ДСМК України як ключові виконавці організації та надання ЕМД постраждалим при НС, комплексно та ефективно вирішуючи медико-соціальні завдання держави, повинні отримувати при цьому адекватну соціальну, фінансову державну підтримку. Однак, незважаючи на підвищену відповідальність, складні та небезпечні умови праці, негативні тенденції до збільшення кількості НС та їх психотравмуючу і емоційно-вражаючу дію, дотепер медичні працівники ДСМК не мають достатнього фінансового захисту, адекватного їх відповідальності та зусиллям.

Висновки

1. На сучасному етапі функціонування ДСМК України існує розпорошеність законодавчих актів про охорону праці, законодавчої та нормативно-правової бази діяльності ДСМК як особливої медичної аварійно-рятувальної служби України.

2. Чинні законодавчі акти не повною мірою відповідають реальним умовам виробничо-професійної діяльності медпрацівників ДСМК і не створюють законодавчу базу високого рівня прав і гарантій таких медпрацівників.
3. До «Переліку робіт з підвищеною небезпекою» слід включити роботу медпрацівників медичних бригад постійної готовності першої та другої черги, які працюють в умовах дошпитального надання ЕМД із законодавчим забезпеченням їхньої роботи відповідно до цього переліку.
4. Потрібно запровадити окрему лікарську спеціальність «лікар медицини невідкладних станів та медицини катастроф» та доповнити «Перелік робіт з підвищеною небезпекою» виробничо-професійною діяльністю лікарів цього фаху та відповідною підготовкою до виконання робіт із підвищеною небезпекою.
5. З метою реалізації в Україні системи безперервного навчання медпрацівників із питань охорони праці до навчальних програм закладів до- та післядипломної освіти необхідно включити питання охорони праці в медичній галузі, охорони праці медпрацівників при виконанні ними професійних обов'язків.

Перспективи подальших досліджень полягають у прийнятті та доповненні законодавчих актів, які регламентуватимуть охорону праці медпрацівників медичної аварійно-рятувальної служби – ДСМК України і відповідатимуть сучасним реаліям та законодавчо забезпечать права й гарантії цих медпрацівників.

Література

1. *Вибір аксіологічної та етично-духовної стратегії становлення сучасної української вищої медичної освіти* / І. В. Кочін, О. М. Акулова, П. І. Сидоренко [та ін.] // Проблеми безперервної медичної освіти та науки. – 2013. – № 3. – С. 83–86.
2. *Впровадження предмету охорони праці у додипломну і післядипломну вищу медичну і фармацевтичну освіту* / І. В. Кочін, О. М. Акулова, Д. О. Трошин [та ін.] // Медицина сьогодні и завтра. – 2013. – № 2 (59). – С. 92–97.
3. *Гриневич Е. Г. Катастрофи и невротические расстройства в Украине* / Е. Г. Гриневич, И. В. Линский // Архив психиатрії. – 2005. – Т. 11, № 4. – С. 7–13.
4. *Кодекс цивільного захисту України від 02.10.2012 р.* [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/5403-17>. – Назва з екрана.
5. *Конституція України* : закон України від 28.06.1996 р. [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр>. – Назва з екрана.
6. *Кримінальний кодекс України* [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2341-14>. – Назва з екрана.
7. *Наукове обґрунтування стратегії розвитку психотерапевтичної і медико-психологічної допомоги при надзвичайних ситуаціях* / І. В. Кочін, О. М. Акулова, П. І. Сидоренко [та ін.] // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 2–3 (18–19). – С. 183–187.
8. *Неналежне виконання професійних обов'язків медичними працівниками Державної служби медицини катастроф (проблеми медичного права)* / І. В. Кочін, І. В. Колесник, П. І. Сидоренко, Т. М. Гут // Актуальні питання медичної науки та практики : зб. наук. праць Запорізької медичної академії післядипломної освіти. – Вип. 69. – Запоріжжя, 2006. – С. 125–132.
9. *Перелік робіт з підвищеною небезпекою* : наказ Державного комітету з нагляду за охороною праці від 26.01.2005 р. № 15 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.social.org.ua/laws/dknop>. – Назва з екрана.
10. *Положення про Державну службу медицини катастроф* : постанова КМУ від 14.04.1997 р. №343 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua>. – Назва з екрана.
11. *Про вдосконалення навчання з охорони праці й безпеки життєдіяльності у вищих закладах освіти України* : наказ Міністерства освіти України від 02.12.1998 р. № 420 [Електронний документ]. – Режим доступу : www.moz.gov.ua. – Назва з екрана.
12. *Про екстрену медичну допомогу* : Закон України від 05.07.2012 р. № 5081-VI [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/5081-17>. – Назва з екрана.

13. *Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності* : Закон України від 23.09.1999 р. № 1105-XIV із змінами, внесеними згідно із Законами від 18.06.2013 р. [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1105-14>. – Назва з екрана.
14. *Про затвердження Державної програми створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги на період до 2010 року* : постанова Кабінету Міністрів України від 05.11.2007 р. № 1290 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua>. – Назва з екрана.
15. *Про затвердження Положення про Державну службу медицини катастроф* : постанова Кабінету Міністрів України від 11.07.2001 р. № 827 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua>. – Назва з екрана.
16. *Про затвердження порядку комплектування та професійної підготовки основного особового складу аварійно-рятувальних служб і типової форми контракту, що укладається з рятувальниками під час прийняття їх на роботу* : постанова Кабінету Міністрів України від 12.10.2001 р. № 1334 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua>. – Назва з екрана.
17. *Про охорону праці* : Закон України від 14.10.1992 р. № 2695-XII із змінами від 16.10.2012 р. [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2694-12>. – Назва з екрана.
18. *Проблеми охорони праці, безпеки життєдіяльності та стану здоров'я медичних і фармацевтичних працівників* / І. В. Кочін, О. М. Акулова, П. І. Сидоренко [та ін.] // Запорозький медичний журнал. – 2012. – № 5. – С. 120–124.
19. *Типове положення про порядок проведення навчання і перевірки знань з питань охорони* : наказ Державного комітету України з нагляду за охороною праці від 26.01.2005 р. № 15 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0231-05>. – Назва з екрана.

Дата надходження рукопису до редакції: 08.04.2014 р.

**Нерешенные вопросы охраны труда
медицинских работников Государственной
службы медицины катастроф Украины
и пути реализации этих вопросов
(аналитический обзор законодательных
и нормативно-правовых актов Украины)**

*И.В. Кочин¹, О.М. Акулова¹, С.В. Протас²,
Т.В. Ланкмилер², П.И. Сидоренко², Д.А. Трошин¹,
И.Ф. Шило¹, А.А. Гайволя¹, Ю.Ю. Сизинцова¹*

¹Государственное учреждение «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины», г. Запорожье, Украина

²Главное управление Госсанэпидслужбы в Кировоградской области, г. Кировоград, Украина

Цель – определить особенности работы медработников Государственной службы медицины катастроф Украины в повседневных условиях и при чрезвычайных ситуациях; исследовать законодательное обеспечение охраны труда этих медработников.

Методы исследования: аналитико-компаративный и контент-анализ.

Результаты. Доказано, что существующие законодательные акты не в полной мере соответствуют реальным условиям профессиональной деятельности медработников Государственной службы медицины катастроф и не создают законодательную базу высокого уровня прав и гарантий этих медработников.

Выводы. В «Перечень работ с повышенной опасностью» необходимо включить труд медработников бригад постоянной готовности первой и второй очередей, которые работают в экстремальных условиях догоспитального оказания экстренной медицинской помощи, с законодательным обеспечением охраны труда этих медработников и соответствующей подготовкой к выполнению работ с повышенной опасностью.

Ключевые слова: охрана труда, законодательство, Государственная служба медицины катастроф, условия труда.

**Occupational of labor protection
of medical workers of the State service
of medicine of catastrophes
and their implementation
(analytical review of legislative
and regulatory acts of Ukraine)**

*I.V. Kochin¹, O.M. Akulova¹, C.D. Protas²,
T.D. Lankmiler², P.I. Sydorenko², D.O. Troshyn¹,
I.F. Shylo¹, A.A. Gaivolya¹, Yu.Yu. Sisintsova¹*

¹State Institute «Zaporizhzhya medical academy of postgraduate education of Ministry of Health of Ukraine», Zaporizhzhya, Ukraine

²General Directorate of State Sanitary – epidemiological services in the Kirovograd region, Kirovograd, Ukraine

Purpose of the research was to determine the characteristics of medical workers of the State Service of medicine catastrophes of Ukraine under everyday conditions and emergency situations and research legislative support protection of their labor.

Research methods: analytical-comparative and content-analyze.

Results. We have proved that the existing legislations do not fully correspond the real conditions of professional activities of medical workers and do not create a high-level legal framework of rights and safeguards.

Conclusion. The work of medical workers of brigades of permanent readiness of the first and second stages must be included in the «List of work with high risk» with a legislative provision to protect their health and with the appropriate training to perform work with high risk.

Key words: labor protection, legislation, the State Service of medicine catastrophes, working conditions.

Відомості про авторів

Кочін Ігор Васильович – д.мед.н., проф., зав. кафедри цивільного захисту та медицини катастроф Державного закладу «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»; бул. Вінтера, 20, м. Запоріжжя, 69096, Україна; академік Української міжнародної академії оригінальних ідей; служб. тел. +38 (061) 279-05-33; e-mail: zmapo33@gmail.com.

Акулова Ольга Мефодіївна – к.мед.н., доц. кафедри цивільного захисту та медицини катастроф Державного закладу «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»; бул. Вінтера, 20, м. Запоріжжя, 69096, Україна; служб. тел. +38 (061) 279-05-33; e-mail: zmapo33@gmail.com.

Протас Святослав Вікторович – начальник Головного управління Держсанепідслужби у Кіровоградській області; вул. Пушкіна, 40/9, м. Кіровоград, 25006, Україна; служб. тел. +38 (0522) 33-10-63.

Ланкмілер Тамара Володимирівна – заступник начальника ГУ Держсанепідслужби у Кіровоградській області; вул. Пушкіна, 40/9, м. Кіровоград, 25006, Україна; служб. тел. +38 (0522) 33-10-63.

Сидоренко Петро Іванович – к.мед.н., доц., член-кор. Міжнародної кадрової академії, заслужений лікар України, лікар-епідеміолог ГУ Держсанепідслужби у Кіровоградській області; вул. Пушкіна, 40/9, м. Кіровоград, 25006, Україна; служб. тел. +38 (0522) 33-12-97.

Трошин Дмитро Олександрович – к.мед.н., старший викладач кафедри цивільного захисту та медицини катастроф Державного закладу «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»; бул. Вінтера, 20, м. Запоріжжя, 69096, Україна; служб. тел. +38 (061) 279-05-33; e-mail: zmapo33@gmail.com.

Шило Іван Федорович – старший викладач кафедри цивільного захисту та медицини катастроф Державного закладу «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»; бул. Вінтера, 20, м. Запоріжжя, 69096, Україна; служб. тел. +38 (061) 279-05-33; e-mail: zmapo33@gmail.com.

Гайволя Олександр Олександрович – старший викладач кафедри цивільного захисту та медицини катастроф Державного закладу «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»; бул. Вінтера, 20, м. Запоріжжя, 69096, Україна; служб. тел. +38 (061) 279-05-33; e-mail: zmapo33@gmail.com.

Сізнцова Юлія Юріївна – доц. кафедри соціальної медицини, організації і управління охороною здоров'я, медико-соціальної експертизи та курсом медичного права Державного закладу «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»; бул. Вінтера, 20, м. Запоріжжя, 69096, Україна; служб. тел. +38 (061) 279-05-33; e-mail: zmapo33@gmail.com.

В.А. Сміянов

АНАЛІЗ ІСНУЮЧОЇ СИСТЕМИ КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Медичний інститут Сумського державного університету, м. Суми, Україна
ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

***Мета** – систематизація і аналіз основних методів та інструментів забезпечення якості медичного обслуговування на рівні закладу охорони здоров'я в умовах існуючої системи контролю якості медичної допомоги.*

***Матеріали та методи.** Аналіз основних видів і форм контролю якості медичної допомоги та визначення рівня забезпечення якості в 24 типових лікувально-профілактичних установах Сумської області. Використано інформаційно-аналітичний та статистичний методи.*

***Результати.** У «Планах основних організаційних заходів» закладів охорони здоров'я є окремі розділи з поліпшення контролю якості медичної допомоги, що декларують контролюючі функції та потребують виконання і дотримання запланованих кількісних показників роботи. Однак немає питань щодо розробки і впровадження сучасних механізмів управління якістю медичної допомоги в цих планах. Заклади охорони здоров'я Сумської області функціонують у рамках нормативів із контролю і експертизи якості медичної допомоги.*

***Висновки.** Досліджено основні механізми існуючої системи контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я Сумської області. Доведено, що основним інструментом контролю якості є медична експертиза, в основу якої покладено ретроспективний аналіз статистичних показників.*

***Ключові слова:** якість медичної допомоги, заклад охорони здоров'я, контроль, управління, інструменти.*

Вступ

Загальна система основних чинників, які забезпечують якість медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я, складається з чотирьох груп факторів: 1) ресурси (обсяг фінансування, медичні кадри, обладнання, ефективність використання ресурсів); 2) державне нормативно-правове забезпечення (законодавчі акти щодо ліцензування, акредитації, стандартизації; зовнішній аудит; механізми фінансування (фінансування за статтями або в межах єдиного бюджету); державне регулювання діяльності суб'єктів господарювання недержавних форм власності галузі охорони здоров'я; уніфіковані клінічні протоколи; медичне страхування); 3) управління/організація на рівні закладу охорони здоров'я (стандартизація етапів надання медичної допомоги, технології лікування, локальні протоколи, механізм внутрішнього аудиту, система мотивації, деонтологічні фактори, навчання персоналу); 4) ставлення споживачів медичних послуг (пацієнтів) до збереження власного здоров'я (відсут-

ність/наявність відповідального ставлення до здоров'я, фактори здорового способу життя, рівень інформаційної обізнаності, виконання призначень лікаря, ставлення до профілактичних рекомендацій лікаря, пов'язаних із формуванням здоров'язберігаючих мотивацій). Визначені фактори забезпечення якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я комплексно інтегрують розвиток можливих напрямків підвищення якості медичного обслуговування. Сучасний економічний стан економіки України унеможливує суттєве збільшення ресурсної складової підвищення якості медичного обслуговування, тому актуальним є питання ефективного використання ресурсів. Фактори групи «державне нормативно-правове забезпечення» динамічно розвиваються і впливають на процеси забезпечення якості у сфері охорони здоров'я. Так, впровадженний порядок контролю якості, який являє собою вертикально організовану функціональну структурну систему, що включає всі рівні управління – від МОЗ до окремих лікувальних закладів, розроблена Галузева програма стандартизації медичної допомоги до

2020 року, впроваджена Формулярна система забезпечення лікарськими засобами [7, 12]. Ці напрями є базовими регуляторами у створенні механізмів управління якістю медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я. Фактори групи «ставлення пацієнтів до збереження власного здоров'я», спрямовані на формування відповідального ставлення населення до власного здоров'я, передбачають зміни соціально-ціннісних установок у поведінці населення і проведення ефективних комунікацій для досягнення сталих змін поведінки. Чинники групи «управління/організація на рівні закладу охорони здоров'я» обумовлюють підвищення ефективності управління якістю медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я [2].

Перспективним напрямом для швидких змін у поліпшенні якості медичної допомоги є рівень закладу охорони здоров'я, оскільки саме медична установа має сьогодні значний потенціал динамічного і гнучкого реагування на потреби й очікування пацієнтів щодо підвищення якості медичного обслуговування.

Мета роботи – систематизація і аналіз основних методів та інструментів забезпечення якості медичного обслуговування на рівні закладу охорони здоров'я в умовах існуючої системи контролю якості медичної допомоги.

Матеріали та методи

Дослідження спрямоване на визначення основних видів і форм контролю якості медичної допомоги та рівня забезпечення якості в закладах охорони здоров'я України на прикладі 24 типових лікувально-профілактичних установ Сумської області. Використано інформаційно-аналітичний та статистичний методи.

Результати дослідження та їх обговорення

Контроль якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я Сумської області протягом 2013 р. здійснювався шляхом виконання таких організаційних заходів: проведення оперативних нарад, медичних рад, лікарських конференцій, клінічних і клініко-адміністративних обходів, рад медичних сестер; контроль за виконанням санітарно-епідемічного режиму заняття з молодшим медичним персоналом; підвищення кваліфікації лікарів; атестація лікарів; підвищення кваліфікації середнього медичного персоналу; атестація середнього медичного персоналу; впровадження новітніх технологій; аналіз динаміки статистичних показників; щоденна експертна оцінка історій хвороб та карт виписаних із стаціонару; одноденні зрізи; цільові перевірки якості надання медичної допомоги; оцінка якості за моделями кінцевих результатів; виконання планів робіт структурних підрозділів.

У 2013 р. здійснено 114 цільових перевірок якості надання медичної допомоги у закладах охорони здоров'я Сумської області, 156 перевірок якості медичної допомоги при розгляді звернень громадян. Питання контролю якості розглянуті на 11 колегіях управління охорони здоров'я, 6 апаратних нарадах та 24 оперативних нарадах управління в Управлінні охорони здоров'я Сумської обласної державної адміністрації. У 2013 р. клініко-експертні комісії охорони здоров'я провели 76 засідань, 11 засідань Координаційної ради з управління якістю медичної допомоги. Протягом даного періоду у всіх лікувально-профілактичних закладах наказами затверджено відповідальні за контроль та управління якістю медичної допомоги і персональні склади медичних рад, засідання здійснювались відповідно до річного плану [11].

Аналіз «Планів основних організаційних заходів» закладів охорони здоров'я Сумської області за 2013 р. [3, 4, 5, 6] показав, що у 100% випадків у планах наявні окремі розділи з поліпшення контролю якості медичної допомоги. Але задекларовані заходи, визначені в планах, декларують контролюючі функції і потребують виконання і дотримання запланованих кількісних показників роботи, а саме: захворюваність із тимчасовою втратою працездатності, інвалідність, смертність, середнє перебування хворого на ліжку, кількість днів непрацездатності тощо. Однак немає питань щодо розробки і впровадження сучасних механізмів управління якістю медичної допомоги в цих планах.

Надання медичної допомоги населенню на якісному рівні неможливе без достатньої укомплектованості закладів охорони здоров'я лікарськими кадрами та їх достатнім кваліфікаційним рівнем. Аналіз укомплектованості лікарями штатних посад у закладах охорони здоров'я як важливого компонента якості надання медичної допомоги показав, що спостерігається тенденція зменшення укомплектованості штатних лікарських посад у сільських лікарняних амбулаторіях (СЛА) – 71,8% і в центральних районних лікарнях (ЦРЛ) – 85,4±2,1% порівняно з міськими лікарнями (МЛ) – 98,6±2,4% та обласними лікарнями (ОЛ) – 93,5±1,9%. Штатні посади лікарів у середньому по Україні укомплектовані фізичними особами на 82,5% [1].

Забезпеченість лікарями в Сумській області у 2013 р. становила 33,7 на 10 тис. населення. У м. Суми забезпеченість лікарями дорівнювала 66,4, а в районних закладах охорони здоров'я – 21,4 на 10 тис. населення. Забезпеченість лікарями, які безпосередньо надають медичну допомогу, в Україні склала 27,3 на 10 тис. населення. Цей показник був меншим за рівень забезпеченості лікарями у більшості країн Європейського Союзу (33 на 10 тис. населення) [1]. Чисельність лікарів, які займаються лікувальною роботою в сільській місцевості Сумської області, становила у 2013 р. 216 осіб, або 7,76. Це свідчить про значну розбіжність

у забезпеченості лікарями міського та сільського населення.

Професійний рівень лікарів оцінюється за допомогою даних щодо їх кваліфікаційної атестації. Цей показник досліджувався на рівні ОЛ, МЛ і ЦРЛ лікарень Сумської області. Кількість атестованих лікарів у ЦРЛ становила 62,9%, МЛ – 66,8%, в ОЛ – 66,2%. З атестованих лікарів в ОЛ вищу категорію мали 51,82%, першу – 27,72%, другу – 20,46%. У МЛ – відповідно 41,32%, 38,72% і 19,96%. У ЦРЛ – відповідно 29,7%, 50,72% і 19,57% лікарів. Привертає увагу те, що кількість атестованих лікарів зменшилася за всіма категоріями лікувальних закладів. Так, порівняно з 2012 р. у 2013 р. кількість атестованих лікарів зменшилася в ОЛ на 0,9%, у МЛ м. Суми – на 2,6%, у ЦРЛ – 0,3–9,3%. У цілому по Сумській області кількість атестованих лікарів за 2013 р. зменшилася на 1%, що вказало на недостатню мотивацію лікарів до підвищення кваліфікації.

Проведене дослідження показало, що експертиза якості надання медичної допомоги пацієнтам в закладах охорони здоров'я здійснювалася за допомогою п'ятирівневого контролю якості та входила до функцій завідувачів структурними підрозділами закладів охорони здоров'я (перший рівень), заступників головних лікарів із клініко-експертної роботи (другий рівень), клініко-експертних комісій закладів охорони здоров'я (третій рівень), експертної комісії обласного (міського) управління охорони здоров'я (четвертий рівень контролю) та експертної комісії МОЗ України (п'ятий рівень контролю).

Цільова експертиза проводиться у всіх випадках післяопераційних ускладнень, летальних наслідків, у т.ч. післяопераційних втручань, розходження клінічного та патологоанатомічного діагнозу, повторної госпіталізації, випадках лікарняного інфікування та ускладнень, первинного виходу на інвалідність осіб працездатного віку і повторної госпіталізації з приводу одного й того ж захворювання протягом року, і у випадках, що супроводжуються скаргами пацієнтів та їхніх родичів. Проведення оцінки якості медичної допомоги в досліджуваних закладах охорони здоров'я розглядалося не тільки як спосіб виявлення та фіксації дефектів, але й як ефективний механізм щодо прийняття заходів із підвищення якості медичної допомоги. Крім зазначених видів експертної оцінки, регулярно проводились огляди хворих заступником головного лікаря з лікувальної роботи і головної медичної сестри закладів охорони здоров'я, під час яких аналізувались усі аспекти лікувального процесу з обов'язковою фіксацією недоліків і рекомендацій для виправлення в спеціальних «Журналах обходів». Таким чином, основними видами контролю якості надання медичної допомоги були метод експертної оцінки якості лікувального процесу за даними статистичної облікової інформації і метод безпосереднього контролю за роботою лікарів

у медичному закладі. Основними документами для проведення експертної оцінки в стаціонарі стали: карта стаціонарного хворого (ф.003/о.), карта вибулого із стаціонару (ф.066/о.), журнал запису оперативних втручань (ф.008/о.), у поліклініці: амбулаторні карти (ф.025/о.), карта диспансерного спостереження (ф.030/о.) та журнал реєстрації листків непрацездатності.

Для оцінки якості надання медичної допомоги завідувачі структурних підрозділів і лікарі ОЛ, МЛ, ЦРЛ використовували протоколи лікування, схеми експертної оцінки (раціонального використання ліжкового фонду, якості лікування (повне, неповне, комплексне), діагностики, з урахуванням таких показників, як діагноз, обґрунтованість госпіталізації, госпіталізація планова або за швидкою допомогою, обсяг обстеження планових хворих в амбулаторних умовах та дублювання лабораторних досліджень, строки встановлення діагнозу та його обґрунтованість); використання таких допоміжних методів лікування, як лікувальна фізична культура, фізіотерапія; результати лікування у стаціонарі (поліпшення, одужання, без змін), недоліки в записях історій хвороб тощо. Крім того, приділялася увага тривалості перебування хворого в стаціонарі, потреби в подальшому лікуванні в амбулаторних умовах, кількості хворих, направлених до медико-соціальної експертної комісії. Аналіз даних щодо заходів із забезпечення технологічної компоненти якості медичної допомоги і процесу її надання в закладах охорони здоров'я показав, що у лікарнях використовувалися уніфіковані і локальні протоколи лікування, посібники з питань контролю за інфекцією, формуляри лікарських засобів, форми медичної реєстрації, прийняті до виконання, медичні стандарти. У всіх медичних закладах визначена офіційна процедура реєстрації скарг пацієнтів, регулярно проводилися опитування пацієнтів щодо якості обслуговування в лікарнях. Для оцінки якості в лікарнях використовувалися дані про тестування передопераційної експертизи. Для проведення передопераційної підготовки в лікарнях виконувалися клінічні, функціональні та інструментальні дослідження (флюорографія, електрокардіографія, загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі та ін.). Дослідження показало, що заклади охорони здоров'я Сумської області функціонували в рамках нормативів із контролю й експертизи якості медичної допомоги (табл.).

Аналіз основних показників експертної оцінки якості надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я Сумської області показав, що своєчасність діагностики та комплексного лікування спостерігалась у ЦРЛ у 87,3±1,2% випадків, МЛ – 86,2±1,8%, ОЛ – 89,4±3,2%, своєчасність і повнота поліклінічних обстежень: у ЦРЛ – 87,9±1,7%, МЛ – 90,1±2,1%, ОЛ – 94,1±2,3%. Бажаний результат лікування був досягнутий у 93,5±1,7% пацієнтів ЦРЛ, у 94,2±2,2% пацієнтів МЛ, і 90,6±1,9% – ОЛ. На стаціонарному етапі надання

Таблиця
Основні заходи із забезпечення якості медичної допомоги
в закладах охорони здоров'я Сумської області (%)

Назва заходів із гарантії якості	Рівень надання медичної допомоги		
	центральні районні лікарні	міські лікарні	обласні лікарні
Наявність офіційних документів (наказів, інструкцій, положень, локальних протоколів) галузевого, обласного, установчого рівнів щодо гарантії якості	100,0	100,0	100,0
Наявність уніфікованих протоколів та схем експертних оцінок	40	83	100
Застосування експертних оцінок якості лікувально-діагностичного процесу:			
- чотирирівневого	18,0	63,0	100,0
- трирівневого	85,0	75,0	—
- цільового контролю	100,0	100,0	100,0
Проведення медико-соціологічного дослідження пацієнтів протягом останнього року з метою виявлення їх думки про якість медичного обслуговування	48,0	82,5	100,0
Використання результатів опитування для підвищення якості медичної допомоги	36,0	84,0	75,0
Виконання уніфікованих локальних медичних протоколів у лікарні	46,0	90,0	100,0
Наявність офіційної процедури реєстрації скарг пацієнтів	100,0	100,0	100,0
Детальне вивчення та аналіз розходжень патологоанатомічного і клінічного діагнозів, аналіз показників летальності	100,0	100,0	100,0
Використання АСУ в медичних закладах	3,5	12,0	29,8
Комп'ютеризація реєстрації пацієнтів в амбулаторно-поліклінічних відділеннях	—	—	—

медичної допомоги в МЛ у $63,8 \pm 2,2\%$ випадках і ОЛ $78,4 \pm 2,4\%$ дублювалися клініко-лабораторні дослідження, проведені пацієнтам в амбулаторно-поліклінічних відділеннях. Дані опитування пацієнтів використовувалися для розробки пропозицій із підвищення якості тільки в $36,0\%$ ЦРЛ, $84,0\%$ МЛ і $75,0\%$ ОЛ. Медичні стандарти розроблені і використовувалися в $40,0\%$ ЦРЛ; $83,0\%$ МЛ і 100% ОЛ. Експертиза якості надання медичної допомоги, аналіз летальних випадків, розходжень патологоанатомічного і клінічного діагнозів здійснювався в лікарнях усіх рівнів.

При проведенні експертизи якості надання стаціонарної допомоги в лікарнях використовувалися такі показники: виконання стандарту обсягу і якості медичної допомоги; повнота лабораторних та інструментальних обстежень; необхідність госпіталізації; комплексність і своєчасність лікування; час лікування в стаціонарі, у т.ч. до і після операції; ускладнення; супутні захворювання; якість ведення документації.

Показники загальної летальності в 2013 р. в ОЛ становили $1,15\%$, у МЛ — $1,0\%$, у ЦРЛ — $0,93\%$.

Найвищий рівень лікарняної летальності в медичних закладах обласного рівня можна пояснити наявністю більш тяжкого контингенту хворих, які отримують високоспеціалізовану медичну допомогу, що узгоджується із середньостатистичними даними по Україні. Крім обов'язкового аналізу розходження клінічного та патологоанатомічного діагнозів, у лікарнях проводилися науково-практичні конференції з питань розходжень цих діагнозів із періодичністю один раз на місяць. Усі випадки розходжень діагнозів поділені на три категорії:

- летальний результат не залежав від медичного персоналу у зв'язку з пізнім зверненням і значним прогресуванням хвороби;
- у розходженні діагнозів винні медичні працівники, але це не вплинуло на результат;
- у розходженні діагнозів винні медичні працівники, і це вплинуло на результат.

Проведеним дослідженням встановлено, що щорічна кількість розтинів трупів становила $82,3 \pm 3,6\%$ від загального числа померлих в ОЛ. Розходження діа-

гнозів у закладах охорони здоров'я Сумської області та закладах охорони здоров'я м. Суми становило 5,0% і 5,8%. Експертна оцінка випадків смерті у стаціонарі передбачала глибокий аналіз кожного випадку летального наслідку, у т.ч. після операційних втручань. Аналізу і оцінці підлягала повнота і своєчасність діагностики і лікування, обсяги і якість надання медичної допомоги, ефективність застосованих методів лікування. Кожний виявлений дефект, а також кожний випадок розходження в оцінці якості на різних етапах експертизи був предметом спеціального обговорення на нарадах у лікарнях, що стало основою підвищення рівня знань медичних працівників і формування єдиних підходів до лікувально-діагностичного процесу.

Одним із основних показників використання ресурсів в Сумській області в охороні здоров'я була середня тривалість перебування хворого в стаціонарі, яка становила у 2013 р. в ЦРЛ 14,2, МЛ – 10,2, ОЛ – 12,4 днів. Раціональне та ефективне використання ліжкового фонду в лікарнях було одним із критеріїв якості надання медичної допомоги.

Основними критеріями оцінки якості надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я визначені: організація прийому планових хворих; організація прийому хворих, що доставляються машиною екстреної допомоги; якість і своєчасність діагностики та комплексність лікування з першого дня; своєчасність і повнота поліклінічних обстежень; поточні спостереження за хворим, корекція та уточнення діагнозу і лікування; своєчасність та якість консультацій; середнє перебування хворого на ліжку; виконання плану ліжко-днів; результати лікування (поліпшення, одужання, без змін); показники летальності; використання в комплексному лікуванні допоміжних і нетрадиційних методів; обґрунтовані скарги хворих; матеріали анкетного опитування хворих.

Важливим показником якості лікувального процесу в закладах охорони здоров'я стало охоплення та ефективність диспансеризації хворих із керованою патологією (хворі з артеріальною гіпертензією, стенокардією, інфарктом міокарда, цукровим діабетом, бронхіальною астмою, пневмонією, виразковою та жовчнокам'яною хворобами та ін.).

Аналіз отриманих даних показав, що медсестринський персонал мав медичну кваліфікацію 100,0%, атестовано в ЦРЛ 26,3% медсестер, у МЛ – 31,5%, в ОЛ – 36,4%. Враховуючи роль медсестринського персоналу в якісному наданні медичної допомоги, питанню підвищення їх кваліфікації приділялася увага у всіх медичних закладах, що досліджувалися, зокрема, апарат управління лікарні і медсестринський персонал обговорювали нові форми і методи підвищення кваліфікації середнього і молодшого медперсоналу лікарні,

проводилася оцінка роботи середнього медичного персоналу відділення і служб, визначалася наявність офіційної структури для медсестринського персоналу, в якій представлені всі медсестри – рада медсестер (наради проводилися 6–12 разів на рік), наявність інструкції для продовження освіти медсестер «План підвищення кваліфікації медсестер», проводилися курси на крашу медсестру, робилися звіти старших медсестер про роботу середнього медичного персоналу, збиралися дані про підвищення якості та ефективності роботи, здійснювалася профілактика внутрішньолікарняної інфекції. Кожний випадок післяопераційного ускладнення був предметом розгляду на лікарсько-сестринських конференціях відділення.

У всіх лікарнях, в яких проводилося дослідження, функціонувала система контролю якості медичної допомоги згідно з нормативними документами МОЗ України та інструкціями, наказами, які стосувалися внутрішнього контролю якості.

Висновки

1. Основним методом контролю якості медичної допомоги є медична ревізія (експертиза), що проводиться на відомчому рівні. Якість медичної допомоги оцінюється переважно за допомогою кількісних показників, розроблених державною статистичною службою, та показників діяльності медичних закладів, що відображають обсяги наданої допомоги, зокрема, захворюваність, інвалідність, смертність, план виконання ліжко-днів, річний план зайнятості ліжка, оберненість ліжка та ін. Слід зазначити, що найбільша увага приділяється контролю за тимчасовою і стійкою втратою працездатності. Стимулювання високої якості роботи медичних працівників має не економічний, а переважно моральний статус.
2. Доведено, що експертна діяльність з оцінки якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я потребує удосконалення відповідно до сучасних потреб діяльності медичних установ на основі механізмів ліцензування, акредитації закладів охорони здоров'я, атестації кадрів, стандартизації медичної допомоги на принципах доказової медицини.

Перспективи подальших досліджень у зазначеному напрямку полягають у доповненні системи існуючих методів контролю якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я сучасними методами управління, адаптація і застосування яких є умовою безперервного поліпшення якості медичного обслуговування.

Література

1. *Матеріали* МОЗ України від 18.07.2013 р. [Електронний документ]. – Режим доступу : http://moz.gov.ua/ua/portal/pre_20130718_p.html. – Назва з екрана.
2. *Організаційно-методологічний підхід до управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я* / В. А. Сміянов, А. В. Степаненко, В. Ю. Петренко, С. В. Тарасенко // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я. – 2013. – № 3. – С. 11–18.
3. *План основних організаційних заходів* Буринської ЦРЛ на 2013 р. [Електронний документ]. – Режим доступу : www.burin-rada.gov.ua. – Назва з екрана.
4. *План основних організаційних заходів* КЗ «Білопільська ЦРЛ» на 2013 р. [Електронний документ]. – Режим доступу : www.blp.sm.gov.ua. – Назва з екрана.
5. *План основних організаційних заходів* Краснопільської ЦРЛ на 2013 р. [Електронний документ]. – Режим доступу : www.b2btoday.com.ua/id/3303963. – Назва з екрана.
6. *План основних організаційних заходів* Кролевецької ЦРЛ на 2013 р. [Електронний документ]. – Режим доступу : www.krolchl.ucoz.ua. – Назва з екрана.
7. *Про затвердження* Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року : наказ МОЗ України від 16.09.2011 р. № 597 [Електронний документ]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110916_597.html. – Назва з екрана.
8. *Про затвердження* Інструкції з діловодства в Державному архіві Сумської області : наказ Управління охорони здоров'я Сумської обласної державної адміністрації від 20.02.2013 р. № 10-ОД [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://sm.gov.ua/ru/sport/2-uncategorised/3456-nakazy-za-2013-rik.html>. – Назва з екрана.
9. *Про організацію* клініко-експертної оцінки якості медичної допомоги : наказ МОЗ України від 06.08.2013 р. № 693 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/z1717-13>. – Назва з екрана.
10. *Про порядок контролю* якості медичної допомоги : наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. № 752 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12>. – Назва з екрана.
11. *Про результати діяльності* лікувально-профілактичних закладів області за 2013 р. : матеріали Колегії Управління охорони здоров'я Сумської обласної державної адміністрації від 06.02.2014 р. [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://uozsumy.com.ua/> – Назва з екрана.
12. *Про створення* формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров'я : наказ МОЗ України від 22.06. 2009 р. №529 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1003-09>. – Назва з екрана.
13. *Про управління* якістю медичної допомоги в області : наказ Управління охорони здоров'я Сумської обласної державної адміністрації від 09.09.2010 р. № 771 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://uozsumy.com.ua/> – Назва з екрана.

Дата надходження рукопису до редакції: 26.02.2014 р.

Анализ существующей системы контроля качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Сумской области

В.А. Смянов

Медицинский институт Сумского государственного университета, г. Сумы, Украина
ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины», г. Киев, Украина

Цель – систематизация и анализ основных методов и инструментов обеспечения качества медицинского обслуживания на уровне учреждения здравоохранения в условиях существующей системы контроля качества медицинской помощи.

Материалы и методы. Анализ видов и форм контроля качества медицинской помощи и определения уровня качества в 24 лечебно-профилактических учреждениях Сумской области. Используются информационно-аналитический и статистический методы.

Результаты. В «Планах основных организационных мероприятий» учреждений здравоохранения имеются отдельные разделы по улучшению контроля качества медицинской помощи, которые декларируют контролируемые функции и требуют выполнения и соблюдения запланированных количественных показателей работы. Вопросы разработки и внедрения современных механизмов управления качеством медицинской помощи в этих планах отсутствуют. Учреждения здравоохранения Сумской области функционируют в рамках нормативов по контролю и экспертизе качества медицинской помощи.

Выводы. Исследованы основные механизмы существующей системы контроля качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Сумской области. Доказано, что основным инструментом контроля качества является медицинская экспертиза, в основу которой положен ретроспективный анализ статистических показателей.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, учреждение здравоохранения, контроль, управление, инструменты.

Analysis of the current control system of medical care quality in health care facilities of Sumy region

V.A. Smiyanov

Sumy State University,
Sumy, Ukraine
SI «Ukrainian Institute of strategic researches Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Purpose – is to systematize and analyze the basic methods and tools on health services quality assurance on health care facilities level under the current control system of medical care quality.

Materials and methods. Analysis of the basic types and forms of medical care quality control, and evaluation of the quality assurance level in 24 typical medical and preventive treatment facilities of Sumy region.

Results. «Plans of main organizational arrangements» of health care facilities has definite sections concerning improvements of medical care quality control, that declare control functions and demand executing and observing the planned quantitative performance indicators. Issues on development and implementation of modern mechanisms of medical care quality management in these plans are lacking. Health care facilities in Sumy region function within standards of control and standards of medical care quality expert examination.

Conclusions. The basic mechanisms of the current control system of medical care quality in health care facilities of Sumy region were studied. It was proved that the main tool for controlling the quality is medical expert examination, based on retrospective analysis of statistical values.

Key words: medical care quality, health care facility, control, management, tools, factors of medical care quality assurance.

Відомості про автора

Смянов Владислав Анатолійович – к.мед.н., доц., зав. кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Сумського державного університету, директор медичного інституту Сумського державного університету; дисертант ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; вул. Солов'їна, 6, с. Липняк, Сумський р-н, Сумська обл., 42333, Україна; служб. тел. +38 (0542) 648-342; e-mail: vladlor@mail.ru.

І.С. Миронюк

ОЦІНКА ЖИТТЄЗДАТНОСТІ ПРОГРАМИ ПРОТИДІЇ ПОШИРЕННЮ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В СЕРЕДОВИЩІ ТРУДОВИХ МІГРАНТІВ ЗА УЧАСТЮ УКРАЇНСЬКОЇ ПРАВОСЛАВНОЇ ЦЕРКВИ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Закарпатський центр профілактики та боротьби із СНІДом, м. Ужгород, Україна
ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

Мета – оцінити життєздатність регіональної програми протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в середовищі трудових мігрантів за участю Української Православної Церкви за показниками моніторингу та оцінки ефективності даної програми.

Матеріали та методи. Оцінка життєздатності програми проведена шляхом розрахунку показників моніторингу та оцінки ефективності її виконання на основі звітів лікарів кабінетів «Довіра» та священнослужителів 7 пілотних регіонів за IV квартал 2013 р. та I квартал 2014 р.

Результати. У I кварталі 2014 р. виявлено збільшення практично всіх показників процесу моніторингу та оцінки ефективності програми порівняно з IV кварталом 2013 р. Значне зростання показників, які відображають стан санітарно-освітньої роботи, пов'язано з приїздом трудових мігрантів за місцем постійного проживання на період святкування Різдва. Активний підготовчий період впровадження проекту привів до підвищення показників надання профілактичних послуг безпосередньо представникам цільової групи програми.

Висновки. Регіональна програма протидії поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу в середовищі трудових мігрантів за участю церкви є життєздатною, що вказує на необхідність реалізації цієї програми в майбутньому.

Ключові слова: програма профілактики, ВІЛ/СНІД, трудові мігранти, Українська Православна Церква.

Вступ

В умовах регіональної субепідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу, яка спостерігається в Закарпатті [2], важливим є впровадження окремих регіональних програм протидії епідемії, направлених на ключові групи населення, які є рушійною силою поширення ВІЛ-інфекції на даній території [9]. Так, із жовтня 2013 р. службою протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу у співпраці з Українською Православною Церквою (УПЦ) впроваджено регіональну програму протидії поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу в середовищі трудових мігрантів на території 7 пілотних районів Закарпатської області (територія служіння Мукачівської Православної Єпархії УПЦ) [4]. Актуальність впровадження даної регіональної програми саме в середовищі трудових мігрантів та їхнього найближчого оточення зумовлена тим, що, за результатами проведених спеціальних епідеміологічно-поведінкових досліджень, 48,5% усіх дорослих ВІЛ-позитивних осіб, взятих на диспансер-

ний облік у 2007–2011 рр., пов'язані з трудовою міграцією за межі області – власне трудові мігранти та їхні постійні статеві партнери [1]. Частка осіб, пов'язаних із трудовою міграцією за межі області, серед нових випадків ВІЛ-інфекції у 2012–2013 рр. зростає відповідно до 53,1% і 57,6%. Серед основних факторів ризикованої щодо інфікування ВІЛ поведінки провідну роль відіграють випадкові статеві контакти з малознайомими партнерами без використання презервативу в регіоні тимчасового працевлаштування [1, 5]. Саме на запобігання виникненню цих поведінкових ризиків спрямовані основні програмні заходи первинної профілактики інфікування ВІЛ у даній групі населення шляхом проведення активної інформаційно-освітньої роботи. Важливим інструментом як попередження інфікування ВІЛ, так і раннього виявлення факту інфікування є консультування і тестування на ВІЛ (КіТ на ВІЛ) представників уразливих щодо ВІЛ груп населення [8]. КіТ на ВІЛ спрямоване як на визначення ВІЛ-статусу особи, так і на зміну поведінки даної особи в бік більш

безпечної щодо інфікування ВІЛ [6]. Іншим важливим аспектом протидії поширення ВІЛ статевим шляхом є своєчасна діагностика та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) [3]. Тому одним з основних завдань регіональної програми протидії поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу в середовищі трудових мігрантів у співпраці з УПЦ є залучення осіб із групи трудових мігрантів та їхніх постійних статевих партнерів до отримання послуг КіТ на ВІЛ та діагностики і лікування ІПСШ у спеціалізованих підрозділах закладів охорони здоров'я області (кабінетах «Довіри»).

У процесі розробки та на початкових етапах впровадження даної програми були застереження щодо можливої її нежиттєздатності у зв'язку з відмовою представників цільової групи програми (трудовах мігрантів та їхніх постійних статевих партнерів) від отримання пропонованих програмою послуг через страх можливого розголошення ВІЛ-статусу [7].

Мета роботи – оцінити життєздатність регіональної програми протидії поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу в середовищі трудових мігрантів за участю УПЦ у пілотних районах Закарпатської області за показниками моніторингу і оцінки (МіО) ефективності даної програми.

Таблиця 1

Інформація від лікарів кабінетів «Довіра» і розраховані на її основі показники моніторингу та оцінки ефективності програми

Інформація щоквартального звіту	Показник МіО ефективності		
	вид	зміст	методика розрахунку
Кількість теле- і радіоєфірів за участю фахівців служби СНІДу та представників УПЦ	Показник процесу	Кількість теле- і радіоєфірів за участю фахівців служби СНІДу і представників УПЦ	Вираховується в абсолютних числах кількості по кожній формі активності за звітний період
Кількість осіб із числа представників групи трудових мігрантів та їхніх постійних статевих партнерів, яким надано послуги КіТ на ВІЛ за направлення священнослужителя	Показник процесу	Відсоток осіб із числа представників групи трудових та їхніх постійних статевих партнерів, які пройшли тестування на наявність антитіл до ВІЛ і знають свої результати	(кількість осіб із групи трудових мігрантів та їхнього найближчого оточення, які пройшли тестування на наявність антитіл до ВІЛ і знають свої результати за звітний період / оціночна чисельність осіб даної групи населення на території обслуговування) $\times 100 = X$ (%)
Кількість священнослужителів, які взяли участь у навчанні з питань профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу	Показник процесу	Відсоток охоплення священнослужителів навчаннями з питань профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу	(кількість священнослужителів, охоплених навчаннями / загальна кількість представників УПЦ у місті/районі) $\times 100 = X$ (%)
Кількість спільних заходів лікарів кабінетів «Довіра» і представників УПЦ міст/районів щодо: 1) активного залучення трудових мігрантів до тестування на антитіла до ВІЛ з урахуванням термінів перебування за місцем проживання (релігійні свята); 2) залучення трудових мігрантів до програм діагностики і лікування ІПСШ	Показник процесу	Кількість спільних заходів лікарів кабінетів «Довіра» і представників УПЦ міст/районів щодо: 1) активного залучення трудових мігрантів до тестування на антитіла до ВІЛ з урахуванням термінів перебування за місцем проживання (релігійні свята); 2) залучення трудових мігрантів до програм діагностики і лікування ІПСШ	Вираховується в абсолютних числах кількості по кожній формі активності за звітний період
Кількість осіб із групи трудових мігрантів та їхніх постійних статевих партнерів, яким надано послуги з профілактики, діагностики і/або лікування ІПСШ за направленням священнослужителів	Показник процесу	Відсоток охоплення групи трудових мігрантів та їхніх постійних статевих партнерів програмами профілактики, діагностики і лікування ІПСШ	(кількість осіб із групи трудових мігрантів та їхнього найближчого оточення, які отримали щонайменше одну послугу з профілактики, діагностики і лікування ІПСШ / оціночна чисельність осіб даної групи населення на території обслуговування) $\times 100 = X$ (%)

Таблиця 2

Інформація від священнослужителів і розраховані на її основі показники моніторингу та оцінки ефективності програм

Інформація щоквартального звіту	Показник МіО ефективності		
	вид	зміст	методика розрахунку
Кількість теле- і радіоефірів за участю фахівців служби СНІДу та представників УПЦ	Показник процесу	Кількість теле- і радіоефірів за участю фахівців служби СНІДу та представників УПЦ	Вираховується в абсолютних числах кількості по кожній формі активності за звітний період
Кількість осіб із числа представників групи трудових мігрантів та їхніх постійних статевих партнерів, яким рекомендовано звернутися до регіонального кабінету «Довіра» для проходження КіТ на ВІЛ	Показник процесу	Відсоток осіб із числа представників групи трудових та їхніх постійних статевих партнерів, які пройшли тестування на наявність антитіл до ВІЛ і знають свої результати	(кількість осіб із групи трудових мігрантів та їхнього найближчого оточення, які пройшли тестування на наявність антитіл до ВІЛ і знають свої результати за звітний період / оціночна чисельність осіб даної групи населення на території обслуговування) $\times 100 = X$ (%)
Кількість розповсюджених через ресурси УПЦ інформаційно-просвітницьких матеріалів (буклетів, флаєрів тощо) з питань профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу в середовищі трудових мігрантів та їхніх постійних статевих партнерів	Показник процесу	Кількість розповсюджених через ресурси УПЦ інформаційно-просвітницьких матеріалів (буклетів, флаєрів тощо) з питань профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу в середовищі трудових мігрантів та їхніх постійних статевих партнерів	Вираховується в абсолютних числах кількості по кожному виду інформаційних матеріалів за звітний період
Кількість представників із групи трудових мігрантів та їхніх постійних статевих партнерів, охоплених заходами програми первинної профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу (проповіді, індивідуальні бесіди тощо)	Показник процесу	Відсоток охоплених заходами програми первинної профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу представників групи трудових мігрантів та їх постійних статевих партнерів	(кількість осіб із групи трудових мігрантів та їхніх постійних статевих партнерів, охоплених заходами програми первинної профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу / оціночна чисельність даної групи населення на території обслуговування) $\times 100 = X$ (%)
Кількість спільних заходів лікарів кабінетів «Довіра» і представників УПЦ міст/районів щодо: 1) активного залучення трудових мігрантів до тестування на антитіла до ВІЛ з урахуванням термінів перебування за місцем проживання (релігійні свята); 2) залучення трудових мігрантів до програм діагностики і лікування ІПСШ	Показник процесу	Кількість спільних заходів лікарів кабінетів «Довіра» і представників УПЦ міст/районів щодо: 1) активного залучення трудових мігрантів до тестування на антитіла до ВІЛ з урахуванням термінів перебування за місцем проживання (релігійні свята); 2) залучення трудових мігрантів до програм діагностики і лікування ІПСШ	Вираховується в абсолютних числах кількості по кожній формі активності за звітний період
Кількість осіб із групи трудових мігрантів та їхніх постійних статевих партнерів, яким рекомендовано звернутися до регіонального кабінету «Довіра» для отримання послуг із профілактики, діагностики і/або лікування ІПСШ	Показник процесу	Відсоток охоплення групи трудових мігрантів та їхніх постійних статевих партнерів програмами профілактики, діагностики і лікування ІПСШ	(кількість осіб із групи трудових мігрантів та їхнього найближчого оточення, які отримали щонайменше одну послугу з профілактики, діагностики і лікування ІПСШ / оціночна чисельність осіб даної групи населення на території обслуговування) $\times 100 = X$ (%)

Матеріали та методи

Визначення життєздатності програми проводилося за результатами аналізу інформації звітів лікарів кабінетів «Довіра» та священнослужителів, задіяних у реалізації програми за IV квартал 2013 р. та I квартал 2014 р. Отримана інформація використовувалася для розрахунку показників МіО ефективності виконання заходів програми, яких усього було 9 (7 показників процесу і 2 показники впливу) [4]. Відповідно до затверджених форм шоквартальної звітності виконавців програми, інформація подавалася окремо лікарями кабінетів «Довіра» та священнослужителями УПЦ по кожній адміністративній території реалізації програми (табл. 1 і 2).

За даними таблиці 1, шоквартально лікарями кабінетів «Довіра» у звітній формі подавалася інформація для розрахунку виключно показників МіО ефективності програми, які характеризують процес реалізації її

заходів. Показники впливу програми (поширеність ВІЛ-інфекції в середовищі трудових мігрантів та їхніх постійних статевих партнерів і питома вага виявлених ВІЛ-інфікованих трудових мігрантів та їхніх постійних статевих партнерів щодо кількості взятих на диспансерний облік ВІЛ-інфікованих дорослих осіб) визначалися за результатами роботи протягом року реалізації програми шляхом обробки наявних даних моніторингу епідемічної ситуації в регіоні і не враховувалися при поточному моніторингу програми.

Інформація, включена у звітну форму священнослужителів, дещо різнилася від звітної форми лікарів кабінетів «Довіра», хоча і використовувалася для розрахунків подібних показників МіО ефективності програми (табл. 2).

Аналіз отриманої з різних джерел інформації про результати реалізації окремих заходів програми дав змогу комплексно оцінити життєздатність та ефектив-

Таблиця 3

Результати виконання показників процесу моніторингу та оцінки ефективності програми у IV кварталі 2013 р. та I кварталі 2014 р.

№ пор.	Показник	Значення показника		
		IV квартал 2013 р.	I квартал 2014 р.	Різниця (+/-)
1.	Кількість теле- і радіоефірів за участю фахівців служби СНІДу та представників УПЦ (заходів)	2	3	+1
2.	Кількість розповсюджених через ресурси УПЦ інформаційно-просвітницьких матеріалів (буклетів, флаєрів тощо) з питань профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу в середовищі трудових мігрантів та їхніх постійних статевих партнерів (екземплярів)	315	1125	+810
3.	Кількість спільних заходів лікарів кабінетів «Довіра» і представників УПЦ міст/районів щодо: 1) активного залучення трудових мігрантів до тестування на антитіла до ВІЛ з урахуванням термінів перебування за місцем проживання (релігійні свята); 2) залучення трудових мігрантів до програм діагностики і лікування ІПСШ	1	43	+42
		0	5	+5
4.	Відсоток охоплення священнослужителів навчаннями з питань профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу	42,1	4,2	-37,8
5.	Відсоток охоплених заходами програми первинної профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу представників групи трудових мігрантів та їхніх постійних статевих партнерів	1,4	4,3	+2,9
6.	Відсоток осіб із числа представників групи трудових та їхніх постійних статевих партнерів, які пройшли тестування на наявність антитіл до ВІЛ і знають свої результати	0,2	1,6	+1,4
7.	Відсоток охоплення групи трудових мігрантів та їхніх постійних статевих партнерів програмами профілактики, діагностики і лікування ІПСШ	0	0,5	+0,5

ність програми з метою виявлення слабких місць і для розробки заходів щодо удосконалення.

Результати дослідження та їх обговорення

Результати виконання показників процесу МіО ефективності програми за результатами аналізу звітів лікарів кабінетів «Довіра» і священнослужителів пілотних районів у ІV кварталі 2013 р. та І кварталі 2014 р. наведено в таблиці 3.

Як наведено в таблиці 3, у І кварталі 2014 р. збільшилися практично усі показники процесу МіО ефективності програми, крім показника № 4 «Відсоток охоплення священнослужителів навчаннями з питань профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу». Це закономірно, адже на початкових етапах впровадження програми максимальні зусилля виконавців направлені на створення ефективного підґрунтя подальшого надання послуг безпосередньо представникам цільової групи впливу програми – трудовим мігрантам та їхнім постійним статевим партнерам. Значне зростання у І кварталі 2014 р. показників № 2 і 3, які відображають обсяги санітарно-освітньої роботи серед представників цільової групи програми, пояснюється тим, що саме на І квартал календарного року припадає святкування Різдва у християн Східного Обряду і значна частка трудових мігрантів повертається за місцем постійного проживання.

Активна підготовча робота та реалізація санітарно-освітніх заходів із початку реалізації програми забезпечила зростання у І кварталі 2014 р. порівняно з ІV кварталом 2013 р. показників, які відображають стан надання профілактичних послуг безпосередньо представникам цільової групи програми (показники № 5–7). Так, наприклад, показник охоплення завершеною послугою КіТ на ВІЛ у І кварталі 2014 р. зріс у 8 разів порівняно з ІV кварталом 2013 р. (табл. 3).

Висновки

Регіональна програма протидії поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу в середовищі трудових мігрантів за участю УПЦ у пілотних районах Закарпатської області є життєздатною.

У процесі реалізації програми збільшуються ключові показники процесу – показники охоплення представників цільової групи (трудовах мігрантів та їхніх постійних статевих партнерів) профілактичними послугами, що вказує на необхідність продовження реалізації цієї програми в майбутньому.

Перспективи досліджень спрямовані на подальше розширення реалізації даної програми на інші регіони із залученням в якості партнерів та інших релігійних конфесій і церков. Також планується розширити перелік спільних заходів даної програми та залучити до її реалізації заклади первинної медико-санітарної допомоги.

Література

1. *Миронюк І. С.* Визначення поведінкових ризиків ВІЛ-інфікованих жителів Закарпаття, пов'язаних з трудовою міграцією / І. С. Миронюк // Туберкульоз. Легеневі хвороби. ВІЛ-інфекція – 2012. – № 2 (9) – С. 97–102.
2. *Миронюк І. С.* Епідемія ВІЛ-інфекції/СНІДу в Закарпатській області: окремі особливості розвитку / І. С. Миронюк // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія «Медицина». – 2011. – Вип. 3 (42). – С. 188–192.
3. *Миронюк І. С.* Місце та перспективи впровадження синдромного підходу до лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, в Україні як дієвого механізму протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу / І. С. Миронюк, І. Б. Перегінець // Туберкульоз. Легеневі хвороби. ВІЛ-інфекція. – 2013. – № 3 (14). – С. 102–108.
4. *Миронюк І. С.* Програма протидії поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу в середовищі трудових мігрантів Закарпаття у співпраці з Українською Православною Церквою / І. С. Миронюк // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 4 (28). – С. 113–117.
5. *Миронюк І. С.* Результати вивчення ролі трудової міграції у поширенні ВІЛ-інфекції в Закарпатті / І. С. Миронюк, В. Й. Шатило // Україна. Здоров'я нації. – 2011. – № 1 (17). – С. 58–62.
6. *Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію* : наказ МОЗ України від 19.08.2005 р. № 415 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрана.
7. *Протокол № 1 за 2013 рік засідання обласної Координаційної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції (17 червня 2013 року)* [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.no-aids.uz.ua>. – Назва з екрана.
8. *Руководство по вопросам ВИЧ-тестирования и консультирования по инициативе медицинских работников в лечебно-профилактических учреждениях.* – Женева : ВОЗ, 2007. – 64 с.
9. *Guidelines on Surveillance among Populations Most at Risk for HIV.* – WHO/UNAIDS, 2011. – 57 p.

Дата надходження рукопису до редакції: 12.05.2014 р.

Оценка жизнеспособности программы противодействия распространению ВИЧ-инфекции в среде трудовых мигрантов с участием Украинской Православной Церкви в Закарпатской области

И.С. Миронюк

Закарпатский центр профилактики и борьбы со СПИДом,
г. Ужгород, Украина
ГУ «Украинский институт стратегических исследований
МЗ Украины», г. Киев, Украина

Цель – оценить жизнеспособность региональной программы противодействия распространению ВИЧ/СПИДа в среде трудовых мигрантов с участием Украинской Православной Церкви по показателям мониторинга и оценки эффективности данной программы.

Материалы и методы. Оценка жизнеспособности программы проведена путем расчета показателей мониторинга и оценки эффективности ее выполнения на основании отчетов врачей кабинетов «Доверие» и священнослужителей 7 пилотных регионов за IV квартал 2013 г. и I квартал 2014 г.

Результаты. В I квартале 2014 выявлено увеличение практически всех показателей процесса мониторинга и оценки эффективности программы по сравнению с IV кварталом 2013 г. Значительный рост показателей, отображающих состояние санитарно-просветительной работы, связано с приездом трудовых мигрантов по месту жительства на период празднования Рождества. Активный подготовительный период внедрения проекта привел к повышению показателей предоставления профилактических услуг непосредственно представителям целевой группы программы.

Выводы. Региональная программа противодействия распространению ВИЧ/СПИДа в среде трудовых мигрантов с участием церкви является жизнеспособной, что указывает на необходимость реализации этой программы в будущем.

Ключевые слова: программа профилактики, ВИЧ/СПИД, трудовые мигранты, Украинская Православная Церковь.

Assessment of the viability of prevention Programme to stop the spread of HIV among labor migrants with the participation of Ukrainian Orthodox Church in Transcarpathian region

I.S. Myronyuk

Transcarpathia Center on AIDS Prevention and Control,
Uzhgorod, Ukraine
SA «Ukrainian Institute for Strategic Studies
of Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Purpose – to assess the viability of regional prevention programme to stop the spread of HIV/AIDS among labor migrants with the participation of Ukrainian Orthodox Church basing on Programme's monitoring and efficiency evaluation indicators.

Materials and methods. The assessment of Programme's viability was held by calculating indicators of monitoring and efficiency evaluation of its implementation on the basis of the reports of the doctors at «Trust Points» and churchmen of 7 pilot regions for the IV quarter 2013 and I quarter 2014.

Results. In the I quarter 2014, the Programme's monitoring and efficiency evaluation indicators were increased in comparison with the IV quarter of 2013. The significant growth of indicators that reflect the state of sanitary-educational work is connected with the arrival of labour migrants to the place of their residence for a period of Christmas holidays. An active preparatory period of the project implementation led also to the growth of indicators of prevention services provision directly to the Programme's target group representatives.

Conclusion. The Regional Prevention Programme to stop the spread of HIV among labor migrants with the participation of Ukrainian Orthodox Church is viable and there is a need for its implementation in the future.

Key words: medical care quality, health care facility, control, management, tools, factors of medical care quality assurance.

Відомості про автора

Миронюк Іван Святославович – к.мед.н., гол. лікар Закарпатського центру профілактики та боротьби із СНІДом, дисертант ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», доц. Ужгородського національного університету; вул. Другетів, 72, м. Ужгород, 88000, Україна; служб. тел. +38 (0312) 61-76-47; e-mail: ivan.mironyuk@gmail.com.

ЯРОСЛАВУ ВОЛОДИМИРОВИЧУ ГАНІТКЕВИЧУ – 85

(до 85-річчя від дня народження
і 60-річчя науково-педагогічної,
лікарської та громадської діяльності)

85 років тому в м. Радехові на Галичині в родині українського ремісника народився той, хто воскресив, повернув із забуття імена багатьох українських лікарів і вчених, якими нині пишається українська медична наука і практика.

Його життєвий шлях був складним і тяжким. Він народився 9 липня 1929 р. і в дитинстві пережив гніт та пацифікації польського режиму, «визволення» 1939 року, яке закінчилося масовими арештами та депортаціями до Сибіру. Його юність була опалена Другою світовою війною і терором, пов'язаним із національно-визвольною боротьбою ОУН-УПА.

З дитинства Ярослав зацікавився природознавством, українською літературою та історією України. Книга стала його найкращим другом і порадиником. Він користувався повагою та авторитетом серед учнів, був обраний головою учнівського комітету. Але, незважаючи на відмінне навчання, Ярослав не отримав медалі, оскільки не був комсомольцем.

У 1946 р. Ярослав вступив на лікувальний факультет Львівського медичного інституту, де поєднував навчання з активним читанням та роботою в студентському гуртку.

Після закінчення інституту в 1951 р. молодий лікар працював у рідному Радехівському районі шкільним лікарем, невропатологом. Незабаром йому вдалося вступити до аспірантури при кафедрі нормальної фізіології, яку очолював професор А.М. Воробійов. Протягом 1952–1956 рр. Ганіткевич працював асистентом кафедри, а в 1956 р. успішно захистив кандидатську дисертацію на тему «Вплив втрати та затримки жовчі на процеси збудження та гальмування кори головного мозку». Проте через відмову вступити до комуністичної партії Ярослав Володимирович був змушений покинути роботу і переїхати до м. Станіслава (нині – Івано-Франківськ), де отримав посаду асистента, а з 1959 р. – доцента кафедри нормальної фізіології медичного інституту. За підтримки завідувача кафедри і ректора професора Г.А. Бабенка він працював над докторською дисертацією на тему «Жовч і діяльність нервової системи» і в 1968 р. захистив її в Донецькому медичному інституті.

Проте йому, як і багатьом галичанам, не запропонували гідної роботи на Батьківщині, а прийшлося їхати в Казахстан, Росію або Середню Азію. Щоб не виїжджати з України, він перейшов до Чернівецького університету на біологічний факультет, де його обрали професором і завідувачем кафедри фізіології людини і тварин. Ярослав Володимирович започаткував новий науковий напрямок – дослідження фізіологічної ролі поверхнево-активних речовин, перевів роботу кафедри і викладання на українську мову. Але остання ініціатива викликала незадоволення компартійного керівництва університету. Тому у 1981 р. він не взяв участі в конкурсі на продовження роботи і повернувся до Львова.

Проте й у Львові була подібна ситуація. Тому професора Я.В. Ганіткевича не допускали до викладання, і він змушений був працювати науковим співробітником, керівником групи у Львівському відділенні Інституту економіки АН УРСР, старшим і провідним науковим співробітником, керівником неструктурної лабораторії у відділенні фізико-хімії й технології горючих копалин Інституту фізичної хімії імені Д.В. Писаржевського АН УРСР.

Лише у 1989 р. за сприяння ректора Львівського медичного інституту академіка Михайла Павловського Ярослав Володимирович повернувся до *alma mater*, де створив і очолив лабора-

торію жовчнокам'яної хвороби, розробив нові методи ранньої діагностики цього захворювання, співпрацював із зарубіжними лабораторіями Німеччини та Польщі.

Все життя професора Ганіткевича, людини високої культури, справжнього інтелігента й українського патріота, пов'язане з глибоким вивченням історії України, української культури і науки. В умовах нової хвилі національного відродження він взяв активну участь у відновленні Всеукраїнського лікарського товариства, став ініціатором відродження Наукового товариства імені Шевченка у Львові і його Лікарської комісії, відновлення видання Лікарського збірника НТШ. Дійсний член НТШ, він став першим головою відновленої Лікарської комісії, яка (і Ярослав Володимирович особисто) зробила величезний внесок у становлення і розвиток історії української медицини в незалежній Україні.

З майже 500 наукових праць професора Я.В. Ганіткевича понад 200 – з історії медицини: 17 книжок, 10 статей у збірниках, близько 80 – в журналах, а також низка статей в Енциклопедії сучасної України і близько 50 – в газетах. Серед них три книги біобібліографічних довідників «Українські лікарі», виданих за його редакцією і співавторством (1994, 1996, 2008), фундаментальні монографії «Українські лікарі-вчені першої половини ХХ століття та їхні наукові школи» (2002) і «Історія української медицини в датах та іменах» (2004), перший у незалежній Україні підручник «Історія медицини», підготовлений разом із професором О.М. Голяченком. У цих працях принципово по-новому висвітлені проблеми розвитку медицини, роль українських лікарів у світовій медичній науці і практиці. Для багатьох з глибин давньої і недавньої історії немовби виринають імена і праці Євгена Озаркевича та Івана Базилевича, Володимира Підгаєцького і Володимира Удовенка, Олександра і Євгена Черняхівських, Овксентія Корчака-Чепурківського і Миколи Кудрицького, Олександра Пучківського і Мартирія Галина, Аркадія Барбара і Михайла Міщенко, Олександра Крупського і Василя Плюща, Євмена Лукасевича і Андрія Журавля та багатьох інших. Їх тисячі, розстріляних, репресованих, забутих... Ярослав Володимирович не тільки повертає їх із забуття, але й вводить у науковий обіг поняття «українська медицина», «історія української медицини» і, нарешті, «українська історія медицини».

Учасник багатьох всеукраїнських і міжнародних конгресів та конференцій, він виступав із ґрунтовними доповідями, в яких доносив правдиву інформацію про долю і вагу української медичної науки і практики. Він був ініціатором створення Всеукраїнської асоціації істориків медицини, став учителем і натхненником праць багатьох українських лікарів у цій галузі науки.

Стипендіат Президента України, почесний член Українського лікарського товариства у Львові, лауреат Всеукраїнської премії імені Івана Огієнка за публікації про репресованих учених-медиків, він не припиняє своєї наукової та громадської роботи і залишається провідним фахівцем у галузі історії української медицини, який подає чудовий приклад своїм вдячним учням і послідовникам.

Ми – вся наукова та медична громадськість України – широко вітаємо вельмишановного Ярослава Володимировича зі славним ювілеєм, від душі зичимо йому міцного здоров'я і наснаги, ще довгих років активного життя і нових досягнень у науковій та громадській діяльності.

З роси і води Вам, дорогий учителю!

підготував О.М. Ціборовський

ДО ВІДОМА КЕРІВНИКІВ ОРГАНІВ І ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 04.05.1993 р. №326 «Про концепцію побудови національної статистики України та Державну програму переходу на міжнародну систему обліку і статистики», рекомендації ВООЗ та наказу МОЗ України від 08.10.1998 р. №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 десятого перегляду (МКХ-10).

МКХ-10 підготовлено і видано Українським інститутом громадського здоров'я (тепер – ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України») (1998 р.) українською мовою, видання містить уточнення, які не порушують міжнародного статистичного зіставлення.

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, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» пропонує придбати видання МКХ-10 (3 томи).

Довідки та замовлення за телефонами: **(44) 576-41-19, 576-41-48.**

Директор ДУ «Український інститут
стратегічних досліджень МОЗ України»

Г.О. Слабкий

ДО ВІДОМА АВТОРІВ

Редакція журналу «Україна. Здоров'я нації»
запрошує Вас до активної співпраці!

Тематична спрямованість журналу: здоров'я населення та його перспективи; проблеми демографічного розвитку; організація медичної допомоги; боротьба із соціально небезпечними хворобами; правове забезпечення охорони здоров'я; права та захист пацієнта і лікаря; управління охороною здоров'я; розвиток національної системи охорони здоров'я; сільська медицина; розвиток приватного сектору; розвиток стандартизації медичної допомоги; економіка охорони здоров'я; соціальні проблеми охорони здоров'я; доказова медицина; медичні кадри; проблеми медичної освіти; формування здорового способу життя; проблеми екології та охорони здоров'я; міжнародний досвід розвитку охорони здоров'я; історія медицини; фармація: на шляху до міжнародних стандартів; наукова дискусія; ювілей науково-дослідної установи; офіційна інформація; корпоративна інформація.

До редакції (за адресою: Київ, 02099, пров. Волго-Донський, 3) подаються роботи, що **раніше ніде не друкувалися, не направлялися для опублікування в інші друковані видання**, не мають інформації, що становить державну таємницю: оригінальні статті, огляди літератури, короткі повідомлення, рецензії, реферати, інформація про роботу з'їздів, конференцій, симпозіумів, нарад, семінарів та інших наукових, науково-практичних і практичних заходів, а також рекламний матеріал; редакція надає різноманітні рекламні послуги.

Правила подання матеріалу для опублікування:

- **Структура матеріалу:** вступ (стан проблеми за даними літератури); мета, основні завдання та методи дослідження; основна частина (висвітлення статистично опрацьованих результатів дослідження); висновки; перспективи подальшого розвитку в даному напрямку; список літератури, резюме.
- Стаття має супроводжуватись **офіційним направленням** (супровідним листом) та **експертним висновком** (внутрішньою рецензією установи, в якій була виконана дана робота) з візою керівництва (наукового керівника) і завіреною круглою печаткою установи. Експертний висновок, внутрішня рецензія та заява надаються у друкованому вигляді з підписами авторів. Додатково – на електронну адресу як відскановані документи. Рукописи, що не відповідають цій вимозі, повертаються авторам.
- На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи всіх авторів, а також **авторська довідка: прізвище, ім'я та по батькові (повністю)**, науковий ступінь, вчене звання, посада, установа, поштова та електронна адреси, номери телефонів. **Звертаємо вашу увагу, що зазначена інформація буде надрукована наприкінці статті.**
- Авторський текстовий оригінал має складатися з двох примірників українською або російською мовою:
 - тексту (обсяг статей, у тому числі рисунків, таблиць, списку літератури, реферату, має становити до 8–10 с., оглядів літератури, лекцій – до 15 с., рецензій – до 4 с., повідомлень, листів до редакції – до 3 с.);
 - списку літератури (якщо в статті є посилання, – до 15–18 літературних джерел, в оглядах – до 50),
 - таблиць;
 - рисунків (не більше ніж 4) і підписів до них;
 - резюме (українською, російською та англійською мовами).

- Текст статті має набиратися на комп'ютері в програмі Word, зберігатися у форматі .rtf і подаватися в роздрукованому та електронному варіантах (на диску або електронною поштою – e-mail: s.nauka@ukr.net). Шрифт – 12 пунктів, міжрядковий інтервал – 1,5, розміри берегів (полів): ліве, верхнє, нижнє – 25 мм, праве – 15 мм. Сторінки мають нумеруватися у правому нижньому кутку. Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) мають будуватися в програмах Word або Excel та у вигляді окремих файлів і разом із текстовим файлом подаватися на диску.
- На першій сторінці зазначаються: індекс УДК ліворуч, ініціали та прізвища авторів, назва статті, назва установи, де працюють автори, місто, країна.
- Бібліографія має включати наукові роботи переважно за останні 7 років, оформлятися згідно з ДСТУ, подаватися відразу за текстом. Автори згадуються за абеткою – спочатку праці вітчизняних авторів, опубліковані російською чи українською мовою, далі – іноземних авторів, опубліковані іноземною мовою.
- Посилання в тексті мають позначатися цифрами у квадратних дужках і відповідати нумерації у списку літератури. Скорочення слів та їх поєднань приводять згідно з ДСТУ 3582–97 «Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги та правила».
- Кількість ілюстрацій (рисунки, схеми, діаграми) має бути мінімальною. Таблиці і рисунки вміщуються у текст статті зразу після першого посилання на них. У підписі до рисунка наводиться його назва, пояснення всіх умовних позначень (цифр, букв, кривих тощо). Таблиці повинні бути компактними, пронумерованими, мати назву. Номери таблиць, їх заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, мають точно відповідати наведеним у тексті. Формули виконуються в редакторі формул Microsoft Equation 3.0.
- Позначки різних мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень наводяться відповідно до Міжнародної системи одиниць (СИ), медичні терміни – згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань – за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, лікарські засоби – за Державною Фармакопеею (X, XI). Назви фірм і апаратів зазначаються в оригінальній транскрипції.
- Скорочення в тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Аббревіатура розшифровується після першого згадування і не змінюється протягом усього тексту.
- **У резюме вказуються: назва статті, прізвища та ініціали авторів, установа, мета, матеріали і методи, результати, висновки, ключові слова; при цьому обсяг кожного резюме – не більше 175 слів (у т.ч. назва, автори, установа); у резюме не подаються аббревіатури, зноски та посилання.**
- Відповідальність за вірогідність та оригінальність поданих матеріалів (фактів, цитат, прізвищ, імен, результатів досліджень тощо) покладається на авторів. Статті, оформлені без дотримання правил, не розглядаються і не повертаються авторам.
- Редакція забезпечує рецензування статей, виконує спеціальне та літературне редагування, залишає за собою право скорочувати обсяг статей. Відмова авторам в опублікуванні статей може бути без пояснення її причини і не вважатиметься негативним висновком стосовно наукової та практичної значущості роботи.

Редакційна рада