

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

ВІСНИК
СОЦІАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ
ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

2 (60) / 2014

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

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

BULLETIN
OF SOCIAL HYGIENE
AND HEALTH PROTECTION
ORGANIZATION OF UKRAINE

SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

Київ – 2014
Тернопіль – 2014

Свідоцтво про державну реєстрацію серія КВ № 374 від 23.03.99
Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2014 № 2(60)
Науково-практичний журнал

Періодичність виходу – щоквартально
Заснований у січні 1999 р.

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

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

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор **Г.О. Слабкий**

Ю.В. Вороненко, О.М. Голяченко (*відповід. редактор*), Л.Я. Ковальчук (*заст. головного редактора*),
Ю.Б. Яценко (*заст. головного редактора*) О.Р. Ситенко (*відповід. редактор*), Б.П. Криштопа,
М.Є. Поліщук, А.М. Сердюк, І.М. Солоненко, Ю.В. Пакін,
Л.А. Чепелевська, А.О. Голяченко, В.М. Лехан, Н.О. Теренда, Н.П. Ярош

РЕДАКЦІЙНА РАДА

В.І. Агарков (*Донецьк*), О.Ю. Майоров (*Харків*), В.О. Волошин (*Київ*),
М.В. Голубчиков (*Київ*), В.В. Єлагін (*Київ*), О.В. Любінець (*Львів*), А.М. Нагорна (*Київ*),
Н.О. Сайдакова (*Київ*), В.Й. Шатило (*Житомир*), С.А. Куковякін (*Росія*), Івона Бояр (*Польща*)

Журнал включено до Переліку №1 наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття вченого ступеня кандидата і доктора наук (додаток до постанови Президії ВАК України від 14.04.10 №1-05/3)
Журнал включено до міжнародної наукометричної бази Google Scholar

Рекомендовано до друку Вченою радою
Українського інституту стратегічних досліджень
(протокол №5 від 10.06.2014)

Передплатний індекс – 22867

Адреса редакції

02099, м. Київ, пров. Волго-Донський, 3

E-mail: uisr_moz@ukr.net

Тел./факс: (044)576-41-19; 576-41-09

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

Адреса видавництва і друкарні

46001, м. Тернопіль, Майдан Волі, 1

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

телефон: (0352) 43-49-56; 52-80-09; 52-72-33

Розрахунковий рахунок №31252273210444 в ГУ ДКУ в Тернопільській області

МФО 838012 Код ЄДРПОУ 02010830

Одержувач платежу : ДВНЗ „Тернопільський медичний університет імені І. Я. Горбачевського”
для журналу “Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України”

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єктів видавничої справи ДК №2215 від 16.06.2005

Організація медичної допомоги

Слабкий Г.О., Картавцев Р.Л. Характеристика забезпеченості закладів охорони здоров'я третинного рівня високоекспериментальним обладнанням та його використання

Гінзбург В.Г., Лехан В.М. Обґрунтування нормативів навантаження лікарів-неонатологів в акушерських стаціонарах різних рівнів

Управління охороною здоров'я

Ситенко О.Р., Смірнова Т.М. Формування державної політики з охорони здоров'я в Україні

Бліхар В.Є. Модель формулярної системи лікарських засобів на етапі її розвитку

Реформування системи охорони здоров'я

Слабкий Г.О., Бухановська Т.М. Збереження здоров'я підростаючого покоління на етапі реформування системи охорони здоров'я

Максимлюк В.І. Реформування хірургічної служби Тернопільської області

Інформатизація охорони здоров'я

Стаханська О.О. Особливості телемедичного консультування пацієнтів стоматологічного профілю

Боротьба із соціально небезпечними хворобами

Миرونюк І.С. Медичний нагляд ВІЛ-інфікованих трудових мігрантів у Закарпатській області

Проблеми демографічного розвитку

Чепелевська Л.А., Рудницький О.П. Середня очікувана тривалість життя як критерій медико-демографічної ситуації в Україні

Здоров'я населення: тенденції та прогнози

Бугоркова І.А. Стоматологічний статус дитячого населення, що мешкає у сільськогосподарських районах Донецької області

Дудіна О.О., Терещенко А.В. Ситуаційний аналіз стану здоров'я дитячого населення

Варивончик Д.В., Харківська С.В. Стан захворюваності працівників марганцеворудної промисловості

Косарчук В.В., Чорна Л.М., Якимець В.В., Хижняк М.І., Устінова Л.А. Актуальні питання придатності до військової служби військово-службовців рядового та офіцерського складу мобілізаційного резерву Збройних Сил України на етапі звільнення

Organization of medical care

Slabkyi G.O., Kartavtsev R.L. Characteristics of provision of health care tertiary level facilities the expensive equipment and its use

Ginzburg V.G. Lekhan V.M. Substantiation of normative workload of doctors neonatologists of obstetric hospitals of various levels

Health care management

Sytenko O.R., Smirnova T.M. Health care state policy formation in Ukraine

Blihar V.Ye. Model of formulary system of medical products at the stage of its development

Reforming of health care system

Slabkyi G.O., Buhanovska T.M. Preservation of health of younger generation at the stage of health care reforming

Maksymlyuk V.I. Reformation of surgical service of the Ternopil region

Informatics health care

Stahanska O.O. Features of telemedical consultation of stomatologic profile patients

Struggle against social-dangerous diseases

Myronyuk I.S. Medical surveillance of HIV-infected labor migrants in the Transcarpathian region

Problems of demographic development

Chepelevska L.A., Rudnytskyi O.P. Average life expectancy as criterion of medical and demographic situation in Ukraine

Health of the population: tendencies and forecasts

Buhorkova I.A. The stomatologic status of the children's population living in rural areas of Donetsk region

Dudina O.O., Tereshchenko A.V. Situational analysis of children's population health state

Varyvonchik D.V., Kharkivska S.V. Disease incidence of manganese industry workers

Kosarchuk V.V., Chorna L.M. Jakimec V.V. Hizhnyak N. I. , Ustinova L.A. Study of the state of fitness is to military service of servicemen of ordinary and officers of composition of mobilizational reserve of the Armed Forces of Ukraine on the stage of liberation

- Бакалюк Т.Г.* Вплив санаторно-курортного лікування на якість життя хворих похилого віку з остеоартрозом 69
- Bakalyuk T.G.* Influence of sanatorium treatment on life quality of elderly patients with osteoarthritis
- Гандзюк В.А.* Динаміка захворюваності та поширеності хвороб системи кровообігу серед населення України на сучасному етапі: національний та регіональний аспекти 74
- Gandzyuk V.A.* Dynamics of morbidity and prevalence of cardiovascular diseases among Ukrainian population at the present stage: national and regional aspects
- Економіка охорони здоров'я**
- Вороненко Ю.В., Скороход А.В.* Запровадження бюджетно-страхової медицини на принципах державно-приватного партнерства 79
- Voronenko Y.V., Skorokhod A.V.* Introduction of the budget insurance model of the healthcare system on principles of public-private partnerships
- Здоров'я і суспільство**
- Лашкул З.В.* Дослідження оцінки ступеня внеску медико-біологічних та соціально-гігієнічних факторів ризику захворювань органів кровообігу, асоційованих з артеріальною гіпертензією, серед міських і сільських жителів на регіональному рівні 84
- Lashkul Z.V.* Influence of bio- and social-hygienic risk factors on morbidity and mortality from cardiovascular diseases associated with hypertension among urban and rural residents at the regional level
- Леус П.А., Лучинський М.А., Чорній Н.В., Манащук Н.В.* Європейські індикатори стоматологічного здоров'я дітей шкільного віку міста Тернополя 91
- Leus P.A., Luchynskiy M.A., Chorney N.V., Manaschuk N.V.* European indicators of dental health school age children in Ternopil
- Денефіль О.В., Снітинський В.Р.* Аналіз серцево-судинної захворюваності населення м. Тернополя залежно від впливу показників атмосферного тиску 97
- Denefil O.V., Snitinskyi V.R.* Analysis of cardiovascular disease of Ternopil population depending on atmospheric pressure indicators influence
- Бегош Н.Б.* Зміни функціонування акомодативно-дренажної системи ока в процесі роботи за персональним комп'ютером 101
- Begosh N.B.* Changes in functioning accommodative and drainage system of the eyes during the work at the personal computer
- Наука – практиці охорони здоров'я**
- Клименюк В.П., Очередько О.М.* Аналіз впливу АРС-факторів на географічний розподіл ризиків інвалідизації внаслідок серцево-судинних захворювань 105
- Klimenyuk V.P., Ocheredko O.M.* Analysis of ARS-factors influence on geographical of risks distribution of disability for heart diseases
- Лучинський М.А.* Ген рецептора вітаміну D у дітей різних регіонів Прикарпаття за наявності зубощелепних аномалій та деформацій 113
- Luchynsky M.A.* Receptor gene of vitamin D in children of different regions of Carpathians in the presence of teeth anomalies and deformities
- П'ятницький Ю.С., Підручна С.Р., Кравчук Л.О.* Вплив кріоксенодерми на показники перекисного окиснення ліпідів та антиоксидантної системи за умов алергічного дерматиту 117
- Pyatnytskyi Y.S., Pidruchna S.R., Kravchuk L.O.* Effect of krioksenoderm on indicators of lipid peroxidation and antioxidant system under allergic dermatitis
- Історія медицини**
- Гринзовський А.М.* Організаційні та нормативно-правові основи створення та діяльності санітарної міліції на теренах України в 30-ті роки ХХ століття 121
- Grynzovsky A.M.* Organizational and standard-legal bases for creation and activity of sanitary police at the territory of ukraine in 30-th years of XX-th century
- Некрологи**
- Пам'яті професора А.Р. Уваренка 128
- Memories of professor A.R. Uvarenko*

ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБЕЗПЕЧЕНОСТІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТРЕТИННОГО РІВНЯ ДОРОГИМ ОБЛАДНАННЯМ ТА ЙОГО ВИКОРИСТАННЯ

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

Мета: вивчити та проаналізувати забезпеченість закладів охорони здоров'я третинного рівня надання медичної допомоги дорогим обладнанням та рівень його використання.

Матеріали і методи. Дослідження проводилося відповідно до Порядку проведення інвентаризації обладнання в державних та комунальних закладах охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, із застосуванням автоматизованої інформаційно-аналітичної системи ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я.

Результати. Встановлено недостатній та невідповідний галузевим стандартам рівень забезпеченості закладів охорони здоров'я третинного рівня дорогим обладнанням і незадовільний рівень його експлуатації.

Висновки. Виявлені організаційні недоліки можуть негативно впливати на якість надання медичної допомоги населенню на третинному рівні.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: третинний рівень надання медичної допомоги, забезпеченість, дороге обладнання.

Наявність у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) сучасного дорогого обладнання дозволяє впроваджувати новітні високоефективні медичні технології і тим самим забезпечувати надання якісної медичної допомоги. У науковій літературі є дані про вплив забезпеченості сучасним обладнанням на рівень летальності у відділеннях інтенсивної терапії [1]. Так, встановлена залежність внутрішньолікарняних чинників ризику зростання летальності у підрозділах інтенсивної терапії лікарень II рівня надання медичної допомоги [4;5] потужністю до 300 ліжок при забезпеченості моніторами менше 0,5 на одне ліжко (BP-1,6), відсутності бронхоскопу (BP-1,47); потужністю 300–499 ліжок – відсутності газового аналізатора в експрес-лабораторіях (BP-1,65) та дихальної апаратури у приймальних відділеннях (BP-1,54), наявності дозаторів лікарських речовин менше 0,5 на одне ліжко (BP-1,5), відсутності дихальної апаратури в приймальних відділеннях (BP-1,92) [2,3], кількості дозаторів для введення лікарських препаратів менше 0,5 на одне ліжко (BP-1,61), а в обласних лікарнях найбільш вагомим чинником підвищення ризику летальності є відсутність апарату УЗД у підрозділах інтенсивної терапії (BP-19,0), бронхоскопу (BP-10,0), кількості дихальної апаратури менше 0,5 на одне ліжко (BP-2,83) [1].

Мета: вивчити та проаналізувати забезпеченість закладів охорони здоров'я третинного рівня надання медичної допомоги дорогим обладнанням та рівень його використання.

Матеріали і методи. Дослідження проводилося відповідно до Порядку проведення інвентаризації обладнання в державних та комунальних закладах охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 14 серпня 2013 р. №711, із застосуванням автоматизованої інформаційно-аналітичної системи ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я.

Результати дослідження та їх обговорення. На першому етапі дослідження було зведено дані інвентаризації щодо кількості дорогого обладнання у ЗОЗ третинного рівня надання медичної допомоги в регіональному аспекті та його вартості. Як видно на рис. 1, кількісно-вартісний аналіз забезпеченості ЗОЗ третинного рівня надання медичної допомоги вказує на те, що на їхньому балансі знаходиться 81403 одиниці дорогого обладнання на загальну суму 6 225 582,58 тис. грн з достовірною різницею показників за регіонами. Причому вказані показники не в усіх регіонах корелюють з кількістю населення в регіоні та кількістю і потужністю ЗОЗ третинного рівня.

Найбільше дорогого обладнання знаходиться на балансі ЗОЗ третинного рівня Донецької (6756), Харківської (5571), Луганської (4763) та Дніпропетровської (4547) областей, а найменше – Волинської (1594), Чернігівської (1701) областей та м. Севастополя (214). При цьому кількість обладнання та його вартість між собою не корелюють.

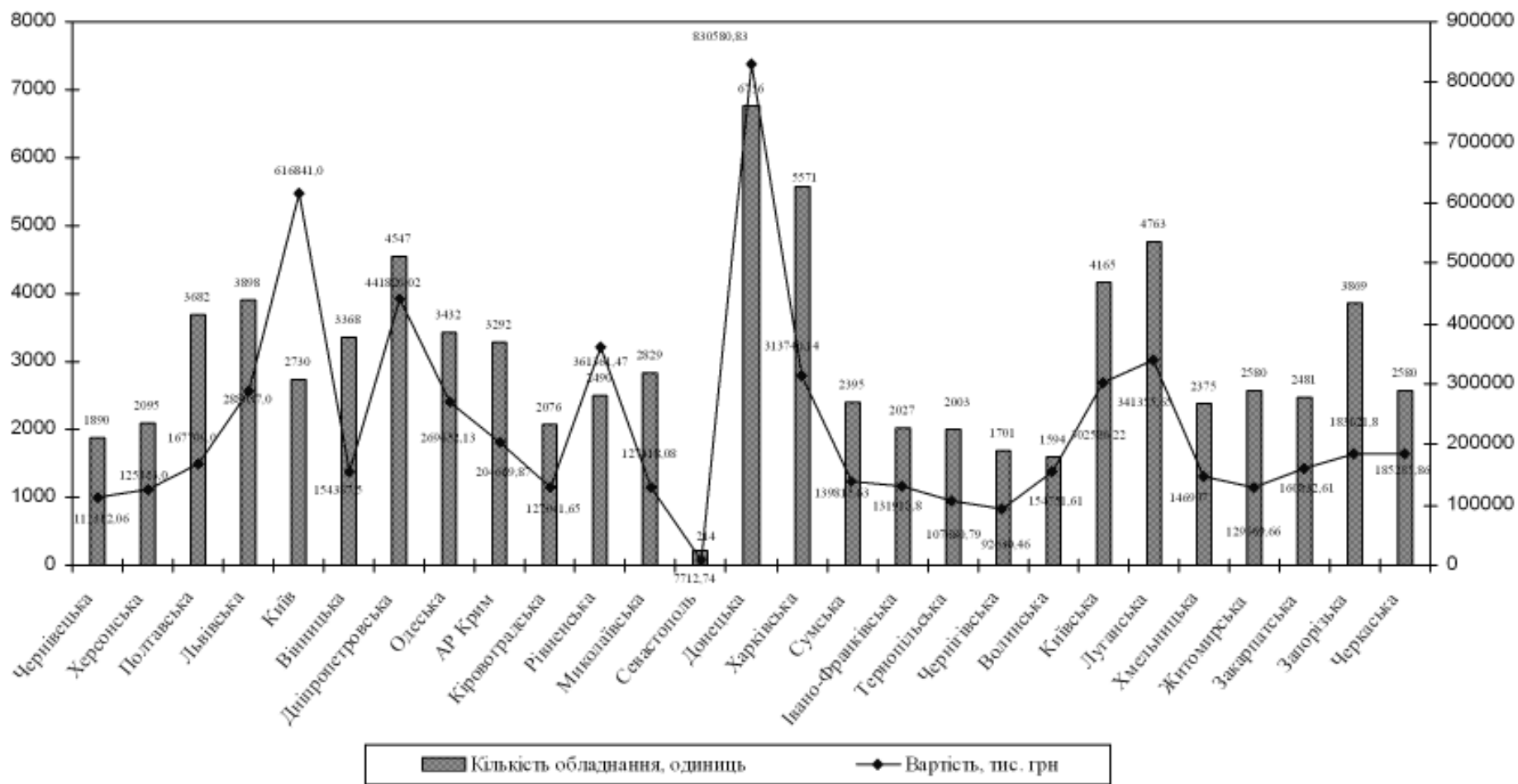


Рис. 1. Кількість та вартість дорогого обладнання у закладах охорони здоров'я України третинного рівня надання медичної допомоги у розрізі регіонів

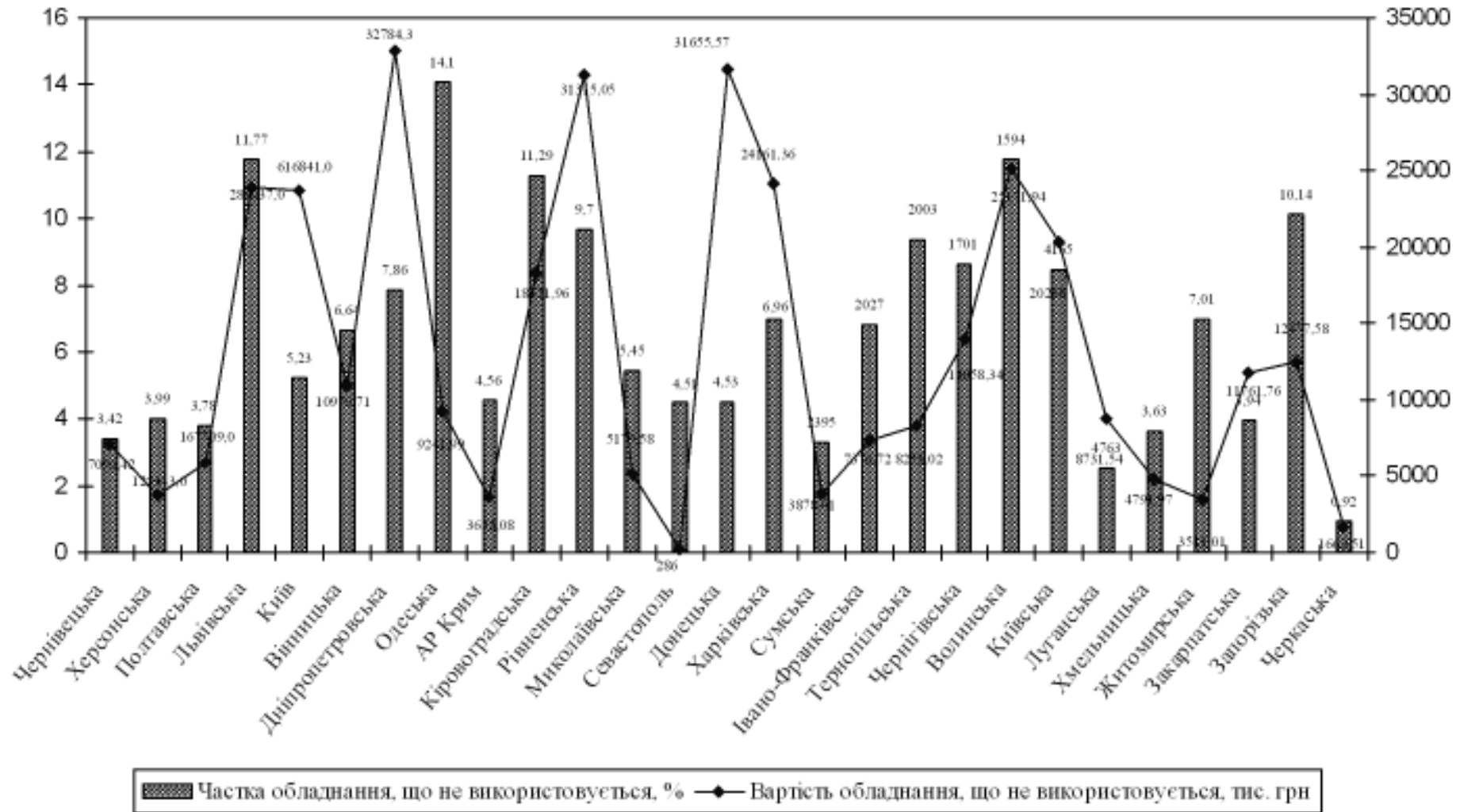


Рис. 2. Частка та вартість дорогого обладнання, яке не використовується у закладах охорони здоров'я третинного рівня надання медичної допомоги в Україні, у регіональному аспекті

Аналіз відповідності оснащення 303 третинного рівня надання медичної допомоги таблицею оснащення показав низький рівень кореляції вказаних показників. Нижче 80% така відповідність зареєстрована у 303 74,1% регіонів з найнижчими показниками у Луганській (27,93%), Чернігівській (40,21%), Київській (45,7%) областях. Найвищі рівні відповідності зареєстровані у м. Києві (89,5%), Одеській (87,59%), Кіровоградській (85,6%) та Запорізькій (83,9) областях.

Далі проводилося вивчення та аналіз даних щодо експлуатації дорогого обладнання в 303 третинного рівня надання медичної допомоги. Як видно на рис. 2, у 303 третинного рівня наявне дороге обладнання, яке на момент інвентаризації не експлуатувалося. Найбільше такого обладнання не експлуатувалося у 303 Одеської (14,1%, вартістю 9241,90 тис. грн), Львівської (11,77%, вартістю 23991,0 тис. грн), Волинської (11,75%, вартістю 25171,9 тис. грн) Кіровоградської (11,29%, вартістю 18321,96 тис. грн) областей, а найменше – у Черкаській області (0,92% варті-

стю 1669,51 тис. грн). Встановлено, що основними причинами невикористання дорогого обладнання є відсутність витратних матеріалів, дозволу на експлуатацію, кваліфікованого медичного персоналу та невведення в експлуатацію. Дані чинники в розрізі регіонів достовірно відрізняються.

Висновки

За даними інвентаризації забезпеченості 303 третинного рівня дорогим обладнанням та стану його використання за кількісно-вартісними показниками встановлено недостатній та невідповідний галузевим стандартам рівень забезпеченості 303 таким обладнанням і незадовільний рівень його експлуатації, що може негативно впливати на якість медичної допомоги пацієнтам на третинному рівні надання медичної допомоги.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням впливу рівня забезпеченості закладів охорони здоров'я третинного рівня медичної допомоги дорогим обладнанням на рівень госпітальної летальності.

Список літератури

1. 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 // Здоровье женщины. – 2009. – № 6 (43) – С. 17–32.
2. Князевич В. М. Аналіз реанімаційної готовності приймальних відділень лікувальних закладів України II–III рівнів надання медичної допомоги / В. М. Князевич // Гал. лікар. вісн. – 2009. – № 1. – С. 95–99.
3. Князевич В. М. Деякі питання діяльності приймальних відділень міських лікарень / В. М. Князевич, Г. О. Слабкий // Запор. мед. журн. – 2009. – № 2 (53). – С. 5–7.
4. Князевич В. М. Характеристика забезпечення відділень інтенсивної терапії лікувальних закладів України моніторинговою апаратурою / В. М. Князевич // Совр. 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 // Вісн. проблем біол. і медицини. – 2009. – № 1. – С. 8–12.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТРЕТИЧНОГО УРОВНЯ ДОРОГОСТОЯЩИМ ОБОРУДОВАНИЕМ И ЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Г.А. Слабкий, Р.Л. Картавец

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

Цель: изучить и проанализировать обеспеченность учреждений здравоохранения третичного уровня оказания медицинской помощи дорогостоящим оборудованием и уровень его использования.

Материалы и методы. Исследование проводилось в соответствии с Порядком проведения инвентаризации оборудования в государственных и коммунальных учреждениях здравоохранения, которые предоставляют вторичную (специализированную) и третичную (высокоспециализированную) медицинскую помощь, с применением автоматизированной информационно-аналитической системы ресурсного обеспечения учреждений здравоохранения.

Результаты. Установлен недостаточный и несоответствующий отраслевым стандартам уровень обеспеченности учреждений здравоохранения третичного уровня дорогостоящим оборудованием и неудовлетворительный уровень его эксплуатации.

Выводы. Обнаруженные организационные недостатки могут негативно влиять на качество оказания медицинской помощи населению на третичном уровне.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: третичный уровень оказания медицинской помощи, обеспеченность, дорогостоящее оборудование.

CHARACTERISTICS OF PROVISION OF HEALTH CARE TERTIARY LEVEL FACILITIES THE EXPENSIVE EQUIPMENT AND ITS USE

G.O. Slabkyi, R.L. Kartavtsev

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

Purpose: To examine and analyze supply of health care tertiary level facilities of expensive equipment and level of its use.

Materials and methods. Research was spent according to the Order of carrying out of equipment inventory in the state and municipal health care facilities that provide secondary (specialized) and tertiary (highly specialized) medical care with application of automated information-analytical system of resource providing of health care institutions.

Results. Insufficient and inappropriate to industry standards level of provision of health care tertiary level facilities by expensive equipment and unsatisfactory level of its operation has been established.

Conclusions. The revealed organizational deficiencies can negatively influence on quality of medical care rendering at tertiary level.

KEY WORDS: **tertiary level of health care provision, supply, expensive equipment.**

Рукопис надійшов до редакції 08.06.2014 р.

Відомості про авторів:

Слабкий Геннадій Олександрович – д.мед.н., проф., директор Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України; тел. (044) 576-41-19.

Картавцев Ростислав Леонідович – Генеральний директор Державного українського об'єднання "Політехмед".

УДК 614.2:312.6:616-053.7.001.73

Г.О. СЛАБКИЙ, Т.М. БУХАНОВСЬКА

ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ПІДРОСТАЮЧОГО ПОКОЛІННЯ НА ЕТАПІ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Мета: з'ясування основних проблем в організації медичної допомоги дитячому населенню на первинному рівні на тлі реформування галузі охорони здоров'я.

Матеріали і методи. Проведено медико-соціологічне дослідження лікарів, які безпосередньо задіяні на рівні закладів ПМСД. Опитування проводилось одночасно із застосуванням спеціально розроблених анкет. Обсяг репрезентативної вибірки соціологічного дослідження становив 70 сімейних лікарів.

Результати. За результатами опитування, найбільшими проблемами в організації роботи сімейного лікаря є: невірність кадрового питання, недооснащеність закладів діагностичною апаратурою та спеціальним автотранспортом, недостатня підготовка лікарів з усіх аспектів діяльності сімейного лікаря, особливо щодо надання медичної і профілактичної допомоги дитячому населенню.

Висновки. Виявлені недоліки в організації роботи сімейних лікарів вимагають посилення уваги до якості їх підготовки та оснащеності закладів первинного рівня.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: сімейний лікар, дитяче населення, профілактика.

На сучасному етапі розвитку держави зусилля галузі охорони здоров'я спрямовано на реалізацію заходів з підвищення якості та забезпечення доступності надання лікувально-профілактичної допомоги дітям. Пріоритетними завданнями залишаються: удосконалення профілактичної роботи шляхом поступової переорієнтації діяльності закладів на ПМСД, збереження та відновлення здоров'я дитячого населення [3].

Первинна медико-санітарна допомога (ПМСД) є основною і найважливішою ланкою в організації охорони здоров'я населення. Вона надається переважно за територіальним принципом, тобто лікар загальної практики/сімейної медицини обслуговує певну кількість мешканців, що проживають на закріпленій за ним території.

В «Основах законодавства України про охорону здоров'я», прийнятих Верховною Радою ще у 1992 р., ПМСД трактується як основна частина медико-санітарної допомоги, що передбачає: консультацію лікаря; просту діагностику та лікування основних найпоширеніших захворювань, травм та отруєнь; профілактичні заходи; направлення пацієнта для надання спеціалізованої та висококваліфікованої медичної допомоги [2].

Основною метою реформування є наближення медичної допомоги до населення та підвищення якості медичної допомоги. Програмою економічних реформ на 2010–2014 рр. «Заможне

суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» для підвищення доступності надання медичної допомоги населенню передбачено подальший розвиток інституту сімейного лікаря на основі зміцнення ролі ПМСД. Розпочата реформа передбачає обслуговування дитячого населення лікарями загальної практики, її потрібно аналізувати та вносити корективи.

З метою отримання даних стосовно основних проблем в організації медичної допомоги дитячому населенню на первинній ланці, проведено медико-соціологічне дослідження лікарів, які безпосередньо задіяні на рівні закладів ПМСД.

Матеріали і методи. Дане дослідження передбачало проведення репрезентативного опитування шляхом анонімного анкетування лікарів за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» (далі – ЗП-СМ) м. Києва та Київської області. Відбір одиниць спостереження проведено випадковим способом з використанням безповоротної вибірки, тобто кожний респондент заповнював анкету лише один раз. Мінімізацію випадкових похибок забезпечено репрезентативністю вибірки. Обсяг репрезентативної вибірки соціологічного дослідження становив 70 сімейних лікарів (далі – СЛ).

Дослідження мало комплексний характер, завданнями якого було виявити готовність СЛ до надання медичної допомоги дитячому населенню, визначити наявність необхідного матеріально-технічного та інформаційного забезпечення за-

кладів первинної медичної допомоги (далі – ПМД), згідно з наказом МОЗ України від 23 лютого 2012 р. № 132 «Про затвердження Примірної таблиці оснащення лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу», реальний стан організації та надання лікарями первинної ланки лікувальної, консультативної, діагностичної та, що найголовніше, профілактичної роботи з дитячим населенням та батьками.

Опитування проводилось одночасно із застосуванням спеціально розроблених анкет. За основу проекту анкети покладено методичні рекомендації МОЗ України [1]. Анкети були анонімними, запитання передбачали вибір одного чи кількох найбільш прийнятних варіантів та висловлювання особистої думки опитуваних. Перед роздачею анкет СЛ було запропоновано для ознайомлення спеціальний інформаційний лист, де зазначались мета, завдання соціологічного дослідження, підкреслювалась анонімність дослідження, право респондентів відмовитись від участі у заповненні анкет та необхідність подання об'єктивної відповіді на поставлені запитання.

Обробку та статистичне групування отриманої інформації проведено за ознаками, вираженими в абсолютних цифрах і відсотках.

Результати дослідження та їх обговорення. За результатами проведеного дослідження серед лікарів первинної ланки надання ПМСД, які заповнювали анкету, розподіл за статтю становив: жінки – 55 (78,6%±4,9%) осіб, чоловіки – 15 (21,4%±4,9%).

У структурі за віком ситуація досить невтішна. Питомою вагою респондентів, старших за 50 років, становила 51,5%±6,0% (36 осіб), з переважанням осіб передпенсійного віку (51–60 років) до лікарів, які досягли пенсійного віку, у співвідношенні 2:1. Доля молодих лікарів первинної ланки (до 30 років), що взяли участь у дослідженні, становила лише 7,1%±3,1%, що демонструє загальну тенденцію в державі.

Більшість опитаних працює в ЦПМСД (54 осіб – 77,1%±5,0%). В амбулаторіях СЛ, віддалених від ЦПМСД, надають медичну допомогу 15 (21,4%±4,9%) респондентів. Один опитаний (1,3%) працює в ООО «Медичний центр Достомед». Водночас переважна більшість респондентів (61 особа – 87,1%±4,0%) надає ПМД лише міському населенню (рис. 1).

Більшість респондентів працюють у лікувальних закладах, що знаходяться на відстані до 5 км (41,4%±5,9%) від найближчої багатопрофільної лікарні. Надають медичну допомогу на відстані до 10 км 17,2%±4,5% лікарів, до 15 км – 21,4%±4,9%. Решта опитаних (20,0%±4,8%) відповіли, що відстань від їхньої амбулаторії до найближчої лікарні становить понад 15 км.

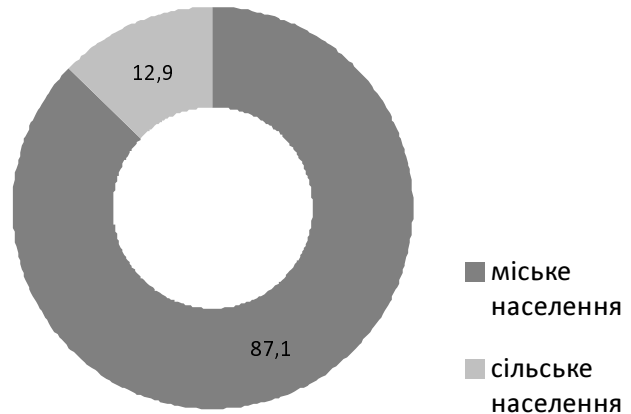


Рис. 1. Питомою вагою респондентів, що надають ПМСД населенню, залежно від території обслуговування, %

Водночас задля вчасної та доступної організації надання медичної допомоги спеціалізований автомобіль у лікувальному закладі мають 43 (61,4%±5,8%) респонденти, транспортний засіб категорії А (мотоцикл, моторолер) або велосипед – 5 (7,1%±3,1%) осіб. У 5 (7,1%±3,1%) респондентів є і спеціалізований автомобіль та велосипед (мотоцикл, моторолер). Зовсім не забезпечені транспортним засобом для надання ПМСД 17 (24,4%±5,1%) лікарів.

Мають можливість для проведення телемедичних консультацій, дистанційно підвищувати свій кваліфікаційний рівень лише 18 (25,7%±5,2%) респондентів, робоче місце яких оснащено комп'ютером з підключенням до Інтернету. Усі лікарі (35 – 50,0%±6,0%), хто мають комп'ютер на робочому місці, застосовують його для створення єдиного реєстру пацієнтів на дільниці, у тому числі диспансерних груп. Серед тих, які мають автоматизоване робоче місце, 17 (48,6%±8,4%) осіб використовують комп'ютер для ведення медичної документації, 15 (42,8%±8,4%) – для пошуку інформації, 8 (22,9%±7,1%) – при проведенні адміністрування, 7 (20,0%±6,7%) – з метою призначення консультації та направлення пацієнтів до інших спеціалістів. Один респондент (2,8%) безпосередньо проводить телемедичні консультації при лікуванні пацієнтів та діагностиці захворювань.

За результатами проведеного анкетування, усе населення ведуть лише 38 (54,3%±6,0%) лікарів, з яких по одному респонденту відповіли, що спостерігають населення, починаючи з 3-х років життя та з 10 років життя, і 16 (22,8%±5,0%) осіб – починаючи з 15 років життя.

Надають ПМД лише педіатричному контингенту (від 0 до 18 років) 16 осіб, що становить 22,8%±5,0%, та стільки ж респондентів відповіли, що надають медичну допомогу лише дорослому населенню (старше 18 років).

В анкетуванні взяли участь дільничні лікарі закладів ПМСД (50 осіб – $71,4\% \pm 5,4\%$) та завідувачі сімейних амбулаторій (20 осіб – $28,6\% \pm 5,4\%$). Загальний стаж роботи в системі охорони здоров'я у більшості респондентів становить до 30 років ($70,0\% \pm 5,5\%$), від 30 років – у $30,0\% \pm 5,5\%$ опитаних (рис. 2).

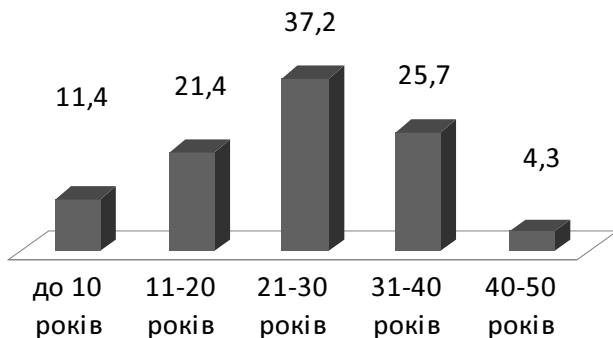


Рис. 2. Розподіл респондентів за загальним стажем роботи, %

Інтернатуру за спеціальністю «ЗП-СМ» проходили 4 лікарі ($5,7\% \pm 2,8\%$) – це респонденти вікової категорії молодше 30 років. Проте більшість респондентів становили ті, хто навчався в інтернаті за спеціальністю «Терапія» – 40 ($57,1\% \pm 5,9\%$) осіб. Курси спеціалізації за спеціальністю «ЗП-СМ» закінчили 49 ($70,0\% \pm 5,5\%$) респондентів.

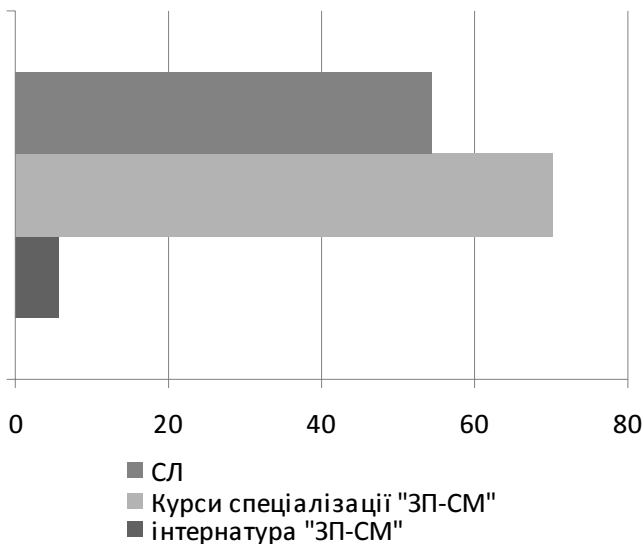


Рис. 3. Питома вага респондентів, які пройшли навчання в інтернаті за спеціальністю «ЗП-СМ», курси спеціалізації та фактично працюють СЛ, %

Встановлено, що, хоча майже $75,7\% \pm 5,1\%$ опитаних мають сертифікат лікаря «ЗП-СМ» (пройшли інтернатуру за спеціальністю або курси спеціалізації), лише 38 ($54,3\% \pm 6,0\%$) осіб

фактично працюють СЛ (рис. 3), які обслуговують усе населення, а решта респондентів працюють у закладах ПМСД дільничними терапевтами чи педіатрами.

За організаційною формою надання ПМСД населенню в лікувальному закладі, де працюють респонденти, превалює медична практика, що надається разом з лікарями інших спеціальностей (позитивно відповіли 37 осіб – $52,8\% \pm 6,0\%$). Здебільшого це педіатр, ортопед, невролог, отоларинголог, окуліст, хірург, стоматолог, дерматолог, ендокринолог. На другому місці – групова практика разом з іншими СЛ (24 – $34,3\% \pm 5,7\%$). У 9 ($12,9\% \pm 4,0\%$) випадках медична допомога надається лікарем одноосібно, тобто запроваджена монопрактика.

Стосовно організації обслуговування дитячого населення у закладі, де працюють респонденти, відповіді свідчать, що 38 ($54,3\% \pm 6,0\%$) з них самостійно надають допомогу дітям, а 12 ($17,1\% \pm 4,5\%$) – разом з педіатром. Решта відповіли, що зовсім не надають медичну допомогу педіатричному контингенту.

За результатами дослідження, змішаний прийом пацієнтів (діти та дорослі) запроваджено не в усіх лікувальних закладах – лише 25 ($35,7\% \pm 5,7\%$) респондентів ствердно відповіли на це питання анкети. Але 46 ($65,7\% \pm 5,7\%$) респондентів відповіли, що у їхньому лікувальному закладі передбачені та проводяться «Дні здорової дитини».

Відомо, що існують різні види медичної допомоги: лікувальна, консультативна, діагностична, профілактична. Тому досить важливим є визначення спектру послуг, які надаються СЛ (на думку респондентів). У ході дослідження встановлено, що більшість респондентів вважають найголовнішим в роботі з дитячим контингентом профілактичну спрямованість ($48 - 68,6\% \pm 5,5\%$) шляхом застосування комунікативних навичок у роботі з батьками ($48 - 68,6\% \pm 5,5\%$) та лікування виявлених захворювань ($47 - 67,1\% \pm 5,6\%$). На друге місце респонденти винесли необхідність проведення санітарно-просвітницької роботи з населенням (45 осіб – $64,3\% \pm 5,7\%$). На важливість проведення диспансеризації дитячого населення вказав 41 ($58,6\% \pm 5,9\%$) респондент. Наступні місця посіли робота з дітьми підліткового віку ($38 - 54,3\% \pm 6,0\%$), спостереження за дітьми раннього віку ($37 - 52,9\% \pm 6,0\%$), міжсекторальна взаємодія з органами влади ($34 - 48,6\% \pm 6,0\%$) та співпраця з органами освіти – проведення профоглядів у школах, дошкільних закладах, інтернатах тощо ($32 - 45,7\% \pm 6,0\%$).

Досить суттєвим розділом роботи СЛ з надання профілактичної допомоги є своєчасність та доступність проведення вакцинальної кампанії. У ході дослідження встановлено, що в закладах,

де працюють 56 (80,0%±4,8%) респондентів, запроваджено проведення профілактичних щеплень населенню: 48 (68,6%±5,5%) опитаних відповіли, що щеплення проводяться в окремому кабінеті, а 8 (11,4%±3,8%) проводять в маніпуляційному кабінеті. Решта (14 – 20,0%±4,8%) не проводять вакцинацію, бо не мають такої можливості, а скеровують населення в інші лікувальні заклади.

Мають у лікувальному закладі можливість надання фізіотерапевтичних процедур (електрофорез, УВЧ-терапія, магнітолазерні та низькочастотні ультразвукові інгаляції) 60 (85,7%±4,2%) респондентів. Решта 10 (14,3%±4,2%) працюють у закладах, де відсутня будь-яка фізіотерапевтична апаратура.

Профілактичний напрямок галузі охорони здоров'я включає низку заходів, зокрема санітарних та протиепідемічних, до складу яких входять оздоровлення середовища життєдіяльності людини; здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду; визначення пріоритетних заходів у профілактиці захворювань; вивчення, оцінка і прогнозування показників здоров'я населення; формування здорового способу життя, розвиток фізичної культури та спорту. Діяльність органів та закладів охорони здоров'я повинна бути комплексною та включати широкий спектр заходів, що передбачають попередження і своєчасне виявлення захворювань, оздоровлення та лікування хворих, динамічне спостереження за станом здоров'я населення, особливо на первинному рівні надання медичної допомоги. Тому суттєвим є визначення СЛ в організації проведення диспансерного спостереження за хворими дітьми.

Проведене соціологічне дослідження стосовно забезпечення диспансеризації дітей першого року життя визначило, що загальна кількість СЛ 10,5%±3,7% зовсім не здійснює диспансерне спостереження за хворими дітьми даного віку, ще 22,7%±5,0% залучають для диспансерного спостереження вузьких спеціалістів і тільки 66,9%±5,6% СЛ здійснюють нагляд самостійно.

Невтішна ситуація і у віковій категорії від 1 до 7 років, де самостійно здійснюють диспансерний нагляд за пацієнтами з хронічними захворюваннями 31,4%±5,5% СЛ, 46,0%±6,0% диспансерний нагляд здійснюють разом з іншими спеціалістами, решта (22,5%±5,0%) СЛ зовсім не вирішують питання диспансеризації. Така ситуація спостерігається, передусім, щодо хворих на усі форми імунодефіцитних станів (42,8%±5,9%), епілепсію, ДЖВШ, хронічні назофарингіти, риніти, цукровий діабет (38,1%±5,8%).

Повністю «випадають» з-під диспансерного нагляду СЛ 27,8%±5,3% нозологічних одиниць у дітей віком від 7 до 14 років. У цій віковій кате-

горії 47,7%±6,0% диспансерних хворих спостерігаються СЛ разом з фахівцями інших спеціальностей, ще 24,5%±5,1% здійснюють диспансеризацію самостійно. «Випадають» з поля зору СЛ й хвороби ендокринної системи (40,9%±5,9%), серцево-судинної системи (36,4%±5,8%), хвороби шлунково-кишкового тракту (27,3%±5,3%), дихальної системи (31,8%±5,6%) та інші.

Тільки 16,8%±4,5% СЛ самостійно здійснюють диспансерний нагляд за хронічно хворими дітьми підліткового віку, ще 62,5%±5,8% спостерігають підлітків разом з іншими фахівцями, 20,7%±4,8% підлітків, які страждають на хронічні хвороби, зовсім не спостерігаються СЛ.

Таке ставлення з боку СЛ до диспансеризації дитячого населення викликає неймовірну тривогу і вказує на те, що сьогоднішні СЛ мають ще недостатньо кваліфікації для надання медичної допомоги дитячому населенню, що негативно відбивається на його здоров'ї. Це підтверджується аналізом проведеної самими респондентами оцінки оволодіння навичками профілактичної роботи з дітьми. Свої знання з профілактики рахіту (специфічна та неспецифічна), залізодефіцитних станів у дітей раннього віку, особливостей спостереження, догляду, режиму дітей першого року життя, складання індивідуального плану вакцинації дитини, вміння оцінити вигодування та харчування дитини раннього віку та провести корекцію харчування, володіння методами загартовування дитини, володіння методикою правильного прикладання дитини до грудей матері тощо оцінили на достатньому рівні 51,0%±6,0% респондентів. Ще 29,2%±5,4% відповіли, що мають недостатньо знань з цих питань. Тобто тільки майже половина респондентів може здійснювати профілактичну роботу з дітьми. Сумно, що серед опитаних СЛ на 19% більше тих, які не зможуть скласти індивідуальний план вакцинації дитини. Це саме стосується і таких важливих питань, як вміння оцінити вигодування та харчування дитини раннього віку та провести його корекцію, володіння методами загартовування дитини тощо.

Володіння респондентів діагностичними навичками ще гірші, ніж профілактичними. Лише 34,4%±5,7% опитаних відповіли, що володіють необхідними діагностичними навичками на достатньому рівні. Оцінити кульшові суглоби дитини на наявність вродженого вивиху або дисплазії можуть тільки 45,7%±6,0% СЛ, визначитись щодо рефлексів немовлят – 38,6%±5,8%, провести огляд зовнішнього вуха та барабанної перетинки з рефлектором та отоскопом – лише 15,7%±4,3%, а визначити гостроту зору у пацієнта – 10,0%±3,6%.

Провести оцінку фізичного розвитку дитини залежно від віку можуть 28,6%±5,4% СЛ. Майже

така сама кількість СЛ (30,0%±5,5%) можуть самостійно оцінити психічний розвиток дитини та провести консультування дітей підліткового віку з питань застосування методів контрацепції.

Надати невідкладну допомогу можуть 40,0%±5,9% респондентів та ще 38,1%±5,8% відповіли, що недостатньо володіють цими навичками. Особливо це стосується таких станів, як зупинка серцевої діяльності та дихання (24,3%±5,1% знають, що робити при даному стані); видалення неускладненого стороннього тіла з вуха, горла, носа (25,7%±5,2%) тощо. Навіть при таких станах, як анафілактичний шок, надати допомогу зможуть лише 57,1%±5,9% СЛ, при судинному синдромі – 52,9%±6,0%, гіпертонічному синдромі – 64,3%±5,7%.

Висновки

Таким чином, результати проведеного соціологічного дослідження показали, що найбільш проблемними позиціями при наданні ПМСД сімейними лікарями на даному етапі реформування галузі є:

- невирішеність кадрового питання (недостатня кількість СЛ, значна доля лікарів пенсійного та передпенсійного віку, яким дуже складно перекваліфікуватися на СЛ, незацікавленість молодих лікарів працювати СЛ);

- наявність організаційних моментів у розподілі дорослих та дитячих потоків пацієнтів, відсутність кабінетів здорової дитини, визначення днів для прийому здорових та диспансерних хворих дітей тощо;

- недостатній час, що виділяється програмою спеціалізації лікарів за спеціальністю «ЗП-СМ», для надання медичної допомоги усім категоріям населення;

- незважаючи на те, що більшість респондентів вважають найголовнішим у роботі з дитячим контингентом профілактичну спрямованість, більшість з них не можуть самостійно здійснювати диспансеризацію дитячого населення, тому залучають (не завжди виправдано) спеціалістів другого рівня надання медичної допомоги;

- недостатньо уваги респонденти приділяють спостереженню дітей раннього віку, якому вони виділили IV рангове місце, що вказує на відсутність настороженості з їхнього боку до даної когорти дітей.

Перспективи подальших досліджень полягають в оцінці готовності лікарів-інтернів до надання ПМСД на засадах сімейної медицини та з'ясування основних проблемних питань у наданні медичної допомоги найбільш вразливому контингенту населення – дітям.

Список літератури

1. Оцінка ефективності організації та надання первинної медико-санітарної допомоги / Л.Ф. Матюха, Н.Г. Гойда, Г.О. Слабкий [та ін.]. – К., 2011. – 47 с.
2. Ситуаційний аналіз розвитку сімейної медицини в Україні. 2010 рік / за ред. Г. О. Слабкого. – К., 2011. – 28 с.
3. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2010 рік : [монографія] / за ред. О.В. Аніщенко. – К., 2011. – 459 с.

СОХРАНЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПОДРАСТАЮЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ НА ЭТАПЕ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Г.А. Слабкий, Т.Н. Бухановская

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

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

Цель: выяснение основных проблем в организации медицинской помощи детскому населению на первичном уровне на фоне реформирования отрасли здравоохранения.

Материалы и методы. Проведено медико-социологическое исследование врачей, которые непосредственно задействованы на уровне учреждений ПМСП. Опрос проводился одномоментно с использованием специально разработанных анкет. Объем репрезентативной выборки социологического исследования составил 70 семейных врачей.

Результаты. По результатам опроса, самыми большими проблемами в организации работы семейного врача являются: нерешенность кадрового вопроса, недооснащенность учреждений диагностической аппаратурой и специальным автотранспортом, недостаточная подготовка врачей по всем аспектам деятельности семейного врача, особенно относительно оказания медицинской и профилактической помощи детскому населению.

Выводы. Обнаруженные недостатки в организации работы семейных врачей требуют усиления внимания к качеству их подготовки и оснащенности учреждений первичного уровня.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: семейный врач, детское население, профилактика.

PRESERVATION OF HEALTH OF YOUNGER GENERATION AT THE STAGE OF HEALTH CARE REFORMING

G.O. Slabkyi, T.M. Buhanovska

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

National Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupyk, Kyiv, Ukraine

Purpose: finding-out the major problems in the medical care organization for children's population at primary level on the background of health care reforming.

Materials and methods. Medical and sociological study of doctors who are directly involved at the level of primary health care facilities. The survey was conducted simultaneously with application of specially designed questionnaires. The volume of representative sample of sociological survey was 70 family doctors.

Results. According to the survey, the greatest problems in the work organization of family doctors are unresolved personnel question, lack of institutions diagnostic equipment and special vehicles, inadequate training of physicians in all aspects of family doctor activity, especially for providing medical and preventive care for children's population.

Conclusions. The revealed lacks in the organization of family physician's work demand increased attention to quality of their training and equipment of primary level facilities.

KEY WORDS: **family doctor, children's population, prevention.**

Рукопис надійшов до редакції 21.05.2014 р.

Відомості про авторів:

Слабкий Геннадій Олексійович – д.мед.н., проф., директор Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України; тел. (044) 576-41-19.

Бухановська Тетяна Миколаївна – к.мед.н., ас. кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; тел. +38(044) 288-10-34.